

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře



DRÁŽDIVÝ TRAČNÍK

Autoři:

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

doc. MUDr. Ilja Tachecí, Ph.D.
Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP

prof. MUDr. Jan Bureš, CSc.
Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP

prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
Česká gastroenterologická společnost

NOVELIZACE 2019



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství, Sokolská 31, Praha 2

DRÁŽDIVÝ TRAČNÍK

Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2019

Autoři:

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

doc. MUDr. Ilja Tachecí, Ph.D.
Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP

prof. MUDr. Jan Bureš, CSc.
Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP

prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
Česká gastroenterologická společnost

Oponenti:

MUDr. Jana Vojtíšková
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Jiří Dolina, Ph.D.
Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP

OBSAH

1. Úvod	3
2. Definice	3
3. Etiopatogeneze	3
4. Epidemiologie.....	3
5. Klinický obraz	3
6. Diagnóza a klasifikace.....	4
6. 1. Diagnostická kritéria a klasifikace	4
6. 2. Diagnostický postup	4
7. Terapeutický přístup k pacientovi s dráždivým tračníkem v ordinaci praktického lékaře	5
7. 1. Režimová a dietní opatření	5
7. 2. Psychoterapeutické postupy.....	6
7. 3. Farmakologická léčba:	6
7. 3. 1. Terapie bolesti:.....	6
7. 3. 1. 1. Využití psychofarmak	7
7. 3. 2. Terapie průjmů.....	7
7. 3. 3. Terapie zácpy	8
8. Dlouhodobé sledování	8
9. Prognóza	9
10. Posudková hlediska.....	9

Tento doporučený postup navazuje na předchozí doporučené postupy Centra doporučených postupů SVL ČLS JEP pro oblast gastroenterologie. Věnuje se přístupu praktických lékařů k pacientům s dráždivým tračníkem, ale zohledňuje také perspektivu specialistů gastroenterologů.

1. ÚVOD

Dráždivý tračník patří mezi nejčastější funkční střevní poruchy, heterogenní skupinu poruch funkce trávicího traktu s různou patogenezi, proměnlivým klinickým obrazem a často obtížnou diagnostikou a léčbou. Ačkoliv má onemocnění příznivou prognózu, výrazně snižuje kvalitu života nemocných většinou již v mladším věku. Diagnostika dráždivého tračníku je postavena na subjektivních příznacích pacienta a jejich korelaci s platnými diagnostickými kritérii, přičemž v současnosti neexistuje jediná dostupná fyzikální, laboratorní nebo zobrazovací vyšetřovací metoda, která by diagnózu stanovila přímo. Onemocnění může být součástí širší skupiny funkčních poruch, které se mohou vzájemně překrývat a kombinovat.

2. DEFINICE

Dráždivý tračník je jedno z nejčastějších funkčních onemocnění střeva, projevující se především relabující bolestí břicha, která je spojena se změnami konzistence a/nebo frekvence stolice (zácpou/průjmem) a často nadýmáním. Začátek symptomatologie by měl být nejméně 6 měsíců před stanovením diagnózy s perzistencí symptomů v průběhu minimálně posledních 3 měsíců.

3. ETIOPATOGENEZE

Etiopatogeneze je multifaktoriální. Význam genetických faktorů podporují studie provedené u jednovaječných dvojčat. V současnosti považujeme za jeden z hlavních etiopatogenetických faktorů nemoci funkční poruchu osy „mozek-střevo“ (změny neurohumorální komunikace a regulace). Četné práce prokazují dále přítomnost viscerální přecitlivělosti, alterace v motorické (zvýšené a nepravidelné kontrakce, změny tranzitního času) a sekreční aktivitě střeva, roli porušené bariérové funkce sliznic a zánětlivých změn (vyšší počty lymfocytů, mastocytů jsou sledovány v tenkém střevě i tračníku, sérové prozánětlivé cytokiny jsou zvýšeny). Mohou se uplatňovat také malabsorpce žlučových kyselin (stimulují intestinální motilitu a sekreci), změny mikrobiomu tračníku a bakteriální přerůstání v tenkém střevě. Významnou roli hrají vlivy zevního prostředí (psychosociální vlivy; prožité významné životní události, psychický stres) a osobnostní charakteristiky. Riziko vzniku dráždivého tračníku je zvýšeno po akutní gastrointestinální infekci, především u mladších nemocných s úzkostí, depresí a delším trváním infekce. Zdá se, že předcházející antibiotická terapie může hrát také svou roli. Relativně vysoká efektivita tzv. FODMAP diety u nemocných s IBS dokumentuje, že porucha trávení některých látek, jako jsou jednoduché (fruktóza, laktoza) a komplexní cukry a polyoly se u některých nemocných významně uplatňují na vyvolání symptomů dráždivého tračníku.

4. EPIDEMIOLOGIE

Dráždivý tračník je poměrně časté onemocnění, je odhadováno, že až 18 % evropské populace trpí symptomy IBS (celosvětově 11,2 %, incidence onemocnění se odhaduje 1,35-1,5 %). Ženy jsou postiženy 1,5 – 3x častěji než muži. Ačkoliv se onemocnění vyskytuje ve všech věkových kategoriích (včetně dětí), u 50 % jsou pozorovány první symptomy ve věku nižším než 35 let a významně nižší výskyt dráždivého tračníku je u pacientů starších 50 let. Dráždivý tračník v rodinné anamnéze představuje nezávislý rizikový faktor onemocnění, riziko je vyšší spíše vzhledem k dietním a režimovým zvyklostem, než genetickým faktorům. Podíl nemocných, kteří své symptomy konzultují s lékaři primární péče, je různý, pohybuje se nejčastěji mezi 10 – 50 %, u 80 % z nich se jedná o dráždivý tračník s převažujícím průjmem. Z pacientů navštěvujících praktického lékaře trpí dráždivým tračníkem zhruba 2 % osob. Pacienti s dráždivým tračníkem a dalšími funkčními gastrointestinálními poruchami tvoří až třetinu pacientů navštěvujících gastroenterologa.

