

PEDIATRICKÉ POSTUPY V PRAXI

Porucha příjmu potravy kojenců a batolat

Infantile feeding disorders

Jan David^{1,2}, Lucie Gonsorčíková³¹Soukromá pediatrická a nutriční ambulance, Praha²Klinika dětí a dorostu, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova³Pediatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

SOUHRN

David J, Gonsorčíková L. Porucha příjmu potravy kojenců a batolat

Problematika jídelního chování u malých dětí je v odborné literatuře často opomíjena, ačkoli v rámci primární pediatrické péče se jedná o hojně diskutované téma. Samotná porucha příjmu potravy u kojenců a batolat je charakterizována zejména neadekvátním příjmem stravy a neobvyklým (patologickým) stylem krmení. Její diferenciální diagnostika může být široká, nicméně samotný vyšetřovací proces by neměl být příliš invazivní. Předkládaný článek pojednává o možnostech správné diagnostiky a léčby poruchy příjmu potravy kojenců a batolat v ordinaci praktického pediatra.

Klíčová slova: infantilní anorexie, vyhýbavé jídelní chování, neobvyklé (patologické) krmení, nadavování, kritéria dle Wolfsonové

SUMMARY

David J, Gonsorčíková L. Infantile feeding disorders

The issue of eating behaviour in small children is often underestimated in the scientific literature, although it is a frequently discussed topic in primary paediatric care. The infantile feeding disorder itself is characterized mainly by inadequate oral intake and pathological feeding. Its differential diagnosis is broad, however the examination process should not be too invasive. The presented article discusses possibilities of accurate diagnosis and treatment of infantile feeding disorders in the primary care office.

Key words: infantile anorexia, avoidant restrictive food intake disorder, pathological feeding, gagging, Wolfson criteria

Korespondenční adresa:

MUDr. Jan David, Ph.D.
Soukromá pediatrická a nutriční ambulance Praha 4
Podolská 1485/10a
147 00 Praha
vzdelavani@drdavid.cz

ÚVOD

Jídelní chování představuje často diskutovaný problém v ordinacích praktických pediatrů. Obecně se vybíravost, konzumace omezeného sortimentu jídla či odmítání nových druhů potravy (tzv. neofobie) popisuje u 14–50 % předškolních dětí.⁽¹⁾ Některé abnormální projevy lze však pozorovat již od kojeneckého věku. V raném dětství se tento stav označuje jako porucha příjmu potravy (PPP) kojenců a batolat (v angličtině nejčastěji uváděná pod termínem *infantile feeding disorders*, *infantile anorexia* nebo *avoidant restrictive food intake disorder*). PPP kojenců a batolat se typicky projevuje odmítáním stravy či nedostatečným příjmem potravy, někdy doprovázeným nadavováním, zvracením či poruchami polykání. Při delším trvání dominuje neprospívání. Šíře

projevů napovídá, že diferenciální diagnostika pak může být obtížná a potenciálně dlouhý vyšetřovací proces může vést k pozdnímu stanovení správné diagnózy.

ETIOPATOGENEZE

V obecném slova smyslu může nedostatečný příjem potravy či odmítání stravy vznikat z příčin organických i neorganických. Na vzniku samotné PPP kojenců a batolat se podílí jen neorganické, zejména výchovné, či šířeji psychosociální faktory. Mezi nejčastěji diskutovanými se uvádí vyšší senzitivita citlivost jedinců na některé chutě, textury či vůně potravin, předcházející negativní zkušenosti s jídlem či nedostatečná expozice různým potravinám v době zavádění

Tab. 1: Diagnostická kritéria poruchy příjmu potravy kojenců a batolat dle Wolfsonové⁽²⁾**Kritérium**

- Perzistující odmítání stravy více než jeden měsíc
- Absence zjevné organické příčiny
- Věk počátku obtíží pod dva roky, věk v době stanovení diagnózy do šesti let
- Přítomnost neobvyklého (patologického) krmení nebo nadavování

příkrmů. Mimo jiné i z těchto důvodů není doporučeno odkládat zahájení podávání příkrmů déle než do ukončeného šestého měsíce věku.⁽²⁾ Dítě ve druhé polovině kojeneckého období již poznává rozdílné tvary, vůně, chuti a textury. Pokud je z nějakého důvodu výběr potravin omezen, může se objevit jídelní averze s trváním do batolecího věku, někdy i do dospělosti. Odmítání stravy může také někdy navazovat na prodělané akutní onemocnění (zejména akutní průjemové onemocnění se zvracením).

