

אנקופרזיס

Alexander von Gontard

מהדורה בעברית

תרגום: עומר ליברמן, יוסף בן-שטרית

עריכה: פז תורן



Alexander von Gontard

Department of child and adolescent psychiatry, Saarland University Hospital, Homburg, Germany

Conflict of interest: none disclosed

This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP. This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or [IACAPAP](#) endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist.

© [IACAPAP](#) 2016. This is an open-access publication under the [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial. Send comments about this book or chapter to jmreyAbigpond.net.au.

Suggested citation: von Gontard, A. Encopresis. Editor: Paz Toren; Translation: Omer Lieberman, Joseph Ben-Sheetrit. In: Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016.

אנקופרזיס (בריחת צואה, דליפת צואה, הצטאות) היא הפרעה המשפיעה על ילדים ברחבי העולם. היא כרוכה בסטיגמה קשה אפילו יותר מזו של אנורזיס (Enuresis) או בריחת שתן (Urinary Incontinence) וגורמת מצוקה רבה הן לילדים והן להורים. בנוסף, שיעור ההפרעות הרגשיות הנלווה להפרעה זו גבוה יותר, והן משפיעות על 30-50% מכלל הילדים הסובלים מאנקופרזיס (von Gontard et al., 2011).

ניתן להבחין בשתי צורות עיקריות של אנקופרזיס: אנקופרזיס עם עצירות, ואנקופרזיס ללא עצירות. חשוב להבדיל באופן ספציפי בין שני תתי-הסוגים האלו משום שהם נבדלים בפתופיזיולוגיה, מאפיינים קליניים, ובמיוחד בטיפול (הסוג האחרון לא מגיב למשלשלים, בעוד שבסוג הראשון הם חיוניים לטיפול). המטרה של פרק זה היא לסקור את הנושא ולהציע גישות פרקטיות להערכה וטיפול בשני תתי-הסוגים של אנקופרזיס.

הגדרות וסוג

על פי ה-ICD-10 (ארגון הבריאות העולמי, WHO, 2008) ו-DSM-IV-TR (איגוד הפסיכיאטריה האמריקאי, APA, 2000), אנקופרזיס מוגדרת כמעבר לא-רצוני או רצוני של צואה במקומות לא מתאימים בילד שגילו ארבעה שנים או יותר, לאחר שנשללו סיבות אורגניות. למרות נקודות דמיון רבות בין שתי מערכות האבחון, הן שונות בנוגע לנקודות חיוניות, במיוחד בנוגע לתתי-סוגים של אנקופרזיס. ב-ICD-10, יש צורך באפיזודה אחת בחודש במשך 3 חודשים לפחות. ה-ICD-10 לא מגדיר תתי-סוגים ולא מבחין בין אנקופרזיס עם או בלי עצירות. המשך הדרוש לאבחנה זהה ב-DSM-IV-TR (2000) אך הוא מבחין בין אנקופרזיס עם עצירות לאנקופרזיס בלי עצירות.

טבלה C.5.1. קריטריוני האבחנה ע"פ סוג Rome-III לעצירות פונקציונלית ואי-נקיטת צואה לא-אגרנית (Rasquin et al., 2006).

עצירות פונקציונלית*

על שניים או יותר מהבאים להתקיים בילד עם גיל התפתחותי של ארבע שנים לפחות שלא מתקיימים בו הקריטריונים לתסמונת המעי הרגיז (Irritable Bowel Syndrome):

- שתי יציאות באסלה או פחות בשבוע
- אפיזודה אחת לפחות של בריחת צואה בשבוע
- היסטוריה של תנוחות התאפקות (retentive posturing) או התאפקות רצונית מופרזת
- היסטוריה של יציאות קשות וכואבות
- נוכחות של מאסות פקליות גדולות ברקטום
- היסטוריה של יציאות בעלות קוטר גדול שיכולות לחסום את האסלה.

* הקריטריונים צריכים להתקיים לפחות פעם בשבוע במשך חודשיים לפחות.

על כל הבאים להתקיים בילד עם גיל התפתחותי של לפחות ארבע שנים:

- מתן צואה במקומות שאינם תואמים להקשר החברתי לפחות פעם בחודש
- היעדר תהליכים דלקתיים, אנטומיים, מטבוליים או נאופלסטיים העשויים להסביר את הסימפטומים של המטופל
- אין עדות ל-fecal impaction

* על הקריטריונים להתקיים במשך חודשיים לפחות.

בהתבסס על מחקרים עדכניים ועבודות תיקוף, הטקסונומיה המדויקת ביותר הוצעה ע"י מומחי גסטרואנטרולוגיה בילדים בסווג רומא-III (Rome-III classification) להפרעות פונקציונליות של דרכי העיכול (טבלה C.5.1) (Rasquin et al., 2006). ההבדל הראשון הוא שהמונח הניטרלי אי-נקיטת צואה (**fecal incontinence**) נבחר במקום אנקופרזיס. המשמעות היא שניתן להשתמש במונח אי-נקיטת צואה כשם נרדף לאנקופרזיס, כפי שנעשה בפרק זה. השינוי השני הוא שעצירות נבחרה מההפרעה העיקרית שיכולה אך לא חייבת להיות קשורה לבריחת צואה (soiling). עצירות אכן שכיחה יותר מבריחת צואה: ילדים רבים הסובלים מעצירות לא סובלים מבריחת צואה. ניתן לראות את התסמינים העיקריים של עצירות פונקציונלית בטבלה C.5.1. ההגדה של עצירות לא יכולה להסתמך על תדירות נמוכה של יציאות באסלה בלבד – יש ילדים שיש להם יציאות כל יום אך עדיין סובלים משאריות של מאסה פקלית ברקטום ובמעיי הגס. לכן, סימנים ותסמינים קליניים נוספים דרושים לצורך האבחנה של עצירות, ואלו מפורטים בקריטריוני רומא-III. מחברי הקריטריונים בחרו במשך קצר יותר – חודשיים – על מנת לעודד אבחנה וטיפול מוקדם ולמנוע הפיכה של ההפרעה לכרונית. יש צורך בקיום של שתי סימפטומים לפחות מהבאים: תדירות יציאות נמוכה; בריחת צואה; תמרוני התאפקות; יציאות קשות וכואבות; ומאסות פקליות גדולות.

