

Irritabel tarmsykdom



Jan G. Hatlebakk

Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonell
mage-tarmsykdom

Helse Bergen HF

Agenda:

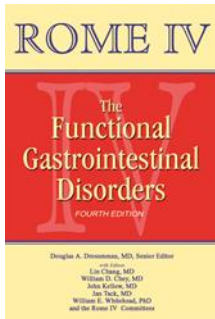
- Hva er IBS?
- Årsaksfaktorer ved IBS

- Diagnostikk
 - Hvor sikre er vi på diagnosen IBS?
- Behandling

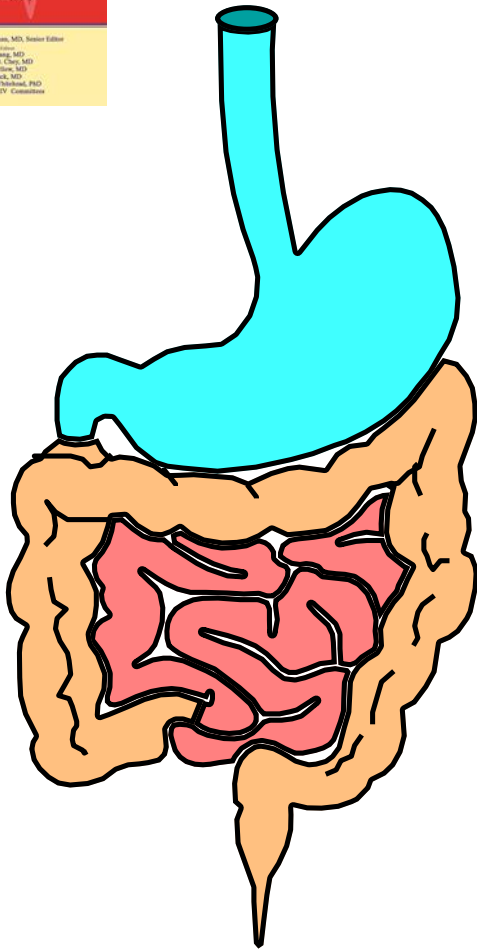
- De vanligste feil i tilnærming til pasienten
- God strategi overfor pasienten med funksjonell mage-tarmsykdom

Hva menes med «funksjonell» mage-tarmsykdom??

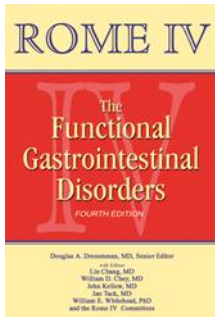
- Praktisk definisjon: Ingen funn av patologi ved vanlig **rutine**utredning med blodprøver, endoskopi (ofte supplert med histopatologi) og billedundersøkelser,
- ... som kan forklare symptombildet
- ... men økende dokumentasjon for organdysfunksjon, immunaktivering, lavgradig (neuro)inflammasjon etc.
- *Nytt: Disorders of gut-brain interaction ...*



Roma IV. Funksjonelle mange-tarmsykdommer (»Disorders of Gut-Brain Interaction«)

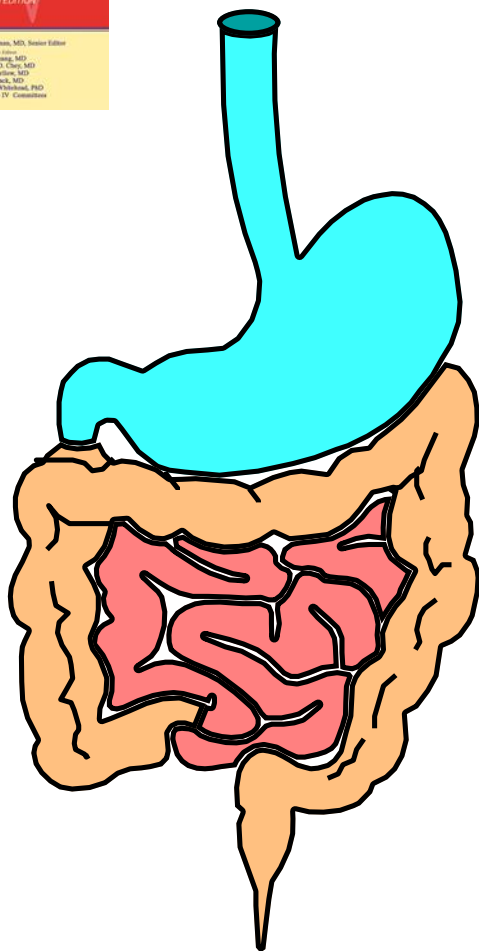


- A. Funksjonelle oesophagussykdommer
- B. Funksjonelle gastroduodenale sykdommer
- C. Funksjonelle tarmsykdommer
- D. Sentralt mediert gastrointestinal smerte
- E. Funksjonelle galleblære- og sphincter Oddi-sykdommer
- F. Funksjonelle anorectale sykdommer



Roma IV. Funksjonelle tarmsykdommer

Gruppe C



- C1. Irritabel tarm
 - IBS-C ...dominerende forstoppelse
 - IBS-D ...dominerende diaré
 - IBS-M ...blandet avføringsmønster
 - IBS-U ...ikke klassifiserbar
- C2. Funksjonell forstoppelse
- C3. Funksjonell diaré
- C4. Funksjonell abdominal oppblåsthet
- C5. Uspesifisert funksjonell tarmsykdom
- C6. Opioid-indusert forstoppelse

Irritable Bowel Syndrome: Rome IV Criteria*

Recurrent abdominal **pain** on average at least 1 day/week in the last 3 months, associated with two or more of the following criteria:


- Related to defecation
- Associated with a change in the frequency of stool
- Associated with a change in form (appearance) of stool

*Criteria fulfilled for the last 3 months with symptom onset at least 6 months prior to diagnosis


