

HORNÍ DYSPEPTICKÝ SYNDROM – JE VŠE JASNÉ A JEDNODUCHÉ?

MUDr. Eva Charvátová

Praktická lékařka, Praha

Horní dyspepsie je onemocnění velmi časté, ve světě jím trpí čtvrtina populace. Naprostá většina pacientů s tímto onemocněním je nejdříve vyšetřena praktickým lékařem.

Diagnostika v ordinaci praktického lékaře je často velmi obtížná. Zvláště, pokud se jedná o obtíže, které mohou mít různou etiologii. Zásadní záležitostí praktického lékaře je optimálně zvolený diagnostický postup a vhodná terapeutická opatření.

Klíčová slova: horní dyspeptický syndrom, *Helicobacter pylori*, gastrokopie, inhibitory protonové pumpy, adenokarcinom žaludku, difúzní karcinom žaludku, gastropatie z nestroidních antirevmatik.

Med. Pro Praxi 2008; 5(4): 155–156

Úvod

Dyspepsie je souhrnné označení souboru polymorfních trávicích obtíží, které jsou většinou projevem různých gastrointestinálních chorob, vyskytují se však často jako průvodní jev při onemocnění jiných orgánů. Stručně lze dyspepsii charakterizovat jako souhrn obtíží, které nemocný lokalizuje do oblasti trávicího traktu. Podle převahy lokalizace do horní nebo dolní části, lze dyspepsii rozdělit na dyspepsii horní a dyspepsii dolní.

Horní dyspepsie je stálá nebo opakující se bolest nebo nepohoda (dyskomfort) lokalizovaná do epigastria nebo okolí pupku. Pacienti často kromě nepohody popisují pocit předčasné sytosti, plnosti po jídle, nechutenství, říhání, nadýmání, nauzeu, méně často zvracení.

Příčiny horního dyspeptického syndromu mohou být velmi banální, způsobené např. dietní chybou, nebo jsou to obtíže způsobené nevhodně podanými léky pro jiná onemocnění (např. nesteroidními antirevmatiky), projevy zánětlivého postižení žaludku a dvanácterníku nebo již postižení nádorové.

- Jak zjistit příčinu pacientových obtíží již v začátku onemocnění?
- Jak nepodcenit obtíže vážně nemocného a přitom nezveličovat obtíže u banální příčiny?

Jako ve všem v medicíně, ani zde neexistuje žádný jednoduchý návod. Záleží na zkušenostech a znalostech samotného lékaře a také záleží na dostatku času a klidu při naslouchání pacientovým obtížím a při jeho vlastním vyšetření.

Epidemiologie

Průměrně 25–50 % lidí má během života dyspeptické obtíže, ale jen 1/4 z nich vyhledá lékaře.

Etiopatogeneze

Příčinou dyspeptických obtíží mohou být jak organické abnormality trávicího systému (např. peptický vřed, zánět jícnu, onemocnění žlučníku, pan-

kreatu, střev, malignity, polékové změny na sliznici), tak funkční změny. V patologii funkčních obtíží je významná alterovaná motilita, zvýšená viscerální senzitivita, dysregulace osy CNS–trávicí trakt, vlivy psychosociální a sociokulturní.

Klasifikace

Dyspepsie nevyšetřená – organicita onemocnění není vyšetřením vyloučená.

Dyspepsie organická – způsobená organickým onemocněním zažívacího systému.

Dyspepsie funkční – organicita onemocnění je na základě vyšetření vyloučená.

Dyspepsie druhotná – příčina souvisí s onemocněním mimo trávicí systém (gynekologická, urologická, endokrinní, metabolická a v neposlední řadě psychogenní).

Podle průběhu můžeme rozdělit na dyspepsii akutní, většinou infekční nebo alimentární etiologie a na dyspepsii chronickou, trvající déle jak dva měsíce, nebo s intermitentním nebo sezónním průběhem.

Diagnostika a diferenciální diagnostika

Základem vyšetření je podrobná anamnéza k vyloučení extragastrointestinálních příčin dyspepsie, k podchycení alarmujících příznaků a rizikových faktorů, jakými jsou užívání nesteroidních antirevmatik, kortikoidů, kouření, chronická onemocnění a familiární zátěž.