5. KLINICKÝ OBRAZ

Potíže nemocných s dráždivým tračníkem ovlivňují řadu aspektů kvality života; (společenské vztahy, sexuální aktivitu, běžné denní aktivity, zaměstnání, koníčky, spánek, příjem potravy) a ovlivňují pocity sebevědomí, obavy o zdraví, emoční stavy.

Klinický obraz dráždivého tračníku je pestrý, charakteristická je různá kombinace základních symptomů (bolesti břicha, průjem, zácpa). Potíže mohou být občasné (intermitentní), rytmické každodenní nebo trvalé.

Bolesti břicha mají vleklý nebo relabující charakter. Bývají křečovitě, střední až těžké intenzity, lokalizované nejčastěji v podbřišku nebo kolem pupku, jsou vázané na defekaci a příjem potravy, spouštěčem obtíží může být také stres. Důležitým diagnostickým vodítkem je, že po odchodu plynů nebo po vyprázdnění stolice jejich intenzita klesá, nebo zcela ustoupí. Současně nemocní trpí nadýmáním, flatulencí, častým říháním a hlasitým škroukáním (borborygmy).

Průjmy u dráždivého tračníku jsou charakterizovány častou defekací řídké stolice o menším objemu. Vyskytují se typicky po probuzení, ráno nebo po jídle. Defekace bývají imperativní a jsou spojeny s kolikovitými bolestmi břicha. První stolice je typicky hustší konzistence (formovaná), další defekace jsou postupně řídké až vodnaté. Sérii takových defekací označujeme jako „ranní debakl“. Defekace bývají spojené s pocitem nedostatečného vyprázdnění či tenesmy, častá bývá také evakuace hlenu.

Při **zácpě** mají pacienti tuhou a bobkovitou stolicí, s frakcionovaným vyprazdňováním.

Kromě gastrointestinálních příznaků dráždivého tračníku pacienti trpí častěji některými **extraintestinálními symptomy**, jako jsou zvýšená únava, fibromyalgie, chronické bolesti hlavy, svalů, kloubů, poruchy spánku, dráždivý močový měchýř, dysmenorea a poruchy sexuálních funkcí. Tyto symptomy mohou být dále součástí většího souboru poruch, který nese název syndrom tělesného stresu (bodily distress syndrome). Častější jsou také úzkosti a deprese.

6. DIAGNÓZA A KLASIFIKACE

6.1. DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA A KLASIFIKACE

Diagnostická kritéria dráždivého tračníku podle IV. revize Římských kritérií zahrnují rekurující břišní bolest v průměru nejméně jednou týdně v posledních třech měsících.

Bolest bývá spojena nejméně se dvěma z následujících znaků:

- 1) má vztah k defekaci
- 2) má vztah ke změnám ve frekvenci defekace
- 3) je spojena se změnami vzhledu / konzistence stolice

Tato kritéria musí být splněna poslední tři měsíce (s počátkem obtíží nejméně 6 měsíců před stanovením diagnózy).

Římská kritéria **klasifikují dráždivý tračník** na tyto subtypy:

dráždivý tračník s převažujícím průjemem

(> 25 % řídká nebo vodnatá stolice (typ 6, 7 Bristolské škály) a < 25 % formovaná stolice (typ 1, 2 Bristolské škály).

dráždivý tračník s převažující zácpou

(< 25 % řídká nebo vodnatá stolice (typ 6, 7: Bristolské škály) a > 25 % formovaná stolice (typ 1, 2: Bristolské škály).

dráždivý tračník s nepravidelnou defekací - se střídáním průjmů a zácp

(> 25 % řídká nebo vodnatá stolice (typ 6, 7 Bristolské škály) a > 25 % formovaná stolice (typ 1, 2 Bristolské škály).

neklasifikovaný dráždivý tračník

(nesplňující kritéria jednotlivých podskupin)

Čtvrtá Římská klasifikace funkčních střevních poruch také zahrnuje další jednotky, definované dominantními střevními příznaky, které ovšem nesplňují kritéria dráždivého tračníku: funkční zácpa, funkční průjem, funkční břišní nadýmání, nespecifikovaná střevní porucha, zácpa indukovaná opiáty.

6.2. DIAGNOSTICKÝ POSTUP

Nemocní s dráždivým tračníkem jsou častěji vyšetřováni v primární i sekundární péči, obvykle absolvují více diagnostických procedur a jsou více ohroženi nadměrným vyšetřováním, léčením a iatrogenním poškozením.

Vzhledem k absenci průkazného diagnostického testu (testů) je základem diagnostiky vyhodnocování anamnestických dat a symptomů. Typický klinický obraz onemocnění byl uveden výše.

U pacienta s předpokládanou funkční somatickou poruchou by měl lékař postupovat od začátku vyváženě tak, aby na jedné straně budoval vztah s pacientem, na jehož základech může být postavena dlouhodobá spolupráce, na druhé straně aby adekvátně reagoval na příznaky a potřebu ujištění pacienta, provedl nebo zajistil potřebná vyšetření. Volba postupu je vždy individuální, s ohledem na závažnost stavu, osobnostní charakteristiky a preference pacienta. Stanovení univerzálního diagnostického minima je velmi obtížné. Dříve široce doporučovaný přístup provedení extenzivní, často opakované a podrobné diagnostiky (per exclusionem), je potřeba odmítnout. Vždy je třeba cíleně pátrat po alarmujících příznacích (viz Tab 1.), při kterých je detailní diagnostika nezbytná. Při jejich absenci by měl být další vyšetřovací algoritmus racionální, spojený se snahou o aktivní stanovení diagnózy onemocnění. Lékař i pacient musí často akceptovat přijatelný stupeň diagnostické nejistoty. V některých případech je klinické rozhodování jednodušší a lékař stanoví již na základě anamnézy a základních vyšetření diagnózu funkční poruchy – dráždivého tračníku. Pacienta tak ochrání před zbytečným a nákladným vyšetřováním. Charakteristiky pacienta svědčící spíše pro a proti funkční poruše jsou uvedeny v Tab 2. a 3.

