

FUNKČNÍ STŘEVNÍ DYSPEPSIE V TERÉNNÍ PRAXI

MUDr. Karel Lukáš, CSc.

IV. interní klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Dyspepsie je souhrn různorodých obtíží, které nemocný lokalizuje do oblasti trávicího traktu. Dyspepsie funkční je porucha nevysvětlitelná strukturálními nebo biochemickými abnormalitami. Příčina vzniku dolního dyspeptického syndromu není zcela objasněna. Dolní dyspepsie je v našich krajích dělena na: dráždivý tračník s podtypy (ranní frakcionované defekace, postprandiální defekace a debakl), spastickou zácpu, funkční průjem a formy neúplné a atypické. K diagnóze vede cílená anamnéza zaměřená na charakteristické projevy (pozitivní složka) a vyloučení organického onemocnění (negativní složka). Do léčby patří opatření režimová a dietní a léčba medikamentózní.

Klíčová slova: dyspepsie, dolní dyspeptický syndrom, funkční střevní dyspepsie, dráždivý tračník, zácpa, průjem.

FUNCTIONAL BOWEL DYSPEPSIA IN PRIMARY CARE

Dyspepsia is a complex of various complains that a patient localizes in the region of gastrointestinal tract. Functional dyspepsia is a disorder not explained by structural and biochemical abnormalities. The etiology of lower dyspeptic syndrome has not been completely explained. The lower dyspepsia is usually divided to irritable bowel with subtypes (morning fractioned defecation, postprandial defecation and debacle), spastic constipation, functional diarrhoea, and incomplete and atypical forms. A thorough history targeted on characteristic signs and symptoms (a positive component) leads to the diagnosis and rules out an organic disorder (a negative component). The treatment consists of life style and dietary changes and medical treatment.

Key words: dyspepsia, lower dyspeptic syndrome, functional bowel dyspepsia, irritable bowel, constipation, diarrhea.

Interní Med. 2007; 9(10): 420–424

Úvod a definice

Dyspepsie je souhrn různorodých obtíží, které nemocný lokalizuje do oblasti trávicího traktu (*dys-* = předpona značící obtížnost, poruchu, často dodává slovu záporný význam, *dyspepsia*, *ae*, *f.*, [ř. *dys*, ř. *peptó* = *trávím*], dyspepsie = porucha trávení).

Dyspepsie je dělena na organickou, sekundární a funkční. **Dyspepsie organická** je projevem organického onemocnění gastrointestinálního traktu. **Dyspepsie sekundární** je heterogenní skupina, provází řadu non-gastrointestinálních chorobných stavů, je nežádoucím vedlejším účinkem některých léků, nebo je příznakem intoxikace. Jako **dyspepsie funkční** je označována porucha nevysvětlitelná strukturálními nebo biochemickými abnormalitami.

Dle klasifikace Řím III je jako funkční porucha trávicího traktu označován souhrn izolovaných symptomů nebo jejich proměnlivé kombinace bez prokazatelných organických, biochemických, ultrazvukových či endoskopických abnormalit postihujících trávicí trubici, případně biliární systém.

Termín **dolní dyspeptický syndrom** je užíván pro střevní poruchu projevující se zejména bolestmi nebo pocitem nepohody v břiše a poruchami defekace ve smyslu změny ve frekvenci a konzistenci stolice.

Patofyziologie

Za příčinu dolního dyspeptického syndromu jsou považovány následující možnosti:

1. alterovaná motilita

2. zvýšená viscerální senzitivita (abnormální viscerální percepcie)
3. dysregulace osy centrální nervový systém – trávicí trakt
4. nerovnováha neurotransmiterů (zejména je uvažováno o serotoninu)
5. lumenální faktory (laktóza a další cukry, žlučové soli, mastné kyseliny s krátkým řetězcem, potravinové alergen)
6. infekce (postinfekční dráždivý tračník) – možné zánětlivé změny střevní sliznice
7. vlivy sociokulturní
8. vlivy psychosociální.

Klasifikace

V našich krajích je tradičně zavedena klasifikace Mařatkova, někdy mírně modifikovaná:

1. **Dráždivý tračník** je funkční porucha tlustého střeva projevující se bolestmi břicha a abnormální, často nutkavou defekací.