Mezi alarmující příznaky počítáme nevysvětlitelný úbytek hmotnosti, opakované zvracení, hematemézu, melénu, dysfagii, silnou bolest v epigastriu, neobjasněnou hypochromní anémii, resistenci v epigastriu nebo jinde v břiše, náhle vzniklou dyspepsii nebo změnu charakteru dřívějších dyspeptických obtíží nebo obtíže u pacienta po operačním zákroku. Pacient s alarmujícími příznaky je indikován k neodkladné nebo včasné gastrokopii a abdominální sonografii.

Základní laboratorní vyšetření, pokud nebylo provedeno v posledních 2 měsících, má obsahovat krevní obraz, CRP, glykémii, ureu, kreatinin, bilirubin, AST, ALT, GMT, ALP, amylázy, vyšetření moči a sedimentu. Podle klinického stavu pacienta pak indikujeme gastrokopii nebo sonografii.

Terapie

U pacientů mladších 45 let, kteří nemají alarmující alarmující známky ani anamnézu organického onemocnění trávicího traktu a neužívají nesteroidní antirevmatika, je možné zahájit empirickou léčbu. Začínáme inhibitory protonové pumpy. Pokud nedojde k úlevě, indikujeme pacienta ke gastrokopii.

U pacienta staršího 45 let indikujeme u nově vzniklé dyspepsie gastrokopii.

U pacientů, kteří jsou po odborných vyšetřeních na léčbě inhibitory protonové pumpy, sledujeme stav a průběh léčby. Při změně stavu indikujeme opakované gastroscopické vyšetření.

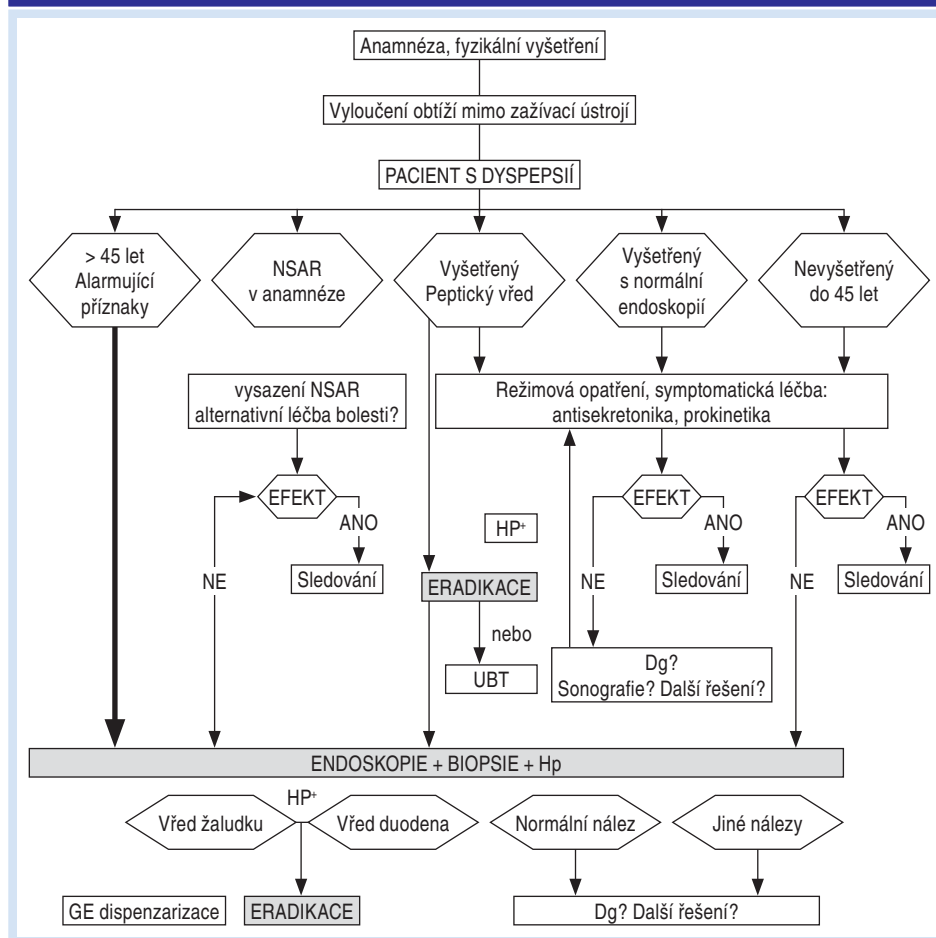
Pacientům s funkční dyspepsií doporučíme úpravu životosprávy, dostatek odpočinku a spánku. Poučíme je o podstatě onemocnění, seznámíme s výsledky vyšetření a psychoterapeutickým přístupem se snažíme zamezit kancerofobii. Farmakoterapii zvolíme podle vedoucího příznaku a podle individuální účinnosti.