המונח הניטרלי אי-נקיטת צואה לא-אגרנית (**non-retentive fecal incontinence**) הוצע עבור אנקופרזיס ללא עצירות. האטיולוגיה של תת-הסוג הזה אינה ידועה ומעט מחקר בוצע על הפרעה זו בהשוואה לעצירות (Bongres et al., 2007). פרט למשך קצר יותר של חודשיים, הקריטריונים דומים לאלו של ה-DSM-IV.

אפידמיולוגיה

אנקופרזיס היא הפרעה שכיחה המשפיעה על 1% עד 3% מהילדים מעל גיל ארבע שנים (הגיל המוגדר להפרעה). ניתן להגיד שלושה מסלולים מבחינת המהלך הטבעי של ההפרעה (Heron et al., 2008):

- ילדים עם אנקופרזיס כרונית במשך שנים רבות,
- ילדים עם החרפות חוזרות,

- וקבוצה של ילדים עם נטייה להחלמה ספונטנית.

במחקר הולנדי 4.1% מהילדים בגילאי 5-6 שנים ו-1.6% מהילדים בגילאי 11-12 שנים סבלו מאנקופרזיס (Van der Wal et al., 2005). השכיחות תלויה בהגדרה שמשמשים בה, כך לדוגמא, 5.4% מהילדים בגיל 7 סובלים מבריחת צואה, אך רק 1.4% סובלים מכך לפחות פעם בשבוע (Joinson et al., 2006). אנקופרזיס יכולה להימשך אל תוך גיל ההתבגרות ואפילו במהלך הבגרות המוקדמת. באנקופרזיס ללא עצירות (כלומר, אי-נקיטת צואה לא-אגרנית), 49% מהילדים סבלו מבריחת צואה בגיל 12 ו-15% בגיל 18 במחקר מעקב ארוך-טווח (Bongers et al., 2007). הפרוגנוזה של אנקופרזיס עם עצירות היא פחות טובה: רק 80% הגיעו לתוצאה טובה בגיל 16, ו-75-80% בגיל 16 עד 27 (Bongers et al., 2010). בנים סובלים מההפרעה בשכיחות הגבוהה פי 3-4 מבנות (Bellman, 1966). אנקופרזיס מתרחשת כמעט תמיד במהלך היום (Bellman, 1966). אנקופרזיס במהלך הלילה קשורה לעתים קרובות יותר לסיבות אורגניות ודורשת הערכה גופנית מדוקדקת יותר.

לרוב הילדים מגיל 4 שנים ואילך יש יציאה אחת ליום – עם וריאביליות בין-אישית גבוהה (Bloom et al., 1993). עצירות כרונית היא הפרעה שכיחה יותר מאנקופרזיס. לפי מטה-אנליזה גדולה, השכיחות החציונית היא 9% ברחבי העולם, כאשר נעשה שימוש בהגדרות שונות לתופעה (Van der Berg et al., 2006). המטה-אנליזה הזו כללה מחקרים בין היתר ממדינות כגון איטליה, ארה"ב, הונג קונג, יפן, פינלנד, טורקיה, ברזיל וערב הסעודית.

סימפטומים וסימנים קליניים

מאחר וההבחנה בין שתי תתי-הסוגים – עצירות ואי-נקיטת צואה לא-אגרנית – קובע את הטיפול, חשוב להכיר את הסימפטומים וסימנים הבסיסיים של כל אחד מהם. בהתבסס על מחקרים של Benninga et al. (1994, 2004) ושל אחרים, ההבדלים העיקריים בין תתי-הסוגים מופיעים בטבלה C.5.2.

לילדים הסובלים מאנקופרזיס עם עצירות (או עצירות פונקציונלית) יש פחות יציאות, והן גדולות ובעלות מרקם חריג (רך מידי או קשה מידי). הם חווים לעתים קרובות כאבים בזמן היציאה. כאבי בטן ותיאבון ירוד הם אופייניים. זמן המעבר במעי הגס (colon transit time) מוגבר, וניתן לחוש מאסות בטניות ורקטליות. באולטרסאונד ניתן לראות הגדלה של קוטר הרקטום (מעל 25 מ"מ). לעתים קרובות קיימים בנוסף בריחת שתן במהלך היום ואפילו אנורזיס. הפרעות רגשיות והתנהגותיות קיימות ב-30-50% מילדים אלו. הטיפול במשלשלים יעיל.

