

IBS – utredning och behandling

Irritable Bowel Syndrome (IBS, irriterad tarm) är en diagnos vars vanlighet gör att alla läkare, nästan oavsett specialitet, kommer i kontakt med den och måste förhålla sig till den på ett eller annat vis.

Primärvården ser som sig bör flest av de patienter som söker råd och hjälp för symtom förenliga med IBS. Epidemiologiskt varierar prevalensen extremt mycket (1–25%) beroende på hur tillståndet definieras. Oftast hamnar dock förekomsten kring 5–10% i en vuxen västvärldspopulation vilket innebär att en rationell och medicinskt säker utredningsstrategi och därefter klokt vald behandling, allt utfört på rätt vårdnivå, är extra viktig.

På uppdrag av Svensk Gastroenterologisk Förening (SGF) gjorde undertecknad tillsammans med tre kollegor (Susanna Walter, Linköping; Pontus Karling, Umeå samt Magnus Simrén, Göteborg) under fjolåret en genomgång av det vetenskapliga underlaget för de utredningsinsatser och råd vi inom skolmedicinen använder oss av vid IBS. I de algoritmer som förenklat presenteras i denna artikel används en evidensgradering angiven med en siffra inom parentes enligt följande:

Evidensstyrka 1:

Starkt vetenskapligt underlag. Minst två oberoende studier med högt bevisvärde eller god systematisk översikt.

Evidensstyrka 2:

Måttligt starkt vetenskapligt underlag. En studie med högt bevisvärde plus minst två studier med medelhögt bevisvärde.

Evidensstyrka 3:

Begränsat vetenskapligt underlag. Minst två studier med medelhögt bevisvärde.

Evidensstyrka 4:

Otillräckligt vetenskapligt underlag.

I klinisk praxis kan inte evidensgradering alltid översättas med det praktiskt bästa rådet eller åtgärden, men den innebär trots allt att vi kan föra ett resonemang med patienten på en så ärlig nivå som möjligt. Detta känns extra viktigt idag då informationskanalerna är många och det i princip är omöjligt för enskilda patienter och även läkare utan speciellt intresse att värdera tyvärr alltför ofta tvärsäkra och onyanserade påståenden.

Diagnoskriterier för IBS

Det krävs en kombination av buksmärtor/bukobehag och en avföringsrubbing som inte är av tillfällig karaktär för att IBS skall övervägas. Det bör poängteras redan nu att durationsaspekten är viktig. Tillfälliga mag-tarmbesvär ska inte utredas och behandlas som IBS även om symtomen är desamma.

Rome III-kriterier för IBS

Återkommande episoder med buksmärtor/bukobehag, minst 3 dagar/månad de senaste 3 månaderna, associerat med minst 2 av följande:

1. Lindras vid tarmtömning.
2. Förändrad tarmtömningsfrekvens.
3. Förändrad avföringskonsistens eller form.

Symtomdebut >6 månader innan diagnos.

Buksmärtor eller bukobehag

Buksmärtans lokalisering kan variera och startar eller förvärras ofta efter matintag. Det anses att smärtan skall lindras av tarmtömning, men enligt en svensk prospektiv symtomstudie var det minst lika vanligt att smärtorna förvärrades. Nattliga smärteepisoder är ovanliga men utesluter inte IBS.

Avföringsrubbing

Majoriteten av patienter har en växlande avföringskonsistens, men graden av hur mycket den växlar är stor. Växlingen kan ske snabbt inom samma dygn eller

från en dag till nästa. Det är vanligt att IBS-patienter upplever en känsla av att inte bli färdiga på toaletten (ofullständig tarmtömning), att de har bråttom till toaletten och/eller att de behöver krysta mycket vid tarmtömning. Det är speciellt typiskt för IBS att dessa symtom förekommer oberoende av avföringskonsistensen. Så kan till exempel en patient behöva krysta trots att konsistensen är lös, eller ha bråttom till toaletten trots att konsistensen är mycket hård. Detta gör att det är extra viktigt med analys av vad patienten egentligen menar med diarré respektive förstoppning. Majoriteten har en normal avföringsfrekvens, mellan 3 tömningar per dag och 3 per vecka.

