

DŘÁŽDIVÝ TRAČNÍK – DIAGNOSTICKÁ A TERAPEUTICKÁ ÚSKALÍ

MUDr. Jiří Dolina, prof. MUDr. Aleš Hep, CSc., MUDr. Marie Přecechtělová

Interní gastroenterologická klinika, Fakultní nemocnice Brno

Funkční nemoci trávicího traktu jsou velmi heterogenní a početnou skupinou. Vzhledem k frekventnímu výskytu je často diskutovaným dráždivý tračník. Objektivizace subjektivních potíží je nejobtížnějším úsekem, na kterém závisí klasifikace a terapie.

Klíčová slova: dráždivý tračník, funkční nemoci GIT.

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC PROBLEMS OF IRRITABLE COLON

Functional diseases of digestive tract form quite heterogenous and large group. Irritable colon is discussed regarding frequent incidence. Classification and treatment depend on objectification of subjective complaints, which is the most difficult part.

Key words: irritable colon, functional diseases of GIT.

Úvod

Dráždivý tračník (DT) patří k těm častěji se vyskytujícím chorobám v ambulancích praktických lékařů i gastroenterologů a internistů.

Jeho prevalence se pohybuje od 6 do 20 % s převahou ve věkovém rozmezí 20–50 let a je přibližně 2 × častější u žen než u mužů (6, 11). Epidemiologické studie však diagnostiku dráždivého tračníku staví na rozdílných kritériích – Manningovými počínaje a Římskou klasifikací II. konče.

Základní podmínkou pro stanovení funkční poruchy dle Římské klasifikace je vyloučení organického nálezu. Stále probíhají diskuze, zda je možné vypustit některá vyšetření a více se spoléhat na přítomnost tzv. alarmujících příznaků jako doplňku Římských kritérií. Nápadný je současný výskyt psychiatrického onemocnění. U DT se udává, že až v 50 % jej provázejí depresivní syndrom či úzkostné stavy. Současně se můžeme rovněž častěji setkat s funkční dyspepsií, fibromyalgií, chronickým únavovým syndromem nebo poruchou menstruačního cyklu (7).

Diagnostika dráždivého tračníku

Česká gastroenterologická škola Mařatková 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* (5, 6).

Ve světové gastroenterologické terminologii první sjednotil názvosloví Manning v roce 1978. S kritikou vystoupil Smith v roce 1991 a ve studii ukázal, že Manningova kritéria (MK) korelují signifikantně s diagnózou dráždivého tračníku pouze u ženské podskupiny z celkově vyšetřených 97 subjektů. Pro muže byla jejich platnost omezená. Negativem studie je ale velmi malý soubor vyšetřených. Všechny nejasnosti související s nedostatečnou vypovídací schopností citovaných kritérií vedly zpočátku v roce 1988 k jejich revizi a později v roce 1990 k publikování tzv. Římské klasifikace I. (R I). Po přepracování pak máme současně platná kritéria dle ROMA II. (R II) z roku 1999 (4).

Boyce v roce 2000 provedl vyhodnocení senzitivity a specifity R II s R I a MK. Ve vyšetřeném souboru 4 500 dospělých subjektů nad 18 let věku byla dle MK zjištěna prevalence dráždivého tračníku 13,6 %, dle R I 4,4 % a 6,9 % dle R II. Pro klinickou praxi je zřejmé, že užiteč-

nost jakýchkoli diagnostických kritérií spočívá ve schopnosti odvést vyšetřujícího lékaře od abundandních diferenciálně diagnostických postupů k možnosti stanovení pozitivní diagnózy funkčního onemocnění. Současná kritéria ji ale neposkytují. Vyplnění dotazníku nedává bezpečnou jistotu v odlišení funkčních a organických změn (1, 7).

Hodnota pozitivní diagnózy dráždivého tračníku na bázi symptomových kritérií dle R II je stále limitována vyšetřeními, jež vylučují organické onemocnění. Podobně jako u funkční dyspepsie je i zde základem podrobná anamnéza. Podaří-li se lékaři získat důvěru pacienta, může se dopátrat i velmi podstatných informací intimního charakteru týkajících se např. sexuálního zneužívání v mládí atd. Konečně *psychosociální zhodnocení* je významnou součástí klinické charakteristiky nemocného. Je známo, že pacienti s DT trpí častěji anxiétou, depresemi a somatoformními poruchami. Nejčastěji se setkáváme s panickými atakami charakterizovanými palpitacemi, časnou insomnií, diaforézou, agorafobií a depresemi (symptomy – změny apetitu, insomnie-pozdní, anhedonie, snížení libida) (2, 6).