Základem vyšetření a zároveň klíčem k diagnóze je pečlivá **anamnéza**. Důležitý je důkladný rozbor příznaků, jejich souvislostí a vnímání pacientem, s projevy porozumění a empatie ze strany lékaře. Lékař posuzuje osobní a rodinnou anamnézu, bere v úvahu epidemiologické souvislosti a míru rizika malignity nebo jiné patologie v dané věkové kategorii. Dále hodnotí časový faktor vzniku a délky trvání obtíží vzhledem k platným diagnostickým kritériím. V **osobní anamnéze** nemocných s dráždivým tračníkem se můžeme setkat s psychiatrickým onemocněním či

symptomy (somatizační poruchy, úzkostné stavy, deprese, fobie), častěji je přítomno fyzické týrání nebo sexuální zneužívání v dětství, není to však rozhodně podmínkou. V **rodinné anamnéze** je důležitý údaj predikující event. organické onemocnění (idiopatické střevní záněty, kolorektální neoplázie, celiakie). V **lékové anamnéze** se zaměřujeme na možné nežádoucí účinky medikace imitující dráždivý tračník, spektrum těchto léčiv je však velice široké. Klíčová může být časová souvislost nasazení či změny medikace a nástupu symptomů. Důležitá je také anamnéza zaměřená na možné projevy **potravinové alergie a intolerance**.

Fyzikální vyšetření je u nemocných s dráždivým tračníkem často normální, vyskytuje se výraznější palpační citlivost různých oblastí břicha. Diagnózu podporují další známky **vegetativní dystonie** jako jsou opocené, chladné dlaně, červený dermatografismus, výraznější respirační sinusová arytmie, erythema pudendi, palpační bolestivost solárního plexu, aerofagie. Standardní součástí fyzikálního vyšetření by mělo být také vyšetření **per rectum**, které je u nemocných s dráždivým tračníkem normální. Při vyšetření se zaměřujeme na ústí píštělí či přítomnost zevních hemoroidů, orientační hodnocení tonu análních svěračů, bolestivost indagace, přítomnost rezistence či stenózy, přítomnost a charakter stolice.

Laboratorní vyšetření jsou v diagnostice dráždivého tračníku přínosná tím, že pomáhají vyloučit organické onemocnění. Do základního spektra vyšetření by měly patřit krevní obraz a biochemie, kultivace stolice (u nemocných s průjmy), sérologie k vyloučení celiakie (protilátky proti tkáňové transglutamináze a hodnota IgA), CRP a fekální kalprotektin (hodnoty $\leq 40 \mu\text{g/g}$ jsou spojeny s pravděpodobností aktivního idiopatického střevního zánětu $\leq 1\%$). Hodnoty vyšší než $250 \mu\text{g/g}$ jsou indikací k endoskopickému vyšetření tračníku (koloskopie) bez ohledu na věk pacienta. Vhodné je doplnění vyšetření k vyloučení potravinových intolerancí a alergií (laktosová intolerance, sója, ořechy apod.).

U nemocných starších 50 let doporučujeme provést **koloskopické vyšetření** vždy (pokud nebylo provedeno v posledních 10 letech), u mladších nemocných spíše v přítomnosti varovných známek či chronických průjmů (k vyloučení idiopatického střevního zánětu, mikroskopické kolitidy nebo nádoru). U nemocných s chronickými průjmy doporučujeme také doplnění **gastroskopického vyšetření** spolu s biopsiemi duodena k vyloučení celiakie. Standardně by mělo být provedeno **ultrazvukové vyšetření břicha**, u žen **gynekologické vyšetření**. V případě závažné psychopatologie indikujeme **psychologické nebo psychiatrické vyšetření**.

Diferenciální diagnostika je zaměřena především na vyloučení idiopatických střevních zánětů, kolorektálních neoplázií, celiakie, potravinových alergií, deficitu laktázy, lambliózy a pankreatobiliárních onemocnění.

7. TERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP K PACIENTOVÍ S DRÁŽDIVÝM TRAČNÍKEM V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Dobré komunikační a konzultační dovednosti lékaře jsou předpokladem pro vysokou kvalitu péče o pacienta s dráždivým tračníkem. Je třeba vnímat situaci pacienta, který má pocit, že je ztracen v systému bez diagnózy, nepřísluší žádné odbornosti, nikdo mu nerozumí a nenabízí účinnou léčbu. Lékař by měl uznat zkušenost pacienta, legitimizovat jeho problém, brát ho vážně, demonstrovat empatii a pomoci mu znovu nabýt sebevědomí.

Vysvětlení zdravotního problému a jeho příčiny pacientovi bývá často klíčové pro navázání efektivního terapeutického vztahu lékaře s pacientem. Možnost otevřít cestu k dialogu s pacientem nabízí lékaři tzv. vysvětlovací model, který se opírá o klíčové faktory etiopatogeneze dráždivého tračníku; porucha signalizace na ose mozek-trávicí trakt, existence významné životní události v předchorobí, tendence ke katastrofizaci, přítomnost psychického stresu a hypervigilance.

Léčba dráždivého tračníku je složitá a dlouhodobá. Léčebné postupy u dráždivého tračníku zahrnují:

- Režimová a dietní opatření
- Psychoterapeutické postupy
- Medikamentózní léčbu

7.1. REŽIMOVÁ A DIETNÍ OPATŘENÍ

Zvýšení a úprava **fyzické aktivity** jsou u nemocných s dráždivým tračníkem obecně doporučovány. Výchozí diskem těchto doporučení jsou obecná prospěšnost přiměřené pohybové aktivity na zdraví a několik málo studií, které prokazují pozitivní vliv cvičení na symptomy, především u pacientů s převažující zácpou. Doporučit můžeme chůzi, jízdu na kole, plavání a další aerobní aktivity. Další psychologický přínos lze očekávat u skupinových cvičení typu jógy.

