

IBS – Irritable Bowel Syndrome

Fastställda januari 2020 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltiga till januari 2022.

Huvudbudskap

- IBS är en mycket vanlig, godartad sjukdom där diagnosen baseras på symtomkriterier samt avsaknad av alarmsymtom
- I de flesta fall räcker det med en begränsad utredning inom primärvården
- Diagnos ställs med hjälp av de nya Rome IV-kriterierna
- Den viktigaste behandlande åtgärden är att informera patienten om diagnosen och sjukdomens benigna karaktär
- Få läkemedel har visats ha väsentligt bättre effekt än placebo vid IBS
- I de fall läkemedelsbehandling prövas väljs läkemedel utifrån dominerande symtom

Bakgrund

Irritable Bowel Syndrome (IBS), också kallad colon irritabile eller irritable tarm, är en mycket vanlig sjukdom. Prevalensen skattas till mellan 5 och 15%. Sjukdomen är vanligast bland kvinnor och personer i alla åldrar drabbas.

Då både sjukvårdens och samhällets kostnader är höga för denna diagnos är en rationell och medicinskt säker utredningsstrategi av stor vikt.

Nationella behandlingsrekommendationer finns inte, men Svensk Gastroenterologisk Förening har gett ut ett PM kring utredning och behandling av IBS som delvis ligger till grund för denna riktlinje.

Utredning

IBS är en symtomdiagnos baserad på särskilda kriterier. Enligt dessa, s.k. Rome IV-kriterierna, krävs följande för diagnos:

Återkommande episoder med buksmärta minst 1 dag/vecka de senaste 3 månaderna. Dessutom associerat med minst två av följande:

- Relaterad till tarmtömning
- Förändrad tarmtömningsfrekvens
- Förändrad avföringskonsistens eller form

Symtomdebut >6 månader innan diagnos.

Buksmärtans lokalisering kan variera och den förvärras ofta av matintag. Många patienter har en växlande avföringskonsistens och växlingen kan ske snabbt, under en dag eller från en dag till en annan. Avföringsfrekvensen kan däremot vara normal. Många patienter upplever också en uppkördhet och/eller uppblåsthet i buken.

Extraintestinala symtom som förekommer är t.ex. trötthet, sömnstörningar, huvudvärk, ryggvärk eller hjärtklappning. Dessutom finns en överlappning mellan IBS och andra sjukdomstillstånd, såväl somatiska som psykiska.

För att ställa diagnos rekommenderas följande:

- Anamnes**, där symtomkriterierna enligt Rome IV är uppfyllda. Ev. laktosintolerans bedöms lämpligen anamnestic. Gentest eller annan labdiagnostik är inte nödvändig för diagnos av laktosintolerans.
- Status** ska vara normalt. Rektoskopi och rektalpalpation bör ingå i utredning av vuxna patienter.
- Laboratorieprover** på en återhållsam nivå när IBS är huvudmisstanke. Blodstatus och antikroppar mot transglutaminas bör tas. Vid förstopningsdominans rekommenderas kontroll av TSH. Vid diarrédominans kan fekalt kalprotektin >100 användas för selektion av patienter som bör koloskopas.
- Kompletterande utredning** med t.ex. koloskopi motiveras av ihållande diarré eller avvikande resultat i något av ovanstående prover eller alarmsymtom. Förstagsgradssläkting med kolorektal cancer före 50 års ålder eller nattliga besvär stärker indikation för koloskopi.
- Vid kronisk diarré** bör utredning av gallsyre-malabsorption med Se-HCAT (en icke-invasiv isotopmetod) övervägas.

Se också Regionala medicinska riktlinjer "Utredning av misstänkt kolonpatologi" och "Endoskopisk undersökning av mag-tarmkanalen".

Alarmsymtom hos vuxna

Anamnes på rektal blödning, järnbristanemi, symtomdebut efter 40 års ålder, oförklarlig viktnedgång.

Alarmsymtom hos barn

Tillväxtavvikelse/försenad pubertet, ont/svårt att svälja, nattlig magsmärta/tarmtömning, rikliga, långvariga diarréer, smärtlokalisering på höger sida av buken, oklar feber/artrit, perianala besvär samt hereditet för IBD/celiaki/ulcus.