Negativní sexuální zkušenost, především otázka sexuálního zneužívání v mládí, není u pacientů s DT novinkou. Za zásadní je považována Drossmanova studie 206 pacientů pro vyhodnocení prevalence sexuálního zneužívání u pacientů s GIT onemocněními. V jeho souboru bylo až 44 % pacientů zneužíváno. Téměř jedna třetina z nich to nikdy předtím s nikým nediskutovala a pouze 17 % tuto skutečnost sdělilo svému lékaři (3, 7). Leroi při vyšetření 144 pacientů prokázal, že u skupiny pacientů s funkčními poruchami distální části zažívacího traktu bylo sexuálně zneužito 40 %, zatím co ve skupině s organickým onemocněním GIT jen 10 % (7).

Fyzikální vyšetření

Klinický nálezn je v naprosto převažujícím rozsahu zcela nespecifický. Olden ve své práci zmiňuje palpační citlivost oblasti sigmatu – lokalizovanou do levého hypogastria (7), nebo zvýšenou citlivost při kolonoskopii vyvolanou insufací. Nález je u DT častý, avšak nespecifický, a proto bez většího diagnostického významu.

Laboratorní diagnostika

Laboratorní diagnostika dráždivého tračníku byla podrobně diskutována v předchozím sdělení věnovaném té-

to problematice. Rizikem je malá pozornost věnovaná nekompletnímu klinickému obrazu celiakální sprue, která se mnohdy projevuje spíše zácpou než-li klasickými projevy průjmů, a malabsorbce a projevy tyreopatie nekompletně vyjádřené. Samozřejmostí je rovněž podrobné bakteriologické a parazitologické vyšetření stolice.

Endoskopie a zobrazovací diagnostické metody

K základní diferenciálně diagnostické rozvaze patří sledování pasáže radioopakních granulí. Dovoluje jednak objektivizaci nemocným udané rychlosti střevní pasáže, přibližné zhodnocení frekvence stolic či upozorní na úsek, kde je průchod střevním lumenem byť částečně omezen. Získáme informace o možné průvodní zhoršené evakuaci žaludku nebo stagnaci střevního obsahu v rektosigmatu apod. Lze tak cíleně indikovat doplňující rtg vyšetření (enteroklýzu, defekografii atd.). Variantou tohoto vyšetření je vyšetření pasáže radionuklidů (8). Zcela zásadní je ultrazvukové vyšetření celého břicha a vyšetření endoskopické. Stále přetrvává spor, zda není vhodnější flexibilní sigmoidoskopie u pacientů pod 40 let věku a koloskopie nad touto věkovou hranicí a u skupin pacientů rizikových (pozitivní rodinná anamnéza rakoviny tlustého střeva a konečníku a polypózní syndromy). Myslíme si, že vyšetření totální koloskopii má svoje diagnostické výhody včetně využití víceetážových biopsií k vyloučení mikroskopické kolitidy aj. Endoskopie je cenná zejména pro vyloučení nekompletních forem celiakie či jiných patologických stavů tenkého střeva. V případě pacientova nesouhlasu nebo při nezdařeném kompletním endoskopickým vyšetření připadají v úvahu rentgenové vyšetřovací metody. Při diagnostických nejasnostech a technických limitech jednotlivých postupů je přínosná relativně nová virtuální koloskopie, CT nebo NMR. Převažuje-li v klinickém obraze obstrukce, je vhodné provést defekografii, anorektální manometrii a endosonografie anorekta.

