

# Příspěvek k diferenciální diagnostice chronických břišních bolestí

P. Dítě<sup>1</sup>, B. Kianička<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Interní hepatogastroenterologická klinika Lékařské fakulty MU a FN Brno, pracoviště Bohunice, přednosta prof. MUDr. Jan Lata, CSc.

<sup>2</sup> Gastroenterologické oddělení II. interní kliniky Lékařské fakulty MU a FN u sv. Anny, přednosta prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

Předneseno na XVI. kongresu České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně v Praze ve dnech 13.–16. září 2009

**Souhrn:** Diferenciální diagnostika bolestí břicha je velice obtížnou částí vnitřního lékařství. Znalost možných etiologických příčin, současně s charakteristikou některých dalších příznaků, lokalizace bolesti, její propagace a diagnostiky jsou součástí předloženého sdělení. Přístup k diferenciální diagnostice břišní bolesti musí být vždy komplexní, od cílené anamnézy po fyzikální vyšetření břicha a racionální využití dostupných, především zobrazovacích a endoskopických metod. Jsou proto uvedeny nejčastější etiologické jednotky funkčních a organických postižení jícnu, žaludku, střev a pankreatobiliární oblasti, včetně možných extraabdominálních příčin bolestí břicha. Zdůrazněna je skutečnost, že břišní bolest je fenoménem, který je vždy třeba pečlivě vyšetřit a analyzovat, abychom se vyhnuli závažným pochybením a možným poškozením našich nemocných.

**Klíčová slova:** chronická bolest – funkční příčina – organické onemocnění – jícen – žaludek – střevo – biliární systém – pankreas – mimobřišní etiologie

## Contribution to differential diagnosis of chronic abdominal pain

**Summary:** Differential diagnosis of abdominal pain is a complex area of internal medicine. The present paper discusses possible aetiology together with characterisation of some other signs, pain localisation, its propagation and diagnosis. The approach to differential diagnosis of abdominal pain must always be comprehensive and span from targeted anamnesis to physical examination of the abdomen and rational application of available, mainly imaging and endoscopic methods. Therefore, we present the most frequent aetiologies of functional and organic impairments of the oesophagus, intestines and pancreatic and biliary area, including possible extra-abdominal causes of abdominal pain. It is emphasised that abdominal pain should always be carefully investigated and analysed in order to prevent major mistakes and possible harm to our patients.

**Key words:** chronic pain – functional cause – organic disease – oesophagus – stomach – intestine – biliary system – pancreas – extra-abdominal aetiology

## Úvod

Diferenciální diagnostika bolestí břicha patří mezi velmi obtížné kapitoly vnitřního lékařství, gastroenterologie i chirurgie.

K diferenciální diagnostice bolestí břicha je nutno vždy přistupovat komplexně, tj. zvážit data anamnestická, charakter a lokalizaci bolesti, vyvolávající příčinu bolesti, časový a druhový vztah břišní bolesti ke stravě, propagaci bolesti, průvodní příznaky bolesti, jako je zvracení, změna charakteru stolice, ale např. bolest provázející dušnost a podobně.

Z pohledu možných etiologických faktorů, kterým je toto sdělení věnováno především, je bolest nejčastěj-

ším příznakem jak akutního stavu, tak zvláště frekventním příznakem chronického onemocnění orgánů dutiny břišní a provází i mimobřišní onemocnění.

Nejpravděpodobnější příčinou bolesti v oblasti dutiny břišní je právě probíhající zánětlivý proces, dysmotilita trávicí trubice, neurovegetativní dysbalance, viscerální hypersenzitivita a dráždění neuronů expanzivními procesy.

