



Legemiddelbehandling av irritabel tarm-syndrom

Irritabel tarm-syndrom er en vanlig tilstand kjennetegnet av knipsmerter i magen, avføringsforstyrrelse og luftplager. Årsaken er ukjent, men motilitetsforstyrrelse og endret gastrointestinal sensitivitet formodes å spille en patogenetisk rolle. Tilstanden er hyppigere hos kvinner enn hos menn. Vanligste alder ved debut er 20–50 år. Irritabel tarm-syndrom er en eksklusjonsdiagnose der man ved hjelp av anamnese, klinisk undersøkelse, blod- og avføringsprøver samt undersøkelse av selve colon, i størst mulig grad kan utelukke andre mage- og tarmsykdommer, spesielt i tykktarmen.

Utredningen har en viktig behandlingseffekt. Tilstanden kan også bedres med reduksjon av inntak av fiber der smerter dominerer, samt bruk av volumøkende laksantia der avføringsforstyrrelse er dominerende i symptomatologien. Analgetika og spesielt opiat, skal ikke gis.

Irritabel tarm-syndrom (colon irritabile) er en tilstand med abdominalsmerter, avføringsforstyrrelser og luftplager uten påvisbar årsak. Smertene sitter oftest nedad i abdomen. Avføringsforstyrrelsen er typisk en vekslende mellom løs og treg avføring, men hos enkelte kan obstipasjon eller diaré være dominerende. Luftplagene består i distensjonsfølelse i buken, flatulens med lindring av disse plager samt smerter ved luftavgang. Irritabel tarm-syndrom er en eksklusjonsdiagnose. Tilstanden er hyppig (1) og mer vanlig hos kvinner enn hos menn (2). Den debuterer som regel hos yngre eller middelaldrende voksne. Pasienter med irritabel tarm-syndrom har ingen gastrointestinal blødning.

For å sikre diagnosen skal symptomatologien være noenlunde typisk og det skal være normale forhold ved klinisk undersøkelse. Videre skal blodprøvene ikke vise noen patologiske forhold, spesielt skal hemoglobin- og CRP-verdiene være normale og prøver på okkult blod i avføringen skal være negative. Siden dette er en kronisk tilstand er det også rimelig at det gjøres en undersøkelse av det symptomgivende organ, colon, og da helst i form av en koloskopi. Det er imidlertid ikke nødvendig å gjenta denne undersøkelsen ved

Helge L. Waldum

helge.waldum@medisin.ntnu.no

Medisinsk avdeling

St. Olavs Hospital

7006 Trondheim

Hovedbudskap

- Irritabel tarm-syndrom er en eksklusjonsdiagnose basert på anamnese, normal klinisk undersøkelse, normale generelle blodprøver, fravær av blod i avføringen og normale forhold ved undersøkelse av colon, helst med koloskopi
- Pasienten bør anbefales å holde seg borte fra mat som vedkommende mener kan gi plager. Videre kan man advare mot fiberrik kost dersom smerter er et dominerende symptom. Ved avføringsforstyrrelser, både obstipasjon og/eller diaré, vil man kunne ha effekt av volumøkende laksantia
- Analgetika har ingen plass i behandlingen av irritabel tarm-syndrom. Behandling med antidepressiver, antikolinerge midler og forskjellige medikamenter som påvirker serotoninreseptorer, anbefales ikke



Figur 1 Uttalte kontraksjoner i tykktarm hos pasient med obstipasjon og knipsmerter forenlig med irritabel tarm-syndrom

residiv av tilsvarende symptomer. Dersom diaré er den dominerende avføringsforstyrrelse, bør man overveie laktosebelastning samt ta blodprøver med tanke på malabsorpsjon, som ferritin, folat i serum og erytrocytter, vitamin B₁₂, kalsium, samt antistoff mot transglutaminase. Videre kan man undersøke på cromogranin A i blod for å utelukke karsinoid tumor.

Behandling

Det viktigste i behandlingen av irritabel tarm-syndrom er å gjøre en omsorgsfull og nøyaktig undersøkelse slik som skissert ovenfor, fordi symptomene naturlig nok medfører engstelse for ondartet sykdom i tykktarm. Dietetisk er det erfaring for at slaggrik kost kan forverre smerter. Fint brød og restriktivt inntak av enkelte grønnsaker, spesielt rå grønnsaker som kål etc., kan redusere smertene. Psykoterapeutisk tilnærming har vært forsøkt, og kan kanskje ha en viss effekt. Imidlertid er det usikkert hvor mye psykiske faktorer spiller i patogenesen av tilstanden, og i de aller fleste tilfeller vil psykoterapeutiske tiltak overfor disse pasientene være unødvendige og overdrevent. Generell bruk av antidepressiver frarådes.

