

Zácpa – aktuální přístup k diagnostice a léčbě

MUDr. Jan Martínek, Ph.D., prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.

Interní klinika ÚVN a 1. LF UK Praha

Primární zácpu rozdělujeme na syndrom líného střeva a zácpu terminální. Pacienti s terminální zácpou mají potíže s vyprazdňováním stolice. Je-li tato způsobena paradoxní kontrakcí svalů dna pánevního a svěračů, hovoříme o anismu. Je-li terminální zácpa způsobena anatomickou obstrukcí, hovoříme o syndromu ODS (obstrukční defekační syndrom). Anismus se léčí fyzioterapií, syndrom ODS se léčí chirurgicky. U pacientů se syndromem líného střeva je prodloužen čas střevního tranzitu. V současnosti je často jediným možným řešením těžké zácpy dlouhodobé užívání laxativ. V případě stimulačních laxativ (např. Guttalax®) existuje mýtus, že tato laxativa škodí. Jejich škodlivost však nikdy nebyla prokázána. Tato laxativa jsou účinná a bezpečná i při dlouhodobém užívání. Jako laxativa můžeme použít i hyperosmolární roztoky nebo laktulózu.

Alternativní léčbou je u pacientů se syndromem líného střeva subtotalní kolektomie. Základními vyšetřeními pacientů se zácpou jsou vyšetření doby střevního tranzitu, defekografie a anorektální manometrie.

Klíčová slova: zácpa, líné střevo, anismus, laxativa, biofeedback.

Constipation – current approach to diagnosis and treatment

Primary constipation is divided into slow transit constipation and terminal constipation. Patients with terminal constipation have difficulties emptying their bowel. If it is caused by a paradox contraction of the pelvic floor and sphincter muscles, it is referred to as anismus. If terminal constipation results from an anatomical obstruction, it is referred to as obstructed defecation syndrome (ODS). Anismus is managed with physiotherapy, ODS is managed surgically. In patients with slow transit constipation, bowel transit time is increased. Currently, the only available treatment for severe constipation frequently is long-term use of laxatives. There is a myth concerning stimulatory laxatives such as Guttalax® that they are harmful; however, no harmful effects have been proved. These laxatives are effective and safe even for long-term use. Hyperosmolar solutions or lactulose may also be used as laxatives.

Subtotal colectomy is an alternative treatment in patients with lazy bowel syndrome. Basic investigations in patients with constipation include bowel transit time test, defecography, and anorectal manometry.

Key words: constipation, lazy bowel, anismus, laxatives, biofeedback.

Med. Pro Praxi 2009; 6(1): 6–13

Seznam zkratk

ODS – obstrukční defekační syndrom

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

VIP – vazoaktivní intestinální peptid

Definice zácpy

Za zácpu považujeme celé spektrum potíží, nejenom malou frekvenci vyprazdňování. Při analýze příznaků, na jaké si pacienti se zácpou stěžují, převládá obtížné vyprazdňování, příliš tuhá stolice, pocit nedokonalého vyprázdnění apod. Zácpa není jeden příznak, ale skupinou různých příznaků.

Podle tzv. Římských kritérií (nyní jsou platná kritéria s pořadovým číslem III) jsou diagnostická kritéria pro zácpu následující:

Jsou přítomné dva či více z následujících příznaků; příznaky jsou přítomné alespoň 12 týdnů (nemusí následovat „za sebou“) v předchozích 12 měsících:

- složité vyprazdňování („tlačení“) ve více jak 25 % defekací
- tvrdá či „bobkovitá“ stolice ve více jak 25 % defekací
- pocit nedokonalého vyprázdnění ve více jak 25 % defekací

- pocit obstrukce konečníku ve více jak 25 % defekací
- pomocné digitální nebo podobné manévry při více jak 25 % defekací
- méně jak 3 defekace za týden.

Z toho plyne, že pacient se zácpou se může klidně vyprazdňovat každý den, problémem je pak složité vyprazdňování.

Zácpa se může kombinovat se syndromem dráždivého střeva, kdy jsou dominantní obtíže bolesti břicha, které poleví po defekaci. Nicméně, léčba obou skupin pacientů se nemusí příliš lišit a pro lékaře je takové rozdělení (prostá zácpa nebo kombinace se syndromem dráždivého střeva) spíše akademickou otázkou.