Dráždivý tračník má „podtypy“ s tak charakteristickou symptomatologií, že diagnózu lze stanovit s velkou pravděpodobností na základě anamnézy. Patří sem:

- a) **ranní frakcionované defekace** – řídká stolice se může objevit po ranním probuzení, další pak po snídani (zvýšený gastrokolický reflex)
- b) **postprandiální defekace** – nutkavé vyprázdnění řídké až vodnaté stolice po jídle v průběhu dne, obvykle po obědě; bolesti a křeče v břiše obvykle vymizí po defekaci

- c) **debakl** – imperativní nucení, kdy dojde k vyprázdnění celého tračníku.

2. **Spastická zácpa** se projevuje bolestmi břicha a zácpou; chybí nutkavé defekace, stolice je hrdkavá, rozkouskovaná spastickou haustrací, případně stužkovitá.

3. **Funkční průjem**, nazývaný též „nebolestivá forma dráždivého tračníku“, kdy je průjem bez výrazných bolestí; může být pocit „obolavělého břicha“, ale ne vyslovené bolesti, chybí pravidelnost defekací.

4. **Formy neúplné a atypické** (např. jen bolesti břicha a nepravidelná stolice nebo jen flatulence, někdy jen záchvatovitá flatulence, která se objeví brzy po jídle, zřejmě zvýšenou difúzí krevních plynů do střeva nebo omezenou absorpcí plynů ze střeva do krevního řečiště).

Římská klasifikace III uvádí pod písmenem C funkční střevní poruchy. Jde o funkční gastrointestinální poruchy, jejichž symptomy lze přisoudit střední a dolní části trávicího traktu. Patří sem dráždivý tračník (irritable bowel syndrome), funkční nadýmání, funkční zácpa, funkční průjem a nespecifické funkční střevní poruchy. Tak jako všechny funkční poruchy musí splňovat podmínky časové (začátek nejméně před 6 měsíci, příznaky více jak 3 dny za měsíc nejméně po dobu 3 měsíců) a diagnostické, tzn. vyloučení strukturálních nebo „biochemických“ onemocnění.

C1. Dráždivý tračník (Irritable Bowel Syndrome)

Jde o funkční střevní poruchu, u které je břišní bolest nebo dyskomfort spojen s defekací nebo změnami vyprazdňování a se známkami poruch defekace.

Subtypy dráždivého tračníku (Irritable Bowel Syndrome) dle základního vzhledu stolice:

1. Dráždivý tračník se zácpou (constipation) (IBS-C) – tvrdá nebo kousková (bobkovitá) stolice $\geq 25\%$ a řídká (kašovitá) nebo vodnatá stolice $< 25\%$ vyprázdnění.
2. Dráždivý tračník s průjmem (diarrhea) (IBS-D) – řídká (kašovitá) nebo vodnatá stolice $\geq 25\%$ tvrdá nebo kousková (bobkovitá) stolice $< 25\%$ vyprázdnění.
3. Smíšený (mixed) dráždivý tračník (IBS-M) – tvrdá nebo bobkovitá stolice ve $\geq 25\%$ a řídká (kašovitá) nebo vodnatá stolice ve $\geq 25\%$ vyprázdnění.
4. Nezařaditelný dráždivý tračník – nedostatečné abnormality v konzistenci stolice, takže nejsou klasifikovatelné jako typ IBS-C, -D, -M.

V této souvislosti je nutno upozornit, že v klasifikaci Řím III je používána Bristolská škála forem stolice (obrázek 1).

C2. Funkční nadýmání

Rekurentní pocit břišního nadmutí (distenze), které může a nemusí být spojeno s měřitelným rozepětím, které ale není součástí jiné poruchy střevní nebo gastroduodenální.

C3. Funkční zácpa

Funkční střevní porucha, která se projevuje trvale obtížným, málo častým nebo zdánlivě nedostatečným vyprázdněním.

C4. Funkční průjem

Kontinuální nebo rekurentní syndrom charakterizovaný odchodem řídké nebo kašovitě nebo vodnaté stolice bez břišní bolesti nebo diskomfortu.

