

Funkční dyspeptické poruchy: Funkční dyspepsie

MUDr. Jan Štovićek

Interní klinika Fakultní nemocnice v Motole

Funkční dyspeptické poruchy jsou skupinou chorobných stavů, kdy symptomy pacienta nejsou podmíněny organickým onemocněním, ale poruchou funkce orgánů. Názvosloví a diagnostická kritéria funkčních dyspeptických poruch jsou definována Římskými kritérii III z roku 2006. Jednou z nejčastějších forem onemocnění je funkční dyspepsie, charakterizovaná bolestí v epigastriu a/nebo pocitem plnosti po jídle a/nebo pocitem časné sytosti. Základní diagnostickou metodou k vyloučení organických chorob je gastroduodenoskopie, další vyšetřovací metody jsou doplňkové. V terapii funkční dyspepsie se podle typu převládajících symptomů uplatňují především antisekreční léky, prokinetika a psychofarmaka. Léčba funkční dyspepsie je dlouhodobá, sekvenční a empirická.

Klíčová slova: funkční dyspepsie, diagnostika, vyšetřovací metody, léčba funkční dyspepsie.

Functional dyspeptic disorders: Functional dyspepsia

Functional dyspeptic disorders are a group of conditions in which the patient's symptoms are not determined by organic disease, but by impaired organ function. The nomenclature and diagnostic criteria for functional dyspeptic disorders are defined in the Rome III criteria from the year 2006. One of the most common forms of the disease is functional dyspepsia characterized by epigastric pain and/or postprandial fullness and/or early satiation. Gastroduodenoscopy is the fundamental diagnostic method to rule out organic disease; other methods of examination are complementary. According to the type of predominant symptoms, the treatment of functional dyspepsia mainly involves antisecretory drugs, prokinetics, and psychopharmaceuticals. The treatment of functional dyspepsia is a long-term, sequential, and empirical one.

Key words: functional dyspepsia, diagnostic, methods of examination, treatment of functional dyspepsia.

Med. praxi 2013; 10(10): 325–328

Úvod

Funkční dyspeptické poruchy představují jednu z nejčastějších příčin obtíží pacientů v ambulancích praktických lékařů a gastroenterologů. Zároveň jde o souhrn stavů obtížně definovatelných, kdy diagnóza je postavena na vyloučení organických příčin obtíží, a co hůře: velmi obtížně terapeuticky ovlivnitelných.

Osobnost české gastroenterologie, profesor Mařatka, definoval funkční trávicí poruchy jako „chorobné stavy projevující se trávicími obtížemi bez prokazatelné morfologické nebo biochemické příčiny“.

Diagnostická kritéria funkčních dyspeptických poruch byla definována v Římě v roce 1991 a od té doby již dvakrát revidována. V současné době jsou platná Římská kritéria III z roku 2006.

Římská klasifikace rozděluje funkční gastrointestinální poruchy především podle jednotlivých orgánů (tabulka 1). Podmínkou stanovení diagnózy funkční poruchy je časový faktor: potíže trvající 3 měsíce, které nemusí po sobě následovat, se začátkem nejméně 6 měsíců před stanovením diagnózy.

Římská kritéria jsou detailní a komplexní definicí chorobných stavů, ale pro běžnou praxi jsou komplikovaná. Z tohoto úhlu pohledu je tradiční Mařatkovo názvosloví použitelnější, byť Mařatka v kontrastu s Římským názvoslovím důsledně odděluje dyspeptické obtíže od bolestí

břicha. Bolestivé břišní syndromy neorganického původu jsou v původní české klasifikaci vyčleněny zvlášť a řazen je mezi ně například solární syndrom (který naopak v Římské klasifikaci takto popsán není).

Z praktického hlediska jsou nejčastější dvě formy funkčních trávicí poruch: funkční dys-

pepsií (FD) – s dominujícími obtížemi z horní části gastrointestinálního traktu (GIT) a syndrom dráždivého tračníku (v anglosaské literatuře označovaný termínem irritable bowel syndrom, IBS) – s převládajícími příznaky z dolní části GIT.

V tomto článku se budeme dále podrobněji věnovat problematice funkční dyspepsie.

