

İrritabl Barsak Sendromu*

Hakan Ümit ÜNAL

Başkent Üniversitesi İstanbul Uygulama ve Araştırma Merkezi, Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul

İrritabl barsak sendromu (İBS) nedir?

Organik bir patoloji ile açıklanamayan, barsak alışkanlıklarında değişim ve defekasyon ile rahatlayan kronik karın ağrısı ile karakterize bağırsağın fonksiyonel bir hastalığıdır (Tablo 1).

Risk faktörleri nelerdir?

Kadın olmak, östrojen kullanımı, uzamış gastroenterit, anti-biyotik kullanımı, gıda intoleransı, iskemik kolit hikayesinin olması, kötü yaşam şartları ve yüksek öğrenim düzeyi risk faktörlerini oluşturmaktadır (Tablo 2). Bazı yayınlar genç yaş grubunda daha sık görüldüğünü ifade etseler de artık orta ve ileri yaşlarda da sık olarak görüldüğü bilinmektedir (1). Eğitim durumu için ise durum Türkiye için biraz farklıdır. İlkokul mezunlarında üniversite mezunlarına göre daha sık görüldüğüne dair yayınlar mevcuttur (2).

Genel toplumda sıklığı nedir?

Dünyada popülasyon bazlı çalışmalarda prevalansın %5-20 arasında olduğu ve görülme sıklığındaki farklılığın tanı konarken kullanılan kriterlerdeki farklılıktan kaynaklandığı belirtilmektedir (3).

Türkiye' de durum nedir?

Bu konuda Türkiye'de yapılan çalışmalar genelde Roma II kriterlerini kullanmışlardır. Farklı grupların farklı bölgelerde yaptıkları çalışmalarda sıklığı %2,7 - %19,1 arasında belirtilmiştir (4-6) (Tablo 3). Ancak bu hastaların sadece %15-25'i tıbbi yardım talebi ile doktora başvurmakta ve bu oran içinde sadece %3-5'i uzman doktorlara yönlendirilmektedir (7-13). Tıbbi yardım talebinde bulunan hastalarda dikkat çekici bir

özellik, eşlik eden psikiyatrik bozukluk sıklığının yüksek olmasıdır. Tıbbi yardım talebi olan hastaların olmayan hastalara; uzman doktora sevk edilen hastaların birinci basamakta tedavi gören hastalara göre eşlik eden psikiyatrik bozukluk sıklığı daha yüksek bulunmuştur.

Türkiye için birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran İBS hastalarının oranları ile ilgili veri var mı?

Özden ve arkadaşlarının 2006 yılında yayımlanan çalışması geniş kapsamlı ve Türkiye'deki farklı bölgeleri içine alan bir çalışma olması açısından önemlidir. Bu çalışmada 1. Basamak sağlık kurumu hekimlerine verilen anket formu ile hastalar İBS açısından değerlendirilmiştir. Buna göre gastrointestinal sistem (GİS) semptomları ile başvuran hastaların %41'inde, GİS dışı semptomlar ile başvuran hastaların %19'unda İBS tanısı konulmuştur (2).

Bu hastalığın ülke ekonomisine maliyeti nedir?

Hastalık tanı ve tedavisi için harcamalar direkt, işgücü kaybına bağlı mali kayıplar indirekt maliyet olarak değerlendirildiğinde ABD'ne yıllık maliyeti 30 milyar dolar olarak saptanmıştır. ABD'de üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra işgücü kaybına neden olan en önemli hastalığın İBS olduğu belirtilmektedir (14).

Bu hastalık nasıl oluşmaktadır?

Kesin ve tek bir nedeni yoktur. Bir çok faktörün etkileşimi ile ortaya çıktığı düşünülmektedir. Motilite bozukluğu, visseral aşırı duyarlılık, intestinal inflamasyon ve enfeksiyonlar, bakteriyel aşırı çoğalma, gıda duyarlılığı ve genetik suçlanan pato-genetik faktörlerden birkaçıdır (Tablo 4).

