

Om tarm, kropp og sjel

Diagnostikk og behandling av Irritabel tarm syndrom i allmennpraksis

AV PER OLAV VANDVIK

SAMMENDRAG

Magesmerter/ ubehag, gjerne i form av oppblåsthet, knyttet til et forstyrret avføringsmønster. Vekslede grad av diare eller forstoppelse og lindring av symptomene ved avføring:

- Dette er Irritabel tarm syndrom (eng. Irritable bowel syndrome: IBS), en funksjonell mageplage med lett gjenkjennelige symptomer som rammer 8 % av befolkningen i Norge og som utgjør den vanligste årsaken til konsultasjon for mageplager i allmennpraksis.
- Diagnosen kan og bør stilles på bakgrunn av de klassiske symptomer, formidlet med trygghet av fastlegen. En slik tilnærming muliggjør beroligelse og forklaring som er hjørnesteiner i behandlingen av denne type ufarlige mageplager.
- Andre kroppslige og psykiske plager er vanlig ved IBS, og spiller for de fleste trolig en større rolle for livskvalitet og bruk av helseressurser enn mageplagene.
- Trolig er spesifikk kunnskap om IBS den viktigste forutsetning, og den største utfordring, for å lykkes med disse pasientene.

Introduksjon

Som lege med to års fartstid ved medisinsk avdeling Gjøvik sykehus kunne jeg ingenting om IBS (jeg bruker dette begrepet heretter for å spare spalteplass). Etter fem års forskning er mitt inntrykk at nettopp kunnskap er nøkkelen til å lykkes med disse pasientene. NoIA (Norsk IBS i allmennpraksis) studien er nå avsluttet og resultatene fra studien har relevans for norske allmennpraktikere. Dette gjelder kanskje spesielt i tider hvor legemiddelindustrien vil lansere nye legemidler med begrenset effekt ved IBS. Jeg takker derfor for muligheten til å redegjøre for diagnostikk og behandling av IBS med håp om at dere finner kunnskapen nyttig i en travel klinisk hverdag. Jeg vil samtidig som medlem i den norske referansegruppen til ESPCG (European Society for Primary Care Gastroenterology) oppfordre til spontan innmelding foruten tilbakemelding og kommentarer til denne artikkelen (per.vandvik@start.no).

Hva i all verden er IBS?

IBS er en funksjonell mageplage, kjennetegnet av mage-



Per Olav Vandvik

født 1968, oppvokst i Bærum. Cand. Med Oslo 1996. Bor, arbeider og stortrives på Gjøvik med legekone og tre barn. Assistentlege Medisinsk avd. Gjøvik sykehus fra 1998. Nå i fordypningstilling gastroenterologi. Doktorgradstipendiat Enhet for anvendt klinisk forskning, DMF, NTNU fra år 2000. Lektor Forskerlinjen DMF, UiO fra 2003 (leder for kurs i klinisk, epidemiologisk og samfunnsmed.forskning)

smerter/ubehag (gjerne i form av oppblåsthet og utspilt mage) relatert til et endret avføringsmønster. Varierende grad av diare og forstoppelse er derfor vanlig ved IBS og magesmertene lindres gjerne ved luftavgang eller avføring. Begrepet funksjonell henspiller på dysfunksjon snarere enn sykdom i tarmen. Diagnosen IBS krever derfor fravær av organisk sykdom som kan forklare symptomene. Årsaken til IBS er fremdeles ukjent og tidsskriftet Lancet publiserte nylig en oversiktsartikkel med tittelen «IBS, a little understood organic disease».¹ Allikevel er det enighet om at IBS kan forstås som en «hjerne-tarm lidelse» (brain-gut disorder) hvor samspillet mellom biologiske og psykososiale faktorer påvirker utvikling og forløp av mageplagene. En holistisk tilnærming, basert på den biopsykososiale modell, er derfor velegnet både for å forstå årsaksfaktorer ved IBS og for å kunne håndtere pasientene i praksis. Ikke minst takket være legemiddelindustrien, forskes det intenst på biologiske faktorer som visceral hypersensitivitet, inflammasjon, infeksjon, endret tarmflora og matvare-allergi. Like spennende for oss som møter pasienter som presenterer symptomer og ikke sykdommer, er forskningsresultater som viser samspillet mellom biologi og psykologi i hjerne-tarm aksen. For eksempel kan økt følsomhet for smertefulle stimuli i tarmen (visceral hypersensitivitet) like gjerne skyldes endret prosessering av smertesignaler i sentralnervesystemet som i tarmen.