PROJEVY

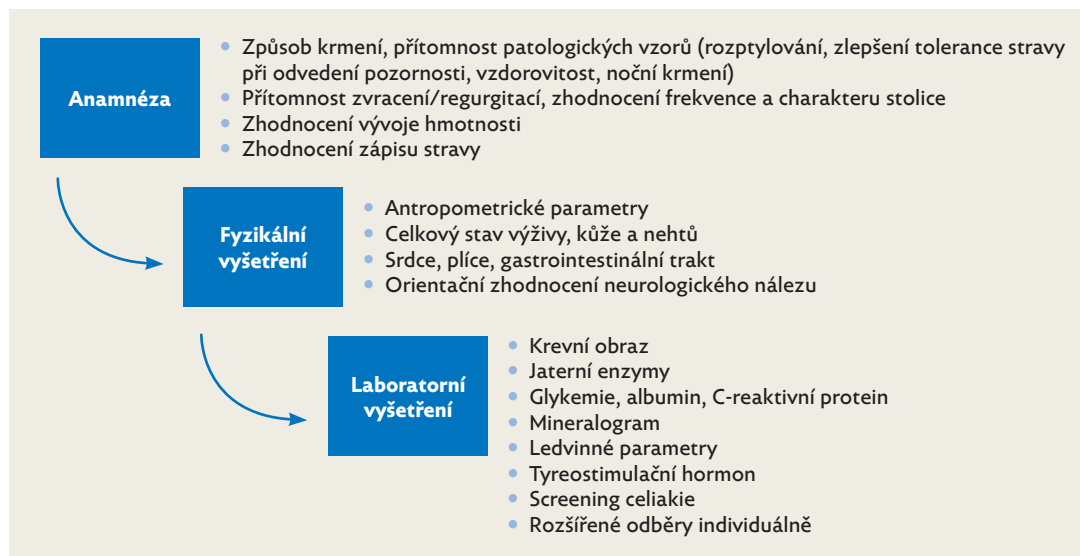
Obecnou charakteristikou PPP kojenců a batolat jsou neobvyklé (patologické) vzorce krmení a abnormální jídelní chování. U kojenců se nejčastěji jedná o opakované násilné krmení i přes odpor dítěte, mechanistické krmení (v přesných intervalech) či krmení v noci nebo při usínání. Naopak u batolat se spíše objevuje nutnost rozptylovat dítě při jídle, nucení k dojídání bez ohledu na hlad jedince či chování se k dítěti jako k neživému objektu. S výhodou je zhlédnutí videonahrávky samotného způsobu krmení, což nám umožní jídelní chování objektivizovat a neobvyklé vzorce jasně identifikovat. Děti s PPP obvykle nadávají při jídle, méně často zvrací, avšak nekašlou, nepromodrávají, nemají obtíže s polykáním či vyprazdňováním.

DIAGNOSTIKA

K záchytu PPP kojenců a batolat existuje několik screeningových kritérií: (1) dle Wolfsonové, (2) dle Chatoorové, (3) dle klasifikace mentálního postižení (DSM-IV).^(3,4) Nicméně do praxe nejpoužitelnější s nejvyšší senzitivitou (89 %) a specifitou (84 %) jsou kritéria dle Wolfsonové (tab. 1), neboť napomáhají zejména k odlišení od organického onemocnění.⁽³⁾ Tento fakt je významný, protože neodhalená PPP léčená nesprávně pod jinou diagnózou vede ke zhoršení problému a prohlubuje jídelní averzi dítěte. Právě vyloučení organické příčiny je v praxi nejobtížnější, zejména v situacích, kdy není výrazně vyjádřeno abnormální krmení a naopak dominuje neprospívání či podvýživa.⁽⁵⁾

V anamnéze pokládáme cílené dotazy na způsob krmení se zaměřením na neobvyklé vzory jídelního chování (rozptylování, zlepšení tolerance stravy při odvedení pozornosti, vzdorovitost, noční krmení apod.), přítomnost zvracení či regurgitací, nadavování, frekvenci a charakter stolice. Dále je doporučeno vyhodnotit příjem stravy z alespoň tří denního záznamu, nejen z hlediska kalorického, ale i z pohledu chuťových a texturových preferencí. Fyzikální vyšetření je vhodné zaměřit na zhodnocení antropometrických parametrů, včetně vývoje hmotnosti, celkového stavu výživy, distribuce svalové a tukové tkáně, stavu kůže a nehtů, kardiorepiračního aparátu, břicha a neurologického nálezu.