Obezita je jedním z faktorů spojeným s vyšší (až 3x) prevalencí dráždivého tračníku ve srovnání s obecnou populací, redukce váhy má pozitivní vliv na snížení intenzity symptomů onemocnění s výjimkou bolesti.

Dietní opatření mohou mít u dráždivého tračníku výrazný efekt. Obecně doporučujeme omezení potravin s potenciálem ke zhoršování meteorismu (luštěniny, cibule, celer, kapusta apod.) a nápojů obsahujících alkohol či kofein. Často se setkáváme s různými typy potravinové intolerance (ačkoliv potravinové alergie jsou spíše

vzácností). Nemocní sami potraviny, které jejich symptomy zhoršují, vyřazují. Vzhledem k tomu existuje množství studií zabývajících se dietou u nemocných s dráždivým tračníkem.

Nejvíce dat (rozdílné kvality) existuje pro dietu s omezením fermentovatelných **oligo-, di-, monosacharidů a polyolů (FODMAP)**. Dieta vedla ke zlepšení symptomů (bolesti břicha, frekvence a konzistence stolice, meteorismus) zhruba u poloviny nemocných. FODMAP jsou osmoticky aktivní, obtížně vstřebatelné v tenkém střevě, zvyšují obsah vody ve střevním lumen a jsou fermentovány bakteriemi tračníku s produkcí střevních plynů a mastných kyselin s krátkým řetězcem. Všechny tyto mechanismy mají vliv na konzistenci stolice, distenzi tračníku i jeho motilitu, viscerální senzitivitu a složení střevního mikrobiomu. Vysoký obsah FODMAP je typický pro některé obiloviny (pšenice, ječmen, žito), luštěniny, některou zeleninu (česnek, cibule, houby, květák), ovoce (jablka, hrušky, třešně, švestky, nektarinky, meloun), mléko a mléčné výrobky (měkké sýry, jogurty). Potraviny s nízkým obsahem FODMAP zahrnují některé druhy zeleniny (mrkev, okurky, brambory, rajčata, papriky, cukety, salát) a ovoce (pomeranče, mandarinky, ananas, hroznové víno, jahody, kiwi), vejce, drůbež, obiloviny (rýže a oves), tmavou čokoládu a cukr. V současné době jsou běžně dostupné webové i mobilní aplikace se zobrazením obsahu FODMAP v konkrétních potravinách. Vzhledem k nejistotě stran možných nutričních důsledků dlouhodobé a striktní diety s omezením FODMAP u nemocných s dráždivým tračníkem (deficity mikronutrientů, antioxidantů, vlákniny, změny střevních mikrobiot apod.) doporučujeme tuto dietu až při selhání individuální výběrové diety s postupným zaváděním. V první fázi nahradíme potraviny bohaté na FODMAP alternativami s jejich nízkým obsahem po dobu několika týdnů (maximálně 4). V další fázi (po zlepšení symptomů dráždivého tračníku) do jídelníčku zpět jednotlivě vyřazené potraviny zavádíme, důležité je jejich postupné navracení do diety s dostatečným ověřením jejich tolerance (po dobu několika dnů). Cílem je vytvoření individuální diety s vyřazením potravin s horší tolerancí, kterou lze dodržovat dlouhodobě.

Pro další dietní restriktce (např. bezlepková dieta) u nemocných s dráždivým tračníkem chybí průkazné literární údaje.

Důležitou roli v dietních opatřeních u nemocných s dráždivým tračníkem může hrát také vláknina. Zatímco **rozpuštěná vláknina** (především psyllium) zlepšuje symptomy onemocnění a lze ji doporučit v dávce 10–25 g/den, doporučení nerozpustné vlákniny by bylo chybou a mohlo by obtíže významně zhoršit. Mechanismus účinku vlákniny je komplexní (zvětšení objemu stolice, změny produkce střevních plynů a změny mikrobiomu). Efekt lze očekávat u všech nemocných s dráždivým tračníkem (nejen s převažující zácpou). U nemocných se zácpou je klíčový také dostatečný příjem tekutin (2–3 l denně).

Důležitým terapeutickým opatřením může být také omezení či vysazení medikace, která může zhoršovat symptomy základního funkčního onemocnění (např. anticholinergika, antidepressiva, antihypertenziva, antacida, preparáty s železem u zácpy).

Pro doporučení alternativních postupů (mátový olej, akupunktura, enzymová léčba) není v současnosti dostatek vědeckých důkazů. Některým pacientům přináší úlevu volně prodejná fytofarmaka.

Konzultace s nutričním specialistou a sestavením individuálního jídelníčku nabývá u nemocných s IBS stále na větším klinickém významu.

7.2. PSYCHOTERAPEUTICKÉ POSTUPY

Základní součástí terapeutické práce s nemocným s dráždivým tračníkem je pohovor spojený s vysvětlením podstaty onemocnění, jak bylo popsáno výše, a odstranění obav ze život ohrožující nemoci. Konzultace nesmí probíhat pod časovým tlakem. Potřebuje-li pacient psychickou podporu, musí se praktický lékař rozhodnout, zda je vhodné kombinovat lékařský přístup s přístupem psychologickým nebo psychoterapii přenechat externímu specialistovi. Studie prokazují efekt dynamické psychoterapie, hypnózy nebo kognitivně behaviorální terapie. Problematická může být dostupnost a časová náročnost této léčby.

7.3. FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA:

Farmakoterapie dráždivého tračníku je v podstatě empirická a založená na tlumení symptomů onemocnění. Posouzení efektu léčby je složité, odpověď na terapii je do určité míry individuální a významně modifikovaná vysokým placebo-efektem (až u 80 % nemocných). Zároveň je potřeba zvažovat riziko vedlejších účinků terapie. Vzhledem k tomu přistupujeme k farmakoterapii u nemocných se střední či vysokou intenzitou obtíží, léčba je cílená na vedoucí symptom onemocnění.