Tabulka 1. Funkční gastrointestinální poruchy – zjednodušené rozdělení dle Římské klasifikace III

A. Funkční jícnové poruchy	F. Funkční anorektální poruchy
A1. Funkční pyróza	F1. Funkční fekální inkontinence
A2. Funkční bolest na hrudi	F2. Funkční anorektální oblast
A3. Funkční dysfágie	F3. Funkční poruchy defekace
B. Funkční gastroduodenální poruchy	G. Funkční poruchy: novorozenci a batolata
B1. Funkční dyspepsie	H. Funkční poruchy: děti a dospívající
B2. Říhání	
B3. Nausea a zvracení	
C. Funkční střevní poruchy	
C1. Dráždivý tračník (IBS)	
C2. Funkční nadýmání	
C3. Funkční zácpa	
C4. Funkční průjem	
C5. Nespecifická funkční střevní onemocnění	
D. Funkční břišní bolestivé syndromy	
E. Funkční poruchy žlučníku a Oddiho svěrače	
E1. Funkční poruchy žlučníku	
E2. Funkční poruchy biliární poruchy Oddiho svěrače	
E3. Funkční pankreatické poruchy Oddiho svěrače	

Funkční dyspepsie

Jak již bylo uvedeno výše, základní podmínky diagnózy funkční dyspepsie podle Římských kritérií jsou tyto:

1. Potíže trvají 3 měsíce, které nemusí po sobě následovat, se začátkem nejméně 6 měsíců před stanovením diagnózy.
2. Není přítomno organické onemocnění, které by mohlo obtíže vysvětlit.
3. Obtíže nemají souvislost se změnami charakteru či frekvencí stolice, po defekaci nedochází k úlevě obtíží. (Základní rozdíl se syndromem dráždivého tračníku.)

Mezi základní symptomy syndromu funkční dyspepsie patří:

- Pocit plnosti po jídle – pacienty popisován i jako pocit tíhy v oblasti epigastria po jídle.
- Pocit časně sytosti po jídle – Někdy charakterizovaný neschopností dojíst normální porci jídla).
- Bolest v epigastriu – popisovaná pacienty obvykle jako tlaková či pálivá.

Funkční dyspepsie je dále dělena podle převládajícího typu obtíží:

- Typ ulcerózní (ulcer-like)
- Typ dysmotilní (dysmotility-like)
- Typ nespecifický (non-specific)

Epidemiologie, patofyziologie funkční dyspepsie

Dyspeptické obtíže postihují až 25 % procent populace každý rok, ale většina z pacientů nevyhledá pro tyto obtíže lékaře (1). U cca 25 % těchto pacientů je důvodem obtíží organické onemocnění (tabulka 2). Ovšem až 75 % z nich má obtíže charakteru neorganického – funkčního.

Patofyziologie syndromu zůstává přes řadu teorií nevysvětlená. Předpokládá se možný podíl porušené motility žaludku, viscerální hypersen-

Tabulka 2. Diferenciální diagnostika funkční dyspepsie. Možné organické příčiny dyspeptických obtíží.

Organické příčiny dyspepsie
Peptický vřed
Gastroesofageální refluxní nemoc
Biliární bolest
Chronická bolest břišní stěny
Tumory žaludku a jícnu
Gastroparéza
Pankreatitida
Léky (například kalium chloratum, digitalis, kortikoidy, NSAID, antibiotika)
Infiltrativní onemocnění žaludku (např. Crohnova choroba, sarkoidóza)
Ischemická onemocnění střeva
Systémová onemocnění (například diabetes mellitus, vaskulitidy)
Parazitózy
Jiné nádory břišní dutiny, především tumory pankreatu

zitivity, infekce *Helicobacter pylori*, alternované střevní mikroflóry, psychosociální dysfunkce.

Diagnostika funkční dyspepsie

Základem stanovení diagnózy je podrobná anamnéza. Vedoucími příznaky jsou bolest v epigastriu, pocit plnosti po jídle a pocit časně sytosti. Mezi důležité údaje patří charakter bolesti, iradiace, vazba obtíží na jídlo, event. závislost na konkrétních potravinách. V případě výskytu alarmujících příznaků (netypických pro diagnózu funkční dyspepsie) jako jsou váhový úbytek nebo dysfágie, je nutné pomýšlet na organické postižení a k pacientovi takto přistupovat.

Základní vyšetřovací metodou je gastroduodenoskopie. Většinou bývá vyšetření indikováno již na začátku vyšetřovacího procesu. Tento přístup je nutný především u pacientů ve věku nad 50 let (vyšší riziko karcinomu). Eventuálně lze přistoupit k endoskopickému vyšetření až odloženě, v případě neúspěchu pokusu o terapeutické ovlivnění obtíží.

Sonografické vyšetření má význam v diferenciální diagnostice obtíží – především k vyloučení biliární etiologie.

Ve složitějších případech lze přistoupit k dalším vyšetřením. Na druhou stranu, rutinně prováděná série vyšetření nepřináší většinu pacientů žádný prospěch. Indikovat bychom měli jednotlivé metody uvážlivě a není chybou odeslat komplikovanějšího pacienta do péče gastroenterologa (tabulka 3).

U pacientů nad 50 let věku, kde nejsou obtíže jednoznačně vysvětleny, je vždy vhodné zvážit provedení koloskopického vyšetření s ohledem na vysoké riziko kolorektálního karcinomu v naší populaci.

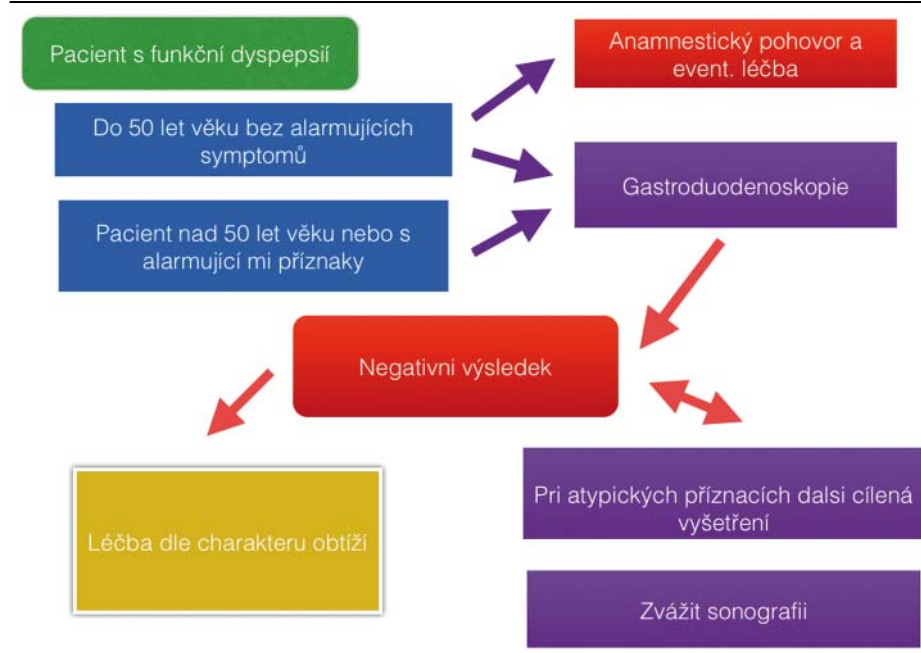
Terapie funkční dyspepsie

Možnosti terapie funkční dyspepsie jsou omezené a efekt léčby je mnohdy neuspokojivý. Léčba většinou je dlouhodobá. Nutné je pacientovi podrobně vysvětlit, často i opakovaně, podstatu funkční dyspepsie a seznámit ho se skutečností, že toto onemocnění neovlivňuje jeho celkovou prognózu.

Léčba musí být komplexní – snažíme se ovlivnit životosprávu pacienta a jeho dietní návyky. Zaměřujeme se na možné stresující vlivy. Farmakoterapeuticky obvykle postupujeme

Tabulka 3. Vyšetřovací metody v diagnostice a diferenciální diagnostice funkční dyspepsie

Metoda	Přínos
Gastroduodenoskopie	Vyloučení morfologické příčiny obtíží. Stanovení <i>Helicobacter pylori</i> .
Sonografie břicha	Diferenciální diagnostika – vyloučení biliární etiologie obtíží.
Koloskopie	Pouze v atypických případech nebo při výskytu dalších alarmujících symptomů nebo v rámci screeningu kolorektálního karcinomu u indikovaných pacientů.
CT břicha	Při podezření na chronickou pankreatitidu, karcinom pankreatu.
MRCP	Podezření na biliární či pankreatickou příčinu obtíží, metoda druhé volby.
Dechový ureázový test nebo stanovení antigenu <i>Helicobacter pylori</i> ve stolici	Neinvasivní stanovení <i>Helicobacter pylori</i> . V případě, kdy není provedena endoskopie.
Serologické vyšetření <i>Helicobacter pylori</i>	Není indikováno.
Scintigrafie – evakuační funkce žaludku	Kvantifikace poruchy evakuační funkce žaludku. Vyšetření při podezření na gastroparézu.
Elektrogastrografie	Při podezření poruchu motility žaludku. K dispozici jen ve specializovaných centrech. Doposud pouze výzkumný význam.

Obrázek 1. Diagnostický přístup k pacientům s funkční dyspepsií

jeme sekvenčně a empiricky – dle charakteru obtíží pacienta se pokoušíme najít vhodný lék, po jehož neúspěchu se rozhodujeme pro další lék z jiné lékové skupiny.

V léčbě funkční dyspepsie se používají následující prostředky:

Antisekreční léky – inhibitory protonové pumpy, H2 blokátory

Jak u H2 blokátorů, tak u inhibitorů protonové pumpy (PPI), byl ve studiích i metaanalýzách prokázán účinek vyšší než placebo. Například v metaanalýze Wangově byly PPI účinnější než placebo, v subanalýze byl efekt prokázán u pacientů s bolestmi v epigastriu a refluxními obtížemi – ne u pacientů s pocitem plnosti a časně sytosti (2). Lepšího výsledku můžeme tedy dosáhnout spíše u pacientů s *ulcerózním typem funkční dyspepsie*.

Eradikace *Helicobacter pylori*

Ačkoliv existuje několik hypotéz, jakým způsobem by se infekce *Helicobacter pylori* a následná gastritida mohly podílet na vzniku funkční dyspepsie, jednoznačná souvislost mezi FD a infekcí *Helicobacter pylori* prokázala metaanalýza dostupných studií o 23% vyšší výskyt dyspeptických obtíží (3, 4).

Randomizovaná studie prokázala efekt eradikace *Helicobacter pylori* – ovšem jen u malé skupiny pacientů (5), další metaanalýza dat potvrdila zlepšení obtíží u pacientů s FD po eradikaci *Helicobacter pylori*, ovšem s potřebou léčit 14 pacientů na 1 uzdraveného pacienta (6). Dostupná

data je potřeba interpretovat opatrně – ve skupině vyléčených pacientů mohlo jít o případy nerozpoznané vředové choroby gastroduodenální. Přesto diagnóza funkční dyspepsie je uznanou možnou indikací k eradikaci *Helicobacter pylori*.

Prokinetika

Použití prokinetik v léčbě FD je postaveno na úvaze o možném patofyziologickém vlivu porušené evakuace žaludku. Proto také se často prokinetika v léčbě FD používají. Výsledky studií s metoclopramidem jsou ovšem spíše negativní. Částečný efekt léčby byl prokázán u cisapridu (7), který ovšem není dostupný, a domperidonu. Použití těchto léků bylo spojeno s 33% redukcí obtíží (8). Další prokinetik, event. použitelných v léčbě – tageserod – není dostupný, vzhledem k zaznamenaným kardiovaskulárním komplikacím. Další metaanalýza prokázala dobrý efekt itopridu ve smyslu zlepšení globálního hodnocení stavu pacientem, a to především plnosti po jídle a pocitu časně sytosti (9).

Antidepresiva

Nejčastěji předepisovanými psychofarmaky v léčbě FD jsou tricyklická antidepresiva – z nich pak amitriptylin. Příznivý účinek může u pacientů s FD mít atypické neuroleptikum sulpirid, které má mimo jiné mírně prokinetické účinky. V randomizované studii byl efekt sulpiridu srovnatelný s efektem cisapridu (10).

Léky relaxující fundus žaludku

Podle některých názorů mohou léky způsobující relaxaci fundu žaludku vést ke zlepšení

pocitů časně sytosti a plnosti. V malé studii by tento efekt prokázán pro anxiolytikum buspiron (11).

Spazmolytika

Užití spazmolytik není běžné u pacientů s FD indikováno pro předpokládané možné zhoršení motorické aktivity žaludku. V jednotlivých případech, kde je dominujícím příznakem bolest, se mohou tyto léky osvědčit.

Antinoceptivně působící léky

Hypoteticky použití léků, které vedou k snížení viscerální hypersenzitivity, například carbamezepinu, tramadolu či pregabalínu, může mít pozitivní efekt i u pacientů s FD. Důkazy pro použití těchto léků jsou však jen nepřímé, neexistují studie cílené přímo na pacienty s FD. Například ve studii s pregabalínem u pacientů s anxiózními poruchami, došlo k zmírnění gastrointestinálních symptomů (12).

Pankreatické enzymy

Účinek těchto léčiv u FD není spolehlivě prokázán. Přesto je řada pacientů používá se slušným efektem. Hypoteticky by efekt pankreatické substituční léčby mohl být způsoben zpětnovazebním ovlivněním hladiny některých gastrointestinálních hormonů.

Psychologická léčba

Psychologická léčba může být přínosem u některých vybraných a motivovaných pacientů (13, 14, 15). U komplikovaných případů doporučujeme konzultaci psychologa v centru zaměřeném na psychosomatická onemocnění.

Závěr

Funkční dyspepsie je častým problémem v ordinacích praktických lékařů a gastroenterologů.

U lehčích případů postačí ke stanovení diagnózy podrobná anamnéza. Většinou však pacienti s přetrvávajícími obtížemi dříve nebo později podstoupí gastroesofagoskopii z diferenciálně diagnostických důvodů. Podrobné vyšetření je nutné u pacientů s alarmujícími příznaky (váhový úbytek, anémie, dysfagie, opakované zvracení).

Jen u malé části pacientů jsou nutná další vyšetření, jednak u pacientů s netypickými příznaky v rámci diferenciální diagnostiky, jednak u pacientů nereagujících na léčbu k posouzení možnosti změny léčebné strategie (například zhodnocení evakuační funkce žaludku) (obrázek 1).

V řadě případů je dostatečným terapeutickým zásahem uklidnění pacienta a pokus o úpravu životních a stravovacích návyků.

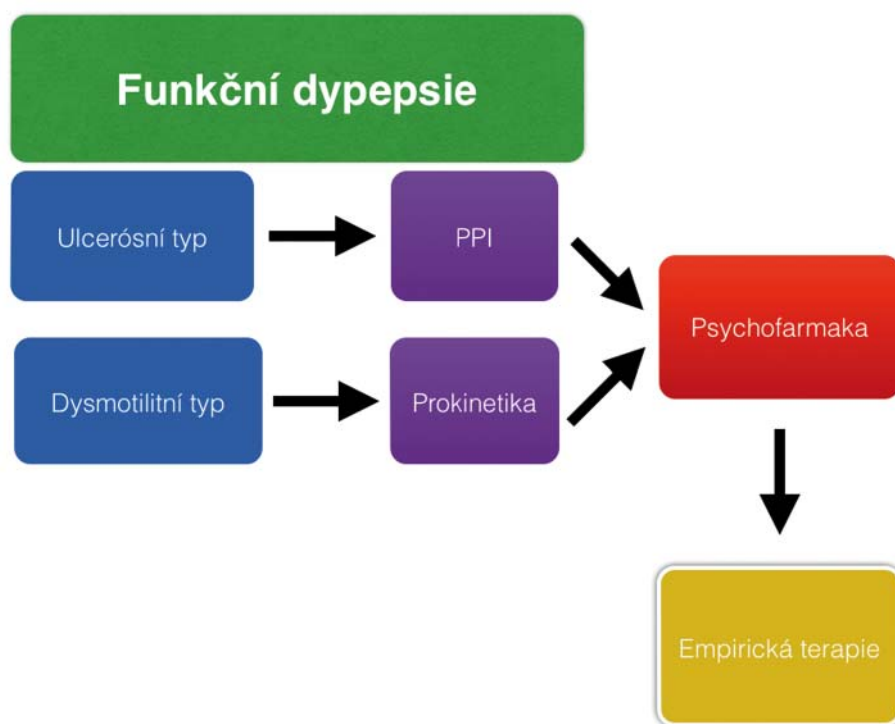
U pacientů s ulcerózním typem funkční dyspepsie je lékem volby antisekreční terapie (PPI). U pacientů s dysmotilitním typem dyspepsie pak prokinetika (domperidon, itoprid). V případě neúspěchu lze zvážit terapii tricyklickými antidepresivy či sulpiridem. Další léčebné pokusy jsou empirické – orientujeme se především podle typu obtíží pacienta. V případě průkazu *Helicobacter pylori* lze zvážit eradikační léčbu (obrázek 2).

Léčba funkční dyspepsie je většinou zdlouhavá a často efekt léčby není dostatečný. Se změnou strategie léčby je však třeba nespěchat a výsledky předchozích terapeutických pokusů hodnotit s odstupem alespoň několika týdnů.

Literatura

1. Bytzer P, Talley NJ. Dyspepsia. *Ann Intern Med* 2001; 134: 815.
2. Wang WH, Huang JQ, Zheng GF, et al. Effects of proton-pump inhibitors on functional dyspepsia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5: 178.
3. Armstrong D. *Helicobacter pylori* infection and dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31(suppl 215): 38–47.
4. Battoli F. *Helicobacter pylori* and functional dyspepsia: review of previous studies and commentary on new data. *Gut* 2002; 50(Suppl IV): 33–35.
5. Mazzoleni LE, Sander GB, Francesconi CF, et al. *Helicobacter pylori* eradication in functional dyspepsia: HEROES trial. *Arch Intern Med* 2011; 171: 19–29.
6. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, et al. Eradication of *Helicobacter pylori* for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005.
7. Veldhuyzen van Zanten SJ, Jones MJ, Verlinden M, Talley NJ. Efficacy of cisapride and domperidone in functional (nonulcer) dyspepsia: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 689.
8. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, et al. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; CD001960.

Obrázek 2. Algoritmus terapie pacientů s funkční dyspepsií



9. Xuan Huang: Itopride therapy for functional dyspepsia: A meta-analysis, *World J Gastroenterol*, 2012; 18(48): 7371–7377.
10. Mearin F, et al. Levosulpiride and cisapride in the treatment of dysmotility-like functional dyspepsia. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2004; 2(4): 301–308.
11. Tack J, Janssen P, Masaoka T, et al. Efficacy of buspirone, a fundus-relaxing drug, in patients with functional dyspepsia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012; 10: 1239.
12. Stein DJ, Bruce Lydiard R, Herman BK, Mandel FS. Impact of gastrointestinal symptoms on response to pregabalin in generalized anxiety disorder: results of a six-study combined analysis. *Int Clin Psychopharmacol* 2009; 24: 126.
13. Hamilton J, Guthrie E, Creed F, et al. A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia. *Gastroenterology* 2000; 119: 661.
14. Mine K, Kanazawa F, Hosoi M, et al. Treating nonulcer dyspepsia considering both functional disorders of the digestive system and psychiatric conditions. *Dig Dis Sci* 1998; 43: 1241.

15. Jones MP, Maganti K. Symptoms, gastric function, and psychosocial factors in functional dyspepsia. *J Clin Gastroenterol* 2004; 38: 866.
16. Longstreth GF. Functional dyspepsia. Up To Date 2013, www.uptodate.com.
17. Bortlík M. Léčba funkční dyspepsie. *Remedia* 2012; 5: 329–333.

Článek přijat redakcí: 13. 5. 2013
Článek přijat k publikaci: 17. 6. 2013

MUDr. Jan Štoviček

Interní klinika Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
jan.stovicek@fnmotol.cz