

Behandling af irritable tyktarm

Janne Fassov¹, Lotte Fynne² & Anne Lund Krarup^{3,4}



**KLINISK
PRAKSIS**

STATUSARTIKEL

- 1) Medicinsk Hepato-gastroenterologisk Afdeling V, Aarhus Universitetshospital
- 2) Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg
- 3) Gastroenterologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital
- 4) Medicinsk Center, Sygehus Vendsyssel

Ugeskr Læger
2016;178:V12150945

Irritable tyktarm (IBS) er en funktionel mave-tarm-lidelse. Syndromet er karakteriseret ved tilbagevendende mavesmerter/ubehag, der opstår med en samtidig ændring i afføringsfrekvensen og/eller afføringskonsistensen. Diagnosen stilles som en positiv diagnose ud fra en anamnese, der opfylder Rom III-kriterierne [1], støttes af Manningkriterierne [2], kræver få blodprøver og har fravær af alarmsymptomer [3]. Den seneste metaanalyse viste en global prævalens på 11% (spændvidde: 9,8-12,2%) [4], mens der i Danmark er en national prævalens på 16% [5].

Da IBS-populationen ikke er en heterogen gruppe, har man med Rom III-kriterierne valgt at subgruppere patienterne i henhold til deres dominerende afføringsform: diarrédomineret IBS (IBS-D), forstoppelsesdomineret IBS (IBS-C) og afføringsvekslende domineret IBS (IBS-M) [6]. Subgrupperne udgør hver en tredjedel af den samlede IBS-population. I de senere år er man blevet opmærksom på, at flere patienter (op til 75%) kan skifte subgruppe under deres IBS-forløb.

IBS kan medføre betydeligt reduceret livskvalitet [7] og har betragtelige omkostninger for samfundet i form af kontakter til sundhedsvæsenet og sygefravær. Formålet med denne artikel er at give en evidensbaseret vejledning i den tilgængelige farmakologiske behandling i Danmark.

SYMPTOMER

Kardinalsymptomet ved IBS er intermitterende mavesmerter/ubehag. Ind imellem smerteanfaldene kan pa-

tienterne være smertefrie eller have mildere symptomer. De fleste patienter med IBS har kortvarig lindring af deres smerter/ubehag, efter at de er kommet af med afføring [1].

Ændringer i det vanlige afføringsmønster hos de enkelte patienter med IBS er associeret til deres mavesmerter/ubehag. Det betyder, at afføringen i perioder kan være helt normal, mens den i andre perioder er præget af diarré, forstoppelse eller en vekslen herimellem.

Karakteristisk for IBS-D er en ofte »her og nu-trang« i forbindelse med defækation. Ved IBS-C oplever de fleste derimod sjældent en markant lindring af deres mavesmerter/ubehag efter defækation. Fælles for patienter med IBS er en fornemmelse af ukomplet tømning efter defækation.

Hovedparten af patienterne vil som oftest være generet af oppustethed, som typisk forværres i løbet af dagen og svinder over natten. Oppustetheden kan være relateret til nedsat transitid i mave-tarm-kanalen eller indtag af kost, der medfører en øget gasproduktion. Andre patienter kan føle sig oppustede, uden at det kan ses fysisk. Dette kan muligvis skyldes visceral hypersensitivitet (øget reaktion på stræk af tarmen), som er dokumenteret hos to tredjedele af alle patienter med IBS [8].

BEHANDLING

Internationalt er der konsensus om at basere IBS-behandlingen på det/de dominerende symptomer. Vores anbefalinger ses samlet i en behandlingsoversigt i **Figur 1**, mens detaljer for de enkelte præparater ses i **Tabel 1** og **Tabel 2**.

Læge-patient-forhold

Hjørnestenen i behandling af IBS er et tillidsfuldt læge-patient-forhold samt grundig information om tilstanden og forventningerne til behandlingen [9, 10].