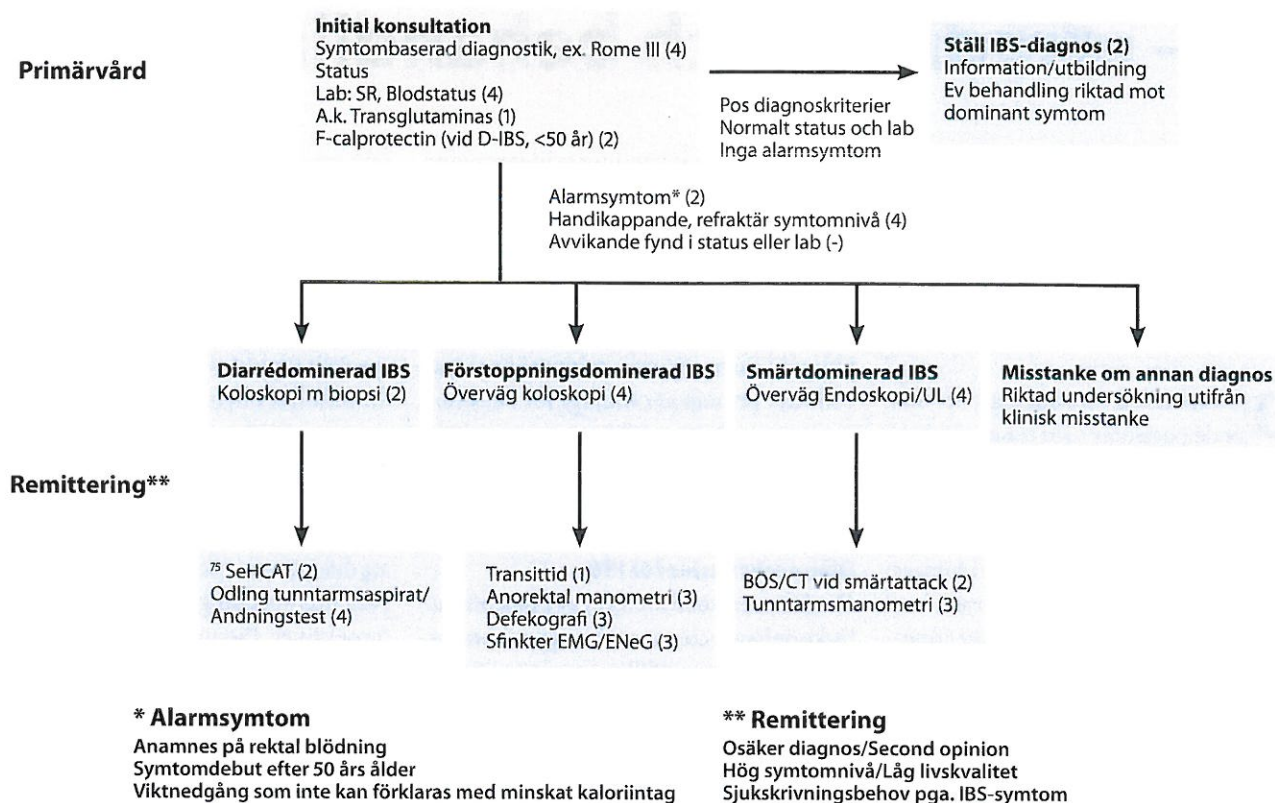
Majoriteten av IBS-patienter lider av uppkördhet och/eller uppblåsthet i buken. Patienterna beskriver ofta känslan av uppkördhet som mycket besvärande och hos en del patienter blir buken påtagligt och mätbart uppblåst.

Extraintestinal komorbiditet

Hos många patienter med IBS förekommer extraintestinala symtom som t.ex. trötthet, sömnstörningar, huvudvärk, ryggvärk eller hjärtklappning och det finns dessutom en betydande överlappning mellan IBS och andra somatiska syndrom som migrän, fibromyalgi, kronisk bäckensmärtor, dysuri, interstitiell cystit, premenstruellt syndrom (PMS), dysmenorré, dyspareuni, nedsatt libido, bronkiell hyperreaktivitet och kroniskt trötthetsyndrom. Psykiska symtom som ångest, depression och dysfunktionell coping är också associerade till IBS. Det finns en positiv korrelation mellan IBS-symtomens svårighetsgrad och förekomsten av IBS-relaterad komorbiditet. Komorbiditet är också relaterat till nedsatt livskvalitet och ökad sjukvårdskonsumtion.

