

Zespół jelita drażliwego

łac. colon irritabile; ang. Irritable Bowel
Syndrome, (w skrócie IBS)
(Nerwica jelit)

Co to jest?

Zespół jelita drażliwego jest to przewlekła (trwająca przez co najmniej trzy miesiące) idiopatyczna choroba przewodu pokarmowego (jelita cienkiego i grubego) o charakterze czynnościowym charakteryzująca się bólami brzucha i zaburzeniami rytmu wypróżnień, nieuwarunkowana zmianami organicznymi lub biochemicznymi. IBS występuje u ok. 10–20% dorosłych ludzi, 2/3 z tej liczby to kobiety. Ocenia się, że w Polsce IBS dotyczy około 13% dorosłej populacji. Choroba zaczyna się przeważnie w wieku 30–40 lat.

Wyróżnia się trzy postacie choroby:

- **Biegunkowa** (charakteryzuje się nagłą potrzebą oddania stolca, często natychmiast po wstaniu z łóżka lub po posiłku, z towarzyszącymi bólami i wzdęciami brzucha. Obecnie nie ma skutecznych metod leczenia)
- **Zaparciowa** (często występują zaparcia jako główny objaw (pojawiające się naprzemiennie z okresami prawidłowego oddawania stolca), z napadami bólów o charakterze kolki. Spożycie posiłku może nasilać objawy. Mogą występować wzdęcia, „przelewania” w jamie brzusznej, nudności, zgaga)
- **mieszana**

Przyczyny:

Pierwotna przyczyna nie jest znana. Czynniki patofizjologiczne, które mogą mieć wpływ na wystąpienie choroby to:

- nadmierny rozrost flory bakteryjnej (SIBO) nawet w 84% przypadków
- zaburzenia czucia trzewnego i funkcji motorycznej jelit co potwierdzają badania:
- niski próg bólowy odbytnicy rozszerzanej balonem
- zwiększona odpowiedź ruchowa jelita grubego na pobudzenie niektórymi lekami (prostygmina), hormonami (cholecystokinina) lub pokarmem
- zmiany w sferze psychicznej (u 70-90% pacjentów chorych na IBS występują zaburzenia osobowości, niepokój lub depresja)
- spożywanie pokarmów ubogoresztkowych
- przebycie infekcji jelitowej (np. czerwonki) – u osób tych stwierdzono zwiększenie liczby komórek endokrynych jelit i zawartości w nich serotoniny
- rola mózgu jest nie do końca wyjaśniona – nowe badania wykazują zmiany aktywności w obszarach kory mózgowej odpowiedzialnych za odczuwanie bólu.

Objawy:

Sytuacje stresowe wyzwalają objawy, do których najczęściej należą:

- ostre, skurczowe, nękające bóle brzucha (zazwyczaj podbrzusza i lewego dołu biodrowego). Prawie nigdy nie budzą w nocy. Nasilają się po posiłkach. Mogą towarzyszyć biegunkom. Ulgę przynosi wypróżnienie lub oddanie gazów.
- biegunka – stolce mogą być wodniste lub półpłynne ale rzadko dochodzi do zwiększenia ich objętości. Zazwyczaj występuje po posiłkach, stresie psychicznym i w godzinach rannych.
- zaparcie – u chorych bez biegunki. Częstotliwość wypróżnień jest zmniejszona, stolec oddawany jest z wysiłkiem. Po oddaniu stolca często występuje uczucie niepełnego wypróżnienia.
- wzdęcie brzucha
- domieszka śluzu w kale
- odbijanie i gazy
- nudności i wymioty
- zgaga
- bóle głowy
- uczucie zmęczenia
- zaburzenia miesiączkowania
- częstomocz
- "przelewania w brzuchu"

Do objawów niepokojących należą:

- gorączka
- zmniejszenie masy ciała
- krew w stolcu
- niedokrwistość
- nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym
- rak lub zapalne choroby jelit w wywiadzie rodzinnym

Objawy te nazywane są niepokojącymi, ponieważ każdy z nich może wskazywać na przyczynę organiczną dolegliwości

Rozpoznanie choroby:

Zespół jelita drażliwego nazywany jest często dolegliwością, a nie chorobą, gdyż nie stwierdza się żadnych zmian anatomicznych organizmu. Objawy zespołu jelita drażliwego mogą być jednak bardzo uciążliwe. Rozpoznanie zespołu jelita drażliwego musi opierać się na stwierdzeniu występowania kluczowych objawów i wywiadzie. Nie można go rozpoznać na podstawie badań radiologicznych, endoskopowych czy laboratoryjnych. Przeciętnie diagnoza stawiana jest po upływie ok. 3 lat, często po wielu latach błędnych rozpoznań, badań i nieprawidłowego leczenia.

Obecnie obowiązującymi są tzw. Kryteria Rzymskie III z 2006 roku. Według nich zespół jelita drażliwego można rozpoznać, gdy występuje ból lub dyskomfort (czyli przewlekłe odczucie nie określane jako ból) w jamie brzusznej, trwający co najmniej trzy dni w miesiącu, przez ostatnie trzy miesiące, i towarzyszą mu co najmniej dwa z trzech poniższych objawów: 1) zmniejszenie/ ustąpienie dolegliwości po wypróżnieniu 2) początek objawów związany ze zmianą częstości wypróżnień 3) początek dolegliwości wiążący się ze zmianą wyglądu stolca.

Diagnostyka różnicowa:

IBS należy różnicować z:

- nieswoiste i swoiste (infekcyjne) zapalenia jelit
- mikroskopowe zapalenie jelita grubego
- uchyłki okrężnicy
- biegunka u osób nadużywających środków przeczyszczających
- celiakia
- nowotwory jelita grubego: rak, gruczolak kosmkowy (adenoma villosum)
- guzy endokrynne: gastrinoma, VIPoma, rakowiak
- choroby metaboliczne: nadczynność tarczycy, cukrzyca, niedobór laktazy

Leczenie:

U większości chorych objawy nawracają. Choroba ma jednak łagodny przebieg i nigdy nie prowadzi do wyniszczenia.

Nie ma sposobu trwałego wyleczenia z zaburzeń, postępowanie lecznicze ma tylko na celu złagodzenie objawów chorobowych.

- unikanie stresów
- odpowiednia dieta (zależna od postaci choroby). W postaci zaparciowej zaleca się spożywanie pokarmów bogatych we włókna roślinne (albo suplementacja zawierającymi je preparatami) oraz przyjmowanie odpowiedniej ilości niegazowanych płynów (minimum 1,5 litra/doba). W postaci biegunkowej należy stosować dietę niskoresztkową oraz jedzenie produktów gotowanych, pieczonych lub duszonych. W postaci tej poprawę przynosi również wprowadzenie diety bezglutenowej. W obu przypadkach zaleca się eliminację mocnej herbaty, kawy oraz alkoholu.
- środki farmakologiczne – pełnią funkcję wspomagającą. W postaci bólowo-zaparciowej można stosować: środki antycholinergiczne (bromek oksyfenonium), drotawerynę, mebewerynę lub trimebutynę. W postaci biegunkowej można stosować: rifaksyminę, difenoksylat, loperamid, cholestyraminę. Przy wzdęciach: rifaksyminę, symetykon, dimetykon. Przy ciężkiej depresji z chudnięciem i bezsennością – amitryptylina. Chorzy z niepokojem – anksjolityki, ale dłuższa kuracja jest niewskazana.