

Dolní dyspeptický syndrom – doporučení pro praxi

MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.

Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty ISCARE a 1. LF UK, Interní klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

K hlavním projevům dolního dyspeptického syndromu patří břišní dyskomfort a změny ve frekvenci a konzistenci stolice. Příčinou může být organické onemocnění, nejčastěji jde však o projevy funkční poruchy označované jako dráždivý tračník. Symptomy dráždivého tračníku nacházíme až u pětiny populace, nejvíce postiženou skupinou jsou ženy v mladém středním věku. Diagnóza je založena na typických projevech a vyloučení organické příčiny střevní dyspepsie. Pro léčbu dráždivého tračníku je důležitý přísně individuální přístup, v němž kombinujeme psychologickou intervenci, režimová a dietní opatření a medikamentózní léčbu.

Klíčová slova: dráždivý tračník, dyspepsie, průjem, zácpa.

Intestinal dyspepsia – recommendation for clinical practice

The main symptoms of the bowel dyspepsia are abdominal discomfort and changes in the stool frequency and consistency. These symptoms may originate either from organic disease, or from the functional disorder – irritable bowel syndrome. Approximately one out of five in general population may be affected, mostly young middle-aged women. To diagnose the irritable bowel syndrome, the organic disease must be excluded. Therapy of irritable bowel syndrome requires an individual approach, where the psychological intervention, and dietary and regime measures have to be combined with medical treatment.

Key words: irritable bowel syndrome, dyspepsia, diarrhea, constipation.

Interní Med. 2011; 13(12): 487–489

Úvod

Termínem dolní dyspeptický syndrom je běžně označováno široké spektrum střevních projevů, jejichž původ předpokládáme v oblasti tlustého střeva. Nejčastěji jde o pocity plnosti a tlaku v břiše, škroukání a přelévání střevního obsahu a zvýšenou plynatost; v širším slova smyslu jsou ovšem za střevní dyspepsii často považovány prakticky jakékoli střevní symptomy od změn ve frekvenci a charakteru stolice, přes výše uvedený břišní dyskomfort až po bolesti (především v dolní části) břicha (1). Tyto obtíže jsou v naší populaci velmi rozšířené a patří k vůbec nejčastějším symptomům, s nimiž se setkává nejen gastroenterolog, ale i praktický lékař, internista, chirurg či lékař na infekčním oddělení. Ve většině případů jsou projevy střevní dyspepsie podmíněny funkční, neorganickou poruchou trávicí trubice a v takovém případě jsou označovány termínem dráždivý tračník. Odlišení organické příčiny střevních obtíží od funkční poruchy je základem diagnostiky a v řadě případů i prvním krokem v léčbě – obava z organického onemocnění často zvyšuje intenzitu obtíží, jeho vyloučení má efekt opačný.

Epidemiologické poznámky

Skutečný výskyt střevní dyspepsie v populaci je obtížné popsat. Zatímco několik hodin či dnů trvající obtíže, obvykle podmíněné alimentární intolerancí či akutní infekcí, postihují čas od času

téměř každého člověka, **dlouhodobé symptomy** střevní dyspepsie jsou popisovány u **5–20 %** jedinců v populaci západního typu (2). Častěji jsou postiženy ženy (přibližně v poměru 2:1 k mužům) a tradičně je za rizikovější považována mladší populace ve srovnání s osobami staršími. Tato skutečnost platí ovšem pouze pro funkční střevní poruchy, neboť střevní symptomy jsou běžné i ve vyšším věku, z pochopitelných důvodů jsou zde ovšem relativně častěji podmíněny organickými chorobami uvnitř i mimo trávicí trakt. Délka trvání střevní dyspepsie je podstatná nejen z formálního hlediska (například diagnóza dráždivého tračníku vyžaduje výskyt symptomů alespoň 3 dny v měsíci po dobu nejméně tří posledních měsíců) (3), v praxi je často hlavním faktorem, který rozhoduje o tom, zda se postižený jedinec obrátí se svými obtížemi na lékaře.