7.3.1. TERAPIE BOLESTI:

V terapii **bolesti** respektujeme některé důležité zásady. Preferenčně používáme muskulotropní spasmolytika, nejlépe v režimu on-demand, při jasně definované maximální denní dávce. V případě dráždivého tračníku převážně se zácpou se soustředíme nejprve na ovlivnění zácpy, které má často efekt i na snížení či vymizení bolesti břicha. Pokud je léčba bolesti spasmolytiky neúspěšná, zvažujeme léčbu antidepressivy. V případě selhání ostatních přístupů lze u nemocných bez zácpy (především při současném nadýmání) podat nevstřebatelné ATB (rifaximin) – viz níže.

Při volbě **spasmolytika** používáme muskulotropní preparáty (s přímým efektem na hladký sval: **alverin, mebeverin, drotaverin**), nebo méně často lze využít také neurotropní spasmolytika (s účinkem na receptory vegetativního nervového systému: **butylscopolamin**). Určitým rizikem neurotropních spasmolytik je jejich anticholinergní účinek (zhoršení zácpy, retence moči, tachykardie, sucho v ústech, nosu a krku a potenciální centrální nežádoucí účinky: podrážděnost, zhoršení kognitivních funkcí), tolerance léčiv nemocnými je však většinou dobrá. Studie prokazují výhodnost kombinace muskulotropního spasmolytika (alverinu) a deflatulencia (simetikonu) v jednom preparátu. Účinek nastupuje za 30–60 minut po perorálním podání a přetrvává 3–4 hodiny.

Samotná, nevstřebatelná **deflatulencia (simetikon, dimetikon)**, využívající fyzikální princip snižování povrchového napětí bublin, zlepšují evakuaci střevních plynů při meteorismu.

7.3.1.1. VYUŽITÍ PSYCHOFARMAK

Vzhledem k vlivu psychologických faktorů v etiopatogenezi onemocnění s častějším výskytem somatizačních poruch, úzkostných stavů, depresí a fobií u nemocných s dráždivým tračníkem mohou hrát psychofarmaka ve farmakoterapii onemocnění důležitou roli. Vzhledem k možné stigmatizaci je důležité pacientovi důvody jejich nasazení adekvátně vysvětlit a zbavit ho strachu ze zlehčování jeho obtíží lékařem.

V klinické praxi se **antidepresiva** používají k symptomatické léčbě pacientů se silnou nebo neustupující bolestí a souvisejícími psychickými symptomy (deprese, neustupující úzkost). Nejvíce literárních údajů prokazující efekt antidepresiv u nemocných s dráždivým tračníkem existuje pro **tricyklická antidepresiva (nortriptylin a amitriptylin)**. Jedná se o tzv. multimodální antidepresiva s celou řadou účinků (inhibice zpětného vychytávání monoaminů, analgetický, anticholinergní, antihistaminový, antiadrenergní, antiserotonergní účinek), z nichž některé jsou dobře využitelné právě u nemocných s dráždivým tračníkem (anticholinergní efekt u průjmů, analgetický u bolesti). S tím souvisí také spektrum vedlejších účinků léčby, což jsou především sucho v ústech, ospalost a palpitace. Terapii doporučujeme zahajovat nižšími dávkami (ekvivalent 5–10 mg amitriptylinu na noc) a jejich další zvyšování (do 30 mg/den) řídíme na základě tolerance a terapeutické odpovědi po 3–4 týdnech (vzhledem k opožděnému nástupu účinku). Tricyklická antidepresiva doporučujeme používat v nejnižší účinné dávce s přehodnocením nutnosti další léčby po 8–12 týdnech, ačkoliv dosud nebyla maximální bezpečná délka podávání jednoznačně stanovena.

SSRI (**fluoxetin, citalopram, paroxetin, sertralin nebo fluvoxamin**) využíváme především u nemocných s dominující zácpou (využíváme periferní serotonergní efekt na motilitu střeva) a úzkostí nebo depresemi ve standardních dávkách. Vedlejšími účinky terapie SSRI jsou poruchy spánku, bolesti hlavy, úzkost a nauzea. Analgetický efekt je ve srovnání s tricyklickými antidepresivy významně nižší.

Z ostatních psychofarmak je v České republice poměrně tradičně používán **sulpirid** (benzamidové atypické neuroleptikum strukturálně podobné metoklopramidu). Studie prokazují účinek závislý na dávce, kdy v nižších dávkách (50 mg 1–3x denně) snižuje prostřednictvím antagonismu D2 dopaminergních receptorů v submukoze a myenterickém plexu tonus a viscerální hypersenzitivitu. Možný je též efekt na 5-HT₄-receptory a uvolňování acetylcholinu z cholinergních motorických neuronů. Mezi nežádoucí účinky patří sedace, bolest hlavy, zmatenost a vzácně při vyšších dávkách hyperprolaktinémie a galaktorea. Sulpirid může vyvolat na dávce závislé prodloužení QT intervalu a zvyšovat riziko závažných ventrikulárních arytmií (torsade de pointes). Opatrnosti je třeba u nemocných s bradykardií, hypokalemií, vrozeným prodloužením QT intervalu či současnou léčbou rizikovými léky (bradykardizující medikace, antiarytmika, léky snižující hladinu kalia apod. – podrobněji viz SPC).

7.3.2. TERAPIE PRŮJMŮ

U nemocných s dominujícími průjmy zvažujeme léčbu antidiarhoiky. Lékem první volby je v této indikaci **loperamid**, jediný lék z této skupiny pro který existují nečetné prospektivní, randomizované studie. Významnou nevýhodou farmakoterapie loperamidem je fakt, že nemá vliv na další symptomy onemocnění (bolest). Doporučené dávkování je 2–4 mg až 4x denně nebo jako profylaxe 4 mg v jedné dávce před spaním.

Pro použití **difenoxylátu** (v kombinovaném preparátu spolu s atropinem) u nemocných s dráždivým tračníkem chybějí data. Vzhledem ke shodnému mechanismu účinku lze předpokládat obdobný efekt jako u loperamidu. U dráždivého tračníku s převažujícím průjmem je dále možné vyzkoušet efekt adsorbencí (**calcium carbonicum a smectit**) ev. předepsat magistraliter přípravky s uhličitánem vápenatým. Pro hodnocení efektu a přínosu těchto léčiv ovšem opět chybí data.

