

DIJAGNOSTIČKI POSTUPNIK ZA RECIDIVIRAJUĆU ABDOMINALNU BOL U DJECE

JOSIP GRGURIĆ¹, MARIJA HEGEDUŠ-JUNGVIRTH², GORAN PALČEVSKI³, ZRINJKA MIŠAK¹, MLADEN PERŠIĆ³,
IRENA BARBARIĆ³, MARGARETA DUJŠIN⁴, NEVENKA JELIĆ⁵, ZVONIMIR JURČIĆ⁶, SANJA KOLAČEK¹, LJERKA PINOVIĆ⁷,
DARKO RADMAN⁸, DUŠKA TJEŠIĆ-DRINKOVIĆ⁴, JURICA VUKOVIĆ⁴

Djeca koja boluju od recidivirajućih abdominalnih bolova vrlo su raznolika skupina bolesnika. Organski, psihogeni i funkcionalni uzroci poremećaja preklapaju se u većoj ili manjoj mjeri, otežavajući dijagnozu i liječenje. Doprinos Rimskih kriterija je u definiranju simptoma koji pomažu pri dijagnostici funkcionalnih poremećaja i na taj način smanjuju broj nepotrebnih pretraga. Svrha ovog postupnika je pomoći liječnicima u dijagnostici i liječenju djece s recidivirajućim abdominalnim bolovima.

Deskriptori: ABDOMINALNA BOL - etiologija, dijagnoza, liječenje; POSTUPNICI; RECIDIV

UVOD

Dijete koje se javlja liječniku s ponavljajućim bolovima u trbuhu veliki je dijagnostički izazov (1, 2). Recidivirajuća (rekurentna) abdominalna bol (RAB) razlog je 5-10% pregleda kod pedijataru u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) i 25% pregleda pedijataru gastroenterologa (3), a zbog svog ponavljajućeg karaktera često iscrpljuje dijete, roditelje i liječnike.

TERMINOLOGIJA

Prvi opis ponavljanih bolova u abdomenu vezan je za sindrom iritabilnog cri-

jeva 1818. godine. Po tom opisu sindrom iritabilnog crijeva karakteriziraju: ponavljana abdominalna bol, neuravnotežena probava i flatulencija (4).

Većina prikaza recidivirajuće abdominalne boli kreće od definicije koju je 1958. godine postavio Apley. Prema toj definiciji kriteriji za dijagnozu recidivirajuće abdominalne boli su:

- bol u djeteta starijeg od tri godine,
- tri ili više epizoda boli kroz vremensko razdoblje duže od tri mjeseca,
- negativni utjecaj boli na svakodnevnu aktivnost djeteta (5).

Danas je pri postavljanju dijagnoze i planiranju liječenja recidivirajuće abdominalne boli veliki problem upotreba različitog nazivlja i nepostojanja jasnih kriterija za postavljanje točne dijagnoze. Stoga su u tablici 1 navedene definicije koje se najčešće rabe (6).

EPIDEMIOLOGIJA

Prema većini istraživanja recidivirajuće abdominalne boli se javljaju u 10-15% djece u dobi od 4-16 godina. Prvi vršak u pobolijevanju bilježi se između 8. i 10. godine, a drugi u adolescenciji (7, 8). Što su djeca mlađa, to je učestalost manja, a povećava se prema adolescenciji.

U mlađoj dobi recidivirajuće abdominalne boli su podjednako zastupljene u djevojčica i dječaka, da bi u adolescenciji omjer bio 4:3 u korist djevojčica (7).

UZROCI RECIDIVIRAJUĆE ABDOMINALNE BOLI

Barr dijeli recidivirajuće abdominalne boli prema uzroku na organske, psihogene i funkcionalne (9).

Organski uzroci

Udio organskih poremećaja kao uzroka recidivirajućih abdominalnih bolova ovisi o razini zdravstvene zaštite na kojoj je provođeno istraživanje. U cjelokupnoj populaciji organski uzrokovane smetnje ima samo 5-15% djece s recidivirajućim bolovima u trbuhu. Ako su izvor podataka bolnice, radi selekcije bolesnika, taj udio doseže i 44% (7, 10). U djece mlađe od dvije godine recidivirajuća abdominalna bol je često udružena s organskom bolešću (8).

