

Zácpa a její léčba v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Ilja Tachecí, Ph.D.

2. interní gastroenterologická klinika – LF UK a FN Hradec Králové

Zácpa je definována jako méně časté (< 3× týdně) a obtížné vyprazdňování tuhé stolice. Jedná se o relativně časté onemocnění postihující až 17 % populace. Pokud je zácpa symptomem jiného základního onemocnění, hovoříme o zácpě sekundární, primární zácpa je způsobena poruchou motility střeva nebo poruchou na úrovni anorekta. Diagnostika je zaměřena na vyloučení organické příčiny zácpy. Terapie je založena na léčbě základního onemocnění u sekundární zácpy, úpravě diety (vláknina, dostatek tekutin) a podávání laxativ u zácpy primární.

Klíčová slova: zácpa, syndrom líného střeva, anismus, laxativa.

Constipation and its treatment in the general practitioner

Constipation is defined as uncommon (< 3× per week) and difficult emptying of tough stool. Constipation is a relatively common disorder affecting up to 17% of the population. Secondary constipation is based on another underlying disease, primary constipation is caused by impaired intestinal motility or disorder of anorectal segment. Diagnosis is focused on the exclusion of organic causes of constipation. Treatment of secondary constipation is based on affecting the underlying disease. The diet modification (fiber, plenty of fluids) and use of laxatives are the basic approaches in primary constipation cases.

Key words: constipation, colonic inertia, anismus, laxatives.

Med. praxi 2013; 10(6–7): 231–234

Zácpa bývá častým důvodem konzultace v ordinaci praktického lékaře. Odhaduje se, že zácpou trpí až čtvrtina všech obyvatel Evropy, pouze menší část ji ovšem vnímá jako důvod návštěvy lékaře. Poruchy vyprazdňování (nikoli zácpa) se vyskytují intermitentně u většiny dospělé populace a jsou převážně vázány na změny dietních zvyklostí a změnu prostředí.

Definice zácpy

Jednotná a všeobecně akceptovaná definice zácpy dosud neexistuje. Problematické je především objektivní posouzení subjektivního hodnocení množství, frekvence a formy stolice. Opakovaně byly publikovány práce prokazující pouze minimální korelaci mezi těmito subjektivními kritérii a „objektivně“ definovatelnými nálezy různých vyšetřovacích metod (hodnocení tranzitního času, funkční vyšetření anorekta) (1–3).

Z praktického hlediska definujeme zácpu jako méně časté (< 3× týdně) a obtížné vyprazdňování abnormálně tuhé stolice. Komplexnější a sofistikovanější je definice primární (funkční) zácpy podle **Římských kritérií III** (4). Diagnóza zácpy zahrnuje splnění minimálně dvou kritérií, která jsou přítomna alespoň tři poslední měsíce, přičemž první příznaky musely být přítomny již před půl rokem: méně než tři stolice týdně, obtížné vyprazdňování (> 25 % defekací), tuhá stolice (> 25 % defekací), pocity překážky v anorektální oblasti (> 25 % defekací), pocit nedostatečného vyprázdnění (> 25 % defekací), nutnost použití manuálních manévru při vyprazdňování

(> 25 % defekací). Současné je podmínkou nutnost užívání laxativ a absence přítomnosti kritérií pro dráždivý tračník (syndrom dráždivého tračníku s převažující zácpou).

Epidemiologie zácpy

Zácpa postihuje celosvětově až 17 % populace, cca 2 % populace trpí zácpou dlouhodobě. Prevalence zácpy se zvyšuje s věkem, v 65 letech dosahuje až 40 %. Ženy trpí zácpou zhruba 2–3× častěji (5–6). Mezi rizikové faktory zácpy patří nižší fyzická aktivita, depresivní syndrom, nízký kalorický příjem, nižší ekonomické postavení a nízká vzdělanost.

Klasifikace a etiologie zácpy

Z praktického pohledu je racionální dělení zácpy na **akutní** (náhle vzniklé) a **chronickou** (trvající alespoň 12 týdnů v průběhu posledního roku). Podle etiologie dále klasifikujeme zácpu na primární a sekundární, přesto že je příčin často několik a vzájemně se kombinují.

