

İrritabl Bağırsak Sendromu (İBS)

Doç. Dr. Reşat DABAK
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Devlet Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Özet

İrritabl Bağırsak Sendromu (İBS), toplumda %10-20 oranında görülen, etyopatogenezi tam olarak bilinmeyen, kronik ve tekrarlayıcı bir hastalıktır. Yaşamı tehdit etmemekle birlikte, hastanın yaşam kalitesini (QoL) önemli şekilde bozabilir.

İBS birinci basamakta en sık görülen hastalıklar arasında olmakla birlikte, hastalarının ancak %30'u hekime başvurur.

İBS'li hastalarda hem gastrointestinal hem de ektraintestinal şikayetlerin olduğu geniş bir semptom yelpazesi görülebilir. Kronik karın ağrısı ve bağırsak alışkanlığındaki değişimler non spesifik bulgular olsa da İBS'nin primer özellikleridir.

İBS tedavisinin amacı semptom ve hastanın endişelerinin giderilmesidir ve bilinen bir "Kür" yoktur.

Anahtar kelimeler: irritable bağırsak, karın ağrısı, kronik

Irritable Bowel syndrome

Summary

Irritable bowel syndrome (IBS) is a chronic and relapsing disease in nature with unknown aetiology with an incidence of 10-20% in the community. Although it does not threaten life, it may alter the patient's quality of life to a considerable degree.

Although IBS is one of the diseases most commonly encountered in primary care, only 30% of the patients ask for physician's help.

In IBS, a wide spectrum of symptoms both gastrointestinal and extra-intestinal origin can exist. Despite their nonspecificity, chronic abdominal pain and changes in bowel habits are the primary features of IBS.

The aim of the treatment in IBS is the patient reassurance and symptom control and there is no known cure for the disease.

Key words: Irritable bowel, abdominal pain, chronic

İrritabl barsak sendromu (İBS), tüm dünyada yaygın, halk arasında "huzursuz bağırsak sendromu" olarak da bilinen, klasik olarak karın ağrısı (veya rahatsızlık hissi), şişkinlikle beraber dışkılama alışkanlığı değişikliği ile ifade edilen fonksiyonel gastrointestinal (GI) bozukluktur. Etyopatogenezi tam olarak bilinmeyen, kronik, tekrarlayıcı ve mutlak tedavisi olmayan ve genellikle birinci basamak hekiminin daha sık gördüğü bir hastalıktır. Görülme sıklığı toplumda %10-20 oranında, insidansı yaklaşık %1 olan,

yaşamı tehdit etmemekle birlikte, hastanın yaşam kalitesini (QoL) önemli şekilde bozabilen bir hastalıktır. Tüm ırk ve yaşları ve her iki cinsi de etkileyen bir sorundur. Ülkemizde de yapılan çalışmalarda İBS verileri Avrupa ile benzerdir. İBS tüm yaşlarda görülebilmektedir ve kadın/erkek oranı 2.4/1 olarak bildirilmiştir.

Patofizyoloji

1. Anormal intestinal motor aktivite

- Uyarılmış kolonda motor aktivite bozuktur.
- Normal kimselerde yemekten 20-30 dk sonra kolonda aktivite gözlenir.
- Konstipasyonun baskın (predominant) olduğu İBS'de motilite azalırken, diyarenin baskın olduğu İBS'de motilite artmıştır.

2. Visseral duyu algılama bozukluğu

- Ağrı, gaz ve şişkinlik hislerinin algılanmasında bozukluk mevcuttur.
- Gerçek gaz volümü hasta olmayanlardan farklı değildir.
- Postprandiyal ağrı artmış rektosigmoid basınçla ilişkilidir.

3. Psikolojik bozukluk

- Psikolojik stres gastrointestinal semptomları tetikler veya alevlendirir.
- Anksiyete, fobi ve somatizasyon sıklığı.
- Stres su, mukus ve elektrolit sekresyonunu artırır.

4. Luminal faktörlerin rolü

- Postenfeksiyöz İBS'de entero-endokrin hücrelerde ve T lenfositlerde artış bildirilmiştir.
- %10'unu oluşturur
- Karın ağrısı, acil dışkılama ihtiyacı, şişkinlik ve mukus dışkılama görülür.
- Enterokromaffin hücrelerde artışın serotonin artışına neden olarak İBS'ye neden olduğu düşünülmektedir.

