

CONSTIPAȚIA CRONICĂ LA COPIL. ACTUALITĂȚI ÎN EVALUARE ȘI MANAGEMENT

Felicia Galoș^{1,2}, Mihai Stoicescu^{1,2}, Mihai Munteanu², Gabriela Năstase²,
Mălina Anghel², Mihaela Bălgrădean^{1,2}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

²Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Maria Sklodowska Curie”, București

REZUMAT

Constipația este un fenomen comun în practica pediatrică. Prevalența sa este în creștere, fiind prezentă, conform diferitelor statistici, la 0,7-29,6% dintre copii. Constipația este întâlnită la toate grupele de vârstă, cu severitate și durată variabile, de la forme ușoare și de scurtă durată la forme severe și de lungă durată, cu impactare fecală și incontinență fecală. Acest articol revede aspectele epidemiologice, clinice și terapeutice ale constipației la copil, funcționale în majoritatea cazurilor.

Cuvinte cheie: constipație, copil

INTRODUCERE

Constipația este un fenomen comun în practica pediatrică. Ea reprezintă circa 3-5% din consultațiile la medicul de familie și aproximativ 25-30% din consultațiile medicului specialist gastroenterolog pediatru. (1,2) Prevalența sa este în creștere, fiind prezentă, conform diferitelor statistici, la 0,7-29,6% dintre copii (cu o mediană de 8,9%). (3) Constipația este întâlnită la toate grupele de vârstă, cu severitate și durată variabile, de la forme ușoare și de scurtă durată, la forme severe și de lungă durată, cu impactare fecală și incontinență fecală (encoprezis, soiling). Incontinența fecală este rezultatul impactării fecale, când materiile fecale moi se scurg pe lângă aglomerarea de materii fecale dure la nivelul rectului și colonului (fecalom). În 17% și 40% dintre cazuri, constipația a debutat în primul an de viață. (4) Exceptând perioada neonatală, cea mai comună formă a constipației este funcțională. Doar în 5-10% dintre cazuri întâlnim o constipație organică, datorată malformațiilor anusului, anomaliilor structurilor neuromusculare intestinale, bolilor endocrine sau metabolice, bolilor neurologice și neuromusculare, reacțiilor secundare la medicamente etc.

Fiziopatologia constipației funcționale este multifactorială. Predispoziția genetică, statusul social

scăzut, aportul insuficient de fibre, activitatea fizică redusă au fost propuse ca factori care predispun la constipație. (5) Cea mai frecventă cauză a constipației este decizia luată de copil de a nu mai evacua, după o defecație dureroasă care l-a speriat. (3)

DEFINIȚIE

Criteriile de definire ale constipației funcționale sunt incluse în așa numitele criterii Roma III, ale tulburărilor funcționale gastro-intestinale ale copilului și sugarului, formulate de experți în gastroenterologie pediatrică și publicate în 2006. (Tabelul 1) (6,7) Constipația funcțională la copil este definită prin prezența a cel puțin două din următoarele condiții pentru cel puțin o lună, la copii mai mici de 4 ani (sau cu dezvoltarea psihică inferioară a 4 ani), sau cel puțin o dată pe săptămână timp de 2 luni, la copii cu vârstă mai mare de 4 ani: frecvența evacuativă redusă (inferioară sau egală a două evacuări săptămânale), cel puțin un episod săptămânal de incontinență fecală după achiziția controlului sfincțierian, istoric de retenție excesivă de materii fecale sau opoziție voluntară la defecație, istoric de defecații dureroase sau de materii fecale dure, prezența fecalomului sau istoric de eliminare de scaun de dimensiuni crescute, care poate obstrua vasul de

Adresa de corespondență:

Dr. Felicia Galoș, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Maria Sklodowska Curie”, B-dul Constantin Brâncoveanu nr. 20, București
E-mail: felicia_galos@yahoo.com

toaletă. Se pot asocia iritabilitate, scăderea apetitului și sațietate precoce, simptomatologie asociată, ce se ameliorează după eliminarea de scaun. Durerile abdominale sunt frecvent întâlnite la copiii cu constipație cronică, dar nu sunt un criteriu de definire a acesteia. (8)

TABELUL 1. Criteriile Roma III pentru definirea constipației funcționale la copil

Sunt necesare cel puțin două din următoarele condiții în absența unei patologii organice:

Pentru copilul cu o dezvoltare neurologică < 4 ani

1. frecvența evacuativă redusă (inferioară sau egală a două evacuări săptămânale)
2. cel puțin un episod săptămânal de incontinență fecală după achiziția controlului sfincterian
3. istoric de retenție excesivă de materii fecale
4. istoric de defecații dureroase sau de materii fecale dure
5. prezența fecalomului
6. istoric de eliminare de scaun de dimensiuni crescute, care pot obstrua vasul de toaletă

Se pot asocia iritabilitate, scăderea apetitului și sațietate precoce, simptomatologie ce se ameliorează după eliminarea de scaun.