Antibiotika nelze u dráždivého tračníku rutinně doporučit. Mohou být vhodná u nemocných se střední až těžkou formou nemoci bez převažující zácpy (s průjmy, s nepravidelnou defekací nebo neklasifikovaný typ), zvláště v přítomnosti nadýmání a po selhání ostatních terapeutických přístupů (dietní opatření včetně restrikce FODMAP, spasmolytika, antidepresiva). Přínosné se v této situaci zdá být širokospektré, nevstřebatelné a lokálně působící antibiotikum **rifaximin** s působením na G⁺, G⁻, aeroby i anaeroby. Mechanismus účinku lze u nemocných s dráždivým tračníkem vysvětlit redukcí bakteriálního přerůstání a úpravou dysmikrobie. Doporučovaná dávka se v této indikaci pohybuje mezi 400 mg 3x nebo 4x denně po dobu 14 dní (denní dávka 1200 nebo 1600 mg).

V případě opakovaného relapsu obtíží u nemocných profitujících z podání rifaximinu lze dále zvažovat cyklické podání rifaximinu v měsíčním intervalu. Výsledky studií jsou však stále poměrně heterogenní, vždy je potřeba zvažovat rizika plynoucí z indukce rezistentních bakteriálních kmenů a v České republice není prozatím podání rifaximinu u nemocných s dráždivým tračníkem schválenou indikací v SPC.

V etiopatogenezi onemocnění se uplatňují také změny ve střevním mikrobiomu. Výsledky pokusů o jeho ovlivnění u nemocných s dráždivým tračníkem jsou ale prozatím rozporuplné. **Probiotika** jako skupinu všeobecně (vzhledem k různým výsledkům při použití různých kmenů a jejich kombinací) nelze doporučit, určitý efekt byl pozorován u nemocných s průjmami a nadýmáním po podání *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium infantis*, *Bifidobacterium lactis*, *Escherichia coli*, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus plantarum* a kombinovaných preparátů. Pokud se rozhodneme u nemocného s dráždivým tračníkem efekt probiotik vyzkoušet, neměla by být podávána po dobu delší než jeden měsíc.

Z nových léčiv dráždivého tračníku se v zahraničí začal používat **eluxadolin**. Jedná se o lék s kombinovaným opioidním efektem (agonista μ - a κ - antagonisty δ -opioidních receptorů). Eluxadolin snižuje viscerální hypersenzitivitu, příznivě ovlivňuje jak břišní bolest, tak i průjem.

Léky ovlivňující serotoninové receptory (5HT3 antagonisté: **setrony**) jsou u nás v indikaci dráždivý tračník z ekonomických důvodů nedostupné. Ondasetron příznivě ovlivňuje průjmami, nadýmání, jeho efekt na bolest je ovšem limitovaný.

7.3.3. TERAPIE ZÁCPY

U dráždivého tračníku s převládající zácpou jsou základem terapie režimová a dietní opatření. Doporučovaná rozpustná vláknina má (mimo dalších funkcí) také efekt objemového **laxativa**, jehož účinek je nejbližší fyziologickým mechanismům. Efekt vlákniny je však v této indikaci většinou limitovaný.

Také podání dalších laxativ je problematické. Osmotická laxativa mají sice efekt na vlastní zácpu, ostatní symptomy dráždivého tračníku však výrazněji neovlivňují. Vzhledem k tomu je jejich podání indikováno pouze jako doplňkové k další terapii, pokud došlo ke zlepšení symptomů dráždivého tračníku, ale zácpa přetrvává. Z osmotických laxativ je nejvhodnější podání **polyetylglykolu** (10–20 g/den), vzhledem k jeho bezpečnosti a dobré toleranci nemocnými. Jedná se o nevstřebatelnou a nemetabolizovatelnou polymerní sloučeninu se schopností vázat vodu. Z důvodů možného zhoršování symptomů dráždivého tračníku (meteorismus, bolesti) nejsou u těchto pacientů (na rozdíl od prosté zácpy) příliš doporučována jiná osmotická laxativa (lactulosa), která působí jako substrát pro střevní bakterie s extenzivní produkcí plynů. Nemocní musí být lékařem jasně poučeni o úpravách dávkování dle konzistence stolice – cílem by mělo být dosažení měkké, formované stolice (typ 4 Bristolské škály). Nevhodné je užívání kontaktních (stimulačních) laxativ. Při užívání laxativ je vhodné věnovat pozornost možnému hypokalemizujícímu účinku, především u nemocných léčených diuretiky.

Neexistují důkazy svědčící ve prospěch **prokinetik (metoclopramid, domperidon a itoprid)** u nemocných s IBS.

Při neúčinnosti laxativ v léčbě chronické zácpy byl v Evropě registrován selektivní agonista 5HT4 receptorů **prucaloprid**. Kromě zácpy příznivě ovlivňuje také bolesti a zlepšuje kvalitu života. Pro jeho použití u nemocných s dráždivým tračníkem a zácpou je nyní bohužel nedostatek vědeckých důkazů, nelze ho tedy v této indikaci rutinně doporučit.

V současné době jsou v ČR nedostupné (lze vyřídit individuální dovoz + úhradu) další léky užívané v zahraničí v této indikaci jako **tegaserod** (parciální agonista 5HT4 receptorů), **linaklotid** a **plekanatid** (agonista lumenálního receptoru spojeného s guanýlátcyklázou C) a **lubiproston** (aktivátor chloridových kanálů). Jejich výhodou je kromě ovlivnění zácpy také vliv na další symptomy dráždivého tračníku.