Praktisk IBS-diagnostik

Historiskt betonades länge behovet av att utreda en patient med misstänkt IBS



Figur 1. Utredningsalgoritm vid IBS-misstanke.
Siffror inom parentes anger evidensgradering för åtgärden.

på ett sådant sätt att risken för annan somatisk sjukdom minimerades. Om man utgår från dagens symtombaserade kriterier för funktionell tarmsjukdom, bedömer om alarmsymtom föreligger, samt använder en periods klinisk uppföljning, kan man med god precision ställa en diagnos som är stabil över tid utan att ta överdrivna utredningsresurser i anspråk.

Vid första kontakten är det viktigt att försöka förstå vad det är som driver just denna patient till att söka sjukvård. När man väl satt diagnosen är det sedan viktigt att stämma av om den omedelbara orsaken är besvarad och kanske till och med undanröjd, om inte kommer patienten sannolikt inte att vara nöjd och bekymren fortsatt ohanterliga. Skulle förväntningarna vara orimliga, till exempel att säkert bli kvitt sina symtom, måste man försöka förmedla det osannolika i detta, men att någon form av

hjälp och lindring oftast kan erbjudas. I många fall räcker ett bekräftande av en godartad diagnos som patienten kanske redan själv satt. När anamnesen är insamlad och om det mesta talar för IBS ska man också ange detta som den primära diagnosmisstanken. Berätta också gärna att de utredningsåtgärder som kan behövas utföras förväntas vara normala och att denna normalitet är ett viktigt diagnosinstrument. Betona att detta inte innebär att någon orsak till symtomen inte finns, men att dagens undersökningsmetoder inte förmår "se" felet.

Kommentarer kring IBS-diagnostik

Blodprover

Utan att det finns robust grund för rekommendationen utförs vanligen en grundläggande blodprovsbaserad bedömning hos tidigare outredda patienter med IBS-symtom. Detta är i sammanhanget

inte speciellt dyrbart eller resurskrävande när vi talar om hemoglobinvärde (Hb), sänkereaktion (SR), C-reaktivt protein (CRP) vid diarrédominans, screeningprov avseende celiaki (antikroppar mot transglutaminas eller endomysium) eller tumorsjukdom i kolon (F-Hb). Diagnostiska utfallet är dock lågt där celiakiscreeningen utgör ett undantag.

Celiakiscreening

Celiaki uppskattas förekomma hos cirka 1% av befolkningen. Inom definierade riskgrupper är prevalensen betydligt högre (ex. diabetes mellitus typ I, osteoporos, thyroideasjukdom, Downs- och Turners syndrom, förstegradsläkting med celiaki). Bortsett från dessa riskgrupper där IBS-symtom definitivt utgör grund för både serologisk och histopatologisk diagnostik, föreligger bra evidens för att vid IBS frikostigt screena för celiaki med den serologiska metod

som lokalt finns tillgänglig, vilket idag oftast innebär antikroppar mot transglutaminas. I den vuxna populationen skall antikroppar mot gliadin undvikas. Vid prevalenser som kan antas gälla för Sverige finns stöd för att denna rekommendation är kostnadseffektiv.

Endoskopisk undersökning

Det finns idag en rad studier som visar att det diagnostiska utfallet av sigmoido- eller koloskopi är mycket magert hos patienter som uppfyller symtomkriterier för IBS. För patienter med D-IBS skall man dock ha i åtanke att vi i Sverige har epidemiologiska data som talar för en viss frikostighet med koloskopisk bedömning, åtminstone i den äldre ålderskategorin (>50 år), där mikroskopisk kolit är vanligast förekommande.

