

Tarmkanalens funktionsrubbingar

Bodil Ohlsson, Akutcentrum, Skånes universitetssjukhus, Malmö
Mikael Truedsson, Vårdcentralen Lundbergsgatan, Malmö

Inledning

Det finns olika slag av funktionella tarmrubbingar (Faktaruta 1), men Irritable Bowel Syndrome (IBS) är den vanligaste med en prevalens runt 10–15% i befolkningen (1). En internationell arbetsgrupp har utarbetat kriterier för klassifikation av de olika rubbingarna. Denna är baserad på patientens symtom, de s k Rom III-kriterierna (Faktaruta 2) (2).

Irritable Bowel Syndrome är vanligast bland kvinnor, och människor i alla åldrar drabbas. Orsaken till symtomen vid IBS är okänd, men flera olika mekanismer har sannolikt betydelse inom såväl arv som miljö, exempelvis kost, genomgången gastroenterit, visceral sensibilitet, motorikstörningar och psykologiska trauman.

Patogenes

Motorikstörningar

En störd motorik i mag-tarmkanalen är väl dokumenterad vid IBS. Man har beskrivit en ökad gastrokolisk reflex hos dessa patienter. Studier har visat en ökad motorik i sigmoideum efter födointag (3).

Visceral sensibilitet

Upplevelse av smärta har en komplicerad bakgrund och modifieras av inlärning, emotionella upplevelser, kulturella och psykosociala faktorer. Vid IBS har en ökad känslighet för distention av kolon och rektum påvisats (4). Visceral hyperalgesi kan även

Indelning av funktionella tarmrubbingar

Irritable Bowel Syndrome
Funktionell uppspändhet
Funktionell förstoppning
Funktionell diarré
Ospecificerad funktionell tarmsjukdom

Rom III-kriterierna

Återkommande buksmärta eller obehag under minst 3 dagar/månad de 3 senaste månaderna. Symtomdebut för minst 6 månader sedan och med minst 2 av 3 kännetecken:

1. smärtan lättar vid tarmtömning
2. smärtan är associerad med ändrad avföringsfrekvens
3. smärtan är associerad med ändrad avföringskonsistens.

Kriterier som stödjer IBS-diagnosen

1. Färre än 3 tarmtömningar/vecka eller fler än 3 tarmtömningar/dag
2. Hård avföring ("harlortar")
3. Lös eller vattnig avföring
4. Krystning vid tarmtömning
5. "Urgency" (bråttom till toalet)
6. Känsla av ofullständig tarmtömning
7. Slem i avföringen
8. Buksvullnad, känsla av uppblåsthet i buken

utlösas av andra stimuli såsom inflammation, infektion och föda. Denna visceral hyperalgesi har man sett är korrelerad till kognitiva och psykosociala faktorer (5). Den

rapporterade smärtan är således inte bara ett uttryck för patofysiologiska förändringar i smärtregistreringen från tarmen och upp till centrala nervsystemet, utan även ett uttryck för individens förmåga eller oförmåga att handskas med kroppens signaler. Den samtidiga förekomsten av en ökad gastrokologisk reflex och visceral hyperalgesi gör att normala fysiologiska fenomen som födointag ger upphov till smärta.

Infektioner

Det är välkänt att tarminfektioner kan utlösa IBS. Prospektiva studier har visat att 3–30% av patienter med genomgången bakteriell enterit utvecklar IBS-symtom. Även virala enteriter kan ge upphov till IBS. På samma sätt kan man se att 6–17% av de som lider av IBS har fått detta efter en enterit. Denna så kallade postinfektiösa IBS tilldrar sig ett stort forskningsintresse men man vet inte mekanismen bakom (6). Möjligen kan problemen bero på förändrad bakterieflora. Denna form av IBS har bäst prognos.

Kostfaktorer

Kosten har sannolikt ingen primär etiologisk betydelse för uppkomsten av IBS, men kan bidra till patienternas symtom. Fibrer påskyndar passagetiden genom kolon och leder till en ökad fecesvolym. En fiberfattig kost kan bidra till förstoppning och man anser att IBS-patienter ska ha fibertillskott som förstahandsmedel. Dock kan fibrer förvärra magbesvären. Genom att magen får mer att arbeta med, kan både smärtan och gasbildningen öka.

Födoämnesintolerans diskuteras ibland som orsak till mag-tarmbesvär. Intolerans är dock väldigt sällsynt och förklarar sällan besvären. Många patienter med IBS har svårt för att tåla gasbildande födoämnen, såsom lök, kål, bönor och andra baljväxter. Problemet brukar vara att försöka få patienterna att äta. Många utesluter det ena födoämnet efter det andra tills de till slut har en undermålig kost. Troligtvis är det den ökade gastrokologiska reflexen samtidigt med visceral hyperalgesi som ger smärtan, och inget specifikt födoämne.