Kazuistika č. 1

K praktickému lékaři se v srpnu 2006 dostavila dvaapadesátiletá žena s bolestmi zad v hrudní oblasti s propagací pod levou lopatku a pod žebra. Obtíže vznikly po námaze a prochlazení.

Od lékaře dostala Dorsiflex a Flamexin. Po týdnu neúspěšné léčby byla provedena změna na Ibalgin a Myolastan a bylo doporučeno neurologické vyšetření. Na neurologii docházela měsíc bez většího efektu. Byla provedena mobilizace, obstrůk Th meso vlevo, trakce, rtg páteře a magnetoterapie, další měsíc pak infúzní léčba. Stav se vůbec nelepšil. V době péče na neurologii praktického lékaře

Schéma 1. Pacient s obtížemi se vztahem k horní části zažívací trubice



nenavštívila. Přišla až při intoleranci nesteroidních antirevmatik. Dostala přepsaný Helicid a byla pozvána na kontrolu, na kterou nepřišla. Dostavila se za několik týdnů a již na první pohled byl patrný váhový úbytek. Vysvětlovala, že musí držet dietu pro bolesti žaludku, že trpí nechutenstvím, občas zvrací, a že zhubla asi 8 kg za 3 měsíce. Pacientka léky užívala občas, k lékaři docházela nepravidelně, tak jako celý život. Při vyšetření v ordinaci byla patrná anémie a hraniční hydratace. Pacientka byla odeslána na gastroenterologii. Při hospitalizaci byl gastroskopicky zjištěn rozsáhlý adenokarcinom zadní stěny žaludku s postižením uzlin a s meta ložiskem v játrech. Byla hospitalizovaná na interně a na onkologii, svému onemocnění podlehl 7. dubna 2007. Byla již kachetická a zcela vyčerpaná a stále stejně uzavřená jako dříve.

Její 78letý otec se léčí s arteriální hypertenzí, 77letá matka se léčí s rakovinou prsu. Bratrovi je 58 let má DM II. typu. Dvě děti jsou zdravé.

V dětství měla běžné dětské nemoci, v dospívání se léčila se strumou, v roce 1985 byla hospitalizována pro „oslabenou imunitu“. Nikdy vážněji nestonala, ale její nemocnost byla vyšší. Byla vdaná, měla dva syny, původně byla zdravotní sestra a pečovatelka, v posledních letech podnikala, měla obchod. Od 20 let kouřila, alkohol pila příležitostně.

Kazuistika č. 2

V lednu 2007 oznamuje svému lékaři 56letý muž, že měl před časem tlakové bolesti pod mečíkem, asi 2 hodiny po jídle. Koupil si Rennie a potíže vymizely. Přes dva měsíce se neobjevily. Pak zkusil Ranisan, který také zabral. Lékař ho vyšetřil, předepsal omeprazol na 14 dní a pozval na laboratorní vyšetření: FW 4, KO bez patologie, cholesterol 6,13, kys. močová 450, glykémie nalačno 5,13, PSA 2,15, v moči stopa krve, kultivace a kontrolní vyšetření negativní. Pak se již pacient neozval. Přišel až 30. 4. 2007, byl pobledlý, stěžoval si na nevolnost, která vznikla dle jeho udání před 14 dny po dietní chybě. Udával průjem a občas tmavou stolicí. Při vyšetření byla patrná anémie, námahová dušnost, TK 120/80, P 88/min, břicho bylo měkké, nebolestivé, bez hmatné resistance, rektální vyšetření prokázalo černou stolicí v ampule. Byl doporučen k hospitalizaci. Endoskopické vyšetření prokázalo nekrvácající vřed na zadní stěně žaludku. Histologicky byly přítomny zánětlivé změny a přítomnost infekce *Helicobacter pylori*. Po eradikační léčbě byl po týdnu propuštěn domů. Obtíže již neudával, pokračoval v léčbě omeprazolem. Po kontrolní gastroskopii byl pro přetrvávající histologicky negativní vřed objednan k operační revizi. Makroskopicky i podle CT vyšetření bylo podezření na karcinom. Histologie v průběhu operace prokázala difúzní karcinom z prstenčitých buněk a byla prove-

dena totální gastrektomie spojená s lymfadenektomií. Nyní je půl roku po operaci (totální gastrektomie) a po chemoterapii a radioterapii. Pooperační průběh byl komplikován pericholecystitidou. Stále je v péči odborného oddělení.

Jeho otec zemřel v 79 letech na onemocnění jater, matka zemřela v 85 letech stářím, sestra je zdravá, 2 děti zdravé.

Vážněji nestonal, byla provedena pouze artroskopie kolen. Je ženatý, pracuje jako projektant. Do jara 2007 kouřil do 10 cigaret denně, pak přestal. Je 170 cm vysoký a váží 76 kg.

Závěr

Přístup k pacientovi s dyspepsií musíme individualizovat. Úkolem praktického lékaře je provést v rozsahu svých kompetencí a možností rozbor příčin dyspepsie a komplexním přístupem zmírnit její projevy. V indikovaných případech pak zajistit nemocnému přístup k odbornému vyšetření k odhalení nebo vyloučení závažného patologického procesu.

Správnou diagnózu stanovíme, pokud na ni pomyslíme!

Není lehké dozvědět se od svých pacientů vždy ty nejdůležitější informace. Pokud má pacient silné bolesti, vždy lékaře vyhledá. Pokud se pacient „jen“ necítí dobře, pak má lékař velmi nesnadný úkol. Pacient, který lékaře nerad „obtěžuje“, vždy zaslouží lékařovu pozornost, protože se může jednat o závažné obtíže (kazuistika 1). Také je nezbytné zhodnotit užívání volně prodejných léků (kazuistika 2). Lokalizace bolestí může být zavádějící a je pak na zkušenosti lékaře, zda rozpozná jinou etiologii, než která se nabízí. Ne vždy zachytí lékař typický obraz onemocnění a zřídka vidí klasické alarmující příznaky. Pak je ale nezbytné, aby je důvěrně znal a správně zhodnotil. Lékařům v terénu pomáhá ke stanovení diagnózy znalost pacienta a jeho prostředí. Tím ale nenahradí vědomosti a potřebná odborná vyšetření.

MUDr. Eva Charvátová

Ordinace praktického lékaře
Pod Vyšehradem 104/1, 147 00 Praha 4
e-mail: evacharvatova@seznam.cz

Literatura

1. Agreus L et al. Challenges in managing dyspepsia in general practice. *BMJ* 1997; 315(7118): 1284–1288.
2. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Evaluation of Dyspepsia. *Gastroenterology* 1998; 114: 576–581.
3. Bazaldua OV, Schneider DF. Evaluation and management of dyspepsia. *Am. Fam. Physician* 1999; 60(6): 1773–1784, 1787–1788.
4. Seifert B. Dyspepsie horního typu ve všeobecné praxi – standard léčebného plánu, 2003.
5. Lukáš K. Funkční poruchy trávicího traktu. Praha: Grada, 2003.
6. Mařatka Z. Funkční trávicí poruchy. Praha: Karolinum, 1999: 407–434.