Aceste condiții trebuie întâlnite cel puțin o lună înaintea stabilirii diagnosticului

Pentru copilul cu o dezvoltare neurologică ≥ 4 ani (cu criterii insuficiente pentru sindromul intestinului iritabil)

1. frecvența evacuativă redusă (≤ 2 evacuări în toaletă/săptămână)
2. cel puțin un episod săptămânal de incontinență fecală după achiziția controlului sfincterian
3. istoric de retenție excesivă de materii fecale sau opoziție voluntară la defecație
4. istoric de defecații dureroase sau de materii fecale dure
5. prezența fecalomului
6. istoric de eliminare de scaun de dimensiuni crescute, care pot obstrua vasul de toaletă

Aceste condiții trebuie întâlnite cel puțin o dată pe săptămână, timp de 2 luni, înaintea stabilirii diagnosticului

Pentru uniformitate în comunicare sunt definite constipația netratabilă și impactarea fecală. Astfel, se definește constipație netratabilă, constipația care nu răspunde la tratament după 3 luni de terapie corect condusă și urmată. În ceea ce privește impactarea fecală, aceasta este definită în funcție de metoda prin care a fost pusă în evidență: ca o masă palpabilă în etajul abdominal inferior, identificată prin examen fizic, rect dilatat plin de materii fecale, prin tușeu rectal, respectiv materii fecale excesive în colonul distal, dacă evaluarea s-a făcut prin radiografia abdominală pe gol. (8,9)

Recent, au fost elaborate ghiduri în ceea ce privește evaluarea și tratamentul copiilor cu constipație funcțională, în funcție de vârsta acestora, care însă nu se substituie judecății clinice, ce stă la baza diagnosticului de constipație cronică funcțională. (8) Recomandările acestor ghiduri se aplică doar

copiilor cu constipație funcțională, nu și celor cu constipație determinată de cauze medicale sau chirurgicale.

Abordarea copilului cu constipație

Cea mai mare parte a copiilor cu constipație necesită o abordare diagnostică simplă, care se bazează pe un istoric corect și examen obiectiv atent.

Rolul major al anamnezei și al examenului clinic este de a exclude alte condiții patologice în care întâlnim dificultăți de defecație. (8) (Tabelul 2)

TABELUL 2. Diagnosticul diferențial al constipației la copil

Boala celiacă
Hipotiroidism
Hipercalcemie
Hipopotasemie
Diabet zaharat
Medicamente (opioace, anticolinergice, antidepresive, chimioterapie, ingestie metale grele)
Intoxicație cu vitamina D
Botulism
Fibroză chistică
Boală Hirschsprung
Acalazia anală
Inerție colonică
Malformații (anus imperforat, stenoză anală)
Mase pelvine (teratom sacral)
Afectare nervi spinali, traumatism
Anomalii ale musculaturii abdominale
Pseudoobstrucție (neuropatii, miopatii, mezenchimopatii)
Neoplazie endocrină multiplă tip 2B

Anamneza cuprinde evaluarea emisiei de meconiu, perioada de debut a constipației și gravitatea ei (frecvența evacuativă, mărimea și consistența scaunului, prezența incontinenței fecale, durere la defecație, prezența sângelui în scaun sau pe hârtia de toaletă, abordarea de poziții antalgice), prezența de tulburări urinare (enurezis, infecții urinare recidivante), creșterea copilului, prezența de vărsături, dureri abdominale, distensie abdominală, antecedente de dermatită atopică. De multe ori, pătarea chilotului cu materii fecale este interpretată greșit de părinți ca diaree și nu ca pierdere involuntară de materii fecale, așa cum întâlnim în constipația funcțională de lungă durată, cu fecalom important.