Bristolskala for avføringstyper




NORMALT


Type 1  Separate, harde klumper som ligner på nøtter

Type 2  Pølseform, men med klumper

Type 3  Ligner en pølse, med sprekker på overflaten

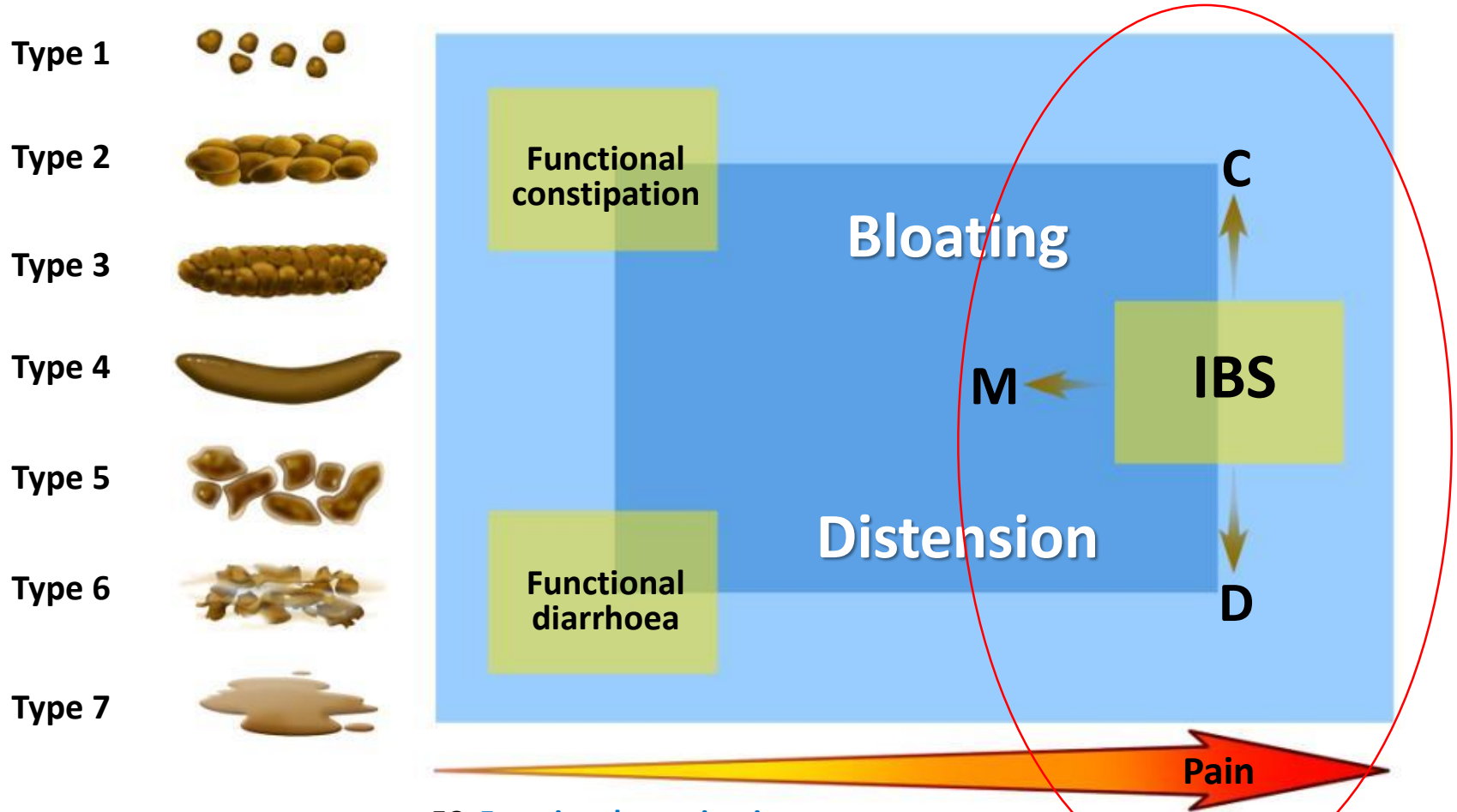
Type 4  Ligner en pølse eller slange, smidig og myk

Type 5  Myke klumper med skarpe kanter (lett å få ut)

Type 6  Grøtaktige klumper med ujevne kanter, istykkerrevne småbiter

Type 7  Vandig uten klumper. Helt flytende.

