



UMF
UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
IULIU HAȚIEGANU
CLUJ-NAPOCA



RUBRICA DISCIPLINEI MEDICINA DE FAMILIE UMF "Iuliu Hațieganu" CLUJ-NAPOCA ȘI A ASOCIAȚIEI MEDICILOR DE FAMILIE CLUJ

PRACTICA MEDICALĂ

UpToDate

Sindromul de intestin iritabil în practica medicului de familie

Asist. univ. dr. Radu Revnic^{1,2,3}, Student doctorand Dr. Madalina-Ionela Bozac¹, Șef de lucr. univ. dr. Codruța Mărginean^{1,4}, Șef de lucr. univ. dr. Emil Onaca^{1,4}, Șef lucr. dr. Sorina Livia Pop^{1,4}, Asist. univ. dr. Sorina Rodica Pop^{1,2,3}, Asist. univ. dr. Bianca Cojan Mânzat^{1,2,3}, Șef lucr. univ. dr. Aida Puia^{1,2,3}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca "Iuliu Hațieganu", România, ²Cabinet Medical Individual Medicină de Familie, Cluj-Napoca, România, ³Medicină de familie, ⁴Medicină internă

Primit: 12.11.2022 • Acceptat pentru publicare: 25.11.2022

Rezumat

Sindromul de intestin iritabil (SII) este o patologie a tubului digestiv subordonată conceptului de tulburări ale axei creier – intestin (brain - gut axis). Simptomele principale sunt: durerea abdominală, meteorismul, tulburările tranzitului intestinal (diaree, constipație). SII afectează calitatea vieții și poate determina adițional cefalee, depresie, scăderea libidoului.

Diagnosticul de SII poate fi stabilit printr-o analiză atentă a simptomatologiei pacientului, ținând cont de o anamneză corectă (istoric medico-chirurgical, dietă și stilul de viață, medicația, condițiile de viață și muncă, statusul psihic, antecedente familiale de cancer colorectal sau boli inflamatorii intestinale), examenul clinic obiectiv și utilizând criteriilor Roma IV. Prezența semnelor de alarmă (pierdere involuntară în greutate, paloare cutanată, hematochezie) poate să fie dezvăluită în urma efectuării unui examen clinic ghidat coroborat cu o anamneză atentă. Diagnosticul precoce alături de tratamentul nonfarmacologic completat de cel farmacologic în cazuri selectate, au un rol esențial în ameliorarea calității vieții pacienților. Educarea pacientului prin expunerea și explicarea acestor criterii de diagnostic poate crește aderența la tratament. Medicul de familie are un rol important în diagnosticul, tratamentul și prevenirea complicațiilor în SII.

Cuvinte cheie: *sindrom de intestin iritabil, axă creier – intestin, durere, diaree, constipație*

MEDICAL PRACTICE

UpToDate

Irritable bowel syndrome (IBS) in general practice

Abstract

Irritable bowel syndrome (IBS) is a pathology of the digestive tract subordinated to the concept of disorders of the brain-gut axis. The main symptoms are: abdominal pain, flatulence, intestinal transit disturbances (diarrhoea, constipation). IBS affects the quality of life and can additionally cause headaches, depression, decreased libido. The family doctor has an important role in the diagnosis, treatment and prevention of complications of IBS.

The diagnosis of IBS can be established through a careful analysis of the patient's symptoms, considering a correct history (medical and surgical history, diet and lifestyle, medication, living and working conditions, mental status, family history of colorectal cancer or inflammatory bowel diseases), clinical examination and using the Rome IV criteria. The presence of warning signs (involuntary weight loss, skin pallor, haematochezia) can be revealed after performing a guided clinical examination corroborated with a careful anamnesis. Early diagnosis together with non-pharmacological treatment complemented by pharmacological in selected cases have an essential role in improving the patient's quality of life. Educating the patient by exposing and explaining these diagnostic criteria can increase treatment adherence.

Keywords: *irritable bowel syndrome, brain-gut axis, pain, diarrhoea, constipation*

Introducere

Sindromul de intestin iritabil (SII) reprezintă cea mai frecventă afecțiune a tubului digestiv, afectând între 10 și 15 % din populația globală. În SUA sunt peste 45 milioane de adulți diagnosticați cu SII, incidența fiind mai mare la femei (1). În România incidența a SII este în creștere, estimându-se între 2,5-3 milioane de pacienți.