Normální vyprazdňování je záležitostí individuální. Jsou lidé, kteří se vyprazdňují třikrát denně, a naopak lidé, kteří se vyprazdňují jednou za dva až tři dny a vše spadá do normálu. Po normální defekaci má ideálně následovat libý pocit (tzv. pocit satisfakce).

Zácpou ve smyslu definice uvedené shora trpí až pětina populace. Těžkou zácpou trpí

asi třetina pacientů. Zácpa významně snižuje kvalitu života.

Zácpa primární a sekundární

Zácpa může být způsobena celou řadou příčin. Známe-li takovou příčinu, která přímo nesouvisí s motilitou střeva či mechanismem defekace, jedná se o sekundární zácpu. K těmto příčinám lze řadit např. obstrukci střeva nádorem, zúžení při divertikulóze, různé metabolické nebo neurologické poruchy nebo užívání léků, které zácpu vyvolávají.

Cílem přístupu k pacientovi je v prvé řadě vyloučit onemocnění, které by u daného pacienta mohlo zapříčinit sekundární zácpu. Např. přijde-li mladý dvacetiletý chlapec se zácpou, je pravděpodobnost nádoru střeva (při negativní rodinné anamnéze) téměř nulová a kolonoskopické vyšetření jistě není nezbytné. Naopak nově vzniklá zácpa u šedesátiletého pacienta jednoznačně vyžaduje kolonoskopické vyšetření.

Skutečnost, že dané onemocnění je zodpovědné za zácpu, prokážeme pouze tím, že při adekvátní léčbě se příznaky zácpy zmírní nebo vymizí. Není-li tomu tak, pak příčina zácpy může

Tabulka 1. Příčiny sekundární zácpy, jejich diagnostika a léčba

	Onemocnění	Diagnóza	Léčba
Obstrukce tlustého střeva	Kolorektální karcinom	Kolonoskopie	• Chirurgická • Onkologická
	Divertikulóza	Kolonoskopie, irigografie	• Změkčení stolice • ATB • Chirurgie
	M. Crohn	Kolonoskopie, irigografie	• Specifická léčba M. Crohn • Dilatace endoskopická • Chirurgie
	Jiné (např. postradiační) stenózy	Kolonoskopie, irigografie	• Dilatace endoskopická • Chirurgie
Metabolická onemocnění či změny	Hypothyreóza	Hormony štítné žlázy	• Suplementace hormonů
	Diabetes mellitus	Glykemie + další testy	• Kompenzace diabetu
	Amyloidóza	Průkaz amyloidu (rektální a duodenální biopsie, ELFO proteinů)	• Imunosupresiva • Cytostatika • Léčba základního onemocnění
	Hyperkalcemie	Ca v séru, parathormon	• Operace, normalizace Ca
	Těhotenství	HCG	• Symptomatická léčba zácpy
Neurologická onemocnění či postižení	Parkinsonova choroba	Neurologické vyšetření	• Symptomatická léčba zácpy
	Míšní trauma	MR, CT, anamnéza	• Symptomatická léčba zácpy
Medikace léky	Opiáty	Anamnéza	• Vysazení a nahrazení léku, laxativa
	Antacida	Anamnéza	• Vysazení a nahrazení léku, laxativa
	Antidepresiva	Anamnéza	• Vysazení a nahrazení léku, laxativa
	Anticholinergika	Anamnéza	• Vysazení a nahrazení léku, laxativa
	Antagonisté vápníkového kanálu	Anamnéza	• Vysazení a nahrazení léku, laxativa

být i jinde. Souhrn příčin sekundární zácpy je znázorněn v tabulce 1.

Primární zácpu mají pacienti, kde se žádné onemocnění (mimo primární poruchu střevní motility a anorektální oblasti) zjistit nepodaří a příčina tkví buď v chabé motilitě tlustého střeva nebo v poruše defekace. U některých pacientů se oba mechanismy mohou kombinovat. Není-li zjištěna žádná organická abnormalita (např. řitní trhlina, rektokéla, intususcepce rektální sliznice, se zácpou asociované hemoroidy, Hirschprungova nemoc apod.), hovoříme o zácpě funkční. U některých pacientů se kombinuje složka funkční i organická a opět čisté rozlišení mezi zácpou funkční a organickou je spíše otázkou akademickou. Daleko praktičtější je rozdělit zácpu na syndrom líného střeva a zácpu terminální (převládají potíže s defekací). Anamnesticky lze oba typy velmi dobře rozlišit.

