

IBS – irritable tarm

IBS (irritable bowel syndrome) eller irritable tarm är en vanligt förekommande funktionell mag-tarmsjukdom som definieras enligt Rom IV-kriterierna. Prevalensen skattas till 11 procent, och de flesta med IBS är kvinnor. IBS medför sänkt livskvalitet för drabbade individer och stora kostnader för samhället. Med en rationell handläggning på rätt vårdnivå spar vi tid och resurser samt undviker onödigt lidande för patienterna [1-3].

ORSAKER

Avvikande tarmmotilitet, visceral hypersensitivitet och störd kommunikation mellan hjärna och tarm är centrala patofysiologiska mekanismer. Patogenesen är multifaktoriell, där genetiska och immunologiska faktorer, tarmfloran och det enteroendokrina systemet har uppmärksamats på senare tid. I vissa fall har IBS-debuten skett i anslutning till gastroenterit [1, 3].

SYMPTOM

IBS kännetecknas av buksmärta i kombination med avföringsrubbning. Det är vanligt att symtomen fluktuerar med tidvis besvärsfria eller lindrigare perioder. Förvärrade symtom i samband med matintag är vanligt. Buksmärtan är ofta utbredd, och smärtlokaliseringen kan variera. Det är vanligt med en känsla av ofullständig tarmtömning, brådslande behov av att gå på toaletten, slem i avföringen samt behov av att krysta vid tarmtömning. Många besväras av uppblåsthet eller en känsla av buksvullnad [1, 3, 4].

Det finns en stor överlappning med andra funktionella mag-tarmsjukdomar, till exempel funktionell dyspepsi. Extraintestinala symtom och andra somatiska syndrom förekommer ofta samtidigt som IBS [1, 2]. Psykiska symtom, som ångest och depression, inverkar som oberoende riskfaktor för insjuknande i IBS och är vanligare bland de patienter som har mest besvär [1, 3].

UTREDNING OCH DIAGNOSTIK

Diagnosen är symtombaserad enligt Rom IV-kriterierna [4, 5]. Det krävs en kombination av buksmärta och avföringsrubbning som förelegat minst 6 månader för att IBS-diagnosen ska övervägas. Utredningens omfattning bestäms av patientens ålder och symtom samt förekomst av alarmsymtom. Riktlinjer för utredning finns angivna av Svensk gastroenterologisk förening. Dessa riktlinjer kommer att uppdateras 2018. Baserat på det aktuella kunskapsläget rekommenderas nedanstående utredningsförfarande.

Anamnes

Anamnesen utgör basen i diagnostiken. En god konsultationsteknik med öppna frågor och aktivt lyss-

Elin Lagerlöf, ST-läkare, Vårdcentralen Åttkanten, Karlstad
 ● elin.lagerlof@gmail.com

Lars Agréus, professor, distriktsläkare, Karolinska institutet; Öregrunds vårdcentral

Magnus Simrén, professor, överläkare, Göteborgs universitet; Sahlgrenska universitetssjukhuset

Hans Törnblom, docent, överläkare, Göteborgs universitet; Sahlgrenska universitetssjukhuset



Prevalensen skattas till 11 procent, och de flesta med IBS är kvinnor.
 Illustration: Shutterstock/IBL

»IBS kännetecknas av buksmärta i kombination med avföringsrubbning. Det är vanligt att symtomen fluktuerar med tidvis besvärsfria eller lindrigare perioder.«

DIAGNOSKRITERIER

ROM IV-KRITERIERNA FÖR DIAGNOS AV IBS [9]

Återkommande buksmärta i genomsnitt minst 1 dag per vecka de senaste 3 månaderna, symtomdebut för minst 6 månader sedan och minst 2 av 3 följande karaktäristika:

- relaterad till tarmtömning
- associerad med ändrad avföringsfrekvens
- associerad med ändrad avföringskonsistens.

