

## ABORDAREA MULTIDISCIPLINARĂ A CONSTIPAȚIEI CRONICE ASOCIATĂ CU INCONTINENȚA FECALĂ LA COPIL

Claudia Olaru<sup>1</sup>, Smaranda Diaconescu<sup>1</sup>, Valeriu V. Lupu<sup>1</sup>, Nicoleta Gimiga<sup>1</sup>,  
Radian A. Olaru<sup>3</sup>, Gabriela Păduraru<sup>1</sup>, Ancuța Ignat<sup>1</sup>, Vasile Drug<sup>2</sup>,  
Gabriel Aprodu<sup>4</sup>, Marin Burlea<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica a V-a Pediatrie, Spitalul de Pediatrie „Sf. Maria“,  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa“, Iași

<sup>2</sup>Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie,  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa“, Iași

<sup>3</sup>Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa“, Iași

<sup>4</sup>Clinica Chirurgie pediatrică, Spitalul de Pediatrie „Sf. Maria“,  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa“, Iași

### REZUMAT

Constipația este un simptom comun în practica clinică. Definiția include frecvența anormală a tranzitului, dificultate în timpul defecării și consistență anormală a scaunului. Metodele de diagnostic limitate precum și numeroasele afecțiuni care conduc la apariția simptomatologiei, duc la creșterea numărului de cazuri cu rezistență la tratament. Tratamentul include abordări dietetice și comportamentale, terapie farmacologică și în cazuri atent selectate intervenție chirurgicală. Tratamentul chirurgical este recomandat la pacienții cu constipație severă rezistentă la tratamentul conservator. Confirmarea indicației pentru tratament chirurgical necesită studii privind tranzitul colonic, funcția de defecare, precum și efectuarea manometriei anorectale. De aceea, colaborarea strânsă între pediatru, gastroenterolog și chirurgul pediatru este absolut necesară pentru o evaluare preoperatorie atentă și corectă a funcției gastro-intestinale. Complicațiile postoperatorii includ obstrucție intestinală, dureri abdominale, meteorism și diaree. Eficacitatea intervenției chirurgicale și prevalența complicațiilor postoperatorii sunt determinate de evaluarea atentă preoperatorie a funcției gastro-intestinale.

**Cuvinte cheie:** constipație organică, encompresis, tratament chirurgical, copil

*Această lucrare face parte din cadrul proiectul „Program de excelență în cercetare doctorală și postdoctorală multidisciplinară în bolile cronice“, contract nr. POSDRU/159/1.5/S/133377, beneficiar U.M.F. „Gr. T. Popa“ din Iași, proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013.*

Constipația cronică este o afecțiune debilitantă care este cel mai bine gestionată printr-o abordare multidisciplinară ce include medici pediatri și gastroenterologi și de obicei constă din modificarea dietei, agenți cathartici, clisme și psihoterapie. Cu toate acestea, 40-50% dintre astfel de pacienți nu răspund la tratamentul medical astfel orientarea către intervenția chirurgicală joacă un rol tot mai important în cursul ultimului deceniu (1,2). În trecut,

abordarea chirurgicală s-a limitat la tratamentul complicațiilor asociate constipației și la corectarea anomaliilor anorectale congenitale. Recent, acest rol s-a extins, tratamentul chirurgical incluzând: mioectomia posterioară a sfincterului intern și stabilirea accesului pentru clisme anterograde prin cecostomie dreaptă. Pentru acuratețea diagnosticului se practică biopsie rectală transanală. (3-6)

Adresa de corespondență:

Dr. Smaranda Diaconescu, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa“, Str. Universității nr. 16, Iași

E-mail: turti23@yahoo.com

Constipația cronică este definită conform criteriilor Roma III (2006) prin: prezența a două sau mai puține scaune pe săptămână; cel puțin un episod de incontinență fecală pe săptămână; adoptarea unor posturi de retenție sau retenție voluntară excesivă a materiilor fecale în antecedente; eliminarea dificilă sau eliminarea unor materii fecale de consistență crescută; prezența de mase fecale în rect; eliminarea de materii fecale cu diametru crescut. Diagnosticul este susținut la copiii cu vârsta cuprinsă între 0-4 ani dacă cel puțin două criterii au fost prezente cel puțin o lună, iar la copiii peste 4 ani dacă cel puțin două criterii au fost prezente cel puțin o dată pe săptămână timp de minimum două luni. (1)