Etiologie a patogeneze střevní dyspepsie

Příčinou střevních dyspeptických obtíží může být **organické onemocnění** trávicí trubice či jiné části gastrointestinálního traktu, **funkční střevní porucha** a méně často i **onemocnění jiných orgánů** (extraintestinální příčina). Mezi organickými chorobami je třeba pomyslet především na kolorektální karcinom, divertikulární chorobu tlustého střeva, idiopatické střevní záněty (Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu) a celiakii, polékové poškození (kolopatie způsobené

bená nesteroidními antirevmatiky, dysmikrobie po léčbě antibiotiky), ischemickou a poradiační kolitidu, či některé chronické infekce, například lambliazu. Vzácněji se jako střevní dyspepsie může manifestovat cholelitiáza, vředová choroba žaludku a duodena nebo chronická pankreatitida. Z mimostřevních příčin můžeme zmínit endokrinologická onemocnění (diabetes mellitus, tyreopatie), srdeční insuficienci nebo nefrolitiázu. Střevní symptomatologie může být součástí projevů tak rozšířeného onemocnění, jakým je uroinfekce. Ve všech uvedených případech je pochopitelně mechanismus vzniku střevních obtíží jiný a závisí na konkrétní vyvolávající příčině.

Patogeneze dráždivého tračníku není přesně známa, resp. předpokládáme, že u každého pacienta se různou měrou uplatňují některé z následujících faktorů (4–6):

- Porucha motility tlustého střeva – kontrakce s vysokou (průjemovitá forma) nebo naopak nízkou (zácpovitá forma) amplitudou, vystupňovaný gastrokolický reflex a zvýšená či snížená senzitivita rektu
- Viscerální hypersenzitivita (abnormální vnímání fyziologických pochodů v trávicí trubici)
- Zánětlivé změny v myenterickém plexu, např. jako důsledek prodělané střevní infekce
- Změny v distribuci a vypuzování střevního plynu

- Intolerance potravin, malabsorpce cukrů (např. laktózy)
- Psychické a psychologické faktory – deprese, anxiety, aj.

Je známo, že u většiny pacientů s funkční střevní poruchou se uplatňuje různou měrou dysbalance vegetativního nervového systému (neurovegetativní dystonie). Tímto mechanismem lze do určité míry vysvětlit častou koincidence psychických obtíží s poruchou trávení, vliv stresu na kolísání obtíží a také dobrou účinnost některých psychofarmak v léčbě dráždivého tračníku (4).

Klinický obraz střevní dyspepsie

Symptomy střevní dyspepsie zahrnují především pocit dyskomfortu v břiše často vystupňovaný do obrazu nitrobřišní bolesti, průjem, zácpu a zvýšené nadýmání a plynatost spolu s distenzí břicha, zejména odpoledne a večer. Organicky podmíněná střevní dyspepsie může (ale nemusí!) být doprovázena tzv. alarmujícími symptomy, jako je hubnutí, krvácení z konečníku, ev. anémií a teplotou. Po vyloučení organického onemocnění můžeme nemocné s funkční poruchou – dráždivým tračníkem – na základě převažujících obtíží rozdělit do tří skupin (4, 5):

Průjmovitá forma dráždivého tračníku

s bolestmi břicha a někdy až tenezmy, s evakuací převážně řídké či tekuté stolice. Typicky mívají tyto nemocní frekventní stolice po ránu, její konzistence se často postupně mění od polotuhé až po vodnatou. Opakované vyprazdňování se u těchto osob stává součástí ranního rituálu a teprve jeho úspěšné dokončení jim umožňuje vydat se na cestu do zaměstnání. Obtíže nejsou závislé na typu potravy a dietní úpravy obvykle nemají u těchto pacientů podstatný vliv na charakter a frekvenci obtíží. Navzdory četným stolicím nedochází k váhovému úbytku ani projevům malabsorpce.

U zácpovitě formy dráždivého tračníku

dominuje obtížné a málo časté vyprazdňování stolice, která je tuhá a bobkovitá. Důsledkem zvýšené náplně tračníku jsou tlaky a bolesti břicha, zejména v dolním levém kvadrantu. Tito nemocní často popisují i pocity celkové únavy a nevykonnosti, jejich psychické ladění někdy vede k úvaze o možnosti larvované deprese jako příčině těchto obtíží.