KRITERIER SOM STÖDjer IBS-DIAGNOSEN

- Färre än tre tarmtömningar per vecka
- Fler än tre tarmtömningar per dag
- Hård avföring
- Lös eller vattnig avföring
- Krystning vid tarmtömning
- Bråttom till toalett (urgency)
- Känsla av ofullständig tarmtömning
- Slem i avföringen
- Buksvullnad, känsla av uppblåsthet

nande främjar patient-läkarrelationen och leder ofta till att patienten själv ger en karakteristisk beskrivning av IBS. En illustrerad Bristolskala är användbar då patienten ska beskriva sina avföringsvanor [3]. Utifrån avföringskonsistensen kan sedan en subklassificering av IBS göras, vilket har betydelse för diagnostik och behandling [4, 5]. Eventuell viktnedgång, rektal blödning samt hereditet för kolorektal cancer efterfrågas. Förekomst av multipla extraintestinala symtom stödjer en IBS-diagnos och behöver inte utgöra grund för omfattande utredningar. Däremot är det av stort värde om dessa uppmärksammas och förklaras [1, 6].

Status

En somatisk undersökning ska alltid utföras. I de flesta fall är resultatet invändningsfritt, men smärta vid bukpalpation och synlig bukdistension kan noteras hos somliga. Rektoskopi ingår i utredningen av patienter med diarré eller anamnes på rektal blödning.

Provtagning

Endast ett fåtal laboratorieprov krävs om patienten har en typisk anamnes utan alarmsymtom. I samband med provtagningen är det lämpligt att informera patienten om att ett normalt utfall är förväntat och stödjer IBS-diagnosen. Blodstatus, SR eller CRP och antikroppar mot transglutaminas (celiakipro) kontrolleras på alla. Vid diarrédominans hos patienter under 50 år kan kontroll av fekalt kalprotektin vara av värde. Ytterligare prov tas endast vid misstanke om annan sjukdom som kan bidra till symtomen. Rutinmässig undersökning av hemoglobin i feces rekommenderas inte [1, 6].

Laktosintolerans bedöms lämpligen anamnesticiskt utan annan diagnostik än mjölkrestraktion och provokation vid misstanke om att detta bidrar till symtomen. Det är inte indicerat att screena för födoämnesallergi vid IBS [6].

Övriga undersökningar

Förhöjda nivåer av fekalt kalprotektin motiverar utredning med koloskopi avseende inflammatorisk tarmsjukdom. Vid förekomst av vattniga diarréer och/eller en diarrédominerad IBS-bild hos äldre patienter finns möjligheten att symtomen orsakas av mikroskopisk kolit, för vilken kalprotektin inte är en tillförlitlig markör. Koloskopi med biopsi rekommenderas därför hos patienter över 50 år med diarré som dominerande symtom [1, 3, 6]. Provbehandling med gallsaltsbindare eller utredning av gallsaltsmalabsorption med ⁷⁵SeHCAT-test kan övervägas vid diarrédominans efter att annan patologi har uteslutits. Vid alarmsymtom, avvikande fynd i status eller prov, stark hereditet för kolorektal cancer eller persisterande diarréer trots behandling måste en mer grundlig utredning övervägas [6].

Nuvarande riktlinjer enligt standardiserade vårdförlopp innebär att vissa patienter med symtom som kan förekomma vid IBS i dagsläget ska erbjudas utredning enligt dessa. Det nationella vårdprogrammet för tjock- och ändtarmscancer anger att »ändring av annars stabila avföringsvanor i mer än 4 veckor utan annan förklaring hos patienter över 40 år ger omedelbart välgrundad misstanke och ska remitteras till utredning utan vidare undersökningar«. Även i vård-

