

Terapie funkčního onemocnění GIT – dráždivého tračníku

MUDr. Jitka Prokešová

III. interní hepatogastroenterologická klinika FN Brno

Pacienti trpící funkčními poruchami GIT jsou častými návštěvníky ordinací praktických lékařů i specialistů gastroenterologů. V populaci se odhaduje výskyt u 15–20 % adolescentů a dospělých, s vyšší prevalencí u žen. V případě IBS si pacienti opakovaně stěžují na změny charakteru stolic, často se nedaří vystopovat žádnou zřejmou souvislost. Vyšetřování musí být pečlivé, protože nelze pominout možnost odhalení závažného organického onemocnění. Terapie těchto onemocnění je multikomponentní. Zahrnuje jak přístup nefarmakologický (změny dietetických a režimových opatření), tak i medikamentózní. Spolupráce pacienta a lékaře je velice náročná, vyžaduje na straně pacienta compliance, u lékaře pak trpělivost, pečlivost, schopnost empatie a uvážlivost v preskripci široké palety léků.

Klíčová slova: dráždivý tračník, funkční střevní poruchy, antidiarrhoika.

Therapy for functional gastrointestinal disorders – Irritable bowel syndrome – IBS

Patients suffering from functional gastrointestinal disorders are often seen by their GPs as well as by specialists-gastroenterologists. The estimated incidence in the population is 15–20 % of adolescents and adults, with a higher prevalence in women. In the case of IBS, the patients repeatedly complain of changes in the character of the stools and, commonly, no obvious association can be found. A thorough examination is imperative since one cannot leave out of consideration the fact that a serious organic disease can be detected. The therapy for these diseases is multicomponent. It includes a nonpharmacological approach (changing dietary and regimen measures) as well as medication treatment. The cooperation of the patient and the physician is extremely challenging, requiring patient compliance on the one hand, and physician patience, thoroughness, empathy skills, and cautiousness when prescribing a wide range of medications on the other hand.

Key words: irritable bowel syndrome, functional enteral disorders, antidiarrhoics.

Prakt. lékař. 2009; 5(6): 266–268

Definice

Stejně jaká je různorodost obtíží, tak se různí i definice funkčních onemocnění gastrointestinálního traktu. Jedna z definic označuje funkční poruchy trávicího traktu jako **souhrn izolovaných symptomů nebo jejich proměnlivé kombinace bez prokazatelných organických, biochemických, ultrazvukových či endoskopických abnormalit postihujících trávicí trubici, případně biliární systém. Jako perzistující či rekurentní potíže se projevují v průběhu minimálně 12 týdnů a jejich vznik musí být nejméně 6 měsíců před stanovením diagnózy (není potřeba souvislých) (1).**

Nejnovější klasifikace dráždivého tračníku je podle III. římské klasifikace z r. 2006 viz tabulka 1.

Tabulka 1. III. římská klasifikace z r. 2006 (výběr, upraveno dle (9))

C.	Funkční střevní poruchy
C1	Dráždivý tračník (IBS)
C2	Funkční nadýmání
C3	Funkční zácpa
C4	Funkční průjem
C5	Nespecifické funkční poruchy

Symptomatologie

Nejčastěji si pacienti stěžují na bolest břicha nebo nepříjemné pocity v souvislosti s vyprazdňováním, průjem nebo zácpu, změnu návyků vyprazdňování, a to především abnormální frekvenci vyprazdňování (buď méně jak 3x za týden, nebo více jak 3x denně), změnu charakteru stolice. Dále pak na naléhavé vyprazdňování, pocity neúplného vyprázdnění, bolestivé vyprazdňování, nadýmání. Lidé s dráždivým tračníkem trpí častěji než jiní gastroesophageálním refluxem, psychickými poruchami, fibromyalgiemi, chronickým únavovým syndromem, bolestmi hlavy a zad.

Diagnostika

Diagnostika onemocnění spočívá v první řadě ve vyloučení organického poškození.

Anamnéza se zaměřením na charakter stolice, bolestí a frekvence počtu stolic, samozřejmě je fyzikální vyšetření. Laboratorní vyšetření (KO, sedimentace, základní biochemické vyšetření), kulturační vyšetření stolice, fyzikální vyšetření pacienta, ultrazvukové vyšetření břicha, endoskopické (kolonoskopické) vyšetření. Dále pak vyšetření rentgenové jako irrigografie, defekografie, tranzit time. Na druhou stranu je vždy třeba dávat pozor na přítomnost tzv.

alarmujících příznaků (teplota, úbytek na váze, krvácení, neustupující trvalý průjem, anémie, recentní ATB terapie, noční obtíže, vyšší věk při začátku obtíží, pozitivní rodinná anamnéza pro onemocnění trávicího ústrojí, abnormální fyzikální nález), které mohou znamenat přítomnost organického onemocnění.

