

GASTROENTEROLOGIA

Agata Misiurewicz-Gabi

Zespół jelita nadwrażliwego – strategia szybkiego reagowania

W trudnych, szczególnie dla pacjentów z zespołem jelita drażliwego, czasach pandemii, należy działać tak, aby jak najszybciej doprowadzić do ustąpienia dokuczliwych i obniżających jakość życia objawów, co powinno stanowić główny cel leczenia. Aby uzyskać szybką redukcję objawów i poprawę jakości życia u pacjentów z IBS, należy zastosować eubiotyk ryfaksyminę α . Szacuje się, że 10–15 proc. ludzi na świecie cierpi na zespół jelita drażliwego. Choroba wiąże się z powtarzającym się bólem w jamie brzusznej i dyskomfortem wynikającym z zaburzeń pracy jelit i ich nadreaktywności.

Zespół jelita drażliwego (*irritable bowel syndrome* – IBS) jest chorobą częstą, przewlekłą, o nieznaną przyczynę. Kryteria diagnostyczne zostały precyzyjnie określone, definiowane jako kryteria rzymskie IV. Leczenie IBS może trwać bardzo długo, jest zwykle wielokierunkowe i oparte na technikach behawioralnych. Aby przyniosło oczekiwany efekt, pacjent musi zmienić styl życia, dietę i stosować leki o potwierdzonej skuteczności, których jest niedużo. Wielu pacjentów i lekarzy zastanawia się, czy w czasie pandemii potrzebna jest strategia szybkiego reagowania w postępowaniu z pacjentami z IBS.



Fot. iStockphoto

Przyczyny choroby

W diagnostyce najważniejsze jest spełnienie tzw. kryteriów rzymskich (czyli klasyfikacji zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego), które określają zasady rozpoznawania chorób czynnościowych przewodu pokarmowego oraz wykluczenie organicznych przyczyn dolegliwości (objawy alarmowe!).

Wiemy o znaczącej roli zaburzeń mikrobioty (dysbiozy) w powstawaniu objawów IBS. Trudno jednoznacznie ustalić przyczynę choroby. Istnieje natomiast wiele czynników, które przynajmniej częściowo odpowiadają za jej wystąpienie. Mogą to być czynniki genetyczne, błędy dietetyczne, takie jak spożywanie zbyt małej ilości błonnika, spożywanie produktów wysoko przetworzonych, tłuszczów, produktów fermentujących zawierających cukry proste (FODMAP), zbyt dużej ilości alkoholu, kawy. Do tego dochodzą przebyte infekcje wywołane przez pierwotniaki, wirusy



i bakterie (najczęściej *Escherichia coli*, *Shigella* lub *Salmonella*, które wywołują tzw. biegunkę podróżnych). Coraz częściej wymienia się też silny stres, zaburzenia psychiczne i zmianę mikrobioty jelitowej (dysbioza). Wiemy, że IBS towarzyszy bardzo często zespół rozrostu bakteryjnego w jelicie cienkim, czyli SIBO. Przywrócenie

równowagi mikrobioty (eubiozy) jest skuteczną strategią terapeutyczną.

Uciążliwe dolegliwości

W zależności od tego, które symptomy dominują, wyróżnia się cztery odmiany IBS: z przewagą biegunk, z przewagą zaparć, mieszaną i niezdefiniowaną.