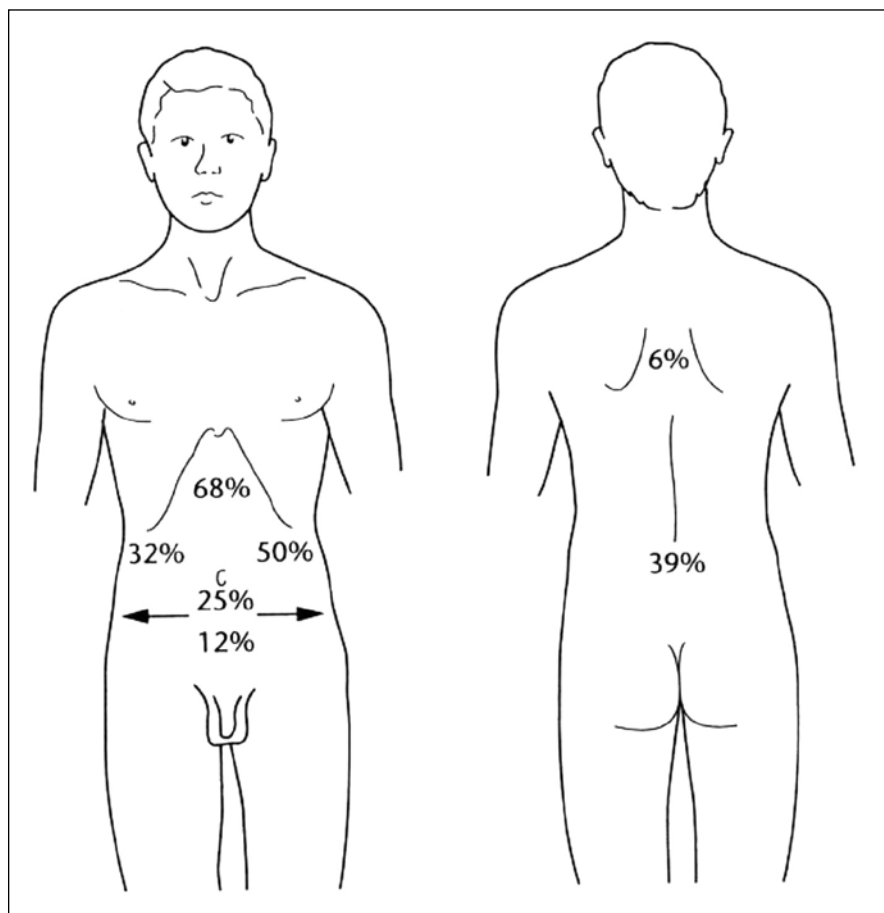
### Funkční (dysmotilní) stavy

Pokud jde o jícen, jsou nejčastější příčinou spazmy stěny jícnu, bolest vyvolaná při reflexní nemoci gastroezofageální, tzv. louskáčkový jícen a hypersenzitivita stěny jícnu.

Podobně bolest vycházející z oblasti žaludku může mít příčinu při poruše žaludeční funkce, např. při poruše žaludečního pacemakeru, známá je bolest při distenzi stěny žaludeční.

Klasickým příkladem v tomto smyslu je bolest, jejíž lokalizace má charakter písmene lambda ( $\lambda$ ), bolest je lokalizována v průběhu břišní aorty a jejích větví od manubrium sterni k pupku. Obvykle nahmatáme pulzující a neobvykle citlivou břišní aortu. Stav označujeme termínem solární syndrom.

Mnohem častěji se však setkáváme s mladšími nemocnými přicházejícími s bolestmi břicha lokalizovanými v mezogastriu a obvykle provázenými změnami ve vyprazdňování (imperativní



Obr. 1. Propagace pankreatické bolesti dle Lankische (2004).

průjem anebo spastická zácpa) bez jiných tzv. varovných příznaků, jako je zvracení, ztráta hmotnosti, přítomnost krve ve stolici, anemizace a podobně. Hovoříme o dráždivém tračníku, který je nejčastější funkční střevní poruchou. Jedná se o poruchu střevní motility, kdy stěna střevní abnormálně reaguje na různé střevní a mimostřevní podněty. Klinicky se nemoc projevuje buď průjemovitými stolicemi, anebo zácpou. Průjemovitá stolice je typicky imperativní, buď jako tzv. ranní frakcionované stolice (prvá stolice je často i zcela normální konzistence, pak následují stolice řídké až tenezmy), anebo jsou průjmy postprandiální, kdy se imperativní stolice objevuje v průběhu jídla nebo těsně po skončení jídla.

U typu dráždivého tračníku, kde je hlavním projevem zácpa, se jedná o bolestivé symptomy, které defekaci tuhé stolice předcházejí, u některých osob se po období zácpy objevuje masivní objemná řídká stolice, označená jako střevní debakl.

Dráždivý tračník je onemocnění, které neobyčejně zhoršuje kvalitu života nemocných, navíc může být spojeno, dle některých údajů, např. s refluxní nemocí gastroezofageální. Ale především je nutno odlišit tuto jednotku od kolorektálního karcinomu, který se rovněž může projevit náhlou změnou charakteru stolice, ale vyskytuje se u starších osob a mohou při něm být přítomny výše uvedené tzv. alarmující příznaky. Při jakémkoliv podezření, že by se mohlo jednat o organické onemocnění střeva, je plně indikováno vyšetření kolonoskopické.