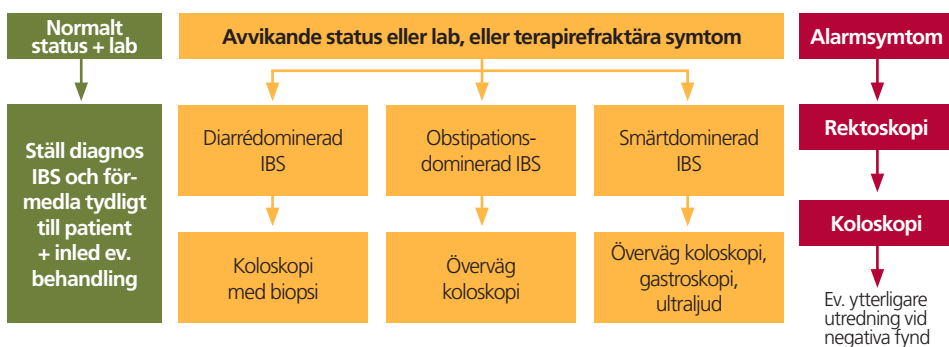
IBS hos barn och ungdom

IBS är vanligt också hos barn och ungdom, med en prevalens kring 5-10% i åldrarna 5-15 år. Precis som för vuxna är en viktig del av behandlingen att efter en begränsad utredning informera och ge lugnande besked. Livsstilsfaktorer såsom stress på morgnarna, toaletttrutiner och skolsituation är viktigt att beakta. Barn och ungdomar med så uttalade besvär att skolnärvaron påverkas negativt bör remitteras till barnläkare och kan behöva multiprofessionellt omhändertagande och kontakt med skolan t.ex. genom s.k. VästBUS-möten.

För barn gäller delvis andra differentialdiagnoser. Kostfaktorer och då särskilt mjölkproteinallergi är vanligare. Förekomst av födoämnesspecifikt IgE talar för, men avsaknad av detsamma utesluter inte allergi.

Alarmsymtom kan motivera remiss till barnläkare/barngastroenterolog.

UPPFYLDA DIAGNOSKRITERIER



Behandling

Patientinformation

Den första och sannolikt viktigaste behandlande åtgärden är patientinformation - ett lugnande besked och en tydligt förmedlad IBS-diagnos. För att säkerställa att patienten uppfattar informationen rätt kan samtalsmetoder som t.ex. "Förstå mig rätt" användas. Hos patienter där acceptans för diagnosen inte uppnås trots fullgod utredning inom primärvården kan en second opinion utan ytterligare utredningsinsats hos gastroenterolog vara motiverad. Patientinformation om IBS finns t.ex. på 1177.se.

Generella kostråd:

- Regelbundna måltider, fördelade jämnt över dagen. Hellre flera små än få stora måltider.
- Ät långsamt i lugn och ro och tugga maten väl.

Specifika kostråd som kan gälla för vissa patienter:

- Minska intaget av fet mat som kan öka smärtkänsligheten.
- Undvik gasbildande födoämnen (t.ex. kål, lök, bönor, sötningsmedel, kolsyrade drycker)
- Fiberrik mat kan vara en fördel för vissa patienter med förstoppningsdominerad IBS. Lösliga fibrer (t.ex. från havre, baljväxter, frukt, grönsaker) är att föredra.
- Känslighet för laktos och andra fermenterbara kolhydrater kan hos en del orsaka besvär. Prova med reduktion av dessa.

Övriga faktorer som kan påverka magtarmkanalen och ge ökade symtom är rökning och snusning, fysisk inaktivitet, stress, låg trivsel i vardagslivet, dålig sömn, oregelbundna arbetstider. Fysisk aktivitet kan påverka symtomen positivt.

Livsstilsfaktorer/utlösande faktorer efterforskas anamnestiskt. Dietistkonsultation kan övervägas.

Läkemedel

Placeboeffekten är ofta hög, i många studier ligger den på 30-60%. Läkemedelsval får göras utifrån dominerande symtom. Se behandlingsöversikt högst upp på sidan. Man bör begränsa antalet farmakologiska behandlingsinsatser till en åt gången och med bestämt avstämningsintervall. Farmakologisk behandling kan oftast ges intermittert.