Psykologiska mekanismer

Sambandet mellan psykologiska faktorer och IBS har varit föremål för många studier. Bland IBS-patienter finns en överrepresentation av olika psykiatriska diagnoser såsom depression, hypokondri och ångest (7). Psykologiska faktorer orsakar sannolikt inte IBS, men har däremot betydelse för hur individen upplever sina symtom, deras svårighetsgrad och förmågan att hantera dem. Man har i studier sett att IBS-patienter har sämre coping-förmåga än normalpopulationen (8).

Övrigt

Om man jämför friska kontroller och IBS-patienter har patienterna högre bakteriehalt i tunntarmen än kontrollerna (9). Vilken betydelse detta har är osäkert. Patienter med ätstörningar har hög frekvens av mag-tarmbesvär som kan kvarstå resten av livet. Om mag-tarmproblem är den primära orsaken till anorexi eller sekundär till sjukdomen vet man inte.

Evidensgradering

Såväl utredning som behandling av IBS har evidensgraderats i ett vårdprogram utarbetat på uppdrag av Svensk Gastroenterologisk Förening (10). Evidensgradering anges enligt följande:

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

Evidensgradering, när sådan finns, anges inom parenteser.

Tabell 1. Symtom och utredning av de vanligaste sjukdomarna i mag-tarmkanalen

Symtom	Utredning	Tänkbar diagnos
Obehag i övre delen av magen	Gastroskopi	Dyspepsi, ulcus
Kraftiga smärtor i övre delen av buken	Ultraljud, (CT-buk)	Gallsten, pankreatit
Besvär av mjölk eller gasbesvär	Testa laktosfritt en månad – utvärdera eller laktosgenotypning alternativt laktosbelastning.	Laktosintolerans
Malabsorption i kombination med diarré eller förstoppning	Gastroskopi med tunntarmsbiopsi, endomysie- eller transglutaminasantikroppar	Celiaki
Akut insjuknande i diarré	Fecesodling	Infektiös enterit
Vattning diarré	Koloskopi med biopsi	Mikroskopisk kolit
Blodig diarré, höga inflammationsparametrar	Koloskopi, kapselendoskopi	Inflammatorisk tarmsjukdom
Steatorré	Amylas, trioleintest	Pankreasinsufficiens, ileumsjukdom (Mb Crohn)
Kronisk diarré efter galloperation eller ileumsjukdom	⁷⁵ Se-HCAT-skintigrafi, test med gallsaltsbindare	Gallsaltsmalabsorption
Diarré och illaluktande gaser vid dysmotilitet och tunntarmsdivertiklar	Tunntarmsröntgen, B-folat, Hoffman test (gallsyradekonjureringsstest)	Bakteriell överväxt
Blödning, viktnedgång, hög ålder	Koloskopi	Malignitet

Enkel diagnostik

- Anamnes (evidensgrad 4)
- Somatiskt status inklusive rektoskopi
- Hb, vita, CRP, kalcium/albumin (evidensgrad 4)
- Transglutaminas (evidensgrad 1)
- Kalprotektin (evidensgrad 2). Vid misstanke på inflammatorisk tarmsjukdom, särskilt hos yngre patienter < 50 år.

Diagnostik

För diagnosen IBS krävs kroniska eller återkommande symtom som inte kan förklaras av organiska avvikelser i mag-tarmkanalen, samt att patienten uppfyller de s k Rom III-kriterierna (Faktaruta 2, s 126) (2). Utredningen av en patient med misstänkt funktionell tarmrubbning bör i första hand ske i primärvården. Endast vid svårare fall av IBS, eller när patienten kräver en "second opinion" remitteras patienten till sjukhus för bedömning. Patientens symtom, symtomduration och ålder avgör utredningens omfattning. En ung patient med fleråriga, klassiska IBS-symtom bör endast genomgå en mindre utredning (Faktaruta 3).

Larmsymtom eller tecken som inte i första hand leder misstanken till IBS

Sådana fall utreds enligt Tabell 1.

- Kort symtomduration med ett progressivt kliniskt förlopp
- Debut efter 40-års ålder
- Avvikande laboratorieprover såsom hög CRP eller anemi
- Blödning
- Feber
- Nattlig eller ständig diarré
- Viktnedgång

Däremot bör en patient med nyttillkomna symtom, förändrad karaktär på symtomen eller debut i högre ålder (> ca 40 år) utredas mera, Faktaruta 4, och förslag i Tabell 1.

