

Irritabel tarm-syndrom – multifaktoriell lidelse hos barn og voksne



Tema:
Funksjonelle
lidelser

Irritabel tarm-syndrom er den hyppigste lidelsen blant pasienter med fordøyelsessykdommer i Norge. Til tross for stor forskningsaktivitet det siste tiår har verken vekt på psykiske forhold, endringer i tarmmotilitet eller vegetative forstyrrelser alene gitt grunnlag for en komplett forståelse av årsakssammenhengen eller forslag til effektiv terapi.

Diagnosen stilles i henhold til Roma-kriteriene. Psykiatriske lidelser er vist å være en viktig faktor i å vedlikeholde sykdomsbildet og bør alltid behandles når de diagnostiseres hos pasienter med irritabel tarm-syndrom. Psykososiale og mentale faktorer sammen med livsbelastninger i form av tap av pårørende, mishandling i barneårene og samlivsproblemer må vurderes blant mulige etiologiske faktorer hos pasienter med syndromet.

Sykdomsbildet utgjør en utfordring til helhetstenkning hos legen og etablering av et tillitsfullt forhold til pasienten. En multifaktoriell biopsykososial sykdomsforståelse, utredning og behandling vektlegges.

Irritabel tarm-syndrom er i dag den vanligste mage-tarm-lidelsen i den vestlige verden og betraktes også som en av de vanligste funksjonelle tilstander overhodet, i den forstand at en samling symptomer har utgangspunkt i et funksjonssystem (her: mage-tarm-tractus) uten at årsaken(e) til tilstanden ennå er tilstrekkelig kjent.

Symptombildet domineres av kroniske, residerende, gjerne anfallsvise smerter og er assosiert med diaré, obstipasjon eller varierende løs/hard avføring. Diagnosen stilles ved å anvende omforente kriterier for tilstanden og kan i dag ikke lenger sies å være en ren utelukkelsesdiagnose, selv om det er generell enighet om at den viktigste diagnostiske oppgaven er å utelukke alvorlige somatiske tilstander (1, 2). Manning beskrev allerede i 1972 kriterier for tilstanden (3). Senere har en ekspertgruppe utarbeidet henholdsvis Roma I og senere Roma II-kriteriene for å definere irritabel tarm-syndrom (4–6). Disse kriteriene, som er skissert i tabell 1, synes dog ikke uten videre å være tilpasset de ulike kulturkretsers og lands diagnostiske tradisjon. En annen svakhet ved kriteriesettene er relasjonen til kriteriene for

Svein Blomhoff

Psykosomatisk avdeling

Trond H. Diseth

trond.diseth@rikshospitalet.no

Barneavdelingen

Rikshospitalet

0027 Oslo

Morten B. Jacobsen

FoU avdelingen

Sykehuset Østfold

1603 Fredrikstad

Morten Vatn

Medisinsk avdeling

Rikshospitalet

0027 Oslo

Blomhoff S, Diseth TH, Jacobsen MB, Vatn M.

Irritable bowel syndrome in children and adults.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1213–7.

Irritable bowel syndrome is the most frequent gastrointestinal disorder in Norway. Though there has been huge research activity in the field, no proven single aetiology or effective treatment has emerged.

Consensus-based clinical diagnostic criteria have not yet brought diagnostic clarity. Possibly, there are dysfunctions in the processing of sensory stimuli in the «brain-gut» axis that may cause visceral hypersensitivity and secondary motility changes. In some patients, a multifactorial explanation of the mechanisms is useful, including stressful life events or other psychological factors. Psychiatric co-morbidity is probably the most important maintaining factor.

Irritable bowel syndrome may serve as a model for the study of the interaction between biological, psychological and social factors in functional disorders. A good therapeutic relationship between the physician and the patient is an important element in the treatment approach.

☞ Se også side 1178

obstipasjon. De ulike kriteriesettene vil derfor definere ulike pasientgrupper til å inneha diagnosen.

Man regner grovt sett med at 10–20% av befolkningen i den vestlige verden har irritabel tarm-syndrom, og det rammer barn så vel som voksne. Mens man hos barn ikke finner noen kjønnsforskjell, rammes voksne kvinner minst dobbelt så hyppig som voksne menn. Det er uklart om dette er uttrykk for en reell oversykkelighet hos kvinner eller om det primært er uttrykk for forskjell i sykdomsutførelse. Generelt vil bruk av Manning-kriteriene (prevalens 15–20%) inkludere

I Tidsskriftet nr. 11–14/2002

publiseres en artikkelserie om funksjonelle lidelser.