Psihogeni uzroci

Najčešći psihogeni uzroci recidivirajućih abdominalnih bolova su stres, tjeskoba i depresija. Stoga je nužno uzeti

¹ Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za pedijatriju

² Županijska bolnica Čakovec, Odjel za pedijatriju

³ Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za pedijatriju

⁴ Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za pedijatriju

⁵ Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod, Odjel za pedijatriju

⁶ Klinička bolnica „Sestre milosrdnice“ Zagreb, Klinika za pedijatriju

⁷ Klinička bolnica Osijek, Odjel za pedijatriju

⁸ Opća bolnica Zadar, Odjel za pedijatriju

Adresa za dopisivanje:

doc. dr. sc. Goran Palčevski, dr. med, Klinika za pedijatriju, KBC Rijeka, Istarska 43, Rijeka

Tablica 1. *Pojmovi koji se rabe u opisu dječje abdominalne boli*
 Table 1. *Terms used in functional gastrointestinal disorders*

Recidivirajuća abdominalna bol (definirana prema Apleyu i Naishu) Recurrent abdominal pain (as defined by Apley and Naish)	– bol u djeteta starijeg od tri godine, javljaju se 3 ili više epizoda boli kroz vremensko razdoblje dulje od 3 mjeseca, bol negativno utječe na djetetovu svakodnevnu aktivnost – pain in a child above 3 years, 3 episodes of abdominal pain, over a period of 3 mo, severe enough to affect activities
Kronična abdominalna bol Chronic abdominal pain	– abdominalna bol koja traje minimalno 3 mjeseca – abdominal pain with a minimum duration of 3 months
Rimski III kriteriji za recidivirajuću abdominalnu bol* Rome III criteria for abdominal pain*	– abdominalna bol koja ne mora biti kontinuirana, a traje najmanje 12 tjedana u posljednjih 12 mjeseci – abdominal pain for at least 12 wk, which need not be consecutive, in the preceding 12 months
Funkcionalna abdominalna bol Functional abdominal pain	– abdominalna bol koja nije uzrokovana anatomskim abnormalnostima, upalama ili oštećenjima tkiva – abdominal pain that occurs in the absence of anatomic abnormality, inflammation, or tissue damage
Neorganska abdominalna bol Nonorganic abdominal pain	– pojam koji se često rabi kao sinonim za funkcionalnu abdominalnu bol – a term that is often used interchangeably with functional abdominal pain
Psihogenična abdominalna bol Psychogenic abdominal pain	– pojam koji se često upotrebljavai kao sinonim za funkcionalnu abdominalnu bol – a term that is often used interchangeably with functional abdominal pain

*ovi se kriteriji upotrebljavaju za sindrom iritabilnog kolona, funkcionalnu dispepsiju i funkcionalnu abdominalnu bol
 * these criteria apply to IBS, functional dyspepsia, and functional abdominal pain
 Izvor/Source: American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN) Subcommittee on Chronic Abdominal Pain. *Chronic abdominal pain in children. Pediatrics* 2005;115(3):370-81.

Tablica 2. "Alarm", odnosno upozoravajući simptomi u abdominalnoj boli djece
 Table 2. "Alarm" symptoms in abdominal pain in children

– perzistentna bol u desnom gornjem ili donjem kvadrantu/persistent right upper or right lower quadrant pain – perzistentno povraćanje/persistent vomiting – gubitak krvi gastrointestinalnim traktom/gastrointestinal blood loss – upalne bolesti crijeva, celijakija, vried u obiteljskoj anamnezi/family history of inflammatory bowel disease, celiac disease, or peptic ulcer disease – nevoljni gubitak tjelesne težine/involuntary weight loss	– disfagija/dysphagia – bol koja budi dijete iz sna/pain that wakes the child from sleep – noćna dijareja/nocturnal diarrhea – artritis/arthritis – perirektalna bolest/perirectal disease – usporenje rasta/deceleration of linear growth odloženi pubertet/delayed puberty – neobjašnjeni febrilitet/unexplained fever
---	--

pomnu socijalnu i psihološku anamnezu te heteroanamnezu (11, 12). Neurotične reakcije, kao i prekomjerna zaokupljenost majke ili drugih članova obitelji nad djetetovom bolešću također pridonose razvoju simptoma. Prema nekim istraživanjima do 80% djece s recidivirajućom abdominalnom boli pokazuje anksioznost, dok oko 40% djece s dugotrajnijim tegobama pokazuje depresivne poremećaje. Čak i bolovi koji nisu primarno psihogeni mogu imati psihogene "okidajuće" mehanizme, što dodatno otežava dijagnostiku (13). Na psihogeno podrijetlo tegoba mora se misliti od prvog susreta s djetetom, a ne tek kad se isključe organski uzroci. Određeni podatci iz anamneze i simptomima što su znojenje ili dermografizam uvelike upućuju na moguće psihosomatske reakcije.