SYMPTOM OCH SYNDROM VANLIGA VID IBS

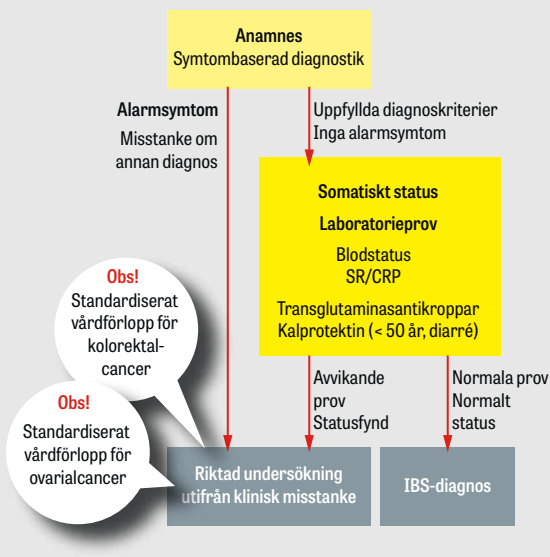
EXTRAEINTESTINALA SYMPTOM OCH ANDRA SOMATISKA SYNDROM SOM ÄR VANLIGT FÖREKOMMANDE VID IBS

- Sömnstörning
- Huvudvärk
- Migrän
- Ryggvärk
- Ångest
- Depression
- Hjärtklappning
- Fibromyalgi
- Ätstörningar
- Kroniskt trötthetsyndrom
- Bronkiell hyperreaktivitet
- Kronisk bäckensmärta
- Interstitiell cystit
- Prostatit
- Dysuri
- Premenstruellt syndrom (PMS)
- Dysmenorré
- Dyspareuni
- Nedsatt libido
- Erektill dysfunktion

ALARMSYMTOM

- Rektal blödning
- Symtomdebut efter 50 års ålder
- Oförklarlig viktnedgång

Utredningsalgoritm



programmet för äggstockscancer framhålls att nytillkomna besvär med frekvent återkommande buksmärta och ändrade avföringsmönster utan annan uppenbar orsak, i synnerhet hos kvinnor över 50 år, ska föranleda misstanke om ovarialcancer [7]. Dessa riktlinjer kan delvis bli svåra att följa på ett klokt vis hos patienter med etablerad IBS-diagnos där fluktuerande symtom är vanliga.

BEHANDLING

Majoriteten av IBS-patienter bör skötas i primärvården, och det är viktigt att understryka att framgångsrik behandling av denna patientgrupp bygger på personcentrerad vård och goda patient-läkarrelationer. Vid diagnostiska svårigheter, svår lindrade symtom eller behov av sjukskrivning på grund av IBS kan remiss för förnyad bedömning hos gastroenterolog vara motiverad. Behandlingen baseras på vilka symtom som dominerar och deras svårighetsgrad. Läkemedelsbehandling ska utvärderas och en tydlig behandlingseffekt eftersträvas för att motivera fortsatt förskrivning.

Nedan presenteras ett behandlingsförslag med tre nivåer. Behandlingsinsatserna i nivå 1 ska erbjudas alla patienter oavsett symtomens svårighetsgrad. För patienter med lindrig IBS är lugnande besked, information och livsstilsåtgärder ofta fullt tillräckligt. Nivå 2 gäller främst patienter som har mer frekventa besvär och som känner sig hindrade i vardagen av sina symtom. Här ingår psykologisk behandling samt läkemedelsbehandling riktad mot ett eller flera symtom. Nivå 3 är avsedd för den lilla grupp av patienter som har dagliga besvär med svåra symtom som är funktionsmässigt och socialt hindrande och där det ofta även föreligger samsjuklighet. För denna grupp är det extra viktigt med regelbunden uppföljning och läkarkontinuitet.

