

GASTROENTEROLOGIA

Najlepszym sposobem walki z SIBO jest eradykacja bakterii

SIBO, czyli zespół rozrostu bakteryjnego jelita cienkiego (*small intestinal bacterial overgrowth*), to zespół objawów, które są konsekwencją zaburzeń składu mikrobioty w jelicie cienkim. – Świadomość, że istnieje metoda walki z tą chorobą, z pewnością poszerza możliwości pomocy pacjentom – mówiła prof. dr hab. n. med. Barbara Skrzydło-Radomańska w trakcie konferencji Postępy w Gastroenterologii 2022.

– SIBO jest częstszą formą dysbiozy, niż się spodziewamy, choć zainteresowanie medycyny budzi od dopiero 35 lat. Nic więc dziwnego, że nie mamy precyzyjnych danych o częstotliwości jego występowania w populacji ogólnej. Szacunkowo oceniamy ją na od 2,5 proc. do aż 22 proc. Wiemy za to, że stanowi epifenomen dla bardzo wielu chorób, będąc być może czynnikiem utrudniającym ich leczenie – stwierdziła ekspertka.

SIBO to uchwytany klinicznie zespół objawów, które są konsekwencją zwiększenia ilości i/lub zmiany składu jakościowego mikrobioty w jelicie cienkim. Według definicji ilościowej o SIBO można mówić, gdy stwierdza się > 10⁹ CFU (*colony forming unit*) bakterii na 1 ml treści aspirowanej z proksymalnego odcinka jelita cienkiego i/lub obecność w niej szczepów charakterystycznych dla okrężnicy (*SIBO coliform*). Uzasadnieniem ilościowym dla tego stanu klinicznego jest fakt, że w jelicie cienkim znajduje miejsce na kolonizację większą ilość bakterii. Mogą one przemiesić się z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, z okrężnicy, lub z górnego odcinka przewodu pokarmowego, z jamy ustnej lub nosogardła.

Przyczyny SIBO

Przyczyny SIBO można podzielić na trzy grupy: zaburzenia obrony przeciwbakteryjnej, anomalie w budowie układu pokarmowego i zaburzenia motoryki.

– Pierwszą, biologiczną linią obrony jest kwaśne pH żołądkowe, które zapewnia kwas solny. Często jego działanie blokujejmy jatrogennie, dlatego zespół SIBO wykrywa się u 70 proc. pacjentów leczonych powyżej 12 miesięcy inhibitorami pompy protonowej – tłumaczyła prof. Barbara Skrzydło-Radomańska. Wyjaśniła, że przed rozrostem bakteryjnym chroni nas też obecność aktywnych i w odpowiedniej ilości enzymów trawiennych z trzustki, obecność żółci, prawidłowa czynność motoryczna przewodu pokarmowego. Formą obrony przeciwbakteryjnej jest również jelitowa sekrecja immunoglobulin. Czynniki, na które nie mamy wpływu, to wiek i płeć – SIBO częściej występuje u osób powyżej 60. roku życia i u kobiet.



Fot. Archiwum

Anomalie anatomiczne mogą być wrodzone, jak uchyłki jelita cienkiego, nabyte, np. w wyniku terapii radiologicznej, mogą mieć charakter polekowy (po niesteroidowych lekach przeciwzapalnych), mogą być konsekwencją nieswoistych chorób zapalnych jelit lub operacji.