I anamnesen bör man vara observant på larmsymtom (Faktaruta 4). Kort anamnes (< 4 veckor) på ändrade avföringsvanor hos en patient > 40 år bör föranleda utredning med koloskopi, speciellt om det finns en förstegradssläkting med koloncancer. Det är viktigt att man tar upp en ordentlig anamnes och gör en basal utredning, då annars

behandlingsbara, organiska sjukdomar kan döljas i denna grupp.

Om patienten har diarré som enda symptom, kan det vara tecken på inflammatorisk tarmsjukdom, gallsaltsmalabsorption eller celiaki (Tabell 1, s 128). Om inflammatorisk tarmsjukdom misstänks vid diarrédominerad IBS kan kalprotektin i feces, kostar för närvarande (2010) ca 300 kr, tas som ett komplement. Kalprotektin, som är ett protein med antibakteriella egenskaper, frisätts från vita blodkroppar i tarmen och kan påvisas i feces. Lätt förhöjda värden förekommer vid IBS, medan kraftigt förhöjda värden talar för inflammatorisk tarmsjukdom. Diarré i kombination med feber bör föra tanken till infektion. Vid IBS måste man frikostigt screena för celiaki då det är en hög prevalens av celiaki hos patienter med IBS-liknande symptom (11).

Mjölk-/laktosintolerans bedöms lämpligen anamnestiskt utan att objektiva diagnosstrategier som laktosbelastning/laktasgenotypning i regel behöver tas i anspråk (9). Karakteristiska symptom är riklig gasbildning, uppkördhet och illaluktande diarré efter intag av mjölkprodukter. Patienter med anamnes och status som uppfyller IBS-kriterierna och som har normala laboratorieanalyser ska inte undersökas med ytterligare röntgen- eller skopiundersökningar inklusive kapselendoskopi (12).

När det gäller barn med mag-tarmbesvär hänvisas till kapitlet Vanliga problem under småbarnsåren, s 165.

Behandling

Allmänt omhändertagande

Redan vid den första konsultationen kan man genom anamnesen misstänka att patienten har funktionell tarmsjukdom. Det är viktigt att man tidigt berättar för patienten vad man misstänker. Samtidigt bör man tala om att en viss utredning kommer att göras för att utesluta organisk sjukdom och bekräfta diagnosen. Man måste från början göra upp ett kontrakt på hur stor utredning som ska göras. Många gånger finns det en stark oro hos patienten att det ska röra sig om allvarlig sjukdom, t ex malignitet. Extensiv utredning bör undvikas då det kan leda till ökad fixering vid sjukdomen.

Diagnos är första steget i en bekräftelse för patienten att denne får acceptera och lära sig att leva med sina besvär. Läkaren måste förklara sjukdomens natur och förmedla till patienten att diagnosen är säker. Detta kan vara den viktigaste terapeutiska åtgärden. Läkaren bör berätta att tillståndet ofta är långvarigt, recidiverande och ibland livslångt, att det inte finns någon varaktig bot, men att tillståndet inte leder till några komplikationer.

Målsättningen är att hjälpa patienten att hantera och lindra symptomen. Man måste gå igenom livsstilsfaktorer, aktuella livshändelser och värdera patientens personlighet och eventuell oro och ångest. Det är viktigt med kontinuitet och långsiktighet i sjukvårdskontakten.

Kostförändringar

Många patienter med IBS kan få symptomlindring genom kostförändring. Många tål inte gasbildande livsmedel som lök, vitlök, purjolök, kål, bönor, linser, ärtor, paprika, rädisor, äpplen, bananer, selleri och livsmedel som innehåller sorbitol och xylitol. Fiberrik mat kan ge ökade buksmärter och gasbesvär. Dietistkonsultation kan vara värdefull för att göra en kostregistrering och för rådgivning. Många gånger framkommer det att patienten har en undermålig kost ur nutritionssynpunkt. En del behöver minska sitt fiberintag medan andra behöver öka det. Om man tillför en fiberrik kost och inte är van vid det kan man initialt få ökade mag-tarmbesvär som kan gå över när tarmen vant sig. Patienter måste alltid prova en kost i minst 3–4 veckor innan man kan uttala sig om effekten.

Det finns inga vetenskapligt baserade kostrekommendationer för IBS-patienter. Man rekommenderar därför samma kost som gäller generellt för befolkningen och som ges ut av Livsmedelsverket (Svenska Näringsrekommendationer (SNR 2005)). En viktig och grundläggande princip är också att patienterna äter regelbundet. Åtstörningar måste uteslutas. Buksmärterna kan ge upphov till ett anorektiskt beteende med för litet eller felaktigt näringsintag. Ofta får man uppmuntra och stötta patienterna till att äta trots att de får ont. Många gånger är det inte ett specifikt födoämne som ger

besvär, utan orsaken till smärtorna är aktivering av den gastrokoliska reflexen vid födointag. Fettrik mat kan ge mer magsbesvär på grund av accentuering av den visceral hypersensitiviteten (4). Om patienten lider av mycket gaser och uppspändhet kan man prova med minskat fiberintag och kolhydratrestriktioner (evidensgrad 2/3).