Syndrom líného střeva („slow transit constipation“)

Pacienti se syndromem líného střeva mají poruchu střevní motility. Ta může být difuzní, kdy je přítomna nejenom horší motilita střeva tlustého, ale i střeva tenkého a žaludku. U jiných nemocných je přítomný pouze po-

malý tranzit střevem tlustým. Někdy lze nalézt morfologické změny v enterickém nervovém systému. Původní představa, že toto poškození je způsobeno iritačními laxativy, byla jednoznačně vyvrácena (1). U jiných pacientů se tyto morfologické změny nenalézají a je předmětem diskuzí, zda se na pomalém tranzitu podílí funkční porucha enterického nervového systému, receptorů nebo produkce neurotransmiterů.

U pacientů se syndromem líného střeva nacházíme dva základní znaky: jsou přítomné příznaky zácpy a zároveň prokážeme zpomalený tranzit tlustým střevem (norma celkového tranzitu ústa–konečník je 72 hodin). Ve specializovaných centrech představují pacienti s tímto syndromem asi jednu třetinu všech pacientů se zácpou.

Není korelace mezi dolichokolon a zácpou

U mnoha pacientů lze v nález z kolonoskopie nalézt závěr „dolichokolon“. Byla-li kolonoskopie indikována pro zácpu, mnoho lékařů pokládá dolichokolon za její příčinu. Je-li pak u těžších pacientů indikováno chirurgické řešení, bývá cílem (chybným!) zkrácení tlustého střeva.

Dolichokolon je definováno jako dlouhé (nikoliv dilatované) tlusté střevo. Normální délka střeva se pohybuje mezi 140–170 cm. Pouze jedna studie korelovala délku střeva s příznaky zácpy a s některými fyziologickými parametry. Žádná korelace dolichokolon (definované více jak 200 cm) s časem střevního tranzitu a zácpou nalezena nebyla (2).

Terminální zácpa

Pacienti s terminální zácpou mají problémy s vytlačením stolice navenek. Převažují zde právě příznaky jako pocit obstrukce v oblasti konečníku, pocit nedokonalého vyprázdnění, přílišné tlačení apod.

K porozumění mechanismu terminální zácpy je vhodné porozumět mechanismu defekace. Jakmile se stolice dostane do jinak prázdné ampuly rekta, dochází k jejímu kontaktu s mechanoreceptory proximální části análního kanálu. Tyto receptory přináší CNS informaci o kvalitě rektálního obsahu. V této fázi je člověk schopen, díky sevření zevního svěrače a kontrakci m. puborektalis, udržet stolicí v rektu či ji vytlačit zpět do sigmatu. V pravou chvíli po usazení na toaletu a zapojení břišního lisu dochází ke zvýšení intrarektálního tlaku, který posouvá stolicí ven. Souběžně s tím dochází k relaxaci svalů dna pánevního, zvláště m. puborektalis a zevního svěrače. Tato „klíčová“ relaxace umožňuje bezproblémové vyprázdnění. Relaxací se otupí jinak ostrý anorektální úhel (z 90 na 140 stupňů) a „otevře se“ distální konec anu. Stolica se tak dostává mimo tělo. Neschopnost relaxace m. puborektalis a zevního svěrače je častou příčinou terminální zácpy.

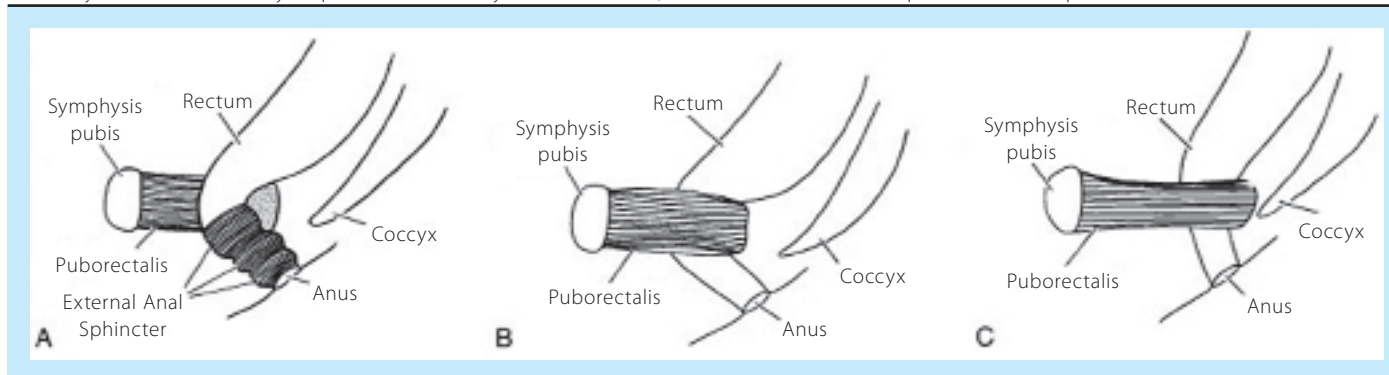
Princip relaxace a otupení anorektálního úhlu při defekaci znázorňuje obrázek 1.