Om forekomst av IBS i befolkningen og allmennpraksis

IBS er hyppig, med en forekomst på 8.4 prosent (95 prosent konfidensintervall: 7.6–9.2 prosent) blant voksenbefolk-

ningen i Norge, slik vi fant i vår befolkningsbaserte studie av 4622 oppplendinger. I denne studien benyttet vi de relativt strenge Roma II kriteriene (se under) og fant forøvrig en 2:1 overvekt av kvinner og avtagende forekomst med økende alder. I motsetning til hva man tidligere har trodd, hadde mer enn halvparten av personer med IBS (fra 51 prosent blant 30 åringer til 79 prosent blant 75 åringer) oppsøkt lege for mageplagene.

I allmennpraksis utgjør mageplager en betydelig arbeidsbyrde. I NoIA-studien, gjennomført hos 26 allmennpraktikere ved ni legesentre i Vest Oppland, ble 3092 av 3369 fortløpende pasienter screenet for mageplager.² Halvparten rapporterte mageplager siste tre måneder, og 830 (14 prosent) av pasientene ønsket å ta opp mageplager med legen. Hos 392 pasienter som tok opp mageplagene samme dag, diagnostiserte allmennpraktikerne funksjonelle magetarm lidelser hos halvparten, og IBS var den hyppigste diagnosen (13 prosent). Ingen malign sykdom ble diagnostisert og en prosent fikk diagnosen inflammatorisk tarmsykdom. Allmennpraktikere diagnostiserer og behandler de fleste uten henvisning til spesialist og trenger derfor tilstrekkelig kunnskap om IBS.

IBS, hva kjennetegner pasientene og er det egentlig et problem?

I litteraturen beskrives gjerne IBS som en lidelse som medfører betydelig redusert livskvalitet (på linje med somatiske sykdommer som hjertesvikt og leddgikt), redusert arbeids-evne og økt bruk av helseressurser. Selv om denne beskrivelsen kan passe godt for enkelte pasienter er det stor variasjon i symptomatologien fra bagatellmessige til invaliderende mageplager. Dessverre er vår kunnskap hovedsakelig basert på studier av en liten minoritet henviste pasienter, kjennetegnet av økt symptomintensitet og psykososiale problemer. Disse pasientene er ikke nødvendigvis representative for de pasientene dere ser i allmennpraksis. NoIA-studien viste at kun et mindretall (14 prosent) rapporterte alvorlig grad av magesmerte/ ubehag og at 10 prosent hadde oppsøkt lege hyppig for mageplagene (> fem ganger siste to år). Det mest slående funnet var den høye frekvensen av andre kroppslige plager (heretter kalt kroppslig komorbiditet) ved IBS.³ Oddsen for å rapportere i alt 20 av 22 subjektive helseplager (målt ved Subjective Health Complaints Inventory) var 2–7 ganger høyere hos pasienter med IBS enn i et normalmateriale. Slik kroppslig komorbiditet (fibromyalgi og kronisk tretthetsyndrom hos 30–50 prosent) og psykiatrisk komorbiditet (angst/ depresjon hos 40–90 prosent) er vel kjent hos henviste pasienter med IBS.⁴ I allmennpraksis fylte 38 prosent av pasientene våre kriterier for angst/depresjon (målt ved Symptom Check List-10), sammenlignet med 11 prosent i den norske befolkningen. Pasienter med IBS var også kjennetegnet av økt grad av helseangst, personlighets-

trekket nevrotissisme, arbeidsuførhet, belastende livshendelser og bruk av helseressurser. Få gikk til legen for IBS, men de gikk hyppig til legen av andre årsaker.

