

Síró csecsemő, fáradt szülő és a gyermekorvos – evidenciák az infantilis kólika kezelésében

Dr. Karoliny Anna, gyermek gasztroenterológus
Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

Az infantilis kólika leggyakoribb funkcionális gyermekgyógyászati kórképek közé tartozik: az 5 hónapnál fiatalabb gyermekek 5-40 %-ban rendszerint jól fejlődő, egészséges csecsemőknél jelentkezik (1). Bár a jelenség jóindulatú és rendszerint spontán szűnik, a napi több órán keresztül tartó heves sírás azonban megviseli mind a babát, mind a családot; az anyai depresszió és a csecsemőbántalmazás terén súlyos rizikófaktorok számítt. Gyakorisága, ijesztő mivolta, a család életére tett hatása miatt ebben az életkorban az orvosi rendelő felkeresésének egyik fő oka: a gyermekorvos feladata az egyéb kórállapotok kizárása vagy felismerése, majd az evidenciákon alapuló terápiás lehetőségek bevezetése.

Mikor beszélünk csecsemőkori kólikáról?

Mivel a csecsemők kommunikációjának egyetlen útja a sírás, nem meglepő, hogy az újszülöttek összesen naponta akár 2-3 órán keresztül is hallatják hangjukat. Egy idő után az édesanya többnyire megismeri, hogy a csecsemő éhes, fáradt, vagy valamilyen kellemetlensége van, azonban az esetek egy részében a sírás oka ismeretlen marad. Mivel ilyenkor a csecsemők gyakran a lábukat is húzogatják, a szülők a tüneteket leggyakrabban hasfájással azonosítják, bár a betegség háttere a mai napig tisztázatlan.

Nehéz határvonalat húzni az egészséges csecsemő sírása és a kóros állapotok között, ezért pontos definíció írja körül a jelenséget. A funkcionális gastrointestinalis kórképek rendszerezésére szolgáló Roma IV. kritériumok szerint (2) azon öt hónaposnál fiatalabb csecsemők esetén beszélünk infantilis kólikáról, akiknél hét naptól legalább három napon át három óránál hosszabb ideig tartó, a vizsgáló számára különösebb okkal nem magyarázható excesszív sírás jelentkezik, gyakran az esti, éjszakai órákban.

Csecsemőkori kólika – egyéb betegség?

Orvoscént a legfőbb feladatunk, hogy a kólika tüneteit mutató csecsemőnél kizárjuk az egyéb, akár súlyos következményekkel járó betegségek fennállását. Mivel a csecsemőkori kólika diagnózisa az egyéb kórállapotok kizárása után állítható fel, minden esetben szükséges a részletes anamnézis felvétel és a fizikális vizsgálat is. A terhesség és a szülés részletei (gesztációs kor, a szülés lefolyása), a táplálás módja (anyatej, tápszer), a csecsemő gyarapodása, a székletürítés, az alvási szokások ismerete, bőrtünetek megjelenése, légzési nehezítettség, bukások jelenléte mind-mind fontos információ lehet. Gyakorta áll fenn táplálási hiba: időnként csak egy szoptatás vagy etetés megtekintése deríthet fényt a csecsemő nyugtalanságának okára.

Épp ennyire fontos a fizikális vizsgálat is: a csecsemő paramétereinek (testhőmérséklet, a súly- és hossz) rögzítése mellett az általános belgyógyászati vizsgálatához tartozik a bőr megtekintése, a tájékozódó neurológiai vizsgálat is.

Ezek után az esetek egy részében fertőzést, táplálékallergiát, refluxbetegséget, átmeneti lactase-hiányt diagnosztizálunk a háttérben, ezek kezelése elengedhetetlen a gyógyuláshoz.

Amennyiben a részletes anamnézis és fizikális vizsgálat sem veti fel egyéb organikus betegség gyanúját, csecsemőkori kólikát kórismézünk.

Milyen okok állnak a kólika hátterében?

A pontos etiológia a mai napig nem ismert. A feltételezett okok között szerepel a bél éretlensége, dysmotilitása, a bélflóra rendellenessége, a fokozott gázképződés következtében kialakuló bélfeszülés, a táplálékra adott hyperszenzitív válasz. Más vélemények alapján a betegség a viselkedészavarok közé tartozik, melynek megélésében fontos szerepe van a csecsemő-szülő kapcsolatnak is.

Terápiás lehetőségek csecsemőkori kólika kezelésében

Tekintettel arra, hogy a pontos etiológia nem ismert, oki terápia nincsen, így számos terápiás próbálkozás terjedt el a gyakorlatban. Szinte minden családban alakulnak ki szokások, melyek követése látszólag csökkenti a sírással töltött órák számát, azonban ezen megfigyelések (pl. a kocskázás vagy a babakocsiban ringatás, zene, furcsa hanghatások) alapján természetesen terápiás javaslatot nem tehetünk: valódi hatékonyságot csak több magas szintű evidenciával végzett vizsgálat vagy meta-analízis alapján lehet kijelenteni. Tekintsük át a gyakorlatban alkalmazott gyógymódokat!