Functional Bowel Disorders: Rome IV



FC: Functional constipation

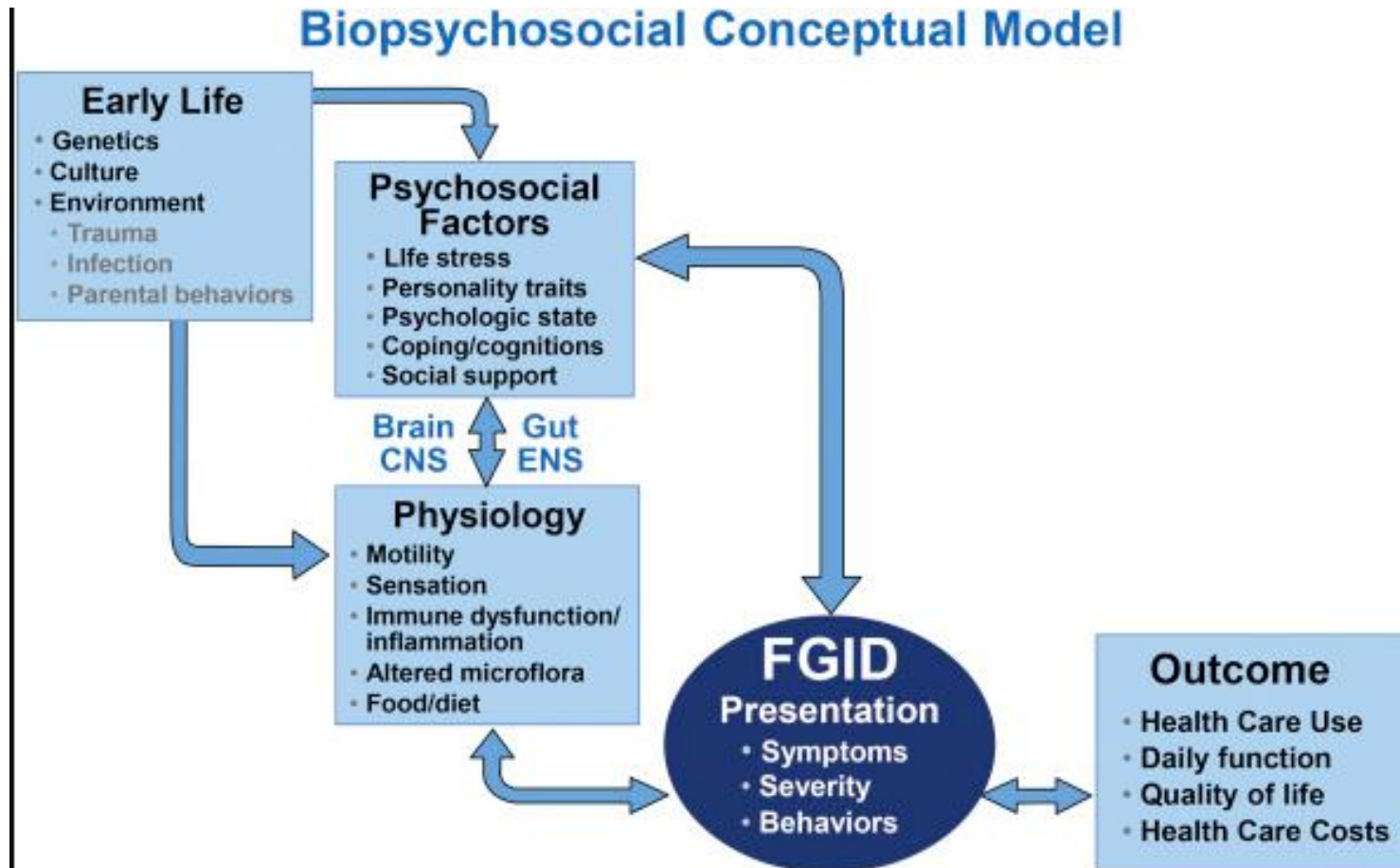
FDr: Functional diarrhoea

IBS-C: Irritable bowel syndrome with predominant constipation

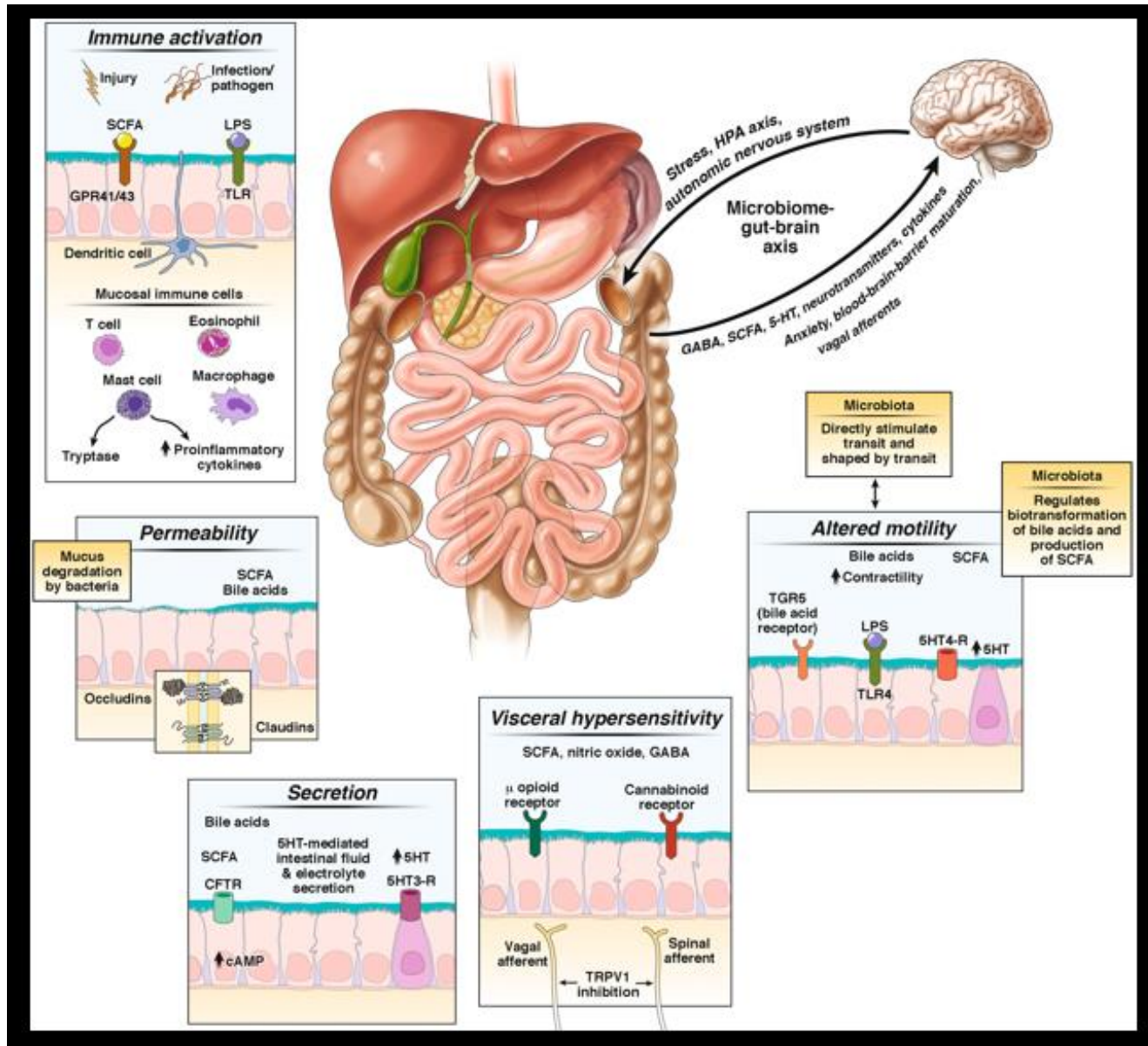
IBS-D: Irritable bowel syndrome with predominant diarrhoea

IBS-M: Irritable bowel syndrome with mixed bowel habits (D and C)

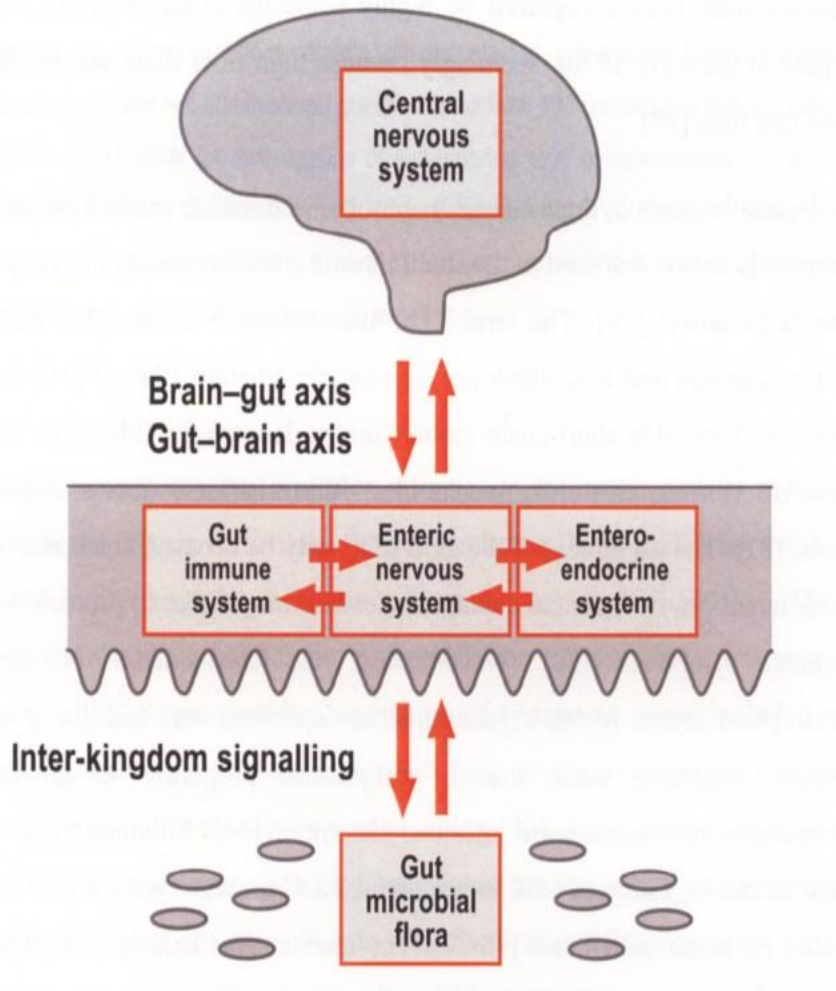
Biopsychosocial model in IBS



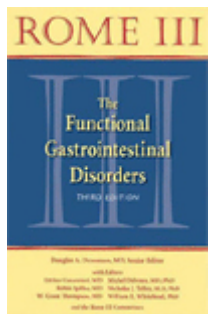
Den dysregulerede tarm ved IBS:



Den dysregulerte tarm ved IBS:

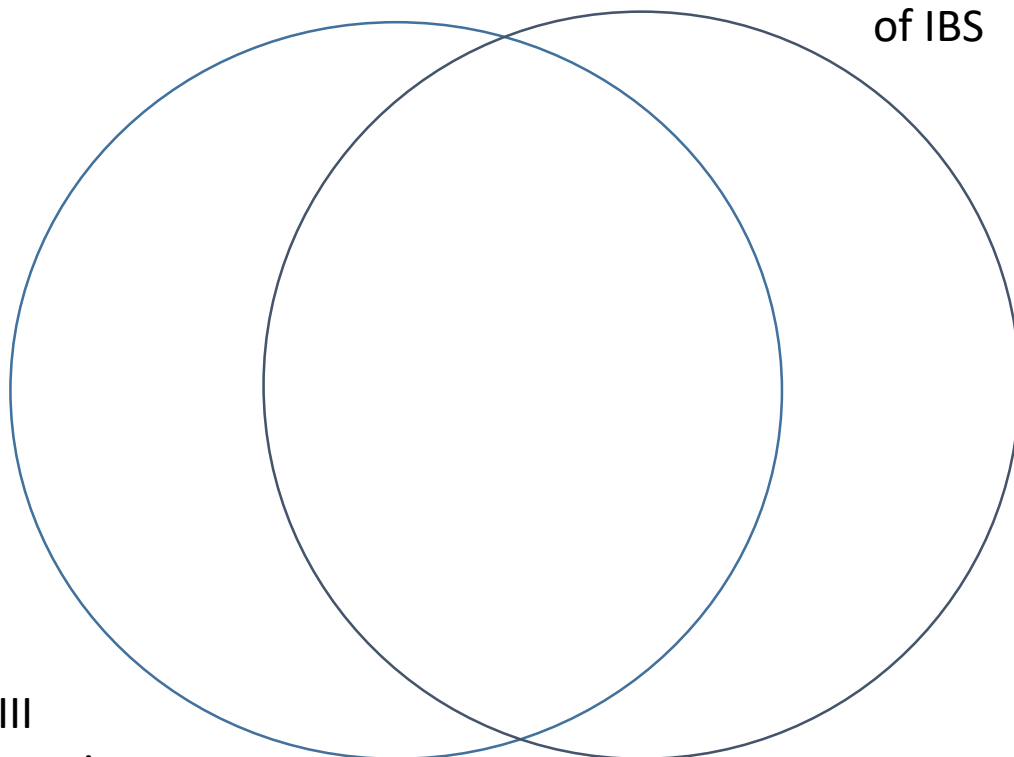


- Kommunikasjon mellom tarmfloraen og tarmens immunapparat, nervesystem og endokrine system
- Disorders of (microbiome) - gut - brain interaction (Roma IV)



Roma II/III/IV? vs. klinisk diagnose

Clinical diagnosis
of IBS



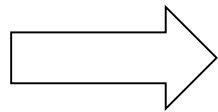
ROME III
questionnaires

ROME III ADULT QUESTIONNAIRE	
Question	Answer
Symptoms in the Esophagus	
1. In the last 3 months, how often did you have a feeling of a lump, fullness, or something stuck in your throat?	<input type="radio"/> Never → Skip to question 4 <input type="radio"/> Less than one day a month <input type="radio"/> One day a month <input type="radio"/> Two to three days a month <input type="radio"/> One day a week <input type="radio"/> More than one day a week <input type="radio"/> Every day
2. Have you had this feeling 6 months or longer?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
3. Does this feeling occur between meals (when you are not eating)?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
4. When you are eating or drinking, does it hurt to swallow?	<input type="radio"/> Never or rarely <input type="radio"/> Sometimes <input type="radio"/> Often <input type="radio"/> Most of the time <input type="radio"/> Always
5. In the last 3 months, how often did you have pain or discomfort in the middle of your chest (not related to heart problems)?	<input type="radio"/> Never → Skip to question 8 <input type="radio"/> Less than one day a month <input type="radio"/> One day a month <input type="radio"/> Two to three days a month <input type="radio"/> One day a week <input type="radio"/> More than one day a week <input type="radio"/> Every day
6. Have you had this chest pain 6 months or longer?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
7. When you had your chest pain, how often did it feel like burning?	<input type="radio"/> Never or rarely <input type="radio"/> Sometimes <input type="radio"/> Often <input type="radio"/> Most of the time <input type="radio"/> Always

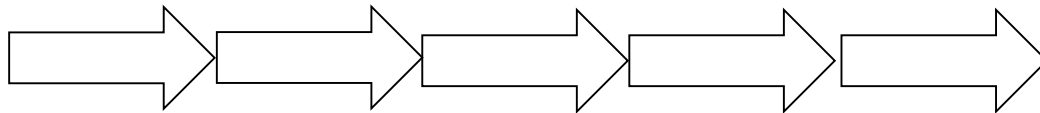
Dårlig skjema??

Gradering av symptomene?

Å stille diagnosen IBS ...