Fekalt calprotectin

En känslig inflammationsmarkör är intuitivt användbar vid IBS-diagnostik om man med dess hjälp kan värdera den differentialdiagnostiska möjligheten av framförallt inflammatorisk tarmsjukdom vid diarré med lång duration. En metod med högt negativt prediktivt värde minskar behovet av koloskopi utan förlorad diagnostisk precision. Fekalt calprotectin är en neutrofil aktivitetsmarkör och dess nivå i feces korrelerar till inflammatorisk aktivitet vid Mb Crohn och ulcerös kolit. Provet förefaller också ha en hög diskriminerande förmåga att skilja IBD från IBS, väsentligt bättre än andra inflammationsmarkörer som CRP och SR. Ett observandum i dessa sammanhang är att denna typ av markör inte utesluter celiaki vid normalt värde och att falskt positiva resultat kan uppstå vid användning av bland annat NSAID och ASA. Slutligen finns fortfarande möjligheten att en diarrédominerad IBS-bild orsakas av mikroskopisk kolit i de medelålders/äldre ålderskategorierna. I denna åldersgrupp kvarstår rekommendationen att beställa koloskopi med slemhinnebiopsier och avstå från tilläggsvärdering med calprotectin. Avstå också från analys vid diarrébesvär med kort duration där det

i första hand är avföringsodlingar som behöver utföras.

Transabdominellt ultraljud

Märkligt nog kan man idag endast finna en studie som värderar ultraljudsundersökning vid IBS-diagnostik. Bland 100 kvinnor och 25 män med IBS var gallvägspatologi ett vanligt fynd, framförallt gallstenar. Fyndens relevans för mag-tarmsymtomen bedömdes dock vara tveksamma. I detta sammanhang ska man också ha i åtanke den ökade frekvens cholecystektomi som förekommer vid IBS och att söka gallstenssjukdom utan karakteristisk symtombild eller misstänkta lab-fynd bidrar inte till annat än förvirring för både läkaren och patienten.

Laktosintolerans

Vi har idag inget stöd för antagandet att laktosintolerans skulle vara vanligare hos patienter med IBS än bland populationen i stort. Ur ett skandinaviskt perspektiv utgör en studie från Norge ett illustrativt kliniskt exempel där det påvisades samma prevalens av laktosintolerans (ca 4%) hos både patienter och kontroller, medan mjölkintagsassocierade symtom var signifikant vanligare hos IBS-patienter. Den praktiska slutsatsen av denna typ av kunskap bör vara att den formella laktosintoleransdiagnostiken i form av laktosbelastning eller DNA-laktas kan minimeras. Ett försök med mjölkrestriktion i kosten kan provas vid anamnestisk misstanke utan att den bakomliggande mekanismen vid symtomlindring behöver kartläggas.

Gallsaltsmalabsorption

Hos framförallt patienter med diarrédominerad IBS kan gallsaltsmalabsorption vara av värde att bedöma. Det finns även data som antyder att detta kan vara en mekanism att beakta generellt vid IBS. Rent formellt är ⁷⁵Se-HCAT-test ansett som bästa diagnosmetod, men då detta inte är en allmänt tillgänglig metod, och dessutom dyr, väljer de flesta att prova behandling med gallsaltsbindare som diagnosmetod (se behandlingsavsnittet).

Övriga diagnostiska överväganden

Patologisk tunntarmsflora

Problemen vid detta differentialdiagnostiska övervägande är många. Påtagligast är att normalfloran inte på något bra vis kan definieras med dagens odlingsmetoder. I dagsläget anses odling på aspirat från tunntarm vara standardmetod. Med denna som grund finns idag ingen anledning att misstänka att avvikande tunntarmsflora utgör någon påvisbar orsak till IBS i Sverige.

Nya diagnostiska metoder är i antågande där vi redan idag kan ana att bakteriefloran hos patienter med IBS kvalitativt skiljer sig från icke-IBS-kontroller. Praktisk klinisk applikation saknas dock ännu av detta.