Placebo

Placeboeffekten er grundigt undersøgt hos patienter med IBS, og den ligger på 30-40% i studier af kortere varighed (uger-måneder) og ca. 20% i langtidsstudier [11].

Behandling af mavesmerter

Pebermynteolie

De seneste metaanalyser vedrørende pebermynteolie er

FAKTABOKS

- ▶ 16% af den danske befolkning lider af irritable tyktarm (IBS).
- ▶ IBS kan ikke kureres, men ved reduktion af symptombyrden øges livskvaliteten betragteligt.
- ▶ IBS behandles ud fra det/de dominerende symptomer.
- ▶ Ved mavesmerter anbefales pebermynteolie som førstevalgsbehandling. Antidepressiva kan anvendes ud fra en afvejning af mulige bivirkninger kontra symptombyrde. Vær opmærksom på patienternes IBS-subgruppe.
- ▶ Ved diarré er tilskud af psyllium førstevalgsbehandling evt. i kombination med loperamid. Op til 25% af patienterne med diarrédomineret IBS har samtidig galdesyremalabsorption og kan have gavn af cholestyramin.
- ▶ Ved forstoppelse anvendes konventionelle laksantia. Ved behandlingssvigt kan der behandles med linaclotid.
- ▶ Ved oppustethed anbefales kostrevidering.

 FIGUR 1

Behandling ud fra det dominerende symptom. Start fra toppen og gå videre nedad ved behandlingssvigt. Trin kan udelades ud fra læge- eller patientperspektiv. Farvekoden er baseret på evidens, effekt, *number needed to treat*, *number needed to harm*, bivirkninger, pris og tid til effekt.

Smerter	Diarré	Forstoppelse	Oppustethed
<i>Pebermynteolie</i> 0,2-0,4 ml, kapselform × 3/dag	<i>Psyllium evt. med kalk</i> 1 mål (5 g) × 2-3/dag	<i>Psyllium</i> 1 mål (5 g) × 2-3/dag	<i>Psyllium</i> 1 mål (5 g) × 2-3/dag
<i>Antispasmodika</i> Hyoscinebutylbromid 10-20 mg × 3-5/dag	<i>Loperamid</i> 4 mg × 1-2/dag eller 4 mg × 1 + 2 mg p.n. maks. 16 mg/dag	<i>Osmotiske laksantia</i> Magnesiumoxid, 1 g × 1-2/dag Macrogol (PEG) 1-4 pulvere/dag	Ved forværring pga. psyllium: seponer psyllium og skær ned på fibre i kosten
<i>TCA</i> F.eks. amitriptylin 10-30 mg vesp Evt. optitrering Bivirkning: forstoppelse	<i>Ondansetron</i> 4 mg × 1-3/dag under optitrering Vær opmærksom på stærkt varierende priser afhængigt af udbyder	Tillæg af peristaltikfremmere, p.o. vesp eller rektalt mane F.eks. bisacodyl 5-10 mg vesp eller natriumpikosulfat 5-20 dråber vesp	<i>Rifaximin</i> 550 mg × 2-3/dag i 14 dage Vær opmærksom på høj pris og forventelig behov om rebehandling
<i>SSRI</i> F.eks. citalopram, paroxetin eller fluoxetin 20-40 mg × 1/dag Bivirkning: diarré	<i>Cholestyramin</i> Ingen effekt på IBS-symptomer Vær opmærksom på komorbid galde- malarabsorption hos op til 25% af patienter med IBS-D	<i>Linaclotid</i> 290 µg × 1	<i>Simeticon</i> Aldrig undersøgt hos patienter med IBS
<i>Pregabalin</i> Ingen effekt	-	<i>Prucaloprid</i> 2 mg × 1/dag 1 mg × 1/dag ved alder > 65 år eller nyrefunktion med eGFR < 30 ml/min/1,73 m ²	-
<i>Linaclotid</i> Kun ved samtidig forstoppelse	-	Udrensning ved mistanke om sterkoral diarré	-

eGFR = estimeret glomerulær filtrationshastighed; IBS = irriterabel tyktarm; IBS-D = diarrédomineret IBS; mane = om morgenen; PEG = *polyethylene glycol*; p.o. = oralt; SSRI = selektive serotoninoptagelseshæmmere; TCA = tricykliske antidepressiva; vesp = om aftenen. ■: anbefales; ■: kan anvendes; ■: kan ikke anbefales.

