

Léčba funkční dyspepsie

Michal Konečný, Jiří Ehrmann

II. interní klinika – gastro-enterologická a hepatologická LF a FN Olomouc

Článek seznamuje čtenáře s klasifikací, diagnostikou a především léčbou funkční dyspepsie. Uvedena je jak klasifikace české školy funkčních poruch trávicího traktu, tak recentní klasifikace Rome III. V diagnostice se uvedená doporučení opírají o aktuální výše uvedená římská kritéria. V terapii funkční dyspepsie je kladen důraz na komplexnost farmakologického a nefarmakologického přístupu, včetně vyšetření psychologického a psychiatrického. V medikamentózní léčbě horní dyspepsie je zdůrazněn velmi dobrý účinek spasmolytik, inhibitorů žaludeční sekrece a prokinetik. V terapii dolní dyspepsie je vysvětlen efekt a taktika léčby jak střevními obstipancii a adsorbencii, tak laxativy. Zmíněny jsou i alternativní možnosti léčby funkční dyspepsie. Prognóza nemocných s funkční dyspepsií je příznivá z hlediska mortality, v těžších případech nejistá z hlediska kvality života.

Klíčová slova: funkční dyspepsie, klasifikace, diagnostika, léčba nefarmakologická, medikamentózní léčba.

Treatment of functional dyspepsia

The article deals with the classification, diagnosis, and, in particular, treatment of functional dyspepsia. Both classification by the Czech school of functional gastrointestinal disorders and the recent Rome III classification are presented. The diagnostic recommendations presented are based on the current Rome criteria mentioned above. In treating functional dyspepsia, emphasis is placed on the comprehensiveness of pharmacological and nonpharmacological approach, including psychological and psychiatric evaluation. In medication therapy for upper dyspepsia, a very good effect of spasmolytic drugs, gastric secretion inhibitors, and prokinetic agents is emphasised. Concerning the therapy of lower dyspepsia, the effect and the strategy of treatment with constipating agents and adsorbents as well as with laxatives are explained. Alternative options of treating functional dyspepsia are also mentioned. The prognosis of patients with functional dyspepsia is favourable in terms of mortality; however, in more severe cases, it is uncertain in terms of quality of life.

Key words: functional dyspepsia, classification, diagnosis, nonpharmacological treatment, medication therapy.

Prakt. lékáren. 2013; 9(2): 68–70

Úvod

Termín dyspepsie použil jako první Adolf Kussmaul (1868) v souvislosti s domnělým přebytkem a/nebo nedostatkem kyseliny chlorovodíkové. Termín později tak zevšeobecnil, že začal být používán pro téměř všechny chorobné příznaky mající původ v trávicí trubici (1). Dnes funkční dyspepsii definujeme jako komplex nepříjemných a/ nebo bolestivých vjemů nebo jejich proměnlivé kombinace, lokalizované většinou do oblasti trávicí trubice. Jde o následující příznaky:

- bolest na různých místech břicha
- pocit předčasné sytosti, pocit netrávení, pocit plnosti žaludku
- pálení žáhy, říhání, regurgitace žaludečního obsahu do jícnu, ruminace, suchost v ústech nebo nadměrné slinění
- nevolnost, zvracení, pocit žaludku na vodě
- plynatost, nadměrná flatulence, zácpa, průjem

Klasifikace dyspepsií

Podle původu (klasifikaci podle původu navrhl u nás již Emerich Maixner začátkem minulého století a v podstatě stále platí):

- dyspepsie způsobené chorobami trávicího systému (GIT) – *organické dyspepsie* (příkladem jsou nádory nebo záněty GIT)

- případy vznikající mimo trávicí trubici – *sekundární dyspepsie* při jiných nemocech (příkladem může být srdeční, metabolické selhání, toxické nebo toxoinfekční poškození)

- neurózy – *funkční dyspepsie*

Podle lokalizace:

- horní, žaludeční dyspepsie
- dolní, střevní dyspepsie
- biliární dyspepsie

Podle průběhu:

- akutní do 2 týdnů
- chronická déle než 3 měsíce, nemusí být souvislé

U nás to byl prof. Zdeněk Mařatka, který založil „českou školu“ funkčních poruch trávicího traktu. Zdůrazňoval, že termín neorganické trávicí poruchy je lepší než funkční porucha, ale zároveň uznal, že pojem funkční dyspepsie (FD) je již vžitý (2). Rozdělil ji do skupin pro horní a dolní GIT.

