

FUNKČNÍ ONEMOCNĚNÍ GIT – SYNDROM DRÁŽDIVÉHO TRAČNÍKU

MUDr. Jitka Prokešová, MUDr. Arona Ševčíková

Interní hepatogastroenterologická klinika FN Brno

Funkční poruchy GIT jsou častým onemocněním v ordinacích praktických lékařů. Jejich výskyt kolísá s věkem a jejich vyšetřování a léčba jsou velice časově i finančně náročné.

Pacienti si opakovaně stěžují na změny charakteru stolic, často se nedaří vystopovat žádnou zřejmou souvislost. Vyšetřování musí být pečlivé, protože nelze pominout možnost odhalení závažného patologického nálezu. Terapie těchto onemocnění je multikomponentní. Zahnuje jak přístup nefarmakologický (změny dietetických a režimových opatření), tak i medikamentózní. Spolupráce pacienta a praktického lékaře je velice obtížná, vyžaduje u pacienta compliance. U lékaře pak trpělivost, pečlivost, schopnost empatie a uvážlivost v preskripci široké palety medikamentů.

Klíčová slova: funkční poruchy, průjem, zácpa, dráždivý tračník, břišní dyskomfort.

Med. Pro Praxi 2008; 5(10): 368–371

Definice

Stejně jaká je různorodost obtíží, tak se různí i definice funkčních onemocnění gastrointestinálního traktu. Jedna z definic označuje funkční poruchy trávicího traktu jako **souhrn izolovaných symptomů nebo jejich proměnlivé kombinace bez prokazatelných organických, biochemických, ultrazvukových či endoskopických abnormalit postižujících trávicí trubici, případně biliární systém. Jako perzistující či rekurentní potíže se projevují v průběhu minimálně 12 týdnů posledního roku (není potřeba souvislých)** (Drossman, 2000).

Jiné dávají přítomnost abdominálního dyskomfortu nebo bolesti do souvislosti se dvěma z těchto tří charakteristik:

- úleva po defekaci
- začátek potíží spojený se změnou frekvence stolic
- začátek potíží spojený se změnou formy (vzhledu) stolice.

Výskyt

Nelze zjistit přesnou prevalenci a incidenci pacientů trpících symptomy dráždivého tračníku a to z toho důvodu, že jen část z nich navštíví lékaře. Nicméně studie západní populace ukazují, že dráždivý tračník je přítomen asi u 15–20% adolescentů a dospělých, s vyšší prevalencí u žen. Nicméně v ambulancích praktických lékařů tvoří pacienti se symptomy dráždivého tračníku až 40% nemocných. Výskyt onemocnění se velmi různí s věkem.

Tabulka 1. III. římská klasifikace z r. 2006 (výběr) (11)

C.	Střevo
C1	Dráždivý tračník (IBS)
C2	Funkční nadýmání
C3	Funkční zácpa
C4	Funkční průjem
C5	Nespecifické funkční poruchy

Vyskytuje se nejčastěji v období mezi 20.–50. rokem života. Je nutno upozornit na některé opomíjené skutečnosti – ve vyšším věku obvykle již dráždivý tračník není diagnostikován, je pomýšeno na závažnější onemocnění, ačkoliv při pozorné anamnéze lze zjistit, že potíže jsou často již dlouhodobé. Dále je nutno vzít i v úvahu, že pacienti ve vyšším věku často užívají mnoho léků s vedlejšími účinky. Časté je překrývání dráždivého tračníku s ostatními onemocněními, považovanými za funkční (fibromyalgie, chronický únavový syndrom, dysmenorea) (Alpers, 2001, Malt, 2000).

Etiologie a patogeneze

Jedná se o regulační poruchu tlustého střeva, které abnormálně reaguje na endogenní a exogenní podněty zprostředkované nervovým systémem.

Dále se může podílet prodělaná infekce a dysmikrobie (po užívání antibiotik).

Tyto stavy mohou vést k poruše motility střev (a to ať ve smyslu zvýšené motility – hyperkineze

a/nebo zpomalení – hypokineze). Přidružují se poruchy sekrece vody, elektrolytů a hlenu.

Rozdělení

Výsledkem práce skupiny expertů zabývajících se funkčními potížemi jsou „Římská kritéria“ I a II. Poslední verze vznikla v roce 2006 a je označována jako „Římská kritéria III“ (tabulka 1).