Kommentarer till behandlingsråd

Diarré

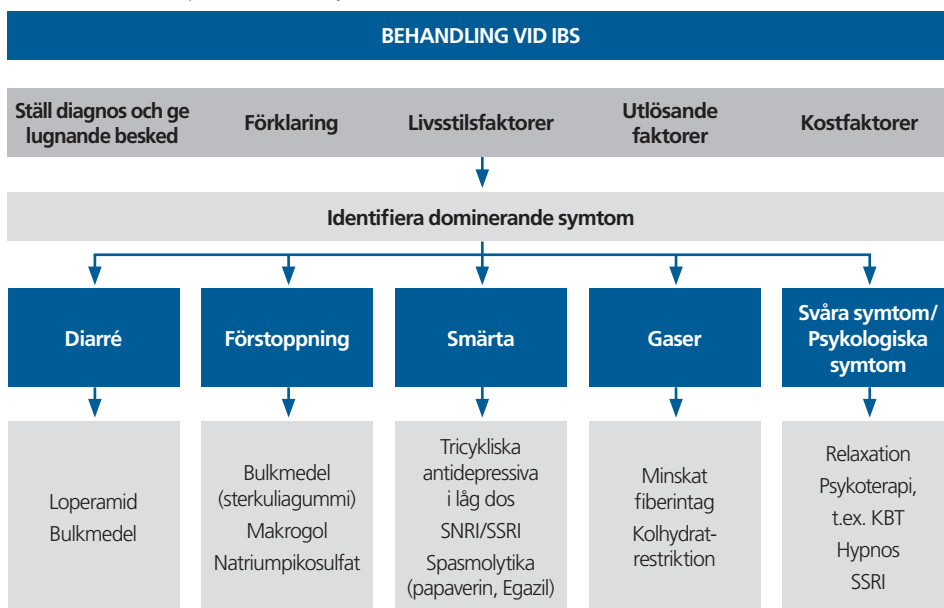
Bulkmedel kan prövas även om evidensen är svag. Loperamid ger effekt på symtomet diarré, däremot inte på buksmärta/obehag.

Förstoppning

Bulkmedel kan minska besvär av förstoppning, men försämra uppblåsthet och gasbesvär. Makrogol eller natriumpikosulfat är andra behandlingsalternativ.

Det finns två läkemedel som kan vara aktuella för en liten patientgrupp med mycket svårbehandlad förstoppning. Observera att båda har villkorad subvention enligt TLV och subventioneras endast när laxantia inte fungerar. Linaclotid (Constella)

Läkemedel som kan provas vid olika symtom vid IBS listas nedan:



är godkänt för symtomatisk behandling av vuxna med måttlig till svår förstoppningsdominerad IBS. Prukaloprid (Resolor) är godkänt för symtomatisk behandling av kronisk förstoppning hos vuxna där laxativ inte ger tillfredsställande lindring. En månad efter insatt behandling ska effekten utvärderas och behandlingen omprövas.

Smärta

Tricykliska antidepressiva (t.ex. amitriptylin) kan ha effekt på smärta vid IBS. Effekten är något bättre hos patienter med diarré, troligen pga. preparatens antikolinerga effekt. SNRI/SSRI kan ibland ha effekt vid svårare IBS-besvär, framför allt vid samtidiga psykiska och extraintestinala symtom. COX-hämmare bör undvikas.

Psykologisk behandling

Psyko-terapi, kognitiv beteendeterapi (KBT), hypnos, avslappning och patientskolor har i studier visat på förbättrade tarmsymtom. Problemet med dessa behandlingsmetoder är vanligen att tillgängligheten är begränsad.

Behandling barn och ungdomar

Placeboeffekten vid all behandling av IBS är stor. Noggrann genomgång av normalt utredningsresultat, tillväxtkurvor, fysiologi och förklaringsmodeller är en viktig del av behandlingen.

Kostbehandling

Uteslutningsdieter kan prövas vid allergi- eller intoleransstämning förutsatt noggrann uppföljning och utvärdering. Typfallet är strikt komjölsfri kost, gärna med dietisthjälp, under minst en månad med efterföljande provokation.

Laktoselimination kan inte rekommenderas som standardbehandling. Ökat fiberintag är ofarligt och kan prövas till barn med förstoppningsbesvär. Hos yngre barn kan dock ibland fibrer, t.ex. i form av fullkornsvälling, orsaka förstoppningsbesvär. Reduktion av fermenterbara kolhydrater kan prövas, i samråd med dietist.

Läkemedelsbehandling

Makrogol har i studier visat sig effektivt och tolerabelt vid behandling av förstoppning hos barn från 6 månaders ålder. Bulkmedel kan prövas på äldre barn/tonåringar.

I nuläget saknas evidens för att tricykliska antidepressiva och SSRI är effektivt vid IBS hos barn och ungdomar.

Uppföljning

När diagnosen är klar finns sällan orsak till rutinemässiga medicinska kontroller av patienter med IBS, men patienter bör erbjudas kontakt med primärvården vid behov. Om läkemedelsbehandling initieras ska den följas upp och utvärderas.

Vårdnivå

Både utredning och behandling bör ske inom primärvården för det stora flertalet patienter.

REFERENSER

Svensk Gastroenterologisk Förenings riktlinjer och bakgrundsdocument om IBS: www.svenskgastroenterologi.se

FÖR TERAPIGRUPP MAGE-TARM

Antal Bajor, ordförande

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Mage-Tarm
Susanne Mirshahi, susanne.mirshahi@vregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel. Kan även beställas från Adress & Distributionscentrum; adress.distributionscentrum@vgregion.se