בילדים עם אנקופרזיס ללא עצירות (אי-נקיטת צואה לא-אגרנית) אין הרבה מהתסמינים הללו. יש להם יציאות מידי יום בגודל ובמרקם נורמליים. כאב לא שכיח,

והתיאבון טוב. זמן המעבר במעי הגס נורמלי ולא ניתן לחוש במאסות. אנורזיס ובריחת שתן פחות שכיחות, בעוד שהתחלואה-הנלווית הנפשית שכיחה באותה מידה (30-50%). לבסוף, משלשלים אינם יעילים, ואף עלולים להחמיר את בריחת הצואה.

טבלה C.5.2. הבדלים בין אנקופרזיס עם עצירות לאי-נקיטת צואה לא-אגרנית		
אי-נקיטת צואה לא-אגרנית	אנקופרזיס עם עצירות	
מדי יום	לעתים רחוקות	יציאות
לא	כן	יציאות גדולות
כמעט כולן	בחצי מהמקרים	יציאות רגילות (מרקם)
לעתים רחוקות	בחצי מהמקרים	כאבים בזמן יציאות
לעתים רחוקות	לעתים קרובות	כאבי בטן
טוב	מופחת	תיאבון
תקין	ארוך	זמן המעבר במעי הגס
לא	לעתים קרובות	מאסה בטנית ניתנת למישוש
לא, אף פעם	לעתים קרובות	מאסה רקטלית ניתנת למישוש
נורמלי	מוגבר	קוטר הרקטום
לעתים רחוקות	בעשירית מהמקרים	בריחת שתן במהלך היום
בעשירית מהמקרים	בשליש מהמקרים	אנורזיס לילית
30-50%	30-50%	תחלואה-נלווית עם הפרעות רגשיות והתנהגותיות
לא מועילים, עלולים להזיק	מועילים	משלשלים

אטיולוגיה

השליטה על מתן צואה מושגת לאחר השליטה על מתן שתן ביום ובלילה (Largo et al., 1978; 1996). גמילה מוקדמת מחיתולים עלולה להוביל לבריחת צואה מוקדמת בינקות אך אין לה השפעה על אנקופרזיס בגיל 4 שנים. לעתים מופיעים לפני האנקופרזיס עיכוב התפתחותי ומזג (טמפרמנט) קשה אצל הילד, כמו גם דיכאון וחרדה אצל האמא (Joinson et al., 2008).

עצירות פונקציונלית

גורמים גנטיים אכן משחקים תפקיד בעצירות, אך פחות באנקופרזיס. שיעור המתאם לעצירות בתאומים מונוזיגוטיים הוא 70% ובתאומים דיזיגוטיים הוא 18%. הסיכון לפתח עצירות הוא 26% אם ההפרעה קיימת בהורה אחד, 46% אם היא קיימת בשני ההורים, 40% אם העצירות קיימת אצל האב ו-19% אם ההפרעה קיימת אצל האם (Bakwin & Davidson, 1971).

עצירות פונקציונלית מתפתחת לעתים קרובות לאחר עצירות אקוטית, שמופיעה על 12-22% מהילדים. הטריגרים לכך הם מגוונים וכוללים גורמים פסיכולוגיים כגון אירועי חיים מלחיצים, אובדן ועימותים משפחתיים, כמו גם גורמים גופניים כגון פיסורה אנלית, שינויים בתזונה, אימון אסלה אינטנסיבי ותרופות (Cox et al., 1998). ללא קשר לטריגרים ההתחלתיים, יכול להופיע אחריהם מהלך של אגירת צואה כרונית. עצירות אקוטית גורמת לכאבים ביציאות ולהימנעות מיציאות, כולל כוץ פרדוקסלי של הספינקטר האנלי החיצוני, שהופך להרגל. הימנעות מיציאות מובילה לאגירה של צואה ברקטום ובמעיים הגס. זמני המעבר במעי מוגברים, והפריסטלטיקה והתחושה מופחתים. הימנעות מנוזלים מובילה ליציאות גדולות וקשות ולמגה-קולון. אנקופרזיס מתחרשת בגלל שהמאסות הפקליות מפריעות לתפקוד הרקטום ובגלל שצואה טרייה עוקפת המאסות הפקליות הקשות.

אי-נקיטת צואה לא-אגרנית.

בניגוד למודל הברור של עצירות כרונית, האטיולוגיה של אי-נקיטת צואה לא-אגרנית אינו ידוע (Bongers et al., 2007). ההפרעה לא יכולה להיגרם מגורמי פסיכולוגיים בלבד, משום ששיעור התחלואה-הנלווית של שני תת-הסוגים של אנקופרזיס הוא דומה: 30-50% מהמקרים (Benninga et al., 1994; 2004; von Gontard et al., 2011).

תחלואה-נלווית

בסך הכל, ל-30-50% מהילדים עם אנקופרזיס יש הפרעה רגשית או התנהגותית. כלומר, לילדים עם אנקופרזיס יש פי 3-4 יותר הפרעות נלוות בהשוואה לילדים ללא בריחת צואה. במחקר קהילה גדול בילדים בגיל 7½, לילדים עם אנקופרזיס היו שיעורים מוגברים משמעותית של חרדת פרידה (4.3%), פוביה ספציפית (4.3%), חרדה מוכללת (3.4%), ADHD (9.2%) והפרעה מרדנית-מתנגדת (ODD, 11.9%) (Joinson et al., 2006). במילים אחרות, בילדים הסובלים מבריחת צואה קיימת תבנית הטרוגנית של תחלואה-נלווית מוחצנת ומופנמת. מבחינת תת-סוג של ההפרעה, לילדים עם אנקופרזיס עם עצירות יש ציונים התנהגותיים בתחום הקליני באופן דומה לילדים עם אנקופרזיס בלי עצירות (Benninga et al., 1994; 2004). במילים אחרות, לא ניתן להבחין ביניהם על פי התחלואה-הנלווית ההתנהגותית.

