

2.

Klasyfikacja zaburzeń czynnościowych układu pokarmowego

Grażyna Rydzewska

WPROWADZENIE

Zaburzenia czynnościowe układu pokarmowego od lat rozpoznawane są na podstawie Kryteriów Rzymskich, co w przypadku patologii niezwiązanej bezpośrednio ze zmianami organicznymi, wyrażonymi makroskopowymi czy mikroskopowymi odchyleniami, pozwala na zrozumienie i sklasyfikowanie objawów poszczególnych jednostek. Zespoły odpowiednio zdefiniowanych objawów, sklasyfikowanych na podstawie jednorodnych kryteriów pozwalają na ustalenie jednolitego języka medycznego w stosunku do patologii czynnościowych.

Ostatnie Kryteria Rzymskie (IV), opublikowane w 2016 roku, biorą pod uwagę zmiany zarówno w badaniach podstawowych, jak i klinicznych, w stosunku do określonych zespołów. Zaszły one od czasu opublikowania poprzednich Kryteriów Rzymskich (III), czyli od 2006 roku. Ustalenie tych najnowszych trwało 6 lat, a w procesie uczestniczyło 117 ekspertów z 23 krajów, co najlepiej odzwierciedla złożoność problemu.

PODSTAWOWE ZMIANY W KRYTERIACH RZYMSKICH IV

Największa zmiana, która dokonała się na przestrzeni 10 lat pomiędzy ustaleniami dotyczącymi Kryteriów Rzymskich III i IV, polega na nowej definicji tych zaburzeń, z wycofaniem poniekąd stygmatyzującego tych chorych terminu „czynnościowy”. Znane i nowe zespoły objawów zostały redefiniowane jako zaburzenia osi jelitowo-mózgowej. W tej grupie chorób, sklasyfikowanych według kryterium objawów ze strony układu pokarmowego, określono konkretne przyczyny, pojedyncze lub ich kombinacje:

- ▶ zaburzenia motoryki;
- ▶ nadwrażliwość trzewną;
- ▶ zaburzenie immunologicznej funkcji błony śluzowej przewodu pokarmowego oraz zaburzenia bariery śluzówkowej;
- ▶ zaburzenie mikrobioty jelitowej;
- ▶ dysregulację osi mózgowo-jelitowej.

Intencją autorów jest zmiana sposobu myślenia o objawach „czynnościowych”. Tak więc, zgodnie z nowym podejściem, pacjent może doświadczać problemów związanych z pasażem treści pokarmowej w przewodzie pokarmowym (zaburzenia motoryki), doświadczać nieokreślonego bólu brzucha (nadwrażliwość trzewna), eksponować objawy zaburzonej bariery jelitowej, na przykład biegunki (zaburzenie immunologicznej funkcji błony śluzowej przewodu pokarmowego oraz zaburzenia bariery śluzówkowej), wykazywać objawy zaburzenia mikrobiomu jelitowego, w tym na przykład wzdęcia (zaburzenie mikrobioty jelitowej) oraz objawy zaburzenia osi mózgowo-jelitowej.

W praktyce klinicznej przy definiowaniu nowych oraz istniejących dotychczas zespołów pominięto słowo „czynnościowy”. I tak na przykład zamiast czynnościowego bólu brzucha mamy obecnie zespół bólu brzucha ośrodkowo-zależny, a zamiast czynnościowego nietrzymania stolca – po prostu nietrzymanie stolca.

Dodatkowo nowo opublikowane Kryteria Rzymskie IV podkreślają konieczność złożonego podejścia terapeutycznego w tej grupie chorych. Pod uwagę należy brać czynniki wpływające na rozwój patologii, w tym głównie:

- ▶ czynniki działające od wczesnego dzieciństwa (genetyczne, środowiskowe, kulturowe);
- ▶ czynniki psychosocjalne (stres, osobowość, stan psychologiczny, wsparcie społeczne);
- ▶ czynniki fizjologiczne (motoryka, funkcja immunologiczna jelit, zaburzenia mikrobiomu jelitowego, dieta).

