

# IBS – utredning och behandling

## Sammanfattningsdokument

Irritable bowel syndrome (IBS, irritable tarm, colon irritabile) är gastroenterologins vanligaste diagnos där enighet råder avseende dess benigna karaktär. Sjukvårdens och samhällets kostnad för sjukdomen är hög. En rationell och medicinskt säker utredningsstrategi och därefter klokt vald behandling, allt utfört på rätt vårdnivå, är bland annat av denna anledning viktig.

På uppdrag av Svensk Gastroenterologisk Förening (SGF) har undertecknade efter bästa förmåga författat dels detta sammanfattningsdokument samt ett fylligare bakgrundsdokument där det framförallt är det förstnämnda som är tänkt att användas i klinisk vardag, i det senare står referenshänvisningar att finna.

I de algoritmer som presenteras nedan för utredning och behandling av IBS ses en evidensgradering angiven med en siffra inom parentes enligt följande:

<p><b>Evidensstyrka 1:</b> Starkt vetenskapligt underlag Minst två oberoende studier med högt bevisvärde eller god systematisk översikt.</p> <p><b>Evidensstyrka 2:</b> Måttligt starkt vetenskapligt underlag En studie med högt bevisvärde plus minst två studier med medelhögt bevisvärde</p> <p><b>Evidensstyrka 3:</b> Begränsat vetenskapligt underlag Minst två studier med medelhögt bevisvärde</p> <p><b>Evidensstyrka 4:</b> Otillräckligt vetenskapligt underlag</p>
---

## Diagnoskriterier för IBS

**Det krävs en kombination av buksmärta/bukobehag och en avföringsrubning som inte är av tillfällig karaktär för att IBS skall övervägas.**

IBS är en av sammanlagt 27 så kallade funktionella gastrointestinala sjukdomar vilka definieras i **Rome III kriterierna**. Alla dessa diagnoser har en gemensam nämnare i att vi idag saknar ett identifierbart organiskt korrelat som orsak till symtomen. Ett kontinuerligt arbete med kriterierna sker, men idag ser de ut enligt följande för IBS:

<p>Återkommande episoder med <b>buksmärta/bukobehag</b>, minst 3 dagar/månad de senaste 3 månaderna, <b>associerat med minst 2 av följande:</b></p>
---

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

<p><b>Symtomdebut &gt;6 månader innan diagnos</b></p>
---

Utöver själva grunddiagnosen kan ur utrednings- och behandlingssynpunkt en subklassificering baserad på avföringskonsistens vara användbar.

## Utredningsstrategi vid misstänkt IBS

Evidensbasen vid IBS-diagnostik är med vetenskapliga mått att betrakta som låg. Ur en praktisk klinisk synpunkt kan man dock med dagens kunskapsbakgrund förorda följande grundutredning vid så kallad positiv diagnostik (motsats negativ, exklusionsdiagnostik).

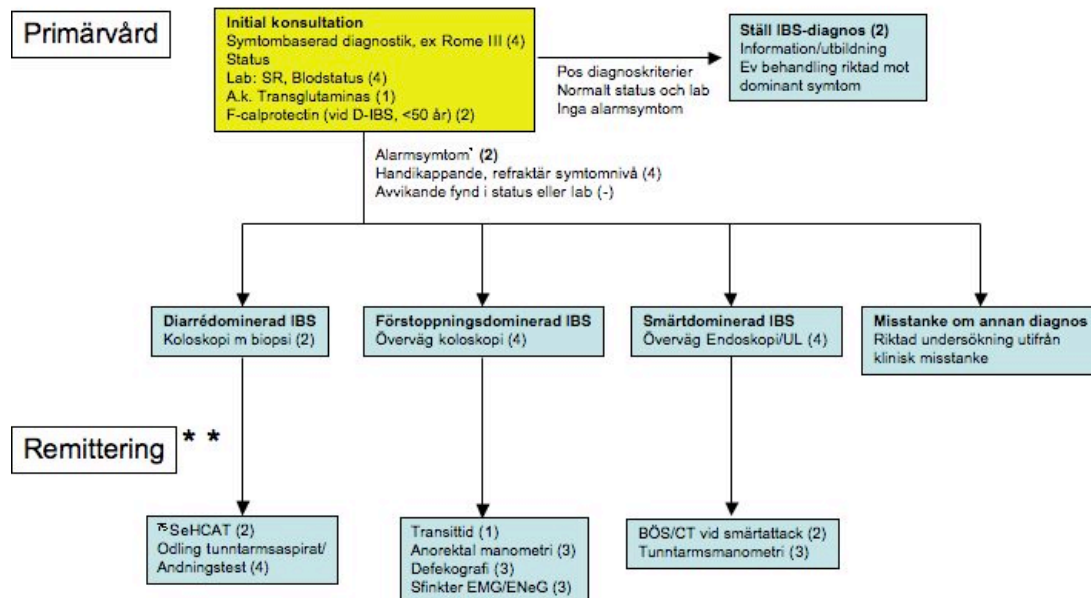
**Anamnes** där symtomkriterier för IBS är uppfyllda *på ett för kliniskt bruk praktiskt vis (kombination av buksmärta/bukobehag och en associerad avföringsrubbing)*. Tillräcklig tidsduration (>6 månader), liksom aktualitet i symtombilden (aktiva symtom de senaste 3 månaderna). Mjölk/laktosintolerans bedöms lämpligen anamnestiskt utan att objektiva diagnosstrategier som laktosbelastning/DNA-laktas i regel behöver tas i anspråk.