Probiotikum

Számos vizsgálat eredménye szerint az egészséges és a kólikában szenvedő csecsemő bélflórájának összetétele különböző, mely független oki tényező lehet a dysmotilitás, gázképződés, az emésztőszervi gyulladás kialakulásában. A *Lactobacillus* törzsek dominanciája megfelelő zsírsavösszetételhez vezet, a *coliform* törzsek visszaszorításával csökken a gázképződés (3). Egyes probiotikus törzsek használata során kolonizálódik a vastagbél, gátolja a patogének szaporodását, stabilizálja a mucosa barrier működését, gyulladáscsökkentő hatású, jótékonyan befolyásolja a motilitást. Mindezen mechanizmusok valószínűleg hozzájárulnak a probiotikumok hatásosságához a kólika okozta tünetek enyhítésében. Egyre több adat ismert az egyes probiotikumok használatával kapcsolatban: **a törzsek hatékonysága azonban eltérő.** A hatékonyságot meghatározott törzs meghatározott dóziséval kell lemérni, az eredmények nem extrapolálhatók egyéb készítményekre.

A *Lactobacillus reuterii* DSM 17938 törzsének **hatékonyságát** számos vizsgálat bizonyítja. Több metaanalízis szerint mind a sírási idő, mind a sírásos epizódok száma csökkent, emellett az anya mentális státuszában is javulás következett be. *Anabrees és munkatársai* (4) három vizsgálat alapján végzett metaanalízisben 209, többnyire anyatejjel táplált kólikában szenvedő csecsemő esetében vizsgálták a *L. reuterii* DSM 17938 hatékonyságát placebocsoporttal szemben. Az intervenció 7. napján a sírással töltött idő 50%-kal regrediált, az epizódok száma is csökkenést mutatott, az egyéb kezelések egy része elhagyható vált (pl. protonpumpa inhibitor kezelés).

A *Lactobacillus reuterii* **hatásossága nem véletlen: hatásmechanizmusa egyedülálló.** Egyik fontos jellemzője, hogy szabályozza a gyomor-bélrendszer motilitását. A gyomorürülés gyorsításával csökkenti a regurgitációs epizódok számát, a vékonybélben a transzportidő növekedésével hozzájárul a megfelelő felszívódáshoz, a vastagbél motilitásának optimalizálásával a széklet ürülését pedig elősegíti. Speciális zsigeri fájdalomcsillapító hatását az enterális idegrendszer fő fájdalomcsillapító receptorainak (PRPV₁) gátlása révén éri el.

Több probiotikus törzs hatékonyságát is vizsgálták (hőkezelt *L. acidophilus*, a *Lactobacillus* GG, *Lactobacillus casei*, *L. rhamnosus*, *Streptococcus thermophilus*, *Bifidobacterium breve*, *L. acidophilus*, *B. infantis*, *L. bulgaricus* and *fructooligosaccharide*) azonban ezek a vizsgálatok alapján nincs kellő bizonyíték ezen törzsek hatékonyságára (11).

A hatásosságon kívül fontos szempont a **biztonságosság** is. A *L. reuterii* egy anyatejből izolált *Lactobacillus* törzs, mely a vastagbélbe jutva kolonizálni képes. Hatékonyságát számos vizsgálat bizonyítja: ezen vizsgálatokban érett újszülöttek és koraszülöttek, immunszuprimált betegek is bevonásra kerültek. A vizsgálatok során mellékhatást nem észleltek, használatuk koraszülöttekben és immunkompromittált betegekben is biztonságos, szeptikus szövődmény nem ismert.

Diétás intervenciók, laktáz enzim szubsztitúció

Az infantilis kólika tünetei gyakran nehezen különíthetők el a táplálékallergia tüneteitől, ezért az esetek egy részében, főképp, ahol bukás, ekzema is tarkítja a képet valójában nem csecsemőkori kólikával, hanem nutritív allergiával állunk szemben. Ezekben az esetekben javasolható a tejfehérje elimináció a szoptatós édesanya számára, ill. az extenzíven hidrolizált tápszer bevezetése a mesterségesen táplált csecsemők részére. Szója alapú tápszer adása ebben az életkorban nem javasolt! Ha a tünetek két hét alatt javulnak, érdemes a diétát fenntartani.

Csecsemőkorban, főképp éretlen koraszülött csecsemőknél az első élethetekben relatív laktázhány lehetőség felmerül. Ilyenkor a hasi fájdalom, sírás mellett rendszerint haspuffadás, hasmenés is jelentkezik, ilyen esetben szükség lehet laktázenzim pótlásra. A jelenség többnyire átmeneti, idővel rendeződik.

