

FUNKČNÍ PORUCHY HORNÍ ČÁSTI TRÁVICÍHO TRAKTU Z POHLEDU SPECIALISTY

prof. MUDr. Aleš Hep, CSc., as. MUDr. Jiří Dolina, Ph.D.

Interní klinika gastroenterologická, FN Brno

Funkční poruchy horní části GIT jsou v ambulantní praxi velmi frekventované a jejich přesná diagnostika pouze na základě klinického vyšetření je prakticky vyloučena. Subjektivní symptomatologie může být velmi podobná při zcela odlišné vyvolávající příčině stavu nejen funkční z oblasti GIT, ale přeneseně z jiných systémů (např. systém pohybový, kardiovaskulární, oblast gynekologická apod.). Pokud nelze ambulantně stav upravit maximálně do 3 týdnů, je potřebné vyšetření specialistou.

Klíčová slova: jícen, žaludek, funkční porucha, diagnostika, symptomatologie.

FUNCTIONAL DISORDERS OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT – GASTROENTEROLOGIST VIEW

Functional GIT disorders are not distinct stable entities, but show considerable variations in predominant symptom pattern over time. Functional disorders are very frequent maladies with high impact on quality of life. They are not isolated problems of the GIT, but characteristically include different extraintestinal symptoms as well.

Key words: Oesophagus, stomach, functional disorder, diagnostic, symptomatology.

Diferenciální diagnostika funkčních poruch trávicího traktu (GIT) je obtížná zejména kvůli frekvenci výskytu v populaci. V ambulanci praktického lékaře je detailní diagnostika vyloučena a rovněž je nemožné všechny nemocné odeslat přímo do rukou specialisty. Zcela převažující množství funkčně nemocných zůstává proto v péči primární linie a je uměním medicinským a lidským odčlenit z nich část vyžadující detailnější diagnostiku etc... Obecné pravidlo nebude existovat nikdy. S narůstající dobou přetrvávání potíží bez jejich detailního došetření stoupá riziko pozdní správné diagnózy a vyčkávání na alarmující příznaky (hubnutí, anémie, etc.) je riskantní.

Protože nelze ve vymezeném rozsahu sebrat plnou škálu funkčních poruch horního GIT, soustředíme se na ty nejfrekventnější.

Poruchy polykání

Dysfagie – je relativně nejčastějším projevem dysmotility jícnu.

Je vyjádřením pocitu váznutí nebo zpomalení pasáže sousta v jeho průběhu. Klasicky dysfagii dělíme na

- a) **orofaryngeální** nejčastěji v důsledku dysfunkce neuromuskulárních mechanismů dutiny ústní, faryngu a UES z příčin:
- svalových (polymyositida, paranaoplastické syndromy, etc.),
 - neurologických (myastenia gravis, sclerosis multiplex, etc.),
 - strukturálních (Zenkerův divertikl, orofaryngeální tumory, etc.),
 - iatrogeních (nežádoucí vliv neuroleptik, etc.),
 - infekčních (difterie, botulizmus, etc.),

– metabolických (amyloidóza, thyrotoxikóza, etc.),

b) **jícnovou**, která je vyjádřením zpomalení pasáže bolusu jídla nebo jeho stázou v těle jícnu na podkladě:

- obstrukce pasáže zevnitř či zvenčí nebo
- poruchy neuromuskulárních mechanismů (dysmotilita)

c) **paradoxní**, kdy nejdříve vážne polykání tekutin

d) **typická** s postupným progresem od tuhé po tekutou stravu

Příčiny jícnové dysfagie

- neurogení – metabolické
- vertebrogení – tumory
- vrozené odchylky a divertikly – zánětlivá onemocnění
- chemické vlivy – traumata
- mechanický tlak zevně (tumory mediastina, plic, aberantní cévy)

Odynofagie – bolestivé polykání, většinou spojené s dysfagií. Bolest bývá vázaná na jícnovou fázi polykacího aktu. Nejčastěji se manifestuje u spastických typů dysmotility jícnu, (difúzní spasmus jícnu nebo vigorózní achalazie). Dále pak při plísňovém postižení jícnu nebo ulceracích.

