4.

Diagnostyka zaburzeń czynnościowych dolnego odcinka przewodu pokarmowego

Michał Mik, Łukasz Dziki, Radzisław Trzciński, Adam Dziki

WPROWADZENIE

Czynnościowe zaburzenia dolnego odcinka przewodu pokarmowego (CzZDOPP) obejmują cechy czynnościowego nietrzymania stolca, czynnościowego bólu odbytu i odbytnicy oraz zaburzeń oddawania stolca. Diagnostyka tych nieprawidłowości stanowi często duże wyzwanie nawet dla bardzo doświadczonego klinicysty. Znajomość całego potrzebnego arsenału diagnostycznego jest tutaj nieodzowna. Część objawów klinicznych, które występują w wymienionych wyżej jednostkach chorobowych, pojawia się także w chorobach o podłożu organicznym, również w chorobach onkologicznych. W pierwszej fazie procesu diagnostycznego należy wykluczyć obecność tych właśnie chorób. Dopiero po stwierdzeniu, że podłożem zaburzeń nie jest przyczyna mechaniczna, dająca się usunąć lub reagująca na leczenie przyczynowe, należy rozpocząć wnikliwą diagnostykę w kierunku nieprawidłowości funkcjonalnych dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

W niniejszym rozdziale w pierwszej kolejności zostaną omówione badania diagnostyczne, które pozwalają wykluczyć organiczne podłoże choroby, w tym

przede wszystkim badania endoskopowe, a następnie te, które koncentrują się na ocenie czynności dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Badanie proktologiczne

Podstawą diagnostyki zaburzeń czynnościowych jest nadal prawidłowo zebrany wywiad lekarski i szczegółowe badanie przedmiotowe. W wywiadzie lekarskim należy ocenić obecność wszystkich objawów, które mogą towarzyszyć zaburzeniom czynnościowym dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Obok skarg chorego, takich jak nietrzymanie gazów i stolca, brudzenie bielizny, trudności w oddawaniu stolca czy ostre, silne lub przewlekłe bóle odbytu, należy upewnić się, czy chory nie ma: krwawienia z odbytu, uczucia pustego parcia na stolec, uczucia niepełnego wypróżnienia, śluzowych biegunek, naprzemiennie występujących zaparć i biegunek, wycieku treści ropnej z odbytu, pieczenia odbytu, świądu czy kłucia odbytu.

W badaniu proktologicznym kluczowe jest obejrzenie okolicy odbytu w celu oceny obecności zmian patologicznych na skórze i w obrębie anodermy, które mogą być współodpowiedzialne za cechy nietrzymania gazów czy stolca.

Badanie przedmiotowe przezodbytnicze w tej grupie chorych musi również początkowo koncentrować się na wykluczeniu przyczyn organicznych objawów. Należy ocenić w przybliżeniu napięcie zwieraczy odbytu zarówno w spoczynku, jak i podczas zaciskania zwieraczy przez pacjenta oraz skontrolować okolicę pod kątem obecności blizn pooperacyjnych lub pourazowych. W grupie chorych z podejrzeniem czynnościowych zaburzeń oddawania stolca, głównie czynnościowych zaparć, ale też nietrzymania stolca, należy poprosić pacjenta o wykonanie próby parcia w pozycji kucznej. Próba ta pozwoli na ocenę ewentualnego wypadania śluzówki odbytu lub pełnościennego wypadania odbytnicy.

Po wykluczeniu przyczyn organicznych u znacznej części chorych z CzZDOPP badanie *per rectum* może nie wykazać żadnych patologii. W przypadku chorych z przewlekłym i napadowym bólem odbytu w badaniu tym można wyczuć wzmożone spoczynkowe napięcie mięśni zwieraczy odbytu oraz wzmożone napięcie mięśnia łonowo-odbytniczego.

W przypadku pacjentów z czynnościowymi zaburzeniami oddawania stolca o charakterze defekacji dyssynergicznej podczas parcia na stolec można wyczuć także wzmożenie napięcia obu wymienionych powyżej struktur anatomicznych.

Badania endoskopowe

Anoskopia

Anoskopia to najprostsze, najtańsze i najszerzej dostępne badanie endoskopowe dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Do jej przeprowadzenia nie jest wymagane specjalne przygotowanie pacjenta. Badanie można wykonać ambulatoryjnie w każdej poradni proktologicznej, ale także przy łóżku chorego. Umożliwia ono lekarzowi dokładną wizualizację anodermy i kanału odbytu do głębokości około 4 cm od brzegu odbytu.

Anoskopia pozwala na ocenę: zaawansowania choroby hemoroidalnej, obecności infekcji wirusowych przenoszonych drogą płciową, kłykcin odbytu, szczelin odbytu, owrzodzeń, zmian pourazowych i w końcu raka odbytu.