Prin costurile directe (consultații, investigații, tratamente, internări) și indirecte (absenteism profesional, scăderea productivității) pe care le implică, SII reprezintă și o problemă de sănătate publică (2).

Etiopatologie

În apariția SII sunt implicate, în principal, 2 mecanisme (3,4):

- Tulburările de motilitate ale tubului digestiv, care pot determina o accentuare a peristaltismului intestinal, având ca rezultat afectarea tranzitului (diaree sau constipație);
- Patternul de hipersensibilitate, pacienții cu SII având un prag dureros mai scăzut, fiind mai sensibili, iar motilitatea tubului digestiv este perturbată.

Patologia SII este multifactorială, fiind implicați factori de mediu, genetici, alimentari și psiho-sociali.

Tabloul clinic

Simptomele principale sunt: durerea abdominală, constipația, diareea, meteorismul abdominal, alternanța constipație - diaree, eliminarea de mucozități în materiile fecale. Ele nu apar brusc și nu dispar de la sine, sau în urma unui tratament scurt, cum se întâmplă în bolile acute, uneori persistând săptămâni, luni, uneori ani de zile (5, 6). Caracteristicile principalelor simptome sunt redată în tabelul de mai jos (Tabel I):

Tabel 1. Principalele simptome în SII

| Durerea abdominală | Diareea | Constipația |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Localizare variabilă- Apariția nu poate fi anticipată- Continuă sau recurentă- Uzual asociază tulburări de tranzit- Percepție individuală (crampă, înțepătură, arsură)- Diminuată temporar după actul defecației- Intensitate variabilă în timp | <ul style="list-style-type: none">- Urgență la defecație- Scaune moi, apoase- Incontinență anală- Uneori apare imediat postprandial | <ul style="list-style-type: none">- Pasajul unui scaun dur- Tensiune la eliminarea materiilor fecale- Meteorism abdominal- Evacuare incompletă a scaunului |
| Manifestările extraintestinale | | |
| Oboseală cronică, mialgii, altralgii, tulburări de dinamică sexuală, cefalee, depresie | | |

Criteriile de diagnostic în SII

Spre deosebire de Roma III (introdus în 2006, unde accentul era pus pe absența unei boli organice, congresul Roma IV (2016 – Digestiv Disease Week) propune conceptul de tulburare a interacțiunii creier – intestin (gut - brain axis) și pune în centru perturbarea funcționării tractului gastro – intestinal (3, 7).

Raportul Roma IV își propune să elimine dihotomizarea funcțional (patologie fără cauză identificată) – organică (afecțiune secundară unei modificări anatomo – funcționale), argumentând că perturbările axei creier – intestin pot provoca anomalii imune ale mucoasei sau disfuncții ale microbiotei. Prin acest concept se încearcă minimizarea stigmatizării bolnavului cu SII (7).

Raportul Roma IV redefiniște bolile funcționale gastro – intestinale, modifică criteriile pentru afecțiunile deja definite și adaugă entități noi (sindromul vărsăturilor ciclice, sindromul de hipersensibilitate la reflux) (7, 8).

Criteriile Roma IV pentru SII sunt (8):

- Durere abdominală recurentă (minim 1 episod pe săptămână în ultimele 3 luni), asociată cu cel puțin 2 dintre următoarele:

- Durerea este legată de defecație;
- Modificare de formă și consistență a scaunului;
- Modificare în frecvența scaunelor;
- Simptomele sunt prezente de cel puțin 6 luni.

Roma IV versus Roma III (6-8):

- Criteriul fundamental de diagnostic a rămas durerea abdominală, eliminându-se termenul de disconfort;
 - A fost crescut pragul pentru perioada simptomatică la minim 1 episod pe săptămână, față de 3 episoade pe lună;
 - Durerea legată de defecație a înlocuit ameliorarea durerii după defecație;
 - Subtiparea SII se face pe baza raportării de către pacient a proporției zilelor cu scaune simptomatice.

Clasificarea SII conform Bristol Stool Scale (IBS) – scaunele sunt modificate în proporție de peste 25% din total (9, 10):

- IBS-D (SII cu predominanța diareei - Bristol type 5 or 6);
- IBS-C (SII cu predominanța constipației - Bristol type 1 or 2)
- IBS mixt (Bristol type 1-2 și 5-6).

