

# Colon irritabile (IBS): Udredning og behandling

## Forfattere og korrespondance

Janne Fassov<sup>1,2</sup>, Lotte Fynne<sup>1,2</sup>, Anne Lund Krarup<sup>3,4</sup>, Anne Line Engsbro<sup>5</sup>, Anders Bak-Christensen<sup>6</sup>, Peter Bytzer (tovholder)<sup>7</sup>

1) Hepato-gastroenterologisk afdeling V, Aarhus Universitetshospital

2) Medicinsk afdeling, Silkeborg Regionshospital

3) Medicinsk gastroenterologisk og hepatologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital

4) Medicinsk afdeling, Vendsyssel Regionshospital

5) Klinisk mikrobiologisk afdeling, Rigshospitalet

6) Kirurgisk Klinik, Allerød

7) Medicinsk afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge

## Status

Første udkast: 06.05 2016

Diskuteret på Hindsgavl: 27.08 2016

Korrigeret udkast: 20.10 2016

Endelig guideline: oktober 2016

Guideline skal revideres senest: oktober 2020

## Afgrænsning af emnet

Retningslinjen omfatter udredning og behandling af colon irritabile (IBS) hos voksne i gastroenterologisk speciallægepraksis, ambulatorium og hospitalsafdeling.

## Forkortelser

BSSF: Bristol Stool Form Scale

CRC: kolorektal cancer

CRP: C-reaktivt protein

FAP: Familiær adenomatøs polypose

F-Cal: Fæces calprotectin

HNPCC: Hereditær non-polypøs kolorektal cancer

IBD: Inflammatorisk tarmsygdom

IBS: Colon irritabile (irritabel tyktarm, Irritable Bowel Syndrome)

IBS-SSS: IBS Symptom Severity Scale

LFD: Low FODMAP diæt

PEG: Polyethylenglycol

QOL: Quality of life

RCT: Randomised controlled trial

SSRI: Selektiv serotonin reuptake inhibitor

TCA: Tricyklisk antidepressivum

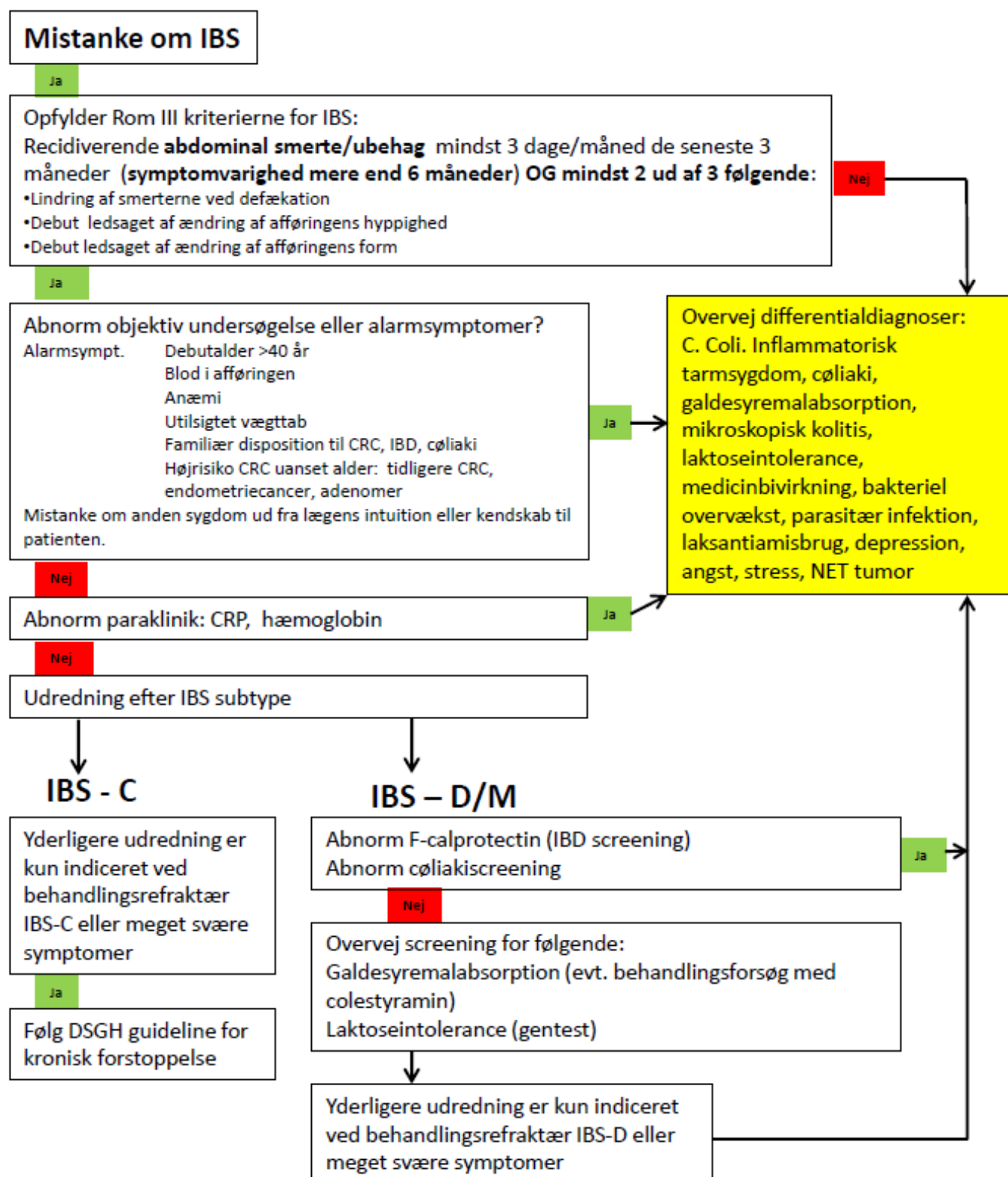
UL: Ultralyd

### **Litteratursøgningsbeskrivelse**

Litteratursøgning i Pubmed er afsluttet februar 2016. MESH-termer "Irritable bowel syndrom" fra 2004, "colonic diseases, functional fra 1970-2003 og fritekstsøgning på "Irritable bowel syndrome". Derudover er der søgt ud fra referencelister fra reviews og nationale guidelines fra Europa og USA. EMBASE er søgt for studier, der kun er publiceret i abstract form.

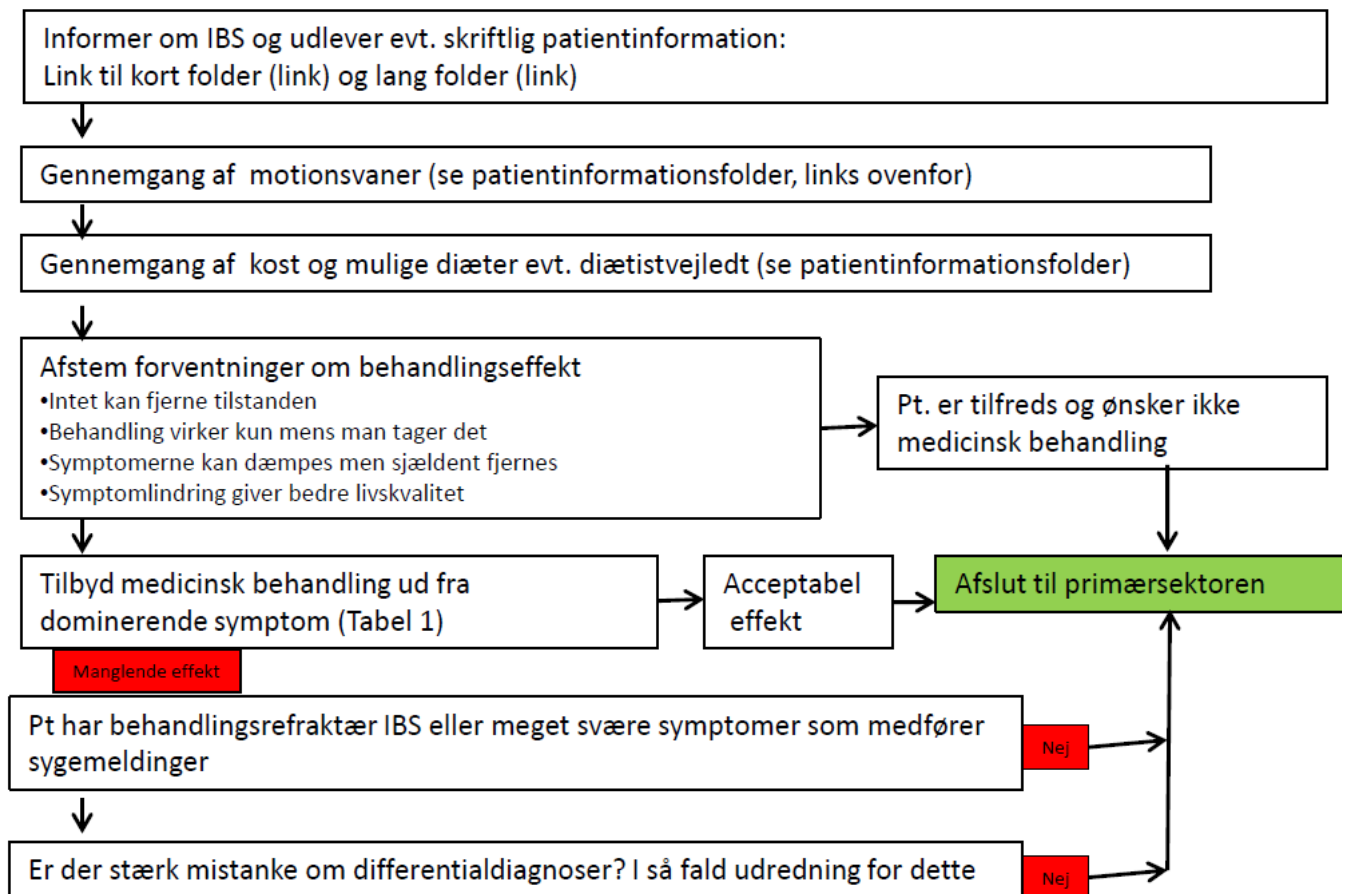
## Quick guide - Udredning ved mistanke om IBS

### Flowchart - Udredning



## Quick guide – Behandling af IBS?

### Flowchart - Behandling af IBS



# Tabel 1

## Behandling ud fra det mest generende symptom

Start fra toppen af tabellen og gå videre nedad ved behandlingssvigt. Trin kan springes over ud fra læge- eller patientperspektiv. Se guidelinetekst for detaljer.