Zaburzenia motoryki rzadko są wrodzone, ale mogą być wywołane przez choroby ogólnoustrojowe, takie jak cukrzyca (u połowy pacjentów występuje SIBO), układowe choroby tkanki łącznej, choroba trzewna, choroby neurologiczne z zaburzeniami motoryki (choroba Parkinsona). Współwystępowanie SIBO jest szczególnie częste u pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego – opisywana w literaturze częstość współwystępowania obu tych schorzeń wynosi od 25 proc. do aż 85 proc. W celiakii współwystępowanie SIBO sięga 50 proc., w przewlekłej niewydolności zewnątrzwydzielniczej trzustki 30–40 proc., mukowiscydozie 56 proc.



prof. Barbara Skrzydło-Radomańska: *Pierwszą, biologiczną linią obrony przeciwbakteryjnej jest kwaśne pH żołądkowe, dlatego zespół SIBO wykrywa się u 70 proc. pacjentów leczonych powyżej 12 miesięcy inhibitorami pompy protonowej*

Kliniczne objawy SIBO

Typowe objawy to bóle brzucha, wzdęcie, uczucie pełności, zaburzenia rytmu wypróżnień ze skłonnością do biegunki i gazów, zespół przewlekłego zmęczenia, osłabienie. Z czasem może wystąpić biegunka tłuszczowa, mogą się też pojawiać niedobory witamin A, D, E i B₁₂, wynikające ze złego wchłaniania, które pogłębiają się wraz z niedożywieniem i spadkiem masy ciała. Nie opisywano niedoborów witaminy K, bo bakterie wywołujące SIBO mogą ją produkować. – W przebiegu SIBO występują też zmiany śluzówkowe, które stanowią uzasadnienie dla powikłań klinicznych, oraz uszkodzenia zapalne przebiegające ze ścięciem błony śluzowej, naciekami zapalnymi, skróceniem kosmków – wymieniała prof. Barbara Skrzydło-Radomańska. – Są one odwracalne pod warunkiem przeprowadzenia skutecznej antybiotykoterapii – dodała.

– Same objawy kliniczne nie mogą być podstawą rozpoznania SIBO i uzasadnieniem dla miejscowej antybiotykoterapii działającej w przewodzie pokarmowym – podkreśliła ekspertka. – Aby ją wdrożyć, należy udowodnić obecność SIBO za pomocą badań diagnostycznych. Złotym standardem jest badanie mikroskopowe treści pobranej z dwunastnicy i jelita cienkiego, jednak ze względu na swą specyfikę jest ono przeprowadzane rzadko. Na co dzień, w diagnostyce SIBO wykorzystuje

się testy oddechowe, które wykonuje się w sposób walidowany w wybranych ośrodkach. Należy przy tym pamiętać, żeby przed wykonaniem tych testów odpowiednio przygotować pacjenta. Pacjent powinien odstawić antybiotyki na 4 tygodnie przed badaniem, nie powinien też w tygodniu je poprzedzającym przyjmować prokinetyków i leków przeczyszczających bądź przeciwbiegunkowych. Przez dobę przed badaniem powinien utrzymywać dietę bez fermentujących węglowodanów, a przez 12 godzin wstrzymać się w ogóle od jedzenia. W dniu testu należy ograniczyć aktywność fizyczną, nie palić tytoniu i nie żuć gumy.

Jak leczy się SIBO

Lecząc SIBO, można poprawić przebieg kliniczny chorób, na które nakłada się ten zespół, a także ulżyć pacjentom z zespołem jelita nadwrażliwego. – Leczenie przyczynowe chirurgicznej jest czasem możliwe poprzez reoperację. Kontrola choroby podstawowej to staranie każdego lekarza, który tę chorobę prowadzi. Modyfikacja dotychczasowej farmakoterapii i regulacja motoryki pewnie jest możliwa, np. przez zastosowanie prokinetyków. W leczeniu dietetycznym staramy się eliminować substrat do fermentacji, np. próbujemy dietę low FODMAP eliminować węglowodany i fruktany. W przypadku ciężkiego przebiegu SIBO podejmowane są próby wprowadzenia diety elementarnej – wyjaśniała prof. Barbara Skrzydło-Radomańska. – Najlepszym sposobem walki z SIBO jest jednak eradykacja bakterii, by usunąć przyczynę epifenomeny. Ryfaksymina jako eubiotyk nie wchłania się z przewodu pokarmowego, co daje jej przewagę nad innymi antybiotykami. Dzięki temu zmniejsza się liczba skutków ubocznych i można uniknąć zakażenia *Clostridium difficile* oraz antybiotykooporności. Lek ten ma bardzo dobry współczynnik bezpieczeństwa. Gdy sytuacja wywołująca SIBO nie ulega korekcie stalej i możemy się spodziewać nawrotów choroby, ryfaksymina może być sto-