Opomíjená onemocnění v diferenciální diagnostice dráždivého tračníku

1. Post-inflamatorní syndrom dráždivého tračníku

Ačkoli je přítomnost zánětu střeva – nespecifického (IBD) nebo specifického – zcela jasným vylučujícím kriteriem pro syndrom dráždivého tračníku, může být DT mnohem úžeji spřažen s těmito onemocněními než se očekávalo. Významné procento pacientů s IBD vykazuje v době remise onemocnění perzistenci symptomů kolonické dysfunkce – průjmy, zácpa, vzednutí, bolest a zvýšenou excitabilitu rekta pro distenzi. Prvními kdo popsali hypotézu postinfekčně vzniklého DT byli v roce 1962 Chaudhary a Truleove. V jejich souboru pacientů s DT měla 1/3 anamnézu gastroenteritidy, která uvozovala počátek symptomatologie DT. V dalších studiích byl tento fakt potvrzen a přítomnost infekčního onemocnění byla, společně s ženským pohlavím a vyšším počtem stresogenních situací, označena za údaj s vysokou výpovědní hodnotou v etiopatogeneze DT. V pozdější době bylo dokázáno, že u pacientů s tzv. postinfekčně vzniklým DT jsou vyšší hladiny

interleukinu I-beta a substance P v mukóze colon. Rovněž v korelaci byla zvýšená exprese genů pro IL-I-beta, substance P, NK-I a Na-K-ATP-ázu (9).

2. Antibiotiky navozený průjem (AAD-antibiotic-associated diarrhea)

Akutní začátek s typickou anamnézou užití antibiotické terapie nevede k diagnostickému omylu ve prospěch DT. Omyly v diagnostice bakteriálního přerůstání se mohou vyskytovat při protahovaném 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 – *Salmonellou*, *Clostridium perfringens*, *Klebsiellou oxytoca* nebo *Candidami* (9).

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 studiemi se za osoby netolerující stravu označilo až 45 % dotázané populace. Projevy potravinové alergie jsou však dříve a kvalitněji rozpoznatelné pro rychlý extraintestinální rozvoj symptomatologie (pruritus, dyspnoe, raš nebo kopřivka a další). Potravinová alergie by měla být prokazována výhradně objektivními metodami (imunologickými a expozičními testy) (2, 9).

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 sběrů odpadů v moči, odběrů sérových hladin hormonů a kvalitních zobrazovacích metod (2, 9).

5. Akutní intermitentní porfyrie

Jeto autozomálně dominantní onemocnění z deficitu enzymu uroporfyryinogen I-syntetázy. Heterozygoti zůstávají asymptomatictí do doby expozice faktory, které zvýší produkci porfyrinů – konzumace alkoholu, užívání estrogenů, progesteronů, sulfonamidových antibiotik a barbituratů. Akutní ataka porfyrie zahrnuje abdominální symptomatologii – bolesti břicha, nauzeu, zvracení a obstrukci, přidružené mohou být i kardiovaskulární a neurologická symptomatologie. Vodítkem v diferenciální diagnostice proti DT může být právě epizodický výskyt tohoto méně častého onemocnění s dlouhými asymptomatickými intervaly, dále hodnoty delta-aminolevulinové kyseliny a hladiny vylučování porfobilinogenu v moči (9).

Léčba dráždivého tračníku

Z praktického pohledu je významné sledovat a zaznamenávat počet a typ stolice dle Bristolské škály. Důleži-

tým faktorem v léčbě je spolupráce pacienta a jeho edukace. Nutností je vysvětlení časových posloupností léčby s důrazem na pomalý ústup obtíží a velkou pravděpodobnost recidivy onemocnění v návaznosti například na emoční otřes nebo při onemocnění paralelně probíhajícím.

Velmi podstatné je **psychické vyrovnaní** 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.

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 oroanální tranzit je výhodné u obstipační formy DT. Řadou autorů je zmiňován efekt vlákniny na snížení intrakolonického tlaku (ispaghula) s adekvátní redukcí bolestivých podnětů (2). Vláknina je schopna navázat žlučové soli, které mají vztah ke kontraktilitě tlustého střeva. Na stranu druhou vláknina je schopna naopak zvýšit intraabdominální tenzi a zhoršovat symptomatologii DT. Opomíjený je pitný režim. U subtypu průjemového DT je dále nutné zjistit, zda pacienti neužívají potraviny, které vyvolávají rychlou pasáž nebo váží vodu (tzv. „příliš zdravá dieta“ s vysokým obsahem vlákniny, cca více než 30g 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 a dále neupravované např. kvašením, pokrmy připravené smažením a s vyšším obsahem tuků (10, 12).

