

Dráždivý tračník

J. Dolina¹, A. Hep², M. Mišejková²

¹ Endoskopické centrum FN Brno, pracoviště Bohunice, přednosta prim. MUDr. Jiří Dolina, Ph.D.

² Interní gastroenterologická klinika Lékařské fakulty MU a FN Brno, pracoviště Bohunice, přednosta prof. MUDr. Aleš Hep, CSc.

Souhrn: Dráždivý tračník je poměrně často se vyskytující funkční onemocnění trávicího traktu. Svým rozsáhlým výskytem představuje i značný socioekonomický problém. Diagnostika dráždivého tračníku je nepřímá, po vyloučení organického nálezu v trávicím traktu, ale i mimo něj. Léčbu farmakologickou a nefarmakologickou – tzv. léčebná doporučení – nelze zcela schematizovat. Dlouhodobá a komplexní péče o pacienty s funkčními nemocemi je významnou složkou léčby.

Klíčová slova: dráždivý tračník – římská kritéria III

Irritable bowel syndrome

Summary: Irritable bowel syndrome is a frequent functional disorder of gastrointestinal tract. Its high incidence represents an important socioeconomic concern. The diagnosis of irritable bowel syndrome is indirect and requires exclusion of an organic lesion within as well as outside the gastrointestinal tract. No algorithms – so called treatment guidelines – are available for pharmacological or non-pharmacological treatment of the irritable bowel syndrome. Long-term and comprehensive care of patients with functional diseases is an important component of the management of patients with irritable bowel syndrome.

Key words: irritable bowel syndrome – Rome criteria III

Úvod

Jako funkční poruchy trávicího traktu jsou označovány ty, které sestávají ze souhrnu izolovaných symptomů nebo jejich proměnlivé kombinace bez prokazatelných organických, biochemických, ultrazvukových či endoskopických abnormalit postihujících trávicí trubici. Skupinou odborníků byla již opakovaně sestavena verze kritérií funkčních poruch – tzv. „Římských III“ v roce 2006, vycházejících ideově z Římských kritérií II. a I. Jednotlivé klasifikace se vzájemně liší zvláště v časovém údaji o trvání obtíží. Dále došlo i k částečnému přejmenování jednotlivých subkategorii [1].

Dráždivý tračník (DT) patří mezi velmi častá onemocnění trávicího traktu. Prevalence je odhadována v rozmezí 5–25 %, s převahou ve věkovém rozmezí 20–50 let, a je přibližně 2krát častější u žen než u mužů. Ve specializovaných gastroenterologických ordinacích tvoří pacienti s DT až téměř 1/3 nově vyšetřených [2].

Diagnostika dráždivého tračníku

Jako DT je označována dle mezinárodních kritérií Řím III. rekurentní

břišní bolest nebo dyskomfort, trvající nejméně 3 dny v měsíci v předešlých 3 měsících, se začátkem alespoň před 6 měsíci a ve spojení nejméně se 2 následujícími kritérii:

1. zlepšením po defekaci,
2. začátkem spojeným se změnou frekvence stolice,
3. začátkem spojeným se změnou formy stolice.

Dále je DT (v anglosaské literatuře zkratka IBS – Irritable Bowel Syndrome) dělen na jednotlivé **subtypy**:

1. **IBS-C** – DT se zácpou (C – Constipation) – tvrdá nebo bobkovitá stolice více než 25 % a řídká (kašovitá) pod 25 % vyprázdnění,
2. **IBS-D** – DT s průjemem (D – Diarrhoea) – řídká nebo vodnatá stolice více než 25 % a tvrdá stolice pod 25 % vyprázdnění,
3. **IBS-M** – DT smíšený (M – Mixed) – tvrdá stolice ve více než 25 % a řídká stolice ve více než 25 % vyprázdnění,
4. **nezařaditelný DT** – nelze klasifikovat do žádné ze subkategorii C, D nebo M.