– Sama zmienność wypróżnień, biegunka, wzdęcie czy zaparcie nie wystarczą do rozpoznania IBS. Najważniejszą dolegliwością jest nawracający ból w jamie brzusznej o niepewnej centralnej lokalizacji i przynajmniej dwa dodatkowe objawy, takie jak związek ze zmiennym rytmem wypróżnień, zmianą częstości wypróżnień, zmianą wyglądu stolca. Objawy powinny być przewlekłe i trwać przynajmniej 6 miesięcy oraz występować nie mniej niż raz w tygodniu w ciągu ostatnich 3 miesięcy. Jest to rozpoznawanie kliniczne, sygnowane przez wszystkie zalecenia na podstawie kryteriów rzymskich IV – mówi dr n. med. Anna Pietrzak ►

GASTROENTEROLOGIA

”

Ryfaksymina α jest skuteczna również w występującej okresowo niemal u każdego (np. po antybiotykoterapii) dysbiozie jelitowej, czyli zaburzeniu funkcjonowania mikrobioty jelit prowadzącym do nadmiernego rozrostu bakteryjnego (SIBO), występującym często oprócz IBS również w cukrzycy, u osób długotrwale przyjmujących inhibitory pompy protonowej, ludzi starszych, otyłych, u pacjentów z chorobami tarczycy, trzustki, encefalopatią wątrobową itd.

► z Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii i Onkologii Klinicznej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oraz Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie.

Jak postępować z pacjentem z IBS w dobie COVID-19?

– Opieka nad chorymi z IBS powinna być zorientowana na pacjenta i polegać na ocenie objawów dominujących, omówieniu istoty choroby i jej przewlekłości oraz zapewnieniu o wsparciu, choćby teleporadą. W trudnych, szczególnie dla pacjentów z IBS, czasach pandemii, należy działać tak, aby jak najszybciej doprowadzić do ustąpienia dokuczliwych i obniżających jakość życia objawów, co powinno stanowić główny cel leczenia. To nie znaczy, że można zaniechać edukacji chorego oraz innych modyfikacji. Jest to jednak proces długotrwały i czasochłonny, a efekt postępowania bywa widoczny po kilkunastu, kilkudziesięciu tygodniach, czyli zdecydowanie później, niż oczekują tego pacjenci. Ten typ modyfikacji można traktować jako swojego rodzaju tło leczenia. Ważna jest edukacja w zakresie istoty choroby, jej przewlekłości, a co za tym idzie – konieczności działania stałego

i kompleksowego, obejmującego zmianę filozofii i stylu życia, modyfikację dietetyczną, radzenie sobie ze stresem czy unikanie sytuacji nasilających objawy. Mimo, że 80 proc. pacjentów wiąże swoje objawy z dietą, to jednak znanych jest jedynie kilka modyfikacji o udowodnionych w badaniach właściwościach. Do takich należą dieta low-FODMAP (nienadająca się do stosowania przewlekłego) oraz długotrwała suplementacja błonnika rozpuszczalnego (niezależnie od postaci IBS). Nie zalecamy natomiast diety eliminacyjnej opartej na testach skórnych czy z krwi ani diety bezglutenowej u pacjentów bez choroby trzewnej (celiakii) – mówi dr Anna Pietrzak.

Wszystkie te zalecenia mogą być wprowadzone jednocześnie, a monitorowanie leczenia może odbywać się w różny sposób. Pacjent z IBS modelowo nadaje się do tzw. opieki hybrydowej, czyli łączenia kontrolnych wizyt standardowych i telefonicznych porad lekarskich, czy online z minimalnym wsparciem terapeuty.