Primární zácpa (nebo také idiopatická, funkční, habituální zácpa) vzniká na podkladě:

- poruch střevní motility – **syndrom líného střeva, tzv. Laneův nebo Arbutnot-Laneův syndrom, inertní tračník**
- poruch mechanismu/ů defekace v oblasti pánevního dna či anorektální oblasti (**terminální zácpa, anismus**)
- neznámé příčiny u jedinců s normální motilitou tračníku

Sekundární zácpa (symptomatická) má naproti tomu jednoznačnou příčinu:

- v anatomických změnách tračníku (stenózy, tumory, divertikulóza, **obstrukční defekační syndrom** nejčastěji na podkladě rektokély apod.)
- ve změně diety
- v léčbě (NSAID, antidepresiva, opiáty, antacida, anticholinergika, blokátory Ca kanálu)
- v systémovém onemocnění (endokrinní a metabolické choroby: hypotyreóza, hyperparatyreóza, hyperkalcemie, hypokalcemie, diabetes mellitus; neurologické choroby: cévní mozková příčina, míšní léze, Hirschprungova choroba, Parkinsonova choroba; gravidita; systémové choroby pojiva: amyloidóza, sklerodermie)

Klinický obraz

Zácpa bývá často jediným symptomem, nebo bývá sdružena s nespecifickými pocity plnosti a tlaky v břiše. U nemocných s terminální zácpou či s obstrukčním defekačním syndromem častěji pozorujeme pocity nedokonalého vyprázdnění s nutností digitální evakuace stolice, tenesmy, nebo pocity plnosti a bolesti při vyprazdňování. Křečovitě bolesti břicha mohou být ve spojení s plynatostí a tzv. spastickou zácpou součástí syndromu dráždivého tračníku, který je potřeba od vlastní zácpy striktně oddělovat. Vyprazdňování je nejen bolestivé, ale i velice namáhavé, stolice je hrudkovitá, rozkouskovaná, případně stužkovitá s příměsí hlenu, ale i jasně červené krve. Po defekaci chybí pocit úlevy. Vždy je nutné také věnovat zvýšenou pozornost přítomnosti tzv. varovných známek (významný

a nevysvětlitelný váhový úbytek, anemie či známky krvácení do GIT, bolesti břicha, rezistence při fyzikálním vyšetření břicha) či symptomů komplikací, jako jsou zástava větrů, křečovitá bolest břicha a zvracení. V těchto případech by měla následovat relativně rychlá a dostatečně průkazná diagnostika (včetně eventuálního zařazení invazivnějších procedur) s cílem vyloučení náhlé příhody břicha či maligního onemocnění.

Diagnostika zácpy

Základem správné diagnostiky je anamnéza se zvláštním důrazem na **defekační zvyklosti** nemocného a jejich změny, detailní popis defekace spolu se všemi manipulacemi a rituály vedoucími k uspokojivému vyprázdnění, časové charakteristiky obtíží. Pro funkční zácpu je charakteristický začátek v dětství nebo mladší dospělosti a přítomnost dalších psychologických či sociálních faktorů. Maligní onemocnění je třeba prioritně vylučovat u krátké anamnézy zácpy, nemocných starších 50 let, zejména ve spojení s přítomností tzv. varovných symptomů. Součástí anamnézy musí být také změny **režimových a dietních zvyklostí** (včetně rozboru množství a tolerance vlákniny ve stravě a pitného režimu), **změny medikace** (se zaměřením na léčbu s vedlejšími účinky ve formě zácpy) a základní **psychologický profil** nemocného. Psychické a fyzické týrání, včetně sexuálního zneužívání v dětství, může být příčinou úporné zácpy v dospělosti.

Součástí klinického vyšetření musí být u pacientů se zácpou vždy **vyšetření per rectum** s orientačním zhodnocením tonu análních svěračů, přítomnosti rezistence či stenózy, přítomnosti a charakteru stolice. Při inspekci perianální oblasti se zaměřujeme na možná ústí píštělí. Již při prostém zatlačení na stolicí lze v průběhu fyzikálního vyšetření potvrdit přítomnost rektokély či prolapsu rekta.

V případě klinického podezření na sekundární zácpu je na místě indikace **laboratorních testů** (krevní obraz, glykemie, hormony štítné žlázy, mineralogram včetně hladiny kalcia, CRP, urea a kreatinin, albumin) a soubor zobrazovacích metod vylučujících nejčastější příčiny symptomatické zácpy. U dospělých nemocných (ve věku nad 45 let věku) musíme vždy zvažovat provedení **koloskopického vyšetření**. Koloskopii indikujeme neodkladně především při pozitivní rodinné anamnéze, v přítomnosti varovných známek nebo při náhlé změně defekačních zvyklostí. Na druhou stranu je potřeba si také uvědomovat rizika spojená s koloskopickým vyšetřením (riziko kardiovaskulárních komplikací,

perforace, krvácení), koloskopie provedená u mladého nemocného se zácpou jako jediným symptomem je málokdy přínosná. Další specializovaná vyšetření jsou indikována většinou spíše specialistou – gastroenterologem.