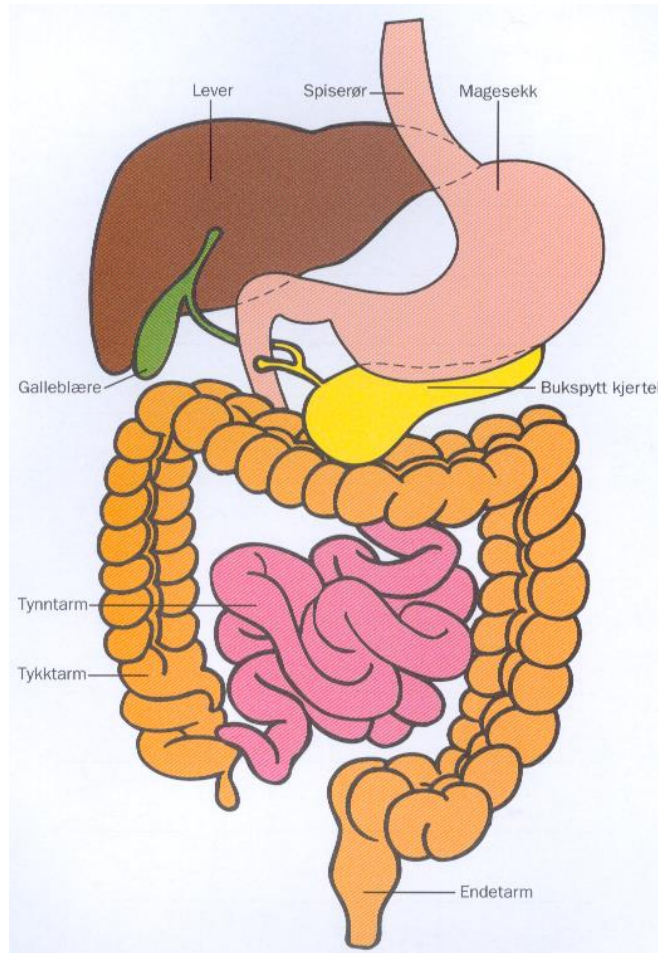


Positiv diagnose



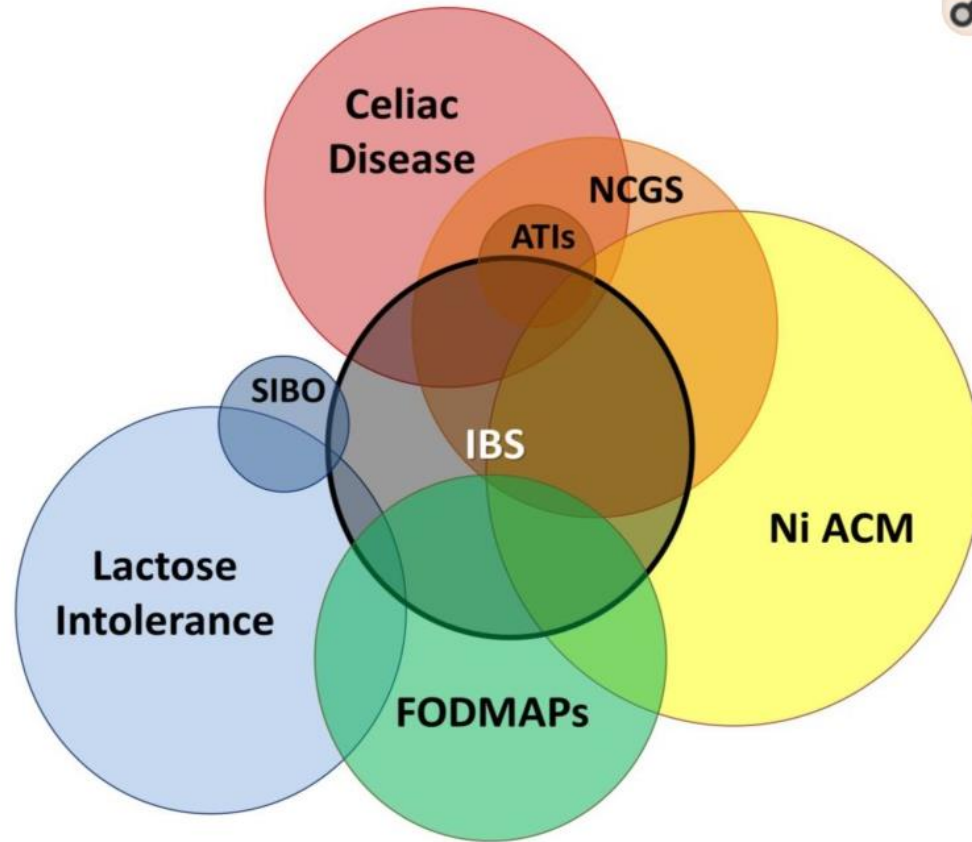
Eksklusjonsdiagnose, eller ingen diagnose ...

Differensialdiagnoser som må vurderes:



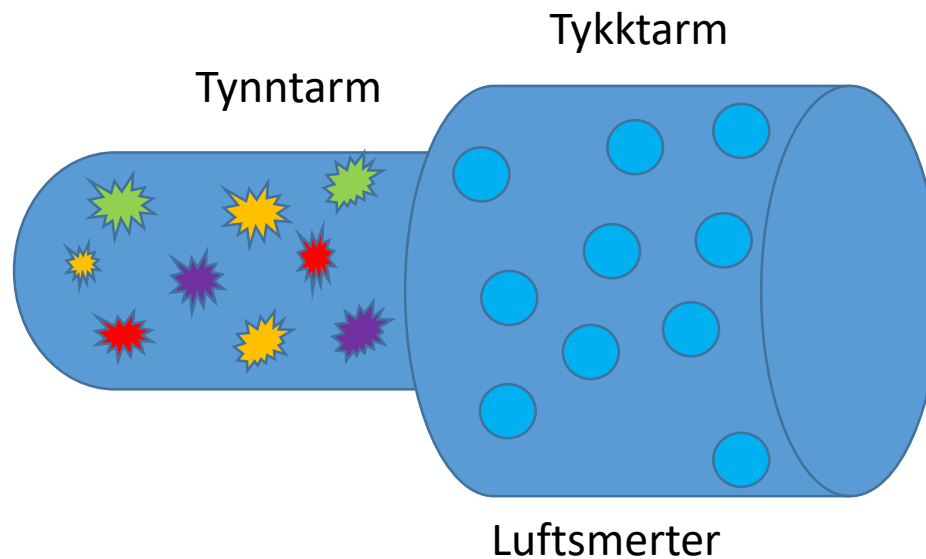
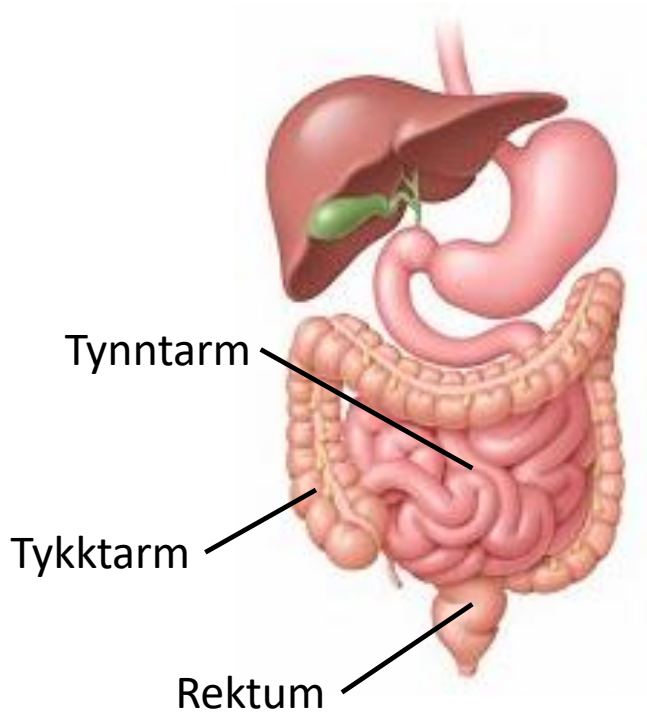
- Cøliaki
- Laktoseintoleranse
- Fødeintoleranse
- Ulcerøs colitt
- Mikroskopisk colitt
- Crohn's sykdom
- Pancreasinsuffisiens
- Colorectal cancer

Irritabel tarm – differensialdiagnoser?

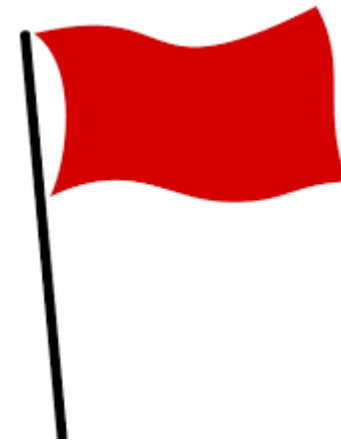


Clinical overlap between IBS and IBS-like disorders. IBS, Irritable Bowel Syndrome; FODMAPs, Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides and Polyols; SIBO, Small Intestinal Bacterial Overgrowth; NCGS, Nonceliac Gluten Sensitivity; ATIs, α -Amylase/Trypsin Inhibitors; Ni ACM, Nickel Allergic Contact Mucositis