Artiklene er redigert av Erlend Hem

Tidsskr Nor Lægeforen nr. 12, 2002; 122: 1213–7

110

Tema 1213

Tabell 1 Diagnosekriterier for irritabel tarm-syndrom**Roma II-kriteriene**

I minst 12 uker i løpet av siste kalenderår hatt ubehag eller smerte i magen som:

1. Forsvinner etter avføring
2. Symptomdebut samtidig som hyppighet eller utseende av avføringen endres

Symptomer som støtter diagnosen:

1. Endret avføringshyppighet (vanligvis definert enten som mer enn 3 avføringer per dag eller mindre enn 3 avføringer per uke)
2. Endret utseende på avføringen (klumpet/hard eller løs/vandig)
3. Endret avføringsmønster (smerter, imperativ avføringstrang, inkomplett avføring)
4. Slim i avføringen
5. Luftplager eller følelse av å være oppblåst

Manning-kriteriene

Hovedkriterier

1. Abdominal smerte som bedres ved avføring
2. Løse og/eller hyppigere avføring samtidig med smertesymptomene
3. Oppblåsthet

Bikriterier

1. Slim i avføringen
2. Følelse av inkomplett rektaltømming

flere pasienter enn Roma-kriteriene (prevalens 9–12%) (7–10). Forekomsten er også vanskelig å angi, da bare 20–30% av dem som oppfyller diagnosekriteriene, antas å søke lege. Selv om langt færre, 1–2%, blir henvist til spesialist, viser studier at opptil 30% av pasientene i spesialistpraksis for fordøyelsessykdommer utgjøres av pasienter med irritabel tarm-syndrom (11). Pasienter med syndromet vil også ofte ha symptomer fra andre funksjonelle systemer, f.eks. muskel- og skjelettplager, urologiske og gynekologiske plager, kronisk tretthetssyndrom og kronisk hodepine (12). Denne gruppe pasienter vil ha en overrepresentasjon av psykiatriske lidelser, men symptomene på psykopatologi finnes uavhengig av type organpresentasjon for symptomene (13). Selv alvorlige somatiske tilstander som inflam-

matorisk tarmsykdom og karsinoid tumor i tynntarm debuterer ofte med symptomer som ved irritabel tarm-syndrom.

Irritabel tarm-syndrom hos barn og unge

Irritabel tarm-syndrom er en av de vanligste kroniske tilstander i barne- og ungdomsalder (14). Diagnosen stilles på basis av de samme diagnosekriterier som hos voksne (tab 1), men er avhengig av barnets evne til å rapportere symptomer, noe som medfører at diagnosen ikke er angitt for barn under fire års alder (15). Dette utelukker selvsagt ikke at tilstanden finnes i denne aldersgruppen.

I Roma II-kriteriene er irritabel tarm-syndrom hos barn og unge definert som en undergruppe av kroniske magesmerter hvor også avføringsmønsteret er affisert (15).

Symptombildet er som hos voksne, men smertene er hos barn oftest lokalisert rundt umbilicus. Imidlertid er det hyppigst rapporterte symptomet hos barn og unge følelse av inkomplett tømming (16, 17). Noen barn har også tilleggsymptomer som svimmelhet, slapphet og blekhet.

Flere studier har vist at over halvparten av barn og unge som henvises til pediatrik poliklinikk for gjentatte magesmerter har irritabel tarm-syndrom (18, 19). I en større populasjonsstudie av 507 barn og unge rapporterte 6% av barna (alder 12 år) og 14% av ungdommene (alder 15 år) symptomer som tilfredsstillende kriteriene for syndromet (16).

De fleste undersøkelser av bakgrunnsfaktorer er gjort retrospektivt av voksne pasienter. Man finner i slike studier at de som barn hadde overhyppighet av kroniske, residiverende magesmerter, hyppige legebesøk, hodepine og andre somatiske plager.

Både genetisk sårbarhet og miljøfaktorer gjennom barnealder, blant annet modellering fra voksne, ser ut til å være av betydning for utvikling av sykdommen (20, 21). Mødre til barn med funksjonelle mage-/tarmlidelser har økt forekomst av depresjon, mens både mødre og fedre har mer angst (22). Det er også funnet opphopning av gastrointestinale problemer og andre kroniske smertetilstander, bl.a. migrene, i nær familie. Når det gjelder psykososiale stressorer, har pasienter med irritabel tarm-syndrom overhyppighet av alvorlige traumer og negative livshendelser som sykdom, hospitalisering, død i nær familie eller vennskapskrets og fysisk eller seksuelt overgrep (23).

Irritabel tarm-syndrom hos barn og unge kan også ha betydelige psykososiale konsekvenser. Stigmatiserende lekkasje og lukt kan føre til lav selvfølelse, konsentrasjonsproblemer, tilbaketrekking og vanskeligheter med å få venner (24). Det er også holdpunkter for at de får større oppmerksomhet fra foreldrene ved sykdom enn andre. Som en følge av dette får mange et økt forbruk av helsetjenester og et medfølgende økt skolefravær (23).