Motion

Det finns studier som tyder på att fysisk aktivitet kan minska buksmärtorna. Mer forskning behövs emellertid inom detta område (13).

Psykologiska behandlingsmetoder

Patienter med svåra symtom, som är behandlingsrefraktära med konventionell terapi, utgör ett stort kliniskt problem. Psykologiska behandlingsmetoder kan vara ett värdefullt komplement till annan medicinsk behandling. Dynamisk psykoterapi, kognitiv beteendeterapi, avslappning, hypnos och patientskolor har i vissa studier förbättrat tarmsymtomen (evidensgrad 1/2) (14,15). Kognitiv beteendeterapi och hypnosbehandling har uppvisat resultat vad beträffar buksmärtor och IBS (10).

Probiotika

Det finns data som stödjer att probiotika kan ha effekt vid IBS, och då framför allt vid smärta och uppspändhet (evidensgrad 2). Hur stor nyttan är, vilka stammar som bör användas och behandlingstidens längd är inte ännu klarlagt (16).

Övriga behandlingar

Akupunktur har ingen effekt vid IBS. Strukturerad patientutbildning och självhjälpsprogram har visat positiva resultat vid IBS (evidensgrad 3) (17).

Läkemedelsbehandling

Få läkemedel har övertygande visats ha bättre effekt än placebo vid behandling av IBS. Placeboeffekten är betydande och i olika studier har 30–60% av patienterna svarat gynnsamt på placebo. Inget läkemedel kan förväntas ha effekt på alla symtom vid IBS, men vissa enskilda symtom kan minskas (se Figur 1, s 132). Det är därför viktigt att patienten informeras om vilka behandlingseff-

fekter man kan förvänta sig, så att förväntningarna på läkemedelsbehandlingen är rimliga.

Man har i många år forskat kring serotonin men inget kliniskt dokumenterat preparat har kommit fram.

Smärtbehandling

Spasmolytika

Spasmolytika som grupp har en positiv effekt på symtom vid IBS (evidensgrad 2), men det finns ingen dokumentation på de i Sverige förekommande preparaten. Papaverin används då man kliniskt sett en god effekt, men det saknas välgjorda studier.

Biverkningarna är få och det föreligger ingen risk för vanebildning. Man kan ta medlet vid behov eller som kontinuerlig mediciner.

Antidepressiva läkemedel

Tricykliska och tetracykliska antidepressiva har gynnsam effekt på buksmärtor vid IBS. Många studier inom området håller dock inte tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet (18,19). En nyligen genomförd metaanalys pekar på en positiv effekt på IBS-symtom (evidensgrad 1) (20). Amitriptylin, klomipramin och mianserin används och ges vanligtvis i lägre doser än vid behandling av depressioner.

Effekten av dessa medel beror på en direkteffekt på det enteriska nervsystemet och är inte en effekt av att man behandlar patienten för psykiska besvär. Man kan börja med 10–20 mg/dag av något av dessa läkemedel och successivt öka dosen. Effekten är bättre hos personer med IBS och övervägande diarrébesvär än hos dem med förstoppning, som kan försämrats pga medlens antikolinerga effekter.

Behandling med SSRI-preparat har i den senaste metaanalysen en likvärdig effekt som tricykliska antidepressiva (evidensgrad 1/2) (20) och är andrahandspreparat efter spasmolytika.

Antikolinergika

Antikolinergika har relaxerande effekt på glatt muskulatur och har därför företrädesvis använts då buksmärtor varit ett dominerande symtom. Något vetenskapligt stöd för effekt vid IBS har man inte. Antikolinerga

biverkningar är vanliga, vilket gör långtidsbehandling tveksam.

Analgetika

Morfin och morfinliknande preparat som kodein och tramadol har en positiv effekt på buksmärtor, men kan samtidigt försämra motoriken och på sikt ge upphov till förlångsammad magsäckstömning och obstipation och därmed ökade smärtor. Dessutom är dessa läkemedel starkt vanebildande och bör användas med stor försiktighet vid dessa tillstånd med tanke på att IBS är en kronisk sjukdom som kräver mångårig medicinering.

Paracetamol och NSAID (evidensgrad 3/4) har dålig effekt mot visceral smärta och ska därför inte användas vid IBS.

Medel mot förstoppning

Bulkmedel

Alla medel i denna grupp, förutom bulkmedel, har undersökts på indikation kronisk förstoppning och inte IBS, varför de är evidensgraderade till 4.