Nivå 1. Lindriga symtom

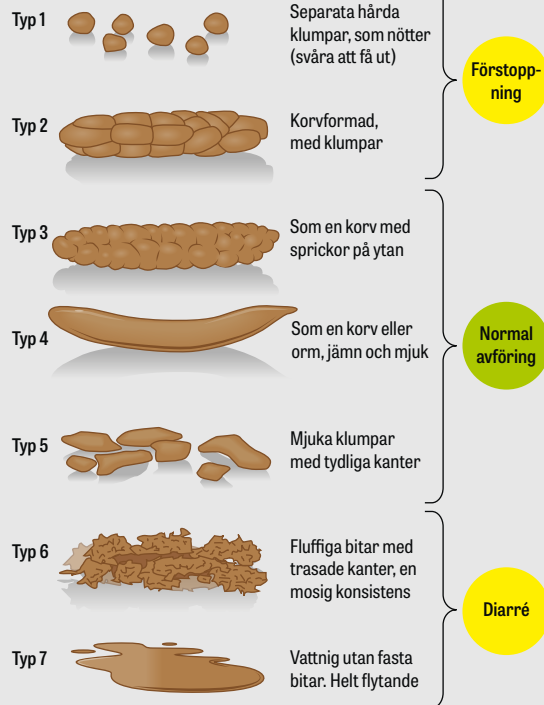
En tydligt förmedlad IBS-diagnos är sannolikt den viktigaste behandlande åtgärden. Beroende på tillgänglighet och patientens behov kan det innebära muntlig information tillsammans med en informationsbroschyr eller IBS-skola. Klinisk erfarenhet talar starkt för att kostbehandling är till nytta för många patienter. Ett ökat intag av lösliga fibrer har visat effekt vid IBS med förstoppning (IBS-C). Probiotika kan ha gynnsam effekt, men någon säker rekommendation angående preparatval eller bakteriestam kan inte göras i nuläget. Mindre portioner, fettreduktion och begränsning av mängden svår- eller icke absorberbara kolhydrater (så kallad låg-FODMAP-diet) kan provas. Dietist bör konsulteras vid mer uttalade födoämnesrelaterade besvär där uteslutningsdieter övervägs. Stress och psykosociala faktorer bidrar till besvären hos många. Fysisk aktivitet minskar förstoppningssymtom, och det finns studier som tyder på att det kan ha effekt på flera symtom vid IBS [2, 4, 6].

Nivå 2. Måttliga symtom

Psykologisk behandling kan lindra besvären vid IBS och används som enda behandling eller tillsammans med läkemedel. Starkast stöd finns för KBT, dynamisk psykoterapi och hypnoterapi, men visst stöd finns även för avslappning och mindfulness [2, 6].

När tarmfunktionsrubningen stör mer än buk-

Bristolskalan [10]



► Typ 1-2 indikerar förstoppning, 3-5 betraktas som normal avföring och 6-7 indikerar diarré. Förlaga/publicerad med tillstånd av Rome Foundation.

SUBKLASSIFICERING AV IBS

IBS MED FÖRSTOPPNING (IBS-C)

Huvudsakligen hårda avföringar (Bristolskalan 1-2)

IBS MED DIARRÉ (IBS-D)

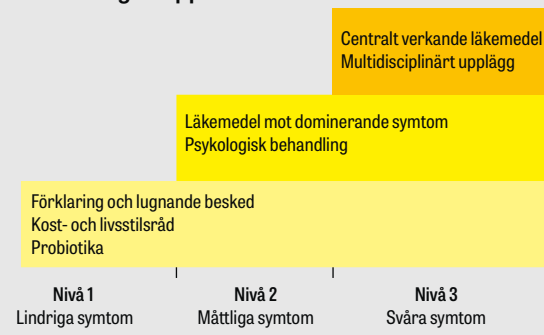
Huvudsakligen lösa avföringar (Bristolskalan 6-7)

BLANDAD IBS (IBS-M)

Omväxlande hårda avföringar (Bristolskalan 1-2) och lösa avföringar (Bristolskalan 6-7)

Observera att många patienter kan ha långa perioder med normal avföring och att denna gruppering baseras på de dagar då avföring som inte är normal förekommer, det vill säga med avvikande konsistens (Bristolskalan 1-2 och/eller 6-7).