Funkcionalni uzroci

Funkcionalni gastrointestinalni poremećaji se definiraju kao stanja različitih recidivirajućih gastrointestinalnih smetnji koja nisu uzrokovana anatomskim poremećajima, upalama ili oštećenjima tkiva u trajanju od 6 mjeseci, a bez manifestne bolesti (14, 15, 16). Nastaju zbog neobičajene ili promijenjene funkcije zdravog organa kao rezultat interakcije vanjskih i unutarnjih faktora. U postavljanju dijagnoze funkcionalnih RAB-a u djece primjenjuju se Rimski III dijagnostički kriteriji (10, 15, 16).

Rimski II kriteriji ponudili su razvrstavanje abdominalnih tegoba u djece na osnovi simptoma. Služeći se ovim dijagnostičkim kriterijima, postavlja se pozi-

tivna dijagnoza funkcionalnog poremećaja u većine djece samo na temelju detaljne anamneze i kliničkog pregleda koji ne upućuju na postojanje bolesti. Rimski kriteriji naglašavaju pojam funkcionalne abdominalne boli kao specifične dijagnoze, koju je potrebno razlikovati od anatomski, upalno ili metabolički uzrokovanih abdominalnih bolova (10, 15, 16, 17). U ovim kriterijima ujedinjeno je nekoliko simptoma u jedan klinički entitet (npr. funkcionalna opstipacija), čime se dalje razvila mogućnost adekvatne dijagnostike, praćenja, liječenja i smanjivanja nepotrebnih dijagnostičkih pretraga (18).

Rimske II kriterije ispunjava čak 73-93%, odnosno većina djece s recidivirajućom abdominalnom boli (19, 20). Podatci nakon početka primjene Rimskih III kriterija još nisu poznati.

Kao najčešći uzroci funkcionalne abdominalne boli prema Rimskim kriterijima navode se sindrom iritabilnog crijeva, funkcionalna dispepsija, sindrom funkcionalne abdominalne boli i abdominalna migrena. Poremećaji se mogu javiti sami ili u kombinaciji (16, 19).

Brojne su teorije koje objašnjavaju uzrok funkcionalnih recidivirajućih abdominalnih bolova. Povećana motorička reaktivnost i visceralna hipersenzitivnost, promijenjena sluznička upalna i imuna funkcija, promjene bakterijske flore nakon infekcije ili uzimanja lijekova, razni psihogeni i socijalni čimbenici samo su neki od njih (10, 21, 22, 23).

Subjektivni doživljaj boli je identičan i istinska je patnja za dijete, bez obzira na uzrok, zbog čega se psihogeno uvjetovana recidivirajuća abdominalna bol ne bi smjela omalovažavati.

Jednom postavljena dijagnoza psihogeno ili funkcionalno uzrokovane recidivirajuće abdominalne boli ne isključuje mogućnost da tijekom života neka od epizoda abdominalne boli bude akutna i organski uvjetovana. Na primjer, dijete koje ima recidivirajuće abdominalne boli psihogenog uzroka može u jednom životnom trenutku imati apendicitis.

DIJAGNOSTIČKI POSTUPNIK

Pristup recidivirajućoj abdominalnoj boli u dječjoj dobi ovisi o razini zdravstvene zaštite - primarnoj, sekundarnoj ili tercijarnoj. Na svakoj bi se razini morali provoditi odgovarajući dijagnostički postupci.

Na primarnoj razini osnovni cilj je razlikovanje akutne i kronične ili recidivirajuće abdominalne boli.