Et naturlig spørsmål er hva som plager deres pasienter mest: Mageplagene eller komorbiditeten? Vi undersøkte dette med å sammenligne pasienter med ulik grad av kroppslig komorbiditet.³ Pasienter i allmennpraksis som hadde IBS og kroppslig komorbiditet som befolkningen for øvrig rapporterte helserelatert livskvalitet (SF-12), arbeidsførhet, forekomst angst/depresjon og belastende livshendelser på nivå med normalbefolkningen. Pasienter med IBS og uttalt komorbiditet var derimot kjennetegnet av betydelig redusert livskvalitet, arbeidsuførhet, angst/depresjon, belastende livshendelser og økt bruk av helseressurser. Med andre ord fant vi undergrupper av pasienter med høyst forskjellige karakteristika og trolig overveiende ulike årsaksforklaringer. Man kan tenke seg en vesentlig perifer biologisk årsaksforklaring hos de med kun IBS, mens pasienter med uttalt komorbiditet har en overveiende psykologisk årsaksforklaring. I sistnevnte gruppe kan IBS forstås som en markør på somatisering (kroppslige plager som uttrykk for psykisk lidelse). Disse pasientene utgjør uten tvil en stor utfordring i vårt helsevesen i dag. Komorbiditen ved IBS har også implikasjoner for diagnostikk og behandling. Allmennpraktikere bruker trolig uforklarlige kroppslige symptomer som støtte for diagnosen IBS. Behandlingen ved IBS er kanskje lite effektiv fordi man ikke identifiserer undergrupper med ulike behov for målrettet behandling (se under).

Det er også grunn til å spørre seg om oppfatningen av IBS som en lidelse med betydelige konsekvenser for livskvalitet og bruk av helseressurser er korrekt. Våre funn tilsier at komorbiditeten er en hittil lite erkjent systematisk feilkilde (confounder). Selv om enkelte pasienter med IBS opplever sine mageplager som et betydelig problem, synes komorbiditeten å være et større problem hos mange av pasientene dere møter i allmennpraksis.

Diagnostikk av IBS:

En utfordring hvor kunnskap er nøkkelen

I fravær av en biologisk markør er diagnosen en utfordring både for allmennpraktikere og spesialister. Symptomene er imidlertid lett gjenkjennbare, gitt at man har den nødvendige kunnskap. Vi vet at allmennpraktikere henviser et mindretall til spesialistvurdering. På den annen side vet vi lite om hvordan leger stiller diagnosen, hvilke diagnoser som blir gitt pasienter i Norge og hvorvidt leger har tilstrekkelig kunnskap om IBS.

Internasjonale retningslinjer anbefaler en såkalt *positiv symptombasert diagnose*: Diagnosen kan baseres på gjenkjennelse av de typiske symptomer ved IBS, allerede ved

Roma II kriteriene for IBS*

Minst 12 uker i løpet av de siste tolv måneder med smerter eller ubehag i magen som har minst to av tre karakteristika:

- (1) lindres ved defekasjon; og/eller
- (2) er forbundet med forandring i avføringsfrekvens; og/eller
- (3) er forbundet med forandring i avføringens form (utseende)

Tilleggsriterier: Følgende symptomer støtter diagnosen, jo flere symptomer desto sikrere klinisk diagnose

- Unormal avføring frekvens ($> 3 \times$ /dag eller $< 3 \times$ /uke)
- Unormal form på avføring (hard/ klumpet eller løs/vandig)
- Unormal pressing/ trykking for å ha avføring
- Plutselig avføringstrang
- Følelse av inkomplett tømning
- Slim i avføringen
- Luftplager, oppblåsthet eller utspilt mage