baseret på fire randomiserede, kontrollerede studier (RCT), hvoraf to er fra før årtusindeskiftet [12, 13]. Studierne er fundet sammenlignelige, men har metodologiske problemer af varierende grad. I metaanalyserne har man fundet en smerteeffekt, der er 30% højere end effekten af placebo, samt en overordnet behandlingseffekt, der er 39% højere end effekten af placebo. *Number needed to treat* (NNT) var henholdsvis 4 og 2,5, og den hyppigst rapporterede bivirkning, halsbrand, kunne omgås ved indtagelse af olien i kapselform. Det kan betvivles, om studierne er reproducerbare, men sandsynligheden herfor vurderes af forfatterne til at være lige så stor som for studier af de øvrige spasmolytika. Med baggrund i den sparsomme bivirkningsprofil anbefales pebermynteolie derfor som førstelinjebehandling ved behandlingskrævende IBS-mavesmerter.

Spasmolytika

I en Cochranemetaanalyse fra 2011, baseret på 13 RCT, konkluderede man, at der var en mindre terapeutisk gevinst på 12% for spasmolytika som samlet gruppe [14]. Ses der på de danske, tilgængelige præparater, fandt man i et systematisk review fra 2008 en behandlingseffekt på 17% og NNT på 3,5 for hyoscinebutylbromid ud fra 3 RCT med i alt 426 patienter. Mebeverin fandt man derimod ingen effekt af i et enkelt RCT med i alt 80 patienter [12].

Antidepressiva

Både tricykliske antidepressiva (TCA) og selektive serotoninoptagelseshæmmere (SSRI) er velundersøgte i studier af god kvalitet [9]. Behandlingseffekten er for TCA evalueret specifikt på mavesmerter, mens den for SSRI-præparater er beskrevet som en overordnet effekt. På trods af dette er de to præparatgrupper fundet ligeværdige i den seneste Cochrananalyse [14]. I The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guidelines for IBS 2015 anbefaler man TCA-præparater som førstevalg ved behandling med antidepressiva, og SSRI som andetvalg ved TCA-behandlingsvigt.

Af tilgængelige danske TCA-præparater findes amitriptylin, imipramin og doxepin med en samlet NNT på 4 (spændvidde: 3-6) og en terapeutisk gevinst på 22% [15]. Bemærk at dosis skal reduceres til 10 mg med eventuel optitrering taget om aftenen for at undgå bivirkninger. Af SSRI-præparater findes der citalopram, paroxetin og fluoxetin med et samlet NNT på 4 (spændvidde: 2,5-20) og en terapeutisk gevinst på 20% [15].

Valg af antidepressiva som smertebehandling for IBS skal ske i samråd med patienten, og den mulige bivirkningsprofil skal kunne opveje den gene, som patienten har ved mavesmerterne. Evidensen taler for valg af et TCA-præparat, men der bør også tages højde for patientens subgruppe. Mens TCA-præparaterne generelt kan give forstoppelse som bivirkning, kan SSRI-præparaterne ofte give diarré.

Nye præparater

Linaclo tid, som er en guanylatcyklase C-receptoragonist, er undersøgt i flere veldesignede RCT hos patienter med IBS-C. Præparatet virker dels på smerter, dels på forstoppelse. For smerteprofilen var NNT 14 og behandlingseffekten 7% og 20% højere end placebo efter henholdsvis 12 og 26 ugers behandling [16, 17]. Præparatet skal kun anvendes ved samtidig forstoppelse. Der er incitament for at behandle med linaclo tid, når konventionelle laksantia har slået fejl ved behandling af IBS-C.