Behandlingstrappa



smärtan är förstahandspreparatet vid IBS med diarré (IBS-D) loperamid, som kan administreras intermitte-nt eller kontinuerligt. Behandlingen inleds med 2 mg dagligen och justeras utifrån terapisvar i dosintervall 1-8 mg dagligen. Gallsaltsbindare kan prövas, ensamt eller i kombination med loperamid. Initialt ges 1-2 doser dagligen, vilket ökas tills effekt erhålls eller till uppnådd maxdos enligt Fass. Eluxadolin (Truberzi) är ett nytt behandlingsalternativ med indikationen IBS-D där den kliniska erfarenheten i Sverige ännu är liten [2, 6].

Förstahandspreparatet vid IBS-C är bulkmedel i form av av ispaghulaskal (Vi-Siblin, Lunelax) eller sterkuliagummi (Inolaxol). Om behandlingen inte får önskad effekt kan osmotiska laxermedel, som makrogol (Forlax, Movicol) eller laktulos prövas. Två nya läkemedel kan övervägas för patienter med svårbehandlad förstoppning. Linaklotid (Constella) har indikationen måttlig till svår IBS-C där annan behandling inte är effektiv eller tolereras, men subventioneras endast för patienter med svåra symtom. Prukaloprid (Resolor) har indikationen kronisk förstoppning där laxativ inte ger tillfredsställande lindring. Behandling med linaklotid och prukaloprid ska följas upp och utvärderas efter fyra veckor [2, 6].

När buksmärtan stör mer än tarmfunktionsrubbingen kan spasmolytika (hyoscyamin [Egazil] eller papaverin) användas intermittent vid måltidsutlösta besvär eller kontinuerligt med dosering enligt Fass. Pepparmyntolja är ett receptfritt alternativ som relaxerar glatt muskulatur och tycks ha viss effekt mot buksmärta [2, 6].

Mot gaser och uppblåsthet vid IBS finns inget läkemedel som är bevisat effektivt. Dimetikon är lokalt verkande mot gaser i mag-tarmkanalen utan evidens för lindrande effekt vid IBS. Iberogast är ett växtbaserat läkemedel med okänd verkningsmekanism som används av många IBS-patienter, men det saknas välgjorda studier avseende effekten på IBS-symtom [2, 6].

Nivå 3. Svåra symtom

Centralt verkande eller neuromodulerande läkemedel, framför allt antidepressiva, kan prövas hos motiverade patienter med långvariga och svåra buksmär- tor som inte svarar på annan behandling. Observera att opioidanalgetika inte är ett behandlingsalternativ vid IBS då det finns en betydande risk att utveckla beroende och en paradoxalt förvärrad buksmärta, så kallat narkotiskt tarmsyndrom [8].

Flera grupper av antidepressiva läkemedel har smärtmodulerande effekter oberoende av deras psykiatriska effekt. Tricykliska antidepressiva (TCA) i dos 25-50 mg till natten och serotoninåterupptagshäm- mare (SSRI) doserade som vid behandling av depres- sion är mest studerade vid IBS och har visat god effekt. Till patienter med psykiatrisk komorbiditet blir SSRI ofta ett lämpligt val då de kan ges i antidepressiv och ångestbehandlande dos. Serotonin- och noradre- nalinåterupptagshämmare (SNRI) är mindre väl stu- derade vid IBS, men har visat god effekt vid flera andra smärttillstånd. De ges i doserna 150-225 mg venlafaxin eller 30-90 mg duloxetin dagligen för att få den noradrenerga effekt som krävs för smärtmodulering. Pre- paratens biverkningsprofil kan med fördel vägas in: TCA ökar gastrointestinal transittid, vilket kan vara



Foto: Shutterstock/BL

»Modifiera fiberintaget« är ett av kostråden vid IBS.