Tanı

İBS'li hastalarda hem gastrointestinal hem de ektraintestinal şikayetlerin olduğu geniş bir semptom yelpazesi görülebilir. Yine de kronik karın ağrısı ve bağırsak alışkanlığındaki değişimler non spesifik bulgular olsa da İBS'nin primer özellikleridir.

Kronik karın ağrısı

İBS'nin olmazsa olmaz kriteridir

İBS'de karın ağrısı çoğunlukla değişken yoğunluk ve periyodik alevlenmeleri olan kramp tarzında bir his olarak

Tablo 1: Manning tanı kriterleri**Son 1 yılda > 6 kez olan karın ağrısı ve birlikte aşağıdaki semptomlardan 2 tanesi:**

- Karın ağrısı
 - Defekasyon ile rahatlama
 - Yumuşak gaita
 - Daha sık dışkılama
- Abdominal distansiyon
- Mukus artışı
- Yeterli boşalamama hissi

Tablo 3: Tanı yöntemleri

- < 50 yaş
- Tam kan, elektrolitler, karaciğer enzimleri
 - Tiroid hormonları,
 - GGK, sigmoidoskopi
- > 50 yaş
- Tam kan, elektrolitler, karaciğer enzimleri
 - Tiroid hormonları,
 - Kolonoskopi veya çift kontrast kolon grafisi + sigmoidoskopi

tanımlanır. Ağrının yeri ve karakteri büyük ölçüde değişkenlik göstermekle birlikte, %25 hipogastriumda, %20 sağ kolik bölgede, %20 sol kolik bölgede, %10 epigastriumdadır ve genellikle gündüz çalışma periyodunda olur.

Bağırsak alışkanlıklarında değişiklik: İBS'li hastalar diyare, konstipasyon alternan diyare ve konstipasyon, diyare ve/veya konstipasyonla beraber normal dışkılamaya kadar pek çok dışkılama değişikliği ile başvurabilirler.

Diyare: Küçük veya orta miktarda olur, dışkılama çoğunlukla sabahları veya yemeklerden sonradır. Barsak hareketlerinde önce genellikle alt karın ağrısı ve fekal inkontinansa varabilen acil dışkılama ihtiyacı oluşur. Dışkılama sonrası boşalamama hissi vardır.

Konstipasyon: Günler ve aylar sürebilir, arada diyare veya normal barsak fonksiyonu görülebilir. Dışkı sert ve topak şeklindedir. Rektum boşalsa bile hastalar boşalamama hissinden yakınırlar.

Diğer GİS semptomları: Gastroözofajial reflü hastalığı (GÖRH), dispepsi, erken açlık, intermittan disfaji, bulantı, non-kardiyak göğüs ağrısı, geğirme, abdominal şişkinlik, artmış gaz üretmedir.

Gastrointestinal sistem dışı semptomlar: Letarji, sırt ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi, üriner semptomlar, "dyspareunia" ve seksüel fonksiyon bozukluğu, dismenore, depresyon, anksiyete, hipertansiyon, romatolojik semptomlar (fibromyalji) olarak özetlenebilir.

Tanı kriterleri: Tanı için Manning ve Roma III kriterleri kullanılabilir (Tablo1, tablo 2).

Tanı yöntemleri

Tanı yöntemleri yaşla birlikte farklılıklar göstermekte olup her hasta ayrı ayrı düşünülmelidir (Tablo 3).

İBS'nin semptoma dayalı kriterlerini karşılayan hastalarda tahlil öncesi İBH, Kolorektal CA veya enfeksiyöz diyare olması olasılığı %1'in altındadır.