Födoämnesallergi

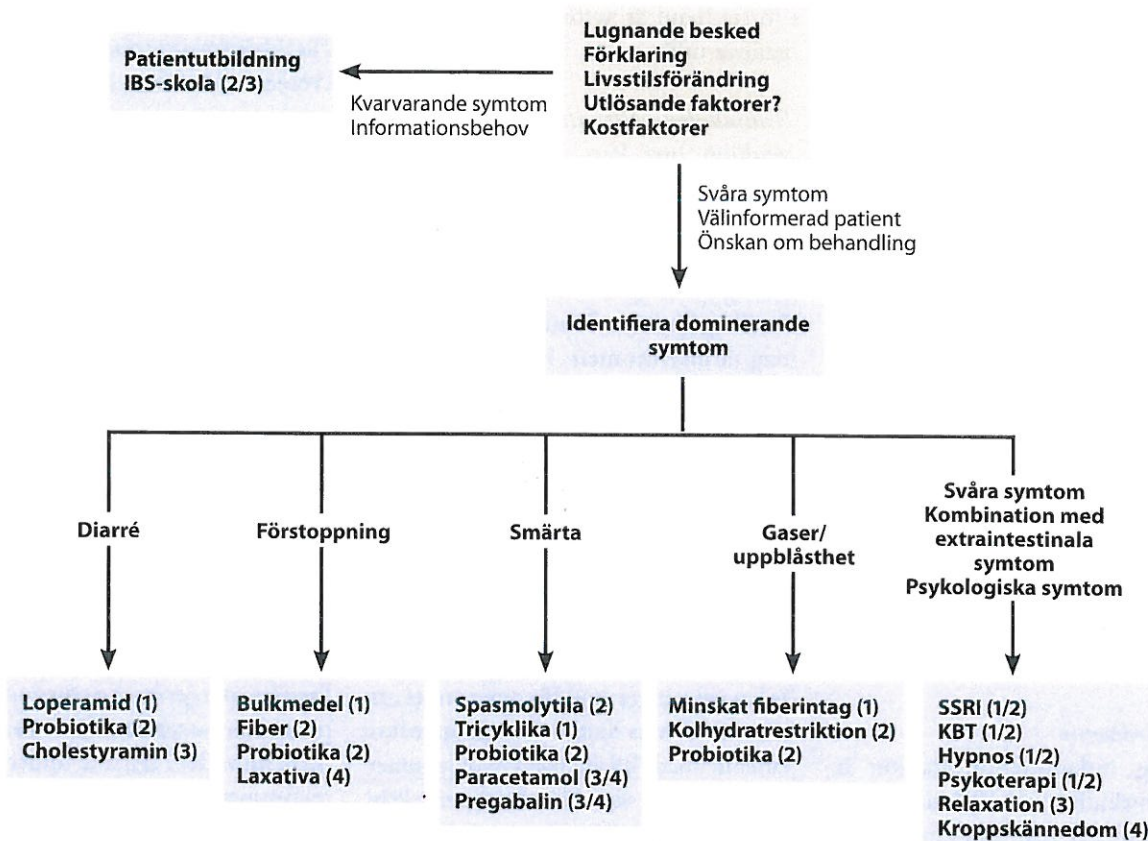
Intag av mat ger hos en stor andel av IBS-patienter en symtomförsämring. Trots detta finns det idag inte underlag för att rekommendera utredning med inriktning på födoämnesallergi. Traditionell IgE-förmedlad allergi förekommer inte i högre utsträckning hos vuxna med IBS än hos vuxna utan denna symtombild. De studier som använt IgG-baserad diagnostik är alltför få och metoderna ännu osäkert validerade för att kunna rekommenderas i vanligt kliniskt bruk.

Gastrointestinal motilitetsundersökning

Även om det idag finns teoretisk patofysiologisk bakgrund som talar för att motilitetsavvikelser ingår hos subgrupper av patienter med IBS, har det inget kliniskt diagnostiskt värde hos den överväldigande majoriteten. Enstaka patienter med uttalad förstoppning där slow-transit kan misstänkas samt en ytterligare mindre skara med uttalat smärtdominerad symtombild där intestinal pseudo-obstruktion kan vara rimligt att värdera har undersökningarnas utfall dock en praktisk klinisk betydelse.

Behandling av IBS

En mycket grundläggande start vid behandling av IBS är att tydligt förmedla att man med hjälp av symtomen och



Figur 2. Behandlingsalgoritm vid IBS.