Oproti minulým klasifikacím je zřejmě nejzásadnější změnou podmínka časová – potíže musí trvat minimálně 3 měsíce, nemusí jít po sobě, se začátkem nejméně 6 měsíců před stanovením diagnózy.

Jiná klasifikace, se kterou se stále setkáváme, je Mařátkova klasifikace funkčních poruch trávicího ústrojí (tabulka 2).

Symptomatologie

Viz tabulka 3.

Diagnostika

Diagnostika onemocnění spočívá v první řadě v vyloučení organického postižení.

Tabulka 2. Funkční gastrointestinální poruchy – Československá (Mařátkova) klasifikace

Tenké a tlusté střevo	Funkční střevní poruchy
Situační průjem	Kvasná enteropatie
Domnělá zácpa	Funkční kolopatie:
Předstíraný průjem	a. dráždivý tračník
Neplynové vzdušnění břicha	b. spastická zácpa
Pseudoapendicitida	c. funkční průjem

Tabulka 3. Výskyt symptomů u dráždivého tračníku

nutkavé (imperativní) opakované ranní defekace s měnlivým charakterem stolice tzv. ranní debakly
postprandiální průjem – hypersenzitivní gastrokolický reflex
nebolestivý funkční průjem
bolest v břiše, nejčastěji v podbříšku nebo v levém dolním kvadrantu
zvýšení zlatulence
střídání zácpy a průjmů
spastická zácpa – obleněná defekace + spastické bolesti
mukózní kolika – kolikovitě bolesti břicha zakončené defekací hlenu
viditelné břišní rozepětí (distenze) (Talley, 1999)

Anamnéza se zaměřením na charakter stolice, bolestí a frekvence počtu stolic.

Anamnéza: Je doporučován pokus o užití (pozitivních) Manningových kritérií, kam patří:

1. bolest břicha nebo pocit tlaku a nadýmání s úlevou po defekaci,
2. nepravidelná stolice a její:
 - a) frekvence,
 - b) konzistence (průjem, zácpa nebo jejich střídání),
 - c) imperativní nucení a pocit neúplného vyprázdnění,
3. trvání potíží – nejméně 3 měsíce (8, Kocián, 1994).

Na druhou stranu je vždy třeba dávat pozor na přítomnost tzv. alarmujících příznaků (teplota, úbytek na váze, krvácení, neustupující trvalý průjem, anémii, recentní ATB terapie, noční obtíže, vyšší věk při začátku obtíží, pozitivní rodinná anamnéza pro onemocnění trávicího ústrojí, abnormální fyzikální nálezy).

- **Laboratorní vyšetření** (KO, sedimentace a základní biochemické vyšetření)
- **Mikrobiologické vyšetření stolice** k vyloučení infekčního onemocnění (včetně vyř. na parazity – v současné době není zcela nezbytné)
- **Fyzikální vyšetření pacienta**
- **Ultrasonografické vyšetření břicha**
- **Koloskopické vyšetření** s event. odběrem histologie k vyloučení mikrosk. kolitidy
- Při převládající zácpě vyšetření rentgenové – **irigografie, defekografie, tranzit time.**

Později pak lze počítat se specializovanějšími postupy, jako např. rentgenové vyšetření tenkého střeva apod. Při alarmujících příznacích a u pacientů s rodinnou zátěží idiopatickým střevním zánětem je doporučováno vyšetření tenkého střeva provést časněji a to buď vyšetřením rentgenovým, nebo sonografickým (Thomson, 2001).

Diferenciální diagnostika

V diferenciální diagnostice je nutno vyloučit především organické postižení a onkologické onemocnění střev. V neposlední řadě je třeba myslet na celiakii, nespecifický zánět střev, rektokélu, gynekologická onemocnění, pankreatopatie, deficit laktázy, Whippleovu chorobu, amyloidózu, exsudativní enteropatie, mechanickou obstrukci tlustého nebo tenkého střeva, střevní infekci, ischemii střev, maldigesti a malabsorpci, endometriózu (kde je podezřelá zejména přítomnost bolesti lokalizované v pánvi v souvislosti s menstruací) (5), Hirschprungovu nemoc, poruchu vyprazdňování při pseudoobstrukci (Lynn, 1993) a další.