**Grøn: Anbefales:** 1) Evidensen god; 2) God effekt mulig og få/milde bivirkninger; 3) Acceptabel effekt og samtidigt billigt med få/milde bivirkninger

**Gult: Kan bruges:** 1) Evidensen mindre god, men mulig effekt; 2) Evidensen acceptabel, men dyrt i forhold til effekt

**Rødt: Anbefales ikke:** 1) Ingen effekt/ringe evidens; 2) Dyrt og ringe effekt; 3) Ringe effekt og svære bivirkninger; 4) Ingen påviselig effekt

Diarré	Forstoppelse	Smerter	Oppustethed
<b>Psylium (HUSK/Sylliflor)</b> NNT ukendt 1 mål (5 g) x 2-3/dag	<b>Psylium (HUSK/Sylliflor)</b> NNT 11 1 mål (5 g) x 2-3/dag	<b>Pebermynteolie i kapsel</b> NNT 3 0,2-0,4ml x 3/dag	<b>Psylium (HUSK/Sylliflor)</b> NNT ukendt 1 mål (5 g) x 2-3/dag
<b>Loperamid</b> NNT 1.5 4 mg x 1-2/dag eller 4 mg x 1/dag + 2 mg PN max. 16 mg/dag	<b>Osmotiske laxativer</b> NNT 3 Magnesia 1 g x 1-2/dag Macrogol (PEG) 1-4 pulvere/dag	<b>Antispasmodika</b> NNT 3.5 Buscopan 10-20 mg x 3-5/dag	
<b>Ondansetron</b> NNT 2.7 4 mg x 1-3/dag under optitrering	<b>Tillæg af peristaltikfremmere</b> NNT 3 (uden osmotiske) (p.o. vesp. eller rektalt mane): Bisacodyl 5-10 mg x 1 vesp. Natriumpicosulfat 5-20 dr. x 1 vesp.	<b>Lav-dosis TCA</b> NNT 4 Imipramin eller amitriptylin 10-25 (100) mg vesp. under optitrering (bivirkning: forstoppelse)	<b>Simeticon/dimeticon</b> 240 mg x 3/dag
<b>Udrensning ved mistanke om stercoral diarré</b>	<b>Linaclotid</b> NNT 6 290 mikrogram x 1/dag	<b>SSRI</b> NNT 4 Citalopram, paroxetin eller fluoxetin 20-40 mg x 1/dag (bivirkning: diarre)	<b>Rifaximin</b> NNT 10 550 mg x 2-3/dag i 14 dage
	<b>Prucaloprid</b> NNT 6 2 mg x 1/dag 1 mg x 1/dag til alder >65 år eller nedsat nyrefunktion (eGFR <30)	<b>Linaclotid</b> NNT 14 kun ved samtidig forstoppelse	

## Behandling ved komorbid depression, angst eller stress

<b>TCA</b> (bivirkning: obstipation), <b>SSRI</b> (bivirkning: diarre), <b>SNRI</b>	<b>SSRI</b> (bivirkning: diarre), <b>TCA</b> (bivirkning: obstipation), <b>SNRI</b>	<b>SSRI</b> eller <b>TCA</b> , <b>SNRI</b>	<b>TCA</b> eller <b>SSRI</b> , <b>SNRI</b>
---	---	--	--

## Indledning

Ca. 10-16 % af voksne danskere har symptomer foreneligt med IBS [1, 2]. IBS er hyppigst i 20 til 40-årsalderen, men ses også hos børn og ældre. IBS medfører nedsat livskvalitet og påvirket social- og arbejdsliv og er omkostningstung for samfundet. Der er ingen øget dødelighed eller øget cancerrisiko ved IBS. Årsager og patogenese er uafklarede, men mulige mekanismer er bl.a. forstyrrelse af tarmens motorik og nervesystem samt dysbiose. Der er en familiær forekomst, men det er uafklaret om det er genetisk eller miljømæssigt betinget. Kvindeligt køn er en risikofaktor og IBS kan opstå efter en akut gastroenteritis (post-infektøs IBS).

## Definition af IBS

IBS er et syndrom, der karakteriseres ved tilbagevendende ubehag eller smerte i maven ledsaget af ændret afføringsmønster. I denne guideline anvendes Rom III kriterierne [3]:

Recidiverende abdominal smerte eller ubehag mindst 3 dage om måneden i de seneste 3 måneder og mindst 2 af 3 af følgende:

- Lindring af smerter/ubehag ved defækation
- Debut ledsaget af ændring i afføringens hyppighed
- Debut ledsaget af ændring i afføringens form

Symptomvarighed  $\geq$  6 måneder.

### IBS subtyper

IBS-C: hård eller knoldet afføring\*  $\geq$ 25 % af tiden og løs eller vandig afføring\*\*  $<$  25 % af tiden

IBS-D: løs eller vandig afføring  $\geq$ 25 % af tiden og hård eller knoldet afføring  $<$  25 % af tiden

IBS-M: hård eller knoldet afføring  $\geq$ 25 % af tiden og løs eller vandig afføring  $\geq$ 25 % af tiden

IBS-U: hård eller knoldet afføring  $<$  25 % af tiden og løs eller vandig afføring  $<$  25 % af tiden

\*Hård eller knoldet afføring: svarende til BSSF 1-2

\*\*Løs eller vandig afføring: svarende til BSSF 6-7

## Symptomer ved IBS/klinisk billede

Patienterne klager over periodevise eller kroniske mavesmerter eller ubehag i maven og ledsagende ændringer i afføringens hyppighed eller konsistens. Mænd har i højere grad end kvinder diarré og mindre hyppigt obstipation. Smerterne kan præsentere sig som anfald, der kan fejltolkes som akut abdomen. Oppustethed er ofte et dominerende symptom. Mange patienter er generet af forstyrret defækation (*urgency*, øget brug af bugpresse eller følelsen af inkomplet tarmtømning). Der er et betydeligt overlap mellem IBS, funktionel dyspepsi og reflux og ekstraintestinale symptomer som træthed, urinvejssymptomer og smerter; især hovedpine, rygsmerte og dyspareuni, ses. Comorbid angst eller depression er hyppig og forværrer IBS symptomerne. IBS er associeret til kronisk træthedssyndrom og *bodily distress syndrome*.

## Evidensniveau for kliniske rekommandationer

	Evidens niveau
<b>Udredning</b>	
IBS diagnosen kan stilles som en <b>positiv diagnose</b> hos patienter, der opfylder Rom III kriterierne, har normal objektiv undersøgelse, normal CRP og hæmoglobin og fravær af alarmsymptomer	2B
Patienter med IBS og diarré bør undersøges for <b>cøliaki</b>	3a
Patienter med IBS og diarré skal ikke rutinemæssigt have undersøgt fæces for <b>tarmpatogene parasitter</b>	3b
Patienter med IBS skal ikke rutinemæssigt have foretaget <b>pusteprov for bakteriel overvækst</b>	4
Hos patienter <40 år med IBS symptomer og diarré kan en normal <b>fæces calprotectin</b> med stor sandsynlighed udelukke IBD	2b
<b>Laktasegentesten</b> udføres ved bestyrket klinisk mistanke om laktosemalabsorption	1c
<b>Testbehandling med colestyramin</b> kan forsøges hos patienter med svær IBS-D for at screene for galdesyremalabsorption	1c
<b>Endoskopi</b> anbefales ikke rutinemæssigt i udredningen af IBS	4
<b>Behandling</b>	
<b>Motion</b> 3 gange ugentligt af moderat intensitet kan hos særligt motiverede patienter reducere symptomer og øge QOL	1b
<b>Low FODMAP diæt</b> kan forsøges hos motiverede patienter under diætistvejledning. I korttidsstudier hos selekterede patienter kan diæten formentlig reducere oppustethed og smerter og øge QOL.	1b
<b>Traditionelle diætråd (Svensk IBS diæt)</b> kan reducere symptomerne lige så godt som low FODMAP diæt	1c
<b>Glutenfri diæt.</b> Der er ingen klinisk relevant effekt af glutenfri diæt hos patienter med IBS	1b
<b>Probiotika</b> er uden klinisk betydningsfuld effekt på symptomerne ved IBS	1a
<b>Psyllium</b> kan muligvis reducere IBS symptomer (global effekt)	1a
<b>Akupunktur</b> er ikke bedre til at reducere IBS symptomer end placebo-akupunktur	1b
<b>Loperamid</b> kan anvendes til at nedsætte afføringsfrekvensen af IBS-D patienter	1c
<b>Ondansetron</b> kan reducere <i>urgency</i> , oppustethed og afføringsfrekvens ved IBS-D (kun 1 RCT)	1b
<b>Questran</b> har ikke effekt ved IBS-D uden galdesyremalabsorption	4
<b>Traditionelle osmotiske (dog ikke laktulose) og stimulerende laksantia</b> kan anvendes ved IBS-C	5
<b>Linaclotid</b> har effekt på obstipation og smerter ved IBS-C	1b
<b>Prucaloprid</b> kan anvendes til obstipation ved IBS-C	5
<b>Pebermynteolie</b> kan reducere mavesmerter hos patienter med IBS	1b
<b>Spasmolytika</b> af hyoscintypen kan medføre let reduktion af mavesmerter	1a
<b>Lavdosin TCA</b> kan reducere mavesmerter hos patienter med IBS	1a
<b>SSRI</b> har en vis 'global' effekt ved IBS	1a
<b>Rifaximin</b> anbefales ikke til behandling af oppustethed pga. begrænset og kortvarig effekt	1b
<b>Simeticon/dimeticon</b> anbefales ikke, da det aldrig er testet på patienter med IBS	5

## Emneopdelt gennemgang

### Hvordan stilles diagnosen IBS?

Se flowchart - Udredning i Quickguiden

Diagnosen stilles positivt på baggrund af genkendelse af det velbeskrevne syndrom ved hjælp af symptombaserede kriterier og udelukkelse af organisk sygdom. Organisk sygdom udelukkes ved evaluering af alarmsymptomer, objektiv undersøgelse og et paraklinisk udredningsprogram. Der er ingen biomarkører for IBS. En positiv diagnostisk strategi er i primærsektoren i Danmark vist at være ligeværdig med traditionel eksklusionsdiagnostik inkluderende blodprøver og sigmoideoskopi i forhold til sikkerhed, patienttilfredshed og omkostninger [4].