Fermentering av CH



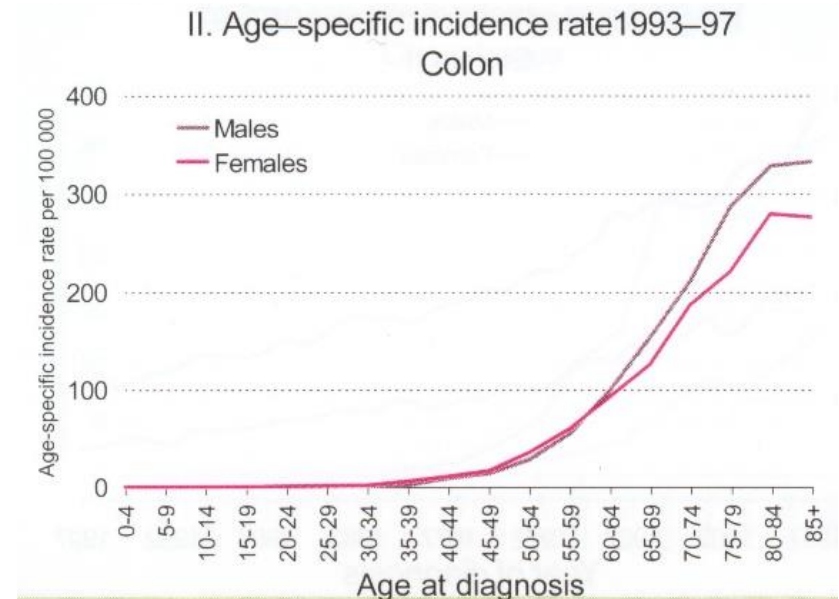
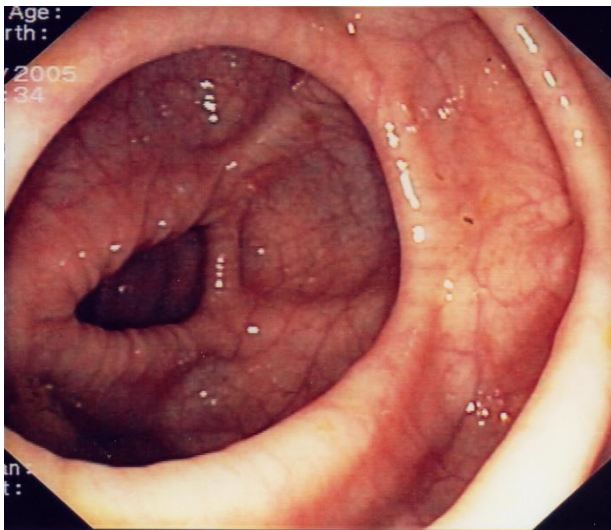
Alarmsymptomer som tilsier colonoskopi



- Blod i avføringen
- Vekttap
- Nattlige smerter / diaré
- Unormale funn ved klinisk undersøkelse
- Anemi
- Familiehistorie på tarmkreft eller inflammatorisk tarmsykdom (ulcerøs colitt eller Crohn's sykdom)
- Obs! pasienter over 50 år og kort sykehistorie!

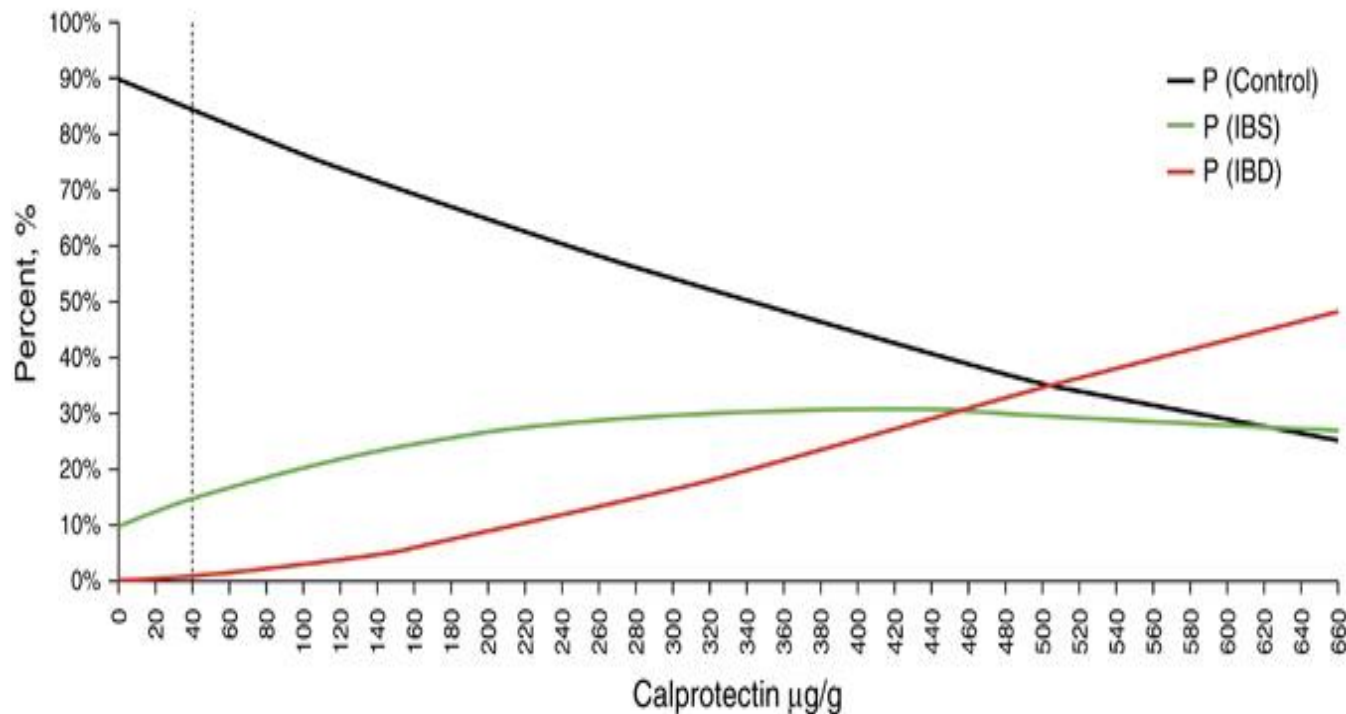
Indikasjon for colonoskopi?

- Alder?
- Familiehistorie?
- Risikoprofil?



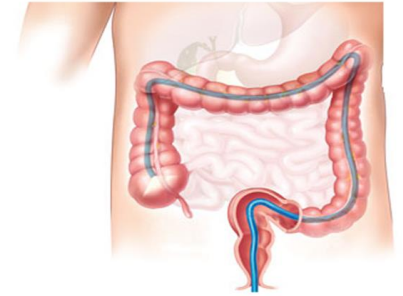
Normal colonoskopi, normale biopsier

F-calprotectin ved IBS og IBD



Calprotectin	Percent likelihood HC	Percent likelihood IBS	Percent likelihood IBD
10	88.6	11.0	0.4
20	87.1	12.4	0.5
30	85.5	13.7	0.8
40	84.1	14.9	1.0
50	82.7	16.0	1.3
60	81.4	17.0	1.6
70	80.1	18.0	1.9
80	78.8	18.9	2.3
90	77.6	19.7	2.7
100	76.3	20.6	3.1
120	73.9	22.1	4.0
140	71.6	23.4	5.0
160	69.2	24.6	6.2
180	66.9	25.7	7.4
200	64.7	26.8	8.7
220	62.5	27.4	10.1
240	60.3	28.2	11.5
260	58.1	28.8	13.1
280	56.0	29.3	14.7
300	53.9	29.7	16.4
320	51.8	30.0	18.2
340	49.8	30.2	20.0
360	47.9	30.4	21.7
380	46.0	30.5	23.5
400	44.1	30.5	25.4
420	42.3	30.4	27.3
440	40.6	30.3	29.1
460	38.9	30.1	31.0
480	37.3	29.9	32.8
500	35.7	29.7	34.6
520	34.2	29.4	36.4
540	32.7	29.1	38.2
560	31.3	28.7	40.0
580	30.0	28.3	41.7
600	28.7	27.9	43.4
620	27.4	27.5	45.1
640	26.2	27.1	46.7
660	25.1	26.6	48.3