Samlet sett bør man være tilbakeholden med medikamentell behandling ved irritabel tarm-syndrom. Volumøkende laksantia «normaliserer» avføringen både ved diaré og obstipasjon (3) og kan forsøkes. Man regner med at motilitetsforstyrrelse er viktig i patogenesen (fig 1) (4). Imidlertid er effekten av medikamenter som påvirker motilitet dårlig dokumentert. Det bør mane til forsiktighet at cisaprid, et såkalt prokinetikum som virker via en serotoninreseptor og fører til økt frigjøring av acetylkolin fra nerveceller (5), etter mange års bruk nå har vist seg å kunne ha letale bivirkninger (6). Tatt i betraktning at disse medikamentene i beste fall har en marginal effekt, tilsier dette at man skal være forsiktig ved bruk av slike medikamenter ved irritabel tarm-syndrom.

Gastrointestinal motilitet er meget komplisert. Det er grunn til å tro at det vil bli vanskelig å finne medikamenter som kun angriper den postulerte patologiske motilitet ved colon irritabile. Den partielle 5-HT₄-agonisten tegaserod reduserte symptomene hos 60 %, (mot 48 % ved placebo) i en studie med pasienter med irritabel tarm-syndrom med obstipasjonspreg (7). Imidlertid har loperamid effekt på diaré ved irritabel tarm-syndrom (8).

Det antas at gastrointestinal sensitivitet er endret ved colon irritabile (9). Antagonister for serotoninreseptor type 3 (5-HT₃-antagonister) har vært anført å redusere gastrointestinal hypersensitivitet og bedre motilitetsforstyrrelsen ved colon irritabile (10). Men i en klinisk studie var effekten av alosetron marginal og neppe klinisk signifikant (11). Dette preparatet er senere trukket tilbake av produsenten.

Pasienter med irritabel tarm-syndrom har ikke så sterke smerter at de har behov for behandling med analgetika og spesielt ikke opiater.

Spalten er redigert av Olav Spigset i samarbeid med Avdeling for legemidler ved St. Olavs Hospital og de øvrige klinisk farmakologiske miljøene i Norge



Se også kunnskapsprøve på
www.tidsskriftet.no/quiz

Annonse

Litteratur

1. Jones R, Lydeard S. Irritable bowel syndrome in the general population. *BMJ* 1992; 304: 87–90.
2. Drossman DA, Whitehead WE, Camilleri M. Irritable bowel syndrome: a technical review for practice guideline development. *Gastroenterology* 1997; 112: 2120–37.
3. Olden KW, Schuster MM. Irritable bowel syndrome. I: Feldman M, Sleisenger MH, Scharschmidt BF, red. *Gastrointestinal and liver disease. Pathophysiology/diagnosis/management*. Philadelphia: Saunders, 1997: 1536–48.
4. Gorard DA, Vesselinova-Jenkins CK, Libby GW, Farthing MJ. Migrating motor complex and sleep in health and irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 2383–9.
5. Wiseman LE, Faulds D. Cisapride. An updated review of its pharmacology and therapeutic efficacy as a prokinetic agent in gastrointestinal motility disorders. *Drugs* 1994; 47: 116–52.
6. Napolitano C, Schwartz PJ, Brown AM, Ronchetti E, Bianchi L, Pinnavaia A et al. Evidence for a cardiac ion channel mutation underlying drug-induced QT prolongation and life-threatening arrhythmias. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2000; 11: 691–6.
7. Muller-Lissner SA, Fumagalli I, Bardhan KD, Pace F, Pecher E, Nault B et al. Tegaserod, a 5HT₄ receptor partial agonist, relieves symptoms in irritable bowel syndrome patients with abdominal pain, bloating and constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15: 1655–66.
8. Jaiwal J, Imperiale TF, Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2000; 133: 136–47.
9. Mayer EA, Gebhart GF. Basic and clinical aspects of visceral hyperalgesia. *Gastroenterology* 1994; 107: 271.
10. DePunti F, Malagelada JR. Functional gut disorders: from motility to sensitivity disorders: a review of current and investigational drugs for their management. *Pharmacol Ther* 1998; 80: 49–88.
11. Camilleri M, Northcutt AR, Kong S, Dukes GE, McSorley D, Mangel AW. Efficacy and safety of alosetron in women with irritable bowel syndrome: a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2000; 344: 1035–40. ○