טבלה C.5.3. הערכה סטנדרטית ומורחבת של אנקופרזיס

הערכה סטנדרטית (מספיקה ברוב המקרים)

- אנמזה
- שאלונים וסקלות הערכה
- בדיקה גופנית
- אולטרסאונד (זמינה רק בחלק מהמרכזים)

<ul style="list-style-type: none"> • הערכת סקר להפרעות התנהגותיות או הערכה פסיכיאטרית מלאה של הילד
הערכה מורחבת (רק קיימת התוויה לכך)
<ul style="list-style-type: none"> • תרבית צואה לחיידקים • הדמיה: <ul style="list-style-type: none"> - צילום בטן רגיל - צילום רנטגן עם חומר ניגוד למעי הגס - MRI של המעי הגס • מנומטריה (Manometry) • אנדוסקופיה וביופסיה

אבחנה

ההערכה של ילדים עם אנקופרזיס צריכה להיות בלתי-פולשנית ככל הניתן, ועליה לכלול תמיד את ההורים או מטפלים אחרים. עבור רוב הילדים, הערכה בסיסית שיכולה להתבצע במוקדי הערכה ראשונית רבים היא מספיקה (טבלה C.5.3).

האנמנזה היא החלק החשוב ביותר של ההערכה. אם מבצעים אותה בצורה נכונה ואמפתית, המידע הרלוונטי ביותר יתקבל באמצעות האנמנזה. שווה להקדיש מספיק זמן לביצוע הערכה הראשונית. שאלות שימושיות לאנמנזה מפורטת מופיעות בנספח C.5.1.

שאלונים יכולים להיות שימושים ולחסוך בזמן על מנת לאסוף מידע ולבדוק את המידע שהתקבל במהלך האנמנזה הוא שלם. שאלון קצר מופיע בנספח C.5.2.

[תרשים הצואה של בריסטול \(Bristol Stool Chart\)](#) הוא שימושי. מופיעים בו שבע צורות של צואה החל מ-"גושים קשים ונפרדים, כמו אגוזים (קשים ליציאה)" (סוג 1) ועד ל-"יציאה מימית, ללא חתיכות מוצקות, נוזלית לחלוטין" (סוג 7). הסקלה מאפשרת להורים וילידים לזהות את סוג היציאה השכיח אצל הילד בקלות וללא תיאורים ארוכים. ניתן לעקוב באמצעות הסקלה עם אחר מהלך הטיפול.

יש לערוך בדיקה גופנית לכל ילד. מומלץ לערוך הן בדיקה פדיאטרית כללית והן בדיקה נירולוגית. יש לבחון את האזורים סביב פי-הטבעת ואיברי המין. יש לציין ממצאים בעמוד השדרה, הבדלים ברפלקסים ובסימטריה של העכוזים. יש לבצע בדיקה רקטלית לפחות פעם אחת. אם בדיקת אולטרסאונד זמינה, היא יכולה להחליף את הבדיקה הרקטלית אם אין חשד לגורם אורגני לאי-שליטה על הסוגרים.

במידה והבדיקה זמינה, אולטרסאונד של הבטן, הכליות, שלפוחית השתן והאזור שמאחורי כיס השתן הינה מועילה. הממצא החשוב ביותר הוא קוטר רקטום מוגדל מעל 25-30 מ"מ בילדים עם עצירות (Joensson et al., 2008). במקרים אלו, ניתן להימנע

מבדיקה רקטלית. אם לא ניתן לבצע אולטרסאונד, יש לבצע בדיקה רקטלית סטנדרטית בה ניתן למשש מאסות רקטליות. לאור שיעור התחלואה-הנלווית הגבוה, במסגרות לפסיכיאטריה של ילדים מומלץ לבצע הערכה פסיכיאטרית של הילד. במצבים אחרים, מומלץ להעביר שאלוני סקר מתוקפים (כגון Child Behavior Checklist; Achenbach, 1991). אם הציונים הם בטווח הקליני, יש להעמיק את ההערכה או להפנות לפסיכיאטר של ילדים ונוער (von Gontard et al., 2011). כל שאר הבדיקות אינם מומלצות באופן רוטיני, ויש לבצען רק אם יש חשד לאטיולוגיה אורגנית לאי-נקיטת צואה. חשוב להימנע מבדיקות פולשניות מיותרות. פרטים נוספים אודות ההערכה לאנקופרזיס ניתן למצוא ב-Gontard and Neveus (2006).

אבחנה מבדלת

גורמים אורגניים קיימים ב-5% מהילדים עם עצירות כרונית, וחובה לשלול אותם. אלו כוללים פיסורה אנלית, אבצס, תגי עור (skin tags), דרמטיטיס, היצרות של התעלה האנלית (anal stenosis) ומלפורמציות אנו-רקטליות אחרות. גורמים מטבוליים ואנדוקריניים כוללים ציסטיק פיברוזיס, מחלת צליאק, אי-סבילות \ אלרגיה לחלב פרה, סכרת והיפותירואידזם. סיבות נירולוגיות כוללות שיתוק מוחין, ספינה ביפידה (spina bifida) ומיילומינגוצלה (myelomeningocele). כמו כן, עצירות יכולה להיגרם על ידי תרופות \ חומרים שונים (von Gontard and Neveus, 2006).