Incontinența fecală reprezintă pierderea controlului intestinal, ce duce la o trecere involuntară a scaunului. Acest lucru poate varia de la scurgerea ocazională a unei cantități mici de scaun și trecerea gazului, până la pierderea completă a controlului scaunelor. Incontinența fecală este estimată a afecta între 0,8 și 4,1% de copii în societățile occidentale. (7, 8) Studii recente din Asia au arătat ca incontinența fecală este o problemă semnificativă în Iran, Coreea de Sud și Sri Lanka, variind de la 2% la 7,8%. (9-11) Recent, un studiu din Sri Lanka, pe copii cu vârsta cuprinsă între 10 și 16 ani, a raportat o prevalență mai mare a incontinenței fecale la copiii mai mici (5,4%), în timp ce la adolescenți a fost raportată o prevalență mult mai scăzută (<1%). (11) Un studiu din Olanda a menționat, de asemenea, că copiii de 5-6 ani au șanse mai mari de a dezvolta incontinență fecală decât copiii de 11-12 ani (7). Constipația cronică cu incontinență fecală în ordinea frecvenței aparține unor categorii de situații malformative: malformații ano-rectale, boala Hirschsprung, spina bifida sau agenezie de sacrum. Până de curând, incontinența fecală și constipația au fost considerate ca fiind tulburări psihiatrice și unii dintre acești copii au fost dirijați către clinicile de psihiatrie. De fapt, 5,7% dintre copii care frecventează o unitate de psihiatrie au incontinență fecală. (12) În multe studii anterioare, prevalența incontinenței fecale este semnificativ mai mare la băieți, cu un raport variind de la 3:1 la 6:1 față de sexul feminin. (7,11,13-17)

Motilitatea intestinală este una dintre cele mai complexe și mai sofisticate funcții în corpul uman. Colonul absoarbe apa și funcționează ca un rezervor. Deșeurile lichide emise de intestinul subțire în cecum devin scaun solid în colonul descendent și sigmoid. Pentru a realiza continența fecală, sunt necesare trei componente: senzația rectală, motilitatea colonică și controlul sfincterului anal. Capacitatea pacientului de menținere a continenței fecale

variază în funcție de tipul de malformație anorectală cu care s-a născut. Malformațiile mari sunt adesea însoțite de atrofie musculară, în timp ce malformațiile mici sunt de obicei asociate cu funcție musculară bună.

Defectele anorectale asociate cu prognostic bun sunt: fistula ano-vestibulară, fistula de perineu, atrezia rectală, fistula recto-uretrală și imperforația anală fără fistulă.

În cazul acestor copii este necesară supravegherea pentru a evita constipația, impactarea și incontinența fecală.

Defectele anorectale asociate cu un prognostic prost sunt: cloaca de mari dimensiuni, cu un canal comun mai mare de trei centimetri și fistula recto-vezicală.

La copiii cu malformații anorectale lipsesc unele sau toate aceste componente esențiale. Incontinența fecală este o problemă devastatoare care afectează aproximativ 25% dintre pacienții născuți cu o malformație anorectală (1), unii pacienți care au suferit o intervenție chirurgicală pentru boala Hirschsprung (2), pacienți care s-au născut cu tumori pelvine (3,4), spina bifida (5), agenezie sacrală (6,18), și la pacienții care au avut traume pelvine severe. Copii și adulții cu incontinență fecală sunt adesea discriminați și nu pot avea o viață activă și productivă. (19)

Copiii care au suferit o intervenție chirurgicală pentru boala Hirschsprung au pierdut unele dintre aceste componente din cauza intervenției chirurgicale. Aceștia dezvoltă adesea constipație post-operatorie. Dintre aceștia, un procent scăzut pot prezenta incontinență fecală ca și sechelă a intervenției chirurgicale. De asemenea, copiii cu constipație după corecția imperforației anale sunt incluși în această categorie.

Copiii cu fistule recto-prostatice pot evolua în procente apropiate cu control intestinal voluntar sau pot fi incontinenți. În aceste cazuri este necesară încercarea de a realiza un antrenament de utilizare a toaletei. În cazul în care acest lucru se dovedește a fi fără succes, managementul controlului tranzitului intestinal ar trebui să fie pus în aplicare imediat, astfel încât copilul să poată rămâne curat și pentru a evita sechelele psihologice.

Alte complicații sunt reprezentate de incontinența urinară care apare la copiii de sex masculin cu malformații anorectale atunci când aceștia au un defect extrem sau sacrum absent sau în cazul în care principiile de bază ale intervenției chirurgicale nu sunt respectate, cu deteriorarea importantă a terminațiilor nervoase în timpul operației.

Au fost descrise două proceduri chirurgicale și anume: rezecția de colon și realizarea accesului pentru efectuarea clismelor retrograde.

Conform Lahr și colab. (18) tratamentul chirurgical al constipației poate fi luat în considerare în cazul în care sunt îndeplinite mai multe criterii, printre care:

- 1) severitatea trebuie să justifice riscul chirurgical;
- 2) cauzele medicale și psihologice au fost excluse;
- 3) tratamentul medical nu a reușit;
- 4) studiile de diagnostic arată anomalii anatomice sau fiziologice corectabile.

Tratamentul chirurgical este indicat la pacienții selectați cu constipație cronică, rezistentă la tratament pediatric. Trebuie excluși pacienții la care constipația este un simptom de boală organică a tractului digestiv în care intervenția chirurgicală reprezintă un tratament de alegere: constipația cu tranzit lent, rectocel, enterocel, invaginație rectală și prolaps rectal.

Evaluarea preoperatorie trebuie să includă: timpul de tranzit intestinal, manometria anorectală, manometria antroduodenală, electromiografia sfincterului anal și defecografia.