1. *Dráždivý – hypertonický žaludek neboli syndrom dyspepticko-algický.* Obtíže většinou připomínají vředovou chorobu gastroduodena, používá se též označení pseudoulcerózní syndrom.
Chabý – hypotonický žaludek, charakterizovaný jen indigescí (poruchou trávení) bez

bolesti. Další možné termíny odrážející charakter obtíží jsou gastroparéza, hypotonická elongace žaludku, dolichogastrie.

2. *Dráždivý tračník*, pojem sdružující bolesti břicha s nepravidelnou průjmovitou stolicí především v ranních a dopoledních hodinách. *Spastická zácpa* je charakterizovaná náleha-vými defekacemi a odchodem plynů několik hodin po vydatném jídle.
Funkční průjem je stav projevující se chronickými nebo intermitentními průjmy bez bolesti břicha (tím se liší od dráždivého tračníku). *Kvasná enteropatie* se projevuje kašovitou stolicí a odchodem nezapáchajících plynů při převaze kvasných procesů v tenkém střevě (nad procesy hnilobnými).

Myšlenka vytvořit jednotnou klasifikaci příznaků funkčních poruch trávicího systému (FPTS) vznikla v roce 1978 (3), nicméně až Torsolia a jeho spolupracovníci předložili v roce 1987 na Mezinárodním gastroenterologickém kongresu v Římě návrh kritérií pro FPTS, která pak byla publikována v roce 1991 (4). Tato první konsenzuální kritéria funkčních poruch trávicího traktu byla v roce 1994 novelizována a nazvána „Functional Gastrointestinal Disorders Rome I“ – „Funkční poruchy trávicího traktu

Římská klasifikace I" (5). Další novelizace byla provedena v roce 1999 (6) a poslední a dnes stále platná je novelizace z roku 2006 „*Functional Gastrointestinal Disorders Rome III*“ (7).

Definice a klasifikace funkčních poruch trávicího traktu podle Římských kritérií III

Podle těchto kritérií definujeme funkční poruchy gastrointestinálního traktu jako soubor izolovaných symptomů nebo jejich proměnlivé kombinace bez prokazatelných organických, biochemických, ultrazvukových, endoskopických či dalších změn, postihujících trávicí trakt, případně biliární systém. Dělíme je do osmi základních skupin:

- A. Funkční poruchy jícnu
- B. Funkční poruchy gastroduodena
- C. Funkční střevní poruchy
- D. Funkční břišní bolestivý syndrom
- E. Funkční poruchy žlučníku a Oddiho svěrače
- F. Funkční anorektální poruchy
- G. Funkční poruchy novorozenců a batolat
- H. Funkční poruchy dětí a adolescentů

Každá výše uvedená skupina se dělí do 3–5 dalších podskupin dle dominujícího příznaku. Pro správnou diagnostiku funkčních poruch má podle Rome III zásadní význam splnění časového limitu. U FD musí obtíže vzniknout nejméně 6 měsíců před stanovením diagnózy a musí trvat nejméně 3 měsíce, i když nemusí být souvislé. V praxi to znamená, že lékař nemůže vyslovit diagnózu FD, pokud nejsou splněna časová kritéria, a to i přesto, že byly vyloučeny všechny organické příčiny obtíží. Jedním z cílů římské klasifikace funkčních poruch GIT je aktivní diagnostika. Pro lékaře má tento doporučený diagnostický postup i forenzní význam. Zabrání se tak opakováním a kumulovaným vyšetřením (8).

Diagnostický postup u funkční dyspepsie

Anamnéza a objektivní nález: Symptomy FD jsou v Rome III klasifikaci přesně vyjádřeny, a nelze proto jakýkoliv abdominální dyskomfort po vyloučení organických obtíží nazvat FD. Funkčními poruchami mohou trpět osoby různého věku, i když u starších osob musíme být velmi obezřetní při vyslovení této diagnózy. Prevalence FD je víceméně stejná u mužů a žen. Zvlášť pečlivě je třeba odebrat farmakologickou anamnézu. Je potřeba se ptát na chronický abúzus především léků volně prodejných. Léčiva jako nesteroidní antirevmatika, analgetika, antibiotika mohou být

příčinou akutních i chronických dyspeptických obtíží. S vyslovením diagnózy FD musíme být opatrní u kuřáků a u osob s větší konzumací alkoholu. Totéž platí i o drogách. S FD nesouvisí nevysvětlitelný váhový úbytek, opakované zvracení, nesplňuje-li kritéria funkčního původu, progresivní dysfagie, náhlá změna vyprazdňovacího stereotypu, nejasné bolesti břicha a zejména pak známky krvácení do GIT. Rovněž dyspeptické potíže, které budí nemocného ze spánku, nejsou obvykle kompatibilní s diagnózou FD.