Siffror inom parentes anger evidensgradering för åtgärden.

den normala utredningen nu kommit fram till en diagnos. Ingen blir hjälpt av beskedet att "vi hittade inget fel så det är inget att oroa sig för". I dagsläget får förmedlandet av diagnos i dessa sammanhang betraktas vara läkarens allra viktigaste uppgift även ur behandlings-synpunkt. Det är bra att med för IBS känd patofysiologi som bas i enkla termer förklara hur symtomen kan uppkomma. Exempel på detta är nedsatt smärtröskel i tarmen som orsak till buksmärta, avvikande men ändå fungerande rörelsemönster som orsak till oregelbunden avföring, godartad immunologisk orsak vid kvarstående post-infektiösa besvär och så vidare. För majoriteten räcker det med grundlig muntlig information via läkaren eller annan för ändamålet utbildad sjukvårdspersonal samt någon av de informationsbroschyrer som finns tillgängliga. Vid IBS har det också visats

att gruppundervisning i form av IBS-skola hjälper, men det är resurskrävande om man betänker diagnosens vanlighet. Livsstilsfaktorer/utlösande faktorer efterforskas anamnestiskt och dietistkonsultation kan övervägas i vissa fall där även den praktiska tillgången till denna resurs behöver tas med i beslutsgrunden. Om diarré eller gaser är framträdande i symtombilden utreds mjölk-/laktosintolerans lämpligen på behandlingsstadiet i samråd med läkare eller dietist utan att objektiva diagnosstrategier som laktosbelastning/DNA-laktas i regel behöver tas i anspråk. Dessa behandlingssteg kan med fördel initieras redan vid första besöket om diagnosen förefaller tydlig, även om kompletterande utredningar ska ske.

Till dem som önskar prova receptbelagd behandling väljs denna utifrån dominant symtom. Man ska begränsa antalet farmakologiska behandlingsin-

satser till en åt gången och med bestämt avstämningsintervall. Tydlig behandlingseffekt ska eftersträvas vid fortsatt läkemedelsbehandling. Oftast kan farmakologisk terapi ske på intermittent bas.

Hos de patienter som har allra högst symtombörda, psykologiska symtom eller extraintestinala symtom kan psykologiska behandlingsmodeller användas ensamt eller i kombination med andra behandlingsinsatser. Eftersom det inte finns hållpunkter för att någon av dessa behandlingsformer är överlägsen de andra, så kan man med gott samvete välja den terapiform som finns lokalt och där man har god kontakt med och förtroende för terapeuten.

Kommentarer kring IBS-behandling Kostbehandling

Ett fibertillskott förkortar transittiden och ökar avföringsvolymen vilket ofta är

tillräcklig behandling vid ren förstoppningsproblematik där buksmärtor, gaser eller uppblåsthet inte är framträdande symtom. Man har inte kunnat påvisa positiva effekter av fibrer avseende buksmärtor där till och med en marginell försämring ibland kan noteras. Vid förstoppning som är kopplat till IBS är lösliga fibrer (psyllium, ispaghula husk, calcium polycarbophil) att föredra framför olösliga fibrer (korn, vetekli) som har större tendens att förstärka knip och gaser. Vid diarré talar det mesta för att man ska råda patienten till fiberrestriktion, eller åtminstone att de olösliga fibrerna kan minskas i kosten.

Probiotika är bakteriekulturer som vanligen tillsatts olika drycker som kan köpas i livsmedelsbutiker. Begreppet innefattar levande mikroorganismer som anges ha gynnsamma effekter på hälsan. Definitionen är utan tvekan vag och lämnar stor möjlighet till subjektivitet. Det finns ändå viss evidens för att probiotika som grupp kan vara av nytta vid behandling av IBS men studieresultatet divergerar en hel del. Behandlingsförsök med probiotika är inte kopplat till några risker.

I övrigt kan noteras att tillgängliga studier gjorda på **eliminationsdiet** är generellt bristfälliga. I dessa är det ofta dålig överensstämmelse mellan de födoämnen som patienten identifierar som skyldiga till symtomen och positiva, dubbelblinda födoämnesprovokationer. Inte heller IBS-patienter som upplever att laktos försämrar symtomen, uppvisar vid dubbelblind provokation mer symtom av laktos än av placebo, och laktastillskott ger ingen behandlingsvinst över placebo. Experimentella studier talar för att fett påverkar det fysiologiska responset på intagen kost, till exempel ger fett ökad gasretention och accentuerar visceral hypersensitivitet. Detta används ofta som underlag för att ge råd om fettreducerad kost till IBS-patienter och patienter med uppblåsthet/gaser, men tydligt vetenskapligt stöd för att detta fungerar saknas.