#### Symptombaserede kriterier for IBS

Aktuelt anvendes Rom III kriterierne for IBS. Flere systematiske reviews og metaanalyser viser dog at de forskellige symptombaserede kriterier (Manning kriterierne, Rom I og II) kan anvendes ligeværdigt [5, 6]. Sensitiviteten af Rom III kriterierne er i almen praksis i Danmark estimeret til 76 % [7]. I gastroenterologisk ambulatorium i Canada målt sensitiviteten til 69 %, specificiteten til 80 % [5]. En del af patienterne opfylder ikke strikte Rom III kriterierne, men IBS diagnosen kan stilles på de typiske symptomer og fravær af organisk sygdom. IBS symptomerne fluktuerer og patienter, der på et tidspunkt opfylder kriterierne for IBS, gør det ikke nødvendigvis senere. Klinikeren bør ikke af den grund betvivle diagnosen og iværksætte udredning med mindre symptomerne er væsentligt ændret eller der er opstået alarmsymptomer.

#### Alarmsymptomer

Alarmsymptomer, der indicerer en grundigere udredning, er familiær disposition til CRC og IBD, vægttab, rektal blødning, anæmi og abnorme fund ved objektiv undersøgelse. Alle patienter med debut af IBS symptomer efter 40-årsalder og patienter i højrisiko for CRC (tidligere CRC, adenomer eller endometrie-cancer, IBD eller familiær disposition til HNPCC eller FAP) uanset alder udredes i henhold til de nationale retningslinjer for CRC ([http://www.dccg.dk/03\\_Publikation/01\\_ret.html](http://www.dccg.dk/03_Publikation/01_ret.html)). I henhold til DSGH's retningslinje for cøliaki (<http://www.dsggh.dk/home/guidelines>) bør patienter med 1. grads slægtninge med cøliaki udredes herfor.

#### Objektiv og paraklinisk undersøgelse

En grundig objektiv undersøgelse samt et minimalt paraklinisk udredningsprogram (hæmoglobin og CRP) tjener formålet at udelukke organisk sygdom. Der er international konsensus om at patienter > 45 år (Danmark: > 40 år) bør tilbydes nedre skopi af hensyn til den højere risiko for CRC. Derudover skal udredningen følge IBS subtype. Der er ikke evidens for rutinemæssigt at tage sænkingsreaktion (SR), thyreoideastatus eller UL af abdomen [8]. Der foreligger ingen studier af værdien af MR tyndtarm, tyndtarmspassage eller kapselendoskopi hos patienter med formodet IBS.

#### Udredning af IBS-D og IBS-M

De vigtigste differentialdiagnoser til IBS, hvor diarré er dominerende, er cøliaki, IBD, mikroskopisk colitis, galdehyremalabsorption, bakteriel overvækst, giardiasis, laktosemalabsorption og CRC. For patienter, der



opfylder symptombaserede kriterier for IBS og er uden alarmsymptomer, er sandsynligheden for organisk lidelse formentlig < 15 % i sekundærsektoren [5, 9]

### **Cøliaki**

Test for cøliaki er vist omkostningseffektiv ved en prævalens af cøliaki over 1 % [10, 11]. Det er fortsat uafklaret om prævalensen hos danske IBS patienter uden alarmsignaler er tilsvarende eller højere end de 0.5-1 %, der ses i baggrundsbefolkningen. Da serologiske tests for cøliaki er tilgængelige og billige, bør testen tilbydes til patienter, der præsenterer sig med diarré (IBS-D og IBS-M).

### **Fæces calprotectin**

Fæces calprotectin (F-Cal) kan anvendes i stedet for CRP til screening for IBD, idet både sensitivitet og specificitet er højere end for CRP og testen er vist at skelne IBD fra IBS med en høj negativ prædiktiv værdi i populationer med en IBD prævalens under 25 % [12, 13]. En F-Cal < 50 µg/g, som er det hyppigst anvendte cut-off i Danmark, reducerer sandsynligheden for at symptomerne skyldes IBD til 1,3%. Disse patienter skal kun endoskoperes, såfremt IBS ikke er den primære mistanke. Udredning for IBD bør overvejes hos patienter med F-Cal > 50 µg/g. Det skal dog bemærkes, at der er et overlap mellem IBS og IBD især i området 50-200 µg/g ligesom andre inflammatoriske tilstande i tarmen kan medføre forhøjet F-Cal. Omkostningseffektiviteten er ikke kendt i sekundærsektoren, men i primærsektoren i UK er testen vist at spare endoskopier, hvor mistanken er IBS [14]. Såfremt endoskopi er planlagt, er F-Cal overflødig.

### **Fæces parasitter**

Der er ikke evidens for at tarmparasitter er hyppigere hos patienter med IBS i forhold til raske kontroller i Danmark, snarere tværtimod [15], og fæces undersøgelse for tarmpatogene parasitter er derfor ikke rutinemæssigt indiceret.

### **Pusteprov for bakteriel overvækst**

Litteraturen på forekomsten af bakteriel overvækst i tyndtarmen hos patienter, der opfylder symptombaserede kriterier for IBS, er præget af stor heterogenitet [16]. Sådanne undersøgelser bør derfor ikke indgå rutinemæssigt i udredningen.

### **Laktasemangel**

Laktosemalabsorption verificeret ved pusteprov ses med lige stor hyppighed ved IBS som i den generelle befolkning [17]. Imidlertid rapporterer IBS patienter flere symptomer ved indtagelse af laktoseprodukter end kontroller med laktosemalabsorption [17, 18]. Engelske og svenske guidelines anbefaler derfor eksklusion og reintroduktion af mejeriprodukter ved mistanke om laktoseintolerance frem for diagnostik af laktasemangel. I Danmark har laktasegentesten fortsat sin berettigelse ved bestyrket klinisk mistanke.

### **Galdesyremalabsorption**

Der er en høj forekomst (~ 25 %) af galdesyremalabsorption hos patienter med IBS-D symptomer [19, 20]. Behandling med colestyramin har dog kun effekt på galdesyremalabsorptionen - og derved diareen - men

ikke på de øvrige IBS symptomer [21]. Ved mistænkt galdehyremalabsorption anvendes en testperiode med colestyramin og, såfremt der findes effekt, kan der foretages SeHCAT scanning med henblik på verificering.

## Endoskopi

Koloskopi hos patienter med mistanke om IBS-D kan udføres for at udelukke CRC, og IBD. Der er ikke evidens som kan støtte rutinemæssig koloskopi hos IBS-D eller IBS-M patienter < 40 år uden alarmsymptomer [22, 23].

## Udredning af IBS-C

Der er ikke evidens for yderligere udredning af patienten med IBS-C uden alarmtegn, medmindre patienten er behandlingsrefraktær eller har meget svære symptomer. I så fald henvises til DSGH guideline for kronisk forstoppelse ([www.dsgb.dk/home/guidelines](http://www.dsgb.dk/home/guidelines)).

## Kliniske rekommandationer om udredning på mistanke om IBS

Rekommandation	Evidens niveau
IBS diagnosen kan stilles som en <b>positiv diagnose</b> hos patienter, der opfylder Rom III kriterierne, har normal objektiv undersøgelse, normal CRP og hæmoglobin og fravær af alarmsymptomer	2B
Patienter med IBS og diarré bør undersøges for <b>cøliaki</b>	3a
Patienter med IBS og diarré skal ikke rutinemæssigt have undersøgt fæces for <b>tarmpatogene parasitter</b>	3b
Patienter med IBS og diarré skal ikke rutinemæssigt have foretaget <b>pusteprøve</b> for bakteriel overvækst	4
Hos patienter <40 år med IBS symptomer og diarré kan en normal <b>fæces calprotectin</b> med stor sandsynlighed udelukke IBD	2b
<b>Laktasegentesten</b> udføres ved bestyrket klinisk mistanke om laktosemalabsorption	1c
<b>Testbehandling med colestyramin</b> kan forsøges hos patienter med svær IBS-D for at screene for galdehyremalabsorption	1c
<b>Endoskopi</b> anbefales ikke rutinemæssigt i udredningen af IBS	4

## Hvordan behandles IBS?

Se Flowchart – Behandling og Tabel 1

Behandlingseffekten er generelt lav og højest sandsynligt overvurderet i de ældre studier. Imidlertid er bivirkningerne generelt milde og den mulige symptomatiske effekt relativt stor, hvilket kan berettige behandlingsforsøg. Behandlingsvalg baseret på IBS subtyper er pragmatisk ud fra klinisk erfaring og der foreligger endnu kun få studier. Særligt er betydningen af tidligere svigt med andet præparat uklar. Der er generelt ikke langtidsstudier på IBS behandling. Generaliserbarheden af studierne er dårlig, bl.a. på grund af stærk selektion.