Z laboratorních metod (tab. 2) při diagnostice u prospívajících jedinců postačí krevní obraz, jaterní enzymy, glykemie, mineralogram, ledvinné parametry, albumin, C-reaktivní protein, tyreostimulační hormon a celkové IgA s protilátkami proti tkáňové transglutamináze (u jedinců se zavedeným lepkem ve stravě).^(5,6) V rámci širší diferenciální diagnostiky (u neprospívajících/podvyživených jedinců) se vyšetřovací program rozšiřuje o další nutriční parametry (včetně mikronutrientů) ke zhodnocení dusíkové bilance, o acidobazickou rovnováhu, kalprotektin ve stolici, kardiologické, neurologické a logopedické vyšetření.^(5,6) Obrázek 1



Obr. 1: Návrh vyšetřovacího algoritmu u poruchy příjmu potravy kojenců a batolat

Tab. 2: **Doporučená laboratorní vyšetření u poruchy příjmu potravy kojenců a batolat^(5,6)**

Základní (u prospívajících dětí)	Krevní obraz, aminotransferázy (ALT, AST), celkový bilirubin, glykemie, mineralogram (Na, K, Cl), urea, kreatinin, albumin, zánětlivé parametry (CRP), tyreostimulační hormon, screening celiakie (IgA, anti-tTG)
Rozšířené (u neprospívajících/podvyživených dětí) – často již ve spolupráci s nutricionistou či gastroenterologem	Obstrukční jaterní enzymy (ALP, GGT), rozšířený mineralogram (Ca, P, Mg), prealbumin, cholinesteráza, lipidogram (cholesterol, LDL, HDL, TAG), parametry acidobazické rovnováhy, mikronutrienty (Se, Zn, vitamin D, vitamin B ₁₂ , folát), odpady iontů, močoviny a kreatininu v moči, kalprotektin ve stolici, okultní krvácení

shrnuje výše uvedené a popisuje možný vyšetřovací algoritmus u PPP kojenců a batolat.

LÉČBA

Celý léčebný proces je obvykle dlouhodobý. Rodiče je nutno uklidnit a zaměřit se na edukaci správného přístupu ke krmení. Základem terapie PPP kojenců a batolat je technika tzv. výměny rolí. Ta je založena na modifikaci chování rodičů, nikoli přímo dítěte.⁽⁷⁾ Nejprve je nutno rodičům vysvětlit podstatu onemocnění a fakt, že chování dítěte je často reakcí na chování rodičů. Abnormální stravovací návyky je nutno identifikovat a snažit se je postupně eliminovat. Rodiče by se měli vyhnout nevhodným postupům při krmení, neměli by posilovat nevhodné reakce dítěte a naopak by měli podpořit ty správné. Jmenovitě je vhodné respektovat odmítnutí jídla dítětem, neprojevovat během krmení přehnané emoce (přemlouvání, tleskání, pláč či hněv), nezasahovat dítěti příliš do výběru stravy a nabízet malé porce. Neměli by dítě často vážit.⁽⁶⁾

Úspěšnost léčby, včetně vývoje hmotnosti, kontrolujeme zpočátku v několikátýdenních intervalech. Cílem je znormlizovat proces krmení, potlačit odmítání stravy, zvýšit rozmanitost potravin v jídelníčku a případně zastavit

nadavování. U neprospívajících či podvyživených jedinců je úspěchem také stabilizace hmotnosti, případně její postupný nárůst. Sondová výživa (nejčastěji cestou nazogastrické sondy) není indikována, stejně tak jako inhibitory protonové pumpy. Zejména při výrazné podvýživě či při dlouhodobém neúspěchu léčby děti vyžadují multidisciplinární přístup ve spolupráci pediatra, nutricionisty, gastroenterologa, logopeda či psychologa. V těchto situacích je nutriční podpora přechodně vhodná, obvykle formou enterální kojenecké či batolecí hyperkalorické výživy (v perorální formě, nikoli cestou nazogastrické sondy).

ZÁVĚR

Diferenciální diagnostika PPP kojenců a batolat je široká, nicméně samotný vyšetřovací proces by neměl být příliš invazivní. Stěžejní význam má dobře směřovaná anamnéza s cílenými dotazy na způsob krmení a přítomnost neobvyklých vzorů jídelního chování. Rodiče je nutno uklidnit a zaměřit se na edukaci správného přístupu ke krmení. Léčba je pak často dlouhodobá a v některých případech vyžaduje multidisciplinární přístup. Sondová výživa není obvykle indikována, naopak její využití může být kontraproduktivní a jídelní averzi dítěte zhoršit. |

LITERATURA

1. Kohout P, et al. Klinická výživa. Praha: Galén 2021.
2. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, et al. Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2017; 64(1): 119–132.
3. Levine A, Bachar L, Tsangen Z, et al. Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2011; 52(5): 563–568.
4. Chatoor I, Surles J, Ganiban J, et al. Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia. Pediatrics 2004; 113: 440–447.
5. Levy Y, Levy A, Zangen T, et al. Diagnostic clues for identification of non-organic vs organic causes of food refusal and poor feeding. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 48(3): 355–362.
6. Iniciativa 1000 dní. Dostupné na: https://www.1000dni.cz/wp-content/uploads/2014/11/1000_dni_skripta_fin-1.pdf
7. Segal I, Tirosh A, Sinai T, et al. Role reversal method for treatment of food refusal associated with infantile feeding disorders. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2014; 58(6): 739–742.