Inna ważna zmiana w Kryteriach Rzymskich IV to wprowadzenie nowych zespołów objawów, w wybranych kategoriach, takich jak:

- ▶ zespoły przełykowe:
 - nadwrażliwy przełyk/nadwrażliwość na refluks;
- ▶ zaburzenia żołądka i dwunastnicy:
 - zespół przewlekłych nudności i wymiotów,
 - zespół niepowściągliwych wymiotów wywołanych kannabinoidami;
- ▶ zaburzenia jelitowe:
 - zaparcie wywołane opioidami;
- ▶ zespoły bólowe ośrodkowo-zależne:
 - zespół bólu brzucha ośrodkowo-zależny,
 - zespół jelita narkotycznego.

Zespół nadwrażliwości przełyku różni się od zgagi czynnościowej, ponieważ jest spowodowany nadwrażliwością przełyku na ekspozycję prawidłowej ilości reflukatu, podczas gdy rozpoznawana już wcześniej zgaga czynnościowa nie ma związku z obecnością fizjologicznego nawet refluksu. Z kolei zespół niepowściągliwych wymiotów wywołanych kannabinoidami definiuje grupę pacjentów z nadwrażliwością na te substancje, skutkującą obecnością nudności i wymiotów. Szczegółowe opisy poszczególnych zespołów znajdują się w kolejnych podrozdziałach.

Trzecia duża zmiana to modyfikacja dysfunkcji zwieracza Oddiego, który to zespół był podzielony na trzy podtypy, a obecnie wyróżnia się tylko jeden. Typ I dysfunkcji zwieracza Oddiego, reprezentujący pacjentów po cholecystektomii ze wzrostem enzymów wątrobowych oraz bólami brzucha, zawierał zbyt dużo ewidentnych organicznych patologii, w związku z tym został przez ekspertów usunięty z tej klasyfikacji. Podobnie usunięto również typ III, definiowany jako ból pochodzący z dróg żółciowych, również z powodu, iż w tej grupie znajdowali się często chorzy z bólem innego pochodzenia. Poprzedni typ II dysfunkcji zwieracza Oddiego, a obecnie jedyny zaliczony do tej kategorii, czyli po prostu „dysfunkcja zwieracza Oddiego”, obejmuje pacjentów z zarówno podwyższoną aktywnością enzymów, jak i z poszerzeniem przewodu żółciowego wspólnego.

Wspólną cechą wszystkich Kryteriów Rzymskich IV jest też czas wskazujący na objawy przewlekłe. Definiuje się go najczęściej jako objawy występujące przez co najmniej ostatnie 3 miesiące, z początkiem występowania od co najmniej 6 miesięcy. Nowa klasyfikacja według Kryteriów Rzymskich IV została przedstawiona w tabeli 1.

NOWA KLASYFIKACJA ZABURZEŃ CZYNNOŚCIOWYCH

Zaburzenia przełyku

Czynnościowe zaburzenia przełyku, podobnie jak przy poprzednich Kryteriach, są definiowane jako występowanie typowych objawów przełykowych, niezwiązanych z występowaniem zmian strukturalnych, zapalnych, a także znaczących zaburzeń motoryki.

Wśród zaburzeń czynnościowych dotyczących przełyku wyróżniono obecnie następujące zespoły:

- ▶ A1. Czynnościowy ból w klatce piersiowej.
- ▶ A2. Czynnościowa zgaga.
- ▶ A3. Nadwrażliwy przełyk/nadwrażliwość na refluks.
- ▶ A4. Gałka.
- ▶ A5. Czynnościowa dysfagia.