Vârsta de debut a constipației și momentul eliminării meconiului sunt printre cele mai importante date obținute prin anamneză. Debutul sub vârsta de o lună și eliminarea meconiului la mai mult de 48 de ore de la naștere ridică suspiciuni de constipație organică, în special boala Hirschsprung. 99% dintre nou-născuții la termen elimină meconiul în primele 48 de ore de viață, iar 50% dintre copiii cu boala Hirschsprung au avut o întârziere în eliminarea meconiului. (10)

Sunt importante informațiile privitoare la orarul meselor și al jocului, a duratei jocului, a programului școlar, știindu-se faptul că, de multe ori copiii prinși în joc sau într-o activitate, amână momentul defecației, ceea ce determină o retenție a materiilor fecale, la început conștientă, care devine cu trecerea timpului automată și reflexă. (11)

O importanță deosebită va fi acordată anamnezei familiale, a relațiilor între părinți, între părinți și copil, a temperamentului copilului. Se va lua în considerare și un posibil abuz asupra copilului, chiar sexual.

Se va încerca identificarea de boli gastrointestinale (boala Hirschsprung, alergii alimentare, boli inflamatorii intestinale, celiachie), tiroidine, paratiroidiene, fibroză chistică în familie.

Tratamentele în curs pentru alte afecțiuni, dar și tratamentele „naturiste“ urmate de copii vor fi analizate pentru o posibilă interferență cu constipația.

Examenul obiectiv trebuie să fie complet, pe aparate și sisteme, acordându-se o atenție deosebită aprecierii stării de nutriție, a inspecției abdomenului, a perineului și zonei sacrale, palpării abdomenului și a glandei tiroide. Examinarea reflexelor, a tonusului muscular și a forței musculare, mai ales în extremitatea inferioară a corpului intră în evaluarea clinică a unui copil cu constipație cronică.

O atentă examinare a regiunii perineale permite evidențierea de malformații ano-rectale (anus anteriorizat, prezența de membrane anale), eritem perianal, fisuri anale și, nu în ultimul rând, semne de spina bifida ocultă, cum sunt hiperpigmentarea și hipertricoza localizată. Stimularea reflexului de contracție a sfincterului anal extern permite evaluarea integrității căilor nervoase senzitivo-motorii ale pavimentului pelvic. Palparea abdomenului poate evidenția mase abdominale la nivelul colonului descendent (fecaloame).

Explorarea rectală este recomandată la orice copil cu constipație cronică, mai ales pentru cel care prezintă semne de alarmă (Tabelul 3), indiferent de vârsta acestuia, excepție făcând cazurile în care se suspicionează un abuz sexual. Tușeul rectal apreciază sensibilitatea perianală, tonusul anal, dilatația sau nu a rectului, prezența materiilor fecale în rect și consistența acestora. Conform recomandărilor actuale formulate de experți, tușeul rectal nu este obligatoriu, pentru diagnosticul inițial de constipație funcțională, datele obținute prin anamneză și examen clinic fiind suficiente într-o primă etapă pentru diagnostic. (8)

Emisia normală de meconiu, debutul tardiv al constipației, eliminarea de materii fecale de dimensiuni crescute, episoade de incontinență fecală, abordarea de poziții antalgice, prezența de mase

TABELUL 3. Semne și simptome de alarmă la copilul cu constipație

Debutul constipației la vârstă foarte mică (< 1 lună)
Eliminarea meconiului > 48 de ore
Istoric pentru boală Hirschsprung
Scaun nastriform (ribbon stools)
Sânge în scaun în absența fisurii anale
Retardul creșterii
Febră
Vărsături bilioase
Anomalii ale glandei tiroide
Distensie abdominală severă
Fistulă perianală
Poziție anormală a anusului
Absența reflexului cremasterian și anal
Scăderea forței musculare, a tonusului și reflexelor în extremitatea inferioară a corpului
Păr la nivelul coloanei vertebrale
Depresiune la nivel sacral
Deviația mușchilor glutei
Agitație extremă la inspecția anală
Leziuni anale

abdominale palpabile și ampulă rectală plină de materii fecale ne orientează spre o constipație funcțională.

În schimb, debutul precoce al constipației, eliminarea meconiului după 24-48 de ore de la naștere, ampula rectală goală la tușeului rectal, frecvente crize ocluzive sau subocluzive, eliminarea de materii fecale de dimensiuni mici sau de scaun exploziv după tușeul rectal sunt caracteristici ale constipației organice.

Investigațiile paraclinice se adresează fiecărui caz în parte și depind de vârsta pacientului (mai mic sau nu de 6 luni), de terapiile anterioare și de răspunsul la acestea, de nivelul de dotare a unității căreia i se adresează copilul cu constipație. Nu sunt recomandate de rutină pentru toți copiii.