האבחנה המבדלת החשובה ביותר היא מחלת הירשפרונג (Hirschsprung's disease) המופיעה ב-1 מ-5000 תינוקות, והינה מחלה נירומוסקולרית אינטרינזית של דרכי העיכול המאופיינת בהיעדר גנגליונים (agangliosis). הסימפטומים של המחלה מתחילים בתקופת הנאוונטלית וכוללים הקאות, התרחבות בטנית וסירוב לאכול. לילדים קטנים יכולות להיות יציאות בעלות קוטר קטן, בעוד שבריחת צואה היא סימפטומים נדיר. רוב המקרים (80%) מאובחנים עד גיל 4 (Felt et al., 1999).

גורמים אורגניים לאי-נקיטת צואה לא-אגרנית הם נדירים יותר, ומופיעים ב-1% מהילדים. הגורמים חשובים ביותר הם שלשול זיהומי, מצבים נירולוגיים כגון *spina bifida occulta* ותסמינים פוסט-ניתוחיים שאריתיים.

טיפול

לאחר ההערכה, יש לתת מידע לילדים ולהוריהם על תת-הסוג של האנקופרזיס (הדרכה פסיכו-חינוכית, פסיכואדוקציה). כמו בטיפול באנורזיס, גורמים בלתי-ספציפיים כמו הגברת המוטיבציה ויצירת קשר טיפולי טוב הם מועילים. יש לאפשר לבטא במילים רגשות אשמה, ייחוסים דיספונקציונליים של ההורים ("הילד שלי עושה את זה בכוונה") ותסכול. יש לדון עם ההורים על התערבויות הוריות בלתי-מועילות, כגון עונשים ומתן תרופות ללא התוויה. אם

התזונה של הילד מוגבלת למזונות דלים בסיבים, שינויים בדיאטה של הילד עשויים להיות מועילים. כמו כן, יש להגביר את צריכה הנוזלים מאחר וילדים רבים לא שותים מספיק במהלך היום.

אימון אסלה (Toilet Training)

אין צורך בתקופה ראשונית של תצפית ורישום. במקום זאת, יש להתחיל באימון אסלה ישר על ההתחלה. ההתוויה לאימון קיימת בשני תתי-הסוגים של אנקופרזיס. מבקשים מהילד לשבת על האסלה 3 פעמים ביום, לאחר הארוחות. זמנים אלו הם המועילים ביותר משום שאז הרפלקסים של postprandial defecation הם הכי פעילים. יש לבקש מהילד לשבת על האסלה במשך 5 עד 10 דקות בצורה נינוחה; לצורך כך, חשוב שהרגליים שלו יגעו ברצפה. במידה וזה אינו אפשרי, יש להשתמש בשרפרף קטן לרגליים. זמני האסלה צריכים להיחוות בצורה חיובית: יש לאפשר לילדים לקרוא קומיקס, ספרים, לשחר במחשב או טלפונים סלולריים, לצייר, וכו'. לא מצופה מהם לתת שתן או להעביר יציאה בכל פעם. זמני האסלה מתועדים בטבלה שמתוארת בנספח C.5.3. אם יש צורך בכך, ניתן להגביר את שיתוף הפעולה של הילדים באמצעות שיטת אסימונים פשוטה או פרסים קטנים. יש להימנע לחלוטין מכל ביקורת או הענשה.

משלשלים

באי-נקיטת צואה לא-אגרנית, אימון האסלה הנ"ל הוא הרכיב העיקרי של הטיפול. אין התוויה לטיפול במשלשלים. בילדים עם עצירות, יש לשלב את אימון האסלה עם טיפול במשלשלים: קודם כל דיסאימפקציה (disimpaction), אחר כך טיפול תחזוקתי.

דיסאימפקציה הכרחית על מנת לפנות מאסות פקליות בתחילת הטיפול. ניתן לבצע את הטיפול באורח פומי או רקטלי. בדיסאימפקציה רקטלית משתמשים בחוקנים. החוקנים המומלצים והשימושיים ביותר מכילים זרחנים כגון sodium hydrogen phosphate ו-sodium monohydrogen phosphate. המינון המומלץ הוא 30 מ"ל ל-10 ק"ג, או ½ חוקן לילדים בגיל טרום-בי"ס ו-¼ עד חוקן שלם לילדים בגיל בית ספר. לעתים קרובות יש לחזור על הטיפול בחוקן מספר פעמים. הטיפול החלופי הוא דיסאימפקציה באורח פומי עם פוליאיתילנגליקול (PEG; macrogol). מקובל לתת מינונים גבוהים עד ל-1.5 גר'ק"ג ליום. יש לשתות כמות נוזלים מספקת על מנת שהמשלשל האוסמוטי הזה יהיה יעיל. לאחר שדרכי העיכול רוקנו והועברו מאסות פקליות גדולות, יש לתת מינון תחזוקתי קטן יותר. באמצעות הפרוצדורות הנ"ל אחוז ההצלחה עומדים על 80% מהילדים בדיסאימפקציה רקטלית ו-68% בדיסאימפקציה אורלית, כאשר שתיהן מובילות לנורמליזציה של זמני המעבר במגי הגס (Bekkali et al., 2009).