Zvláštní jednotku mezi funkčními příčinami břišních bolestí zaujímají změny způsobené dysmotilitou biliárního stromu, včetně svaloviny Oddiho svěrače. Dysfunkce Oddiho svěrače může indukovat velmi silnou bolest charakteru biliární koliky anebo akutní pankreatitidy, dokonce i s přechodným zvýšením obstrukčních enzymů anebo pankreatické amylázy. Diagnos-

tika je velmi obtížná, manometrie Vaterovy papily se standardně neprovádí, a navíc je tato metoda zatížena možnými závažnými komplikacemi (těžká akutní pankreatitida). Při dyskinezi žlučníku se většinou s typickou bolestí nesetkáváme, spíše se jedná o břišní dyskomfort než o typickou bolest.

Funkční poruchy jako vyvolávající příčina břišní bolesti nejsou vzácné, nejsou život ohrožujícími stavy, avšak vždy je nutné velice pečlivě vyšetřovat nemocné z pohledu možné záměny funkční etiologie s etiologií organickou, včetně možné malignity.

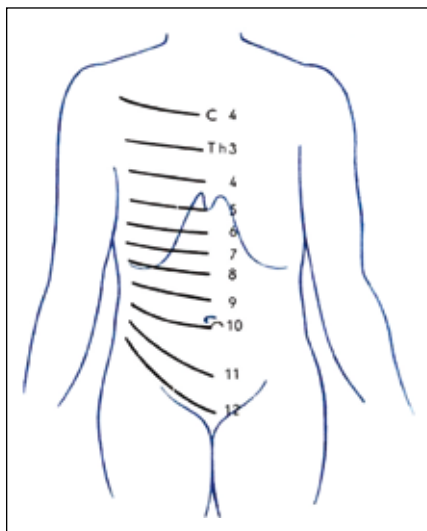
### Organická onemocnění

Mezi nejčastější organická **onemocnění jícnu**, která mají mezi svými symptomy bolest, patří refluxní ezofagitida, hiátová hernie a achalázie.

Dysfagie je vždy symptomem závažným, který nesmí být podceněn. Mezi prvními vyšetřeními je vždy nutno provést vyšetření endoskopické.

**Vředová nemoc** gastroduodenální je stále poměrně častou chorobou, i když v poslední době se zřejmě díky „proeradikovanosti“ naší společnosti změnila lokalizace vředových lézí a především se významně snížil podíl *Helicobacter pylori* pozitivních lézí. V etiologii dnes převládají vředy *Helicobacter pylori* negativní, lokalizace lézí v žaludečním těle a bulbu duodena je dnes prakticky proporcionální. Příčinou *Helicobacter pylori* negativních lézí jsou především léky. Vysoké procento osob léčených nesteroidními antiflogistiky, antiagregačními léky (acylpyrin) a léky antikoagulačními je důvodem nárůstu těchto slizničních lézí. Zásadní roli v diagnostice, včetně diferenciální diagnostiky, má cílená anamnéza, neboť řada osob např. acylpyrin za lék nepokládá, a spontánně jej proto ani neuvádí mezi používanými léky. Není tedy zvláštností, že starší nemocný používá od kardiologa acylpyrin, od revmatologa diclofenak a od internisty antikoagulancium, což je doslova kombinace „smrtelná“.

Obecně se vředová choroba projevuje bolestmi břicha, které jsou při lo-



Obr. 2. Břišní bolest extragastrická, její propagace.

kalizaci v bulbu duodena bolestmi při lačnění, často se objevujícími v noci mezi 1. a 2. hodinou ranní a jídlem se mírní, naopak bolest při lokalizaci v žaludečním těle je bolestí indukovanou najedením – asi do 1 hodiny od požití jídla. Maximum bolesti je ve středním epigastriu v okolí pupku s propagací žaludečního vředu směrem do obou podžebří a do dolní poloviny hrudníku, vřed subkardiální mívá bolest s projekcí až do oblasti dolní čelisti. Vřed duodenální mívá svou propagaci do okolí pupku a pod žeberní oblouky. Ověření vředu je nepřesnější gastroscopicky, zatímco lokalizace v bulbu duodena nevyžaduje vždy gastroscopickou kontrolu, jestliže je nemocný bez potíží, lokalizace v těle žaludku musí být vždy endoskopicky kontrolována, včetně odběru biopsií z okolí vředu. Standardem je vyšetření přítomnosti infekce *Helicobacter pylori*, buď bioticky v průběhu endoskopie, anebo velmi přesným dechovým testem.