Smišená forma dráždivého tračníku v sobě kombinuje znaky obou předěšlých typů, hlavním problémem je celkový dyskomfort a plynatost často spojená s bolestmi břicha v podžebních krajinách, kde se hromadí střevní plyn v ohybech

tračníku a běžně imituje bolesti žlučnickového původu nebo bolest pankreatickou. Pacienti popisují střídání zácpy s následnou opakovanou evakuací zpočátku tuhé a postupně řidnoucí stolice, často bývá přítomen hlen na stolici. Vyprazdňovací režim je nepravidelný, málokdy je ovlivněn dietou, spíše závisí na psychickém rozpoložení a míře stresu, jemuž je dotčený vystaven.

Diagnostika

Základem diagnostiky je u nemocných s dolní dyspepsií zhodnocení charakteru obtíží a vyloučení organického onemocnění (7). Pro funkční poruchu svědčí obvykle typická anamnéza výše uvedených symptomů, které mají delší dobu trvání (měsíce až roky), objevují se nejčastěji v mladším středním věku a současně nejsou přítomny žádné **alarmující projevy** (6). K těm patří zejména váhový úbytek, krvácení z konečníku či projevy zánětlivého onemocnění, například horečka. Fyzikální náález se neliší od normy, někdy bývá zřetelná palpační citlivost v průběhu břišní aorty a její bifurkace (syndrom solárního plexu). Vedle střevních symptomů je nutno pátrat po některých mimostřevních projevech typických např. pro idiopatické střevní záněty (artralgie nebo artritidy, nodózní erytém, perianální píštěle nebo abscesy). Důležitou roli může mít rodinná anamnéza – sklon k funkčním poruchám se často dědí, stejně významná je pochopitelně informace o organických chorobách (např. colorektálním karcinomu nebo střevním zánětu) u pokrevních příbuzných.

U mladých pacientů s typickou symptomatologií dráždivého tračníku obvykle postačí základní laboratorní vyšetření biochemických parametrů a krevního obrazu, vyšetření antiendomyziálních protilátek a protilátek proti transglutamináze a sonografické vyšetření břicha. Zejména u žen je třeba vyloučit tyreopatii, uroinfekci nebo gynekologickou příčinu obtíží. Kultivační vyšetření stolice je u chronického průjmu málo přínosné. Koloskopie není při absenci závažnějších projevů u mladých osob nezbytná, vzhledem k chronickému charakteru funkční poruchy je však dříve či později provedena u většiny nemocných. V každém případě je vhodná u osob ve věku 45 let a vyšším. Klinická zkušenost ukazuje, že v některých případech je rozumné koloskopii provést na počátku diagnostického procesu i u mladších pacientů. Vyloučení organické choroby může totiž podstatnou měrou ovlivnit vnímání obtíží pacientem a někdy vést k jejich rychlejšímu ústupu.

Absence organického onemocnění trávicího traktu i jiných orgánů je považována za **potvrzení diagnózy dráždivého tračníku**.

V praxi se ovšem často setkáváme i s případy koincidence organické choroby a dráždivého tračníku. Typickým příkladem je divertikulární choroba – jde o běžný náález u osob nad 60 let, ne vždy je ale přítomnost divertiklů příčinou střevních dyspeptických obtíží, jejichž původ může být čistě funkční. Také cholecystolitiáza je automaticky považována za příčinu bolestí v pravém podžebří, ačkoli tento příznak je častěji podmíněn hromaděním plynu v jaterním ohbí tračníku (dokonce i při současné litiáze). Podobně má až třetina pacientů s ulcerózní kolitidou příznaky sekundárního dráždivého tračníku s projevy střevní dyspepsie i v období jasné remise střevního zánětu. Výsledky vyšetření proto musíme hodnotit kriticky a vždy zvažovat možnosti diferenciální diagnostiky střevní dyspepsie.

Léčba

Léčba organicky podmíněné střevní dyspepsie je pochopitelně založena na odstranění vyvolávající příčiny – ať již medikamentózně nebo chirurgicky. U nemocných s dráždivým tračníkem není kauzální léčba obvykle možná a **naše úsilí je zaměřeno na zmírnění nebo odstranění konkrétních symptomů** funkční poruchy.