Podpůrné symptomy, které nejsou součástí diagnostických kritérií, jsou:

- abnormní frekvence vyprázdnění
 - a) pod 3 stolice za týden,
 - b) více než 3 stolice denně,
- abnormní forma stolice,
- namáhavé vyprazdňování,
- naléhavost nebo pocit neúplného vyprázdnění,
- odchod hlenu a nadýmání [2,3].

Pro srovnání s mezinárodní klasifikací si dovoluujeme uvést i českou gastroenterologickou školu Mařatkovu, která dělí funkční kolopatie dle poruch defekace na typ s trvalou zácpou, který nazýváme **spastická zácpa**, typ s trvalým průjemem – tzv. **funkční průjem** a typ s nepravidelnou nutkavou defekací – **syndrom dráždivého střeva**.

Etiopatogeneze DT

Etiopatogeneze je nadále neznámá a předpokládá se, že je multikomponentní. Častým sledovatelným činitelem je porucha gastrointestinální motility a viscerální senzitivity [2,4]. V možných vysvětlujících teoriích o vzniku DT je zmiňována teorie tzv.

„postinfekčního DT“ – vznik DT po prodělané bakteriální gastroenteritidě [2]. Dále je studován model vzniku DT na podkladě autonomní dysfunkce a hormonálních dysregulací, vliv genetických faktorů a vztahy s vnějším životním prostředím – včetně rozsáhlé a rozrůstající se skupiny potravinových alergií a škodlivého životního stylu – např. efekt návykových látek, rituálů apod.

Fyzikální vyšetření

Klinický náález je v naprostu převažujícím rozsahu zcela nespecifický. Řada pacientů však bývá polymorbidní a příznaky DT se mohou vyskytovat paralelně s dalšími již organickými nemocemi. Častý se zdá být překryv s pyrózou, bolestí hlavy, bolestí zad, fibromyalgiemi a celou škálou genitourinárních problémů, včetně dyspareunie a sexuální dysfunkce. Široké spektrum právě této problematiky častěji vede k operacím jako např. hysterektomiím, apendektomiím a cholecystektomiím, mnohdy z důvodu koincidence velmi vágní etiopatogenetické souvislosti tzv. „organického nálezu“.

Laboratorní diagnostika

Laboratorní diagnostika dráždivého tračníku je dána snahou o vyloučení organického nálezu. Zvláštní pozornost musí být věnována nemocem jater či ledvin a vyloučení tyreopatie, systémových onemocnění pojiva, infekčních nemocí se zaměřením např. na parazitologické vyšetření stolice a další. Rizikem je malá pozornost věnovaná nekompletnímu klinickému obrazu celiakální sprue a laktóзовé intolerance [5].

Endoskopie a zobrazovací diagnostické metody

Vyšetření koloskopické má svoje diagnostické výhody včetně využití víceetážových biopsií k vyloučení mikroskopické kolitidy a jiných patologií. Enteroskopie je cenná zejména pro vyloučení nekompletních forem celiakie či jiných patologických stavů tenkého

střeva. Přínosnou a neinvazivní metodou je ultrazvukové vyšetření střeva a celého břicha. V případě pacientova nesouhlasu nebo při nezdařeném kompletním endoskopickém vyšetření připadají v úvahu RTG vyšetřovací metody. Při diagnostických nejasnostech a technických limitech jednotlivých postupů je přínosná virtuální koloskopie nebo kapslová enteroskopie.