Radiografia abdominală pe gol este utilă pentru evidențierea de mase fecale, dacă pacientul este obez, dacă este refuzată inspecția și explorarea rectală (mai ales în cazurile de suspiciune de abuz sexual). Este indicată, în schimb, la un copil cu encoprezis, care la examenul obiectiv nu prezintă mase fecale în rect sau abdomen, pentru aprecierea coloanei vertebrale. (8,12) Nu este indicată pentru confirmarea unei impactări fecale, dacă explorarea rectală dovedește o acumulare importantă de materii fecale.

Clisma cu bariu este indicată în anumite condiții foarte clare: în evaluarea unui pacient cu suspiciune de boală Hirschsprung pentru depistarea zonei de tranziție între intestinul aganglionar și intestinul normal enervat și evaluarea post chirurgicală a rectului la pacientul operat pentru atrezie anală sau boala Hirschsprung. (8,12)

Este rar indicată în evaluarea inițială a pacientului cu constipație cronică.

Timpul de tranzit intestinal corespunzător eliminării a 80% dintre markerii administrați este, în general, inferior a 96 de ore. Dacă timpul de tranzit intestinal este normal, în prezența encoprezisului, se recomandă o evaluare psihologică a copilului. (8,13)

Studiul timpului de tranzit intestinal constituie metoda cea mai simplă și utilă pentru identificarea pacienților cu tranzit intestinal încetinit, nefiind indicat de rutină pentru definirea constipației.

Ecografia abdominală nu este recomandată pentru diagnosticul constipației funcționale. Ea poate aprecia diametrul ampulei rectale, care este crescut la copilul cu constipație cronică funcțională, prin acumulare de materii fecale. (8)

Manometria anorectală cu balon este recomandată când anamneza și examenul fizic sugerează o boală Hirschsprung (debut precoce a constipației, gradul ei sever, absența encoprezisului, retardul de creștere, ampula rectală goală) sau când constipația persistă în ciuda unui tratament rațional și corect.

Manometria ano-rectală măsoară presiunea regiunii ano-rectale și este utilizată pentru obținerea de informații ce privesc funcționalitatea ano-rectală. Principala indicație de efectuare a manometriei ano-rectale este legată de demonstrarea prezenței reflexului anal inhibitor, care exclude boala Hirschsprung. Reflexul anal inhibitor poate fi absent la copiii cu megarect. În acest caz, biopsia va fi cea care va face diagnosticul diferențial, documentând atât absența de celule ganglionare, cât și creșterea fibrelor nervoase pentru acetilcolines-teraze, în cazul copiilor cu boala Hirschsprung. (14)

Prezența reflexului anal inhibitor exclude o boală Hirschsprung, dar rezultate fals pozitive pot fi obținute prin deplasarea senzorului, datorită insuflării balonului, și înregistrării relaxării sfincterului anal extern, nu a celui intern.

Diverse alterații sunt observate la manometria ano-rectală la subiecții cu constipație cronică funcțională, mai ales de lungă durată, comparativ cu subiecții normali: reducerea reflexului anal inhibitor, creșterea volumului care provoacă reflexul de defecație, lipsa relaxării sfincterului anal extern și a pavimentoșului pelvic în timpul tentativei de defecație (anism).

În absența reflexului inhibitor anorectal este obligatorie biopsia rectală cu histologie.

Biopsia rectală cu examen histologic este „gold standardul” pentru diagnosticul bolii Hirschsprung. Diagnosticul poate fi pus cu acuratețe, doar dacă au

fost realizate 2-3 biopsii, la 2-3 cm de linia dințată, obținute de preferință, prin sucțiune, pentru a include suficientă submucoasă. Încă este controversată metoda histologică recomandată care să confirme sau să excludă boala Hirschsprung. Investigatorii americani recomandă utilizarea colorației hematoxilină-eozină datorită disponibilității în toate centrele, eficienței crescute și costului scăzut. Prezența unui singur ganglion în submucoasă exclude boala Hirschsprung. Poate fi asociată cu imunohistochimia, care permite demonstrarea creșterii fibrelor nervoase pentru acetilcolină. Alte examene histochemice, respectiv imunohistochemice, în curs de evaluare, sunt lactat dehidrogenaza, respectiv calretinina. (14)

Manometria colonului permite aprecierea motilității colonului în fază postprandială, fiind utilă în diagnosticul de constipație refractară, dar de tip funcțional, și constipație din cauza tulburărilor de tip neuro-muscular. Motilitatea colonului poate fi studiată direct cu ajutorul manometriei colonice, sau indirect cu ajutorul timpilor de tranzit segmentali. Copiii cu constipație funcțională, de retenție, „comportamentală” au o motilitate a colonului normală. Singura alterare motorie este la nivelul rectului, care, fiind mult timp dilatat își pierde elasticitatea și contractibilitatea propulsivă.