Regurgitace – zpětný návrat obsahu jícnu do úst, mnohdy v kombinaci s pyrozou. Velmi často se vyskytuje např. při achalazii, refluxní nemoci jícnu nebo u hiátových hernií.

Pyroza (často současně se vyskytující příznak) – pálivý, intenzivní pocit za sternem, často s propagací kraniálně. Je projevem refluxu většinou kyselého (ale není podmínkou)

obsahu žaludku do jícnu. Paradoxně se vyskytuje i u achalazie, typicky pak u refluxní nemoci. CAVE akutní ischemie koronární!

Ructus (vyříhávání) – v podstatě regulační mechanismus, který upravuje velikost žaludeční bubliny. Četnější epizody jsou spíše neurotickým rysem.

Singultus (nepatří k poruchám polykání, ale může být průvodným jevem), reflexní, opakující se projev dráždění bráničního nervu, jehož aferentace je zakončena v dýchacím centru s eferentním vyústěním v bránici. Příčinami mohou být:

- procesy CNS (tumory, záněty, ale i epilepsie)
- periferní příčiny (mechanické vlivy stravy, hepatomegalie, splenomegalie, pleuritida či subfrenické procesy).

Základním vyšetřením je horní endoskopie, kterou je dle klinického stavu možno doplnit rtg polykacího aktu, endosonografií jícnu nebo pH-metrií (zejména jsou-li provedena vyšetření negativní).

Relativně málo používané, ale velmi cenné vyšetření je scintigrafie jícnu, provedená radionuklidem značenou tekutinou nebo tuhovou stravou. Dovoluje získat exaktní informace o průchodu obsahu jícnem za vůbec nejfyziologičtějších podmínek. Manometrie a další vyšetření jsou pak otázkou speciální. Součástí vyšetření je indikované provedení rtg krční páteře včetně projekce na AO skloubení.

Fakta, na která by měl kliník vždy pomyslet

- „globus hystericus“ není i při tzv. „typickém“ popisu vždy projevem zvýšené psy-

- chické tenze, ale může mít i morfologický podklad (spasmus hlubokých šijových svalů apod.)
- pyroza prakticky vždy spojená s dysmotilitou jícnu není nutně projevem žaludečního „překyselení“, ale může se vyskytovat i u achlorhydrie
- paradoxní dysfagie není tak řídkým jevem, jak se povětšinou předpokládá
- i těžší porucha motility jícnu (zejména změna propulzivní peristaltiky) může být dlouho subjektivně němá a může se projevit až extraesofageálními známkami refluxní nemoci jícnu (recidivující záněty ORL, respiračního traktu, zvýšenou kazivostí zubů apod.)
- zejména ve vyšším věku je dysmotilita jícnu často asymptomatická
- spastické stavy jícnu jsou subjektivně prakticky neodlišitelné od stenokardií
- objektivizace internitních spasmů jícnu, zejména ambulantní, je technicky dosti náročná a t.č. na území státu nevyšetřitelná
- vertebrogení příčina dysfagií se neprojevuje pouze mechanickým útlakem, jak se povětšinou předpokládá, nemusí mít nutně rtg prokazatelný morfologický podklad, ale může být pouze projevem funkčních změn pohybového systému a následných reflexních vztahů
- „iatrogení“ vlivy na motilitu jícnu (nitráty, spasmolytika, blokátory kalciového kanálu) nebývají nemocnými adekvátním způsobem registrovány a snadno dochází k jejich přehlédnutí
- je malá mezioborová návaznost při extraesofageálních projevech jícnové dysmotility (ORL, TRN, stomatologie), podstatně zlepšena je návaznost na pediatrii a alergologii

Bolesti v epigastriu

Velká část nemocných pouze obtížně popisuje charakter obtíží a mnoho z nich i přesnější souvislosti třeba ve vztahu k jídlu či pohybu. Názorová nejednotnost panuje i v odborných kruzích. Dle římských kritérií z r. 1998 je za **dyspepsii** pokládána: „*rekurující nebo chronická bolest či dyskomfort v horní části břicha trvající nejméně 3 měsíce*“.