* Diagnosen krever fravær av strukturelle eller biokjemiske abnormiteter som kan forklare symptomene. Kriteriene er oversatt av P. Vandvik

første konsultasjon selv om dere ønsker å gjøre somatisk utredning for å utelukke organisk sykdom.⁵ Denne tilnærmingen har, i motsetning til en strategi basert på eksklusjonsdiagnostikk, en rekke fordeler. En diagnose formidlet med trygghet fra legen vil gi pasienten trygghet og åpne for beroligelse og forklaring, samt redusere behovet for unødvendig, kostbar og plagsom utredning. Symptombaserte kriterier for IBS er anbefalt for å kunne stille diagnosen basert på symptomer. Roma II kriteriene, publisert i Gut 1999, er et resultat av snart 30 års arbeid med å identifisere de klassiske symptomene ved IBS.⁶ Kriteriene brukes utstrakt i klinisk og epidemiologisk forskning om IBS. Vår kunnskap er derfor basert på pasienter med IBS ifølge strenge kriterier. Imidlertid er rollen til slike kriterier i klinisk praksis usikker, og de er ikke kjent blant allmennpraktikere.

Vi testet derfor ut Roma II kriteriene i NoIA-studien og ble overrasket over resultatene.⁷ Hos 553 pasienter med en diagnose på mageplagene identifiserte Roma II kriteriene (spørreskjemaer) 209 pasienter med IBS og allmennpraktikere 107 pasienter med IBS. Hos kun 42 pasienter var Roma II kriteriene og allmennpraktikere enige i diagnosen IBS, hvilket tilsvarer samsvar som ved en tilfeldighet (kappa-verdi=0.01). Våre funn tilsier at dagens kunnskap om IBS, basert på studier hvor strenge kriterier er benyttet, ikke nødvendigvis kan overføres til pasienter diagnostisert med IBS i allmennpraksis. Det faktum at Roma II kriteriene identifiserte langt flere tilfeller med IBS enn allmennpraktikere kan tolkes som at leger mangler spesifikk kunnskap om IBS, selve forutsetningen for å lykkes med en symptombasert strategi. Situasjonen er ikke nødvendigvis annerledes i spesialisthelsetjenesten, hvor funksjonelle mageplager erfaringsmessig får mindre oppmerksomhet enn organisk sykdom. Gastroenterologer har et spesielt ansvar for å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap om funksjonelle mageplager. Det er også nødvendig med flere studier for å avklare nytten og anvendeligheten av diagnostiske kriterier for funksjonelle mageplager i klinisk praksis.

Det er og blir et vanskelig spørsmål i hvilken grad pasienter med symptomer fra fordøyelseskanalen skal utredes soma-

tisk. Ved IBS symptomer anses det spesielt viktig å utelukke differensialdiagnoser som inflammatorisk tarmsykdom, cøliaki, thyroideasykdom og tykktarmskreft. Divertikulose og laktoseintoleranse ekskluderer ikke diagnosen IBS. Matvareintoleranse rapporteres hos 70 prosent av voksne med IBS og lar seg sjelden forklare med påvisbar allergi. Retningslinjer anbefaler at såkalte alarmsymptomer som vekttap, blod i avføring, tykktarmskreft i familien, uttalt diare, feber, atypisk klinikk med nyoppståtte symptomer og alder over 50 år bør lede til en mer omfattende somatisk utredning.⁵ Igjen, en grundig anamnese og undersøkelse kombinert med kunnskap og klinisk skjønn er nøkkelen til en symptombasert diagnose. Ved mistanke om alvorlig somatisk sykdom er grundig utredning nødvendig.

Behandling av IBS – Skal vi satse på legeskunst eller håpe på nye legemidler?