Pasáž rtg kontrastních značek (např. nastříhaná rtg kontrastní kanyla) gastrointestinálním traktem (**vyšetření tranzitního času**) je vyšetření probíhající po polknutí těchto značek a následném sledování jejich postupu trávicím traktem pomocí rtg snímků břicha provedených v pravidelných časových intervalech (3–6–12–48 a 72 h po aplikaci). Vyšetření je využitelné především k potvrzení pomalejší pasáže GIT a odlišení od poruchy na úrovni rektotoanálního segmentu (zde je jako další vyšetření indikována defekografie). Zároveň umožňuje odlišení generalizované intestinální hypomotility od tzv. líného tračníku (kolonické hypomotility). Dle dostupnosti je možné vyšetření transitu provádět také scintigraficky s použitím radiofarmaka s dlouhým poločasem rozpadu. Rtg vyšetření defekačního aktu (tzv. **defekografie, defekace baryové pasytypod skioskopickou kontrolou**) indikujeme při podezření na poruchu funkce pánevního dna a rektotoanálního segmentu. Vyšetření pomáhá identifikovat potenciálně chirurgicky řešitelné, anatomické příčiny zácpy (pokles pánevního dna, rektokélu, sigmoideokélu, enterokélu, rektální intususcepci či prolaps), spasticitu m. puborectalis a zhodnotit přítomnost a velikost postdefekačního residua. Funkční vyšetření anorektální oblasti pomocí **anorektální manometrie** (vyšetření tlakových poměrů v oblasti análních svěračů, přítomnosti či absence rektotoanálního inhibičního reflexu a zhodnocení senzorické funkce rekta) má v diagnostice zácpy pouze omezený význam. Provádíme ho především v dětském věku a u mladších nemocných s cílem vyloučit Hirschprungovu chorobu.

Terapie zácpy

Základem léčby sekundární zácpy je ovlivnění základního onemocnění, u primární zácpy je na prvním místě soubor režimových a dietních opatření. Teprve po jejich selhání (žádný nebo minimální efekt po dobu 2 měsíců) je na místě zahájení farmakologické léčby.

U nemocných se zácpou doporučujeme zvýšit příjem vlákniny (nestravitelná část rostlinné potravy, která po požití vstřebává vodu a bobtná a podporuje motilitu gastrointestinálního traktu). Doporučujeme příjem až 30 gramů vlákniny za den (z hlediska obsahu vlákniny jsou nejvhodnější pšeničné otruby obsahující na 100 g až 45 g vlákniny). Výhodou tekuté

vlákniny je její lepší tolerance. Zvýšený příjem vlákniny je potřeba doplnit vyšším příjmem tekutin (až 3 litry pro dospělé jedince). Režimová opatření zahrnují především vyšší fyzickou aktivitu a nácvik defekačního reflexu. Klasická je edukace podle prof. Mařatky (7): Nemocný vypije večer před spaním 3 dcl salinického projímadla nebo projímavé minerální vody. Ráno po probuzení vypije 1/3 litru chladné vody nebo salinického projímadla. Za půl hodiny se nasnídá a zavede glycerinový čípek. Jakmile se dostaví nucení na stolicí, pokusí se o defekaci. Na toaletě zaujme nejlépe polohu „na bobku“ s přitáženými stehny k břichu. Tak, jak se postupně dosahuje spontánní defekace, ubírají se jednotlivé komponenty nácviku.