Un interes particular îl suscitată displazia neuronală intestinală, care se prezintă cu un tablou clinic similar cu cei cu boală Hirschsprung. Displazia neuronală intestinală se poate extinde la diferite segmente ale colonului, pe o lungime variabilă și a fost semnalată în asociere cu neurofibromatoza și sindromul MEN (*multiple endocrin neoplasia*) tip IIB. Pentru evaluarea acestor boli sunt necesare biopsii la nivelul întregului colon. (13-15)

Rezonanța magnetică spinală este utilă la copiii cu incontinență fecală non-retențională pentru evidențierea de posibile leziuni neurologice la nivel lombosacrat.

Scintigrafia colonului este recomandată în cazuri excepționale, pentru evaluarea motilității colonice la copiii cu constipație cu tranzit intestinal încetinit.

Investigațiile de laborator sunt indicate în formele refractare la tratament și vizează excluderea alergiei, în special a celei la proteinele laptelui de vacă, a bolii celiace și hipercalcemiei.

Testul sudorii, pentru excluderea fibrozei chistice, este recomandat în cazurile rezistente la tratament sau cu recăderi la reducerea dozelor și la sugarii cu debut al constipației în perioada neonatală, după excluderea bolii Hirschsprung.

TRATAMENTUL COPIILOR CU CONSTIPAȚIE CRONICĂ FUNCȚIONALĂ

Scopul terapiei este de a goli ampula rectală și de a gestiona tratamentul astfel încât copilul să prezente 1-2 evacuări zilnice, nedureroase.

În general, dieta copiilor, în special a celor cu constipație, este săracă în fibre alimentare, astfel încât creșterea conținutului de fibre și carbohidrați poate fi suficientă în formele ușoare pentru ameliorarea tranzitului. Fibrele acționează atât asupra conținutului intestinal prin efect de masă, cât și la nivelul intestinului subțire, producând creșterea vitezei de evacuare și creșterea frecvenței eliminărilor. Aceasta din urmă se produce prin două mecanisme: unul hidrosopic (care ține apa în lumenul intestinal) iar altul prin stimularea creșterii bacteriene.

De notat, însă, că la copiii cu forme grave de constipație, aportul suplimentar de fibre, fără un tratament emoilent al materiilor fecale, nu face decât să agraveze constipația.

Bazat pe opinia experților, dieta recomandată la copiii cu constipație trebuie să aibă un conținut normal de fibre și lichide. Activitatea fizică, de asemenea, trebuie să fie normală. În ceea ce privește educarea copilului să stea pe oliță sau pe vasul de WC 5-10 minute, după mese, de 2-3 ori pe zi, într-o atmosferă relaxantă, se asociază tratamentul dietetic și medicamentos, dar fără să fie impus agresiv. (8)

Tratamentul medicamentos (Tabelul 4) cuprinde mai multe grupe de medicamente, dintre care cei mai utilizați sunt emolienți ai materiilor fecale, cum ar fi lactuloza și polietilenglicolul (PEG).

Lactuloza dezvoltă acțiunea sa din cauza faptului că nu este absorbită în intestinul subțire și este parțial sau complet fermentată de flora bacterică zaharolitică din colon, producând acizi grași, hidrogen și bioxid de carbon, acidificând, deci pH-ul fecal. În doze mici acționează din cauza fermentației date de flora bacteriană, în timp ce în doze mari acționează și ca laxativ osmotic. Un efect colateral neplăcut, care îi poate limita uzul, este meteorismul intestinal, provocat de producția de gaz din cauza fermentației. Doza minimă eficace poate fi diferită pentru fiecare copil.