Endoskopi og Roma III ved mistenkt IBS:



- 1489 pasienter (1331 kvinner) utredet for mulig IBS
- «Red flags» delvis utelukket før henvisning
- Spesifisitet av Roma III for IBS: 98.7%
- Annen sykdom mest ved diarésymptomer:
 - 1.4% hadde annen sykdom
 - 9 pas. = 0.6% mikroskopisk colitt
 - 5 pas. = 0.3% cøliaki
 - 3 pas. = 0.2% colorektalt carcinom
 - 3 pas. = 0.2% Mb.Crohn
 - 1 pas. = 0.07% ulcerøs colitt



Redusert livsutfoldelse:

- Pasienten har (ofte) en «hidden agenda», som må adresseres
- Pasienten har (alltid) redusert livskvalitet
- Pasienten må ha en forklaring på sine symptomer
- *... dette er faktisk ofte viktigere enn lindring av symptomer!*



God tilnærming til FGID-pas

- Betvil aldri symptomer, men prøv å forklare ...
- Positiv, optimistisk holdning
- Gi din arbeidsdiagnose IBS – må bare først utelukke ...
- Dermed viser du kompetanse og erfaring!

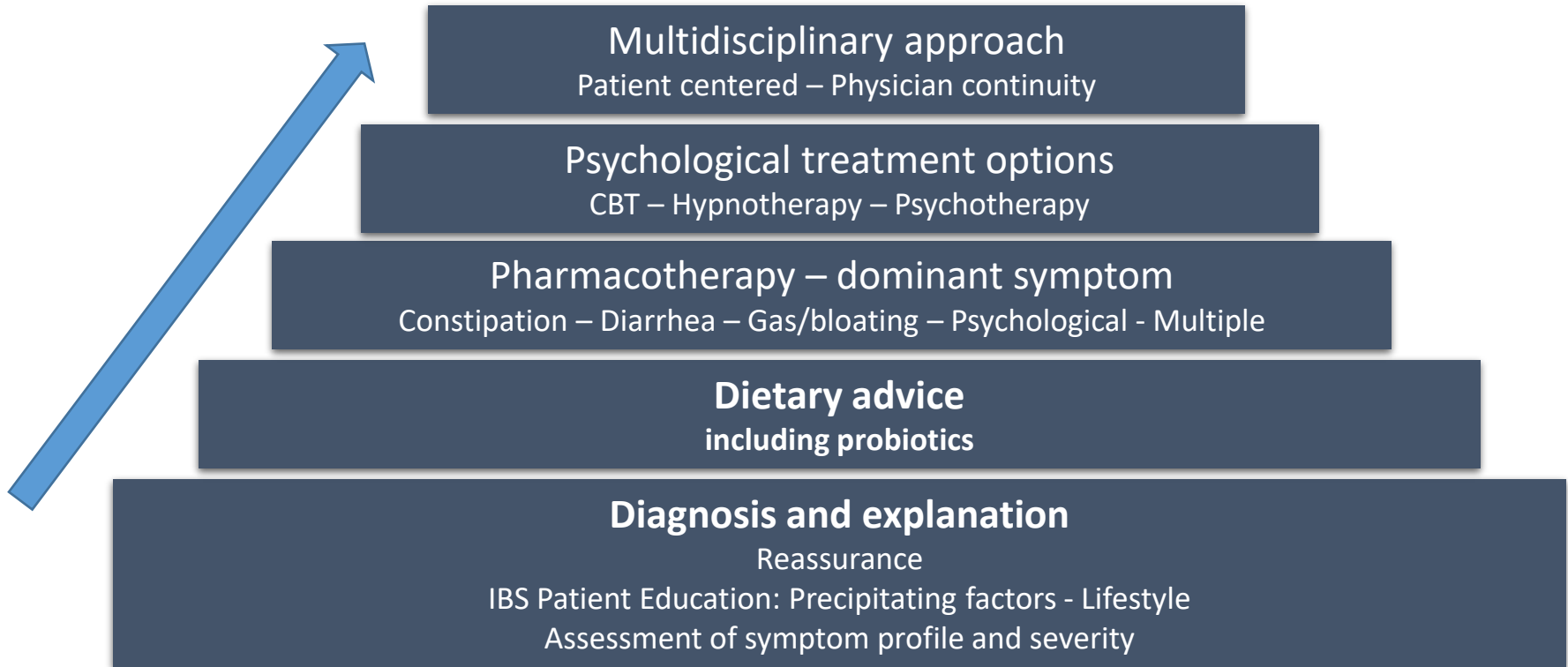
- Endringer i symptombylde er forventet!!
- ... noe som vanligvis ikke medfører ny utredning!

Hvorfor klarer vi ikke å konkludere med IBS ...

- ... selv etter colonoskopi?
- ... begrenset bruk av colonoskopiressureser viktig!