Vi har i dag begrenset spesifikk behandling å tilby ved IBS. Et naturlig spørsmål gitt våre funn i NoIA studien er hvorvidt pasienten ønsker eller trenger behandling. Som nevnt over er trolig en positiv symptombasert diagnose det viktigste terapeutiske verktøy ved IBS. Retningslinjer anbefaler derfor «en generell terapeutisk tilnærming» som første steg i behandlingen.⁵ Dette innebærer en symptombasert diagnose, beroligelse og forklaring. Å formidle at IBS (jeg bruker Irritabel tarm syndrom overfor pasienter) er en vanlig og helt ufarlig mageplage kan være tilstrekkelig for mange. Spesielt viktig er det å fange opp angst for kreft/alvorlig sykdom og uheldige tanker om symptomene. Min erfaring tilsier at mange pasienter dersom de får sjansen gjerne selv beskriver psykososiale problemer som lar brikene falle på plass, både for pasienten og legen. Begreper som «en følsom tarm og et følsomt sinn» kan hjelpe pasienten å forstå samspillet mellom kropp og sjel og muliggjør diskusjon om hvordan pasienten kan forstå og leve med mageplagene. Gitt den slående komorbiditeten ved IBS er det nødvendig å fange opp hvilke andre plager pasienten har. Begrepet legeskunst er vanskelig å definere. Jeg vil allikevel hevde at en generell terapeutisk tilnærming kan utgjøre legeskunst og føler meg trygg på at mange allmennpraktikere i Norge utøver dette i sin praksis.

Allikevel, noen pasienter vil ha behov for spesifikk behandling mot mageplagene. Både medikamentell behandling og psykologisk intervensjon har vist effekt i randomiserte, kontrollerte studier.⁸ Interessant nok er placebo den mest effektive behandling ved IBS, med lindring av mageplagene hos 20–50 prosent av pasientene. Dette illustrerer betydningen av psykologiske faktorer ved IBS. Nye medikamenter, som Serotonin-agonister (Alosetron, Cilansetron) og antagonist (Tegaserod, trolig på markedet i løpet av ett år) gir en tilleggsgvinst på 10–20 prosent hos undergrupper

av pasienter med henholdsvis diare og forstoppelsesdominert IBS. Tri-
cykliske antidepressiva (som Surmontil, Sarotex og Sinequan) viser ef-
fekt ved IBS som ved andre kroniske smertetilstander men bruken be-
grenses av bi-virkninger. Imodium kan være effektiv ved plutselig
avføringstrang og diare. Fiber, probiotika og antibiotika har tvetydig
og lite overbevisende effekt ved IBS. Kostråd anbefales gjerne men
kan være vanskelig og har usikker effekt ved IBS.

Psykologisk intervensjon, som for eksempel kognitiv terapi og hypno-
terapi, er et spennende tilbud til pasienter med IBS. NoIA-studien
viste at pasienter med IBS og uttalt komorbiditet utgjorde en spesielt
plaget gruppe som trolig både ønsker og trenger behandling. Dersom
vi kan finne effektiv behandling for disse pasientene med medisinsk
uforklarlige symptomer, gjerne oppfattet som somatisering, vil det
løse et hovedproblem i dagens helsevesen. En fordel med psykologisk
behandling er vektlegging av pasientens egen mestring av magepla-
gene, fravær av bivirkninger og langtidseffekter på komorbide symp-
tomer og livskvalitet. Dessverre er slik behandling ressurskrevende og
knappt tilgjengelig. Det er behov for studier som undersøker effekten
av enklere psykologiske intervensjoner. En «generell terapeutisk til-
nærming» utgjør trolig en psykologisk intervensjon i seg selv, er til-
gjengelig og mulig å tilby i dag dersom allmennpraktikere har til-
strekkelig kunnskap om IBS.