## Nonfarmakologisk behandling

**Motion** er undersøgt i to randomiserede forsøg med i alt 158 patienter [24, 25]. Begge forsøg viste effekt på symptomer og livskvalitet, men der var betydelig selektion og et vist frafald undervejs.

**Probiotika.** Mere end 50 randomiserede forsøg har testet den symptomatiske effekt af forskellige blandinger og doser af probiotika. Forskelle i design og i interventionens karakter vanskeliggør evaluering med meta-analyser. De fleste af de 27 studier med blandinger af probiotika viste ingen effekt. Studier på danske patienter har ikke vist effekt. Hovedparten af studierne med lactobaciller og Saccharomyces var ligeledes negative mens 4 af 6 forsøg med bifidobacterier viste positive resultater (global effekt). Samlet set er der meget begrænset evidens for symptomatisk effekt af probiotika [26].

**Low FODMAP diæt.** LFD er ikke godt nok undersøgt til at en evt. effekt kan estimeres [27]. Fem af seks RCT, hvoraf kun to dobbeltblindede og med studievarigheder fra 2 dage til 4 uger, rapporterede symptomatisk effekt men ingen effekter i objektive mål (afføringsfrekvens/konsistens). Der er ingen langtidsstudier (>4 uger) eller studier af effekten under den anbefalede re-introduktionsperiode. LFD kan reducere IBS symptomerne med ca. 20 % og giver ca. 50 % respondere (50 point reduktion på IBS-SSS) inkl. placeboeffekt.

**Traditionelle IBS diætråd.** "Svensk IBS diæt" er mindre indgribende og kan reducere symptomerne lige så godt som LFD (LFD: 22 % symptomreduktion og 50 % respondere vs. 24 % symptomreduktion og 46 % respondere). Der var ikke placebogruppe i studiet, som havde varighed på 4 uger [28].

**Glutenfri diæt.** Glutenfri diæt har ikke effekt hos IBS patienter. Patienter på LFD får samme øgning i IBS symptomer når de får at vide at de enten får et blindet glutenholdigt testmåltid eller placebo. Symptomøgningen er lige høj uanset om der er meget gluten, lidt gluten eller ingen gluten i testmåltidet [29]. Et randomiseret forsøg af glutenfri diæt til IBS-D patienter viste en klinisk insignifikant effekt (0.25 færre afføringer pr. dag) [30].

**Psyllium** (loppefrøskaller, HUSK). En meta-analyse baseret på seks forsøg viste heterogenitet og flere symptomfri patienter i den aktive gruppe (terapeutisk gevinst 12%). Denne effekt var ikke længere statistisk signifikant, hvis et lavkvalitetsstudie blev udeladt af analysen [31]. Det er aldrig undersøgt om tilsætning af kalk til psyllium (HUSK med kalk) har effekt på diarré hos IBS patienter.

**Akupunktur** virker ved placeboeffekt. Akupunktur er undersøgt i flere veldesignede RTC med placebo-akupunktur [32], hvoraf det største randomiserede 230 patienter [33]. Akupunktur og placebo-akupunktur reducerede symptomerne lige effektivt.

## Farmakologisk behandling af diarré

Se Tabel 1

**Loperamid** reducerer afføringsfrekvensen ved IBS-D. Loperamid er undersøgt i flere ældre lavkvalitetsstudier og i et godt RCT med 90 patienter [34]. Den terapeutiske gevinst (reduktion i afføringsfrekvens) var 30 % (40 % i loperamidgruppen vs. 10 % i placebogruppen). Der var ingen signifikant effekt på smerter eller oppustethed.

**Ondansetron** er undersøgt i et placebokontrolleret overkrydsningsforsøg med 120 IBS-D patienter [35]. Ondansetron havde effekt på afføringsfrekvens, urgency og oppustethed, men ikke på smerter.

**Colestyramin** Ved mistanke om galdesyremalabsorption kan præparatet anvendes som diagnostisk test (se ovenfor) forud for evt. SeHCAT-skanning. I selekterede materialer fra sekundærsektoren har 10 – 33 % af IBS-D patienter tegn på galdesyremalabsorption med patologisk se-HCAT (< 15 % retention) [36] og har på den baggrund effekt af colestyramin. IBS-D patienter med normal se-HCAT eller mild galdesyremalabsorption (10-15 % retention) har ikke effekt af colestyramin. Effekten på IBS-D uden samtidig galdesyremalabsorption er dog ikke undersøgt i store RCT [23].

## Farmakologisk behandling af obstipation

Se Tabel 1

### Laksantia.

Effekten af polyethylenglycol (**PEG**) er testet i et placebo-kontrolleret forsøg med 139 patienter. Der var effekt på obstipationen men ikke på smerter [37]. Der findes ingen RCT af effekten af **øvrige konventionelle laksantia** på IBS-C. Der er et stort overlap mellem kronisk obstipation og IBS-C. Generelt for kronisk forstoppelse er anbefalingerne at starte med osmotisk virkende laksantia (magnesia eller PEG) og supplere med peristaltikfremmende laksantia og denne fremgangsmåde kan også anbefales ved IBS-C. Laktulose har effekt på obstipation, men har flere bivirkninger end de andre osmotiske laksantia, hvorfor præparatet ikke anbefales.

**Linaclo tid.** To amerikanske RCT med > 1600 patienter har vist effekt på antal afføringer, smerter og oppustethed. Effekten på forstoppelsen indtræder indenfor få uger mens effekten på smerter og oppustethed kommer senere (uger – måneder). Den terapeutiske gevinst over for placebo (sammensat endpoint) er i størrelsesordenen 12-15 % [38].

**Prucaloprid.** Er indregistreret til kronisk obstipation, men kan forsøges ved IBS-C.

## Farmakologisk behandling af smerter

Se tabel 1

**Pebermynteolie.** RCT er få, gamle og med lavt deltagerantal ( $\sum N=357$ ). Til trods herfor er der ved metaanalyser enighed om terapeutisk gevinst [39, 40]. Bivirkninger er sjældne, hyppigst halsbrand, der kan undgås ved at indtage olien i kapselform.

**Spasmolytika.** Et Cochrane review af 13 RCT ( $\sum N=1392$ ) indeholdt studier af 10 forskellige farmakologiske undergrupper [40]. Kun få af præparaterne er tilgængelige i Danmark. Der var en terapeutisk gevinst sammenlignet med placebo på 12 % (58 % vs. 46 %). Et systematisk review [31] undersøgte effekten af 12 forskellige spasmolytika. Af disse er kun mebeverin (Duspatalin®) og hyoscin (Buscopan®) markedsført i Danmark. Der fandtes ingen effekt af mebeverin (1 RCT med 80 patienter) mens 3 RCT (426 patienter) med hyoscin viste en terapeutisk gevinst på 17%. Der var dog tegn på heterogenitet og risiko for publikationsbias.

**Antidepressiva.** En meta-analyse fra 2014 konkluderer ud fra 7 RCT ( $\Sigma N=384$ ) en samlet relativ risiko for vedblivende mavesmerter på 0.62 (95% CI 0.43-0.88). Ved subgruppering sås betydende heterogenitet blandt SSRI-studierne, men ikke TCA-studierne [41]. Seneste Cochrane review finder SSRI og TCA ligeværdige i behandlingen af IBS, idet SSRI har en signifikant "global" effekt, men ingen effekt på smerterne [40]. Præparatvalg bør afhænge af patientens IBS subtype, idet TCA kan give forstoppelse mens SSRI kan give diarré. For at reducere risikoen for bivirkninger anbefales lavdosis TCA og laveste normal dosis SSRI [23] (se tabel 1).

## Farmakologisk behandling af oppustethed

Se tabel 1

**Rifaximin** er undersøgt i to store RCT ( $\Sigma N > 1200$  patienter) med IBS-D og IBS-M. Rifaximin anbefales ikke da den terapeutisk gevinst for oppustethed er på højst 10% og der ofte kræves gentagne kure for at holde symptomerne i ro (terapeutisk gevinst for genbehandling nr. 2 og 3 begge på 8 %) [42, 43].

**Simeticon.** Effekten af simeticon (aktiveret dimeticon) er vanskelig at bedømme da præparatet kun er undersøgt i kombination med andre stoffer til IBS patienter.

## Psykologisk behandling

For patienter, hvor ovenstående behandling ikke har haft tilstrækkelig effekt, kan næste skridt være psykoterapi, kognitiv terapi, relaksation, hypnose. Der findes flere metaanalyser og der er generelt positiv effekt af metoderne til trods for at det har været de sygeste patienter, der er indgået [41, 44, 45]. Generelt er studierne små, af kort varighed og forskellig kvalitet. Særligt mangler effektiv blinding. I Danmark er der ingen tilskud til ovenstående behandlinger ved IBS. Ydermere kan ingen centre i Danmark aktuelt tilbyde behandlingerne og patienterne må selv opsøge terapeuter.