Z dalších tzv. nefarmakologických terapeutických zásahů je možno využít hypnózu a psychoterapii. V teoretické rovině lze uvažovat i o elektrostimulaci perkutánně naloženými elektrodami, se kterou zatím nejsou významnější klinické zkušenosti.

Farmakoterapie je modifikována převažujícím příznakem, který nejvíce ovlivňuje kvalitu života nemocného, a je třeba se vyvarovat přílišné schematizace a kategorizace. K významnému ovlivnění klinického stavu je bohužel nutno občas využít i kombinace jednotlivých skupin, mnohdy kontraproduktivně působících, v léčebném schématu on-demand. Nezbytnou podmínkou je ale edukovaný pacient mentálně schopný doporučený režim zvládnout.

Z farmak přicházejí v úvahu:

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

Antidiarhoika

Nejvhodnější skupina léčiv pro podskupinu dráždivého tračníku průjmivitou- nejčastěji předepisovaným je loperamid (Imodium) 2–4 mg až 4× 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. V druhé řadě lze použít cholestyramin, pokud zvažujeme v etiopatogeneze dráždivého tračníku i podíl žlučových solí.

Spasmolytika

V současnosti je sledována jejich preskripce s obavou, že jsou ordinována často plošně a bez odpovídajícího účinku. Metaanalýzou (Akehurst 2001) pěti sloučenin byl prokázán signifikantně vyšší účinek nad placebem u cimetropium bromidu (antimuskarinový účinek), pinaverium bromidu (Dicetel) a otylonium bromidu (Spasmomen) – kalcioví antagonisté selektivní pro GIT, trimebutinu (periferního opiátového antagonisty) a mebeverinu (Duspatalin) anticholinergní efekt. 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 (12).

Psychofarmaka

Jejich opodstatnění je podmíněno koexistencí psychických změn u pacientů s DT. Patří sem např. sulpirid (Dogmatil, Prosulpin), tianeptin (Coaxil), amitryptilin. Podání benzodiazepinů, pokud již o jejich ordinaci uvažujeme, lze pokládat za řešení pouze krátkodobé.

Mohou mít vliv i na redukci chronické bolesti s modulací motility střeva.

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.

Nové možnosti léčby – výzkum nových preparátů

1. 5-HT3 antagonisté – ondansetron, granisetron, alosetron a cilansetron. Nejznámější z nich je alosetron způsobující zpomalení tranzitu tlustým střevem a zvýšení prahu jeho citlivosti pro podněty. V původních studiích se předpokládalo, že bude určen převážně pro že-

ny, spíše s podtypem průjmivým. Další sledování prokázalo tak výrazné omezení peristaltiky tlustého střeva, že vyústilo v některých případech v akutní chirurgické řešení ileózního stavu a byl proto v roce 2000 stažen (12).

2. Parciální 5-HT4 agonisté – tegaserod. Hlavním účinkem je zrychlení žaludeční evakuace a stimulace peristaltiky tenkého i tlustého střeva. V in vitro pokusech byla prokázána větší sekrece tekutiny do lumen, což mělo za následek změnu konzistence stolice. S ohledem na typ účinku je tegaserod indikován u skupiny s převažující zácpou (10, 12).
3. Úplný 5-HT4 agonista – prucaloprid – zrychluje tranzit tenkým i tlustým střevem. Indikační skupinou tohoto léčiva bude opět skupina pacientů s převažující obstipací (12).
4. Další výzkumné látky – nové 5-HT3 a 5-HT4 antagonisté, antagonisté neurokininu (NK1 a NK3), alfa2-adrenergní agonisté a 5-HT1 agonisté, probiotika a prebiotika tvoří významnou skupinu probíhajících klinických výzkumů (12).

Význam sledování pacientů s funkčním syndromem dráždivého tračníku

Funkční poruchy GIT jsou ve 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. Na rozdíl od např. kardiologa je pozice gastroenterologa hodnocena kritičtěji a požívá menší vážnosti.

Přesto je dlouhodobá péče o nemocné s funkčními nemocemi významnou složkou léčby. Lékař sledováním nemocného v delším časovém horizontu ověřuje, že se skutečně nejedná o organické onemocnění, může blíže poznat zvyky a reakce pacienta.