Antikonvulsiva

Pregabalin er i et enkelt RCT påvist ikke at være bedre end placebo, og det anbefales derfor ikke som behandling ved IBS-mavesmerter [18].

Behandling af diarré*Psyllium/loppefrøskaller*

Studierne er generelt gamle og af mindre god kvalitet. Effekten er desuden vurderet som overordnet effekt. I en metaanalyse fra 2014 baseret på 7 RCT fandt man en terapeutisk gevinst på 17%, NNT på 7 og betydende

 **TABEL 1**

Studier af behandling af smerter.

Generisk navn	Kommentarer	Dosis	Effekt over placebo, %	NNT, gennemsnit (spændvidde)	NNH, gennemsnit (spændvidde)	Bivirkning	Tid til effekt	Studie - varighed
Pebermynteolie	Metaanalyse, 4 studier, n = 392	0,2-0,4 ml i kapselform × 3/dag	30: 57 bedre på pebermynteolie, 27 bedring på placebo	4	35	Halsbrand	?	1-3 mdr.
Hyoscinebutylbromid	Metaanalyse, subgrupperet	10-20 mg × 3-5/dag	17: 71 bedre på hyoscinebutylbromid, 54 bedre på placebo	3,5 (2-25)	?	Få og milde	?	1-3 mdr.
Mebeverin	1 RCT fra 1986	200 mg × 2/dag	0	-	?	Få og milde	?	15 dage-6 mdr.
Hyoscyamin	Depotpræparat som hyoscinebutylbromid, men aldrig selvstændigt undersøgt	0,4-0,6 mg × 2/dag	?	?	?	Forstoppelse, akkomodationsbesvær	?	15 dage-6 mdr.
Propanthelinbromid	Ingen studier	15-30 mg × 2-3/dag. før måltid	?	?	?	Forstoppelse	?	-
Amitriptylin	Metaanalyse, aftrap evt. efter ½-1 år	10 mg × 1 vesp med optitrering til 30-100 mg	22: 54 bedre på TCA, 33 bedre på placebo	4 (3-6)	9 (5-11)	Døsighed og tør mund, hjerterytmeforstyrrelser	?	6 uger-3 mdr.
Imipramin	Metaanalyse, aftrap evt. efter ½-1 år	10 mg × 1 vesp med optitrering til 30-100 mg	22: 54 bedre på TCA, 33 bedre på placebo	4 (3-6)	9 (5-11)	Døsighed og tør mund, hjerterytmeforstyrrelser	?	6 uger-3 mdr.
Doxepin	Metaanalyse, aftrap evt. efter ½-1 år	12,5 mg × 1 vesp med optitrering til 25-100 mg/dag	22: 54 bedre på TCA, 33 bedre på placebo	4 (3-6)	9 (5-11)	Døsighed og tør mund, hjerterytmeforstyrrelser	?	6 uger-3 mdr.
Citalopram	Metaanalyse, behandlingseffekten er overordnet	20-40 mg × 1/dag	20: 57 bedre på SSRI, 36 bedre på placebo	4 (2,5-20)	9 (5-11)	Diarré, kvalme	?	6 uger-3 mdr.
Paroxetin	Metaanalyse, behandlingseffekten er overordnet	20-40 mg × 1/dag	20: 57 bedre på SSRI, 36 bedre på placebo	4 (2,5-20)	9 (5-11)	Diarré, kvalme	?	6 uger-3 mdr.
Fluoxetin	Metaanalyse, behandlingseffekten er overordnet	20-40 mg × 1/dag	20: 57 bedre på SSRI, 36 bedre på placebo	4 (2,5-20)	9 (5-11)	Diarré, kvalme	?	6 uger-3 mdr.
Pregabalin	1 studie, n = 26	50 mg × 3/dag optitreret med 50 mg × 3/dag hver 4. dag til i alt 200 mg × 3/dag	0	?	?	Mange og svære	< 3 uger	6 uger
Linaclo tid	Effekt kun vist ved IBS-C	290 µg × 1/dag	7 ved 12 uger: 34 bedre på linaclo tid, 27 bedre på placebo 20 ved 26 uger: 37 bedre på linaclo tid, 17 bedre på placebo	13,8 (7-116) 7	?	Diarré	> 4 uger i forhold til smerteprofil	12 uger 26 uger