## Kliniske rekommandationer om behandling af IBS

	Rekommandation	Evidens niveau
Motion	<b>Motion</b> 3 gange ugentligt af moderat intensitet kan hos særligt motiverede patienter reducere symptomer og øge QOL	1b
Diæt	<b>Low FODMAP diæt</b> kan forsøges hos motiverede patienter under diætistvejledning. I korttidsstudier hos selekterede patienter kan diæten formentlig reducere oppustethed og smerter og øge QOL.	1b
	<b>Traditionelle diætråd</b> kan reducere symptomerne lige så godt som low FODMAP diæt	1c
	<b>Glutenfri diæt.</b> Der er ingen klinisk relevant effekt af glutenfri diæt hos patienter med IBS	1b
	<b>Probiotika</b> er uden klinisk betydningsfuld effekt på symptomerne ved IBS	1a
	<b>Psyllium</b> kan muligvis reducere IBS symptomer (global effekt)	1a
	<b>Akupunktur</b> er ikke bedre til at reducere IBS symptomer end placebo-akupunktur	1b
Diarré		

	<b>Loperamid</b> kan nedsætte afføringsfrekvensen ved IBS-D	1c
	<b>Ondansetron</b> kan reducere <i>urgency</i> , oppustethed og afføringsfrekvens ved IBS-D (kun 1 RCT)	1b
	<b>Questran</b> har ikke effekt ved IBS-D uden galdesyremalabsorption	4
Obstipation		
	<b>Traditionelle osmotiske (dog ikke laktulose) og stimulerende laksantia</b> kan anvendes ved IBS-C	5
	<b>Magnesia</b> kan anvendes til obstipation ved IBS-C	5
	<b>PEG</b> kan anvendes til obstipation ved IBS-C	5
	<b>Laktulose</b> bør ikke anvendes til obstipation ved IBS-C	5
	<b>Bisacodyl</b> kan anvendes til obstipation ved IBS-C	5
	<b>Natrium picosulfat</b> kan anvendes til obstipation ved IBS-C	5
	<b>Linaclotid</b> har effekt på obstipation og smerter ved IBS-C	1b
	<b>Prucaloprid</b> kan anvendes til obstipation ved IBS-C	5
Smerter	<b>Pebermynteolie</b> kan reducere mavesmerter ved IBS	1b
	<b>Spasmolytika</b> af hyoscintypen kan medføre let reduktion af mavesmerter	1a
	<b>Lavdosis TCA</b> kan reducere mavesmerter	1a
	<b>SSRI</b> har en vis 'global' effekt ved IBS	1a
Oppustethed		
	<b>Rifaximin</b> anbefales ikke til behandling af oppustethed pga. begrænset og kortvarig effekt	1b
	<b>Simeticon/dimeticon</b> anbefales ikke, da det aldrig er testet på patienter med IBS	5

## Patientvejledninger

Lang patientvejledning (6 sider) – [indsæt link](#)

Kort patientvejledning (2 sider) – [indsæt link](#)

## Litteratur

1. Krogsgaard, L.R., A.L. Engsbro, and P. Bytzer, *The epidemiology of irritable bowel syndrome in Denmark. A population-based survey in adults <50 years of age*. Scand J Gastroenterol 2013. **48**(5): p. 523-529.
2. Rasmussen, S., et al., *Overlap of symptoms of gastroesophageal reflux disease, dyspepsia and irritable bowel syndrome in the general population*. Scand J Gastroenterol, 2015. **50**(2): p. 162-9.
3. Longstreth, G.F., et al., *Functional bowel disorders*. Gastroenterology, 2006. **130**(5): p. 1480-91.
4. Begtrup and Engsbro et al., *A Positive Diagnostic Strategy Is Noninferior to a Strategy of Exclusion for Patients With Irritable Bowel Syndrome*. Clin.Gastroenterol.Hepatol., 2013.
5. Ford, A.C., et al., *Validation of the Rome III criteria for the diagnosis of irritable bowel syndrome in secondary care*. Gastroenterology, 2013. **145**(6): p. 1262-70 e1.
6. Engsbro, A.L., M. Simren, and P. Bytzer, *The Rome II and Rome III criteria identify the same subtype-populations in irritable bowel syndrome: agreement depends on the method used for symptom report*. Neurogastroenterol.Motil., 2012. **24**(7): p. 604-11, e266.
7. Engsbro, A.L., et al., *Patients Suspected of Irritable Bowel Syndrome-Cross-Sectional Study Exploring the Sensitivity of Rome III Criteria in Primary Care*. Am.J.Gastroenterol., 2013. **108**(6): p. 972-980.

8. Cash, B.D., P. Schoenfeld, and W.D. Chey, *The utility of diagnostic tests in irritable bowel syndrome patients: a systematic review*. *Am.J.Gastroenterol.*, 2002. **97**(11): p. 2812-2819.
9. Jellema, P., et al., *Systematic review: accuracy of symptom-based criteria for diagnosis of irritable bowel syndrome in primary care*. *Aliment Pharmacol Ther*, 2009. **30**(7): p. 695-706.
10. Spiegel, B.M., et al., *Testing for celiac sprue in irritable bowel syndrome with predominant diarrhea: a cost-effectiveness analysis*. *Gastroenterology*, 2004. **126**(7): p. 1721-32.
11. Cash, B.D., et al., *The prevalence of celiac disease among patients with nonconstipated irritable bowel syndrome is similar to controls*. *Gastroenterology*, 2011. **141**(4): p. 1187-93.
12. Menees, S.B., et al., *A meta-analysis of the utility of C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, fecal calprotectin, and fecal lactoferrin to exclude inflammatory bowel disease in adults with IBS*. *Am J Gastroenterol*, 2015. **110**(3): p. 444-54.
13. Waugh, N., et al., *Faecal calprotectin testing for differentiating amongst inflammatory and non-inflammatory bowel diseases: systematic review and economic evaluation*. *Health Technol Assess*, 2013. **17**(55): p. xv-xix, 1-211.
14. Pavlidis, P., F.J. Chedgy, and J.A. Tibble, *Diagnostic accuracy and clinical application of faecal calprotectin in adult patients presenting with gastrointestinal symptoms in primary care*. *Scand J Gastroenterol*, 2013. **48**(9): p. 1048-54.
15. Krogsgaard, L.R., et al., *The prevalence of intestinal parasites is not greater among individuals with irritable bowel syndrome: a population-based case-control study*. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2015. **13**(3): p. 507-513 e2.
16. Ford, A.C., et al., *Small intestinal bacterial overgrowth in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis*. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2009. **7**(12): p. 1279-86.
17. Farup, P.G., K.W. Monsbakken, and P.O. Vandvik, *Lactose malabsorption in a population with irritable bowel syndrome: prevalence and symptoms. A case-control study*. *Scand J Gastroenterol*, 2004. **39**(7): p. 645-9.
18. Dainese, R., et al., *Perception of lactose intolerance in irritable bowel syndrome patients*. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2014. **26**(10): p. 1167-75.
19. Bajor, A., et al., *Increased colonic bile acid exposure: a relevant factor for symptoms and treatment in IBS*. *Gut*, 2015. **64**(1): p. 84-92.
20. Slattery, S.A., et al., *Systematic review with meta-analysis: the prevalence of bile acid malabsorption in the irritable bowel syndrome with diarrhoea*. *Aliment Pharmacol Ther*, 2015. **42**(1): p. 3-11.
21. Fernandez-Banares, F., et al., *Systematic evaluation of the causes of chronic watery diarrhea with functional characteristics*. *Am J Gastroenterol*, 2007. **102**(11): p. 2520-8.
22. Chey, W.D., et al., *The yield of colonoscopy in patients with non-constipated irritable bowel syndrome: results from a prospective, controlled US trial*. *Am J Gastroenterol*, 2010. **105**(4): p. 859-65.
23. Chey, W.D., J. Kurlander, and S. Eswaran, *Irritable bowel syndrome: a clinical review*. *JAMA*, 2015. **313**(9): p. 949-58.
24. Johannesson, E., et al., *Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial*. *Am J Gastroenterol*, 2011. **106**(5): p. 915-22.
25. Daley, A.J., et al., *The effects of exercise upon symptoms and quality of life in patients diagnosed with irritable bowel syndrome: a randomised controlled trial*. *Int J Sports Med*, 2008. **29**(9): p. 778-82.
26. Mazurak, N., et al., *Probiotic Therapy of the Irritable Bowel Syndrome: Why Is the Evidence Still Poor and What Can Be Done About It?* *J Neurogastroenterol Motil*, 2015. **21**(4): p. 471-85.
27. Krogsgaard, L.R., M. Lyngesen, and P. Bytzer, *[Insufficient evidence of the effect of the low FODMAP diet on irritable bowel syndrome]*. *Ugeskr Laeger*, 2015. **177**(18).