Z opomíjených RTG metod patří k základní diferenciatně diagnostické rozvaze sledování pasáže radioopakních granulí. Dovoluje objektivizaci rychlosti střevní pasáže udané nemocným a přibližné zhodnocení frekvence stolic či upozorní na úsek, kde je průchod střevním lumenem byť částečně omezen. Tak jsou získány informace o možné průvodní zhoršené evakuaci žaludku nebo stagnaci střevního obsahu v rektosigmatu apod. Lze tak cíleně indikovat doplňující RTG vyšetření (enteroklýzu, defekografii etc.). Převažuje-li v klinickém obraze obstrukce, je vhodné provést defekografii, anorektální manometrii a endosonografii anorekta. I přes použití nejnovějších vyšetřovacích technologií je však stanovení diagnózy DT stále pasivní a v současné době nadále založeno na vyvrácení organického nálezu strukturalního nebo biochemického.

Léčba dráždivého tračníku

Léčba každého funkčního onemocnění, a DT zvláště, je zdoluhavá, často spojena s obvyklým až 20% placebo efektem, rozvojem tolerance během několika měsíců a rovněž u řady pacientů s vysokým sklonem k herbalizmu a vyhledávání alternativních postupů. Lékař, který koordinuje léčebný postup, by měl mít schopnost obezřetně korigovat pacientem navrhované postupy, které jsou mnohdy vědecky nepodložené a dále do určité míry klidně vedeným rozhovorem, v případě potřeby, působit na pacientův narušený životní styl.

Důležitým faktorem v léčbě je spolupráce pacienta a jeho edukace. Nutností je vysvětlení i časových poslou-

ností léčby s důrazem na pomalý ústup obtíží a velkou pravděpodobnost recidivy onemocnění v návaznosti, např. na emoční otřes, nebo při onemocnění paralelně probíhajícím.

Podstatná je psychická vyrovnanost nemocného, který by měl získat maximální možnou jistotu, že není ohrožen závažnou chorobou. Pokud se podaří na podkladě negativních výsledků provedených vyšetření neopodstatněné obavy odstranit, je jednodušší dosáhnout lepších klinických výsledků farmakoterapeutických.

Úprava životosprávy spočívá nejen ve vyloučení potravin nebo jejich součástí, které prokazatelně vyvolávají dyskomfort nemocného, ale i ve správně načasovaném příjmu stravy během dne.

Podání vlákniny akcelerující orální tranzit je vhodné u obstrukční formy DT. Řadou autorů je zmiňován efekt vlákniny na snížení intrakolonickeho tlaku s adekvátní redukcí bolestivých podnětů. Opomíjenou skutečností při užívání vlákniny, a tudíž s určitým kontraproduktivním efektem, se může stát nedodržování pitného režimu. U subtypu průjemového DT je dále potřeba zjistit, zda pacienti nekonzumují potraviny, které vyvolávají rychlou pasáž nebo váží vodu (tzv. „příliš zdravá dieta“ s vysokým obsahem vlákniny, více než přibližně 30 g denně, černá káva, kouření, sladidla s vyšším obsahem fruktózy nebo sorbitolu). Souhrnně je upřednostňován pravidelný příjem malých porcí stravy s převahou sacharidů (škrobů), samozřejmě při vyloučení sacharidové intolerance. Často jsou hůře tolerována více kořeněná jídla, mléko, zejména ve větším množství najednou nebo neupravené např. kvašením, pokrmy připravené smažením a s vyšším obsahem tuků.

Z dalších tzv. nefarmakologických terapeutických zásahů je možné využít hypnózu a psychoterapii.

Farmakoterapie je modifikována převažujícím příznakem, který nejvíce ovlivňuje kvalitu života nemocného,

a je třeba se vyvarovat přílišné schematizace a kategorizace. Z farmak přicházejí v úvahu:

- spasmolytika,
- antidiarhoika,
- antidepresiva,
- prokinetika a laxativa,
- ostatní
- a experimentální medikace.

Antidiarhoika – jsou nejvhodnější skupinou léčiv pro průjemitou podskupinu dráždivého tračníku. Nejčastěji předepisovaným je loperamid (Imodium) 2–4 mg až 4krát denně, který zpomaluje tranzit střevem, zvyšuje absorpci vody a iontů střevem a 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 diphenoxylátem (Reasec) nebo kodeinem. Dále lze použít cholestyramin, pokud zvažujeme v etiopatogenezi dráždivého tračníku i podíl žlučových solí.