Závěr

Funkční nemoci GIT jsou významnou skupinou chorob s nejistou patogenezi. Vzájemně se překrývajícími příznaky vytváří spletité klinické obrazy s obtížnou diferenciální diagnostikou.

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 nemožou poskytnout diagnózu aktivním postupem.

Terapie musí být individualizovaná na typologii nemocného. Spojení farmakoterapie s řádnou edukací tvoří základ úspěchu léčby.

Literatura

1. Bortolotti M, Barbara L. The Relationship between Symptoms and Gastric Dysfunction in Functional Dyspepsia. *Motility* 1995; 31: 7–13.
2. Camilleri M. Dyspepsia, Irritable Bowel Syndrome and Constipation: review and What's New. *Reviews in Gastroenterological Disorders* 2001; 2–17.

3. Camilleri M, Heading RC, Thompson WG. Consensus report: clinical perspectives, mechanisms, diagnosis and management of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16: 1407–1430.

4. Drossman DA. The Functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. - In: Drossman, D. A. with Editors: Rome II-The Functional Gastrointestinal Disorders-IIInd. edition. s. 1-30. Allen Press Inc Lawrence KS USA 2000.
5. Jirásek V. Funkční kolopatie - abstrakt Funkční onemocnění trávicího traktu 1998: 3-4.
6. Mařatka Z. Funkční trávicí poruchy. - In: Mařatka Z. a spolupracovníci: Gastroenterologie. KarolinumPraha 1999: 407-433.
7. Olden KW. Diagnosis of irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2002; 122: 1701-1714.
8. Prášek J, Hep A. Radionuklidová diagnostika funkčních poruch v gastroenterologii. Medicina 1996; 3: 12.

9. Smout A, Azpiroz F, Coremans G, et al. Potential pitfalls in the differential diagnosis of irritable bowel syndrome. Digestion 2000; 61: 247-256.
10. Thompson DG. Clinical pharmacology. - In: Phillips SF, Wingate DL. Functional Disorders of the Gut. Churchill-Livingstone London 1998: 43-52.
11. Thompson WG. Epidemiology. - In: Phillips SF, Wingate DL. Functional Disorders of the Gut. Churchill-Livingstone London 1998: 53-70.
12. Thompson WG. Review article: the treatment of irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther 2002; 16: 1395-1406.

INTERVENČNÍ A AKUTNÍ KARDIOLOGIE

VELKÁ SOUTĚŽ O ÚČAST NA ZAHRANIČNÍM LÉKAŘSKÉM SEMINÁŘI

Podmínky účasti v soutěži: Jedinou podmínkou je objednávka předplatného časopisu Intervenční a akutní kardiologie na rok 2004. Stávající předplatitelé jsou do slosování zařazeni automaticky. Ročník 2003 je díky přispění farmaceutických firem distribuován zdarma (pozn.: dostáváte-li tento časopis pravidelně, nemusí to znamenat, že jej máte objednaný).

O co soutěžíme? Vydavatelství Solen pořádá každoročně několik zahraničních lékařských seminářů, jak zimních, tak i letních (letos v létě jedeme do Řecka na ostrov Kos a na Kypr, v zimě jezdíme lyžovat nejčastěji do Rakouských Alp, ale i do jiných atraktivních oblastí). Výherce bude mít možnost vybrat si jakýkoliv zahraniční seminář z aktuální nabídky vydavatelství Solen. Informace o těchto seminářích (chystaných i proběhlých) naleznete na www.solen.cz. Nejaktuálnější nabídky seminářů najdete vždy v našem časopise.

Uzávěrka přihlášek: 15. 10. 2003

Výsledky slosování budou zveřejněny v letošním čtvrtém čísle časopisu Intervenční a akutní kardiologie.

Časopis vychází 4x ročně.
Cena za jedno číslo pro ČR je 48 Kč, pro SR 120 Sk.

Časopis můžete objednat:
ČR: faxem 582 396 099, telefonem 582 397 408, poštou – SOLEN, s. r. o., Radošovec 672, 798 52 Konice,
e-mailem: greplova@solen.cz nebo na www.solen.cz

2004
www.solen.cz

objednávka