Navození dobrého vztahu mezi lékařem a pacientem je základem úspěchu v léčbě dráždivého tračníku a je prokázáno, že snižuje i finanční náročnost léčby (nižší spotřeba léků, méně opakovaných vyšetření) (6). Nezbytnou, a často nejdůležitější částí terapie je **psychoterapeutický rozhovor**, při němž je vhodné dodržet následující zásady:

- Pacienta je třeba ujistit o tom, že jeho obtíže vnímáme jako reálný problém a nedomníváme se, že si je vymýšlí navzdory tomu, že výsledky vyšetření jsou v mezích normy.
- Musíme zdůraznit (někdy opakovaně) benignost obtíží s poukazem na výsledky provedených vyšetření.
- Je třeba posoudit přístup pacienta ke svým obtížím a jeho motivaci vedoucí k návštěvě lékaře. Uspokojení jeho představy (je-li to možné) o průběhu a způsobu vyšetření je pro celkový efekt léčby důležitým momentem.
- V některých případech lze zjistit vyvolávající momenty pacientových obtíží (stres, konkrétní potraviny apod.), tuto informaci pak

můžeme využít v doporučení terapeutického režimu.

- Pacienti nejsou zpravidla ochotni měnit svůj životní styl jen proto, aby omezili projevy střevní dyspepsie. Měli by se proto snažit žít se svými obtížemi tak, aby jejich dopad na kvalitu života byl co nejmenší.
- Konečně je třeba realisticky zvážit dosažitelné cíle léčby a vysvětlit nemocnému, že se jedná o chronický problém a obtíže se mohou kdykoli v budoucnu opakovat.

Častým tématem rozhovoru jsou **dietní opatření**. U některých nemocných lze sice pozorovat částečnou závislost obtíží na určitém typu potravy, její eliminace ale zpravidla nevede k plné úlevě. Dokonce se často setkáváme s pacienty, kteří bez jakýchkoli problémů tolerují jídla „nedietní“ a obtíže se u nich naopak dostavují při konzumaci lehké nedráždivé stravy. Podobně je tomu s vlákninou. Ta je sice doporučována jako důležitá součást racionální diety, u nemocných s dráždivým tračníkem ale často její konzumace zvyšuje pocity nadýmání, plynatost a celkový dyskomfort v břiše. Pokud tedy neexistuje zřejmá spojitost mezi konkrétní potravinou a obtížemi nemocného, měli bychom nemocného ujistit, že **přísná dieta není nutná** a jeho strava by měla být pestrá. V řadě případů má příznivý efekt „přírozené“ digestivum v podobě hořkého piva.

Medikamentózní léčba dráždivého tračníku zahrnuje několik lékových skupin s různým mechanismem účinku v trávicí trubici či mimo ni (5, 6):

Antidiarhoika jsou vhodná u nemocných s průjemovitou formou dráždivého tračníku. K nejčastěji používaným patří **opioidní agonisté difenoxylát a loperamid**. Snižují motorickou i sekreční aktivitu střeva a hypersenzitivitu rektu a zvyšují (zejména *loperamid*) napětí análních svěračů, čímž snižují riziko inkontinence. Neprostupují hematoencefalickou bariérou, a proto při jejich užívání nehrozí vznik závislosti. Hlavním nežádoucím účinkem tak může být zácpa při použití nadměrné dávky léku. Méně často používáme u nemocných s dráždivým tračníkem **adsorbencia**, jejichž hlavní indikací je infekční průjem. V praxi máme ovšem dobré zkušenosti s kombinovanými magistraliter přípravky obsahujícími vedle kodeinu i adsorpcně působící *calcium carbonicum* a *calcium phosphoricum*.

Laxativa, především objemová a osmoticky působící, patří k hlavním nástrojům v léčbě zácpovité formy dráždivého tračníku. Zvyšují objem a změkčují střevní obsah a tím stimulují motorickou aktivitu tračníku. Nejpřirozenějším objemovým laxativem je **nevstřebatelná vláknina** obsažená v potravě, především v cereáliích. Velmi oblíbené a dobře účinné je *psyllium*. Užívání objemových laxativ vyžaduje dostatečný příjem tekutin, limitujícím faktorem může být nadměrná plynatost, která je často se zvýšeným příjmem vlákniny spojena.