C5. Nespecifikovaná funkční střevní porucha

Střevní symptomy, jejichž podkladem není organické onemocnění, ale které nesplňují kritéria pro předchozí kategorie.

Klinický obraz – symptomy dolní (střevní) dyspepsie

Jsou sem řazeny následující příznaky:

- tlak a plnost v břiše
- dyskomfort = nepříjemný pocit, který nedosahuje hladiny bolesti

Obrázek 1. Bristolská škála forem stolice

Typ 1	Oddělené tvrdé kousky veliké jako ořechy (obtížně procházející)	
Typ 2	Klobásovitě zaostřená, ale kousková	
Typ 3	Vypadající jako párek, ale s prasklinami na povrchu	
Typ 4	Vypadající jako párek nebo had, hladká a měkká	
Typ 5	Měkké kousky nebo hrudky s hladce oříznutými konci (snadno procházející)	
Typ 6	Načepýřené kousky s rozedranými okraji, kašovitá stolice	
Typ 7	Vodnatá stolice, bez solidních kousků	úplně vodnatá

- bolesti břicha
- průjem = více než tři řídké stolice za den
- pocit neúplného vyprázdnění po defekaci
- zácpa = obtížné vyprazdňování tuhé stolice
- borborygmus (borborygmi, borborygmy) = distančně slyšitelné kručení a škroukání v břiše
- meteorismus (plynatost, nadýmání) = vnímání velkého množství zadrženého plynu ve střevním lumen
- flatulence = volní nebo bezděčný odchod střevních plynů anem
- poruchy pasáže.

Diagnóza

K diagnóze vede cílená anamnéza zaměřená na charakteristické projevy (pozitivní složka) a vyloučení organického onemocnění (negativní složka).

Anamnéza (včetně lékové) musí být vždy podrobná a je nutné vyslechnout pacientovy stesky, ač diagnóza bývá téměř jasná po několika prvních větách.

Vždy musíme vědět, zda nejsou přítomny **alarmující příznaky** („Red Flags“), kam jsou řazeny následující:

- a) anamnesticky udávané krvácení z rektu
- b) nezáměrný úbytek na váze
- c) horečka
- d) nové potíže a změna symptomatologie zejména ve vyšším věku
- e) vyšší věk (> 50 let)
- f) noční průjem
- g) v laboratorním vyšetření vysoká sedimentace červených krvinek (FW), vysoká hodnota C-reaktivního proteinu (CRP), anémie, leukocytóza, posun doleva
- h) hmatná rezistence v břiše nebo v rektu
- i) v RA: výskyt kolorektálního karcinomu, idiopatického střevního zánětu nebo celiakie.

Je vhodné provést základní **laboratorní vyšetření**, kam lze počítat v tomto případě: krevní obraz,

včetně diferenciálního rozpočtu, FW, event. CRP, glykemie, ureu, kreatinin, bilirubin, aminotransaminázy (AST, ALT), gamaglutamyltransferázu (GGT) a alkalickou fosfatázu (ALP), amylázu, moč a močový sediment, vyšetření protilátek zjišťovaných při celiakii (AtTGa), event. bakteriologické vyšetření stolice a vyšetření na parazity.

Při průjmu a zácpě je indikováno **vyšetření endoskopické**. Při průjmu při normálním makroskopickém nálezu jsou vhodné etiologické biopsie (mikroskopická kolitida?). Při funkční zácpě není endoskopie příliš přínosná, vhodnější je vyšetření rentgenové s baryovou kaší, event. speciální vyšetření jako defekografie.

Plně indikováno je **ultrasonografické vyšetření** břicha a u žen **vyšetření** gynekologické.

V úvahu přicházejí, ale jen v plně indikovaných případech, vyšetřovací metody k ozřejnění ev. poruchy tenkého střeva (biopsie sliznice tenkého střeva, enteroklýza, enteroskopie, kapslová endoskopie).

Často je doporučováno psychologické nebo psychiatrické vyšetření, ale málokdy je uskutečněno.