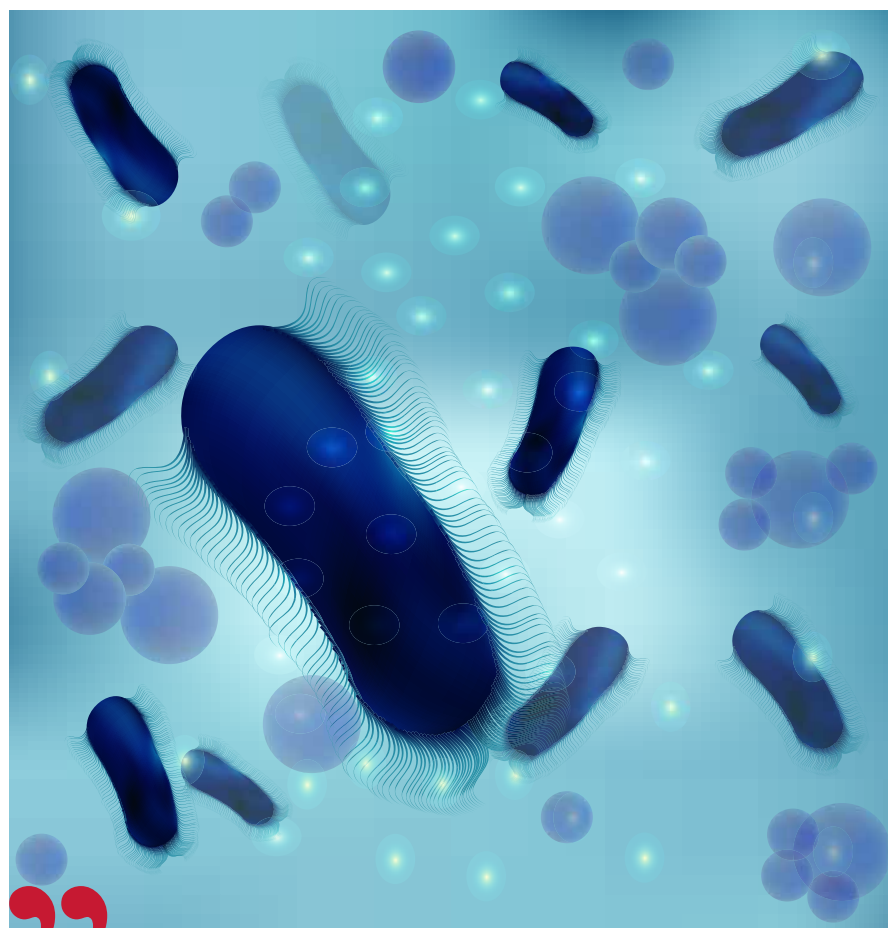
Jaki lek w IBS w dobie COVID-19

Jeśli chcemy zareagować na objawy szybko, lekiem o dużej skuteczności, który poprawia jakość życia pacjentów z IBS, zmniejsza objawy choroby lub prowadzi do ich ustąpienia, jest eubiotyk ryfaksymina α .

– Ryfaksyminę α podaje się w dawce 1600 mg na dobę przez 14 dni. Jeżeli leczenie jest efektywne, można je kontynuować w przypadku nawrotów objawów, zachowując 4-tygodniowe odstępy. Można też dodatkowo włączyć leki objawowe – rozkurczowe (drotaweryna, hioscyna), przeciwbiegunkowy (loperamid) i przeczyszczające (makrogole), które wpływają na wszystkie objawy IBS. Jeżeli objawy nadal się utrzymują, to konieczna jest konsultacja u lekarza rodzinnego lub u specjalisty, szczególnie przed włączeniem leków przeciwdepresyjnych czy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny. W takiej sytuacji w postaci niezaparciowej diagnozuje się pacjenta pod kątem zespołu rozrostu bakteryjnego, wykonując test oddechowy lub badania mikrobiologiczne – wyjaśnia dr Anna Pietrzak.

Dysbioza jelitowa

Ryfaksymina α jest skuteczna również w występującej okresowo niemal u każdego (np. po antybiotykoterapii) dysbiozie jelitowej, czyli zaburzeniu funkcjonowania mikrobioty jelit prowadzącym do nadmiernego rozrostu bakteryjnego (SIBO),



Fot. iStockphoto

dr Anna Pietrzak: Ryfaksymina α jest eubiotykiem, który moduluje mikrobiotę i działa przeciwzapalnie. Lek jest dobrze tolerowany, bezpieczny, nie wchłania się z przewodu pokarmowego i nie ma na niego oporności

występującym często oprócz IBS również w cukrzycy, u osób długotrwale przyjmujących inhibitory pompy protonowej, ludzi starszych, otyłych, u pacjentów z chorobami tarczycy, trzustki, encefalopatią wątrobową itd.