Jednou z nejnáročnějších částí diagnostiky FD je anamnéza psychiatricko-psychologická.

Specializované vyšetření by mělo být samozřejmým zejména u těžších a nejasných forem FD. Podmínkou diagnózy FD je normální nález při fyzikálním vyšetření, a to nejen nález na břiše, ale i na srdci, plicích a dalších orgánech.

Laboratorní a zobrazovací vyšetřovací metody: Před stanovením diagnózy je nutné vyšetřit: C-reaktivní protein, krevní obraz, jaterní testy, amylázu a lipázu séra a moči. Další biochemická vyšetření, jako sérovou hladinu močoviny, kreatininu, kyseliny močové, sodíku, draslíku, chlóru či magnezia, stanovíme cíleně dle charakteru obtíží. Vždy je třeba vyšetřit chemicky moč a močový sediment.

Ze zobrazovacích metod je první volbou neinvazivní abdominální **ultrasonografie**. Dalšími nutnými vyšetřeními jsou metody **endoskopické** (gastroduodenoskopie, případně kolonoskopie) a **rentgenologické** (kontrastní vyšetření trávicí trubice, počítačová tomografie, případně magnetická rezonance). U žen nesmíme opomenout gynekologické vyšetření.

Léčba funkční dyspepsie

Stále platí, že nejhůř se léčí takové stavy, u kterých není známá ani etiologie ani patogenese, ale u kterých je normální objektivní nález i nálezy při vyšetřeních laboratorních, funkčních a zobrazovacích. K takovým stavům patří také FD. Diagnóza se pak opírá o anamnestické údaje a popis subjektivních potíží. Navíc v případě FD je třeba, aby potíže trvaly alespoň 3 měsíce, nemusí být sice souvislé, ale se začátkem nejméně před 6 měsíci (9). V praxi to tedy znamená, že nemocný obvykle již prodělal řadu vyšetření, která příčinu obtíží neodhalila, a že také byl již různým způsobem léčen. Lékař, který nemocného s FD do své péče přebírá nebo již v péči má, je postaven před složitý a často velmi nevděčný úkol. Obecně léčbu FD dělíme na léčbu nefarmakologickou a farmakologickou.

Nefarmakologická léčba FD

Měla by vždy předcházet léčbě farmakologické. *Dialog* s nemocným musí být podrobný a důkladný, a to nejen ten první, ale i všechny další, a to i přesto, že nemocný uvádí stále stejné obtíže a opakovaně se táže na to stále stejné. Lékařova empatie je důležitou součástí léčby. Je třeba se pokusit nalézt spouštěcí příčinu potíží a tu posléze eliminovat. Nemocným je třeba opakovaně vysvětlovat podstatu nemoci, a to i těm, o jejichž inteligenci nelze jinak vůbec pochybovat (10). Mimo to, funkční poruchy nezbavují nemocného rizika onemocnění chorobou organickou. Celá psychoterapie se může zhroutit, když se přenesou informace, že jiný pacient, rovněž léčený pro FD onemocněl závažným organickým onemocněním, například zhoubným nádorem GIT.

Dítě u nemocných s FD někteří lékaři přikládají velký význam, jiní ji považují za málo důležitou. Pozor je třeba dát na potravinovou alergii a intoleranci některých složek potravy (11). Pokud nejde o jednoznačně nevhodnou dietu, nemocného neomezujeme a spíše se mu snažíme vysvětlit přínos doporučených dietních opatření a životosprávy, včetně adekvátní každodenní pohybové aktivity.