28. Bohn, L., et al., *Diet Low in FODMAPs Reduces Symptoms of Irritable Bowel Syndrome as Well as Traditional Dietary Advice: A Randomized Controlled Trial*. *Gastroenterology*, 2015. **149**(6): p. 1399-1407 e2.
29. Biesiekierski, J.R., et al., *No effects of gluten in patients with self-reported non-celiac gluten sensitivity after dietary reduction of fermentable, poorly absorbed, short-chain carbohydrates*. *Gastroenterology*, 2013. **145**(2): p. 320-8 e1-3.
30. Vazquez-Roque, M.I., et al., *A controlled trial of gluten-free diet in patients with irritable bowel syndrome-diarrhea: effects on bowel frequency and intestinal function*. *Gastroenterology*, 2013. **144**(5): p. 903-911 e3.
31. Ford, A.C., et al., *Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis*. *BMJ*, 2008. **337**: p. a2313.
32. Manheimer, E., et al., *Acupuncture for irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis*. *Am J Gastroenterol*, 2012. **107**(6): p. 835-47; quiz 848.
33. Lembo, A.J., et al., *A treatment trial of acupuncture in IBS patients*. *Am J Gastroenterol*, 2009. **104**(6): p. 1489-97.
34. Efskind, P.S., T. Bernklev, and M.H. Vatn, *A double-blind placebo-controlled trial with loperamide in irritable bowel syndrome*. *Scand J Gastroenterol*, 1996. **31**(5): p. 463-8.
35. Garsed, K., et al., *A randomised trial of ondansetron for the treatment of irritable bowel syndrome with diarrhoea*. *Gut*, 2014. **63**(10): p. 1617-25.
36. Wedlake, L., et al., *Systematic review: the prevalence of idiopathic bile acid malabsorption as diagnosed by SeHCAT scanning in patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome*. *Aliment Pharmacol Ther*, 2009. **30**(7): p. 707-17.
37. Chapman, R.W., et al., *Randomized clinical trial: macrogol/PEG 3350 plus electrolytes for treatment of patients with constipation associated with irritable bowel syndrome*. *Am J Gastroenterol*, 2013. **108**(9): p. 1508-15.
38. Videlock, E.J., V. Cheng, and F. Cremonini, *Effects of linaclotide in patients with irritable bowel syndrome with constipation or chronic constipation: a meta-analysis*. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2013. **11**(9): p. 1084-1092 e3; quiz e68.
39. Khanna, R., J.K. MacDonald, and B.G. Levesque, *Peppermint oil for the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis*. *J Clin Gastroenterol*, 2014. **48**(6): p. 505-12.
40. Ruepert, L., et al., *Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011(8): p. CD003460.
41. Ford, A.C., et al., *Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis*. *Am J Gastroenterol*, 2014. **109**(9): p. 1350-65; quiz 1366.
42. Pimentel, M., et al., *Rifaximin therapy for patients with irritable bowel syndrome without constipation*. *N Engl J Med*, 2011. **364**(1): p. 22-32.
43. Li, J., et al., *Rifaximin for Irritable Bowel Syndrome: A Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials*. *Medicine (Baltimore)*, 2016. **95**(4): p. e2534.
44. Lee, H.H., Y.Y. Choi, and M.G. Choi, *The Efficacy of Hypnotherapy in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis*. *J Neurogastroenterol Motil*, 2014. **20**(2): p. 152-62.
45. Li, L., et al., *Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome: a meta-analysis*. *J Psychosom Res*, 2014. **77**(1): p. 1-12.



## Irritabel tyktarm (IBS): Kort patientfolder om diagnose og behandling

### Definition – Hvad er IBS

Irritabel tyktarm kaldes også irritabel bowel syndrome (IBS). Tilstanden defineres som tilbagevendende af ubehag eller smerte i maven ledsaget af ændret afføringsmønster, som skyldes forstyrrelse af tarmens motorik og følesystem. Det er et funktionelt syndrom, hvilket betyder, at der ikke er én test, der kan stille diagnosen, men diagnosen stilles i stedet ved at patienterne skal opfylde IBS kriterierne (spørg din læge). Ca. 14 % af voksne danskere har IBS. I den vestlige verden har ca. 10-15 % af voksne IBS. Der er ingen, der ved hvorfor IBS opstår. IBS er ikke arvelig og skyldes ikke allergi.

### Symptomer på IBS

#### Smerter og/eller ubehag i maven

Alle med IBS har ubehag eller smerter i maven i perioder. Smerterne/ubehaget kan sidde alle steder i maven. Smerterne ved IBS forværres ofte (ligesom alle andre kroniske smerter), hvis man også har ondt et andet sted (f.eks. ryg/nakke), er stresset, deprimeret eller i livskrise.

#### Afføringsforstyrrelse

Typiske symptomer på irritabel tyktarm er vekslende afføringsmønster ledsaget af smerte eller ubehag i maven. Afføringen kan i perioder være helt normal og i andre perioder være tynd (diarre) eller hård (forstoppelse) eller en blanding af tynd og hård. Nogen har meget slim i afføringen. Mange beskriver, at afføringen lugter meget eller skifter farve af og til. Dette er ganske ufarligt.

#### Oppustethed

Mange patienter har en følelse af oppustethed. Typisk er det mindst lige når man vågner og bliver det værre op ad dagen.

#### Andre symptomer

Stor tilbøjelighed til at skulle af med luft/prutte kan være generende. Mange oplever, at de er mere trætte i de perioder, de har flere smerter. Det er typisk at have andre symptomer fra resten af kroppen. Der er lidt flere patienter med IBS som har depression, angst eller stress sammenlignet med andre danskere. Dette gælder især hvis man har svære tarmsymptomer. Hvis en samtidig depression, angst eller stress behandles, medfører det, at symptomerne på IBS bliver mildere.

#### Alarmsymptomer

IBS giver ikke blod i afføringen, feber, væggtab. Det er meget sjældent at IBS symptomer får patienterne til at vågne. Disse symptomer kaldes alarmsymptomer og skal føre til lægekontakt.

#### Livskvalitet

Livskvaliteten er nedsat hos mange patienter med IBS. Livskvaliteten bedres, når man behandler IBS symptomerne.

### Undersøgelser for IBS

Diagnosen IBS stilles ud fra: 1) bestemte symptomer, 2) normale blodprøver og 3) normal lægeundersøgelse.

### Behandling

Det tager oftest lang tid at finde den bedste behandling til IBS.

#### Kost

Næsten alle patienter oplever at bestemte fødevarer forværrer deres symptomer. Blandt de fødevarer som oftest giver problemer er de, der medfører øget luftudvikling/vandindhold i tarmen f.eks. løg, kål, bønner og mælkeprodukter. Ingen diæter er undersøgt særligt grundigt for patienter med irritabel tyktarm. **Low FODMAP** diæten kan prøves især hvis

man er vejledt af en diætist. **Svensk IBS diæt** ser ud til at virke lige så godt som low FODMAP diæten. I den diæt anbefales det at spise små hyppige, regelmæssige måltider (3 hovedmåltider, 3 mellemmåltider), spise langsomt i rolige omgivelser og tygge maden ordentligt. Ikke spise sig overmæt. Derudover anbefales det at nedsætte (uden at fjerne): Fedtindholdet i kosten, stærke krydderier, kaffe og andre koffeinholdige drikke, alkohol, tyggegummi, sodavand og andre kulsyreholdige drikkevarer, kunstige sødemidler, kål, bælgfrugter, løg, mælkesukker, samt at fordele kostfibre (f.eks. groft brød, rå grøntsager) over hele dagen. **Glutenfri diæt** har ingen gavnlige effekt på symptomerne ved IBS.

### **Motion**

Det er vist, at mere motion nedsætter symptomerne ved IBS, f.eks. ½ time 3-5 gange ugentligt. Det betyder ikke så meget hvilken form for motion der vælges (alt fra gåture til hård fitness virker).

### **Medicinsk behandling af symptomer**

Symptomerne kan behandles hver for sig og/eller ud fra det mest generende symptom. Der findes i øjeblikket ingen enkeltstående behandling, der på en gang kan afhjælpe både forstoppelse, diare, mavesmerter eller oppustethed. Ingen af nedenstående behandlinger kan fjerne symptomerne helt, men de kan mindske/mildne sværhedsgraden af symptomerne.

Der er oftest nødvendigt at prøve flere typer medicin og/eller kombinationer af medicin af for at finde det, der lindrer symptomerne bedst. Det er oftest en langvarig proces, der kræver et tæt samarbejde mellem patient og læge og en vis portion tålmodighed.

### **Medicin ved forstoppelse**

Væskeindtag mellem 1.5-2L væske pr dag, daglig motion og regelmæssige måltider samt toiletbesøg. HUSK (loppefrøskaller) er et fiberkosttilskud, der som regel vil være førstevalget. Andet valg er afføringsmidler, spørg din læge til råds. Der er desværre en hårdnakket myte om, at tarmen bliver slap/doven ved langvarigt brug af afføringsmidler. Det er ikke tilfældet. Afføringsmidlerne kun virker til gengæld kun, når de tages.

### **Medicin ved diare**

HUSK med kalk er et fiberkosttilskud, der binder vand i tarmen og vil som regel være førstevalget. 2.valg er stoppende midler som f.eks. Imodium/imolope/lopacut/lopedium/propiden. Ved manglende effekt, spørg din læge til råds.

### **Medicin ved mavesmerter**

Mavesmerter/ubehag kan være svært at behandle. Det betyder også at man kan være nødt til at acceptere eventuelle bivirkninger af medicin til gengæld for en virkning på mavesmerterne/ubehaget. Pebermynteolie i kapsler har vist at kunne mindske mavesmerter. Ved manglende effekt, kan din egen læge hjælpe med anden medicin.

### **Medicin ved oppustethed**

Bedste råd ved oppustethed er fortsat at være opmærksom på den daglige kostindtagelse (se kostafsnittet).

### **Ikke-medicinsk behandling – alternative terapiformer**

Hvis det er svært at finde medicin, der virker godt på IBS symptomerne eller hvis patienten med IBS har samtidig depression, angst eller stress, kan det være en god ide at prøve ikke-medicinsk behandling. Disse inkluderer mindfulness, kognitiv terapi (samtale terapi) og hypnose.

### **Prognose – fremtidsudsigter**

Fremtidsudsigterne er gode, hvis man er patient med IBS. Der er ikke en øget risiko for kræft og 8 ud af 10 patienter med IBS får det bedre med tiden, selvom det kan tage år.