Opomíjená onemocnění v diferenciální diagnostice dráždivého tračníku (DT)

1. **Mikroskopické kolitidy** („Watery Diarrhea-Colitis Syndrome“). Tyto kolitidy mají endoskopický nálezy normální a histologicky zánětlivé měny.
 - a) **Kolagenní kolitida** (porucha migrace a funkce fibroblastů s následnou tvorbou kolagenu, který se ukládá do subepiteliální vrstvy). Nejčastější klinická manifestace jsou průjemovité stolice. Rentgenové a endoskopické vyšetření tlustého střeva je normální. Při histologickém vyšetření bývá zjištěn kontinuální nebo diskontinuální široký pruh kolagenu uložený subepiteliálně pod bazální membránou. Pro diagnózu kolagenní kolitidy jsou nutné

mnohočetné biopsie ze všech oddílů tlustého střeva! Průběh je chronický s remisemi a relapsy.

- b) **Lymfocytární kolitida.** Jedná se o autoimunitní onemocnění. Hlavním symptomem je chronický vodnatý průjem. Mohou být přítomny křečovitě bolesti v břiše. Histologický náález zahrnuje zvýšené množství intraepiteliálních lymfocytů. Onemocnění je reverzibilní, po léčbě i spontánně. Dietní opatření (bezlepková dieta) někdy přináší úspěch, stejně jako symptomatická léčba antiidiarhoiky, aminosalicyláty a event. kortikoidy.
- c) **Kolitida „s minimálními změnami“** („minimal change colitis“). Etiologie je neznámá. Projevuje se měsíce až roky trvajícím průjmem nebo krvavým průjmem. Endoskopický náález je většinou normální, diagnóza je stanovena histologicky. Náález v rektu je vždy normální. V léčbě jsou užívány aminosalicyláty.

Mezi další jednotky patří **perikryptová eosinofilní enterokolitida** a **Brainerdský průjem**.

2. **Post-inflamatorní syndrom dráždivého tračnicku.** Ačkoli je přítomnost zánětu střeva – nespecifického (IBD) nebo specifického zcela jasným vylučujícím kritériem pro syndrom dráždivého tračnicku, může být DT mnohem úžeji spojen s těmito onemocněními než se očekávalo. Významné procento pacientů s IBD vykazuje v době remise onemocnění perzistenci symptomů kolonické dysfunkce – průjmy, zácpu, vzednutí, bolest a zvýšenou excitabilitu rekta pro distenzi. Prvními, kdo popsali hypotézu postinfekčně vzniklého DT byly v roce 1962 Chaudhary a Truleove.
3. **Antibiotiky navozený průjem** (AAD-antibiotic-associated diarrhea). Akutní začátek s typickou anamnézou užití antibiotické terapie nevede k diagnostickému omylu ve prospěch DT. Ačkoli omyly v diagnostice bakteriálního přerůstání se mohou vyskytovat při protražovaném průběhu. Patogenem této skupiny je *Clostridium difficile*, který vyžaduje cílené bakteriologické vyšetření. Vyšší zájem je však o „enigmatické“ formy AAD, které mohou být způsobeny patogeny – *Salmonella*, *Clostridium perfringens*, *Klebsiella oxytoca* nebo *Candida*.
3. **Potravinové alergie a potravinová intolerance.** Potravinová alergie může, ale nemusí být mediována IgE. Potravinová intolerance v sobě skrývá patogenetickou odpověď organismu, která není spouštěna žádnou skupinou imunitního aparátu a je nežádoucí reakcí na stravu, která může být na enzymatickém nebo

neuromolekulárním podkladě. Prevalence potravinové alergie se pohybuje od 0,3 do 7,5 % u dětí a 1,3–2 % u dospělých. Dotazníkovými studii se za osoby netolerující stravu označilo až 45 % dotázané populace. Projevy potravinové alergie jsou však dříve a kvalitněji rozpoznatelné pro rychlý extra-intestinální rozvoj symptomatologie (pruritus, dyspnoe, raš nebo kopřivka a další). Potravinová alergie by měla být prokazována výhradně objektivními metodami (imunologickými a expozičními testy).