8. DLOUHODOBÉ SLEDOVÁNÍ

Všeobecní praktičtí lékaři jsou klíčovou odborností pro pacienty s funkčními somatickými poruchami a také pro většinu pacientů s dráždivým tračníkem. U pacienta s předpokládanou funkční poruchou by se měl praktický lékař snažit od začátku budovat takový vztah, na jehož základech může být postavena dlouhodobá spolupráce. Měl by adekvátně reagovat na symptomy nemocného, zajišťovat provedení základních vyšetření a poskytovat nemocnému potřebné vysvětlení průběhu onemocnění a jeho prognózy. Přístup lékaře musí být na jedné straně empatický (nemocný by měl vnímat ochotu lékaře naslouchat a řešit jeho obtíže), na druhou stranu aktivní (lékař určuje frekvenci návštěv, diagnostiku onemocnění). Je potřeba minimalizovat tendence k provádění neindikovaných nebo opakovaných vyšetření a tím snižovat riziko iatrogenního poškození. Pacient musí být informován o povaze onemocnění a reálných možnostech léčby v kontrole symptomů, nikoliv v úplném vyléčení. Důležitá je pomoc lékaře při vyrovnávání se s nemocí.

Při přetrvávání nebo progresi intenzity obtíží (přes provedení základní doporučené diagnostiky a po zahájení adekvátní terapie) je vhodné další postup (indikaci specializovaných vyšetření) konzultovat s gastroenterologem. Je-li stav spojen se závažnou stresovou zátěží nebo je-li přítomna evidentní psychopatologie, přetrvávají-li depresivní stavy přes terapii antidepresivy, event. zvažujeme-li doplňkovou psychoterapeutickou léčbu, je vhodná konzultace psychologa či psychiatra.

9. PROGNÓZA

Prognóza onemocnění s ohledem na přežití (quoad vitam) je dobrá, prognóza se zřetelem k vyléčení (quoad sanationem) ovšem nejistá. Onemocnění významně snižuje kvalitu života, která je pak srovnatelná s některými závažnými chronickými organickými chorobami. Onemocnění není (ve srovnání s všeobecnou populací) spojeno s vyšší mortalitou. Pacienti s obtížemi trvajících déle než dva roky mají nižší šanci na dosažení remise. Horší prognózu mají také nemocní s nižším vzděláním a vyšší psychickou zranitelností. S postupujícím věkem se obtíže dráždivého tračníku většinou částečně zmírňují, horší kvalita života však přetrvává, event. se prohlubuje.

10. POSUDKOVÁ HLEDISKA

Vzhledem k začátku obtíží v mladém věku a významnému snížení kvality života může dráždivý tračník významně ovlivňovat také pracovní schopnost lidí v produktivním věku. Posouzení pracovní neschopnosti u pacienta s dráždivým tračníkem je individuální s ohledem na míru obtíží, charakter pracovního zařazení, náročnost duševní nebo fyzické zátěže a společenské aspekty.

Tabulka č. 1: Alarmující známky

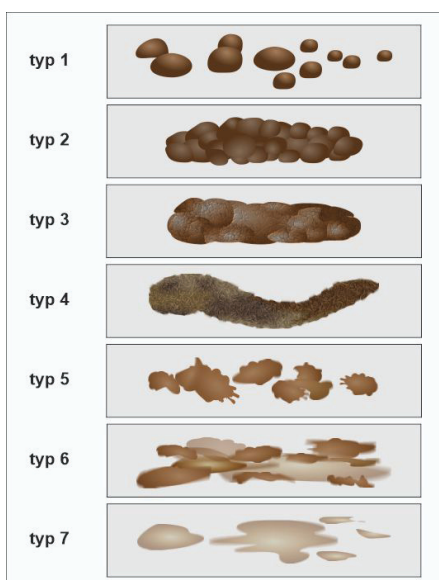
Nově vzniklé obtíže ve věku nad 45 let
Nevysvětlitelný úbytek hmotnosti
Trvalé bolesti břicha
Krev ve stolici
Noční průjmy
Subfebrilie
Neobjasněná hypochromní anemie, vyšší CRP nebo fekální kalprotektin
Nález při fyzikálním vyšetření

Tabulka č. 2: Charakteristiky pacienta svědčící spíše pro funkční poruchu

Dlouhá anamnéza obtíží
Začátek obtíží v mládí
Bezpriznakové intervaly
Přítomnost nepříznivých sociálních faktorů
Časté konzultace pro funkční problémy v praxi
Dříve pozorovaná tendence k somatizaci psychických obtíží
Nedávné prožití významné životní události
Ženské pohlaví
Vegetativní stigmata
Neurotické projevy a neurotická odpověď na stres

Tabulka č. 3: Charakteristiky pacienta svědčící spíše proti funkční poruše

Izolované symptomy
Specifické symptomy
Charakteristické symptomy a projevy
Stálá lokalizace symptomů
Jen omezené zmírňující nebo zhoršující faktory
Jasně periody zhoršení a zlepšení
Možná identifikace dominantního problému
Jasný a jedinečný popis příznaků
Dobře definovaný efekt specifické léčby



Bristolská klasifikace vzhledu stolice (Bristol stool chart)

- Typ 1: velmi tuhá bobkovitá stolice (defekovaná ve více částech)
 Typ 2: velmi tuhá stolice (defekovaná v jedné části)
 Typ 3: pevná tuhá stolice s drobnými prasklinami na povrchu (defekovaná v jedné části)
 Typ 4: pevná měkká hadovitá stolice s hladkým povrchem (defekovaná v jedné části)
 Typ 5: kouskovaná měkká stolice s ostře tvarovanými okraji jednotlivých částí
 Typ 6: kašovitá stolice
 Typ 7: vodnatá stolice bez pevných částí

Převzato z Rejchrt S, Bureš J. Funkční poruchy gastrointestinálního ústrojí (s. 175-200). In: Zavoral M (ed). Mařatková gastroenterologie. Praha: Karolinum, 2020.

Autorka kresby Hana Kotlandová.