Prvi korak a ujedno i temelj dijagnoze funkcionalnih gastrointestinalnih poremećaja je dobro uzeta gastroenterološka anamneza (slika 1). Treba obratiti pozornost na prisutnost upozoravajućih simptoma navedenih u tablici 2, kao što su gubitak težine, promjene u prehranbenim navikama, i drugo, koji pobuđuju sumnju na organsku bolest. Osim toga, treba pitati o postojanju mogućih psihičkih poteškoća te uzeti epidemiološku i socijalnu anamnezu.

Nakon detaljno uzete anamneze nužno je obaviti detaljan pregled, koji mora obuhvatiti opći status, palpaciju, perkusiju i auskultaciju abdomena, te digitorektalni pregled (5, 24). Nespecifične promjene u tjelesnom statusu (npr. znojenje, bljedilo, midrijaza, tahikardija, tahipneja) mogu biti prisutne pri bilo kojem uzroku recidivirajuće abdominalne boli (6, 25, 26, 27, 28).

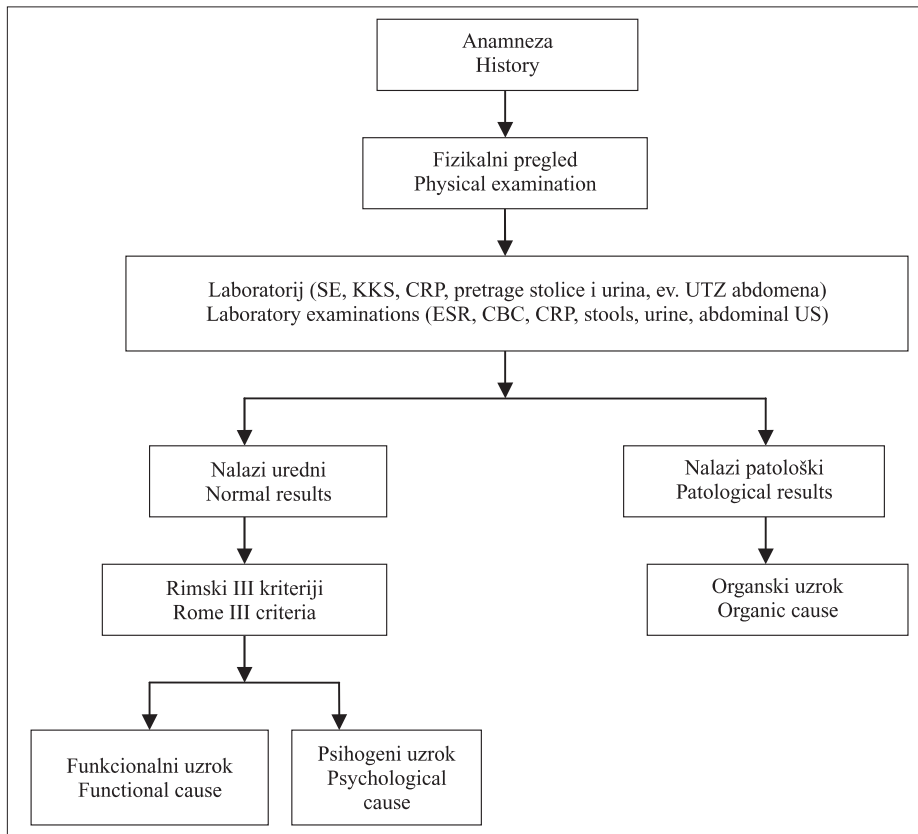
Preporučuju se pretrage: kompletna krvna slika (KKS), sedimentacija (SE), CRP, urin, urinokultura, pretraga stolice na okultno krvarenje, parazite i patogene bakterije te eventualno ultrazvučni pregled abdomena. Patološki nalazi upućuju na organsko podrijetlo tegoba te potrebu daljnje obrade i odgovarajućeg liječenja. U slučaju urednih nalaza uzroci mogu biti psihološki ili funkcionalni.

Poznavanje i primjena Rimskih III kriterija već na razini primarne zdravstvene zaštite pomaže u dijagnostici funkcionalnih abdominalnih bolova bez dodatnih invazivnih pretraga (tablica 3). Na funkcionalnu bol upućuju: normalni fizikalni nalaz, nepostojanje bolnosti pri palpaciji i odsutnost upozoravajućih znakova za organski uzrok (slika 1) (5, 15, 16). Naime, iako je diferencijalna dijagnoza bolova u trbuhu vrlo široka, detaljna anamneza i klinički pregled s ograničenim laboratorijskim pretragama trebali bi biti dovoljni za postavljanje pozitivne dijagnoze recidivirajuće boli u trbuhu (11).

U sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti osim opisanog postupnika, nakon prvog pregleda, katkad je potrebno obaviti dodatne dijagnostičke pretrage.

MOGUĆNOSTI LIJEČENJA

Cilj liječenja recidivirajućih abdominalnih bolova je što ranije ponovno uključivanje djeteta u normalne svakodnevne aktivnosti. Zbog mnogobrojnih uzroka,



Slika 1: Preporučeni postupnik za RAB na razini primarne zdravstvene zaštite
Figure 1: Recommended diagnostic algorithm for recurrent abdominal pain in primary health care

recidivirajući abdominalni bolovi zahtijevaju složen i širok terapijski pristup. Ako je uzrok tegobama organski, onda se liječi osnovna bolest.

Kod psihogenih i funkcionalnih bolova primjenjuju se brojne terapijske mjere, od medikamentoznih preko psihosomatskih do fizikalnih i dijetetskih (29). Pojednostavljeni terapijski pristup prikazan je u tablici 4.

Primjena lijekova često rješava samo simptom, a stvarni uzrok ostaje neprepoznat ili nedostupan terapiji. Kod funkcionalnih boli od medikamentozne terapije primjenjuju se spazmolitici. Kod neulku-sne dispepsije antacidi, blokatori H₂ receptora i inhibitori protonske pumpe dovede do ublažavanja simptoma. Uporaba psihofarmaka u djece s recidivirajućim abdominalnim bolovima još nije dovoljno istražena. Primjena placebo može pomoći pri dijagnozi psihogenih abdominalnih bolova.

Psihogene recidivirajuće abdominalne boli katkad je komplicirano liječiti, jer bolesnici i roditelji često negiraju „odgovornost“ za bolest.

Psihoterapija (biheviorna - vježbe, kontrola disanja i kognitivna - skretanje pozornosti, zamišljanje nestanka boli),

skupna i obiteljska terapija dobro su prihvaćeni oblici terapije. Često je potrebno pružiti psihološku potporu cijeloj obitelji. Vođenje dnevnika o vremenu javljanja kao i događajima koji su prethodili tegobama te podučavanje roditelja kako se nositi s bolešću svojeg djeteta koristi i djetetu i roditeljima (30). Dugotrajna kohortna istraživanja pokazuju da djeca koja boluju od recidivirajućih abdominalnih bolova bez psihološkog tretmana imaju značajno veću sklonost daljnjoj somatizaciji. To u kasnijoj životnoj dobi ima za posljedicu povećano pobolijevanje od migrene, anksioznosti i boli lokaliziranih na drugim dijelovima tijela (31).

Fizikalne mjere (mirovanje, grijanje) mogu biti korisne, premda je njihov učinak dvojben, jer katkad može i osnažiti osjećaj bolesti. Stoga se njihov učinak na psihosomatski aspekt bolesti mora razmotriti individualno.

Prilagođena prehrana (vlaknasta hrana, bezlaktorna dijeta) uobičajena je preporuka kod boli u donjem abdomenu s normalnim vrijednostima laboratorijskih nalaza.

Zaključno, u liječenju funkcionalnih recidivirajućih abdominalnih bolova primjena H₂ antagonista ili inhibitora protonske

Tablica 3. Rimski III dijagnostički kriteriji za neke recidivirajuće funkcionalne bolne poremećaje gastrointestinalnog sustava. Svi smatraju da nema jasne sumnje niti dokaza za upalni, anatomski, metabolički ili neoplastički proces koji bi objasnio simptome (10)
 Table 3. Rome III diagnostic criteria for some functional recurrent abdominal pain syndromes. All assume there is no inflammatory, anatomic, metabolic or neoplastic process that could be an alternative cause (10)