Sequencing the therapy for IBS





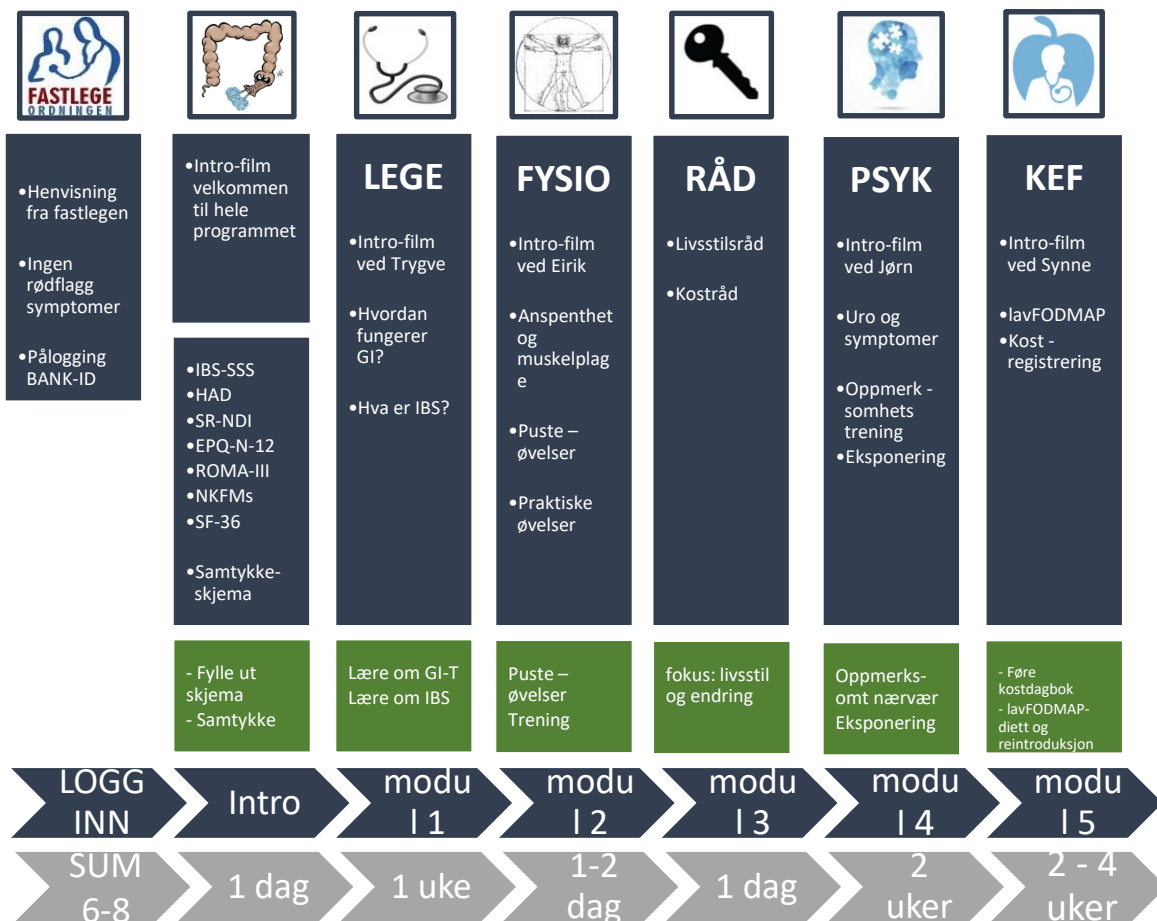
Irritabel tarmsyndrom

Pasientrettet gruppeundervisning

2015



Mage-tarmskolen på internett:



Tilgjengelig i hele Helse Vest HF, senere nasjonalt



Målsetting IBS - gruppeopplæring

- Øket forståelse og kvalitetssikret kunnskap for sykdommen
- Mulighet for bedre mestring av kroniske / tilbakevendende plager. Hjelp til selvhjelp!
- Øket trygghet
- Bidra til å bedre livsstil
- Mulighet for omfattende og riktig informasjon til flere
- Lære av hverandres erfaringer!

Kostholdsintervensjon

- To trinn: NICE (måltidmønster) vs. lavFODMAP

LavFODMAP - mat ved IBS

Mange med IBS (irritabel tarm) opplever mer symptomer når de spiser ulike matvarer. På denne siden finner du mer informasjon av kosthold ved irritabel tarm utarbeidet av våre kliniske ernæringsfysiologer.

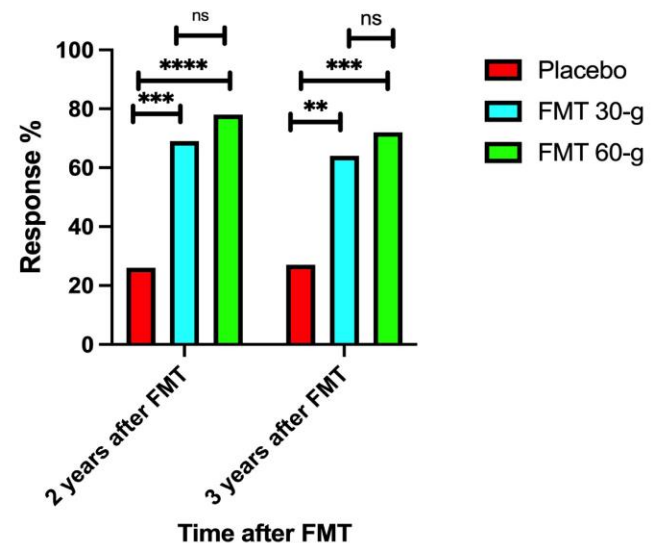
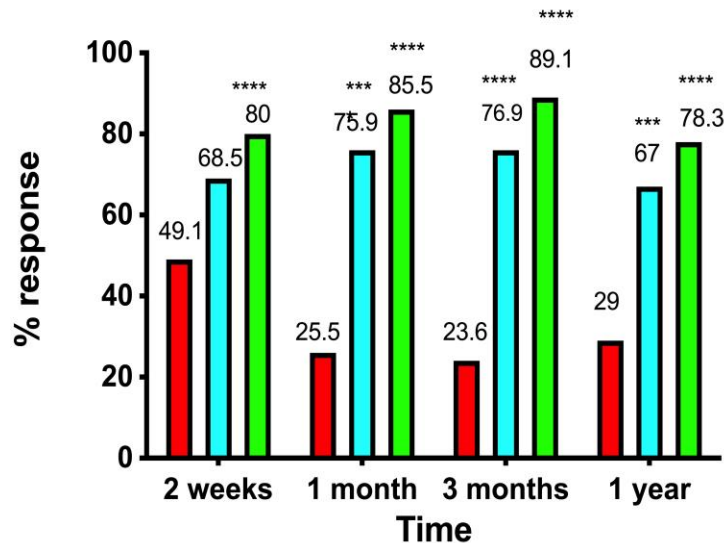


Hva har vi av medikamentell behandling??

- IBS-C
 - Constella
 - Resolor (prucalopride)
 - Laxantia (ikke lactulose), Movicol, Laxoberal ...
- IBS-D
 - Loperamid (Imodium) brukes for lite!
 - Ondansetron (høy dose: 8mgx2)
 - (Eluxadolin: Viberzi / Truberzi)
- IBS-M
 - Vi-Siblin ...
- Smerte
 - Colpermin
 - TCA, SSRI

Fecal Mikrobiota-Transplantasjon (FMT) ved IBS

- Avføring fra frisk donor, fersk eller frosset sml. med placebo
- Satt inn med colono-eller sigmoidoskopi, klystér eller gastroskopi
- Økt fermentering med høyere nivåer av SCFA etter FMT



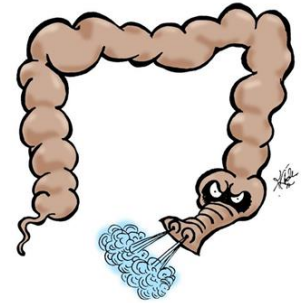
Johnsen PH et al., Lancet Gastroenterol Hepatol 2018;3:17-24
El-Salhy M et al. GUT 2019 doi: 10.1136/gutjnl-2019-319630
El-Salhy M et al. Unpublished data

Vanligste utfordringer og feil:

- Gir ikke tid ...
- Oppfatter ikke pasientens helseangst og behov diagnose og forklaring
- Vi overfører egen diagnostisk usikkerhet ...

- Våger ikke gi diagnosen IBS ...
- Gjentar utredningen ved små endringer i symptombylde

Husk:



- Diagnosen IBS er fortsatt primært klinisk
- Diagnosen skal stilles tidlig, raskt og unngå unødig ressursbruk
- Colonoskopi er indisert hos pasienter >50 års alder, hos pasienter med varselsymptomer og hos de fleste med diaré som dominerer. Skal i såfall gjøres tidlig.
- Cøliaki utelukkes ved serologi, colitt ved f-calprotectin

- Vi skal ***gi diagnosen*** og tilstrebe en forklaring på symptomene!
- Må kunne tilby IBS-skole!
- Langtidsoppfølging skal skje hos fastlegen

- Medikamentell behandling skal begrenses:
 - Linaclotide (Constella®) ved IBS-C
 - Lite tilbud ved IBS-D / ondansetron / loperamid
 - Vi-Siblin ved IBS-M
- FMT?