prof. Barbara Skrzydło-Radomańska: *Ryfaksymina jako eubiotyk nie wchłania się z przewodu pokarmowego, co daje jej przewagę nad innymi antybiotykami. Dzięki temu zmniejsza się liczba skutków ubocznych i można uniknąć zakażenia *Clostridium difficile* oraz antybiotykooporności*



Fot. iStockphoto

prof. Barbara Skrzydło-Radomańska: *W Polsce ryfaksyminę stosuje się w dawce 1600 mg przez 14 dni – taka terapia pozwala na skuteczną eradykację bakterii*

sowana cyklicznie. Jest to ważne, bo w sytuacji sprzyjającej SIBO w prawie 45 proc. przypadków po 9 miesiącach po eradykacji można się spodziewać nawrotu. Częściej zdarza się to u starszych pacjentów, po resekcji wyrostka robaczkowego i u przewlekłe stosujących inhibitory pompy protonowej. Pamiętajmy jednak, by nie narażać pacjenta na zbędne wydatki – przepisujemy odpowiednią ilość leku w odpowiedniej dawce. W Polsce jest to 1600 mg na dobę, przez 14 dni – taka terapia pozwala na skuteczną eradykację bakterii. Dawki 600 mg i 800 mg są niewystarczające, ale również zwiększenie dawki do 2400 mg nie poprawia wyników leczenia – podkreśliła ekspertka. U osób, które nie mogą odstawić inhibitora pompy protonowej, należy pomyśleć o profilaktyce. Wczesniejsze rekomendacje nie mówiły nic o probiotykach, a często nawet były źródłem wątpliwości co do ich bezpieczeństwa. W badaniach wykazywano, że probiotyki mogą wręcz powodować SIBO, kwasiec mleczanową, prowadzić do objawów klinicznych imitujących SIBO (gazy, wzdęcie). Ich wycofanie i zastosowanie antybiotyku powodowało ustąpienie tych dolegliwości. Kolejne badania wskazują jednak, że probiotyki mogą działać prokinetycznie i u pacjentów narażonych na wystąpienie SIBO, przy długotrwałym stosowaniu inhibitorów pompy protonowej lub przy licznych nawrotach, można się pokusić o profilaktykę z zastosowaniem przebadanych szczepów w kompozycji dwuszczipowej w jednym preparacie. Dzięki temu o połowę zmniejsza się prawdopodobieństwo



Współwystępowanie SIBO jest szczególnie częste u pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego – częstość współwystępowania obu tych schorzeń wynosi od 25 proc. do aż 85 proc.

wystąpienia SIBO nawet przy długotrwałym stosowaniu inhibitorów pompy protonowej. W razie podejrzenia zaburzeń motoryki przewodu pokarmowego dodanie prokinetyku może zwiększyć prawdopodobieństwo skuteczności terapii. – Rozważajmy współwystępowanie SIBO w wielu chorobach, ale szczególnie ważne jest, by o nim myśleć w przypadku chorób ogólnoustrojowych, encefalopatii wątrobowej, przewlekłego zapalenia trzustki, celiakii i zespołu jelita nadwrażliwego. Szukajmy możliwości korekty chirurgicznej, stosujmy właściwe dawki leków, jeśli trzeba, to nawet cyklicznie. Wspomagajmy leczenie dietą. Pamiętajmy o błonniku rozpuszczalnym, który początkowo może nasilać dolegliwości, ale potem da spodziewane rezultaty, o probiotykach i profilaktyce, o lekach prokinetycznych – podsumowała prof. Barbara Skrzydło-Radomańska.