<p>Funkcionalna dispepsija * Mora uključivati sve od navedenog:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. perzistentna ili rekurentna bol ili neugoda u gornjem abdomenu, iznad umbilikusa 2. defekacija ne donosi olakšanje, nije povezana s promjenom frekvencije ili konzistencije stolice 3. nema podataka o upalnim, anatomskim, metaboličkim ili neoplastičkim procesima koji mogu objasniti bolesnikove tegobe <p>* tegobe moraju biti prisutne najmanje jedan put na tjedan tijekom posljednja 2 mjeseca prije postavljanja dijagnoze</p> <p>Functional dyspepsia * Must include all of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persistent or recurrent abdominal pain or discomfort centered in the upper abdomen (above the umbilicus) 2. Not relieved by defecation or associated with the onset of a change in stool frequency or stool form (ie, not IBS) 3. No evidence of an inflammatory, anatomic, metabolic, or neoplastic process that explains the subject's symptoms <p>* Criteria fulfilled at last once per week for at least 2 months before diagnosis</p> <p>Sindrom iritabilnog crijeva* Mora uključivati sve od navedenog:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. abdominalna neugoda (osjet neugode koji se ne može opisati kao bol) ili bol koja je povezana s 2 ili više od navedenog najmanje 25% vremena: popravlja se defekacijom; početak boli je povezan s promjenom u frekvenciji ili konzistenciji stolice 2. nema podataka o upalnim, anatomskim, metaboličkim ili neoplastičkim procesima koji mogu objasniti bolesnikove tegobe <p>* tegobe moraju biti prisutne najmanje jedan put na tjedan tijekom posljednja 2 mjeseca prije postavljanja dijagnoze</p> <p>Irritable bowel syndrome* Must include all of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abdominal discomfort (an uncomfortable sensation not described as pain) or pain associated with 2 or more of the following at least 25% of the time: Improved with defecation; Onset associated with a change in frequency of stool; Onset associated with a change in form (appearance) of stool 2. No evidence of an inflammatory, anatomic, metabolic, or neoplastic process that explains the subject's symptoms <p>* Criteria fulfilled at last once per week for at least 2 months before diagnosis</p>	<p>Abdominalna migrena* Mora uključivati sve od navedenog:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. paroksizmi intenzivne akutne periumbilikalne boli koja traje 1 sat ili više 2. razdoblja bez simptoma koji traju tjednima i mjesecima 3. bol sprječava normalno svakodnevno funkcioniranje 4. bol je povezana sa 2 ili više od navedenog: anoreksija, mučnina, povraćanja, glavobolja, fotofobija, bljedilo 5. nema podataka o upalnim, anatomskim, metaboličkim ili neoplastičkim procesima koji mogu objasniti bolesnikove tegobe <p>* tegobe se moraju javljati 2 ili više puta 12 mjeseci prije postavljanja dijagnoze</p> <p>Abdominal migraine* Must include all of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paroxysmal episodes of intense, acute periumbilical pain that lasts for 1 hour or more 2. Intervening periods of usual health lasting weeks to months 3. The pain interferes with normal activities 4. The pain is associated with 2 or more of the following: anorexia, nausea, vomiting, headache, photophobia, pallor 5. No evidence of an inflammatory, anatomic, metabolic, or neoplastic process that explains the subject's symptoms <p>* Criteria fulfilled 2 or more times in the preceding 12 months</p> <p>Funkcionalna abdominalna bol u djece* Mora uključivati sve od navedenog:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. epizodna ili trajna abdominalna bol 2. nedovoljni kriteriji za ostale funkcionalne gastrointestinalne poremećaje 3. nema podataka o upalnim, anatomskim, metaboličkim ili neoplastičkim procesima koji mogu objasniti bolesnikove tegobe <p>* tegobe moraju biti prisutne najmanje jedan put na tjedan tijekom posljednja 2 mjeseca prije postavljanja dijagnoze</p> <p>Childhood functional abdominal pain*</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Episodic or continuous abdominal pain 2. Insufficient criteria for other FGIDs 3. No evidence of an inflammatory, anatomic, metabolic, or neoplastic process that explains the subject's symptoms <p>* Criteria fulfilled at last once per week for at least 2 months before diagnosis</p> <p>Sindrom funkcionalne abdominalne boli* Uključuje djetetovu funkcionalnu abdominalnu bol a najmanje 25% vremena, te 1 ili više od navedenog:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bol barem djelomično sprječava u dnevnim aktivnostima 2. dodatni somatski simptomi - glavobolja, bol u ekstremitetima, insomnija <p>* tegobe moraju biti prisutne najmanje jedan put na tjedan tijekom posljednja 2 mjeseca prije postavljanja dijagnoze</p> <p>Childhood functional abdominal pain syndrome*</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Some loss of daily functioning 2. Additional somatic symptoms such as headache, limb pain, or difficulty sleeping <p>* Criteria fulfilled at last once per week for at least 2 months before diagnosis</p>
---	--