Recent, laxativilor osmotici li s-a adăugat polietilenglicolul (PEG), un polimer al oxidului etilenic, solubil, stabil și netoxic, care nu este fermentat sau metabolizat de flora intestinală. PEG acționează prin reținerea apei cu care este administrat, fără a atrage apă din afara intestinului și fără efect asupra motilității intestinale. S-a demonstrat că PEG este mai eficace și mai bine tolerat decât lactuloza în tratamentul constipației func-

TABELUL 4. Laxative utilizate în tratamentul constipației la copil

Laxative orale	Doza
Laxative osmotice	
Lactuloză	1-2 g/kg/zi
PEG 3350	0,2-0,8 g/kg/zi (întreținere)
PEG 4000	1-1,5 g/kg/zi (dezimpact fecal; < 6 zile)
Hidroxid de magneziu	0,4-1,2 g/zi (2-5 ani); 1,2-2,4 g/zi (6-11 ani) 2,4-4,8 g/zi (12-18 ani)
Ramolismenți fecali	
Ulei mineral	1-3 ml/kg/zi, max 90 ml/zi (1-18 ani)
Laxative stimulante	
Bisacodil	5 mg/zi (3-10 ani), 5-10 mg/zi (> 10 ani)
Senna	2,5-5 mg/zi (2-6 ani), 7,5-10 mg/zi (6-12 ani), 15-20 mg/zi (> 12 ani)
Picosulfatul de sodiu	2,5-10 mg/zi (o lună-4 ani), 2,5-20 mg, (4-18 ani), o dată/zi (4-18 ani), o dată/zi
Laxative rectale/clisme	
Bisacodil	5 mg/zi (2-10 ani), 5-10 mg (> 10 ani)
Docusatul de sodiu	60 ml (< 6 ani), 120 ml (> 6 ani)
Fosfatul de sodiu	2,5 ml/kg, max 133 ml/doza (1-18 ani)
NaCl 0,9%	5 ml (nn < 1 kg), 10 ml (nn > 1 kg) 6 ml/kg (> 1 an), 1-2 ori/zi
Ulei mineral	30-60 ml (2-11 ani), 60-150 ml (> 11 ani)

PEG = polietilen glicol

ționale și la copilul sub 2 ani. De asemenea, a fost confirmată și siguranța sa pe termen lung, care îl recomandă ca medicație de ales la copil, în condițiile în care acesta este disponibil. (8,16)

În constipația cronică (cu sau fără encoprezis) este fundamental să se efectueze ramolismenul fecalomului înainte de inițierea terapiei de întreținere, cu clisme cu soluție fiziologică sau cu glicerină, sau cu ajutorul administrării de PEG în doze mari (1,5 g/kg/corp), pentru 3-4 zile. Lipsa eliminării fecalomului poate determina balonare, dureri abdominale și fenomene subocclusive.

În prezența acumulării de materii fecale, cu investigații normale pentru celiachie și hipotiroidism și răspuns la terapie nesatisfăcătoare sau cu recidive la reducerea dozelor, se poate considera un trial cu o dietă fără proteine de lapte de vacă (PLV). Recent, alergia la PLV a fost identificată ca și cauză de constipație la copil. Sunt diverse mecanismele prin care reacțiile alergice pot determina alterări ale motilității intestinale, printre care și constipația. (18-20)

Excepționale sunt cazurile în care la anumiți copii și adolescenți, rezistenți atât la tratamentul farmacologic cât și comportamental, se recomandă tratament chirurgical (miotomia anorectală, apendicectomia cu clismă retrogradă – ACE „antegrade continence enema“, colectomie subtotală) sau terapii alternative, cum sunt biofeedback-ul, stimularea electrică sau injecții cu toxină botulinică. (21,22)

Este cunoscut faptul că, de multe ori, constipația poate cauza la copii și adolescenți dificultăți psihosociale (întreruperea relațiilor de grup și stres familial) care sunt proporționale cu durata constipației. Acești copii sunt de obicei taciturni, închiși în ei, și au tendința de negare a simptomatologiei lor.

Un bun management al constipației poate ameliora calitatea vieții acestor pacienți și poate preveni patologii asociate, cum sunt durerile abdominale recurente și infecțiile urinare recidivante.

Sunt doi factori de prognostic negativ demonstrați: vârsta mică de debut a simptomatologiei și

prezența encoprezisului. 1/3 dintre adolescenții cu constipație vor suferi de constipație la vârsta adultă. (3,23,24)

CONCLUZII

Constipația este o problemă foarte frecventă în copilărie și este întâlnită peste tot în lume. Prevalența crescută a constipației justifică investițiile în cercetare și în campaniile educaționale pentru prevenire și tratament optim. Aceasta are un mare impact psihologic asupra copilului și familiei sale.

Avem de a face cu un fenomen frustrant care merită o atenție mai mare, chiar dacă în ultimii ani au fost realizate mari progrese în înțelegerea factorilor fiziologici și emoționali privind constipația la copil.