Barnepatienten er tilbøyelig til å utvikle funksjonelle tilstander som voksen, men selve symptombildet kan forandres. 30–50% opplever ulike kroniske smertetilstander som voksen. I tillegg er risikoen for å utvikle psykiatrisk sykkelighet som voksen om lag tre ganger høyere hos barn med kroniske magesmerter enn for andre barn (25).

Utredning og behandling

Under utredning av irritabel tarm-symptomatologi bør følgende to spørsmål først besvares: *Har pasienten en organisk sykdom?* I praksis vil diagnosen irritabel tarm-syndrom oftest bli stilt av en allmennpraktiserende lege, pediater eller gastroenterolog. De mest brukte diagnosekriteriene i dag for både voksne og barn er de såkalte Roma II-kriteriene (tab 1) (6, 15).

Tabell 2 Psykiatriske og psykosomatiske diagnoser der et symptombilde av irritabel tarm-syndrom kan oppstå

Diagnose	Kjennetegn
Depresjon	Vanligvis obstipasjonspreget, men diaré kan finnes noen ganger. Enkelte pasienter rapporterer ikke senket stemningsleie, men smerter, asteni og tretthet
Angstlidelser	Vanligvis diarépreget, men obstipasjon kan sees. Pasienter preget av fryktsomhet og engstelse. Kan oppstå knyttet til kroniske (generalisert angstlidelse, posttraumatisk stresslidelse, sosial fobi) eller anfallsvisse (panikkilidelse, fobier) angsttilstander
Somatoform autonom dysfunksjon	Symptomer på generell autonom aktivering som palpitasjoner og svette kan vanligvis sees
Somatiseringssyndrom	Multiple, tilbakevendende og hyppig endrede fysiske symptomer. Symptomdebut typisk i ung alder. Symptomer kan oppstå i alle organsystemer, men gastrointestinale symptomer er blant de hyppigste

Hvis pasienten er yngre enn 50 år, har typiske symptomer på irritabel tarm-syndrom og man etter klinisk undersøkelse og kjemiske analyser ikke finner indikasjoner på malignitet eller inflammasjon (vekttap, blod i avføringen eller anemi), eventuelt malabsorpsjon eller matvareintoleranse, kan videre undersøkelser oftest utelates eller eventuelt begrenses til rektosigmoideoskopi (26). Hvis symptomene debuterer hos pasienter som er eldre enn 50 år og symptombildet er mer atypisk, av kort varighet eller progredierende, skal pasienten henvises til koloskopi (ev. røntgen colon med bariumkontrast).

Mange pasienter og foreldre forteller at symptomene påvirkes av matinntak. Sammenhengen mellom irritabel tarm-syndrom og matvareintoleranse er imidlertid uklar (27). Reaktiviteten på forskjellige matvarer kan sees som forårsaket av økt visceral sensitivitet heller enn intoleranse i tradisjonell forstand. Høyt inntak av sorbitol (tyggegummi, kunstig søtningsmiddel), kaffe, alkohol, fettrike måltider eller enkelte gassproduserende grønnsaker rapporteres ofte som årsaker til diaré. I slike tilfeller kan det være nyttig å gjennomføre en systematisk registrering av matinntak ved hjelp av dagbok. Kostseponeringsforsøk kan også gjennomføres. Ved obstipasjon bør fiberholdig diett anbefales. Fiber fra frukt og grønnsaker og volumøkende laksantia har vist å kunne øke transittiden i tarmen og vil kunne være gunstig. Et fibertilskudd eller volumøkende laksantia kan derfor forsøkes hvis man ellers ikke får effekt.

Det andre spørsmålet er om pasienten har en belastende livssituasjon eller en assosiert psykiatrisk lidelse? For å få et best mulig grunnlag for behandlingen er en grundig og detaljert sykehistorie med vekt på sammenhengen mellom endringer i symptom bilde og psykososiale forhold eller andre livsbelastninger av stor betydning (28). Selv om syndromet hovedsakelig har symptomer lokalisert til mage-tarm-kanal, bør en helhetlig klinisk vurdering foretas. Bruker man begrepet «stress» som et uttrykk for helhetlig livsbelastning, kan det åpnes flere dører til behandlingssuksess enn om man velger bare én medisinsk-biologisk tilnærming. Screening for psykiatrisk komorbiditet er av avgjørende klinisk betydning. Man skal da ikke bare lete etter tilstander som panikk-lidelse og depresjon, også lettere psykisk sykdom som for eksempel fobier vil kunne påvirke sykdomsbildet og skal derfor behandles.

Internasjonalt har det etter hvert utviklet seg en enighet om behandlingen av irritabel tarm-syndrom. Dette har medført at blant annet British Society of Gastroenterology nylig har utarbeidet og publisert detaljerte retningslinjer for behandling (26). Det understrekes at det er viktig med en positiv holdning fra helsepersonellens side til at plagegene er reelle, selv om undersøkelsene gir negative funn. Det er viktig at pasientens

egne tanker bør komme frem, for eksempel bekymring for kreft. Der det er naturlig, bør det inkorporeres en åpning for at stress-/livsfaktorer påvirker sykdomsbildet.