Tablica 4. Terapijske mogućnosti kod funkcionalne abdominalne boli
 Table 4. Some diagnostic possibilities in functional abdominal pain

<p>Psihosomatski tretman/ Psychosomatic treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psihoterapija/psychotherapy • Psiholog/psychologist • Psihijatar/psychiatrist <p>Medikamentozni tretman/Pharmacological treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Simptomatska/symptomatic • Antacidi/antacids • H₂ blokeri/H₂ blockers • Inhibitori protonske pumpe/Proton pump inhibitors 	<p>Fizikalne mjere/Physical treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termoterapija/Thermotherapy • Mirovanje/Inactivity • Topli napitci/Hot drinks • Masaža/Massage <p>Dijetetske mjere/Dietary measures</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dijeta s mnogo vlakana/Rich fiber diet • Bezlaktozna dijeta/Lactose free diet
--	---

pumpe, bezlaktozne dijete, kao ni dijetalnog režima s mnogo vlakana, prema novijim istraživanjima nema većeg značenja. Nasuprot tome, primjena kognitivno-bihevioralne terapije pokazuje jasnu dobrobit. Takav pristup poboljšava kvalitetu života, što je i cilj terapije (1, 32).

ZAKLJUČAK

Djeca s recidivirajućim abdominalnim bolovima veliki su dijagnostički izazov za

svakog liječnika. Organski, psihogeni i funkcionalni uzroci poremećaja preklapaju se u većem ili manjem opsegu, otežavajući dijagnozu i liječenje.

Pristup recidivirajućoj abdominalnoj boli u dječjoj dobi ovisi o razini zdravstvene zaštite. Na razini PZZ-a osnovni cilj je razlikovanje akutne i recidivirajuće abdominalne boli. Anamneza, fizikalni pregled, osnovne laboratorijske pretrage (KKS, SE, CRP, urin, urinokultura, pretraga stolice na okultno krvarenje, parazite i patogene bakterije te eventualno ultrazvučni pregled abdomena) i primjena Rimskih III. kriterija omogućavaju uspješno praćenje djece s recidivirajućim abdominalnim bolovima.