Spasmolytika – metaanalýzou 5 sloučenin byl prokázán signifikantně vyšší účinek nad placebem u cimetropium bromidu (antimuskarinový účinek), pinaverium bromidu (Dicetel) a otylonium bromidu (Spasmomen), trimebutinu (periferního opiátového antagonisty) a mebeverinu (Duspatalin) [6].

Psychofarmaka – jejich opodstatnění je podmíněno koexistencí psychických změn u pacientů s DT.

Laxativa – předepisovanou skupinou léků zvláště u subtypu obstipačního je psyllium, magnesium hydroxid a laktulóza.

Probiotika – předběžné zprávy z klinických výzkumů jsou slibné. *Bifidobacterium infantis* má schopnost redukce symptomů DT s objektivně měřitelným dopadem na poměr anti- a pro-inflamatorních cytokinů v periferní krvi [7]. Pro rozšíření indikačního spektra těchto preparátů je však potřeba větších a kvalitních klinických studií.

Ostatní medikace – jde o velmi různorodou skupinu látek, pro jejichž použití nejsou dostatečně průkazné farmakologické studie typu „evidence based“, přičemž jejich používání je v lékařské praxi časté a vychází z empirických základů. Patří sem pankreatické fermenty (Pangrol, Kreon, Panzytrat), pepermint (Colpermin), HCl, dilutem, cholestyramin a další.

Funkční poruchy GIT (gastrointestinální trakt) jsou v značně převažujícím počtu záležitostí celoživotní. Úloha lékaře, kterého si funkčně nemocný zvolí a poctí jej dlouhodobou důvěrou, je proto nezáviděníhodná mj. i z toho důvodu, že dlouhodobou, pečlivě vybranou a správně cílenou medikací lze povětšinou dosáhnout pouze přechodného efektu.

Závěr

Funkční nemoci GIT jsou významnou skupinou chorob s nejistou patogenezi. Objektivizace symptomatologie je zřejmě jedním z nejtěžších diagnostických úskalí gastroenterologie vůbec. Dosud převažuje postup eliminační

poskytující ošetřujícímu lékaři psychickou i forenzní jistotu, že mylně nepokládá funkční poruchu za organickou. Ani moderní vyšetřovací metody nemohou poskytnout diagnózu aktivním postupem.

Terapie musí být individualizovaná a dlouhodobá s výhledem aktualizace dle vývoje onemocnění. Spojení farmakoterapie s řádnou edukací tvoří základ úspěchu léčby.

Literatura

1. Lukáš K, Hep A. Římská klasifikace III (2006). Čes Slov Gastroent Hepatol 2007; 61: 39.
2. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD et al. Functional bowel disorders. In: Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M et al (eds). Rome III – The functional gastrointestinal disorders. Allen Press, Inc., Lawrence, KS 2006: 487–556.
3. Longstreth GF. Definition and classification of irritable bowel syndrome: current consensus and controversies. Gastroenterol Clin North Am 2005; 34: 173–187.
4. Beneš Z. Kolorektální karcinom a nespecifické střevní záněty. Praktický lékař 2007; 87: 624–626.
5. Ehrmann J. Záněty střev a dráždivý tračník. Interní Med Pro Praxi 2009; 11: 71.
6. Lukáš K et al. Funkční poruchy trávicího traktu. Praha: Grada 2003: 198 s.
7. O'Mahony L, McCarthy J, Kelly P et al. Lactobacillus and bifidobacterium in irritable bowel syndrome: symptom responses and relationship to cytokine profiles. Gastroenterology 2005; 128: 541–551.

MUDr. Jiří Dolina, Ph.D.

www.fnbrno.cz

e-mail: jdolina@fnbrno.cz

Doručeno do redakce: 29. 4. 2011