Terapie

Při léčbě dráždivého tračníku kombinujeme přístupy jak nefarmakologické, tak při neúspěchu medikamentózní terapie.

Nefarmakologický přístup je založen především na změně dietních a režimových opatření. Pacientům doporučujeme příjem stravy po malých porcích, nicméně častěji za den. Složením by měla plně vyhovovat dostatečnému energetickému příjmu a výdeji, obsahovat všechny složky potravy. Nutno dodržovat dostatečný pitný režim, příjem vlákniny, vitaminů a minerálů. Ve výběru pokrmů se vyvarovat silně kořeněných jídel, připravených smažením, či mléka, které bývá často špatně tolerováno.

Velmi důležité je pečlivé vysvětlení podstaty onemocnění tak, aby se s touto informací mohl pacient psychicky vyrovnat. A to proto, že jeho edukace a spolupráce je v dlouhodobé léčbě

podstatná a lze tak dosáhnout lepších výsledků. V literatuře se dále hovoří o možnosti ovlivnění DT **hypnózou a psychoterapií**. V teoretické rovině lze uvažovat i o elektrostimulaci perkutánně naloženými elektrodami, metodou, se kterou zatím nejsou významnější klinické zkušenosti.

Někteří pacienti se cítí onemocněním frustrováni, vnímají stav jako výrazné zhoršení kvality života a přítomnými symptomy se cítí vyčerpaní. Tyto psychické potíže často převyšují organické symptomy. Proto péče o tyto pacienty zahrnuje i psychologický pohovor, psychoterapii, relaxační terapie, hypnoterapii nebo kognitivní behaviorální terapie, zejména u pacientů s refrakterní funkční dyspepsií, a často se nelze vyhnout nasazení léků zmírňujících úzkost a depresi. Tato psychická interakce se projevuje také ve faktu, že u pacientů s funkčními potížemi je vysoký stupeň efektivní odpovědi na podání placebo (17–64 %). Nicméně stále platí, že tento postup volíme u pacientů s jasně dg. dráždivým tračníkem, respektive tam, kde máme organickou patologii exaktně vyloučenou.

Farmakologický přístup

Léčba je jako u všech funkčních potíží obtížná a zatím není léku, který by byl účinný v léčbě všech symptomů. Terapie je přísně individuální a lékovou skupinu volíme dle převažujícího příznaku.

Antidiarrhoika

Je nevhodnější skupina léčiv pro podskupinu dráždivého tračníku průjmovitou – nejčastěji předepisovaným je loperamid (Imodium) 2–4 mg až 4x denně, který zpomaluje tranzit střevem, zvyšuje absorpci vody a iontů, zvyšuje klidový tonus análního sfinkteru, což může vést k částečnému odstranění nepříjemného průvodního jevu u řady pacientů – špinění. Některé lékaři považují za efektivní podání profylaktické 4 mg v jedné dávce před spaním. A to u pacientů s imperativním ranním nucením na stoli.

Nepřechází přes hematoencefalickou bariéru, a je proto upřednostňován před diphenoxylátem (Reasec) nebo kodeinem. V druhé řadě lze použít cholestyramin, pokud zvažujeme v etiopatogenezi dráždivého tračníku i podíl žlučových solí. Mezi používaná adsorbentia řadíme calcium carbonicum, diosmectit. S výhodou přidáváme pre i probiotika, kterých je na trhu široká škála.

Setrony (antagonisté 5-HT₃ serotoninových receptorů), v zahraničí používané v léčbě dráždivého tračníku, se v České republice v této indikaci nepoužívají.

U zácpové formy dráždivého tračníku se na prvním místě doporučují dietetická opatření a naučení pacienta tzv. defekačnímu mechanismu a péči o stoli. Vhodná je vláknina v množství cca 10–30 g žitné vlákniny denně a dostatečný přísun tekutin. Deflatulencia (simetikon) je možno podávat při aerofagii a pocitech nadmutí, podobný efekt mají i preparáty obsahující mentha piperita.

Spazmolytika

U dráždivého tračníku s bolestivou symptomatologií volíme podávání spazmolytik (pinaverin, mebeverin, drotaverin, trimebutin, alverin). Nicméně ordinace těchto typů léků by neměla být plošná a paušální.

Metaanalýzou (2) 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) s anticholinergním efektem.

U nás dostupný mebeverin je možno použít v dávce 2 × 200 mg i u pacientů s glaukomem a hypertrofií prostaty.