*08.09.2012'de İstanbul Pendik'te aile hekimlerine yönelik düzenlenen "Akademik ve Güncel Gastroenteroloji" toplantısında sunulan "İrritabl Barsak Hastalığı" başlıklı sunudan hazırlanmıştır.

Tablo 1. Fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalıkları

Özofagus Bozuklukları
Globus
Ruminasyon
Fonksiyonel göğüs ağrısı
Fonksiyonel pyrozis
Fonksiyonel disfaji
Gastroduodenal Bozukluklar
Fonksiyonel dispepsi
Aerofaji
Barsak Bozuklukları
İrritabl barsak sendromu
Fonksiyonel abdominal şişkinlik
Fonksiyonel kabızlık
Fonksiyonel diyare
Fonksiyonel abdominal ağrı
Fonksiyonel Anorektal Bozukluklar
Fonksiyonel rektal inkontinans
Fonksiyonel anorektal ağrı
Pelvik taban dissinerjisi

Tablo 2. İrritabl barsak hastalığı için risk faktörleri

• Kadın olmak
• Gastroenteritler
– Bakteriyel
– Viral
• Östrojen kullanımı
• Antibiyotik kullanımı
• Gıda intoleransı
• İskemik kolit hikayesi
• Kötü yaşam şartları

Tablo 3. Türkiye’de IBS

Bölge	Yazar	Kişi Sayısı	Kriter	%
İzmir	Şimşek İ.	717	ROMA II	7.4
Sivas	Karaman N.	998	ROMA II	19.1
Elazığ	Çelebi S.	1766	ROMA II	6.3
Güney Doğu	Yılmaz Ş.	3000	ROMA II	10.2
Çok Merkezli	Menteş NK.	3214	ROMA II	2.7

İrritabl barsak sendromunu organik nedenlerden nasıl ayırabiliriz?

İBS'nin ana bileşenleri kronik tekrarlayan karın ağrısı -ki olmazsa olmazdır-, barsak alışkanlığında değişim ve ağrının defekasyon ile rahatlamaıdır. Bu bulguları açıklayacak organik patoloji olmadığında İBS adını alır. Ancak organik patoloji ekartasyonu için her zaman pahalı tetkiklere gerek yoktur. İBS tanı kriterlerini karşılayan bir hastada alarm semptom ve bulgularının olmadığı durumda %95 organik patoloji saptanmadığı görülmüştür (15,16) (Tablo 5).

İBS tanı kriterleri nelerdir?

En sık kullanılan kriterler Manning ve Roma III kriterleridir (Tablo 6).

İBS'nin olmazsa olmazı karın ağrısının özellikleri nelerdir?

İyi lokalize olmayan aralıklı bir ağrı vardır. Tanımda da belirtildiği gibi defekasyon ile ağrıda azalma beklenir. Stres ve öğünlerden sonra ağrıda artış olması yine İBS lehinedir. Ancak gece uyandıran ağrılar İBS'den uzaklaştırır (Tablo 7).

Barsak alışkanlıklarındaki değişim nasıl olur?

Hasta ishal, kabızlık veya ishal-kabızlık atakları tarif edebilir. İshal daha çok sabahları ortaya çıkar ve miktarı azdır. Hem ishal hem kabız olan hastalarda defekasyon sonrası tam boşalamama hissi olabilir ve dışkı mukuslu çıkabilir. Dışkı şeklinin barsak transit zamanının gösterdiği düşüncesinden yola çıkılarak Bristol dışkı form skalası oluşturulmuştur. Bu skala, 7 farklı gaita şekli üzerinden barsak transit zamanını tahmin etmeyi amaçlar. Klinik pratikte olmasa da çalışmalarda kullanılmaktadır (Şekil 1). Barsak alışkanlıklarında değişim olmasına rağmen İBS için tanımlanmış spesifik bir motilite bozukluğu yoktur.