Çölyak hastalığının olması olasılığı ise genel

Tablo 2: Roma III tanı kriterleri

- Son 3 ayda, ayda 3 günden daha fazla süreyle karın ağrısı veya rahatsızlık hissi (semptomlar 6 aydan daha uzun süreli olmalı)
- Aşağıdakilerden 2 si veya daha fazlası ile birlikte
 - Defekasyon ile karın ağrısının rahatlama
 - Gaita sıklığında değişiklik
 - Gaita şeklinde (görünüşünde) değişiklik
- **Tanrı destekleyici semptomlar:**
 - Anormal dışkı sıklığı (Haftada <3 veya günde >3 den fazla)
 - Anormal gaita (Sert, keçi pisiği gibi veya gevşek, sulu)
 - Mukuslu gaita
 - Barsak gazı veya abdominal distansiyon
 - Tam boşalamama hissi
 - Defekasyonda ıkınma

Tablo 4: Alarm semptomları

- Semptom başlangıcı >50 yaş
- Kilo kaybı (> 5 kg)
- Hematokezya
- Kronik şiddetli diyare
- Gece semptomları
- Ailede kolon kanseri öyküsü
- Anormal FM (Ateş, artrit, LAP, kitle, deri lezyonları)
- Anormal laboratuvar (Anemi, lökositoz, yüksek sedimentasyon, yüksek CRP)

popülasyondan 10 kat fazladır. İBS tanısı her ne kadar güvenli bir tanı olsa da alarm semptomlarının (Tablo 4) gözden kaçırılmaması ve bunların varlığında ek tahlillerin yapılması gereklidir.

İBS ile örtüşme ve komorbidite gösteren durumlar İBS ile örtüşme ve komorbidite gösteren pek çok durum vardır ve bu durumlarda İBS tedavisinin direnci artmaktadır. Bunlar:

1. Gastrointestinal motilite bozuklukları (kronik konstipasyon, fonksiyonel dispepsi, GÖRH)
2. Motilite dışı gastrointestinal bozukluklar (Çölyak Hastalık, Laktoz intoleransı)
3. Somatik durumlar (Fibromiyalji, kronik yorgunluk sendromu) dır.

Tedavi**Genel prensipler**

İBS, kronik bir durum olup bilinen bir "Kür" yoktur. Tedavinin amacı semptom ve hastanın endişelerinin giderilmesidir. Bu süreçte önemli bir komponent de hasta-doktor ilişkisidir ve bu ilişkide doktor, yargılayıcı olmamalıdır, gerçekçi beklentiler oluşturmalıdır ve hastayı tedavi planına ortak etmelidir. Yine tedavi için önemli bir durum da hastanın doktora gelmesine neyin yol açtığına bilinmesidir ki bunlar:

- Yakın zamanda alevlendirici faktörler (ilaçlar, diyet değişiklikleri)
- Kanser endişesi
- Stres
- Gizli niyetler (rapor, narkotik reçetesi)
- Psikiyatrik komorbidite olabilir.

Tedavi basamakları

1. Hasta eğitimi

Hastalara İBS'nin kronik ve beniyen bir hastalık olduğu anlatılmalı, tanı (eğer kesinse) değişmeyeceği, zaman zaman semptom ve şikayetlerde değişiklik olabileceği söylenip, yaşam sürecinin normal olacağı belirtilmelidir.

2. Diyet

Diyetle ilgili detaylı bir anamnez alındığında özel bazı yiyeceklerle semptom ilişkisi tespit edilebilir. Etkinlikleri kanıtlanmasa da diyetle ilgili pek çok girişim tarif edilmiştir. Öyküde süt ürünleri ve gaz yapıcı gıdaların semptomlarla ilişkisi araştırılmalıdır. Başka gıdaların eliminasyonunun yararı kesin değildir.

3. Psikososyal tedaviler

Motive hastalarda davranış tedavileri önerilir. Hipnoz, biofeedback ve psikoterapinin olumlu etkileri belirtilmiştir. Anksiyete düzeyini azaltır, ağrı toleransını artırır.

4. İlaç tedavisi

İlaçlar İBS tedavisinde sadece yardımcıdır. Seçilecek ilaç hastanın majör semptomuna göre değişebilir (diyare predominant vs kabızlık predominant). Kronik ilaç kullanımı minimal olmalıdır.