IBS-C = forstoppelsesdomineret irritable tyktarm; NNH = *number needed to harm*; NNT = *number needed to treat*; RCT = randomiseret kontrolleret studie; SSRI = selektive serotoningenoptagelseshæmmere; TCA = tricykliske antidepressiva; vesp = om aftenen.

TABEL 2

Studier af behandling af diarré, forstoppelse og oppustethed.

Generisk navn	Kommentarer	Dosis	Effekt over placebo, %	NNT, gennemsnit	NNH, gennemsnit	Bivirkning	Tid til effekt	Studievarighed
<i>Stoppende farmaka</i>								
Psyllium/ispaghula	Metaanalyse, 7 RCT Effekt ved overordnede IBS-symptomer	1 mål (5 g) × 2-3/dag	17	7	?	Oppustethed kan forværres	4-12 uger	4-12 uger
Loperamid		2-4 mg × 1-4/dag	30: 40 bedre på loperamid, 10 bedre på placebo	1,5	?	Forstoppelse	< 5 uger	5 uger
Ondansetron	Metaanalyse	4 mg × 1 -3/dag, optitreres over 2 uger fra 4 mg × 1/dag	39: 80 bedre på ondansetron, 41 bedre på placebo	2,7	14	Forstoppelse	1 uge	5 uger
Cholestyramin	Virker kun ved samtidig galdehyremalabsorption	4 g × 2/dag	0	1,3	1,5	Forstoppelse	6 dage	12 mdr.
<i>Orale laksantia</i>								
<i>Osmotiske:</i>								
Psyllium/ispaghula	Metaanalyse, n = 591, 3 RCT	1 mål (5 g) × 2-3/dag	40: 87 bedre på psyllium, 47 bedre på placebo	11	0	Lette mavesmerter	1-2 uger	2-8 uger
Lactulose	Inferior i forhold til PEG	15-30 ml × 1/dag	?	3	?	Oppustethed	10-14 t.	-
Magnesiumoxid	Samme effekt som PEG	500 mg × 1-3/dag	?	3	?	Diarré	10-14 t.	1 uge-6 mdr.
Macrogol (PEG)	Metaanalyse, 5 RCT	1 brev × 1-3/dag	32: 63 bedre på PEG, 31 bedre på placebo	3	0	Oppustethed	10-14 t.	8 dage-6 mdr.
<i>Sekretoriske:</i>								
Bisacodyl	Metaanalyse, n = 735	5-10 mg × 1/dag	38: 60 bedre på bisacodyl, 22 bedre på placebo	3	3	Diarré, mavesmerter	10-14 t.	4 uger
Natriumpikosulfat	Metaanalyse, n = 735	10-20 dråber × 1/dag	38: 60 bedre på bisacodyl, 22 bedre på placebo	3	3	Diarré, mavesmerter	10-14 t.	4 uger
Linaclo tid	Flere RCT	290 µg × 1/dag	20: 34 bedre på linaclo tid, 14 bedre på placebo	6	?	Diarré	2-4 uger	4-12 uger
Prucaloprid	Flere RCT	2 mg × 1/dag (1 mg × 1/dag hvis alder > 65 år)	23: 33 bedre på prucaloprid, 10 bedre på placebo	6	10	Hovedpine 1 uge	4 uger	4-12 uger
<i>Rektalt</i>								
Natriumcitrat	Ingen studier	5 ml × 1/dag	?	?	?	Mavesmerter	1 t.	-
Bisacodyl	Ingen studier	3-5 ml × 1/dag	?	?	?	Mavesmerter	1 t.	-
<i>Udrensning</i>								
Dinatriumfosfat	Ingen studier Fleet, 118 ml	Fosfat, 150 ml ?	?	?	Mavesmerter	24 t.	-	-
Dinatriumfosfat	Ingen studier	45 ml	?	?	?	Mavesmerter	24 t.	-
Natriumpikosulfat	Ingen studier	2 breve, 6-8 t. imellem	?	?	?	Mavesmerter	24 t.	-
Macrogol (PEG) m.m.	Ingen studier	2 l-opløsning	?	?	?	Mavesmerter	24 t.	-
<i>Har ingen plads i forstoppelsesbehandlingen</i>								
Domperidon	Kvalme ved forstoppelse behandles ved at optimere laksantia	-	-	-	-	-	-	-
Metoclopramid	Kvalme ved forstoppelse behandles ved at optimere laksantia	-	-	-	-	-	-	-
<i>Oppustethed</i>								
Rifaximin	Metaanalyse	550 mg × 2/dag eller 550 mg × 3 /dag i 14 dage	9,9	11	10	Som placebo	10-14 dage	10 dage-12 uger
Imogas	Ingen studier	240 mg × 3/dag	?	?	?	Kvalme, forstoppelse	?	-