4. **Hormonálně indukovaný průjem.** Karcinoid, tyreotoxikóza, gastrinom, VIP-om, glucagonom a somatostatinom. Incidence a prevalence těchto onemocnění je nízká, avšak pro správnou diagnostiku DT nezbytná. Jejich diagnostika, resp. diferenciální diagnostika se stala rutinní záležitostí (sběr odpadů v moči, odběr sérových hladin hormonů a kvalitní zobrazovací metody).
5. **Akutní intermitentní porfyrie** je autozomálně dominantní onemocnění z deficitu enzymu uroporfyrinogen I-syntetázy. Heterozygoti zůstávají asymptomatictí do doby expozice faktory, které zvýší produkci porfyrinů – konzumace alkoholu, užívání estrogenů, progesteronů, sulfonamidových antibiotik a barbiturátů. Akutní ataka porfyrie zahrnuje abdominální symptomatologii – bolesti břicha, nauzeu, zvracení a obstipaci, přidruzeny mohou být i kardiovaskulární a neurologické symptomatologie. Vodítkem v diferenciální diagnostice proti DT může být právě epizodický výskyt tohoto méně častého onemocnění s dlouhými asymptomatickými intervaly, dále hodnoty delta-aminolevulové kyseliny a hladiny vylučování porfobilinogenu v moči.
6. **Funkční poruchy trávicího traktu u diabetiků** obou typů jsou velmi časté a různorodé. Velmi často však zůstávají asymptomatické a projevují se až při mnohaletém trvání diabetu a nebo dlouhodobě neuspokojivé kompenzaci. Nejčastěji se projevují **chronické průjmy** – bez příměsí hlenu a krve, bez bolestí a bez malabsorpce. Dále se může projevovat **chronická zácpa**, jejíž komplikací může být megalokon. **Inkontinence stolice** se objevuje zejména v noci, typické je snížení tonu análního sfinkteru. Obraz funkčních poruch traktu u diabetiků je velice variabilní a jeho terapie je svízelná. Základem je ovšem pečlivá kompenzace diabetu.

Terapie

Léčbu DT lze rozdělit do 2 hlavních přístupů: nefarmakologický a farmakologický.

Nefarmakologický přístup

Velmi důležité je pečlivé vysvětlení podstaty onemocnění tak, aby se s touto informací mohl psychicky vyrovnat. Protože jeho edukace a spolupráce je v dlouhodobé léčbě podstatná a lze tak dosáhnout lepších výsledků.

- **Úprava životosprávy a dietního režimu:** ve vyloučení potravin nebo jejich součástí, které prokazatelně vyvolávají dyskomfort nemocného a správně načasovaný příjem stravy během dne. V potravě je důležitý dostatek vlákniny, pitný režim, pravidelný příjem malých porcí stravy s převahou sacharidů, často jsou hůře tolerována více kořeněná jídla, mléko (zejména ve větším množství najednou) a mléko dále neupravené např. kvašením, pokrmy připravené smažením a s vyšším obsahem tuků.
- V literatuře se dále hovoří o možnosti ovlivnění DT **hypnózou a psychoterapií**. V teoretické rovině lze uvažovat i o elektrostimulaci perkutánně naloženými elektrodami, metodou, se kterou zatím nejsou významnější klinické zkušenosti.

Farmakologický přístup

Lékovou skupinu volíme dle převažujícího příznaku. Z farmak přicházejí v úvahu:

1. spasmolytika,
2. antiidiarhoika,
3. antidepresiva,
4. prokinetika a laxativa,
5. ostatní a
6. experimentální medikace.

Antidiarhoika – nevhodnější skupina léčiv pro podskupinu dráždivého tračnicku průjmovitou – nejčastěji předepisovaným je loperamid (Imodium) 2–4 mg až 4x denně, který zpomaluje transit střevem, zvyšuje absorpci vody a iontů, zvyšuje klidový tonus análního sfinkteru, což může vést k částečnému odstranění nepříjemného průvodního jevu u řady pacientů – špinění. Nepřechází přes hematoencefalickou bariéru a je proto upřednostňován před difenoxylátem (Reasec) nebo kodeinem. V druhé řadě lze použít cholestyramin, pokud zvažujeme v etiopatogeneze dráždivého tračnicku i podíl žlučových solí.

Spasmolytika – v současnosti jsou k dispozici tyto přípravky: otylonium bromidu (Spasmomen) – kalcioví antagonisté selektivní pro GIT, trimebutinu (periferního opiátového antagonisty) a mebeverinu (Duspatalin) s anticholinergním efektem. Žádná ze zkoumaných studií však není dlouhodobě založená, což významně snižuje jejich hodnotu pro praxi, kde dlouhodobá efektivita je posuzována snížením relapsů onemocnění a délkou navozené remise.

Psychofarmaka – Jejich opodstatnění je podmíněno koexistencí psychických změn u pacientů

s DT. Patří sem např. sulpirid (Dogmatil, Proslupin), tianeptin (Coaxil), amitriptylin. Podání benzodiazepinů, pokud již o jejich ordinaci uvažujeme, lze pokládat za řešení pouze krátkodobé.