LITERATURA

- Grgurić J: Recidivirajuće abdominalne boli u djece. Paed Croat 2000;41(Suppl 1):15-20.
- Grgurić J: Pristup dijagnostici i tretmanu recidivirajućih abdominalnih boli u djece. Jug Pedijatr 1989;32:117-22.
- Hyams JS, Burke G, Davis PM, Rzepski B, Androlonis PA. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community-based study. J Pediatr 1996;129:220-6.
- Powell R. On certain painful afflictions of the intestinal canal. Med Trans Royal Coll Phys 1818;6:106-17.
- Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field study of 1,000 school children. Arch Dis Child 1958;33:165-70.
- Peršić M, Palčevski G, Slavić I. Recidivirajući bolovi u trbuhu u djece. Pedijatrija danas, 2006;2(2):154-71.
- Peršić M. Recidivirajući abdominalni bolovi u djece. Paediatr Croat 1996;40(Suppl 2):109-16.
- Ramchandani PG, Hotopf M, Sandhu B, Stein A and the ALSPAC Study Team. The epidemiology of recurrent abdominal pain from 2 to 6 years of age: results of a large, population-based study. Pediatrics 2005;116(1):46-50.
- Barr RG. Abdominal pain in the female adolescent. Pediatr Rev 1983;4:281-9.
- Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, i sur. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. Gastroenterology 2006;130:1527-37.
- Boyle JJ. Abdominal pain. U: Walker WA, Goulet O, Kleinman RE, Sherman PM, Shneider BL, Sanderson IR, U: Pediatric Gastrointestinal Disease, 4. izd. Hamilton, Ontario BC Decker Inc, 2004;232-43.
- Boyle JT, Hamel-Lambert J. Biopsychosocial issues in functional abdominal pain. Pediatr Ann 2001;30(1):32-40.
- Mayer EA, Raybould HE. Role of visceral afferent mechanisms in functional bowel disorders. Gastroenterol 1990;99:1688-704.
- Hyams JS. Functional gastrointestinal disorders. Curr Opin Pediatr 1999;11(5):375-80.
- Subcommittee on chronic abdominal pain. Chronic abdominal pain in children. Pediatrics 2005;115(3):812-5.
- Di Lorenzo C, Colletti R, Lehmann H i sur. Chronic abdominal pain in children: a clinical report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: American Academy of Pediatrics subcommittee on chronic abdominal pain and NASPGHAN Committee on abdominal pain. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005; 40(3):245-8.
- Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. Gut 1999;45(Suppl 2):1160-8.
- Taminiau J, Benninga M. Pediatric clinical research will benefit from Rome III. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005;41(Suppl 1): S30-1.
- Schurman JV, Friesen CA, Danda CE, i sur. Diagnosing functional abdominal pain with the Rome II criteria: parent, child, and clinician agreement. J Pediatr Gastroenterol 2005;41(3):291-5.
- Walker LS, Lipani TA, Greene JW, i sur. Recurrent abdominal pain: symptom subtypes based on Rome II criteria for pediatric functional gastrointestinal disorders. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2004;38:187-9143.
- Clouse RE, Mayer EA, Aziz Q, i sur. Functional abdominal pain syndrome. Gastroenterol 2006;130:1492-7.
- Drossman DA. Chronic functional abdominal pain. Am J Gastroenterol 1996;91:2270-81.
- Mearin F, Perez-Oliveras M, Perello A, i sur. Dyspepsia and irritable bowel syndrome after a Salmonella gastroenteritis outbreak: one-year follow-up cohort study. Gastroenterol 2005;129:98-104.
- Thiessen PN. Recurrent abdominal pain. Pediatr Rev 2002;23:39-45.
- Uc A, Roy J, Carver LA. Is recurrent abdominal pain of childhood a psychosomatic disorder? J Pediatr Gastroenterol Nutr 2004; 39:571-72.
- Gwee KA, Leong Y, Graham C, i sur. The role of psychological and biological factors in post infective gut dysfunction. Gut 1999;44:400-6.
- Hodges K, Kline JJ, Barbero G, Flanery R. Depressive symptoms in children with recurrent abdominal pain and in their families. J Pediatr. 1985; 107(4):622-6.
- Apley I, Nash N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1,000 school children. Arch Dis Child 1958;33:165-70.
- Camilleri M, Choi MG. Irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther 1997;11:3-15.
- Levine MD, Rappaport ZA. Recurrent abdominal pain in school children: the loneliness of the long-distance physician. Pediatr Clin North Am 1984;5:969-71.
- Campo JV, Di Lorenzo C, Chiappetta L, i sur. Adult outcomes of pediatric recurrent abdominal pain: do they just grow out of it? Pediatrics 2001;108:E1.
- Lake AM. Chronic abdominal pain in childhood: diagnosis and management. Am Fam Physician 1999;59(7):1823-30.

Summary

DIAGNOSTIC ALGORITHM FOR RECURRENT ABDOMINAL PAIN IN CHILDREN

J. Grgurić, M. Hegeduš-Jungvirth, G. Palčevski, Z. Mišak, M. Peršić, I. Barbarić, M. Dujšin, N. Jelić, Z. Jurčić, S. Kolaček, Lj. Pinotić, D. Radman, D. Tješić-Drinković, J. Vuković

Children who suffer from recurrent abdominal pain are a very heterogeneous group of patients. The organic, psychological and functional causes of this disorder overlap, making both the diagnosis and the treatment more difficult. The contribution of Rome criteria is in defining symptoms that helps in diagnosing functional disorders and thus lessen the number of unnecessary diagnostic procedures. The purpose of this algorithm is to help physicians diagnose and treat children with recurrent abdominal pain.

Descriptors: ABDOMINAL PAIN – etiology, diagnosis, therapy; ALGORITHMS; RECURRENCE

Primljeno/Received: 15. 5. 2008.

Prihvaćeno/Accepted: 23. 5. 2008.