**Pankreatická bolest** při benigních lézích pankreatu se vyznačuje řadou z odlišností od ostatních břišních bolestí.

Zatímco bolest při akutní pankreatitidě je vždy bolestí s ostrým začátkem a ihned velmi velké intenzity, provázená zvracením, bolest při chronické pankreatitidě je dlouhodobá, trvá dny, týdny i měsíce, významně se zhoršuje jídlem (i dietním). Asi 85 % všech osob s chronickou pankreatitidou má tzv. bolestivou formu nemoci. Bolest u chronické pankreatitidy může být vyvolána přetlakem v pankreatickém vývodu a především v sekundárních větvích, což vede k ischemii a indukci bolestivých transmiterů. Další příčinou jsou změny peripankreatických nervů, ztrácí se nepropustnost perineuria, a okrsy zánětlivé tkáně tak mohou přímo dráždit příslušné neurony. Bolest rovněž může vyvolat stenóza duodena, která může chronickou pankreatitidu provázet. Významná je propagace pankreatické bolesti (obr. 1).

Pankreatická bolest provází jak chronickou pankreatitidu, tak pankreatický karcinom. Nicméně je skuteností, že v inciálních stadiích obě tyto afekce lze od sebe poznat jen velice obtížně. Vždy je třeba proto provést vyšetření sonografické, CT a zvláště významnou je endosonografie pankreatu. SPET-CT se nezdá být lepší než CT, podobně to zatím platí na magnetické rezonanci.

Nakonec je třeba se zmínit o břišní bolesti, kde je však příčina extragastrická. Sem patří ischemická srdeční choroba, vertebrogenní léze a jejich propagace (obr. 2).

Dalšími etiologickými faktory jsou změny průsvitu cév a následné omezení břišního prokrvení (břišní ischemie), příčinou bolesti mohou být nemoci ledvin, gynekologická onemocnění, ale i tzv. syndrom neplynového vzedmutí břicha při extrémní břišní lordóze.

## Závěr

Chronické břišní bolesti jsou častými příznaky onemocnění břišních, ale i mimobřišních orgánů.

Břišní bolest je stavem, který významně ovlivňuje kvalitu života nemocných. Vznik bolesti je většinou multifaktoriální.

Vyšetření bolesti a hledání příčiny musí být provedeno neobyčejně pečlivě, podcenění tohoto fenoménu může vést pro nemocné k nedozrnlým důsledkům, včetně smrti.

Terapie bolesti, ale často i diagnostika, patří do kategorie označované jako ars medice.

## Literatura

1. Hegglin R. Diferenciální diagnostika vnitřních chorob. Praha: Avicenum 1972.
2. Koteish A, Kalloo A. Chronic or recurrent abdominal pain. In: Weinstein WM et al. Clinical Gastroenterology and Hepatology. Elsevier Mosby 2005: 15–19.
3. Vakil N. Epigastric pain in dyspepsia and reflux disease. Rev Gastroenterol Disord 2003; 3 (Suppl 4): S16–S21.
4. Schwetz I, Bradesi S, Mayer EA. Current insights into the pathophysiology of irritable bowel syndrome. Curr Gastroenterol Rep 2003; 5: 331–336.
5. Lankisch PG. The problem of diagnosing chronic pancreatitis. Dig Liv Dis 2003; 35: 131–134.
6. Lauer P, Melle U. Chronic pancreatitis: definition and classification for clinical practice. In: Dominguez-Munoz JE. Clinical Pancreatology. Blackwell Publishing 2004: 180–186.
7. Malagelada JR. Chronic abdominal pain and discomfort. In: Corazziari E et al. Chronic gastrointestinal disorders. Milano: Messaggi 1999: 189–206.
8. Traue HC, Kessler M, Rudisch T. Extragastrointestinal chronic pain. In: Corazziari E et al. Chronic gastrointestinal disorders. Milano: Messaggi 1999: 217–228.

prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc.  
www.fnbrno.cz  
e-mail: pdite@med.muni.cz

Doručeno do redakce: 5. 1. 2010