## Irritabel tyktarm (IBS): Patientfolder om diagnose og behandling

### Indholdsfortegnelse

Resume af pjecen om IBS .....	1
Definition – Hvad er IBS.....	2
Hvad er der galt? .....	2
Symptomer på IBS .....	2
Smerter og/eller ubehag i maven.....	2
Afføringsforstyrrelse.....	2
Oppustethed.....	3
Andre symptomer.....	3
Livskvalitet.....	3
Undersøgelser for IBS.....	3
Andre sygdomme, der kan ligne IBS.....	4
Behandling.....	4
Kost.....	4
Diæter.....	4
Motion.....	5
Medicinsk behandling af symptomer.....	5
Medicin ved forstoppelse.....	5
Medicin ved diare.....	6
Medicin ved mavesmerter.....	6
Medicin ved oppustethed.....	6
Non-farmakologisk behandling – alternative terapiformer.....	7
Prognose – fremtidsudsigter.....	7

### Resume af pjecen om IBS

Irritabel tyktarm (IBS) er en hyppig kronisk tilstand, der viser sig ved tilbagevendende mavesmerter og vekslende afføringsmønstre f.eks. tynd afføring eller forstoppelse. Man ved ikke, hvorfor nogen får IBS. Talrige undersøgelser har vist, at IBS patienter har forstyrrelser i tarmens følesystem (hyperfølsomhed) og motorik (tarmbevægelser). Man mener, det er årsagen til symptomerne. Livskvaliteten er oftest nedsat og kan bedres ved behandling der lindrer IBS symptomerne. Ingen medicin kan fjerne IBS, men der findes



mange muligheder for behandling, der lindrer symptomerne. Fremtidsudsigterne er gode idet langt hovedparten af patienterne får det bedre med tiden (måneders til år). Der ikke er øget hyppighed for kræft.

## Definition – Hvad er IBS

Irritabel tyktarm kaldes også irritabel bowel syndrome (IBS). Tilstanden defineres som tilbagevendende af ubehag eller smerte i maven ledsaget af ændret afføringsmønster, som skyldes forstyrrelse af tarmens bevægelser/motorik og følesystem. Det er et funktionelt syndrom, hvilket betyder, at der ikke er én test, der kan stille diagnosen, men diagnosen stilles i stedet ved at patienterne skal opfylde IBS kriterierne (se nedenstående ROM III kriterier). Ca. 14 % af voksne danskere har IBS. I den vestlige verden har ca. 10-15 % af voksne IBS.

## Hvad er der galt?

Man ved endnu ikke, hvorfor mange udvikler IBS. En lille del af IBS patienter udvikler tilstanden efter en mave/tarminfektion. Hos resten kan man ikke finde årsagen.

Der er lavet talrige studier, som viser, at langt de fleste IBS patienter har forstyrrelse af tarmens bevægelser/motorik og af tarmens følesystem. F.eks. er smertetærsklen i tarmen nedsat, så påvirkninger af tarmen (f.eks. udspiling med gas eller tarmindhold) udløser smerter (hyperfølsomhed). Motorikken er også forstyrret, så gas/tarmluft og tarmindhold enten føres for hurtigt eller for langsomt gennem tarmen. Der er også abnorme sammentrækninger i tarmen, som kan forklarer de voldsomme mavekræmper, mange patienter med IBS har. Man mener, at hyperfølsomheden og forstyrrelsen af tarmens bevægelser (motorikforstyrrelserne/motilitetsforstyrrelserne) er årsagen til symptomerne. Udsættelse for traumer, vold eller sexulet misbrug i barndommen giver ikke IBS, men kan forværre oplevelsen af symptomerne. Dette gælder også andre kroniske smertetilstande.

## Symptomer på IBS

### Smerter og/eller ubehag i maven

Alle med IBS har ubehag eller smerter i maven i perioder. Smerterne/ubehaget kan sidde alle steder i maven. Smerterne kan være milde, moderate eller kraftige. Smerterne kan være konstante, men der kan også komme turevise forværringer. De fleste patienter med IBS har kortvarig lindring af deres smerter/ubehag, efter de er kommet af med afføring. Smerterne kan stråle om i ryggen, ud i siderne, ned bækkenet. Nogen kan også af og til have kortvarige jag ved endetarmen. Smerterne ved IBS forværres ofte (ligesom ved alle andre kroniske smerter), hvis man også har ondt et andet sted, er stresset eller i livskrise.

### Afføringsforstyrrelse

Typiske symptomer på irritabel tyktarm er vekslende afføringsmønster ledsaget af smerte eller ubehag i maven. Afføringen kan i perioder være helt normal og i andre perioder være tynd (diarre) eller hård (forstoppelse) eller en blanding af tynd og hård afføring.

Diarre kan vise sig som tynd eller grødet afføring flere gange om dagen. Nogen skal også skynde sig meget, når de får afføringstrang (når man skal, så skal det være NU).

Forstoppelse viser sig som hård afføring og/eller afføring som er svær at presse ud, og/eller sjældent afføring (mindre end 3 gange/uge). Nogen føler ikke, de har tømt tarmen helt, selvom de ikke kan komme af med mere afføring. Der kan være smerter ved afføringen, opstå hæmorider eller revner ved endetarmen.

Hvis afføringen er tynd/grødet flere gange dagligt og samtidig indeholder 1) hårde klumper i afføringen af og til eller 2) hård afføring nogle gange ugentligt kan det være en del af forstoppelse kaldet forstoppelsesdiarre/overløbsdiarre.

Hvis diarre er den hyppigste afføringsforstyrrelse kaldes det IBS af diarreetype (IBS-D).

Hvis forstoppelse er det hyppigste symptom kaldes det IBS af forstoppelsestype (IBS-C)

Hvis afføringen skifter mellem diarre og forstoppelse kaldes det IBS af vekslende type (IBS-M)

Nogen har meget slim i afføringen. Mange beskriver, at afføringen lugter meget eller skifter farve af og til. Dette er ganske ufarligt.

### Oppustethed

Mange patienter har en følelse af oppustethed. Typisk er det mindst lige når man vågner og bliver værre op ad dagen. Hos nogen kan andre mennesker have svært ved at se oppustetheden, det skyldes at følesystemet registrerer mere oppustethed end der reelt er (hyperfølsomt føleapparat i tarmen). Hos andre vokser maven reelt i løbet af dagen, så ingen er i tvivl (luftophobning i tarmen, ligner en gravid om aftenen). Nogen beskriver at "maven snakker"/larmer mere end normalt.

### Andre symptomer

Mange oplever, at de er mere trætte i de perioder, de har flere smerter. Det er typisk at have andre symptomer fra resten af kroppen som f.eks. spændingshovedpine, angst, generaliserede muskel og ledsmerter, nedsat sexlyst, tørre slimhinder, søvnforstyrrelser, depression, samlejesmerter, nedsat appetit eller kvalme. Nogen har sygedage fra arbejdet.

Langt de fleste patienter med IBS har ikke psykisk sygdom. Men set i forhold til den gennemsnitlige danske befolkning, er der lidt flere patienter med IBS som har depression, angst eller stress. Hvis en samtidig depression, angst eller stress behandles, medfører det, at symptomerne på IBS bliver mildere. Derfor er det vigtigt at finde og behandle depression, angst og stress. Er du i tvivl, om du har en af tilstandene, så spørg din læge.

### Livskvalitet

Livskvaliteten er nedsat hos mange patienter med IBS. For de sværest ramte er livskvaliteten lige så dårlig som hos patienter med dialysekrævende nyresygdom eller hos patienter med svær depression.

Livskvaliteten bedres, når man behandler og dermed mindsker symptomerne på IBS. Derfor er det vigtigt at behandle symptomerne så godt som muligt med f.eks. ændring af kost, motionsvaner og/eller medicinsk behandling i stedet for at gøre ingenting. Kognitiv terapi, hypnose og mindfulness bedre også livskvaliteten hos mange IBS patienter (se nedenfor).

### Undersøgelser for IBS

Diagnosen IBS stilles ud fra:

1) symptomer foreneligt med IBS (ROM III kriterierne), 2) normale blodprøver og ved diarre, normal afføringsprøve, og 3) normal lægeundersøgelse.

Diagnosen er ikke en udelukkelsesdiagnose (fravær af alle andre sygdomme), men en diagnose, som kan stilles med stor sikkerhed, hvis nedenstående kriterier er opfyldt (positiv diagnose).

ROM III kriterierne er:

Tilbagevendende mavesmerter/ubehag mindst 3 dage/måned de seneste 3 måneder (symptomvarighed mere end 6 måneder) OG mindst 2 ud af 3 følgende:

- Lindring af smerterne efter afføring
- Smertedebut/forværring ledsaget af ændring af afføringens hyppighed
- Smertedebut/forværring ledsaget af ændring af afføringens form

Patienter hvor symptomerne først er kommet til efter 40 års alderen skal undersøges med kikkertundersøgelse af tyktarmen.

### Andre sygdomme, der kan ligne IBS

Flere andre sygdomme i mavetarmsystemet har symptomer, der ligner IBS symptomerne f.eks. mælkeintolerance, glutenoverfølsomhed, kronisk tarmbetændelse og malabsorption (manglende optagelse af kosten). Når diagnosen IBS er stillet efter ovenstående kriterier, er det yderst sjældent at patienten fejler noget andet som f.eks. en af de ovenstående mavetarmsygdomme.

### Behandling

Det tager oftest lang tid at finde den bedste individuelle behandling mod IBS. Da symptomerne på IBS varierer meget over tid og det kan være svært at huske dage og uger tilbage i tiden, kan det anbefales at bruge en symptomdagbog, mens man arbejder sig frem mod den bedste behandling.

### Kost

Næsten alle patienter oplever at bestemte fødevarer forværrer deres symptomer. Blandt de fødevarer som oftest giver problemer er de, der medfører øget luftudvikling/vandindhold i tarmen f.eks. løg, kål, bønner og mælkeprodukter. Derudover oplever de fleste forværring af symptomer ved større indtag af kulsyrerholdige drikkevarer og/eller kunstige sødemidler. Imidlertid findes der meget sjældent egentlige fødevarerallergier. Da symptomerne fra IBS varierer meget over tid, skal man passe på med at tro, at en dag med flere symptomer skyldes indtag af noget bestemt mad lige den dag. Det er oftest en tilfældighed, så prøv at spise mistænkte fødevarer flere gange, før de "dømmes ude"/fjernes helt fra kosten. Vær opmærksom på, at din kost aldrig bliver ensidig, da det kan give mangeltilstande.