Bulkmedel (ispaghula och sterkuliagummi) är förstahandsval vid förstoppning (evidensgrad 1). En del patienter har dock ingen effekt av bulkmedel. En del får mer buksmärtor och gasbesvär av bulkmedel. Om inte bulkmedel fungerar är i första hand osmotiskt verkande medel aktuella.

Osmotiskt verkande medel

Laktulos och laktitol bryts ned av tjocktarmens bakterieflora, varvid organiska syror, främst mjölksyra bildas. Dessa ger en bulk-effekt genom att osmotiskt binda vatten. Osmotiskt verkande medel är förstahandsvalet vid behandling av förstoppning hos barn när råd om kost, livsföring och toalettrutiner haft otillräcklig effekt. Ökad gasbildning kan vara en besvärande biverkning.

Makrogol respektive polyetylenglykol verkar också via en osmotisk effekt. De utgör värdefulla och väl tolererade alternativ vid behandling av kronisk förstoppning. Medlen kan även användas för peroral behandling av fekalom och ges då i högre dos (8 dos-påsar/dag) under 2–3 dagar.

Tarmirriterande laxermedel

Till gruppen av tarmirriterande medel hör bisakodyl, natriumpikosulfat och sennagly-

kosider. De stimulerar tarmperistaltiken genom en direkt verkan på tarmväggens nervplexus. Senna kan även ingå i en del örtteer. Man har tidigare sagt att dessa medel kan användas vid tillfällig, kortvarig förstoppning men bör undvikas som långtidsbehandling annat än i speciella fall. Man har antagit att de har en vanebildande effekt. Det finns dock ingen forskning som stöder att så skulle vara fallet, denna risk är starkt överdriven (21). Man har sett att patienter som använt dessa medel i upp till 20 år inte har utvecklat tolerans med dosökning som följd. Man ska dock vara observant på missbruk hos en del patienter med psykiska besvär och ätstörningar.

Prokinetiska läkemedel

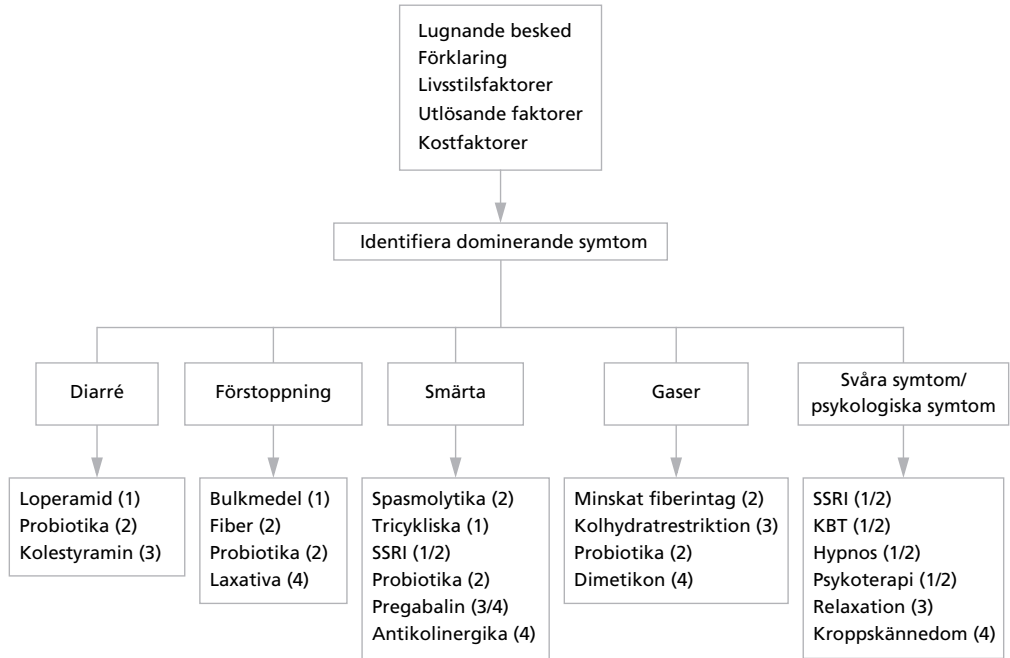
Metoklopramid tillhör gruppen prokinetiska läkemedel. Långtidsbehandling med metoklopramid bör undvikas pga risk för neurologiska biverkningar. Det finns ingen vetenskaplig dokumentation som stöder att någon av de nu tillgängliga prokinetiska medlen skulle ha någon positiv effekt vid förstoppning.

Klyksma

Klyksma (t ex Microlax, Resulax) och andra rektalt verkande medel (Relaxit) har sin plats vid behandling av rektumobstipation eller när tömningssvårigheter är dominerande problem. Dessa läkemedel kan med fördel användas till barn med förstoppningsbesvär.