K léčbě zácpy jsou v současné době k dispozici pouze laxativa, účinná prokinetika s efektem na motilitu tračníku bohužel na trhu nejsou. Podle mechanismu účinku dělíme laxativa do několika skupin. Účinek **objemových laxativ** je nejbližší fyziologickým mechanismům, působí jako běžná rostlinná látka. Vhodná jsou především u lehčích forem zácpy. Fyziologický efekt mají také některá **osmotická laxativa**, jedná se o osmoticky aktivní látky udržující vodu ve střevním lumen nebo stimulující sliznici k přesunu vody a minerálů. Řadíme mezi ně iontové roztoky (síran hořečnatý, fosfát sodný), polyetylglykol (Forlax®) a laktulózu (Duphalac®). Laktulóza je syntetický disacharid (fruktóza a galaktóza). Mimo účinku laxativního je výhodou také její efekt prebiotický. Laktulóza působí jako substrát pro některé bifidobakterie, které ji prokvašují. Hlavními odpadními produkty jsou mastné kyseliny s krátkým řetězcem sloužící jako snadno vstřebatelný zdroj energie sliznice tračníku. Vyšší množství bifidobakterií a snížení pH stolice inhibuje růst patogenů. **Laxativa kontaktní (stimulační)** jsou jednou z nejužívanějších skupin laxativ vůbec. Kontaktní laxativa jsou nevstřebatelná a působí přímo na střevo stimulací senzitivních nervových zakončení ve sliznici a submukóze, stimulací peristaltiky, sekrece vody a minerálů. V České republice jsou nejčastěji užívána laxativa se sennosidy (Regulax®) a dále laxativa polyfenolové skupiny (Guttalax® či Bisacodyl®). Výhodou je poměrně rychlý nástup účinku, tato laxativa nepůsobí průjem, ale formovanou stolicí. Tradičně zmiňované riziko poškození motorické funkce střeva spojené s dlouhodobým podáváním těchto laxativ nebylo dosud jednoznačně potvrzeno. Nejčastěji pozorovanou komplikací je ztmavnutí sliznice střeva – melanosis coli – které je ovšem bez vlivu na jeho funkci. Změny proliferace epitelových

buněk a klinicky významné změny sekrece střevních hormonů, stejně jako riziko vzniku závislosti či tolerance nebyly také studii jednoznačně prokázány. Významným vedlejším účinkem léčby zácpy laxativy této skupiny může být výskyt křečovitých bolestí břicha, vedoucí často k nutnosti přerušování terapie. **Změkčující laxativa** zahrnují glycerinové čípky.

Biofeedback (metoda biologické zpětné vazby) je využitelná především u nemocných trpících anizmem. Fyzioterapie probíhá ambulantně po zavedení balonkové sondy do konečníku. Pacient trénuje zatlačení na stoličce se současnou relaxací svěrače a svalů pánevního dna, zpětnou vazbu o efektivitě cvičení dostává pomocí audio vizuální signalizace. Cvičení probíhá za asistence vyškolené sestry.

Chirurgické řešení indikujeme při potvrzení těchto příčin zácpy:

1. Hirschprungova choroba

2. Syndrom líného střeva po selhání konzervativní léčby. Nejčastěji indikovaným zákrokem je subtotální kolektomie s ileorektoanastomozou
3. Obstrukční defekační syndrom. Cílem je odstranit překážku v anorektální oblasti nejčastěji rektokélu

Literatura

1. Garrigues V, Galvez C, Ortiz V, Ponce M, Nos P, Ponce J. Prevalence of constipation: agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a population-based survey in Spain. *Am J Epidemiol* 2004; 159: 520–526.
2. Cowlam S, Khan U, Mackie A, Varma JS, Yiannakou Y. Validity of segmental transit studies used in routine clinical practice, to characterize defaecatory disorder in patients with functional constipation. *Colorectal Dis* 2008; 10: 818–822.
3. Bharucha AE. Update of tests of colon and rectal structure and function. *J Clin Gastroenterol* 2006; 40: 96–103.
4. Drossman DA (ed). *Rome III: The Functional Gastrointestinal Disorders*. 3rd ed. McLean: Degnon Associates 2006.

5. McCrea GL, Miskowski C, Stotts NA, Macera L, Paul SM, Varma MG. Gender differences in self-reported constipation characteristics, symptoms, and bowel and dietary habits among patients attending a specialty clinic for constipation. *Gend Med* 2009; 6: 259–271.

6. Choung RS, Locke GR 3rd, Schleck CD, Zinsmeister AR, Talley NJ. Cumulative incidence of chronic constipation: a population-based study 1988–2003. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 26: 1521–1528.

7. Mařatka Z, a kol. *Gastroenterologie*. nakl.: Karolinum. 1. vyd., 1999. ISBN-10: 80-7184-561-2.

Článek přijat redakcí: 12. 5. 2013

Článek přijat k publikaci: 21. 6. 2013

MUDr. Ilja Tachecí, Ph.D.

2. interní gastroenterologická klinika –
LF UK a FN Hradec Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
tacheci@gmail.com