Léčba

1. Poučení o příčinách onemocnění, ujištění, že se nejedná o život ohrožující nemoc.
2. Odstranění vyvolávajícího momentu (konflikty, zátěž).
3. Životaspráva. Pacient se musí podílet na léčbě její změnou.
4. „Dieta“. Vhodné je vypracování individuálního dietního režimu pro jednotlivého pacienta. Měla by být zvýšena četnost jídel, zmenšena velikost porcí, vyloučeny dráždivé potraviny. Dobrý efekt může mít přidání vlákniny do stravy.
5. Někdy se osvědčí změna pobytu, např. při lázeňském léčení.
6. Vhodný je tělesný trénink.
7. Farmakoterapie je vždy vyžadována, ale její kauzální účinek je vzácný. Medikamentózní

léčba dolního dyspeptického syndromu je jako u všech funkčních poruch obtížná a ne vždy úspěšná. Prakticky vždy se jedná o tzv. terapeutický test.

Při průjmu je obvykle podáván loperamid. U pacientů po cholecystektomii nebo při podezření na malabsorpci žlučových kyselin podáváme cholestyramin. Stále se osvědčuje calcium carbonicum, lze vyzkoušet kůru probiotiky.

Při zácpě je doporučována vláknina (v dávce 25 g/den, ale raději dle individuální snášenlivosti) s dostatečným množstvím tekutin. Zkouší se prokinetika. Při úporné zácpě je aplikována laktulóza nebo polyetylen glykol spíše než laxativa.

Při nadýmání jsou podávána deflatulencia (simetikon) a preparáty s mentha piperita, někdy pomohou antibiotika, jindy probiotika. Enzymatické preparáty redukuje nadmutí. Pozor na aerofagii. Základem jsou v případě meteorizmu a flatulence dietní opatření, tj. vyloučení flatugenní stravy nebo alespoň redukce jejího množství.

Psychofarmaka jsou podávána často, ačkoliv mechanismus účinku antidepressiv u dráždivého tračníku je nejasný. Hypoteticky se uvažuje o re-

dukování viscerální senzitivity, zlepšení spánku a o neuromodulačním účinku na centrální nervový systém. Není důvod je předepisovat každému nemocnému s funkční poruchou.

Prognóza

Je příznivá z hlediska mortality a vážných komplikací, ale nejistá z hlediska kvality života, zejména trvají-li potíže roky a léčba nepřináší úlevu.

Prognóza quoad vitam dobrá, quoad sanationem velmi nejistá.

Závěr

Funkční obtíže mají obvykle dlouhodobý charakter a představují pro lékaře náročný problém.

Jen málokterý terapeutický režim je u všech pacientů úspěšný a terapie zaměřená na potlačení jednoho symptomu nemusí přinést celkové zlepšení. Není žádné univerzální léčebné schéma. Léčbu je nutné individualizovat.

MUDr. Karel Lukáš, CSc.

IV. interní klinika VFN a 1. LF UK
U nemocnice 2, 128 08, Praha 2
email: klukas@vfn.cz

Literatura

1. Dolní dyspeptický syndrom. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře, 2006, Čas. Lék. čes., 2007; 146 (1).
2. Drossmann DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III Process. Gastroenterology, 2006; 130: 1377–1390.
3. Hasler WL, Owyang C. Irritable bowel syndrome. In: Textbook of gastroenterology. Yamada T, ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2003: 1817–1842.
3. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. Gastroenterology, 2006; 130: 1480–1491.
4. Lukáš K, a kol. Funkční poruchy trávicího traktu. Grada Publishing, Praha 2003.
5. Mařatka Z. Funkční trávicí poruchy. In: Gastroenterologie. Mařatka, Z. ed., Karolinum, Praha, 1999: 407–434.
6. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al. Functional gastrointestinal disorders. Gastroenterology, 2006; 130: 1466–1479.
7. Talley NJ. Irritable bowel syndrome. In: Gastrointestinal and liver disease. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, Saunders Elsevier, Philadelphia, 2006: 2533–2652.
8. Whitaker MJ, Brun J, Carelli F. Controversy and consensus in the management of upper gastrointestinal disease in primary care. I.J.C.P., 51, 1997; 4: 239–243.