Farmakologická léčba FD

Rozdělíme ji podle terapie jednotlivých příznaků, které se ale v praxi často kombinují a vzájemně prolínají:

- léčba dyspepsie, bolestí břicha
- léčba pyrózy
- léčba průjmu a zácpy
- léčba psychické tenze či deprese
- psychoterapie včetně hypnózy

Nemocného je třeba zbavit dyspeptických obtíží, hlavně bolesti břicha. Nejčastěji podávanou skupinou léků u dráždivého žaludku jsou **inhibitory žaludeční sekrece**. Etiologický vztah mezi sekrecí kyseliny chlorovodíkové a funkční dyspepsií sice nebyl prokázán, nicméně její inhibice je velmi často úspěšným léčebným zákrokem. Podáváme **antagonisty H2 receptorů**, tj. ranitidin nebo famotidin po dobu 1 měsíce. Pokud léčba není efektivní, nepokračujeme v ní. Velmi často se potom rozhodneme pro léčbu **inhibitory protonové pumpy** (PPI), nejčastěji, ale v menší denní dávce než v případě vředové choroby (10–40 mg omeprazolu denně v jedné až dvou dávkách, případně jiný PPI v odpovídající dávce). Pokud léčba PPI je efektivní a po jejím vysazení dojde k znovu vzplanutí obtíží, o FD se nejedná (12). **Spasmolytika** doporučujeme

především s muskulotropním a/nebo parasymptolytika s kvartérním dusíkem. Podáváme je 2–3 týdny nebo i delší dobu do vymizení nebo podstatného ústupu břišní bolesti. Účinnost léků se může i u stejného nemocného měnit, a proto je vhodné spasmolytika střídat. Eradikace infekce *Helicobacter pylori* je indikací nejistou a nemocný musí být před jejím provedením seznámen s možným rizikem i benefitem, rozhodnutí musí být individuální (13, 14). Daleko svízelnější než u dráždivého žaludku je léčba u chabého žaludku (snížená motorická aktivita v horní části GIT). Spasmolytika jsou většinou bez efektu, nebo dokonce obtíže zhoršují. To stejné platí i o inhibitory žaludeční sekrece. Podáváme **prokinetika**, obvykle itoprid nebo metoclopramid, 2–3krát denně, dlouhodobě ve vyšší dávce (100–200 mg itopridu resp. 20–40 mg metoclopramidu denně ve dvou až třech dávkách) nejlépe před jídlem a bohatě zapít vodou.

Funkční pyrózu léčíme podobně jako refluxní nemoc jícnu. Úvodem podáváme běžná **antacida**, při přetrvávajících potížích nasadíme **inhibitory žaludeční sekrece**, v dávkách uvedených výše v části o léčbě bolesti břicha. **Prokinetika** jsou nejlogičtější léčbou těchto příznaků, především pokud je přítomna regurgitace. Opět podáváme ve vyšších dávkách 2–3krát denně.

Při léčbě průjemové formy funkční dyspepsie obecně užíváme **antidiaroeika**, látky působící protiprůjmově nejrozličnějšími mechanismy. **Opioidní obstipancia** (kodein, difenoxylát, loperamid) zvyšují tonus hladké svaloviny trávicí trubice a absorpci vody a elektrolytů. Naproti tomu snižují sekreci a motilitu trávicí trubice. Nadměrné užívání může být návykové a způsobit obstipaci. **Střevní adsorbencia** (adsorpční uhlí, diosmektit, calcii carbonas praecipitatum) jsou nevstřebatelné látky s velkým aktivním povrchem. Ty vážou na svůj povrch nejrozličnější toxiny, které posléze inaktivují. Tyto léky jsou netoxické, léčba průjmu by měla být jimi zahájena v dostatečném množství, aby jejich adsorpční kapacita vyvázala toxiny ve střevě.

Farmakologickou léčbu zácpy vždy zahajujeme až po vyčerpání všech ostatních možností. **Laxativa** jsou léčiva podporující vyprazdňo-

vání střevního obsahu. Pro praxi je důležité dělení na **objemová a změkčující laxativa** (psyllium, agar, tragant), **salinická a osmotická laxativa** (laktulóza, macrogol, sorbitol) a **laxativa dráždivá střevní stěnu** (anthrachinony, bisakodyl, ricinový olej). Volba nejvhodnějšího preparátu je zcela individuální a je založena na zkušenostech ošetřujícího lékaře a individuálních přáních nemocného (15).

Projevy biliární dyspepsie léčíme především látkami zvyšujícími sekreci žluči, **choleretika** (hymecromon, fenipentol). Často užívaná **kyse-lina ursodeoxycholová** v dostatečné dávce 1–2 gramy denně, snižuje pohotovost ke spasmům ve vývodném biliárním systému.