Podobnie jak w Kryteriach Rzymskich III występowanie achalazji wyklucza patologie czynnościowe. Usunięto także z poprzednich zespołów określenie „zaburzenia motoryki potwierdzone histopatologicznie”, jako że na ogół zaburzenia motoryki nie są definiowane zmianami histologicznymi. Ewidentne zaburzenia motoryki o typie spastycznym również wykluczają patologię czynnościową, aczkolwiek pozostawiono możliwość rozpoznawania granicznych zaburzeń motoryki, takich jak nieefektywna perystaltyka przełyku czy perystaltyka fragmentaryczna, ponieważ zdaniem ekspertów mogą one być wtórne do nadwrażliwości trzewnej. Kolejna zmiana w tej części Kryteriów Rzymskich IV jest związana z propozycją bardziej restrykcyjnej definicji choroby refluksowej żołądkowo-przełykowej i wprowadza nadwrażliwość na refluks fizjologiczny, zakładając możliwość nakładania się objawów czynnościowych z objawami refluksowymi.

Zwrócono uwagę, iż odpowiedź na inhibitory pompy protonowej (*proton pump inhibitor* – PPI) nie może być kryterium choroby refluksowej, ze względu na wysoką odpowiedź na placebo, niską specyficzność i ograniczoną wartość predykcyjną takiej terapii.

A1. Czynnościowy ból w klatce piersiowej

Czynnościowy ból w klatce piersiowej jest definiowany jako niewyjaśniony, nawracający ból zamostkowy prawdopodobnie przełykowego pochodzenia, niezwiązany

z chorobą refluksową, zmianami w obrębie śluzówki czy zaburzeniami motoryki, inny niż zgaga.

Aby rozpoznać czynnościowy ból w klatce piersiowej, objawy muszą spełniać następujące kryteria: ból musi występować w ciągu co najmniej ostatnich 3 miesięcy, z początkiem objawów przed co najmniej 6 miesiącami, z częstością co najmniej raz w tygodniu. Dodatkowo:

- ▶ należy wykluczyć przyczyny kardiologiczne bólu w klatce piersiowej;
- ▶ pacjent nie może mieć innych objawów przełykowych, takich jak zgaga czy dysfagia;
- ▶ brak jest dowodów na występowanie u pacjenta choroby refluksowej oraz eozynofilowego zapalenia przełyku;
- ▶ brak jest dowodów na występowanie innych chorób przełyku, jak: achalazja, rozlany skurcz przełyku, przełyk korkociągowaty czy brak perystaltyki przełyku.

Kryteria zostały dostosowane do przyjętej definicji i niejako określają też zasadność i potrzebę diagnostyki różnicowej. Dzięki nim na pewno można wykluczyć jawną chorobę refluksową czy jawne eozynofilowe zapalenie przełyku, jako że wśród kryteriów wykluczających jest zgaga oraz dysfagia. Dodatkowo odniesienie do nowej klasyfikacji zaburzeń spastycznych przełyku pozwala również na eliminację tych pacjentów. Poprzednio opisywano, iż w przypadku około 50% pacjentów spełniających kryteria czynnościowego bólu w klatce piersiowej można rozpoznać chorobę refluksową. Nie wiadomo na razie, jak te objawy nakładania zmieniają nowe definicje.

A2. Czynnościowa zgaga

Czynnościowa zgaga jest definiowana jako palący ból lub dyskomfort w okolicy zamostkowej, oporny na optymalne leczenie zmniejszające kwaśne wydzielanie, w przypadku braku objawów choroby refluksowej, a także histopatologicznych zmian w obrębie błony śluzowej, znaczących zaburzeń motoryki oraz zmian strukturalnych. Naturalna historia zgagi czynnościowej jest niejasna, zaobserwowano jednak, że 2/3 pacjentów pozostaje objawowymi podczas 2-letniej obserwacji. Diagnostyka, zgodnie z definicją, bazuje na wykluczeniu choroby refluksowej, poważnych zaburzeń motorycznych oraz histologicznych. Ważnym kryterium jest brak odpowiedzi na leczenie antysekrecyjne.