IBS = irriterbar tyktarm; NNH = number needed to harm; NNT = number needed to treat; PEG = polyethylene glycol; RCT = randomiseret kontrolleret studie.

heterogenitet imellem studierne [19] (Tabel 2). Om end evidensen ikke taler for det, er der international konsensus om anbefaling af psyllium som førstelinje-behandling, da præparatet er billigt og ikke giver betydende bivirkninger [8, 9, 19].

Loperamid

Præparatet er påvist at reducere afføringsfrekvensen med 30% hos patienter med IBS-D i et RCT fra 1996 med 90 patienter (40% i behandlingsgruppen og 10% i placebogruppen) [20]. Loperamid kan give mavesmerter.

Ondansetron

Præparatet er undersøgt i et RCT fra 2014 med 120 patienter [21]. Respons vurderet som 50% færre dage med maksimalt én tynd afføring var 39% højere i behandlingsgruppen end i placebogruppen. NNT var 2,7, og *number needed to harm* (NNH) var 14 med væsentligste bivirkning i form af forstoppelse. Prisen kan være en barriere for patienterne. Præparatet synes at være lovende, hvorfor flere RCT inødeses.

Cholestyramin

Præparatet er ikke påvist at have effekt på IBS-symptomer [22]. Derimod er det effektivt ved diarré forårsaget af galdesyremalabsorption, der ses hos op til 25% af patienterne med IBS-D [23]. Der er derfor basis for at behandle med cholestyramin hos patienter, der har IBS-D og samtidig galdesyremalabsorption.

Behandling af forstoppelse

Al foreliggende evidens for brug af laksantia er baseret på RCT med patienter med kronisk forstoppelse. De gældende retningslinjer for konventionel laksantiabehandling ved kronisk forstoppelse er dog alment accepteret overført på patienter med IBS-C.

Psyllium/loppefrøskaller

Præparatet er i en metaanalyse baseret på tre RCT med i alt 591 patienter påvist at have en overordnet terapeutisk gevinst på 40%, men med NNT på 11 [24] (Tabel 2).

Osmotisk virkende laksantia

Præparaterne er førstevalget, når psyllium ikke har tilstrækkelig effekt. NNT var 3, og der var færre bivirkninger end ved de peristaltikfremmende laksantia. Magnesiumoxid og macrogol er fundet at være superiøre i forhold til lactulose, som giver hyppige bivirkninger i form af oppustethed og mavesmerter [25].