Dle názoru klasika české gastroenterologie prof. Mařatky je definice matoucí, protože:

- nerozlišuje příznak a nemoc
- směšuje dyspepsii a bolest
- požaduje lokalizaci v nadbřišku
- neuvádí závislost na jídlu a dietě.

Stručně řečeno za dyspepsii je pokládána jakákoliv trávicí nebo břišní potíže.

V českém písemnictví jsou tradičně za dyspepsii pokládány obtíže spojené s trávením v žaludku (žaludeční) a ve střevě (střevní). Na rozdíl od jiných obtíží dyspepsie:

- závisí na činnosti trávicích orgánů (na jídle, defekaci)
- bývá provázena zjevnými příznaky trávicí poruchy (zvracením, průjmem, zácpou, říháním apod.)
- bývá závislá na druhu stravy.

Pokud udává pacient zároveň bolest, je spíše předpokládána organická než funkční příčina.

Horní funkční dyspepsie v pojetí Mařatkové a dle římské klasifikace II (-termín v závorce) je následující:

- dráždivý žaludek (ulcer-like dyspepsia)
- chabý žaludek (dysmotility-like dyspepsia)
- atypické tvary (non-specific dyspepsia).

Odlišení funkčních a organických obtíží v epigastriu je velmi obtížné. Příčinou dyspeptických obtíží mohou být příčiny organické (peptický vřed, zánět jícnu, onemocnění žlučníku, pankreatu, střev, změny polékové na sliznici a pod.).

Odlišujeme proto dyspepsii

- nevyšetřenou** – organická nebyla vyloučena
- organickou** – způsobena organickým postižením GIT
- druhotnou** – příčina je mimo trávicí trakt např. oblast gynekologická, urologická, psychogenní, metabolická, endokrinní
- změny funkční.**

Každá teoretická úvaha ale ztrácí na ceně, nemá-li praktický dopad.

Základním požadavkem je zbytečně neprodužovat dobu stanovení diagnózy choroby, která by mohla nemocného zásadně ohrozit na zdraví nebo životě. Rozumná časová hranice je přibližně 3 týdny.

Za nezbytné vyšetření při přetrvávajících trávicích obtížích pokládáme gastrokopii a abdominální sonografii s důrazem na vyšetření celého břicha a základní vyšetření biochemická a hematologická. V ČR nejsou stanovena indikační kritéria pro gastrokopii. Pro ilustraci uvádíme kritéria britské společnosti pro gastroenterologii z r. 1996, spíše pro orientaci čtenáře. Sami se domníváme, že jsou značně omezující a tyto limity nemusí být pro pacienta vždy přínosné.

- dyspeptický pacient s následujícími alarmujícími symptomy nebo znaky
 - nechtěný váhový pokles
 - hyposideremická anémie
 - gastrointestinální krvácení
 - dysfagie nebo odynofagie, (polykací akt s baryem pokládán za lepší !)
 - předchozí chirurgický výkon na žaludku
 - přetrvávající zvracení
 - rezistence v epigastriu

- podezřelý nález na rtg kontrastním vyšetřením
- předchozí žaludeční ulcerace nebo medikace NSAID
- bolest v epigastriu vyžadující hospitalizaci.
- B)** pacient nad 45 let věku s náhle vzniklou dyspepsií
- C)** pacient pod 45 let věku s dyspepsií s pozitivním neinvazivním testem na *Helicobacter pylori*.

Pro klinickou praxi lze navrhnout následující postup

V ČR, kde jsou náklady na provedení **gastrokopie** v porovnání k západním státům nesrovnatelně nižší, by měla být provedena gastrokopie u každého nemocného. Díky značné pestrosti klinických obtíží nelze na základě anamnestických údajů provést bezpečnou diferenciální diagnózu ani mezi refluxní chorobou jícnu a vředovou chorobou gastroduodena, o dalších ani nemluvě.

Abdominální sonografické vyšetření je zcela nezbytné, neboť dyspeptické obtíže mohou být prvou známkou jak funkční poruchy, tak třeba i neoplazie pankreatu, malignit gynekologické oblasti, ledvin či prostaty.

Vyšetření laboratorní: moč+sed, KO, urea, kreatinin, glykemie, Bi, AST, ALT, GMT, ALP, amyláza v séru a moči, sérová lipáza, CRP.