Buksmärtor *Spasmolytika*

Det finns inga kontrollerade studier på de i Sverige tillgängliga perorala spasmolytiska läkemedlen (Egazil, Papaverin). Spasmolytika som grupp har i ett flertal metaanalyser visat sig ha en signifikant positiv effekt på buksmärtor som är cirka dubbelt så stor som placeboeffekten. Förutom de förväntade antikolinerga biverkningarna hos Egazilduretter, ses inga allvarliga biverkningar i preparatgruppen. Dessa läkemedel ordineras oftast för vid-behovsanvändning för till exempel förkortning av buksmärtepisoder eller för att tas förebyggande när patienten kan förutsäga tillfällen med buksmärtor, till exempel vid intag av vissa typer av födoämnen.

Tricykliskt antidepressiva (TCA)

Detta är en preparatgrupp som ofta används vid buksmärtor kopplade till IBS. Även om den formella studiebakgrunden är något svag är det ändå en accepterad klinisk indikation. Det är de patienter där buksmärtan mer eller mindre är ett dagligt problem som kan komma ifråga. En särskilt lämplig indikation finns om buksmärtan stör nattsömnen, vilket kan förekomma vid IBS även om det inte är det vanligaste, då en vanlig biverkan av behandlingen är trötthet. Det förefaller inte vara den antidepressiva effekten av TCA som ger lindring då även icke-deprimerade patienter kan uppleva effekt. Lindring kommer tidigare än vid depressionsbehandling och vid betydligt lägre doser. Ett vanligt använt preparat i dessa sammanhang är amitriptylin i dosen 10–25 mg till natten. Vid utebliven lindring inom ca 3–4 veckor är det osannolikt att läkemedlet kommer att hjälpa. Om det är en förstoppningsdominerad IBS-patient som behandlas brukar inte den antikolinerga förstärkningen av förstoppningen bli ett kliniskt problem annat än i undantagsfall vid dessa doser. Ur allmän synpunkt brukar det vara viktigt att förklara att man inte behandlar en misstänkt depression utan med denna typ av medicin sannolikt

påverka fortledningen och upplevelsen av buksmärtan.

Serotonin-återupptagshämmare (SSRI)
Även de moderna antidepressiva medlen börjar uppvisa dokumentation som pekar mot en likvärdig effekt som av TCA mot buksmärtan. Här har oftast samma doser använts som vid de rent psykiatriska indikationerna vilket underlättats av den gynnsamma biverkningsprofilen. Om det finns ett uppenbart ångest- eller depressionsinslag så ska man välja denna preparatgrupp för en effektivare behandling av de psykiska symtomen med färre biverkningar.

Övriga smärtinriktade läkemedel

Traditionella analgetika är dåligt dokumenterade vid funktionell tarmsjukdom. Visst stöd finns för att användning av paracetamol åtminstone är bättre än placebo för lindring av buksmärtor.

Gabapentin och **pregabalin** används en del vid IBS-relaterad buksmärtor. Någon rimlig vetenskaplig grund till detta finns i dagsläget inte annat än att den gängse behandlingsindikationen innefattar neuropatisk smärta. Visceral smärta uppfyller inte diagnostiska kriterier för denna smärtslag och behandlingen ska därför helst avstås. Situationen är något annorlunda för pregabalin. Här kan ett behandlingsförsök motiveras om smärtupplevelsen bedöms innehålla en betydande ångestkomponent, men även på denna punkt finns effektiva preparat inom mer gängse terapitradition.

Diarré

Loperamid

Loperamid har god effekt på symtomet diarré. Däremot har inte loperamid bevisad effekt på globala IBS-symtom och den buksmärtor och uppblåsthet som finns vid IBS vilket kan begränsa dess användning. Vid behandling med detta läkemedel är det mycket centralt att förstå vad den enskilda IBS-patienten menar med till exempel diarré. Ett inte ovanligt fenomen är att intag redan av en liten dos loperamid kan resultera i

flera dagars förstoppning. Detta kan ha flera möjliga mekanismer där det nog ofta har att göra med att den beskrivna diarrén egentligen inte utgörs av en ökad lös avföringsvolym, utan ett ökat behov av toalettbesök till följd av lättutlösta trängningar.