Medel mot diarré

Loperamid och loperamidoxid kan provas vid diarrébesvär som man inte kan hitta någon annan förklaring till (evidensgrad 1). Problemet är att en del patienter får buksmärtor av preparaten. Man kan pröva bulkmedel även vid diarré eftersom dessa binder vätska och därmed minskar besvären. Om inte detta har tillräcklig effekt kan man pröva gallsaltsbindare (kolestipol eller kolestyramin) (evidensgrad 3), ensamt eller i kombination med loperamid och loperamidoxid. Kolestipol är dock inte registrerat på denna indikation. Man börjar med 1–2 doser/dag av gallsaltsbindare och ökar dosen tills effekt erhålls, eller till den angivna maximala dosen enligt Fass.



Siffrorna inom parentes anger evidensstyrka.

Evidensstyrka 1: Starkt vetenskapligt underlag. Minst 2 oberoende studier med högt bevisvärde eller god systematisk översikt.

Evidensstyrka 2: Måttligt starkt vetenskapligt underlag. En studie med högt bevisvärde + minst 2 studier med medelhögt bevisvärde.

Evidensstyrka 3: Begränsat vetenskapligt underlag. Minst 2 studier med medelhögt bevisvärde.

Evidensstyrka 4: Otillräckligt vetenskapligt underlag.

Figur 1. Behandling av funktionella tarmrubbingar. Modifierat efter Svensk Gastroenterologisk Förenings riktlinjer för IBS – sammanfattningsdokument 2009 (10).

Medel vid meteorism

Gasbesvär är ett stort problem för många patienter. Detta är ett symptom som är svårt att behandla. Dimetikon kan prövas vid gasbesvär när kostomläggning inte haft tillräcklig effekt. Effekten är dock måttlig. Dubbel dos mot vad som rekommenderas i Fass kan prövas (evidensgrad 4).

Uppföljning, omprövning och avslutande av läkemedelsbehandling

Vid all form av läkemedelsbehandling är det viktigt att utvärdera effekten. Många gånger uppger patienterna en måttlig effekt av preparaten. Ibland är det svårt att avgöra om de har haft någon effekt eller inte. Det är då viktigt att ompröva behandlingen och att sätta ut läkemedlen om de inte gjort någon nytta. För att objektivt testa symptomgrad och förändring av densamma kan man använda sig av enkla formulär såsom

VAS-IBS-skalan (22). Sådana formulär kan användas i den kliniska vardagen, då det är enkelt och går snabbt att genomföra.

Kolondivertiklar/divertikulit

Divertikelsjukdom är vanligt i västvärlden. Mellan 50 och 70% av befolkningen > 80 år har divertiklar (23). Vanligen uppstår divertiklar i colon descendens och sigmoideum (90%). Patogenesen till divertikelbildning i kolon anses vara lågt fiberinnehåll i kosten och förstoppning, vilket leder till ökat tryck i tarmen varvid tarmväggen ger efter. Av patienter med divertikulosis drabbas 5% av divertikulit. Inflammationen uppstår när tarminnehåll stagnerar i divertiklarna.

Klinik

De vanligaste symptomen vid divertikulit är lågt sittande, ofta vänstersidiga, buksmär-

tor, feber, allmän sjukdomskänsla och ibland blodig avföring. Vid undersökning finner man en febril patient med ömhet i vänstra, nedre kvadranten. Vid rektalpalpation kan man finna blodtillblandad avföring. En sigmoideumdivertikulit kan likna en akut appendicit när colon sigmoideum är lång och slingrig och når över till högra nedre kvadranten av buken. Ibland kan patienten få urinvägsbesvär när den inflammerade tarmen retar urinblåsan.

Vid tarmperforation har patienten påverkat allmäntillstånd och tecken till lokal eller generell peritonit.

Diagnos

Divertikulit är i första hand en klinisk diagnos. Förutom anamnes och undersökningsfynd bör Hb, CRP, LPK och urinsticka inkluderas i utredningen på vårdcentralen. CT-undersökning rekommenderas för säkerställande av diagnos vid differentialdiagnostiska övervägande.

Differentialdiagnoser

De vanligaste differentialdiagnoserna är akut appendicit, inflammatorisk tarmsjukdom, bakteriell tarminfektion, cystit, pyelit, koloncancer och gynekologisk sjukdom.

Behandling och uppföljning

Behandling av divertikulit är inte evidensbaserad utan bygger på beprövad erfarenhet. Om divertikuliten är okomplicerad, dvs patienten är opåverkad utan hög feber eller muskeldéfense, kan behandlingen skötas polikliniskt. Flytande kost rekommenderas de första dagarna. Smärtlindring med tramadol och paracetamol kan krävas initialt. Patienten rekommenderas också att öka sitt fiberinnehåll i kosten.