Symptomatisk medikamentell behandling kan noen ganger være av verdi. Loperamid kan være et nyttig alternativ (29). Dette medikamentet øker transittiden i tykktarmen og kan forsøkes i doser på 4–12 mg hos pasienter med plagsom diaré eller «urgency». Spasmolytika kan forsøkes hvis symptom-bildet domineres av abdominalsmerter. Det er under utvikling nye serotoninerge legemidler med effekt på serotoninerge reseptorer i tarm, men ingen av disse er frigitte til vanlig klinisk bruk (30). Hvilken rolle disse medikamentene vil få, er det foreløpig for tidlig å si med sikkerhet. Man arbeider også med å utvikle preparater som primært skal redusere hypersensitiviteten i sentralnervesystemet. Det er for eksempel mulig at enkelte antiepileptika kan få en plass også ved irritabel tarm-syndrom.

I klinisk praksis er antidepressiver hyppig brukt i behandlingen. Et problem i medikamentstudier av syndromet er imidlertid den høye placeboresponsen (40–50 %) i studiene. Hvorvidt antidepressiver som gruppe har effekt ved irritabel tarm-syndrom uten komorbiditet, kan fortsatt ikke sies å være helt avklart. Man kan ikke se bort fra at psykofarmaka kan påvirke serotoninerge reseptorer i tarmen, endre den nevrofysiologisk betingede hypersensitiviteten eller ha effekt på stressbetingede emosjonelle reaksjoner. Da det også er godt dokumentert at antidepressiver reduserer smerte, anbefales fortsatt bruk av antidepressiver i behandlingen.

Ved irritabel tarm-syndrom kan emosjonelle reaksjoner på stress eller psykososiale belastninger være et nyttig angrepspunkt for behandling. Det er viktig at legen deltar aktivt i en kartlegging av slike faktorer, hjelper pasienten til en avklaring av årsaksforhold og diskuterer alternative måter å mestre situasjonen på. Det er ofte nødvendig å klargjøre både for den voksne pasient og for barnepasienten og vedkommendes foreldre at vedvarende konflikter, for eksempel i samlivsforhold eller foreldre-/familiesamspillet, kan være sentrale vedlikeholdende faktorer ved irritabel tarm-syndrom. Oftest er det slik at man ikke «blir bra» av tilstanden så lenge slike konflikter består. Andre tiltak som bedrer stressmestringen, blant dem systematisk avspenningstrening eller hypnose, har vist seg å være av nytte både hos barn og voksne (31).

Hvis psykiatrisk komorbiditet er til stede, skal dette alltid behandles. Avhengig av type komorbiditet kan både medikamentell behandling og psykoterapi (kognitiv atferdsorientert eller dynamisk) være aktuelt og har i kontrollerte studier vist god effekt (32, 33). Ved manifest psykiatrisk komorbiditet har psykofarmaka rimeligvis effekt ved å fjerne den psykiatriske sykdommen som vedlikeholdende faktor. I klinisk bruk bør man for-

trinnsvis velge psykofarmaka med en relativt bred transmitterprofil uten for mye vekt på den serotoninerge akse. Serotoninerge medikamenter har ofte en bivirkningsprofil preget av gastrointestinale symptomer som kvalme, oppblåsthet og obstipasjon. Man skal være oppmerksom på at mange pasienter med irritabel tarm-syndrom reagerer med bivirkninger på meget lave doser. En tommelfingerregel vil være å begynne på omtrent halv dose i forhold til hva som anbefales ved depresjon og følge pasienten tett de første dagene. Mange pasienter vil ha nytte av disse dosene også terapeutisk. I en god del tilfeller kan man pga. bivirkningsprofilen ikke øke dosen, mens man i andre tilfeller kan – og skal – trappe opp til vanlig antidepressiv dosering.

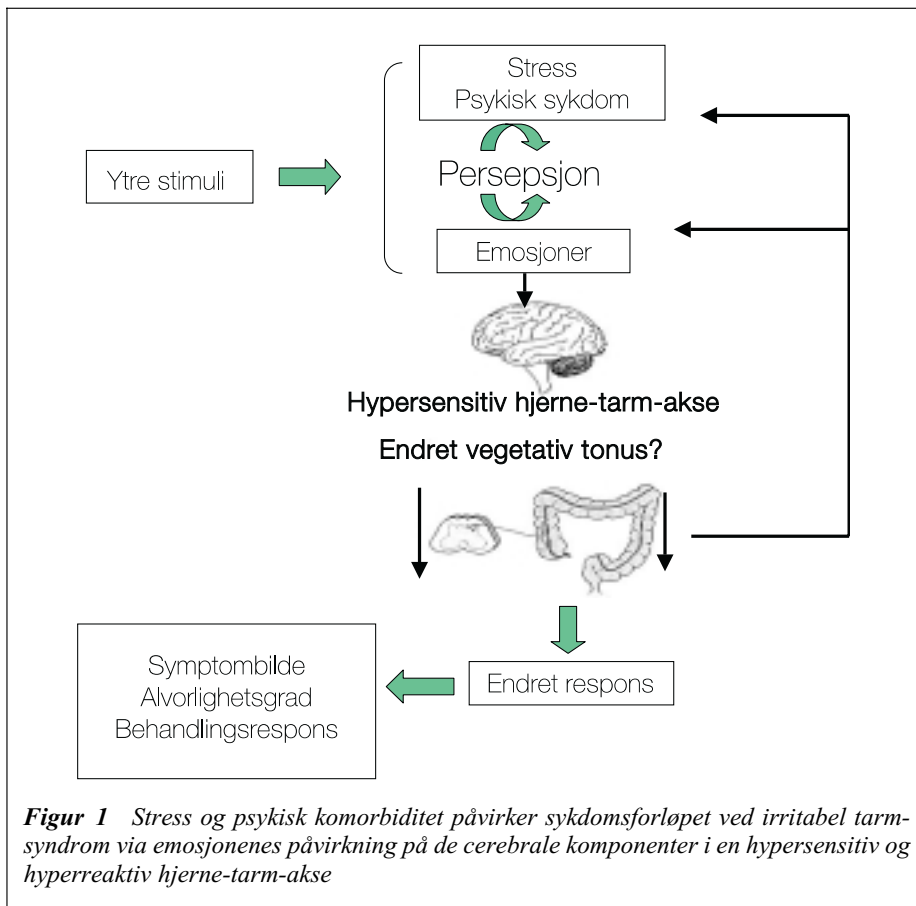
Diskusjon

Betydningen av psykiske forhold ved irritabel tarm-syndrom

Enhver kliniker vet at det ikke alltid er åpenbar sammenheng mellom sykdomsprosess og symptomer. Det er også velkjent at symptomer fra mage-tarm-kanalen kan være en del av stort sett enhver psykisk reaksjon. Pasienter som kommer til lege med symptomer som tilfredsstillende diagnosekriteriene for irritabel tarm-syndrom, kan derfor like gjerne ha sine symptomer fra en primært psykiatrisk betinget tilstand. Tabell 2 gir en oversikt over de vanligste av disse diagnosene. Vi vet for eksempel at pasienter med alvorlig depresjon, generalisert angstlidelse eller panikk-lidelse minst dobbelt så hyppig som normalbefolkningen har et symptom bilde som samsvarer med kriteriene for syndromet.

Psykiatrisk komorbiditet regnes som den viktigste vedlikeholdende faktoren og bør derfor være den viktigste årsaken til at pasienter viderehenvises til annen- eller tredjelinjetjenesten (34). I primærhelsetjenesten er hyppigheten av psykiatrisk komorbiditet relativt lav, men den øker med helsetjenestnivå. Enkelte studier tyder på at så mange som 60–90 % av pasienter med irritabel tarm-syndrom som oppsøker spesialisthelsetjenesten, kan ha psykiatrisk komorbiditet. I komorbiditetsstudier har man funnet økt forekomst av de fleste psykiatriske sykdommer, som f.eks. depresjon, dystymi (mild, langvarig depresjon), panikk-lidelse, generalisert angstlidelse, posttraumatisk stresslidelse og agorafobi.

Det er samtidig godt dokumentert at psykiatrisk komorbiditet, stressreaksjoner, psykososiale faktorer og sykdomsutfordringer yter et betydelig og til dels avgjørende bidrag til alvorlighetsgraden av irritabel tarm-syndrom. En manglende vektlegging av slike faktorer er sannsynligvis en av de viktigste årsakene til manglende behandlingsrespons og et kronisk forløp. Det er også viktig å understreke at selv om kriteriene for psykiatrisk diagnose i henhold til kodeverket ikke er oppfylt, vil psykologiske reaksjoner, farget av den



Figur 1 Stress og psykisk komorbiditet påvirker sykdomsforløpet ved irritable tarm-syndrom via emosjonenes påvirkning på de cerebrale komponenter i en hypersensitiv og hyperreaktiv hjerne-tarm-akse

enkeltes personlighet – selv innenfor psykisk normalitet – kunne påvirke symptomatologien.

Irritabel tarm-syndrom som stressykdom

Selv om mange pasienter i allmennpraksis ikke har komorbid psykiatrisk sykdom slik den defineres ut fra kodeverket, betyr det

ikke at psykososiale faktorer er uten betydning. Identifisering av stressfaktorer (28) kan være avgjørende både for forståelse av sykdomsbildet og for den behandlingstilnærmingen som bør velges. Bak en stressreaksjon som manifesterer seg kroppslig gjennom oppblussing av symptomer på irritable tarm-syndrom, kan det ligge nesten hva som helst av livets belastninger – livs-

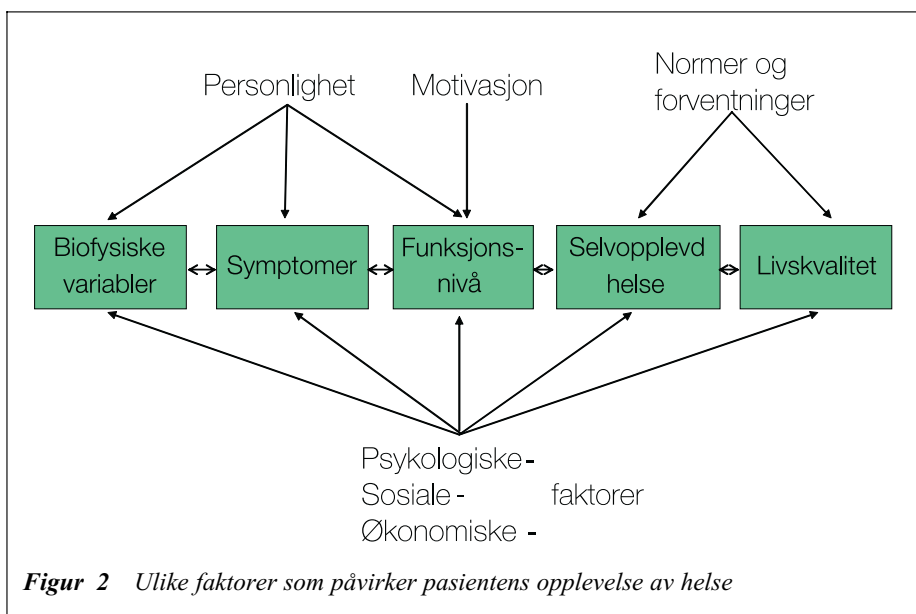
hendelser hos barn, som tap og separasjon, eller økonomiske vansker, problemer på arbeidsplassen eller samlivsproblemer hos voksne. Det er også viktig å være klar over at selv om årsakene til slike stressreaksjoner i det ytre kan synes små, kan de likevel være av stor subjektiv betydning. Det gjelder blant annet indre konflikter som misforhold mellom egne ambisjoner og de resultater man oppnår. Uansett type konflikt er det viktig at problemene identifiseres – noe som ofte i seg selv kan virke symptomlindrende – og at behandlingen rettes mot dem. Det er vist at somatiske symptomer og psykiatrisk komorbiditet verken hver for seg eller additivt kan forklare sykkeligheten ved irritable tarm-syndrom slik den gjenspeiles i forbruk av helse- og trygdetjenester. Sannsynligvis må andre faktorer som personlighetsmessige og psykososiale forhold tas med.

Irritabel tarm-syndrom og nevrofysiologisk forskning

Pasientene skiller seg nevrofysiologisk fra friske kontrollpersoner på flere områder. I flere studier har man sett at pasientgruppen har nevrofysiologisk betingede forstyrrelser i tarmmotilitet (35). Det er også vist at subjektiv smerteopplevelse i større grad er assosiert med uregelmessig motorisk tynntarmsaktivitet hos pasienter med irritable tarm-syndrom enn hos friske kontrollpersoner eller pasienter med inflammatorisk tarmsykdom (36). Likevel er dette funn på gruppenivå og uten sikker angivelse av friske kontrollpersoners fysiologiske spredning. Ingen funn av avvikende motorikk alene kan forklare irritable tarm-syndrom.

Utgangspunktet for den forståelsen av syndromet som mange biologisk orienterte forskere har i dag, er i stor grad knyttet til fenomenet visceral sensitivitet. Om lag to tredeler av alle pasienter med irritable tarm-syndrom har visceral hypersensitivitet, målt med barostat. Den reduserte smerteterskel ved oppblåsing av ballong (barostat) i rectum (37, 38) ser ikke ut til å gjelde for smertestimuli fra hud, slik at den kan være spesifikk for visceral stimulering. Dessverre har også dette kun gyldighet på gruppenivå, og testen er uegnet til å diagnostisere enkeltpasienter. Det er også slik at psykiatrisk komorbiditet er håndtert ulikt i ulike studier og dette er en uavklart feilkilde.

Tarm- og sentralnervesystemet samspiller i det som kalles hjerne-tarm-aksen (39), og det ble relativt tidlig vist at pasienter med irritable tarm-syndrom har økt reaktivitet i ryggmargens dorsalthorn. Senere er det kommet studier som viser at mange pasienter også har forstyrrelser i den cerebrale prosessering av stimuli. Ved hjelp av positronemissionstomografi (PET), induserte responspotensialer (ERP) eller funksjonell magnetisk resonanstomografi (fMR) har man sett at pasienter med syndromet har endrede responser på tarmstimuli i flere hjerneområder, spesielt i frontale hjerneavsnitt (40, 41).



Figur 2 Ulike faktorer som påvirker pasientens opplevelse av helse

Nyere funn har også vist at disse pasientene skiller seg fra friske kontrollpersoner på andre områder av cerebral funksjon: De er hyperreaktive i frontale cortex også for sanseintrykk som ikke kommer fra tarmen, som for eksempel lyd, i tillegg til at de har endret REM-søvn mønster sammenliknet med friske (42, 43).

Det er også vist at psykiatrisk sykdom og stress kan påvirke symptombildet gjennom direkte påvirkning av den nevrofysiologiske prosesseringen av stimuli cerebralt (44). Dette betyr at irritable tarm-syndrom kan betraktes som en modelltilstand der man på et nevrofysiologisk grunnlag kan studere hvordan psykiske forhold påvirker en definert fysiologisk sykdomsprosess (fig 1). Samlet betyr dette at selv om symptombildet domineres av gastrointestinale funksjonsforstyrrelser og symptomer, er det i dag mange som oppfatter syndromet som uttrykk for endret modulering av samspillet mellom sentralnervesystem og tarm. Denne hyperreaktiviteten er antatt å innbefatte en sentralnervøs dysfunksjon. Likevel kan dette også finnes ved forskjellige typer emosjoner og psykiatrisk komorbiditet, slik at spesifisiteten av denne mekanismen for irritable tarm-syndrom fremdeles er usikker.

Irritable tarm-syndrom representerer en betydelig utfordring for den enkelte behandler og for helsevesenet som helhet. Ulike pasienter med lik symptomatologi har ofte ulike belastninger som årsak. Men ut fra en økende innsikt i en sannsynlig multifaktoriell etiologi har behandleren i dag mange angrepspunkter dersom tilnærmingen er helhetlig. For en helhetlig forståelse av sykdommen kan paradigmet i figur 2 være nyttig. Ved å inneha en bio-psyko-sosial tilnærming med en bred, helhetlig sykdomsforståelse, utredning og behandling, vil man kunne unngå større omkostninger både for pasient, familie og helsevesen, og forebygge langvarige plager og tilleggsplager. Skal man lykkes, må man etablere et gjensidig til-litsforhold i konsultasjonen og se utover en strengt somatisk ramme.

Som for all annen sykdom der psykologiske faktorer har en dominerende plass i sykdomsbildet, er irritable tarm-syndrom en utfordring til den behandelende leges empati og psykologiske klokkskap. Får man etablert en god behandlingsallianse og gjensidig tillit, har legen en unik mulighet til å lindre og helbrede. God behandling av pasienter med irritable tarm-syndrom krever derfor i høyeste grad at man tar i bruk det man tradisjonelt kaller legekunst.

Litteratur

1. Drossman DA, Creed FH, Olden KW, Svedlund J, Toner BB, Whitehead WE. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45 (suppl II): 25–30.
2. Stockbrügger R, Pace F, red. The irritable bowel syndrome manual. London: Mosby, 1999.
3. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW,

Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *BMJ* 1978; 2: 653–4.