»Klinisk erfarenhet talar starkt för att kostbehandling är till nytta för många patienter.«

EXEMPEL PÅ KOSTRÅD VID IBS

- Förespråka hälsosam kost och livsstil.
- Utvärdera och modifiera intag av alkohol, koffein, fett, kryddstark mat och gasbildande mat samt portionsstorlek och antal måltider per dag.
- Modifiera fiberintaget.
- Överväg födoämnesintolerans.
- Minska mängden mjölk och mjölkprodukter.
- Specifik exklusionsdiet, till exempel kost med reducerat innehåll av FODMAP (fermenterbara oligo-, di- och monosackarider och polyoler) med hjälp av dietist.
- Probiotika.

KONSENSUS

Det flesta är ense om att

- IBS är ofarligt, men har ofta en avsevärd påverkan på livskvalitet
- majoriteten av patienter är inte betjänta av en omfattande utredning
- extraintestinala symtom är vanliga vid IBS
- opioidanalgetika ska undvikas
- framgångsrik behandling av IBS-patienter bygger på personcentrerad vård och goda patient-läkarrelationer.

Åsikterna går isär/det råder oklarhet om

- vikten av enskilda patofysiologiska och patogenetiska mekanismer vid IBS
- hur standardiserade vårdförlopp för kolorektalcancer och ovarialcancer kan tillämpas i IBS-populationen
- generaliserbarhet av råd gällande kost och val av probiotiska produkter
- tillämpning av långsiktig läkemedelsbehandling vid IBS.

önskvärt vid diarré, och den sederande effekten kan utnyttjas vid sömnsvårigheter. SSRI minskar transitiden och kan vara att föredra vid förstoppning. Kombinationsbehandling med TCA och nya generationens antidepressiva kan övervägas i vissa fall [2, 8].

Dessa IBS-patienter har ofta ett flertal somatiska och psykosociala problem som i det ideala fallet handläggs i samarbete på ett multidisciplinärt vis där primärvården har en viktig sammanhållande roll. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2018;115:EXDU*

MEDICINENS ABC

● Medicinens ABC är en artikelserie där läkare under utbildning tillsammans med handledare beskriver vanliga sjukdomstillstånd, procedurer eller behandlingar som en nybliven specialist ska kunna handlägga

självständigt. Artiklarna ska ge praktisk handledning inom ett avgränsat område.

● Ta kontakt med Jan Östergren (jan.ostergren@lakartidningen.se) för diskussion av valt ämne och upplägg innan skrivandet börjar.

REFERENSER

1. Enck P, Aziz Q, Barbara G, et al. Irritable bowel syndrome. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16014.
2. Simrén M, Törnblom, Palsson OS, et al. Management of the multiple symptoms of irritable bowel syndrome. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2017;2(2):112-22.
3. Chey WD, Kurlander J, Eswaran S. Irritable bowel syndrome: a clinical review. *JAMA*. 2015;313(9):949-58.
4. Mearin F, Lacy BE, Chang L, et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1393-407.e5.
5. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1262-79.e2.
6. Svensk gastroenterologisk förening. Riktlinjer. Funktionell mag-tarmsjukdom. <http://svenskgastroenterologi.se/riktlinjer/Regionala-cancercentrum-i-samverkan-Standardiserade-vardforlopp-Forkortade-versioner-for-primarvarlden-Mars-2017-https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/>
7. Regionala cancercentrum i samverkan. Standardiserade vårdförlopp. Förkortade versioner för primärvården. Mars 2017. <https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/>
8. Törnblom H, Drossman DA. Centrally targeted pharmacotherapy for chronic abdominal pain. *Neurogastroenterol Motil*. 2015;27(4):455-67.
9. Lacy BE, et al. Bowel
10. Lewis SJ, Heaton K. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol*. 1997;32(9):920-4.