Léky a léčivé přípravky používané v léčbě dráždivého tračníku v České republice

Léková skupina	Léčivá látka	Léčivý přípravek	Dávkování
SPASMOLYTIKA + DEFLATULENCIA	alverin + simetikon	METEOSPASMYL	60 mg 2–3× denně
SPASMOLYTIKA	mebeverin	DUSPATALIN R	200 mg 2× denně
	otilonium bromid	SPASMOMEN	40 mg 2–3× denně
	drotaverin	NO-SPA	Inj. 20 mg, tbl 80-120 mg 2–3× denně, max 240 mg
	butylskopolamin	BUSCOPAN	10–20 mg 3–5× denně
DEFLATULENCIA	simetikon	ESPUMISAN	40–300 mg 3–4× denně
	dimetikon	SAB-SIMPLEX	76–115 mg každých 4–6 hodin
PSYCHOFARMAKA	Atypická neuroleptika		
	Sulpirid	PROSULPIN SULPIROL DOGMATIL	76–115 mg každých 4–6 hodin
	Tricyklická antidepresiva		
	Amitriptylin	AMITRIPTYLIN	25-50 mg 2x denně
	Nortriptylin	NORTRILEN	25-50 mg 2–3x denně
	SSRI antidepresiva		
	Fluoxetin, Citalopram, Paroxetin, Sertralin, Fluvoxamin		
LAXATIVA	Objemová laxativa		
	Indická vláknina	PSYLLIUM	
	Osmoticky působící laxativa		
	Polyethylenglykol	FORLAX	10–20 g 1x denně
	Lactulosa	DUPHALAC*sirup LACTULOSE*AL sirup LACTULOSA Sandoz LACTULOSA BIOMEDICA sirup	
ANTIDIARHOIKA	Antipropulsiva		
	Loperamid	IMODIUM tob. 2mg LOPERON tbl. efferv. 2mg, cps 2mg	Max. 1-6 tobolek denně
	Kombinovaná antipropulsiva		
	Loperamid 2mg + Simeticon 125mg	IMODIUM PLUS žvýkáci tbl.	Max. 4 tablety denně, nejd. max. 2 dny
	Střevní antiinfektiva		
	Rixamixin	NORMIX tbl.	10-15mg/kg tělesné váhy ve 2,3-4 dávkách
	Cloroxin	ENDIARON	3x denně 250 mg

KLINICKY SUSPEKTNÍ DRÁŽDIVÝ TRAČNÍK

bolesti břicha se vztahem k defekaci, změnou ve frekvenci, vzhledu nebo konzistenci stolice

VŠEOBECNÝ PRAKTICKÝ LÉKAŘ

Anamnéza
Fyzikální vyšetření

Laboratorní vyš. :

KO + diferenciál, glykémie, urea, kreatinin, bilirubin, ALT, GGT, ALP, celková bílkovina, albumin, CRP, moč chemicky + sediment

u průjmu protilátky proti tkáňové transglutamináze a fekální kalprotektin, stolice na bakteriologické vyšetření a parazity

UZ břicha, gynekologické vyšetření

Dráždivý tračník spíše ne

věk > 50 let
pozitivní rodinná anamnéza
úbytek hmotnosti
trvalá bolest břicha
krev ve stolici
noční průjmy
subfebrilie
neobjasněná hypochromní anémie, vyšší CRP, fekální kalprotektin
nálezy při fyzikálním vyšetření

KOLOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ
ev. konzultace GASTROENTEROLOG

Dráždivý tračník spíše ano

věk < 50 let,
začátek obtíží v mládí
intervaly bez obtíží
vegetativní stigmata
neurotické chování a reakce na stres
časté konzultace pro funkční problémy
tendence k somatizaci obtíží
nepříznivé psychosociální faktory

DRÁŽDIVÝ TRAČNÍK

J
I
N
Á

D
I
A
G
N
Ó
Z
A

Pohovor
Dietní a režimová opatření
Terapie podle hlavních symptomů

3–4 týdny

Psychopatologie

Psychoterapie

Vyhodnocení stavu pacienta
Změna nebo pokračování terapie podle efektu
Dif. dg pochyby, potřeba ujištění pacienta

kontinuálně

Vyhodnocení stavu pacienta
Změna nebo pokračování terapie podle efektu
Dif. dg pochyby, potřeba ujištění pacienta

DOPORUČENÁ LITERATURA

Minguez Perez M, Benages Martinez A: The Bristol scale - a useful system to assess stool form? Rev Esp Enferm Dig 2009, 101(5):305-311.

Drossman DA, Hasler WL: Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. Gastroenterology 2016, 150(6):1257-1261.)

Heidelbaugh J, Hungin P, and the Rome IV Primary Care Committee: ROME IV Functional Gastrointestinal Disorders for Primary Care and Non-GI Clinicians, Rome Foundation, ISBN 978-0-9907915-8-4

Diagnosis and management of irritable bowel syndrome in adults in primary care: summary of nice guidance. Bmj 2015, 350:h1216.

Quigley EM, Fried M, Gwee KA et al: World Gastroenterology Organisation Global Guidelines Irritable Bowel Syndrome: A Global Perspective Update September 2015. J Clin Gastroenterol 2016, 50(9):704-713.

Ford AC, Moayyedi P, Chey W, Harris LA et al: American College Of Gastroenterology Monograph On Management Of Irritable Bowel Syndrome. Am J Gastroenterol 2018, 113(Suppl 2):1-18.D

Moayyedi P, Andrews CN, MacQueen G et al: Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline for the Management of Irritable Bowel Syndrome (IBS). J Can Assoc Gastroenterol 2019, 2(1):6-29.

Rejchrt S, Bureš J. Funkční poruchy gastrointestinálního ústrojí (s. 175-200). In: Zavoral M (ed). Mařatkova gastroenterologie. Praha: Karolinum, 2020.

Juřica J, Kroupa R. Farmakoterapie dráždivého tračníku. Prakt. Lékáren. 2017; 13(2): 52-59

Ford AC, Lacy BE, Talley NJ. Irritable Bowel Syndrome. N Engl J Med. 2017 29;376(26):2566-2578.

Tisk podpořen firmou



Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Sokolská 31, 120 00 Praha 2

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN 978-80-88280-14-9



© 2019, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP