

SINDROM IRITABILNOG CRIJEVA

DARKO RADMAN*

U radu se u uvodnom dijelu govori o teškoćama definiranja sindroma iritabilnog crijeva, a zbog mnogih još uvijek nazočnih nejasnoća, osobito u području etiopatogeneze. Prikazano je današnje znanje i iskustvo te iznijeta epidemiologija, etiopatogeneza, klinička slika, dijagnostički postupci, diferencijalna dijagnoza, liječenje te prevencija tog stanja.

Deskriptori: FUNKCIJSKA BOLEST, SINDROM IRITABILNOG CRIJEVA, ETIOPATOGENETSKE NEJASNOĆE, TEŠKOĆE U DIJAGNOZI I LIJEČENJU

Uvod i definicija

Definicija nije jednostavna usprkos činjenici da se radi o razmjerno čestoj pojavi s kojom se u svom radu susreću liječnici raznih struka. U dječjoj dobi još je kompliciranija. Ovdje se ne radi o entitetu koji se može točno indentificirati, simptomi obično sliče simptomima niza gastrointestinalnih bolesti ili imaju s njima mnogo dodirnih točaka a granica između organske i funkcijske smetnje nije uvijek oštra tj. poteškoća definirana kao funkcijska, napretkom medicine često se pretvara u organsku bolest.

Prema sadašnjem znanju, radi se o gastrointestinalnoj smetnji koja se manifestira abdominalnim simptomima, od blagog osjećaja nelagode do jake boli i promjenljivom crijevnom aktivnošću koja rezultira izmjenjivanjem obstipacije i proljeva, a bez popratnih metaboličkih i drugih promjena. Smetnja je u pravilu kronična, a kako ne ostavlja posljedice na zdravlje i duljinu života, smatra se benignom. Napadaj smetnji u mnogih je (iako ne u svih) provociran ili pogoršan emocionalnim stresom (1-9). Djeca s tim

smetnjama obično potječu iz obitelji u kojima jedan ili više članova boluje od sindroma iritabilnog crijeva ili imaju druge probavne smetnje (9).

Epidemiologija

Prevalencija i incidencija nisu poznate. Ne postoje sigurni podaci. Najveći broj bolesnika liječi se, naime, izvan bolničkih ustanova, a vjerojatno je također kako dio njih, posebno onih s manjim problemima, ne traži liječničku pomoć. Misli se da se u zapadnim zemljama pojavljuje u oko 15% do 30% populacije (1, 9). U odraslih je čest razlog izostanka s posla, a vjeruje se da je pri samom vrhu razloga dolaska liječniku, dok je jedan od najčešćih razloga upućivanja gastroenterologu. Češći je u odrasloj dobi, obično se javlja prije 30. godine života, ali je vrhunac pojavnosti u 5. i 6. deceniju. Češći je u žena, i to oko tri puta. U zemljama u kojima muškarci tradicionalno češće posjećuju liječnika taj omjer je obrnut. Nije zabilježena razlika u pojavnosti između pripadnika pojedinih naroda i rasa, ali postoje razlike u učestalosti između pripadnika različitih zanimanja. Smetnjama su podložnije osobe intelektualnih profesija. U više od polovice odraslih bolesnika anamneza o simptomima seže u djetinjstvo. Nije rijedak ni u djece i adolescenata. U "klasičnom" obliku najčešće se javlja između 5. i 10. godine života i također je češći u djevojčica (9).

Etiopatogeneza

Njezine su osnove još nedovoljno istražene (3, 5, 9). Morfološki, histološki, biokemijski i mikrobiološki nalazi su uredni, pa se smatra da je osnovna smetnja poremećaj motiliteta gornjeg i donjeg probavnog sustava. Motilitet mogu poremetiti jedan ili više činilaca kao što su emocionalno stanje, neurohumoralni agensi, gastrointestinalni hormoni, prostaglandini, toksini i hrana. U nekih se bolesnika može naći abnormalnost motiliteta koja nije provocirana (10). U bolesnika u kojih je trbušna bol prevladavajući simptom javljaju se kontrakcije dugih dijelova probavne cijevi, npr. spazam jednjaka i segmentalne kontrakcije tankog i debelog crijeva. Kontrakcije usporavaju pasażu crijevnog sadržaja i dovode gubitkom vode do njegove čvršće konzistencije, što uzrokuje obstipaciju.

U bolesnika s proljevom kontrakcije su u pravilu znatno manje i rjeđe. Bolesnici sa sindromom iritabilnog crijeva kod kojih dominira proljev imaju niži prag osjeta za plinove i stolicu. Kod njih se tijekom manometrije razvija osjećaj potrebe za žurnim pražnjenjem pri nižim volumenima rastezanja itrarektalnog balona, nego u kontrolnoj skupini. Pacijenti sa sindromom iritabilnog crijeva kod kojih dominira proljev razvijaju istu nelagodu pri većim volumenima rastezanja nego u kontrolnoj skupini. Opisani su i

*Opća bolnica Zadar
Odjel za pedijatriju

Adresa za dopisivanje:
Darko Radman, dr. med.
Opća bolnica Zadar
Odjel za pedijatriju
23000 Zadar, Bože Peričića 5

ubrzan ali i usporen orocekalni tranzit. Smatra se da određenu ulogu na senzitivitet ileuma imaju žučne kiseline a na kontrakcije desnog kolona kratkolančane masne kiseline.

Do neke mjere, zbivanja u crijevu ovise o fizikalnim i kemijskim svojstvima hrane. Kao odgovor na hranjenje nastaje hipertonični želučanocrijevni refleksi koji se manifestira povećanim mišićnim tonusom i segmentalnim kontrakcijama uz često ubrzanu peristaltiku i postprandijalnu pojavu stolice. Velike količine šećera u hrani mogu iscrpiti apsorpcijski kapacitet tankog crijeva a neapsorbirani ugljikohidratni sastojci u debelom crijevu mogu bar dijelom sudjelovati u nastanku simptoma (11). Određena uloga pripisuje se i nepotpuno apsorbiranim drugim sastojcima npr. fruktozi, sorbitolu, pšeničnom brašnu i mlijeku (19). Od sastojaka hrane s farmakološkim učinkom posebno treba izdvojiti kofein koji može pridonijeti smetnjama ako se uzima u pretjeranim količinama, ali i u dozama koje su sasvim umjerene. Uz ovo treba svakako spomenuti alkohol i nikotin. Štetna hrana je strogo specifična za određenog bolesnika.

U djevojaka(i kasnije u žena) do egzacerbacije bolesti može dovesti i menstruacija. Ispituje se i teorija prema kojoj je etiologija sindroma iritabilnog crijeva u disfunkciji glatkog mišićja, a koja vjerojatno nije ograničena samo na probavni sustav. Tako su u te djece opisane i patološka urođinamika, povećana učestalost ortostatske hipotenzije, smetnje ventilacije i dr.

Postoji mogućnost da je kod sindroma iritabilnog crijeva poremećena percepcija normalnih gastrointestinalnih funkcija. Naime djeca s trbušnom boli neorganskog podrijetla jače doživljavaju reakciju na bol uzrokovanu injekcijom u usporedbi s djecom s abdominalnim bolovima organske etiologije (2). Dok je do sada težište proučavanja etiopatogeneze bilo uglavnom na poremećajima motiliteta crijeva u novije vrijeme se sve više ispituje funkcioniranje enteralnog nervnog sustava (ENS), visceralna hipersenzitivnost, senzitacija, poremećaji imuniteta sluznica, te poremećaj u mozak-crijevo regulatornim procesima. Te-

žište problema patogeneze podiže se dalje s crijeva na "višu razinu" (6, 12, 13).

Utjecaj emocionalnih čimbenika i psihičkih stresova nije jasan jer je njihovo djelovanje na izazivanje ili pogoršavanje simptoma nepotpuno testirano. Međutim, postoji čvrsto subjektivno uvjerenje mnogih ljudi o vezi između emocionalnih uzbuđenja i simptoma iritabilnog crijeva. S druge strane, činjenica je da mnoge dokazano neurotične osobe, pa i one s teškim simptomima, nemaju sindrom iritabilnog crijeva. Ostaje još za objasniti zašto i kod prihvatljive veze između smetnji psihičkog podrijetla i abdominalnih simptoma ovi posljednji nerijetko nastaju sa stanovitim zakašnjenjem, u razdoblju duševnog smirivanja.

Klinička slika

Gastrointestinalni simptomi

Jačina crijevnih simptoma varira od osjećaja nelagode koja izaziva neraspoloženje do jakih bolova koji zabrinjavaju bolesnika i njegovu okolinu. Postoje velike varijacije u prirodi jačini crijevnih smetnji od bolesnika do bolesnika, ali i u istog bolesnika. Bolovi su rijetko dugotrajni i nepromijenjenog oblika. Obično su ispresijecani relativnim poboljšanjima ili egzacerbacijama. Rijetka je pojava izoliranih napada grčevitih bolova. Bolesnici rijetko lokaliziraju bol, najčešće je pokazuju raširenim dlanom u hipogastriju i donjem lijevom abdominalnom kvadrantu, ali su moguća i druga mjesta, kao i cijeli trbuh. Djeca najčešće pokazuju periumbilikalno područje. Smetnje se opisuju kao: grčenje, stezanje, vrtanje, kucanje, žarenje, punoća, težina, tlačenje i slično. Smetnje se češće javljaju danju (pojačavaju se prema večernjim satima), ne ovise o položaju tijela ili o naporima. Većini je bolesnika lakše natašte, simptomi mogu nastati za vrijeme uzimanja obroka ili neposredno poslije toga. Česti prateći simptomi su bljedilo, mučnina, anoreksija, umor i dr. (1-9).

U veće djece može nastati distenzija trbuha, praćena podrigivanjem i flatulencijom, te izrazitim osjećajem neugode. Ako je meteorizam osjećajem neugode. Ako je meteorizam nazočan u hepatičnoj i spleničnoj fleksuri, uz spastični descedentni kolon smetnje mogu biti

vrlo jake. Poremećaj pražnjenja stolice vrlo je čest i gotovo uvijek progresivan. Nastaje obično u pubertetu i u adolescenciji. Najčešće se smjenjuju razdoblja proljeva s razdobljima opstipacije, ali kliničkom slikom pojedinog bolesnika može prevladati jedan od ovih simptoma. Prevladavajuća opstipacija tijekom više dana može pojačati bol. Defekacija koja uslijedi (spontano ili češće na laksative) dovodi do olakšanja, ali uz osjećaj nepotpunog pražnjenja. U bolesnika s proljevom stolice su u početku umjereno učestale, a dosta je tipičan nalaz uredna prva stolica, dok su slijedeće sve mekše i konačno vodene. Ako pojačani gastrointestinalni pokreti traju, stolice su od jutarnjih sati učestale i vodene. Često se stolica javlja nakon obroka, a njezin obujam u pravilu više ovisi o količini nego vrsti hrane. Nerijetko se u stolici može naći i veća količina sluzi. Krvi u pravilu nema, osim u onih bolesnika koji imaju neku organsku posljednicu bolesti, npr. analne fisure glede opstipacije. U djece su rijetki i promjenjivi simptomi gornjeg crijeva, kao što su dispepsija, žgaravica i povraćanje.

Simptomi izvan probavnog sustava

Najčešće se radi o dismenoreji (osobito u ranim djevojačkim godinama), te glavobolji migrenoznog tipa. Migrena se javlja samostalno ili prati bol u trbuhu (14). U depresivnih osoba česta je nesanic. Psihički simptomi koji prethode sindromu utječu na njegov nastanak ili još češće, pogoršavaju već postoje znakove bolesti, depresiju i tjeskobnost. Takvi su bolesnici najčešće bojažljivi, nervozni, prekomjerno odgovorni, strogi prema sebi i vrlo samokritični. Nerijetko imaju i probleme s uzimanjem hrane bilo da jedu premalo ili previše (15).

Dijagnostički postupak i diferencijalna dijagnoza

Dugo vremena se dijagnoza ovog sindroma postavljala "per exclusionem", tj. isključivanjem cijelog niza abdominalnih i ekstraabdominalnih bolesti. Suvremeniji je pristup postavljanje dijagnoze na osnovu zadovoljavanja od eksperata dogovorenih kriterija. Stoga ćemo neke od njih spomenuti:

Manning kriteriji:

- bol u trbuhu se smanjuje nakon defekacije;
- bol praćena učestalijim stolicama;
- bol praćena slabije formiranim stolicama;
- vidljiva nadutost trbuha;
- sluz u stolici;
- osjećaj nepotpunog pražnjenja.

Za postavljanje dijagnoze potrebna su najmanje dva pozitivna kriterija uz bol u trbuhu. Što je broj pozitivnih kriterija veći veća je vjerojatnost sindroma iritabilnog crijeva i obrnuto što je taj broj manji veća je vjerojatno organske bolesti (16).

Rimski kriteriji:

- trajni ili ponavljajući bolovi u trbuhu ili smetnje koje se smanjuju s defekacijom, i/ili udružene s promjenama u učestalosti stolice, i/ili udružene s promjenama u konzistenciji stolice;
- dva ili više od spomenutog u 25% posljednjih dana;
- promjena učestalosti stolice (više od tri puta dnevno ili manje od tri puta tjedno);
- promjena forme stolice (brabonjičasta/tvrda ili rastresita/vodenasta);
- sluz u stolici;
- osjećaj nadutosti.

Rimski II kriteriji:

- dijete mora biti dovoljno odraslo da bi moglo točno opisati bolove u trbuhu;
- smetnje i bolovi moraju biti nazočni zadnjih 12 tjedana, ili uvjetno posljednjih 12 mjeseci;
- abdominalne smetnje se smanjuju nakon defekacije, udružene su s promjenama frekvencije i konzistencije stolice te sa odsutnošću strukturalnih i metaboličkih abnormalnosti (17, 18).

Anamneza mora biti iscrpna s posebnim težištem na psihosocijalne elemente. Ne postoje fizikalni simptomi koji se mogu smatrati patognomoničnima za iritabilni crijevni sindrom, ali su neki od njih znakoviti. Npr. dobro opće stanje i stanje uhranjenosti, nesigurnost - česta u pubertetu i adolescenciji (vlažni i hladni dlanovi, drhtanje ruku i glasa, neprimjereno ponašanje i sl.), mekan trbuh kod palpacije uz eventualni nalaz spazma debelog crijeva, uglavnom silaznog. Digitorektalni pregled može uzrokovati crijevni spazam, ampula rektuma obično je puna. Uobičajeno je da roditelji bolesnika ili oni sami (ako su u toj životnoj dobi) vrlo brzo i rado pristaju na diferentne dijagnostičke metode koje se nerijetko moraju ponavljati, bilo zbog tzv. graničnih nalaza, bilo zbog upornih smetnji koje pojačavaju ionako postojeću anksioznost u cijeloj obitelji.

Inače većina autora smatra u svakodnevnom radu dovoljnim napraviti sedimentaciju, kompletnu krvnu sliku, stolicu na bakterije i parazite, te eventualno test mjerenja vodika u izdahnutom zraku kod sumnje na malapsorpciju laktoze. Značajnije su pretrage ultrazvuk trbuha, rendgenski pregled i endoskopija debelog, a u nekim slučajevima i tankog crijeva, manometrija i mjerenje bioelektrične aktivnosti probavne cijevi. Iritabilno crijevo može imitirati brojne abdominalne bolesti, ali neka torakalna i druga stanja, što ovisi ne samo o vrsti, jačini i trajanju smetnji, već i dobi bolesnika. U obzir dolaze akutni i subakutni apendicitis, kronične crijevne upalne bolesti, malapsorpcijski sindrom, ulkusna bolest, bilijarne smetnje, ginekološke promjene (hormonske disfunkcije), a u odraslih i upalne i druge promjene divertikula debelog crijeva, tumori i srčano-plućne bolesti. Rjeđe treba misliti i na metaboličke bolesti npr. dijabetes.

Liječenje

U terapijski postupak spada i stav liječnika prema bolesti. On mora, naime, i sam biti uvjeren da se ne radi o organskoj bolesti, ali treba pokazati maksimalno razumijevanje za djetetove smetnje. Prvi kontakt liječnika s bolesnikom od izuzetnog je značenja, bolesnikovo izlaganje

mora biti slobodno usprkos tome što je često zamorno. Važno je da se roditeljima i djetetu (ako se nalazi u za to odgovarajućoj životnoj dobi) rastumači bit bolesti te da im se objasni da je takva smetnja više "stanje" nego bolest i da simptomi iako subjektivno znatni, nisu opasni. Liječenje obično počinje dijetetskim mjerama. Većoj djeci, naročito onima s predominantnom obstipacijom preporuča se hrana s dosta vlaknastih ostataka (preporučeni dnevni unos vlakana=dob u godinama + 5 g). Mogu se dati još i osmotski laksativi ili omekšivači stolice (mineralna ulja). U djece s dominirajućim proljevima preporuča se ograničiti unos hrane s dosta ugljikohidrata koji se slabo apsorbiraju, te izazivaju nadimanje - sorbitol, fruktoza, laktoza (samo ako je ustanovljena malapsorpcija laktoze).

Preporuča se svim bolesnicima izbjegavati jako masnu hranu, kavu i alkohol. Eliminacijska dijeta je strogo individualna, u različitim bolesnika, različito. Često se spominju luk, zelje, mahunarke. U novije vrijeme preporučuju se probiotici (21). Lijekovi koji se koriste brojni su, a njihov učinak različit. To su antikolinergici, spazmolitici, antidepresivi, sedativi, antagonisti serotonina, opijoidi i dr. Dosta se često (i do 40% pacijenata) podjednak učinak postiže davanjem placeba. U nekim se slučajevima može pokušati i psihoterapija. Ona je djelotvorna naročito u djece s jasnom psihopatološkom podlogom smetnji, a ponekad i u bolesnika u kojih su drugi terapijski postupci ostali bez odgovora. S druge strane, iskustvo pokazuje da je psihoterapija nekorisna u djece sa stalnom abdominalnom boli i s dugotrajnom i tvrdokornom obstipacijom.

Prognoza

Sindrom iritabilnog crijeva kompatibilan je s dugim i inače zdravim životom čiju kvalitetu mogu narušiti jedino subjektivne smetnje, osjećaj ugroženosti zdravlja i česti posjeti liječniku.

LITERATURA

1. Hanbrich WS. Irritable bowel syndrome. U: Brek JE (ur) Bockus, Gastroenterology, 4 izd. Philadelphia, WB Saunders Company, 1985: 2425-44.
2. Schuster MM. Irritable bowel syndrome. U: Sleisinger MH, Fordatran JS (ur). Gastrointestinal Diseases: Pathophysiology, Diagnosis, Management, 4 izd. Philadelphia, WB Saunders, 1989; 21-52.
3. Raić F, Votava-Raić A. Bolesti probavnog sustava i jetre. U: Zergolern Lj. i sur. (ur). Pedijatrija 2, Zagreb, Naprijed, 1994; 947-1074.
4. Raić F. Sindrom iritabilnog crijeva U: Fedor Rač, Ana Votava Raić i sur, Pedijatrijska gastroenterologija, Zagreb, Naklada Ljevak, 2002; 232-3.
5. Votava-Raić A, Andreis I, Tješić-Drinković D, Andreis A. Sindrom iritabilnog crijeva Paediatria Croatica 2000; 44 (supl 1): 107-11.
6. Zeiter DK, Hyams JS. Recurrent abdominal pain in children, U: Pediatric Gastroenterology and Nutrition, The Pediatric Clinics of North America 2002; 49 (1): 53-71.
7. Drossman DA. What Does the Future Hold for Irritable Bowel Syndrome and the Functional Gastrointestinal Disorders, Journal of Clinical Gastroenterology Suppl 3, 2005; 39 (4): 251-6.
8. Hyams JS, Hyman PE. Recurrent abdominal pain and biopsychosocial model of medical practice. J Pediatr 1998; 133: 478-8.
9. Mezzof AG. Irritable Bowel Syndrom U Wylhe R, Hyams JS (ur). Pediatric Gastrointestinal Disease (Pathophysiology, Diagnose, Management), Philadelphia WB Saunders Company, 1993; 724-35.
10. Von Ginkel R, Voskuilj WP, Benninga MA et al. Alteration in rectal sensitivity and motility in childhood irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2000; 120: 31-38.
11. Lebenthal E, Rossi TM, Nord KS i sur. Recurrent abdominal pain and lactose absorption in children, Pediatrics 1981; 67: 828-32.
12. Corazziari E. Neuro-enteric mechanisms of gastrointestinal motor function J Pediatr Gastroenterol Nutr suppl, 1997; 25: 3-4.
13. Guandalinis S. Enteric nervous system: Intestinal absorption and secretion J Pediatr Gastroenterol Nutr suppl, 1997; 25: 5-6.
14. Warawattanakul M, Rhoads JM, Lichtman SN et al. Abdominal migraine: Prophylactic treatment et follow up 1999; 28: 37-40.
15. Hyams JS, Burke G, Davis PM et al. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: A community-based study. J Pediatr 1996; 129: 220-6.
16. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards a positive diagnosis of irritable bowel Br. Med J 1978; 2: 654-4.
17. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders, their diagnosis, and Rome II process, In: Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ et al. eds. Roma II: The Functional Gastrointestinal Disorders, Diagnosis, Pathophysiology and Treatment: A Multinational Consensus 2nd ed. Mc. Leon VA: Degnon Associates, 2000; 1-29.
18. Thompson WG, Dotevall G, Drossman DA, Heaton KW, Druis W. Irritable bowel syndrome: guidelines for the diagnosis, Gastroenterol Int 1989; 2: 92-5.
19. Hyams JS, Treem WR, Justinich CJ et al. Characterisation of symptoms in children with recurrent abdominal pain: Resemblance to irritable bowel syndrome J Pediatr Gastroenterol Nutr 1995; 20: 209-14.
20. Loening-Bancke V, Yaunnessai MK. Effect of treatment of rectal and sigmoid motility in chronically constipated children, Pediatrics 1984; 73: 199-205.
21. Vanderhoof JA, Young RJ. Use of probiotics in childhood gastrointestinal disorders J Pediatr Gastroenterol Nutr 1998; 27 (3): 323-32.

Summary

IRRITABLE BOWEL SYNDROME

D. Radman

It is not easy to define the irritable bowel syndrome, because of many obscurities, especially related to etiopathogenesis. Author gives the synthesis of today's knowledge and experience, describing epidemiology, etiopathogenesis, clinical picture, diagnostic criteria, differential diagnosis, treatment and prevention of the syndrome.

Descriptors: FUNCTIONAL DISEASE, IRRITABLE BOWEL SYNDROME, ETIOPATHOGENETIC OBSCURITIES, DIFFICULTIES IN DIAGNOSIS AND TREATMENT