Ostatní medikace – velmi různorodá skupina látek, pro jejichž použití nejsou dostatečně průkazné farmakologické studie typu „evidence based“, přičemž jejich používání je v lékařské praxi značné a vychází z empirických základů. Patří sem pankreatické fermenty (Pangrol, Kreon, Panzytrat, Gastrix), etc. pepermint (Colpermin), HCl-dilutum, cholestyramin a další.

Závěr

Pacienti s charakteristikami dráždivého tračnicku a obecně funkčním onemocněním trávicího traktu jsou velmi heterogenní a početnou skupinou v ambulancích jak praktických lékařů, tak specialistů – gastroenterologů. Vzhledem k frekventnímu výskytu je často diskutovaným dráždivý tračník. Objektivizace subjektivních potíží je nejobtížnějším úsekem, na kterém závisí klasifikace a terapie.

Souhrnem lze uvést následující, je-li normální náález při somatickém vyšetření a základním laboratorním vyšetření a nejsou-li alarmující symptomy,

je velice pravděpodobná diagnóza dráždivého tračnicku. Tuto je nutno potvrdit negativním vyšetřením instrumentálním, jako je koloskopie, výjimečně v plně indikovaných případech rentgenovým vyšetřením, které je ale vhodnější při déletrvajícím zácpě. Jen zcela ojediněle v těchto případech pomůže počítačová tomografie břicha a pánve nebo spíše ultrasonografické vyšetření břicha. Terapie musí být individualizovaná na typologii nemocného. Spojení farmakoterapie s řádnou edukací tvoří základ úspěchu léčby. Nezastupitelná je v diagnostice a terapii úloha praktického lékaře. Praktický lékař, který zná blíže zvyky a reakce pacienta, může snáze odlišit organické onemocnění od funkčního.

Praktický přístup k pacientovi se syndromem dráždivého tračnicku

1. Pečlivá anamnéza a fyzikální vyšetření
2. Laboratorní vyšetření, KO, FW, základní biochemická vyšetření, mikrobiologická vyšetření (i vyšetření na parazity)
3. Zobrazovací vyšetření (sono střev, sono břicha, rtg vyšetření – irrigografie, defekografie)
4. Endoskopické vyšetření (koloskopie, gastrofibroskopie...)
5. Ke zvážení vyloučení funkčních poruch žlučníku – např. cholescintigrafie
6. Autoprotilátky k vyloučení celiakie
7. Podpůrná symptomatická terapie, dietetická opatření (probiotika)
8. Psychoterapie
9. Psychofarmaka

Diagnóza dráždivého tračnicku je velmi obtížná a časově náročná. Základem je vyloučení organické patologie. Nelze doporučit žádné univerzální léčebné schéma. Je potřeba ke každému pacientovi přistupovat přísně individuálně a trpělivě.

MUDr. Jitka Prokešová

IGHEK FN

Jihlavská 20, 625 00 Brno

e-mail: jit.such@seznam.cz

Literatura

1. Hep A, Dolina Jiří. Funkční poruchy gastroduodena-terapie. SANQUIS, Praha: FOIBOS PRESS s.r.o.: 19–21.
2. Horwitz B, Fisher R. The irritable bowel syndrome. Review article. N. Engl. J. Med. 2001; 344(24): 1846–1850.
3. Chaudhary NA, Truelove SC., The irritable colon syndrome. A study of the clinical features, predisposing causes, and prognosis in 130 cases. Q J Med. 1962; 31: 307–322.
4. Jones J, Boormann J, Cann P, et al. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. Gut 2000; Suppl. II: 476: ii-1-ii-19.
5. Klener P, et al. Vnitřní lékařství. Praha: Galén, 2001: 489–490.
6. Lukáš K. Gastroenterologie a hepatologie. Praha: Grada, 2007.
7. Lukáš K, Hep A. Roma classification III (2006). Česká a slovenská gastroenterologie a hematologie 2007; 61(1): 39–45.
8. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. Br Med J. 1978; 2(6138): 653–654.
9. Mařatka Z. Funkční trávicí poruchy. In: Mařatka Z (ed). Gastroenterologie. Praha: Karolinum, 1999: 407–434.
10. Specializační kurz subkatedry gastroenterologie IPVZ, sborník přednášek. Praha 2003: 285–294.
11. Tosetti C, Stanghellini V, Salvioli B, Cogliandro R, Cogliandro L, Corinaldesi R. From rome 1 to rome 2 criteria for functional gastroduodenal disorders. Gastroenterology 2001; 120(5): A635.