Nedochází-li k této relaxaci nebo je-li namísto relaxace přítomna kontrakce svěrače a m. puborektalis, jedná se o tzv. anizmus. Anizmus nacházíme u asi jedné třetiny pacientů se zácpou a jedná se o funkční variantu terminální zácpy.

Někteří pacienti mají v rektu a anu anatomické abnormality, zejména rektokélu, enterokélu (pokles kliček tenkého střeva mezi dělohu a rektum, které je pak stlačeno zevně), intususcepce nebo prolaps rekta. Ty pak vytvářejí anatomickou obstrukci konečníku. Je-li zácpa zapříčiněna takovouto obstrukcí, hovoříme o obstrukčním defekačním syndromu (= syndrom ODS).

Terminální zácpu tedy působí buď paradoxní kontrakce svalů dna pánevního (anizmus) nebo významná anatomická obstrukce (syndrom ODS). Dlouholetý anizmus může být příčinou

Obrázek 1. Mechanismus relaxace svalů pánevního dna při defekaci. A: rektum a kontrahovaný m. puborektalis, ostrý anorektální úhel a zevní svěrač; B: klidový stav – kontrahovaný m. puborektalis a ostrý anorektální úhel; C: defekace – relaxace m. puborektalis a napřímení anorektálního úhlu



pozdějšího syndromu ODS. Syndrom ODS je častější u žen po četnějších porodech.

Diagnostika a léčba zácpy

Základem je anamnéza se specifickými otázkami na příznaky, které definují zácpu. Již anamnesticky bychom měli zvážit možnost sekundární zácpy a základními vyšetřeními vyloučit její příčinu. Zvláštní důraz by se měl klást na lékovou anamnézu. Dalším krokem jsou laboratorní vyšetření (štítná žláza, vápník). U osob nad 45 let je jistě namístě zvážení kolonoskopie kvůli vyloučení zhoubného nádoru. Vhodné je také vyšetření per rektum s pokusem o Valsalvův manévř (čili zatlačení). Zde již na prstě můžeme hodnotit např. přítomnost stolice v ampule u pacientů s poruchou senzitivity rekta nebo paradoxní kontrakci svěrače u pacientů s anizmem.

Než přistoupíme k dalším vyšetřením, měl by se uskutečnit pokus s vlákninou a eventuálně nácvik defekačního reflexu (platí u syndromu líného střeva i terminální zácpy) (3). Teprve při neúspěchu je vhodné indikovat další vyšetření.

Vláknina, tekutiny a fyzická aktivita

Vláknina

Samotná vláknina pacienta se zácpou nepasí. Nutné je vlákninu doprovodit tekutinami. Doporučený příjem vlákniny je 25–30 gramů za den. Je-li příjem vlákniny u některého pacienta dostatečný, nemá smysl její množství zvyšovat. Pokud se příznaky zácpy nezlepší po zvýšení příjmu vlákniny, její nedostatek nebyl příčinou zácpy a je třeba v diagnostice a léčbě hledat další možnosti. Množství vlákniny v některých potravinách udává tabulka 2. Vláknina může nadýmat, což může působit problém u pacientů se zácpou při současném syndromu dráždivého střeva.