Fontos hangsúlyozni azonban, hogy ezekben az esetekben a csecsemő panaszait nem infantilis kólika, hanem tejfehérje allergia illetve relatív laktáz hiány okozza. Amennyiben ez nem áll fenn és a panaszok csecsemőkori kólikának felelnek meg, nem várhatunk javulást ezen kezeléstől!

Egyéb gyógyszerek

A leggyakrabban alkalmazott egyéb készítmények többnyire a gázképződés csökkentésére szolgálnak. *Bruyas-Bertholon* és munkatársai 23 randomizált kontrollált vizsgálatot és egy metaanalízist tekintettek át. Ez alapján a simethicone hatékonysága nem bizonyítható, egyes készítményeknél (dicyclomine) adverz reakcióról számoltak be. Nincs kellő bizonyíték a masszázs, az akupunktúra és a viselkedésterápia hatékonyságára sem.

A *Bruyas-Bertholon* metaanalízis a gyógynövények közül az **édeskömény** hatékonyságára talált kellő bizonyítékot, így ennek használata megkísérelendő.

Néhány gyógynövénytartalmú készítménynél felhívják a figyelmet az allergiás reakciók kialakulásának veszélyére, a nem megfelelő forrásból származó növényi keverékeknél alkohol, vagy egyéb szennyeződés mutatható ki, néhány toxicus eset is ismert (g).

A különféle simaizomgörcsoldók hatékonysága nem bizonyítható, a nyugtatók használata ebben az életkorban kerülendő.

Összefoglalás

Az első feladat az infantilis kólikában szenvedő és az egyéb kórállapotok miatt panaszos csecsemők elkülönítése. Amennyiben a panaszok hátterében organikus okot vélünk felfedezni, ennek kivizsgálása, kezelése szükséges.

Az infantilis kólika kezelésében az első és legfontosabb a szülők megnyugtatója, a csecsemő-szülő kapcsolat ápolása, szükség esetén pszichoterápia alkalmazása. Tévhit, hogy a baba azért sír, hogy a szülőket manipulálja; a síró gyermek megnyugtatója, ringatója nem jelent elkényeztetést!

Az általánosan elterjedt készítmények közül a probiotikumok közül a *Lactobacillus reuteri* valamint az édeskömény hatékonysága bizonyított.

A legtöbb vizsgálat a hatékonyság és a biztonságosság vonatkozásában a *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 törzzsel történt (10), mely alapján hatékonynak bizonyult csecsemőkori kólika kezelésében, használata biztonságos újszülöttek, koraszülöttek esetében is.

1. Hall B, Chesters J, Robinson A. Infantile colic: a systematic review of medical and conventional therapies. J Paediatr Child Health 2012; 48:128-37 2. Judith Zeevenhooven The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2017 Mar; 20(1): 1-13. 3. Indrio F, Riezzo G, Raimondi F, et al. The effects of probiotics on feeding tolerance, bowel habits, and gastrointestinal motility in preterm newborns. J Pediatr 2008; 152:801-6. 4. Anabrees et al. Probiotics for infantile colic: a systematic review BMC Pediatrics, 2013.11.15. 5. Metcalf TJ, Irons TG, Sher LD, et al. Simethicone in the treatment of infant colic: a randomized, placebo-controlled, multicenter trial. Pediatrics 1994; 94:29-34 6. Infantile colic: Clinical features and diagnosis - Uptodate.com, 2017 7. Infantile colic: Management and outcome - Uptodate.com, 2017 8. Virginie Bruyas-Bertholon, Alain Lachaux, Jean-Pierre Dubois, Pierre Fourneret, Laurent Letrilliart: A comparison of alternative treatments for colic, Presse Med. 2012 Jul;41(7-8):e404-10. doi: 10.1016/j.jlpm.2012.01.015, Elsevier Masson SAS 9. Rodríguez-González M, Benavente Fernández I, Zafra Rodríguez P, Lechuga-Sancho AM, Lubián López S.: Toxicity of remedies for infantile colic. Arch Dis Child. 2014 Dec;99(12):1147-8. doi: 10.1136/archdischild-2014-306885. Epub 2014 Aug 28. 10. Valerie Sung, MPH; Sarsha Collett, MPH; Tanyth de Gooyer, PhD; Harriet Hiscock, MD; Mimi Tang, PhD; Melissa Wake, MD: Probiotics to Prevent or Treat Excessive Infant Crying Systematic Review and Meta-analysis JAMA Pediatr. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2572 11. Pärtty A, Lehtonen L, Kalliomäki M, Selminen S, Isolauri E. (2015) Probiotic Lactobacillus rhamnosus GG therapy and microbiological programming in infantile colic - a randomised, controlled trial. Pediatr Res. 78: 470-475.