### Diæter

Ingen diæter er undersøgt særligt grundigt for patienter med irritable tyktarm. Man må derfor have en sund portion skepsis, når man evt. prøver en diæt af.

*Low FODMAP diæten* er den bedst undersøgte diæt til behandling af IBS symptomer. Desværre er diæten indtil nu ikke undersøgt på særligt mange patienter, og det er aldrig undersøgt om den er bedre end almindelig dansk kost. Når man er på diæten fjerner man visse kostdele kaldet FODMAPs (Fermentable Oligo-, Di-, Mono-saccharider og Polyoler) som er de kostdele der teoretisk set er værst til at medføre øget luft/væskeudvikling i tarmen. Herefter er det vigtigt at genindføre kostdelene en efter en. Diæten kan forsøges hos patienter med smerter og/eller oppustethed, men da den er svær og meget indgribende i starten, skal man overveje at alliere sig med en diætist eller læse grundigt, før man går i gang. Hvis du ikke er vejledt af en diætist, er der risiko for, at din kost bliver så ensidig, at du bliver fejlemæret. Diæten er kun vist at virke under diætistvejledning.

**Svensk IBS diæt** er en anden mulig diæt, som er mindre indgribende i hverdagen og som ser ud til at virke lige så godt som low FODMAP diæten. I den diæt anbefales det at spise små hyppige, regelmæssige måltider (3 hovedmåltider, 3 mellemmåltider), spise langsomt i rolige omgivelser og tygge maden ordentligt. Ikke spise sig overmæt. Derudover nedsættes (uden at fjerne): Fedtindholdet i kosten, stærkt krydret mad, kaffe og andre koffeinholdige drikke, alkohol, tyggegummi, sodavand og andre kulsyreholdige drikkevarer, kunstige sødemidler, kål, bælgfrugter, løg, mælkesukker, samt at fordele kostfibre (f.eks. groft brød, rå grøntsager) over hele dagen.

**Glutenfri diæt** har ingen gavnlige effekt på symptomerne ved IBS. I et forsøg viste man, at frygten for at kosten indeholdt gluten, gav alle forsøgspatienterne lige mange symptomer, uanset om patienterne fik gluten eller ingen gluten i kosten. Det vil sige, at de patienter som ikke spiste gluten, havde præcis de samme symptomer, som de patienter der spiste gluten.

**Laktosefri diæt** (mælkesukkerfri diæt). Mange IBS patienter oplever færre symptomer, når de fjerner mælkesukker fra kosten. Imidlertid er der ikke flere IBS patienter med genetisk laktoseintolerance ("rigtig mælkeintolerance") end blandt den gennemsnitlige danske befolkning. Hvis man fjerner mælkeprodukter fra kosten skal man passe meget på at få kalk nok i kosten fra andre kilder (f.eks. laktosefri kost) eller tablet med kalk.

### **Motion**

Det er vist, at motion nedsætter symptomerne ved IBS. Patienter, der motionerede 20-60 min 3-5 dage i ugen fik det bedre. Motionen var alt fra gåture til hård fitness. Patienterne valgte selv den motionsform, de havde lyst til.

### **Medicinsk behandling af symptomer**

Symptomerne kan behandles hver for sig og/eller ud fra det mest generende symptom. Der findes i øjeblikket ingen enkeltstående behandling, der på en gang kan afhjælpe både forstoppelse, diare, mavesmerter eller oppustethed. Det er særdeles vigtigt, at forstå, at ingen af nedenstående behandlinger vil kunne fjerne symptomerne helt, men de kan mindske/mildne sværhedsgraden af symptomerne.

Der er oftest nødvendigt at prøve flere typer medicin og/eller kombinationer af medicin af for at finde det, der lindrer symptomerne bedst. Det er oftest en langvarig proces, der kræver et tæt samarbejde mellem patient og læge og en vis portion tålmodighed.

### **Medicin ved forstoppelse**

Man starter altid med at sikre, at der er et væskeindtag mellem 1.5-2L væske pr dag, daglig motion og regelmæssige måltider samt toiletbesøg. På trods af det, har mange behov for afføringsmidler.

HUSK (loppefrøskaller) er et fiberkosttilskud, der suger vand til sig. HUSK vil som regel være førstevalget. Det er vigtigt at starte ud med mindre dosis, der kan øges over nogle dage. Behandlingen skal forsøges i 4 uger, før man kan sige med sikkerhed, om der er nogen effekt eller ej. Nogle vil opleve forværring i oppustethed og/eller mavesmerter og da stoppes behandlingen efter 4 uger.

Andet valg er de afføringsmidler, som trækker vand ind i tarmen (osmotisk virkende). Her kan vælges imellem magnesia (tabletter) og movicol/moxalole/gangiden (pulver). Er der ikke nok effekt kan der skiftes



til eller suppleres med bevægelsesfremmende afføringsmidler (peristaltikfremmere). Her kan vælges imellem toilax/dulcolax/perilax (tabletter eller klyσμα) eller laxoberal (dråber).

Der er desværre en hårdnakket myte om, at tarmen bliver slap/doven ved langvarigt brug af afføringsmidler. Det er ikke tilfældet. Det er derimod vigtigt at fortsætte behandlingen med afføringsmidler selv når afføringen bliver normal, da afføringsmidlerne kun virker, når de tages.

Nogle gange er forstoppelsen så svær, at der er brug for en udrensning for at få tarmen i gang igen (f.eks. ved mistanke om forstoppelsesdiare/overløbsdiare). I sådant tilfælde gives behandlingen af en læge.

#### Medicin ved diare

HUSK med kalk er et fiberkosttilskud, der binder vand i tarmen og vil som regel være førstevalget. Det er vigtigt at starte ud med mindre dosis, der kan øges over nogle dage. Nogle vil opleve forværring i oppustethed og eller mavesmerter. Effekten ses ca. i løbet af 2 uger.

2.valg er stoppende midler som f.eks. Imodium/imolope/lopacut/lopedium/propiden (vær opmærksom på prisforskel). Eneste bivirkning er forstoppelse.

3.valg er lægemidlet ondansetron. Snak med din praktiserende læge omkring dosis.

#### Medicin ved mavesmerter

Mavesmerter/ubehag kan være svært at behandle. Det betyder også at man kan være nødt til at acceptere eventuelle bivirkninger af medicin til gengæld for en virkning på mavesmerterne/ubehaget.

Pebermynteolie har vist at kunne mindske mavesmerter. Det anbefales at købe pebermynteolien i kapselform, så olien ikke bliver skadet af mavesyren. Kapslerne kan købes på apoteket eller i helsekostforretninger.

Buscopan/Duspatalin/Egazil er alle medicin, der hæmmer tarmens bevægelser.

SSRI (selektive serotonin re-optag inhibitorer) og TCA (tricykliske antidepressiva) lægemidler er begge medicinformer, der normalt bruges ved depression og angst. Begge lægemidler har dog også vist at kunne mindske mavesmerter/ubehag ved IBS. Effekten indtræder sjældent før 4 ugers behandling. For at mindske mulige bivirkninger startes i lav dosis og ved TCA lægemidlerne er dosis mindre end ved behandling for depression/angst. Hvis du samtidig selv mistænker depression er det vigtigt at snakke med din læge om det, da doserne for TCA i så fald skal meget højere op eller et andet præparat vælges.

Ved samtidige mavesmerter/ubehag og forstoppelse kan medicinen Constella have en mulig virkning på begge symptomer.

#### Medicin ved oppustethed

Ved samtidig generende vekslende afføringsmønster kan HUSK have en mulig virkning mod oppustethed (se yderligere information om HUSK under medicin ved forstoppelse eller diare afsnittet).

Xifaxan (et antibiotika) har ved forsøg vist at have en lille virkning på oppustethed hos patienter med IBS. Men prisen er høj, behandlingen virker kun på få patienter, og skal gentages med korte mellemrum, hvorfor behandlingen ikke kan anbefales. Derudover kender vi ikke langtidseffekten af at give antibiotika mange gange og dermed måske skade ens tarmflora.

Bedste råd ved oppustethed er fortsat at være opmærksom på den daglige kostindtagelse (se kostafsnittet).

### Ikke-medicinsk behandling – alternative terapiformer

Hvis det er svært at finde medicin, der virker godt på IBS symptomerne eller hvis patienten med IBS har samtidig depression, angst eller stress, kan det være en god ide at prøve ikke-medicinsk behandling. Disse inkluderer mindfulness, kognitiv terapi (samtale terapi) og hypnose. Alle disse terapiformer har vist at nedsætte symptomerne på IBS formodentligt ved at hjælpe patienterne til at leve med symptomerne. Mindfulness, kognitiv terapi og hypnose har i øvrigt også vist at hjælpe på andre kroniske smertetilstande og bruges oftest af smertecentrene. Hvis du er interesseret i at prøve det, så tal med din egen læge om, hvad der findes i dit nærområde.

Akupunktur er grundigt undersøgt og er ikke bedre behandling end nåle sat helt tilfældigt eller som ikke har gennembrudt huden (placeboakupunktur).

Afføring fra raske donorer, der indgives i IBS patienter (fæcestransplantation), er ikke testet ordentligt på IBS patienter endnu og kan derfor ikke anbefales.

### Prognose – fremtidsudsigter

Fremtidsudsigterne er gode, hvis man er patient med IBS. Der er ikke en øget risiko for kræft. De der får IBS efter en mavetarminfektion kommer sig oftest helt. For resten (de fleste) er det en kronisk tilstand, men alligevel får mere end 8 ud af 10 patienter med IBS det bedre med tiden, selvom det kan tage år. Nogen får færre symptomer, mens andre lærer at leve med tilstanden på en måde, så den ikke generer dem så meget. IBS patienter lever lige så længe som andre danskere.