Om antibiotika behöver användas, ska dessa riktas mot gramnegativa och anaeroba bakterier. En kombinationsbehandling med trimetoprim-sulfa eller amoxicillin i kombination med metronidazol i 7–10 dagar är förstahandsalternativ vid divertikulit. Kinoloner bör undvikas pga risken för resistensutveckling.

Vid generell peritonit och tarmperforation måste oftast operation tillgripas.

Efter genomgången konservativ behandling följs patienten upp med koloskopi för att utesluta malignitet.

Referenser

- Hungin APS, Whortwhell PJ, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40 000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;17:643–50.
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology.* 2006;130:1480–91.
- Rogers J, Henry MM, Misiewicz JJ. Increased segmental activity and intraluminal pressures in the sigmoid colon of patients with the irritable bowel syndrome. *Gut.* 1989;30:634–41.
- Posserud I, Syrous A, Lindström L, Tack J, Abrahamsson H, Simrén M. Altered rectal perception in irritable bowel syndrome is associated with symptom severity. *Gastroenterology.* 2007;133:1113–23.
- Dorn SD, Palsson OS, Thiwan SIM, Kanazawa M, Clark WC, van Tilburg MAL, et al. Increased colonic pain sensitivity in irritable bowel syndrome is the result of an increased tendency to report pain rather than increased neurosensory sensitivity. *Gut.* 2007;56:1202–9.
- Dunlop SP, Jenkin D, Spiller RC. Distinctive clinical, psychological, and histological features of postinfective irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2003;98:1578–83.
- Palsson OS, Drossman DA. Psychiatric and psychological dysfunction in irritable bowel syndrome and the role of psychological treatments. *Gastroenterol Clin North Am.* 2005;34:281–303.
- Seres G, Kovács Z, Kovács A, Kerékgyártó O, Sárdi K, Demeter P, et al. Different associations of health related quality of life with pain, psychological distress and coping strategies in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disorder. *J Clin Psychol Med Settings.* 2008;15:287–95.
- Posserud I, Stotzer PO, Björnsson ES, Abrahamsson H, Simrén M. Small intestinal bacterial overgrowth in patients with irritable bowel syndrome. *Gut.* 2007;56:802–8.
- www.svenskgastroenterologi.se

11. Cash BD, Schoenfeld P, Chey WD. The utility of diagnostic tests in irritable bowel syndrome patients: a systemic review. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:2812–9.
12. Ohlsson B, Bengtsson M, Nielsen J, Toth E. A prospective evaluation of the diagnostic value of video capsule endoscopy in patients initially classified as irritable bowel syndrome. *Eur J Int Med.* 2009;20:48–52.
13. Levy RL, Linde JA, Feld KA, Crowel MD, Jeffery RW. The association of gastrointestinal symptoms with weight, diet, and exercise in weight-loss program participants. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2005;3:992–6.
14. Drossman DA, Toner BB, Whitehead WE, Diamant NE, Dalton CB, Duncan S, et al. Cognitive-behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology.* 2003;125:19–31.
15. Whorwell PJ. Review article: The history of hypnotherapy and its role in the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;22:1061–7.
16. Moayyedi P, Ford AC, Talley NJ, Cremonini F, Fox-Orenstein A, Brandt L, Quigley EM. The efficacy of probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review. *Gut.* 2010;59:325–32.
17. Ringström G, Störsrud S, Posserud I, Lundqvist S, Westman B, Simrén M. Structured patient education is superior to written information in the management of patients with irritable bowel syndrome: a randomized controlled study. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2010;22:420–8.
18. Quartero AO, Meineche-Schmidt V, Muris J, Rubin G, de Wit N. Bulking agents, antispasmodic and antidepressant medication for the treatment of irritable bowel syndrome (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;CD003460.
19. Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P, Kumar D, Rubin G, Trudgill N, Whorwell P. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut.* 2007;56:1770–98.
20. Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, Quigley EM, Moayyedi P. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut.* 2009;58:367–78.

21. Muller-Lissner SA, Kamm MA, Scarpignato C, Wald A. Myths and misconceptions about chronic constipation. *Am J Gastroenterol.* 2005;100:232–42.
22. Bengtsson M, Ohlsson B, Ulander K. Development and psychometric testing of the Visual Analogue Scale for Irritable Bowel Syndrome (VAS-IBS). *BMC Gastroenterology.* 2007;7:16.
23. Jacobs DO. Clinical practice. Diverticulitis. *N Engl J Med.* 2007;357:2057–66.

Preparat¹

Smärtbehandling

Spasmolytika av papaverintyp

Papaverin

Papaverin Recip Recip, tabletter 40 mg

Tricykliska och tetracykliska antidepressiva medel

Amitriptylin, klomipramin, mianserin

Se kapitlet Förstämningssyndrom, s 1044.