– Dysbioza prowadzi do uszkodzenia funkcji barierowej błony śluzowej jelita (rozszczelnienie komórek jelita, zespół jelita przeziąkliwego – leaky gut), dochodzi do translokacji bakterii i ich metabolitów, napływu komórek zapalenia, wydzielania cytokin prozapalnych i uszkodzenia regulacji immunologicznej obrony gospodarza. To wszystko powoduje zapalenie i zaburzenia nerwowo-mięśniowe, czyli powstanie zespołu jelita przeziąkliwego. Pacjenci z dysbiozą to szczególnie grupa osób, u których dolegliwości pojawiają się po zastosowaniu leków, błędzie dietetycznym, po zmianie otoczenia. Są to pacjenci z bólem, wzdęciami, biegunką, bez objawów alarmowych. Często sprawni, zabiegani, wysportowani, dbający o zdrowie, którzy jeszcze nie mają IBS, ale my już widzimy, że występujące u nich objawy są łagodne, lecz dokuczliwe. Jest też grupa pacjentów z dysbiozą i rozpoznanymi wcześniej chorobami, takimi jak: cukrzyca, przewlekłe zapalenie trzustki, choroby tarczycy, jelit. W obu tych grupach chcemy przywrócić równowagę w składzie mikrobioty jelitowej,

czyli eubiozę. W przypadku dysbiozy, SIBO, szczególnie w dobie COVID-19, z uwagi na eubiotyczne działanie i bardzo dobrą tolerancję lekiem pierwszego wyboru powinna być ryfaksymina α w dawce 1600 mg na dobę (4 razy po 2 tabletki przez 10–14 dni), warunkowo 1200 mg (3 razy po 2 tabletki przez 10–14 dni), ale jest to dawka o niższej skuteczności. Dopiero jeżeli pierwsze leczenie ryfaksyminą α nie jest skuteczne, kiedy chcemy włączyć antybiotyki ogólnoustrojowe albo kiedy po pierwszym leczeniu dojdzie do nawrotu choroby, wykonuje się test oddechowy, który pozwala ustalić, czy mamy do czynienia z SIBO – mówi dr Anna Pietrzak.

– Ryfaksymina α jest eubiotykiem, który moduluje mikrobiotę, zwiększa ilość dobrych bakterii typu Bifidobacterium, Lactobacillus czy przeciwzapalnej Faecalibacterium prausnitzii, obniża poziom niepożądanych bakterii „śluzozernych” oraz działa przeciwzapalnie. Lek jest dobrze tolerowany, bezpieczny, nie wchłania się z przewodu pokarmowego i nie ma na niego oporności. Wykazuje efekty niepożądane takie jak placebo i może być stosowana długo w leczeniu nawrotowych objawów IBS. Prócz tego charakteryzuje się szerokim działaniem przeciwbakteryjnym (bakterie Gram-dodatnie i Gram-ujemne, tlenowe i beztlenowe), przeciwwirusowym i przeciwgrzybiczym. Według wytycznych Amerykańskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego z tego roku nie rekomenduje się podawania pacjentom probiotyków w większości chorób układu pokarmowego, również w zapaleniu żołądkowo-jelitowym. Warto w związku z tym docenić eubiotyczne działanie ryfaksyminy α w leczeniu IBS – podsumowuje dr Anna Pietrzak. ■

Artykuł powstał na podstawie wykładu dr Anny Pietrzak na konferencji Wirtualna Akademia Termedii – Gastroenterologia część V.



Fot. Termedia

”

W diagnostyce najważniejsze jest spełnienie tzw. kryteriów rzymskich (czyli klasyfikacji zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego), które określają zasady rozpoznawania chorób czynnościowych przewodu pokarmowego oraz wykluczenie organicznych przyczyn dolegliwości (objawy alarmowe!)