Peristaltikfremmende laksantia

Præparaterne tillægges ved manglende/utilstrækkelig effekt af de osmotisk virkende laksantia. NNT var 3, og

NNH var 3 [26]. Det er vigtigt, at patienterne selv lærer at op- og nedtitrere afhængig af afføringens konsistens.

Nye præparater

Linaclotid, der er en guanylatcyklase C-receptoragonist, er undersøgt i flere højkvalitets-RCT. Præparatet virker samme sted som koleratoksin ved at medføre secerering af væske til tarmlumen med samtidig modulering af de perifere sensoriske nerver. Linaclotid er påvist at have en effekt på både afføringsfrekvens, mavesmerter og oppustethed med NNT på 6 [16, 17]. Effekten på afføringsfrekvensen indsætter i løbet af de første uger, mens effekten på smerter først ses efter uger til måneder. Præparatet er behæftet med en del bivirkninger, typisk i starten, hvor diarré er det mest dominerende. Ved persistierende bivirkninger kan dosis halveres.

Prucaloprid, der er en serotoninagonist af 5-HT₄-typen, er ikke undersøgt hos patienter med IBS-C. Da der er et stort overlap mellem patienter med IBS-C og patienter med kronisk forstoppelse, kan præparatet forsøges, hvis konventionelle laksantia og linaclotid ikke har haft effekt. Prucaloprid virker peristaltikfremmende med direkte effekt på tarmens muskulatur. I flere RCT har man dokumenteret en signifikant øgning af afføringsfrekvensen, NNT 6, NNH 10 [27].

Oppustethed

Fibre

Ved et fiberindtag på under 21 g/dag for mænd og 30 g/dag for kvinder er loppefrøskaller det bedst dokumenterede fibertilskud, specielt ved samtidig forstoppelse [8]. Tilskud af havre og hørfrø samt en fordeling af kostfibre over hele dagen anbefales af NICE-guidelines for IBS.

Antibiotika

Rifaximin er undersøgt i en metaanalyse med få, men veldefinerede studier [28]. NNT var 11, og der var en terapeutisk gevinst på 9,9% (Tabel 2). Effekten er dog kun kortvarig, og prisen er bekostelig. Det er endnu uvist, om repeterende behandling med antibiotika kan påvirke tarmens mikrobiom/homøostase på længere sigt. Med den nuværende viden anbefales rifaximin ikke.

Simeticon

Aktiveret simeticon er ikke undersøgt hos patienter med IBS. Præparatet kan ikke anbefales.

KONKLUSION

Mere end hver tiende dansker lider af IBS. Tilstanden kan ikke kureres, men hvis patienternes symptombyrde kan behandles, vil deres livskvalitet øges betragteligt. Hjørnestenen er et godt læge-patient-forhold, grundig information om lidelsen, livsstilsgennemgang og en

forventningsafstemning. Uagtet hvilket eller hvilke symptomer der er dominerende hos den enkelte patient med IBS, er der behandlingsmuligheder. Placeboeffekten ved IBS er generelt høj, men det bør ikke få de behandlende læger til at afstå fra at agere, hvis der er et behandlingsbehov. Det er nyttigt at holde sig for øje, at 80% af alle patienter med IBS vil opleve en bedring i deres tilstand med årene.

SUMMARY

Janne Fassov, Lotte Fynne & Anne Lund Krarup:

Irritable bowel treatment

Ugeskr Læger 2016;178:V12150945

More than every tenth Dane have irritable bowel syndrome. The condition is diagnosed by a positive strategy including fulfilment of the Rome III criteria, absence of alarm symptoms, and if needed a few paraclinical tests. Currently, there is no cure of the disorder. Treatment is recommended on a symptom-based approach targeting the dominating symptom/symptoms. If symptoms are reduced, the quality of life is considerably improved.