Je-li byt jen náznak anamnestické nejasnosti, je u žen ve fertilním věku mnohdy přínosné vyšetření HCG.

Dle charakteru obtíží doplňujeme další, již speciální vyšetření:

- cholescintigrafii** (HIDA) – je-li podezření na zhoršenou evakuaci žlučníku, dyskinézu žlučových cest, ať po CHE či bez ní, nebo podstatnější duodenogastrický reflux.
- vyšetření rychlosti evakuace žaludku** (vyšetření radionuklidem značenou stravou nebo tekutinou) – předpokládáme-li změnu rychlosti evakuace žaludku. Ani tak základní anamnestický údaj, jakým je pocit stagnace stravy v žaludku, nemusí odpovídat realitě.
- indikované případy doplní **kolonoskopie** a další speciální vyšetření dle klinického stavu.

Mnohé nejasné potíže zejména proměnlivého charakteru a intenzity bez patrnější závislosti na stravě jsou podmíněny pohybovým aparátem, a proto je nutno provést i **rtg vyšetření páteře**, zejména k vyloučení významných organických změn. (Velmi zádná může být např. bolestivost části dolní hrudní páteře při onemocnění pankreatu – Boasovo znamení)

Značně rozsáhlé diskuze byly a jsou vedeny k otázce, zda **eradikovat, či nikoli Helicobacter pylori**. Většina odborníků se kloní k závěru, že u dyspeptických obtíží bez orga-

nického nálezu nelze po eradikaci H.p. očekávat klinické zlepšení stavu. Mnohé studie ale dokládají, že ponechání H.p. vede nakonec k vyšším finančním nákladům na diagnostiku i léčbu v intervalu do 5 let a významně častěji lze očekávat manifestaci vředové léze nebo bulbitidy ve stejném období.

Na druhé straně H.p. působí protektivně na rozvoj erozí při GERD, ale přispívá k jícnové hypersenzitivitě. Je převaha H.p. pozitivních nemocných s nonerozivní GERD, kteří vykazují častěji dyspepsii a známky zánětu v proximálním žaludku. Metodika „test and treat“ nebyla v ČR obecně přijata.

Literatura

1. Ask P, Tibbing L. Effect of time interval between swallows on esophageal peristalsis Am. J. Physiol., 1980; 238: G485–G490.
2. DeMeester TR. Long – term Measurement of Esophageal pH Motility, 1993; 24: 4–6.
3. Goldman J. Gastroesophageal Reflux and Asthma Motility, 1990; 10: 4–6.
4. Hep A, Lukáš L, Charvátová E, a kol. Dyspepsie horního typu v: Aktualizované doporučené postupy pro praktické lékaře Petronius, Praha. 2003.
5. Kazem I. A new scintigraphic technique for the study of the esophagus Amer. J. Roentgenol., 1972; 115: 681–688.
6. Lewit K. Manipulační léčba. J.A. Barth Verlag, 1996; 347.
7. Lukáš K, a kol. Funkční poruchy trávicího traktu Grada, Praha 2003.
8. Mařatka Z. Praktická gastroenterologie Praha, SZN 1968.
9. Mařatka Z. Gastroenterologie Praha, Karolinum 1999.
10. Nansel D, Szalak M. Somatic dysfunction and the phenomenon of visceral disease simulation: A probable explanation for the apparent effectiveness of somatic therapy in patients presumed to be suffering from true visceral disease. J Manipulative Physiol Ther., 1995; 18: 379–397.
11. Prášek J, Dítě P. Normální hodnoty dynamické scintigrafie jícnu Slov Radiol., 1999; 1, 6: 57–59.
12. Richter JE. Atypical Presentations of Gastroesophageal Reflux Disease Motility, 1996; 34: 7–10.
13. ROME II. A Multifunctional Consensus Document on Functional Gastrointestinal Disorders, GUT, 1999; 45: S II.
14. Yamada T. Gastroenterology Lippincott Williams, Philadelphia 1999.
15. Zbojan L. Chrbtica a vnitřní choroby Voj zdrav listy, 1970; 3: 110–111.