Tekutiny a fyzická aktivita

Při porovnání příjmu množství tekutin nebyly nalezeny významné rozdíly mezi pacienty se zácpou a kontrolami (4, 5). Při zvýšení příjmu tekutin byl nalezen efekt na zrychlení střevního tranzitu, snížení spotřeby laxativ a zvýšení frekvence stolice. Nicméně efekt byl mírný a dostupná data neprokazují, že zvýšený příjem tekutin významně zlepší příznaky pacientů se zácpou (4). Jedná se však o jednoduché opatření a u pacientů doporučujeme denní příjem 2–3 litry tekutin. Jako v případě vlákniny však nemá cenu zvyšovat množství tekutin u někoho, kdo ony 2–3 litry již pije.

Fyzická aktivita opět mírně ovlivňuje rychlost střevního tranzitu, ale efekt je malý a u těžké zácpy klinicky nevýznamný.

Nácvik defekačního reflexu

Účinnost tohoto „českého doporučení“ nebyla nikdy relevantně studována, ale jedná se o záležitost jednoduchou, která může, ale nemusí pomoci (3).

Cílem je naučit pacienty chodit na toaletu ve stejný čas a dále využít fyziologického gastro-kolického reflexu. Pacientům doporučujeme po probuzení vypít vlažnou, lehce projímavou minerální vodu a po dvaceti minutách běžné ranní aktivity usednout na toaletu. Pokud k vyprázdnění nedojde, nevádí, druhý den se to zkusí znovu. U pacientů s terminálními příznaky můžeme doporučit tlačit v sedě, na nočníku, díky relaxované a fyziologičtější poloze dochází k vyprázdnění v dlepu snadněji oproti poloze vsedě.

Vyšetřovací metody u pacientů se zácpou

Pokud jednoduchá opatření nepomohou, je namístě další vyšetřovací postup. Mezi základní vyšetřovací metody patří:

a) Defekografie – rtg vyšetření defekačního aktu, kdy se kontrastní látka aplikuje do konečníku. Vyšetření zobrazí případné

anatomické abnormality (rektokéla, intususcepcie apod.). Defekografii provádí kvalitně jen málo českých pracovišť. Nejlepší jsou dynamické defekografie, kdy je vyšetření zaznamenáváno formou filmu.

b) Vyšetření času střevního tranzitu – rtg nebo scintigrafické vyšetření měřící čas tranzitu trávicím traktem. Norma je 72 hodin, u pacientů s líným střevem je hodnota prodloužena i na více jak trojnásobek.

c) Anorektální manometrie a balonkový expulzní test – vyšetření tlaků v oblasti svěrače a senzitivity rekta. Jedná se o doplňkové vyšetření, u balonkového expulzního testu se hodnotí schopnost pacienta vytlačit nafouknutý balonek z konečníku. Absence rekto-análního inhibičního reflexu je diagnostická pro Hirschprungovu nemoc, kterou lze diagnostikovat i u dospělých pacientů.

d) Anuskopie – Vhodná zejména pro posouzení intususcepcie, řitních trhlín a hemoroidů.

Léčba

V léčbě zácpy se mimo již zmíněná dietní a režimová opatření uplatňují:

a) prokinetika

Tabulka 2. Množství vlákniny (v gramech) na 100 gramů potravy (doporučená denní dávka vlákniny je 25–30 gramů)

Otruby	45
Lněné semínko	38
Sója a fazole	18
Sušené fily	12
Celozrnné pečivo	10
Ovesné vločky	7
Rybíz	6
Hrášek	5
Mrkev	3
Zelí	3
Brokolice	3

- b) laxativa
- c) fyzioterapie
- d) chirurgické metody.

Prokinetiky se podrobněji zabývat nebudeme. Vynikající cisaprid, jediné prokinetikum, které pozitivně ovlivňovalo střevní tranzit a pacientům jednoznačně pomáhalo, byl celosvětově stažen z trhu pro prodlužování Q-T intervalu. Ostatní léky této skupiny (itoprid – ganaton®; motilium či metoclopramid – cerucal®) významný efekt nemají.

Zde je namístě zmínit, že v současné době populární hydrokolon nebo probiotika nemají žádný prokazatelný léčebný účinek u pacientů se zácpou.

Laxativa

Laxativa patří mezi nejužívanější léky pacientů se zácpou. Mnohé učebnice a články varují před jejich chronickým užíváním v důsledku poškození motorické i sekreční funkce střeva, atrofie svaloviny střeva, vzniku závislosti apod. Již zde chceme zdůraznit, že většina z těchto nežádoucích účinků nebyla nikdy prokázána.

Laxativa rozdělujeme na několik skupin:

- a) **Laxativa objemová** – v podstatě se jedná o preparáty vlákniny, která zvětšují objem stolice. Vhodná jsou u pacientů s lehkou zácpou a jejich příjem je nutné doprovázet tekutinami. Efekt nastupuje do týdne. Jejich nevýhodou bývá nadýmání.
 - b) **Laxativa osmotická** – jedná se o osmoticky aktivní látky, které v lumen střeva váží vodu a tím vyvolávají průjem. Jedná se o bezpečné preparáty, které se též využívají k očištění střeva před kolonoskopií nebo chirurgickými zákroky. Řadíme mezi ně iontové roztoky (síran hořečnatý, fosfát sodný), polyetylglykol (Fortrans®) a laktulózu. Laktulóza je výborné změkčovaadlo stolice u pacientů s divertikulózou a tuhou stolicí. Její efekt nastupuje do tří dnů a nevýhodou je nadýmání. Polyetylglykol lze též užít u pacientů se zácpou, kteří tolerují jeho nedobrou slanou chuť.
 - c) **Laxativa kontaktní (stimulační)** – kontaktní laxativa působí přímo na střevo a nevstřebávají se. V naší zemi jsou nejčastěji používána laxativa se sennosidy (různé čaje, Regulax®) a dále laxativa polyfenolové skupiny (pikosíran sodný – Guttalax® a bisacodyl). U nás nejčastěji používané laxativum je Guttalax®. Působí tak, že pikosíran se ve střevě činností střevních bakterií rozštěpí na difenol a ten přímo stimulačně působí na střevo. Účinek nastupuje po 6–12 hodinách.
- Kontaktní laxativa se podávají večer a vyvolávají stolicí ráno. Na rozdíl od osmotických laxativ nepůsobí průjem, ale formovanou stolicí.
- Ohledně stimulačních laxativ existuje mnoho pověr a mýtů. Z tohoto důvodu je často neužívají ani pacienti, kteří z nich mají jednoznačný prospěch a kterým jiné způsoby léčby nepomáhají. Lze proto jednoznačně tvrdit, že:
- Nebylo prokázáno, že by laxativa polyfenolové skupiny nebo sennosidy poškozovaly střevo (epitel, svalovinu nebo neurony) nebo zhoršovaly jeho funkci. Jediným možným důsledkem je u sennosidů (nikoliv však u polyfenolů) zbarvení střeva – tzv. melanosis coli. Ta však nemá na funkci střeva žádný negativní vliv (2, 6).
 - Nebylo prokázáno, že by chronické užívání těchto laxativ vedlo ke změně proliferaci epitelových buněk nebo ke klinicky významným změnám sekrece či
- hladin hormonů jako jsou vazoaktivní intestinální peptid, somatostatin nebo substance P (7, 8).
- **Není pravdou, že tato laxativa působí závislost.** U některých pacientů – např. u pacientek s mentální anorexií – bylo popsáno zneužití těchto léků. Tyto pacientky je však používaly k hubnutí a nikoliv k léčbě zácpy. Pacienti tato laxativa jednoduše berou, protože nemají jinou možnost, jak ulevit svým velmi těžkým příznakům (2).
 - **Není pravdou, že kontaktní laxativa vykazují fenomén tolerance.** V retrospektivní studii bylo demonstrováno, že během až dvacetileté léčby Guttalaxem® došlo k průměrnému zvýšení dávky jen o 12 kapek/týden a to pouze u poloviny pacientů. Jedná se tudíž pouze o malé zvýšení dávky (9).
 - **Není pravdou, že laxativa působí klinicky významné změny elektrolytů v séru.** Studie,

Obrázek 2. Přístroj k biofeedbacku

kteří sledovali vliv dlouhodobé léčby laxativy v doporučených dávkách neprokázaly žádné významné změny hladin elektrolytů (10).

- Není pravdou, že chronické užívání laxativ je rizikovým faktorem rakoviny střeva (2).

Není tedy důvod obávat se i dlouhodobé léčby stimulačními laxativy v doporučených dávkách. Rozhodně je chybou před nimi pacienty zrazovat s falešnými argumenty, které byly zmíněny výše. Není-li jiné cesty pomoci pacientovi, pak jsou tato laxativa zcela bezpečná a účinná.

U některých pacientů dochází v souvislosti s jejich používáním k bolestem až křečím břicha, jsou-li tyto výrazné, je nutné laxativum zaměnit za jiné nebo zkusit jiný způsob léčby.

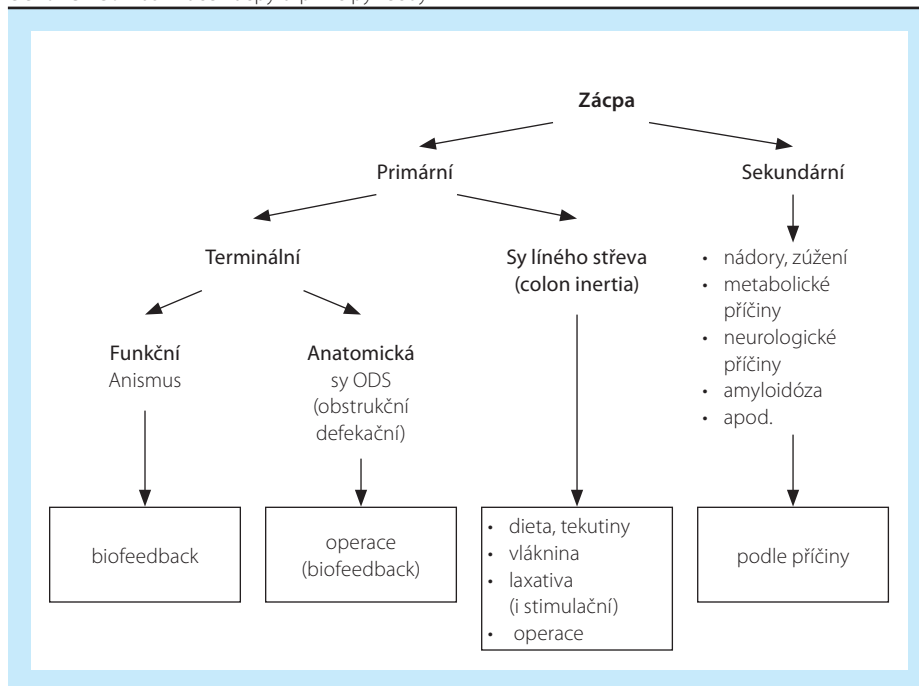
Fyzioterapie

Fyzioterapie typu biofeedback je standardní léčebnou metodou pacientů s anizmem (11). Při anizmu dochází při defekaci k paradoxní kontrakci svěrače a puborektálního svalu, stolice je tedy tlačena proti odporu. Cílem fyzioterapie je tuto paradoxní kontrakci odstranit, tj. naučit pacienta opět relaxovat.

Indikací k fyzioterapii jsou symptomatictí pacienti, kteří mají objektivizované známky anizmu. Biofeedback nelze indikovat jen při pouhém podezření.

Fyzioterapie probíhá v půlhodinových seancích a používá se speciální přístroj, který podává informace o kontrakci nebo relaxaci svěrače. Samotná pomoc přístroje však nestačí, je nutná asistence fyzioterapeuta nebo vyškolené sestry (12). Přístroj k biofeedbacku je zobrazen na obrázku 2.

Ve světě je biofeedback rutinní a hlavně účinnou metodou. Je smutné, že v ČR tuto metodu v podstatě nikdo neprovádí a zároveň ji neplatí žádná ze zdravotních pojišťoven. Sami jsme pro VZP provedli dvě studie, které prokázaly

Obrázek 3. Klasifikace zácpy a principy léčby

zali účinnost této metody, ale nyní je na odborných společnostech a VZP, aby zahájili jednání o uznání a placení této jednoduché a hlavně levné metody (12). Mimochodem, jsou studie prokazující významné snížení spotřeby laxativ po několika seancích biofeedbacku (11).

Chirurgické metody léčby zácpy

Chirurgické výkony lze rozdělit do dvou skupin – operace u pacientů s líným střevem a operace abnormalit v oblasti konečníku u pacientů s ODS.

Resekce střeva u pacientů s líným střevem

U pacientů, kterým nepomáhá žádné jiné řešení, kteří trpí těžkou zácpou a kterým nezbývá ani laxativa, můžeme navrhnout radikální operaci – subtotální resekci tlustého střeva s ileo-rektoanastomózou. Pokud je tato operace dobře indikována, výsledky jsou uspokojivé. Podmínkou je i psychologické a eventuálně psychiatrické vyšetření. Všichni pacienti indikovaní k tomuto zákroku by měli mít prokázány pomalý tranzit tlustým střevem. Někteří chirurgové střevo pouze „zkracují“, provádí resekci vinutého sigmatu, ale to není správný přístup. Bylo prokázáno, že u pacientů s parciální resekci se zácpa vrací (13).