KORRESPONDANCE: Janne Fassov. E-mail: janfas@rm.dk

ANTAGET: 15. juni 2016

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 29. august 2016

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
- Manning AP, Thompson WG, Heaton KW et al. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J* 1978;2:653-4.
- Engsbro AL, Bytzer P. Udredning af patienter med symptomer på colon irritabile. *Ugeskr Læger* 2014;176:V08130528.
- Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012;10:712-21.
- Krogsgaard LR, Engsbro AL, Bytzer P. The epidemiology of irritable bowel syndrome in Denmark. *Scand J Gastroenterol* 2013;48:523-9.
- Drossman DA, Corazzari E, Delvaux M et al. Appendix B: Rome III diagnostic criteria for functional gastrointestinal disorders. *Rev Gastroenterol Mex* 2010;75:511-6.
- Monnikes H. Quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2011;45(suppl):S98-S101.
- Spiller R, Aziz Q, Creed F et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut* 2007;56:1770-98.
- Chey WD, Kurlander J, Eswaran S. Irritable bowel syndrome: a clinical review. *JAMA* 2015;313:949-58.
- Drossmann DA. 2012 David Sun lecture: helping your patient by helping yourself – how to improve the patient-physician relationship by optimizing communication skills. *Am J Gastroenterol* 2013;108:521-8.
- Enck P, Horing B, Weimer K et al. Placebo responses and placebo effects in functional bowel disorders. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2012;24:1-8.
- Ford AC, Talley NJ, Spiegel BM et al. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2008;337:a2313.
- Khanna R, Macdonald JK, Levesque BG. Peppermint oil for the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Gastroenterol* 2014;48:505-12.
- Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ et al. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;8:CD003460.
- Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS et al. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut* 2009;58:367-78.
- Rao S, Lembo AJ, Shiff SJ et al. A 12-week, randomized, controlled trial with a 4-week randomized withdrawal period to evaluate the efficacy and safety of linaclotide in irritable bowel syndrome with constipation. *Am J Gastroenterol* 2012;107:1714-24.
- Chey WD, Lembo AJ, Lavins BJ et al. Linaclotide for irritable bowel syndrome with constipation: a 26-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial to evaluate efficacy and safety. *Am J Gastroenterol* 2012;107:1702-12.
- Houghton LA, Fell C, Whorwell PJ et al. Effect of a second-generation alpha2delta ligand (pregabalin) on visceral sensation in hypersensitive patients with irritable bowel syndrome. *Gut* 2007;56:1218-25.
- Moayyedi P, Quigley EM, Lacy BE et al. The effect of fiber supplementation on irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2014;109:1367-74.
- 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.
- Garsed K, Chernova J, Hastings M et al. A randomised trial of ondansetron for the treatment of irritable bowel syndrome with diarrhoea. *Gut* 2014;63:1617-25.
- Fernandez-Banares F, Esteve M, Salas A et al. Systematic evaluation of the causes of chronic watery diarrhea with functional characteristics. *Am J Gastroenterol* 2007;102:2520-8.
- Slatery SA, Niaz O, Aziz Q et al. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of bile acid malabsorption in the irritable bowel syndrome with diarrhoea. *Aliment Pharmacol Ther* 2015;42:3-11.
- Prior A, Whorwell PJ. Double blind study of ispaghula in irritable bowel syndrome. *Gut* 1987;28:1510-3.
- Lee-Robichaud H, Thomas K, Morgan J et al. Lactulose versus polyethylene glycol for chronic constipation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;7:CD007570.
- Ford AC, Soares NC. Effect of laxatives and pharmacological therapies in chronic constipation: systematic review and meta-analysis. *Gut* 2011;60:209-18.
- Camilleri M, Kerstens R, Ryckx A et al. A placebo-controlled trial of prucalopride for severe chronic constipation. *N Engl J Med* 2008;358:2344-54.
- Menees SB, Maneeratannaporn M, Kim HM et al. The efficacy and safety of rifaximin for the irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2012;107:28-35.