לאחר דיסאימפקציה מוצלחת, יש צורך בטיפול תחזוקתי ארוך-טווח במשך לפחות שישה חודשים עד שנתיים על מנת למנוע אגירה-מחדש של מאסות פקליות (Felt et al., 1999). בנוסף לאימון אסלה 3 פעמים ביום לאחר הארוחות, יש לתת טיפול במשלשלים. הטיפול המשלשל הסטנדרטי והיעיל ביותר הוא פוליאתילנגליקול (PEG; macrogol). זהו פולימר לינארי ארוך שסופח מים (Candy & Belsey, 2009; Pijpers et al., 2009). תופעות לוואי כגון כאבי בטן הינם נדירות. המינון ההתחלתי הוא 0.4 גר'ק"ג ליום, מוחלק לשתי מנות. אם היציאות קשות מידי, יש להגביר את המינון; אם היציאות רכות מידי, יש להקטין את המינון. הטווח התרפויטי נע בין 0.2 גר'ק"ג ל-1.4 גר'ק"ג ליום (Nurko et al., 2008). לקטולוז (lactulose), שהוא דו-סוכר, הוא פחות יעיל וגורם ליותר תופעות לוואי. המינון של לקטולוז נוזלי נע בין 1 מ"ל"ק"ג ל-3 מ"ל"ק"ג ליום, מחולק לשלוש מנות.

אם קיימת תחלואה-נלווית של הפרעות רגשיות או התנהגותיות, יש לטפל בהן בנפרד. הפרעות קומורבידיות שאינם מטופלות מובילות לירידה בהיצמדות ובהיענות לטיפול ותוצאות הטיפול באנקופרזיס לא יהיו מיטביות.

מהלך ההפרעה ופרוגנוזה

המהלך ארוך-הטווח של אנקופרזיס שאינה מטופלת אינו טוב בשני תתי-הסוגים של ההפרעה. אנקופרזיס עם עצירות ואי-נקיטת צואה לא-אגרנית יכולות להימשך אל תוך גיל ההתבגרות ואפילו הבגרות המוקדמת (ראה אפידמיולוגיה). לכן יש לטפל באנקופרזיס באופן פעיל ולראות את המטופלים במרווחים סדירים. במקרים של עצירות, יש לתת טיפול במשלשלים במשך זמן ארוך מספיק, במשך שנתיים או יותר בחלק מהמקרים.

ביבליוגרפיה

Achenbach TM (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bakwin H, Davidson MD (1971). Constipation in twins. *American Journal of Disease in Children*, 121:179-181.
Bekkali N, van den Berg M, Dijkgraaf MGW et al (2009). Rectal fecal impaction treatment in childhood constipation: enemas versus high doses oral PEG. *Pediatrics*, 124:e1108-e1115.

Bellman M (1966). Studies on encopresis. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 170 (sup):1-151.

Heron J, Joinson C, von Gontard A (2008). Trajectories of daytime wetting and soiling in a United Kingdom 4-to-9-year-old population birth cohort study. *Journal of Urology*, 179:1970-1975.

Joensson IM, Siggard C, Rittig S et al (2008). Transabdominal ultrasound of rectum as a diagnostic tool in childhood constipation. *Journal of Urology*, 179:1997-2002.

Joinson C, Heron J, Butler U et al (2006). Psychological differences between children with and without soiling problems. *Pediatrics*, 117:1575-1584.

Joinson C, Heron J, von Gontard A et al (2008). Early childhood risk factors associated with daytime wetting and soiling in school-age children. *Journal of Pediatric Psychology*, 33:739-750.

Largo R, Gianciaruso M, Prader A (1978). [Die Entwicklung

- Bennigna MA, Buller HA, Heymans HS et al (1994). Is encopresis always the result of constipation? *Archives of Disease in Childhood*, 71:186–193.
- Bennigna MA, Voskuil WP, Akkerhuis GW et al (2004). Colonic transit times and behaviour profiles in children with defecation disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 89:13-16.
- Bloom DA, Seeley WW, Ritchey ML et al (1993). Toilet habits and continence in children: an opportunity sampling in search of normal parameters. *Journal of Urology*, 149:1087-1090.
- Bongers MEJ, Tabbers MM, Benninga M (2007). Functional nonretentive fecal incontinence in children. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 44:5-13.
- Bongers MEJ, van Wijk MP, Reitsma JB et al (2010). Longterm prognosis for childhood constipation: clinical outcomes in adulthood. *Pediatrics*, 126:e156-e162.
- Candy D, Belsey J (2009). Macrogol (polyethylene glycol) laxatives in children with functional constipation and faecal impaction: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 94:156-160.
- Cox DJ, Sutphen JL, Borrowitz SM et al (1998). Contribution of behavior therapy and biofeedback to laxative therapy in the treatment of pediatric encopresis. *Annals of Behavioral Medicine*, 20:70-76.
- Felt B, Wise CG, Olsen A et al (1999). Guideline for the management of pediatric idiopathic constipation and soiling. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153:380-385.
- von Gontard A (2010). [*Encopresis: Erscheinungsformen–Diagnostik – Therapie*, 2nd ed)]. Stuttgart: Kohlhammer.
- von Gontard A, Neveus T (2006). *Management of disorders of bladder and bowel control in childhood*. London: MacKeith Press.
- von Gontard A, Baeyens D, Van Hoecke E et al (2011). Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. *Journal of Urology*, 185:1432-1437.
- der Darm- und Blasenkontrolle von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr]. *Schweizer Medizinische Wochenschrift*, 108:155-160.
- Largo RH, Molinari L, von Siebenthal K et al (1996). Does a profound change in toilet training affect development of bowel and bladder control? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38:1106-1116.
- Nurko S, Youssef NN, Sabri M et al (2008). PEG3350 in the treatment of childhood constipation: a multicenter, double-blinded, placebo-controlled trial. *Journal of Pediatrics*, 153:254-261.
- Pijpers MAM, Tabbers MM, Benninga MA et al (2009). Currently recommended treatments of childhood constipation are not evidence based: a systematic literature review on the effect of laxative treatment and dietary measures. *Archives of Disease in Childhood*, 94:117-131.
- Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D et al (2006). Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology*, 130:1527-1537.
- van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C (2006). Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. *American Journal of Gastroenterology*, 101:2401-2409.
- van der Wal MF, Benninga MA, Hirasing RA (2005). The prevalence of encopresis in a multicultural population. *Journal of Pediatric*
- World Health Organisation (2008). *Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders in Children and Adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press