Scara Bristol – tipuri patologice:

- Type 1 – aspect de bobite tari, care se elimină foarte greu;
 - Type 2 – scaun de formă alungită, dar cu cocoloașe;
 - Type 5 – scaun în fragmente moi, cu margini netede;
 - Type 6 – scaun în bucăți mici, moi, cu margini netede, ușor de eliminat (10).

Elemente de diagnostic diferențial (11-14) sunt:

- Neoplazie colorectală (scădere ponderală semnificativă, dureri abdominale severe, hemoragie digestivă inferioară, mase abdominale palpabile);
- Boli inflamatorii intestinale – boala Crohn, recto-colita ulcero-hemoragică (apar la tineri, stare febrilă, scădere ponderală, scaune cu produse patologice);
- Parazitoze intestinale (dureri abdominale, tulburări de tranzit, prurit anal, prezența de paraziți în scaun);
- Boala celiacă (apare la tineri, scaune voluminoase, lucioase, deficit statur-ponderal, anemie);
- Deficit de lactază (diaree secundară ingerării de alimente bogate în lactoză);
- Colită ischemică (apare la vârstnici, scădere ponderală, scaun cu sânge);
- Constipație cronică habituală.

Considerăm util următorul algoritm de diagnostic diferențial.

- Pacient sub 50 de ani, fără semne de alarmă, fără diaree, recoltăm: hemoleucogramă, VSH, test hemoragii oculte, ± colonoscopie; cu diaree – suplimentar – examen coproparazitologic, coprocultură, TSH, testul Celikey.

Dacă rezultatele de primă intenție sunt negative, se vor efectua endoscopie și colonoscopie.

- Pacient peste 50 de ani, cu antecedente heredo-colaterale de cancer colo-rectal per primam se va recurge la investigații endoscopice.

Tratamentul în SII comportă 2 paliere:

- Nonfarmacologic (igieno-dietetic și psiho-terapeutic);
- Farmacologic: suplimente alimentare (probiotice, fibre, enzime pancreatice) și medicamentos.

Tratamentul igieno-dietetic

Medicul de familie va explica pacientului cu SII regulile de bază:

- Minimum 3 mese pe zi, la intervale regulate;
- Alimentele vor fi gătită la grătar, cuptor, abur;
- Se vor evita prânzurile copioase, sosurile, condimentele foarte picante, alimentele afumate, produsele de tip fast-food;
- Nu se vor consuma cafea, alcool, tutun;
- Exercițiul fizic zilnic regulat produce efecte benefice;
- Dieta "FODMAP" – cuprinde tipuri de carbohidrați (CH) cu lanț scurt fermentabili (oligo-, mono- și polizaharide), rezistenți la digestie, care ajung în intestin. Ei sunt procesați de către microbiomul intestinal, iar în urma arderilor rezultă gaze de tipul hidrogenului, care pot fi sursa simptomelor digestive. De asemenea, CH FODMAP atrag lichidele în intestin, provocând diaree. Potrivit studiilor, peste 75% dintre pacienții care au urmat dieta FODMAP au raportat o reducere semnificativă a simptomelor legate de boală (15-17). În tabelul 2 se regăsesc sintetizate categoriile de alimente din cadrul FODMAP.

Tabelul 2. Categoriile de alimente din cadrul FODMAP

| Alimente cu conținut scăzut FODMAP (permise) | |
|---|--|
| Ardei verde, galben, roșu, capia, gogoșar Alge Nori Bame Castravete Cartof Castane de apă Ceapă verde-frunze Dovlecei Fasole păstăi Fenicul Germenii de fasole Ghimbir Măslina | Morcov Muguri de bambus Nap Păstămac Praz Ridiche Roșii, inclusiv fierte sau deshidratate Salată verde Iceberg Rucola Sfeclă roșie (conservă sau murată) Spanac proaspăt |
| Alimente cu conținut FODMAP (de limitat) | |
| Andive Brocoli (1/2 porție) Cartof dulce (1/2 porție) Dovleac (1/4 porție) Năut (1/4 porție) Porumb (dacă este tolerat, și doar în cantități mici) Țelină (frunze și tulpină, mai puțin de 5 cm) Varză de Bruxelles (1 porție) Varză albă sau roșie (1 porție) | |
| Alimente cu conținut crescut FODMAP (de evitat complet) | |
| Usturoi (inclusiv pudră sau săruri aromatizate cu usturoi) Ceapă (inclusiv pudră de ceapă, ceapă verde-bulb, sau ceapă franțuzească-hașmă) Conopidă Ciuperci Fasole uscată Germenii de grâu Mazăre Mănuș Murături Năut Sparanghel Soia, sfeclă roșie crudă | |