Z osmotických projímadel je nejvíce používána *laktulóza* – syntetický nevstřebatelný disacharid, který se působením střevních bakterií štěpí na laktát a další organické kyseliny s osmotickým účinkem. Je vhodná i k dlouhodobému užívání, tekutá forma umožňuje dobře nastavit optimální dávku projímadla. I zde se ovšem často setkáváme s nadměrnou flatulencí, zejména na počátku léčby. Stimulační (kontaktní) laxativa jsou pravděpodobně bezpečnější, než se doposud soudilo, riziko závislosti či významných nežádoucích účinků je malé. Jak v přírodní podobě (*sennosidy*), tak syntetické preparáty (*pikosíran sodný*) jsou přesto vhodné spíše ke krátkodobé léčbě, jejich používání je někdy limitováno vznikem křečovitých bolestí břicha.

Muskulotropní spazmolytika a spazmolytika snižují zvýšený tonus hladké svaloviny trávicí trubice. Často je používáme u smíšené formy dráždivého tračníku buď v monoterapii, nebo ve formě kombinovaných preparátů s analgetikem (Algifen) nebo deflataciem (Meteospasmyl). Relativně selektivní efekt v trávicí trubici, a tudíž minimální výskyt nežádoucích účinků mají *mebeverin* a *otilonium bromid*.

Psychofarmaka patří k neúčinnějším lékům u nemocných s funkční poruchou střeva, hodnota NNT (number needed to treat) se u této lékové skupiny pohybuje mezi 3–4. V klinických studiích byla prokázána účinnost tricyklických antidepresiv i novějších preparátů označovaných zkratkou SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors). Používají se v podstatně nižších dávkách než v léčbě psychiatrických onemocnění, dávku léku je nutno zvyšovat postupně. V praxi dnes nejvíce používáme atypické neuroleptikum *sulpirid* v dávce 100–150 mg denně. Nežádoucím účinkem může být hyperprolaktinémie a porucha menstruačního cyklu.

Probiotika mají schopnost měnit složení a metabolickou aktivitu střevní flóry, zejména podporou tvorby mastných kyselin s krátkým řetězcem. Sekundárně tím ovlivňují rovněž motorickou a sekreční aktivitu střeva a mohou tak přispívat ke zmírnění projevů dráždivého tračníku. Na trhu jsou k dispozici v podobě potravinových doplňků buď samotná, nebo v kombinaci s eubiotiky (tzv. synbiotika).

Závěr

Cílem diagnostiky střevní dyspepsie je vyloučení organické choroby. Léčba funkční poruchy – dráždivého tračníku – vyžaduje dostatek empatie a především trpělivost nejen ze strany lékaře, ale i pacienta. Většina nemocných s dráždivým tračníkem nevyžaduje specializovanou péči gastroenterologa, dlouhodobé sledování (po vyloučení organické příčiny) může zajistit praktický lékař či obecný internista. Výhodou takového postupu je těsnější vazba mezi lékařem a pacientem, snaží se rychlejší kontakt v období relapsu obtíží a lepší přehled lékaře o celkovém stavu nemocného a jeho doprovodných chorobách. V každém případě je nutný individuální přístup, medikamentózní léčba má často funkci doplňkovou, někdy má dokonce roli placeba.

Literatura

1. Mařatka Z. Příznaky poruch trávicího ústrojí. In: Mařatka Z, a kol. Gastroenterologie. Karolinum Praha 1999: 13–32.
2. Hillila MT, Farkkila MA. Prevalence of irritable bowel syndrome according to different diagnostic criteria in a non-selected adult population. Aliment Pharmacol Ther 2004; 20: 339–345.
3. Drossman DA, Corraziari E, Delvaux M, et al. Rome III: the functional gastrointestinal disorders. 3rd ed. McLean, Va, Degnon Associates, 2006.
4. Ford A, Talley NJ, Veldhuyzen van Zanten S. Will the history and physical examination reveal the cause of my patient's lower gastrointestinal symptoms? JAMA 2008; 300: 1793–1805.
5. Lukáš M. Onemocnění tlustého střeva. In: Česka R. Interna. Triton 2010: 396–398.
6. Talley NJ. Irritable Bowel Syndrome. In: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Elsevier 2011: 2091–2103.
7. American College of Gastroenterology Task Force on IBS: Systematic review of the management of irritable bowel syndrome in North America. Am J Gastroenterol 2009; 104: S1–S5.

Článek přijat redakcí: 16. 8. 2011

Článek přijat k publikaci: 12. 9. 2011

MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.

ISCARE, Lighthouse

Jankovcova 1569/2c, 170 00 Praha 7

mbortlik@seznam.cz