נספח C.5.1

לקיחת אנמנזה קלינית באנקופרזיס ועצירות: דוגמאות לשאלות*

<p>שחייה, פעילויות אחרות)? - האם הוא משתתף בפעילויות ספורט? אם כן, באיזה סוגים של ספורט?</p> <p>הרגלי אכילה ושתייה</p> <p>- כמה הילד שלך שותה ביום? - האם הוא מעדיף לאכול מזונות דלים בסיבים? אם כן, איזה מזונות? - האם הילד שלך מעדיף לאכול סוגי מזונות אחרים? אם כן, אילו מזונות?</p> <p>טיפולים קודמים</p> <p>- האם הילד טופל במשלשלים? אם כן, איזה משלשלים? ולכמה זמן? - האם הוא נבדק בקשר לבריחת הצואה? אם כן, היכן ומתי? - האם הוא טופל לבריחת הצואה? אם כן, היכן ומתי? - מה עשית באופן אישי כדי לטפל בבריחת הצואה?</p> <p>היסטוריה משפחתית</p> <p>- האם מישהו אחר במשפחה סבל מבריחת צואה? - האם יש אחרים במשפחה שסבלו מעצירות? או מבריחת שתן ביום או בלילה? - האם בני משפחה אחרים סבלו או סובלים ממחלות של כליה או ממחלות של הקיבה או מעיים?</p> <p>* von Gontard & Neveus, 2006; von Gontard, 2010. ** אתה או את, ילד או ילדה, בהתאם למין הילד.</p>	<p>תפיסות ותגובות לאחר בריחת צואה</p> <p>- האם הילד שם לב כשבורחת לו צואה? - אתה שם לב כשבורחת לו צואה? - איך אתם שם לב לזה? - האם הוא אומר לך כשבורחת לו צואה? - אם לא, האם הוא מנסה להסתיר את זה? האם הוא מחביא את התחתונים שלו? - איך הוא מגיב כשבורחת לו צואה (אדיש, ללא תגובה, עצוב, חרד, מאוכזב, מבויש, נואש, כועס, תגובות אחרות)? - מי מסיר את הצואה מהבגדים (או מהמיטה)? - האם הוא כעוס או מוטרד (upset) מבריחת הצואה? אם כן, עד כמה? - אם כן, כיצד המצוקה הזו מתבטאת? - האם יש לו מוטיבציה לטיפול?</p> <p>תגובות של ההורים ואחרים בסביבת הילדים</p> <p>- איך אתה מגיב כשילד שלך בורחת צואה? - אם אתה חש מצוקה מבריחת הצואה שלו? אם כן, עד כמה? - האם הענשת אותו בגלל בריחת הצואה שלו? - האם אתה חושב שהוא עושה את זה בכוונה? - מי יודע שהוא סובל מבריחת צואה? - האם הוא נדחה ע"י ילדים אחרים בגלל בריחת הצואה? אם כן, כיצד? - באיזו תדירות זה קורה? - האם הוא לא יכל להשתתף בפעילויות בגלל בריחת הצואה? אם כן, אילו פעילויות (טיולי בי"ס,</p>	<p>יציאות, כניסה לגן, כניסה לבי"ס, לידת אח, פרידה של ההורים, אירועי חיים אחרים)?</p> <p>התנהגות הקשורה לאסלה</p> <p>- האם הילד לובש חיתולים? - אם כן, מתי (במהלך היום, בלילה בלבד, גם בלילה וגם ביום)? - בכמה ימים בשבוע יש לו יציאות באסלה? - בכמה פעמים ביום יש לו יציאה? - מה גודל היציאות באסלה? - האם זה מגיע למצב שאתה חייב לשלוח אותו אסלה? אם כן, האם זה מועיל? - האם הוא יושב מספיק זמן על האסלה? אם כן, במשך כמה זמן? - האם הוא משחק או קורא בזמן הישיבה על האסלה?</p> <p>סימפטומים נלווים</p> <p>- האם הילד שלך הולך לאסלה באופן סדיר, בזמנים מסוימים של היום? אם כן, מתי? - אם יש לו קושי ביציאות? - האם הוא צריך להתאמץ? - האם היציאות כואבות? - מה מרקם היציאות באסלה (קשה, רך, מימי, מרקמים שונים – הראה את ה-Bristol Stool Chart)? - האם הוא מתלונן על כאבי בטן עליונה או תחתונה? אם כן, באיזו תדירות? - כמה חזק הכאב? - מתי הוא סובל מכאבי בטן, לפני או אחרי הארוחה? - האם הכאב מוקל לאחר הליכה לשירותים? - האם הוא מעביר אוויר?</p>	<p>התייצגות (presentation)</p> <p>- אתה** יודע למה אתה כאן? - זה בגלל שבורח לך קקי במכנסיים? - אתה רוצה לדבר על זה?</p> <p>תדירות האנקופרזיס</p> <p>- האם בורח לילד** שלך צואה במהלך היום? - באיזה תדירות זה קורה במהלך היום (ימים בשבוע; ימים בחודש)? - באיזה זמן של היום זה קורה בדרך כלל (בוקר, צהריים, אחה"צ, ערב)? - באיזו תדירות יש בריחת צואה במהלך הלילה?</p> <p>סימפטומים</p> <p>- כשיש לילד שלך בריחת צואה, באיזה גודל הצואה (כתמים בלבד; כתמים וגושי צואה; רק גושי צואה)? - מה המרקם של היציאות שלו (קשה, רך, מימי – הראה להורה את ה-Bristol Stool Chart)? - באיזה מצבים בורחת לו צואה? - האם זה קורה במצבים מלחיצים? - האם הוא יכול להתאפק מלתת צואה כשאסלה לא זמינה, לדוגמה, במהלך נסיעה? אם כן, לכמה זמן הוא יכול להתאפק?</p> <p>החמרות חוזרות</p> <p>- האם היה פרק זמן בחיים של הילד שלך שהוא לא סבל מבריחת צואה? - אם כן, מה הייתה התקופה הארוכה ביותר? - באיזה גיל זה קרה? - האם הייתה סיבה להחמרה (לא, עצירות, שלשול, כאב בזמן</p>
--	--	---	--