Tratamentul medicamentos

Acesta se axează în primul rând pe componenta simptomatică relatată de către pacient dar și în funcție de severitatea simptomelor. În tabelul 3 sunt prezentate sintetic și pe categorii medicamentele cele mai frecvent utilizate în tratamentul SII.

Tabel 3. Principalele clase de medicamente utilizate în tratamentul SII (18,19)

| Simptom | Clase de medicamente | Agent farmacologic |
|---------------------|----------------------------|---|
| Durere abdominală | Anticolinergice | Butilscopolamină (Scobutil) 3x10 mg/zi |
| | Miorelaxante musculotrope | Papaverină 3x100 mg/zi; No-Spa 3x40 mg/zi; Debridat 3x100 mg/zi |
| | Antagoniști de calciu | Bromură de pinaverium 3x50 mg/zi |
| | Agoniști opiaei | Loperamid (Imodium) 1-3 x2 mg/zi |
| | Modulatori serotoninergici | Osetron 8-16 mg/zi |
| | Antidepresive | Sertralina 10 mg/zi |
| Constipație | Laxative | Lactuloza 10-15 ml/zi |
| | Derivați de prostaglandine | Misoprostol (Cytotec) 3x200 µg/zi |
| | Prokinetice | Metoclopramid 3x10 mg/zi; Motilium 3x10 mg/zi |
| Diaree | Agoniști opiaei | Loperamid (Imodium) 1-3 x2 mg/zi |
| | Diosmeclită | Smecta 3x1 g/zi |
| | Chelatori de acizi biliari | Colectiramină 4x1 g/zi |
| Meteorism abdominal | Cărbune | Cărbune medicinalis 3x1 g/zi |
| | Dimeticon | Pepsane 300mg/4mg 3x1/zi |
| | Simeticon | Sab simplex 3x80 mg/zi, Espumisan 3x80 mg/zi |

Trimebutina este medicamentul de primă intenție la pacienții cu SII, indiferent de forma clinică sau simptomul dominant. Este bine tolerat la copii (până la 6 mg/Kg corp/zi). Se va evita la gravide, în special în T1 de sarcină, dar este permis femeilor care alăptează (18).

Printre complicațiile SII se regăsesc, apariția hemoroizilor sau agravarea celor deja existenți, fisuri anale, deshidratare și dezechilibre electrolitice, malnutriție, cefalee, amețeli, depresie, anxietate, oboseală cronică, scăderea libidoului, izolare socială și absenteism profesional (20).

Asociația Americană de Gastroenterologie, prin noul ghid din iunie 2022, recomandă pentru toți pacienții cu SII, schimbarea stilului de viață (reducerea stresului, optimizarea ritmului nictemeral, exerciții fizice zilnice, modificări ale dietei (low FODMAP), antispastice în caz de durere, laxative osmotice (IBS-C), loperamid și acizi biliari chelatori (IBS-D) (21).

Concluzii

Medicul de familie are un rol important în diagnosticul, tratamentul și prevenirea exacerbărilor din SII. O anamneză corectă, un regim igienico-dietetic de tip low FODMAP bine explicat pacientului, o psihoterapie activă, vor conduce la o creștere semnificativă a calității vieții pacienților afectați de SII.