Antispasmodikler (Otilonium bromide, cimetropium bromide, hyoscine, alverine sitrat, mebeverine, pinaverium bromide, trimebutine): En sık kullanılan ajanlardır. Belli antispasmodikler kısa süreli rahatlama sağlarlar da uzun süre etkileri gösterilmemiştir. Bu ilaçlar, bağırsak düz kasını direkt olarak gevşeterek ya da antikolinergik veya antimuskarinik özellikleri dolayısıyla etki ederler. Antispasmodiklerin gastrointestinal düz kasını selektif olarak inhibe etmeleri, kolonun stimülasyona bağlı motor aktivitesini azaltır ve postprandiyal karın ağrısı, gaz, şişkinlik ve acil tuvalet ihtiyacı duyan hastalarda faydalı olabilir.

Yine günümüzde yapılan uluslararası, çok merkezli, çift kör, randomize, plasebo kontrollü faz 4 çalışmasında (İBS'de etkinlik ve güvenilirlik çalışması) antispasmodik

içeren kombine tedavilerin (Alverine + simetikon) plaseboya karşı, ağrının ve barsak problemlerinin giderilmesinde üstün olduğu bulunmuştur.⁵

Antidepresanlar: Mood düzenleyici etkilerinin yanında analjezik etkileri de vardır. Endojen endorfin salınımını kolaylaştırarak norepinefrin geri alınımını engelleyerek ve ağrı nöromodülatörü olan serotoninin blokajıyla, trisiklik anti depresanlar (TCA) ve muhtemelen Selective Serotonin Reuptake inhibitör'leri (SSRI) ağrıyı azaltırlar.

TCA'lar antikolinergik özelliklere sahip olduklarından intestinal geçiş zamanının kısaltırlar. Diyare baskın İBS'de bu durumun faydası görülür. Kısıtlı derecede kanıt TCA'nın karın ağrısında yararını destekler. TCA ile ağrı kontrolü için depresyon için kullanılan dozlardan daha düşük dozlar gerekir. Tedaviyi yetersiz bulmadan veya doz arttırmadan önce 3-4 hafta beklemek gerekir.

Yapılan bir meta analizde incelenen 789 hastada antidepresanların, plaseboya göre ağrı kontrolü ve global semptom kontrolünde daha başarılı olduğu görülmüştür. Sık kullanılan TCA'lar (amitriptyline, imipramine, nortriptyline, ve desipramine) konstipasyonla giden İBS hastalarında çok dikkatli kullanılmalıdır. SSRI'lar (paroxetine, fluoxetine ve sertraline) depresyon bir kofaktörse İBS'de kullanılabilir.

Çocuklarda ise antidepresan etki kanıtlanmamıştır.

Antidiyaretik ajanlar: Diyare yatkın İBS lilerde dışkı volümü aynı olsa da dışkı yumuşak ve sıktır.

Yapılan çalışmalarda loperamidin plaseboya göre diyare tedavisinde daha etkin olduğu gösterilmiştir. Ama diğer İBS semptomları ve karın ağrısında faydası yoktur.

Benzodiazepinler: Duruma bağlı anksiyeteyi yatıştırmak için kısa süreli (2 hafta kadar) kullanılabilir.

Antibiyotikler: Antibiyotik (Metronidazol, rifaximin) tedavisinin İBS' de işe yarayabileceğine dair tek tük raporlar vardır. Çoğunlukla bakteri üremesini engelleyerek şişkinliği azaltırlar. Ama abdominal ağrı ve bağırsak alışkanlığı değişikliğinde rolleri yoktur.

Alternatif Tedaviler: Bitki tedavileri, akupunktur, enzim takviyesi ve probiyotik gibi tedavilerin etkinlikleri bilinmemektedir.

Kaynaklar

1. Arnold Wald A. "Treatment of irritable bowel syndrome" http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=gi_dis/5811&selectedTitle=1%7E150&source=search_result
2. Wald A. "Patient information: Irritable bowel syndrome" http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=digestiv/8576&selectedTitle=3%7E150&source=search_result
3. Ford AC, Talley NJ, Spiegel BM, Foxx-Orenstein AE, Schiller L,

Quigley EM, Moayyedi P. "" BMJ. 2008 Nov 13;337:a2313. doi: 10.1136/bmj.a2313.

4. Pimentel M. "" Expert Opin Investig Drugs. 2009 Mar;18(3):349-58.

5. Wittmann T, Paradowski L, Ducrotté P, Bueno L, Andro Delestrain MC. "" Aliment Pharmacol Ther. 2010 Mar;31(6):615-24. Epub 2009 Dec 10.