Gallsaltsbindande läkemedel

Gallsaltsmalabsorption beskrivs som en möjlig mekanism till diarré kopplat till IBS, men eventuellt även hos IBS-patienter med växlande avföringsvana. Effekten av kolestyramin kommer inom loppet av några dagar och är dosberoende där variationen mellan enskilda patienter är stor. Ofta påbörjas behandlingen med en låg dos, till exempel 4 g dagligen, som därefter titreras upp med 4–5 dagars intervall till eventuell diarréindring. De flesta patienter som har en gallsaltsmedierad diarré upplever effekt vid 4–12 g/dag, men studier anger att det kan vara av värde att dosera ända upp till 32 g/dag. Biverkningar i form av illamående, gaser och allmänna dyspeptiska besvär begränsar ofta högdoserade behandlingsregimer.

Förstoppning

Bulkmedel

Tanken med bulkmedel är att precis som för fibrer öka avföringsvolymen och dess vätskeinhåll. Bulkmedel har få och inga allvarliga biverkningar och detta gör att de ofta används tidigt i behandlingsarsenalen vid förstoppning där förekomst av buksmärtor och gaser kan begränsa den positiva effekten. Bulkmedel kan precis som fibrer försämra uppblåsthet och gasbesvär och har tveksam plats vid diarréinslag.

Laxantia

Märkligt nog är laxantia dåligt studerade både vid funktionell förstoppning och IBS. Bäst dokumentation finns naturligt nog för de senast lanserade preparaten i gruppen makrogoler som också är skonammast att använda för patienter med förstoppning kopplad till IBS. De preparat som bygger på icke-absorberbara sockerarter, vanligen laktulos, har samma

Sammanfattning

- IBS kan oftast diagnosticeras med ett litet antal undersökningar hos patienter som uppfyller diagnostiska kriterier och saknar alarmsymtom.
- Serologisk screening avseende celiaki är viktig även hos patienter utan alarmsymtom.
- Minimera den objektiva laktosintoleransdiagnostiken då detta sällan påverkar patientens slutliga val avseende laktosinnehållande kost.
- En tydligt förmedlad diagnos inklusive förklaring av vad den innebär är sannolikt den viktigaste behandlande åtgärden.
- Hos de patienter som har svåra symtom eller önskar prova behandling väljs denna utifrån dominant symtom.
- Man bör begränsa antalet farmakologiska behandlingsinsatser till en åt gången och med bestämt avstämningsintervall. Tydlig behandlingseffekt bör eftersträvas vid fortsatt läkemedelsbehandling. Oftast kan farmakologisk terapi ske på intermittent bas.
- Hos de patienter som har allra högst symtombörda, psykologiska symtom eller extraintestinala symtom kan psykologiska behandlingsmodeller användas ensamt eller i kombination med andra behandlingsinsatser.

verkningsmekanism och sannolikt likartad effekt men till priset av mer uttalad gasproduktion. Tarmirriterande medel och klysmare-preparat har inte studerats på ett modernt acceptabelt vis. Detta utgör inte något hinder för deras användning, men framförallt tarmirriterande medel kan vara svåränvänt för en patient med IBS. Dels ger de ofta oacceptabel förstärkning av buksmärtan vilket gör bruket självbegränsande, men lika problematiskt är sannolikt den ofysiologiskt stora tarmtömning som kan åstadkommas. En IBS-patient med riklig mängd obehagssignaler från magen vågar inte invänta nästa olaxerade avföring utan drivs lätt till ett bruk som innebär enbart laxantiainducerad tarmtömning.

Uppblåsthet/gaser

Behandlingen av uppblåsthet, gaser och distension är synnerligen svår ur läkarens synpunkt. Något effektivt läkemedel finns inte även om enstaka patienter upplever lindring av dimetikon som doseras vid behov eller som regelbunden mediciner. Pancreasenzymtillägg används i vissa kulturer men mer sällan i Sverige. Störst evidensvärderad effekt kan idag uppnås via kostmodifieringar. Fiberreduktion, minskat intag av icke-absorberbara kolhydrater samt fettreduktion kan även här användas.

HANS TÖRNBLOM

*Vad vill Du läsa om i Distriktsläkaren?
Kontakta oss om Du har några idéer
– så skriver vi!*