Conflict de interese: nu există

Acknowledgments: Toți autorii au avut contribuție egală la acest articol

Bibliografie

- International Foundation for Gastrointestinal Disorders. *Irritable Bowel Syndrome*. Available from: <https://iffgd.org/gi-disorders/irritable-bowel-syndrome/>. [Accessed 8th November 2022].
- Bucur D. Sindromul de intestin iritabil – update de diagnostic și tratament. *Revista Galenus*. Available from: <https://www.revistagalenus.ro/practica-medicala/sindromul-de-intestin-iritabil-update-de-diagnostic-si-tratament/>. [Accessed 8th November 2022].
- Carco C, Young W, Garry RB, Talley NJ, McNabb WC, Roy NC. Increasing Evidence That Irritable Bowel Syndrome and Functional Gastrointestinal Disorders Have a Microbial Pathogenesis. *Front Cell Infect Microbiol*. 2020;10:468.
- Fukudo S, Okumura T, Inamori M, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome 2020. *J Gastroenterol*. 2021;56(3):193-217.
- Chang L, Sultan S, Lembo A, Verne GN, Smalley W, Heidelbaugh JJ. AGA Clinical Practice Guideline on the Pharmacological Management of Irritable Bowel Syndrome With Constipation. *Gastroenterology*. 2022;163:118-136.
- Lembo A, Sultan S, Chang L, Heidelbaugh JJ, Smalley W, Verne GN. AGA Clinical Practice Guideline on the Pharmacological Management of Irritable Bowel Syndrome With Diarrhea. *Gastroenterology*. 2022;163:137-151.

7. Palsson OS, Whitehead W, Tornblom H, Sperber AD, Simren M. Prevalence of Rome IV functional bowel disorders among adults in the United States, Canada, and the United Kingdom. *Gastroenterology*. 2020;158:1262–1273.e3.
8. Schmulson MJ, Drossman DA. What Is New in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil*. 2017;23:151-163.
9. Chumpitazi BP, Self MM, Czyzewski DI, Cejka S, Swank PR, Shulman RJ. Bristol Stool Form Scale reliability and agreement decreases when determining Rome III stool form designations. *Neurogastroenterol Motil*. 2016;28(3):443-8.
10. Saha L. Irritable bowel syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. *World J Gastroenterol*. 2014;20(22):6759-73. Available from: doi: 10.3748/wjg.v20.i22.6759. PMID: 24944467; PMCID: PMC4051916.
11. Pietrzak A, Skrzydło-Radomańska B, Mulak A, et al. Guidelines on the management of irritable bowel syndrome: In memory of Professor Witold Bartnik. *Prz Gastroenterol*. 2018;13(4):259-288.
12. McDowell C, Farooq U, Haseeb M. *Inflammatory Bowel Disease*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2022. [Accessed 8 November 2022].
13. Posner EB, Haseeb M. *Celiac Disease*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441900/>. [Accessed 8th November 2022].
14. Wilkins T, McMechan D, Talukder A. Colorectal Cancer Screening and Prevention. *Am Fam Physician*. 2018;97(10):658-665.
15. Wang J, Yang P, Zhang L, Hou X. A Low-FODMAP Diet Improves the Global Symptoms and Bowel Habits of Adult IBS Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Nutr*. 2021;8:683191.
16. Hayes PA, Fraher MH, Quigley EM. Irritable bowel syndrome: the role of food in pathogenesis and management. *Gastroenterol Hepatol*. 2014; 10:164–74.
17. Staudacher HM, Whelan K, Irving PM, Lomer MC. Comparison of symptom response following advice for a diet low in fermentable carbohydrates (FODMAPs) versus standard dietary advice in patients with irritable bowel syndrome. *J Hum Nutr Diet*. 2011;24(5):487-95.
18. Țuculanu D. Principii de tratament. *Sindromul de intestin iritabil*. Available from: http://www.gastroenterologia.ro/Medici/Intestin_iritabil_tratament.pdf. [Accessed 8th November 2022].
19. Savarino E, Zingone F, Barberio B, et al. Functional bowel disorders with diarrhoea: Clinical guidelines of the United European Gastroenterology and European Society for Neurogastroenterology and Motility. *United European Gastroenterol J*. 2022;10(6):556-584.
20. Wikidoc. *Irritable bowel syndrome natural history, complications and prognosis*. Available from: https://www.wikidoc.org/index.php/Irritable_bowel_syndrome_natural_history,_complications_and_prognosis. [Accessed 8th November 2022].
21. AGA. *AGA issues clinical guidelines outlining drug treatment plans for patients with irritable bowel syndrome (IBS)*. Available from: <https://gastro.org/press-releases/aga-issues-clinical-guidelines-outlining-drug-treatment-plans-for-patients-with-irritable-bowel-syndrome-ibs/>. [Accessed 8th November 2022].