Veien videre

Det er lett for en som har brukt fem år av sitt liv til å lære mer om IBS
å miste perspektivet og belære andre leger. Mitt hovedbudskap er all-
ikevel at tilstrekkelig kunnskap om IBS muliggjør god håndtering av
de fleste pasienter med en gåtefull mageplage som rammer nesten en
av ti i den norske befolkning. Å tilegne seg slik kunnskap utgjør en
stor utfordring og forutsetter at dere som allmennpraktikere finner det
meningsfylt. Av tilgjengelige kunnskapskilder kan jeg anbefale Norsk
Elektronisk Legehåndbok (NEL) og artikkelnummer 1, 5 og 6 i refe-
ranselisten. Jeg håper også på tilbakemelding fra dere, til uvurderlig
hjelp for en som vil fortsette å forske på mageplager i allmennpraksis
(per.vandvik@start.no).

Referanser

1. Talley NJ, Spiller R. Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease? *Lancet* 2002;360:555-64.
2. Vandvik PO, Kristensen P, Aabakken L, Farup PG. Abdominal complaints in general practice. *Scand.J.Prim.Health Care* 2004;22:157-62.
3. Vandvik PO, Wilhelmsen I, Ihlebaek C, Farup PG. Comorbidity of irritable bowel syndrome in general practice: a striking feature with clinical implications. *Aliment.Pharmacol.Ther.* 2004;20:1195-203.
4. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology* 2002;122:1140-56.
5. Jones J, Boorman J, Cann P, Forbes A, Gomborone J, Heaton K *et al.* British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. *Gut* 2000;47 Suppl 2:ii1-19.
6. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999;45 Suppl 2:II43-II47.
7. Vandvik PO, Aabakken L, Farup PG. Diagnosing irritable bowel syndrome: poor agreement between general practitioners and the Rome II criteria. *Scand.J.Gastroenterol.* 2004;39:448-53.
8. Mertz HR. Irritable bowel syndrome. *N.Engl.J.Med.* 2003;349:2136-46.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om
artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv?
Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie.
Kontakt ham på ivskeie@online.no

Et tilbud du ikke kan motstå?

En velkledd mann kommer inn på kontoret.
Ett av mange nye ansikter etter at jeg tok over
denne praksisen. Jeg tar en rask kikk på time-
lista, som ikke åpenbarer noe om mannens
ærend. Jeg ser først nå at han faktisk ikke har
fastlege hos oss. Kjenner meg litt irritert over
at det ikke er fortalt meg noen grunn til dette
på forhånd. Jeg spør ham, og får til svar at han
kommer fra en av bygdene et godt stykke her-
fra. Har pleid å ta seg en bytur i ny og ne, og da
har han samtidig pleid å få seg en blodtrykk-
sjekk. Han forteller at den tidligere legen har
vært svært grei og også sendt ham resepter i
posten når han har trengt det, mot betaling.
Har fastlege i hjembygda, og har ikke brydd
seg med å skifte fastlege til oss.

Han ber meg måle blodtrykket, og jeg gjør
det. Han ber deretter om å få resept på de faste
medisinene. Jeg har allerede sett i journalen at
han i flere år har fått jevnlige, betydelige
mengder med Valium. Mot milde nervøse
plager, forteller han. Jeg finner det merkelig,
spesielt da han ikke har fastlege her. Jeg tar
dette opp med ham og prøver å komme på
noen gode formuleringer fra et ikke alt for
fjernt grunnkurs om temaet. Blir enig med
meg selv om at han kan få resept på blod-
trykksmedisiner her inntil han har ordnet seg
med fastelegen sin. Men Valium vil jeg ikke
skrive ut da jeg ikke har noen garanti for at
han ikke får Valium hos fastlegen også. Hvis
han vil fortsette her, må han ordne dette med
fastlegekontoret. Prektig og opptatt av å gjøre
det rette, synes du kanskje?

Neste trinn kommer uansett overraskende på
meg: Mannen tar opp en tusenlapp og rekker
meg. Han sier at han alltid har hatt et godt for-
hold til den tidligere legen her, som også var så
grei å sende ham resepter i posten mot kom-
pensasjon. Jeg får inntrykk av at jeg skal tjene
godt på å fortsette ordningen. Litt forfjamset
avslår jeg tilbudet, og tar betaling for timen.
Blodtrykket var stabilt.

Lege NN.