4. Thompson WG, Dotewall G, Drossman DA. Irritable bowel syndrome: guidelines for the diagnosis. *Gastroenterol Int* 1989; 2: 92–5.
5. Taub E, Cuevas JL, Cook EW, Crowell M, Whitehead WE. Irritable bowel syndrome defined by factor analysis. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 2647–55.
6. Drossman DA, red. Rome II. The functional gastrointestinal disorders. Kansas: Allen Press, 2000.
7. Jones R, Lydiard S. Irritable bowel syndrome in the general population. *BMJ* 1978; 2: 653–4.
8. Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C, Melton LJ 3rd. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991; 101: 927–34.
9. Talley NJ, Boyce P, Jones M. Identification of distinct upper and lower gastrointestinal symptom groupings in an urban population. *Gut* 1998; 42: 690–5.
10. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45 (suppl II): II43–7.
11. Longstreth GF, Hawkey CJ, Mayer EA, Jones RH, Naesdal J, Wilson IK et al. Characteristics of patients with irritable bowel syndrome recruited from three sources: implications for clinical trials. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15: 959–64.
12. Aaron LA, Buchwald D. A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Ann Intern Med* 2001; 134: 868–81.
13. Boyce PM, Koloski NA, Talley NJ. Irritable bowel syndrome according to varying diagnostic criteria: are the new Rome II criteria unnecessarily restrictive for research and practice? *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 3178–82.
14. Hyams JS. Functional gastrointestinal disorders. *Curr Opin Pediatr* 1999; 11: 375–8.
15. Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, Fleisher DR, Hyams JS, Milla PJ et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45 (suppl II): II60–8.
16. Hyams JS, Burke G, Davis PM, Rzepski B, Andrulonis PA. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community-based study. *J Pediatr* 1996; 129: 220–6.
17. Thomson S, Dancy CP. Symptoms of irritable bowel in school children: prevalence and psychosocial effects. *J Pediatr Health Care* 1996; 10: 280–5.
18. Hyams JS, Treem WR, Justinich CJ, Davis P, Shoup M, Burke G. Characterization of symptoms in children with recurrent abdominal pain: resemblance to irritable bowel syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1995; 20: 209–14.
19. Gremse DA, Nguyenduc GH, Sacks AI, DiPalma JA. Irritable bowel syndrome and lactose maldigestion in recurrent abdominal pain in childhood. *South Med J* 1999; 92: 778–81.
20. O'Neill SO, Foley B, Spencer S, Fielding JF. The irritable bowel syndrome: inherited or acquired? *Br J Med Pract* 1982; 36: 145–61.
21. Milla PJ. Irritable bowel syndrome in childhood. *Gastroenterology* 2001; 120: 287–307.
22. Hodges K, Kline JJ, Barbero G, Flanery R. Depressive symptoms in children with recurrent abdominal pain in their families. *J Pediatr* 1985; 107: 622–6.
23. Burke P, Elliott M, Fleissner R. Irritable bowel syndrome and recurrent abdominal pain. A comparative review. *Psychosomatics* 1999; 40: 277–85.
24. Diseth TH, Emblem R. Somatic function, mental health, and psychosocial adjustment of adolescents with anorectal anomalies. *J Pediatr Surg* 1996; 31: 638–43.
25. Rutter M. Isle of Wight revisited: twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 633–53.
26. 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 II): III–9.

27. Zar S, Kumar D, Benson MJ. Review article: food hypersensitivity and irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15: 439–49.
28. Mayer EA, Naliboff BD, Chang L, Coutinho SV. Stress and the irritable bowel syndrome. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2001; 280: G519–24.
29. Efskind PS, Bernklev T, Vatn MH. A double blind placebo-controlled trial with loperamide in irritable bowel syndrome. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31: 463–8.
30. Talley NJ. Drug therapy options for patients with irritable bowel syndrome. *Am J Manag Care* 2001; 7 (suppl 8): S261–7.
31. Houghton LA, Heyman DJ, Whorwell PJ. Symptomatology, quality of life and economic features of irritable bowel syndrome – the effect of hypnotherapy. *Aliment Pharmacol Ther* 1996; 10: 91–5.
32. Boyce P. Psychologic therapies for irritable bowel syndrome. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2001; 4: 323–31.
33. Camillieri M. Management of the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2001; 120: 652–68.
34. Creed F, Ratcliffe J, Fernandez L, Tomenson B, Palmer S, Rigby C et al. Health-related quality of life and health care costs in severe, refractory irritable bowel syndrome. *Ann Intern Med* 2001; 134 (suppl): 860–8.
35. Horwitz BJ, Fisher RS. The irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 2001; 344: 1846–50.
36. Kumar D, Wingate DL. The irritable bowel syndrome: a paroxysmal motor disorder. *Lancet* 1985; 2: 973–7.
37. Mertz H, Naliboff B, Munakata J, Niazi N, Mayer EA. Altered rectal perception is a biological marker of patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1995; 109: 40–52.
38. Van Ginkel R, Voskuil WP, Benninga MA, Taminiu JAJM, Boeckstaens GE. Alterations in rectal sensitivity and motility in childhood irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2001; 120: 31–8.
39. Farthing MJG. Irritable bowel, irritable body, or irritable brain? *BMJ* 1995; 310: 171–5.
40. Naliboff BD, Derbyshire SWG, Munakata J, Berman S, Mandelkern M, Chang L et al. Cerebral activation in patients with Irritable bowel syndrome and control subjects during rectosigmoid stimulation. *Psychosom Med* 2001; 63: 365–75.
41. Silverman DH, Munakata JA, Ennes H, Mandelkern MA, Hoh CK, Mayer EA. Regional cerebral activity in normal and pathological perception of visceral pain. *Gastroenterology* 1997; 112: 64–72.
42. Blomhoff S, Jacobsen MB, Spetalen S, Dahm A, Malt UF. Perceptual hyperreactivity to auditory stimuli in patients with irritable bowel syndrome. *Scand J Gastroenterol* 2000; 35: 583–9.
43. Kumar D, Thompson D, Wingate DL, Veselinova-Jenkins CK, Libby G. Abnormal REM sleep in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1992; 103: 12–7.
44. Blomhoff S, Spetalen S, Jacobsen MB, Malt UF. Phobic anxiety changes the function of brain-gut axis in irritable bowel syndrome. *Psychosom Med* 2001; 63: 959–65.

○