נספח C.5.2

שאלון אנקופרזיס – גרסת סקר*

שאלות	תשובות
תדירות האנקופרזיס	
האם יש לילד שלך בריחת צואה במהלך היום?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
באיזו תדירות בורחת לילד שלך צואה במהלך היום?	ימים בשבוע _____ ימים בחודש _____
כמה פעמים ביום בורחת לילד שלך צואה?	פעמים ביום _____
האם יש לילד שלך בריחת צואה במהלך הלילה?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
באיזו תדירות יש לילד שלך בריחת צואה במהלך הלילה?	לילות בשבוע _____ לילות בחודש _____
תסמיני אנקופרזיס	
אם לילד שלך בורחת צואה, מה גודל הצואה?	<input type="checkbox"/> כתמים בלבד <input type="checkbox"/> כתמים וגושי צואה <input type="checkbox"/> רק גושי צואה
מה מרקם היציאות של הילד?	<input type="checkbox"/> קשה <input type="checkbox"/> רך <input type="checkbox"/> מימי
החמרות חוזרות	
האם היה פרק זמן בחיים של הילד שלך שהוא לא סבל מבריחת צואה?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
אם כן, באיזה גיל זה קרה? מגיל ... עד גיל...	שנים; חודשים _____ שנים; חודשים _____
התנהגות הקשורה לאסלה	
כמה ימים בשבוע יש לילד יציאות באסלה?	ימים בשבוע _____
כמה פעמים ביום יש לילד יציאות?	פעמים ביום _____
מה גודל גושי הצואה באסלה?	<input type="checkbox"/> קטן <input type="checkbox"/> בינוני <input type="checkbox"/> גדול
מה המרקם של היציאות של הילד שלך באסלה?	<input type="checkbox"/> קשה <input type="checkbox"/> רך <input type="checkbox"/> מימי <input type="checkbox"/> עם דם

<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם יש לילד כאבים בזמן יציאות?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם הילד שלך סובל מכאבי בטן עליונה או תחתונה?
תפיסות ותגובות לאחר בריחת צואה	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם הילד שלך סובל מבחינה רגשית בגלל בריחת הצואה?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם יש לילד שלך מוטיבציה לטיפול?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם הענשת את הילד בגלל בריחת הצואה שלו?
בריחת שתן	
_____ פעמים ביום	באיזו תדירות הילד שלך הולך להשתין באסלה?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם בורח לילד שלך שתן במהלך היום?
_____ ימים בשבוע	אם כן, באיזו תדירות?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם הילד שלך סובל מהרטבת לילה?
_____ ימים בשבוע	אם כן, באיזו תדירות?
_____ ליטרים ליום	כמה נוזלים הילד שלך שותה ביום?
* von Gontard and Neveus, 2006; von Gontard, 2010	

נספח C.5.3

תיעוד אימון אסלה (טבלת אנקופרזיס)*

תאריך							
שבת	שישי	חמישי	רביעי	שלישי	שני	ראשון	
בוקר							
							נשלח לאסלה (←) הלך לבד (!)
							תחתונים: יבש (יב') רטוב (רט') צואה, קטנה (ק') צואה, גדולה (ג')
							אסלה: שתן (ש') צואה (צ')
צהריים							
							נשלח לאסלה (←) הלך לבד (!)
							תחתונים: יבש (יב') רטוב (רט') צואה, קטנה (ק') צואה, גדולה (ג')
							אסלה: שתן (ש') צואה (צ')
ערב							
							נשלח לאסלה (←) הלך לבד (!)
							תחתונים: יבש (יב') רטוב (רט') צואה, קטנה (ק') צואה, גדולה (ג')
							אסלה: שתן (ש') צואה (צ')
* von Gontard and Neveus, 2006; von Gontard, 2010							