Biorąc pod uwagę napotkane cechy kliniczne, podczas badania można pobrać materiał do oceny histopatologicznej.

Przeciwwskazaniem do anoskopii jest jawna szczelina odbytu, która wiąże się z bardzo silnym bólem podczas badania oraz masywne krwawienie z odbytu uniemożliwiające ocenę wzrokową kanału odbytu. Poza dyskomfortem, który może wystąpić w trakcie badania, anoskopia praktycznie nie niesie ze sobą ryzyka powikłań.

Rektoskopia

Na przestrzeni ostatnich lat upowszechnienie kolonoskopii spowodowało, że rektoskopia w dużej mierze straciła na swoim znaczeniu. Nie należy jednak zapominać, że to wciąż przydatne narzędzie do oceny odbytnicy. Stanowi ona uzupełnienie anoskopii. Do badania wymagane jest odpowiednie przygotowanie pacjenta, należy unikać przygotowania środkami przeczyszczającymi czy preparatami doustnymi, w pełni skuteczne i wystarczające jest wykonanie dwóch oczyszczających wlewek doodbytniczych w odstępach dwugodzinnych. Rektoskopia pozwala ocenić morfologię błony śluzowej odbytnicy, stanowi narzędzie diagnostyczne w kierunku nowotworów odbytnicy, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, choroby Leśniowskiego-Crohna, a także obecności zmian patologicznych w samym kanale odbytu (podobnie jak anoskopia).

Rektoskopia to cenne narzędzie do oceny owrzodzeń odbytnicy, w tym obecności zespołu wrzodu samotnego odbytnicy (*ulcus solitarius recti*), który może występować u chorych z objawami czynnościowych zaparć. Owrzodzenie najczęściej jest zlokalizowane między 5. a 10. cm od brzegu odbytu, zwykle na przedniej

ścianie odbytnicy. Obraz endoskopowy u pacjentów z zespołem wrzodu samotnego odbytnicy może być heterogeniczny i występować jako: pojedyncze owrzodzenie na ścianie przedniej lub przednio-bocznej (35-87%), obecność kilku owrzodzeń (22%), występowanie zmian polipowatych (23%), przekrwienie błony śluzowej (13-43%). Podczas wykonywania rektoskopii można poprosić pacjenta o próbę parcia, podczas której możemy spróbować ocenić obecność wewnętrznego wgłabiania odbytniczo-odbytowego. Badanie endoskopowe należy uzupełnić pobraniem wycinków do oceny histopatologicznej, aby wykluczyć nowotworową komponentę owrzodzenia.

Kolonoskopia

Kolonoskopia to najdokładniejsze i dość szeroko rozpowszechnione badanie endoskopowe dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Przed badaniem wymagane jest dokładne przygotowanie chorego doustnymi preparatami według schematów zależnych od pory dnia, w której planuje się wykonanie badania. Badanie pozwala na wykrycie choroby nowotworowej, zespołów polipowatości przewodu pokarmowego, uchyłków jelita grubego, choroby Hirschsprunga, zmian angiodysplastycznych okrężnicy, ocenę nasilenia zapalenia jelita grubego (wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i choroby Leśniowskiego-Crohna). W diagnostyce chorych z podejrzeniem zaburzeń czynnościowych dolnego odcinka przewodu pokarmowego należy wykluczyć wszystkie wymienione wyżej stany patologiczne, z którymi pacjent zgłosił się do lekarza, mogące leżeć u podstaw objawów klinicznych.

W kolonoskopii u chorych z czynnościowymi przewlekłymi zaparciami możemy stwierdzić cechy melanozy okrężnicy. Melanoza jelita grubego jest wynikiem przewlekłego stosowania doustnych środków przeczyszczających, zawierających glikozydy antracenowe (sennozydy A, B, C, D) z liści senesu. W jelicie grubym cząsteczki te przekształcają się w aktywną formę, co doprowadza do uszkodzenia komórek błony śluzowej okrężnicy i do ich apoptozy. Gdy komórki te ulegają apoptozie, tworzą ciemny pigment, lipofuscynę, która wyściela ścianę jelita grubego. Ostatecznie martwe komórki są pobierane przez makrofagi. Melanoza jelita grubego może wystąpić w ciągu zaledwie kilku miesięcy od rozpoczęcia stosowania środków przeczyszczających. Badania laboratoryjne ani obrazowe nie pomogą w jej diagnostyce. Charakterystyczne jest, że cechy melanozy są najintensywniejsze w kątnicy, a ich intensywność zmniejsza się w dystalnych odcinkach okrężnicy.