Managementul tranzitului intestinal este indicat la pacienții cu incontinență fecală după reparația chirurgicală a anusului neperforat sau în boala Hirschsprung. De asemenea, este utilizat la pacienții care sunt continenți după intervenția chirurgicală, dar suferă de constipație (18).

Anumite categorii de pacienții pot fi candidați pentru rezecția de sigmoid. Această procedură este indicată la cei cu dilatare masivă a rectosigmoidului (Fig 1). Scopul rezecției este de a reduce cantitatea de laxative necesare pentru a goli colonul zilnic și, prin urmare, îmbunătățirea calității vieții pacientului. La acest grup de pacienți, megasigmoidul este revelat prin utilizarea unei clisme de contrast, intervenția presupune rezecția părții dilatată a colonului, în timp ce partea nedilatată se presupune că are motilitate normală, și este folosită pentru a realiza anastomoza la rect. Rectul distal este păstrat.

Pacienții la care se recomandă terapia prin rezecție trebuie să manifeste incontinență fecală. Rezecția colonului la un pacient cu incontinență poate agrava starea, trecând de la tendința de a forma scaun solid la o tendință de a face scaun liber. Atunci când sigmoidul este îndepărtat, pacientul devine incontinent cu scaune moi, stare care este mult mai dificil de gestionat. (20,21)

Prin urmare, rezecția de sigmoid este folosită doar la pacienții care pot goli în mod voluntar

colonul, deși cu doze masive de laxative. Acești pacienți necesită doze mult mai mici de laxative după operație.



**FIGURA 1.** Irigografie la un pacient cu incontinență fecală. Dilatație colonică. (25)

S-a constatat ca prognosticul este mai bun la pacienții care au o formă localizată de megarectosigmoid. Pacienții cu forme generalizate nu răspund la fel de bine la terapia rezecțivă. Aceștia pot necesita o rezecție a unui segment mai mare de colon, și anastomoza colonului sigmoid cu rezecție de colon transvers. (20)

Complicațiile rezecției de sigmoid includ o scurgere la nivelul anastomozei. Această complicație este aceeași cu cea care poate apărea după rezecțiile de colon pentru alte afecțiuni.

La pacienții cu incontinență fecală, tratamentul corect este constituit dintr-un program de gestionare a tranzitului intestinal prin administrarea de clisme zilnic. Administrarea acestora pe cale rectală poate fi problematică la copiii mai mari. Ei au tendința de a-și câștiga un grad de independență și nu doresc ca administrarea clismelor să fie făcută de părinții. La acești pacienți, apendicostomia (procedura Malone) sau cecostomia pentru administrarea anterogradă a clismelor poate fi realizată. (19) (Fig. 2)

Intervenția presupune conectarea la peretele abdominal și modelarea unui mecanism de supapa care permite cateterismul, dar evită scurgerea de scaun.

Un studiu realizat pe 32 de pacienți care au primit tratament cu clisme anterograde a demonstrat reducerea numărului de episoade de incontinență fecală și dureri abdominale, și îmbunătățirea stării de spirit. Dezavantajele acestui procedeu sunt că unii pacienți prezintă complicații legate de stomă,

cum ar fi stenoză, scurgeri de mucus, scurgeri fecale și dureri. (22) Îmbunătățirea tehnicilor chirurgicale, cum ar fi plasarea laparoscopică a tubului a făcut procedura mai simplă și acceptabilă pentru pacienți.



**FIGURA 2.** Clisma anterogradă. (25)

Follow-up-ul și reevaluarea periodică sunt necesare. Adesea, volumul clisei trebuie reglat. Examinarea rectală și radiografia abdominală ajută la evaluarea eficacității procedurii.

Prognosticul copiilor cu incontinență fecală este în general variabil. Un studiu a arătat că aproximativ 50% dintre copiii afectați dezvoltă cel puțin o recidivă în primii 5 ani de la remiterea inițială. (23)

Într-un alt studiu, autorii au descoperit că la vârsta de 16 ani, o treime dintre copii au fost încă simptomatici, indicând posibilitatea de progresie a bolii la vârsta adultă. (23) Cu toate acestea, o analiză sistematică recentă a constatat că majoritatea copiilor cu incontinență fecală se recuperează în termen de 6-12 luni de la inițierea tratamentului și recuperarea nu depinde de vârsta de debut, antecedentele familiale și severitatea bolii. (24)

## CONCLUZII

La pacienții selectați, intervenția chirurgicală în cazurile de constipație severă poate fi o metodă valoroasă de tratament. În cazul eșecului tratamentului medical, sau per primum în malformații severe se recomandă tratament chirurgical. Eficacitatea intervenției chirurgicale și prevalența complicațiilor postoperatorii sunt determinate de evaluarea foarte atentă preoperatorie a funcției gastro-intestinale. Înainte de a recomanda tratament chirurgical toate metodele disponibile de tratament conservator trebuie să fie utilizate. Prognosticul favorabil va fi influențat de absența complicațiilor postoperatorii sau de îngrijirea postoperatorie în echipă: chirurg, pediatru și gastroenterolog.

**Mulțumiri:** Mulțumim personalului din cadrul Secției de Gastroenterologie Pediatrică a Spitalului „Sf. Maria“, Iași