Muskulotropní

- alverin – **Meteospasmyl**
- drotaverin – **No-Spa**
- mebeverin – **Duspatalin**
- papaverin – **Papaverin spofa**
- pitofenon – **Algifen, Spasmopan**
- pinaverin – **Dicetel**
- propiverin – **Mictonorm**

Neurotropní

Parasympatolytika s terciárním dusíkem

- atropin
- skopolamin
- homatropin

Parasympatolytika s kvartérním dusíkem

- butylskopolamin – **Buscopan**
- otilonium – **Spasmomen**
- tropenzilin
- fempiverin
- oxyfenonium
- glykopyrronium bromid
- poldin
- oxybutinin – Ditropan-urol, Uroxal tbl.

Psychofarmaka

Spektrum používaných farmak se pak rozšiřuje o tricyklická antidepresiva (TCA) nebo selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoni-

nu (SSRI), podávaná v dávkování redukováném u TCA na cca 1/3 dávek z psychiatrické indikace. Jejich opodstatnění je podmíněno koexistencí psychických změn u pacientů s DT. Patří sem např. sulpirid (Dogmatil, Prosulpin), tianeptin (Coaxil), amitriptylin. Podání benzodiazepinů, pokud již o jejich ordinaci uvažujeme, lze pokládat za řešení pouze krátkodobé. Úspěšné použití tricyklických antidepresiv (např. 50–150 mg amitriptylinu v noční dávce) u pacientů s dráždivým tračníkem a bolestí jako dominantním příznakem je dokumentováno velkými studiemi.

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. menthol či mátová silice (Colpermin), Acidum hydrochloricum dilutum, cholestyramin a další.

Závěr

Pacienti s charakteristikami dráždivého tračníku a obecně funkčním onemocněním trávicího traktu jsou velmi heterogenní a početnou skupinou. Objektivizace subjektivních potíží je nejobtížnějším úsekem, na kterém závisí klasifikace a terapie. Je-li normální nález při somatickém vyšetření a základním laboratorním vyšetřením a nejsou-li alarmující symptomy, je velice pravděpodobná diagnóza dráždivého tračníku. Toto je nutno potvrdit negativním vyšetřením endoskopickým, sonografickým a rentgenovým (k vyloučení intususcepce, rektokély apod.). Terapie musí být individualizovaná na typologii nemocného. Spojení farmakoterapie s řádnou edukací tvoří základ úspěchu léčby. V terapii kombinujeme nefarmakologický přístup (změnu režimových a dietních návyků) a medikamentózní terapii, kterou volíme podle převládajícího symptomu. Snažíme se vyvarovat polypragmazií, a proto je při úspěšné léčbě dráždivého tračníku velmi důležitá compliance pacienta a trpělivost lékaře. Základem je tedy pečlivé vysvětlení podstaty onemocnění pacientovi, odstranění obavy z nádorového onemocnění a motivace ke spolupráci.

Literatura

1. Drossman DA. The Functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. In: Drossman, DA, with editors: Rome II – The Functional Gastrointestinal Disorders. IInd edition. Allen Press Inc Lawrence KS USA, 2000: 1–30.

2. Akehurst R, Kaltenthaler E. Treatment of irritable bowel syndrome: a review of randomised controlled trials. *Gut* 2001; 48(2): 272–282.
3. Mařatka Z. Funkční trávicí poruchy – vývoj názorů a česká tradice. *Vnitřní lék* 2001; 47: 250–252.
4. Mařatka Z. Functional gastrointestinal disorders – 50 years experience in comparsion with the Rome criteria. *Folia Gastroenterol Hepatol* 2005; 3: 10–16.
5. Mařatka Z. Functional digestive disorders – pathophysiological approach. *Folia Gastroenterol Hepatol* 2008; 6: 85–87.
6. Prokešová J, Ševčíková A. Funkční onemocnění GIT-syndrom dráždivého tračníku. *Med. Pro praxi* 2008; 10: 368–370.
7. Hotowitz B, Fischer R. The irritable bowel syndrome. Review article. *N. Engl. J. Med.*, 20001; 344(24): 1846–1850.
8. Jones J, Boormanm, Cann P, et al. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. *Gut*, 2000; 476(Suppl. II). ii1–ii19.
9. Bureš J. Neměli bychom léčit Římská kriteria, ale pacienta. Editoriál. *Čes Slov Gastroent Hepatol* 2008; 62: 139–141.
10. Lukáš K, a kol (eds.). Funkční poruch trávicího traktu. Praha: Grada, 2003: 198.
11. Lukáš K, Hep A. Římská klasifikace III (2006). *Čes a Slov. Gastroent Hepatol* 2007; 61: 39–45.

MUDr. Jitka Prokešová

*III. interní hepatogastroenterologická klinika FN Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno
prokesova.jit@seznam.cz*