Operace v oblasti konečníku

Indikovaní jsou pacienti se syndromem ODS. Cílem operace je odstranit mechanickou překážku. Povaha výkonu se řídí nálezem z klíčového vyšetření – defekografie. Příkladem této operace

je tzv. STARR procedura – staplerová transanální rektální resekce. Jedná se o intrarektální proceduru, kdy je pomocí speciálního stapleru resekovaná „přebývajcí“ sliznice rekta, která působí intususcepci nebo se podílí na rektokéle.

Závěr

Zácpa je častým onemocněním, která je definována přítomností různých příznaků. Ve vyšetřovacím algoritmu je nutné vyloučit příčiny sekundární zácpy. U pacientů s primární zácpou hrají důležitou roli vyšetření délky střevního tranzitu, defekografie a anorektální manometrie. Zácpu primární rozdělujeme na syndrom líného střeva a terminální zácpu. V léčbě zácpy se uplatňují dietní a režimová opatření, jejichž význam se však přeceňuje. Nejčastěji používaným léčivem jsou laxativa. Ohledně stimulačních laxativ panuje v lékařské i laické veřejnosti zbytečný strach a tyto léky lze užívat i dlouhodobě. V léčbě terminální zácpy se uplatňuje fyzioterapie a v případě anatomické obstrukce chirurgické metody. U pacientu s rezistentní zácpou v důsledku syndromu líného střeva se může indikovat i subtotální kolektomie.

Klasifikační schéma zácpy a základních principů léčby je znázorněno na obrázku 3.

Literatura

1. Miller-Lissner SA, Kamm MA, Scarpignato C, Wald A. Myths and misconceptions about chronic constipation. Am. J. Gastroenterol. 2005; 100: 232–242.

2. Waldron D, Bowes KL, Kingma YJ, et al. Colonic and anorectal motility in young women with severe idiopathic constipation. *Gastroenterology*. 1988; 95: 1388–1394.
3. Mařatka Z. Zácpa. In: Mařatka Z. *Gastroenterologie*. Praha: Karolinum, 1999: 238–245.
4. Klauser AG, Peyerl C, Schindlbeck NE, et al. Nutrition and physical activity in chronic constipation. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol*. 1992; 4: 227–233.
5. Towers AL, Burgio KL, Locher JL, et al. Constipation in the elderly: influence of dietary, psychological, and physiological factors. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1994; 42: 701–706.
6. Ghadially FN, Walley VM. Melanoses of the gastrointestinal tract. *Histopathology*. 1994; 25: 197–207.
7. Goebos K. Laxatives and intestinal epithelial cells: a morphological study of epithelial cell damage and proliferation. *Verh. K. Acad. Geneesk. Belg.* 1995; 57: 51–74.
8. Tzavella K, Schenkirsch G, Riepl RL, et al. Effects of long-term treatment with anthranoids and sodium picosulphate on the contents of vasoactive intestinal polypeptide, somatostatin and substance P in the rat colon. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol*. 1995; 7: 13–20.
9. Bengtsson M, Ohlsson B. Retrospective study of long-term treatment with sodium picosulfate. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol*. 2004; 16: 433–434.
10. Ryan F, Anobile T, Scutt D, et al. Effects of oral sodium picosulphate Picolax on urea and electrolytes. *Nurs. Stand.* 2005; 19: 41–45.
11. Wiesel PH, Dorta G, Cuypers P, et al. Patient satisfaction after biofeedback for constipation and pelvic floor dyssynergia. *Swiss. Med. Wkly.* 2001; 131: 152–156.
12. Martínek J. Zácpa a praktický lékař – fakta a mýty. *Prakt. Lék.* 2008; 88: 328–336.
13. Redmond JM, Smith GW, Barofsky I, et al. Physiological tests to predict long-term outcome of total abdominal colectomy for intractable constipation. *Am. J. Gastroenterol.* 1995; 90: 748–753.

MUDr. Jan Martínek, Ph.D.

Interní klinika ÚVN a 1. LF UK

Oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu

U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6

jan.martinek@volny.cz