Selektiva serotoninåteruptagshämmare (SSRI)

Se kapitlet Förstämningssyndrom, s 1045.

Antikolinergika

Hyoscyamin

Egazil BioPhausia, depottabletter 0,2 mg

Analgetika

Paracetamol, NSAID, morfin, kodein, tramadol

Se kapitlet Smärta och smärtbehandling, s 900.

Laxantia

Bulkmedel

Ispaghula

Agiolax Meda, granulat

Lunelax Recip, granulat, granulat dospåse, pulver till oral suspension, pulver till oral suspension dospåse

Vi-Siblin Recip, granulat, granulat dospåse

Vi-Siblin S Recip, granulat, granulat dospåse

Sterkuliagummi

Inolaxol Solvay Pharma, granulat dospåse, granulat, oralt pulver, oralt pulver dospåse

Osmotiskt aktiva medel

Laktitol

Importal Ex-Lax Novartis, oralt pulver dospåse 10 g

1. Aktuell information om parallellimporterade läkemedel och generika kan fås via apotek. För information om miljömärkning, se kapitlet Läkemedel i miljön, s 1182, samt www.janusinfo.org

Laktulos

- Duphalac** Solvay Pharma, oral lösning 670 mg/ml
- Lactulose Arrow** Arrow, oral lösning 660 mg/ml
- Laktipex** Solvay Pharma, oralt pulver dospåse 10 g
- Laktulos MIP** MIP Pharma, oral lösning 650 mg/ml
- Laktulos Apelsin Meda** Meda, oral lösning 670 mg/ml
- Laktulos Meda** Meda, oral lösning 670 mg/ml, oralt pulver dospåse

Magnesiumoxid

- Salilax** Orion Pharma, granulat till oral suspension dospåse 3,5 g

Makrogol

- Forlax IPSEN**, pulver till oral lösning dospåse 10 g,
- Forlax Junior IPSEN**, pulver till oral lösning, dospåse 4 g
- Omnilax Omnia** Läkemedel, pulver till oral lösning, dospåse 10 g

Polyetylenglykol + mineralsalter

- Laxido Apelsin** Nordic Drugs, pulver till oral lösning
- Movicol** Norgine, pulver till oral lösning dospåse 13,8 g
- Movicol Junior Neutral** Norgine, pulver till oral lösning, dospåse 6,9 g
- Moxalole** Meda, pulver till oral lösning, dospåse

Tarmirriterande medel

Bisakodyl

- Dulcolax** Boehringer Ingelheim, enterotabletter 5 mg, suppositorier 10 mg
- Toilax** Orion Pharma, enterotabletter 5 mg

Natriumpikosulfat

- Cilaxoral** Ferring, orala droppar 7,5 mg/ml
- Laxoberal** Boehringer Ingelheim, orala droppar 7,5 mg/ml, kapslar 2,5 mg

Sennaglykosider

- Pursennid Ex-Lax** Novartis, tabletter 12 mg

Motilitetsstimulerande medel

Metoklopramid

- Primperan** sanofi-aventis, suppositorier 20 mg, tabletter 10 mg

Rektala beredningar vid förstoppning

Bisakodyl

- Toilax** Orion Pharma, rektalsuspension 10 mg/5 ml

Koldioxidutvecklande medel

- Relaxit** Abigo, suppositorier

Laurylsulfat inkl kombinationer

- Microlax** McNeil, rektallösning

Natriumdokusat inkl kombinationer

- Klyx** Ferring, rektallösning

Sorbitol

- Resulax** BioPhausia, rektallösning 8,5 g

Medel vid diarré

Loperamid

- Dimor** Nordic Drugs, tabletter 2 mg
- Imodium** McNeil, oral lösning 0,2 mg/ml, tabletter 2 mg
- Loperamid Mylan**, kapslar 2 mg
- Loperamidoxid*
- Primodium** Janssen-Cilag, tabletter 1 mg

Kombinationsmedel

Loperamid + dimetikon

- Imodium Plus** McNeil, tabletter 2 mg/125 mg

Gallsaltsbindande medel

Kolestyramin

- Questran** Bristol-Myers Squibb, pulver till oral suspension dospåse 4 g
- Questran Loc** Bristol-Myers Squibb, pulver till oral suspension dospåse 4 g

Kolestipol

- Lestid** Pfizer, oralt pulver 5 g, tabletter 1 g

Medel vid gasbesvär

Dimetikon

- Dimetikon Meda** Meda, kapslar 100 mg, 200 mg
- Imogaze** McNeil, kapslar 240 mg
- Minifom** AstraZeneca, kapslar 100 mg, 200 mg, orala droppar 100 mg/ml

Kombinationsmedel

Dimetikon + loperamid

- Se Diarré, ovan