**Statusundersökning** som är normal, eventuellt innefattande rektoskopi vid uttalad avföringsrubbing (mycket hård eller konsekvent lös)

**Laboratorieprover** där dessa vid huvudmisstanke IBS kan vara på en återhållsam nivå. Kontroll av SR, blodstatus samt antikroppar mot transglutaminas oavsett symtomprofil. Vid diarrédominans kan analys av fekalt calprotectin utgöra grund för selektion av vilka som behöver koloskoperas i den yngre ålderskategorin (förslagsvis <50 år).

**Kompletterande utredning** motiveras av alarmsymtom, handikappande symtomnivå eller avvikande resultat i någon av ovan utförda prover eller åtgärder. Dominerande symtom styr valet av undersökningar.

### Utredningsalgoritm vid IBS



#### \* Alarmsymtom

Anamnes på rektal blödning.  
Symtomdebut efter 50 års ålder  
Viktnedgång som inte kan förklaras av minskat kaloriintag

#### \*\* Remittering

Osäker diagnos/Second opinion  
Hög symtomnivå/Låg livskvalitet  
Sjukskrivningsbehov pga IBS-symtom

## Behandlingsstrategi

**En tydligt förmedlad IBS diagnos** utgör den första och sannolikt viktigaste behandlande åtgärden. Hos de patienter där acceptans för diagnosen inte uppnås trots fullgott underlaget i primärvården kan en second opinion utan ytterligare utredningsinsatser hos specialist i internmedicin eller gastroenterologi vara motiverad.

Nivån av **förklaring vad IBS innebär** kan beroende på den enskilde patientens behov innefatta något av följande; informationsbroschyr, grundlig muntlig information via läkaren eller annan för ändamålet utbildad sjukvårdspersonal, eller om denna resurs finns lokalt även IBS-skola.

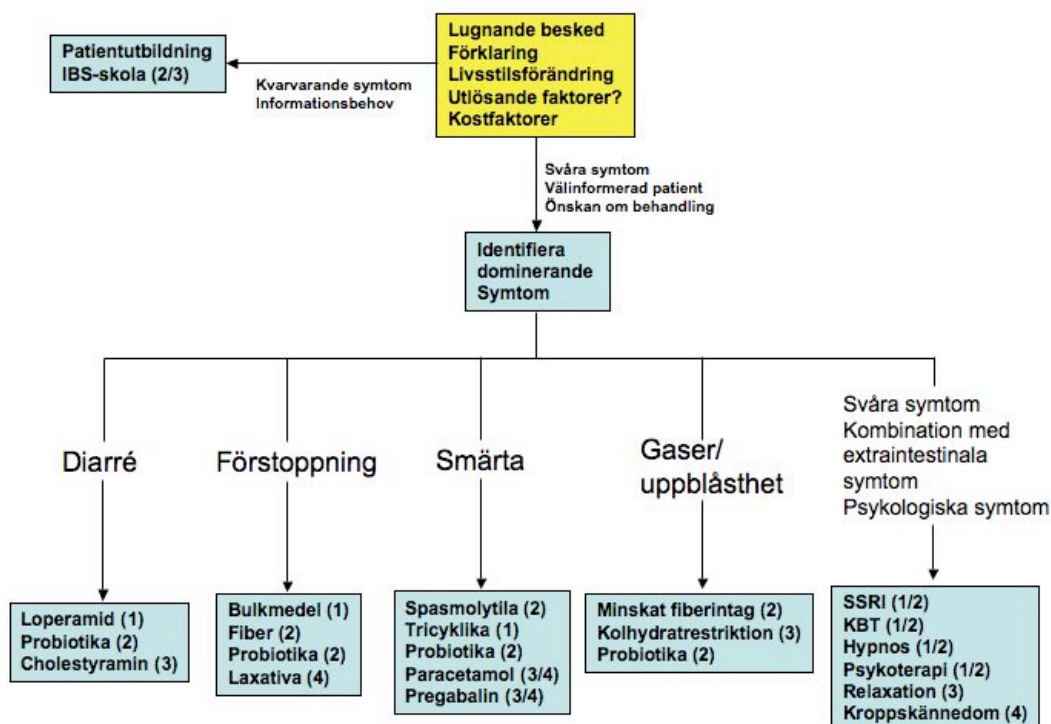
Livsstilsfaktorer/utlösande faktorer efterforskas anamnestiskt och dietistkonsultation kan övervägas i vissa fall där även den praktiska tillgången till denna resurs behöver tas med i beslutsgrunden. Mjölkprodukters roll värderas genom patientstyrd provokation och reduktion utan att den specifika orsaksmekanismen vid klinisk förbättring behöver penetreras.

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 intermittert 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.

## Behandlingsalgoritm vid IBS



Mer utförliga data både för utrednings- och medicineringsförslag kan återfinnas i bakgrundsdokumentet.

Hans Törnblom, överläkare  
Gastrocentrum Medicin  
Karolinska Universitetssjukhuset

Susanna Walter, ST-läkare  
EM-kliniken  
Universitetssjukhuset i Linköping

Pontus Karling, överläkare  
Medicinentrum  
Norrlands Universitetssjukhus

Magnus Simrén, överläkare  
Sekt. för gastroenterologi och hepatologi  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Dokumentet är faktagranskat av:  
Lars Agréus, DL, Öregrund. Professor, KI  
Lotta Tillander, DL, Göteborg  
Claes Ehinger, DL, Härnösand