Psychofarmaka nepodáváme všem nemocným. Je třeba odlišit, zda nemocný trpí anxiózními stavy nebo má zatím třeba jen lehkou, larvovanou formu deprese. **Anxiolytika** benzodiazepinové řady, nejčastěji užívaná u starších osob, většinou nemají antidepresivní účinek. U depresí podáváme **tricyklická antidepresiva**, nejčastěji amitriptylin, jehož efekt se projevuje po dvou až třech týdnech. Využíváme jeho výrazný anticholinergní účinek u průjemových forem funkčních kolopatií. Antidepresiva III. generace – SSRI nepoužíváme, mohou zhoršovat dyspeptické obtíže.

Z antipsychotik se u FD nejvíce osvědčil sulpirid podávaný v menší dávce 50–100 mg/den. Patří mezi atypická antipsychotika. Urychluje evakuaci žaludku, snižuje vnímání distenze žaludku a tak zmírňuje nebo úplně eliminuje dyspeptické obtíže.

Psychoterapie je důležitá, lékař ale také musí odhalit případnou depresi, zejména endogenní. Proto je tak významná spolupráce s psychologem a psychiatrem. Pokud se ale současně potvrdí diagnóza FD, nemocný musí zůstat i v péči praktického lékaře nebo gastroenterologa (16).

Co se týká léčby FD hypnózou, u nás nejsou vůbec žádné zkušenosti, naproti tomu v západní Evropě a USA se u těžkých forem dráždivého tračníku s úspěchem užívá (17).

Prognóza nemocných s FD je příznivá z hlediska mortality, ale nejistá z hlediska kvality života. Především u těch, kterým ani dlouhodobá léčba nepřináší úlevu.

Literatura

1. Thomayer J. Pathologie a terapie nemocí vnitřních. Buršík & Kohout. Praha: 1921: 820–825.
2. Mařatka Z. Kritické poznámky k definicím a klasifikacím neorganických trávicích poruch. In: K Lukáš a spol. Funkční poruchy trávicího traktu. Grada. Praha: 2003: 25–32.
3. Manning AP, et al. BMJ 1978; 5: 653–654.
4. Torsolia A, et al. The WTR's, the Delphic oracle and the Roma conclaves. Gastroenterol int 1991; 4: 44–45.
5. Drossman DA. The Functional Gastrointestinal Disorders, Diagnosis, Pathology, and Treatment; Little Brown and Comp. Boston: 1994.
6. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, et al. Rome II: A multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. Gut 1999; 80(Suppl II): 81.
7. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology 2006; 130: 1377–1390.
8. Tack J, Halley NJ, et al. Functional gastrointestinal disorders. Gastroenterology 2006; 130: 1466–1479.
9. Corsetti M, Caenepeel P, Fischer B, et al. Impact of coexisting irritable bowel syndrome on symptoms and pathophysiological mechanisms in functional dyspepsia. Am J Gastroenterol 2004; 99: 1152–1159.
10. Cremonino F, Talley NJ. The overlap between functional dyspepsia and irritable bowel syndrome – a tale of one or two disorders? Aliment Pharmacol Ther 2004; 20(Suppl.7): 40–49.
11. Entnerová K, Kohout P. Funkční poruchy a alergie. In Lukáš K, a spol. Funkční poruchy trávicího traktu. Grada. Praha: 2003: 164–173.
12. Puera DA, Kováčik TD, Metz CD, et al. Lansoprazole in the treatment of functional dyspepsia: two double-blind, randomized, placebo-controlled trials. Am J Med 2004; 116: 740–748.
13. Rejchrt S, a spol. Delta values of the ¹³C-urea breath test in Helicobacter pylori positive persons with and without dyspepsia. Folia Gastroenterol Hepatol 2004; 2: 105–110.
14. Bureš J, Kopáčová M, Rejchrt S. Pokles prevalence infekce Helicobacter pylori v České republice. Čas Lék čes 2008; 147: 255–257.
15. Lukáš K. Terapie funkčních poruch trávicího ústrojí. In. Ditě P, et al. Farmakoterapie v gastroenterologii. Galén. Praha: 2001: 167–182.
16. Honzák R. Pohled psychiatra na funkční poruchy trávicího traktu. In Lukáš K, a spol. Funkční poruchy trávicího traktu. Grada. Praha: 2003: 174–192.
17. Kratochvíl S. Gastrointestinální poruchy. In. Kratochvíl S. Klinická hypnóza. Grada. Praha: 2001: 186–192.

Článek přijat redakcí: 17. 2. 2013

Článek přijat k publikaci: 20. 3. 2013

MUDr. Michal Konečný, Ph.D.

II. interní klinika – gastro-enterologická
a hepatologická LF a FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
michal.konecny@fnol.cz