Tablo 4. Patogenezde suçlanan faktörler

- Motilite bozukluğu
- Visseral aşırı duyarlılık
- İntestinal inflamasyon
- Postinfeksiyöz
- Mikroflora değişimi
- Bakteriyel aşırı çoğalma
- Gıda duyarlılığı
- Genetik

Tablo 5. Alarm semptom ve bulguları

- Rektal kanama
- Gece ağrıları
- Elektrolit bozuklukları
- Kilo kaybı
- Anemi
- Sedimentasyon yüksekliği
- CRP yüksekliği
- Ailede kolon kanseri
- Ailede inflamatuvar barsak hastalığı

CRP: C-reaktif protein

100 saat

Bristol dışkı form skalası

Ayrı ayrı sert parçalar		1
Sosis şeklinde sert parçalar		2
Sosis şeklinde, yüzeyde kırıklar mevcut		3
Sosis veya yılan şeklinde, pürüzsüz veya yumuşak		4
Kenarları belirgin iri parçalar		5
Kenarları düzensiz parçacıklar, lapa kıvamında		6
Sulu, sert parça yok		7

10 saat

Şekil 1. Bristol dışkı form skalası

İBS'de kolon dışı bulgular var mıdır?

İBS'li hastalarda; bulantı, erken doyma, karında şişlik, gaz, dispepsi ve gastroözofageal reflü gibi GIS ile ilgili semptomlar yanında, seksüel disfonksiyon, dismenore, fibromyalji ve kronik yorgunluk gibi GIS dışı bulgularda belirgin şekilde artış saptanmıştır.

Tablo 6-a. Manning kriterleri

- Defekasyon ile rahatlayan abdominal ağrı
- Ağrı ile birlikte dışkılama sıklığında artış
- Ağrı başladığında dışkı kıvamında yumuşama
- Görünür abdominal distansiyon
- Mukuslu dışkı
- Defekasyon sonrası tam boşalamama hissi

Tablo 6-b. Roma III kriterleri

En az son 3 aydır devam eden ve her ay en az 3 kez karın ağrısı atakları ile birlikte aşağıda belirtilen maddelerden en az ikisinin olması;

- Ağrının defekasyon ile rahatlaması,
- Defekasyon sıklığında değişimin olması,
- Gaita formunda değişiklik olması

Tablo 7. İBS'de ağrının özellikleri

- İyi lokalize değil
- Aralıklı
- Defekasyon ile rahatlayan
- Gece olmayan
- Stres ile ilişkili
- Yemek sonrası artan

Tedavi yaklaşımı nasıl olmalıdır?

Tedavi basmaklarını; genel yaklaşım, medikal tedavi ve diğer tedavi yöntemleri olarak gruplandırabiliriz.

Tedavide genel yaklaşım açısından, doktorun bilmesi gereken en önemli kriter, altın standarda ulaşmış bir tedavi yaklaşımı olmadığıdır. Hastaya verilecek mesajlar bu temel üzerinden olmalı ve bu süreçte kesinlikle hastayı yargılayıcı yaklaşımdan kaçınılmalıdır. Doktor-hasta ilişkisinin bir çok hastalığa göre daha fazla önem kazandığı İBS'de doktorun tutarlı davranış sergilemesi çok önemlidir. Yani, hastaya İBS'nin benign bir hastalık olduğunu söylerken bir taraftan da hastayı tetkike boğmak hasta üzerinde olumsuz etki yaratır. Hastanın uzun süre karın ağrısı olmasına rağmen niye şimdi başvurduğu uygun bir dil ile sorularak hastanın sosyal yaşamında veya diyetinde semptomları provoke edebilecek faktörler ortaya çıkarılmaya çalışılabilir.

İlaç tedavisi hasta semptomlarına göre seçilmelidir. Çünkü

amaç semptomları gidermektir. Buna göre kabızlığı olan hastaya laksatif tedavi, ishal olanlara anti-diyare ilaçlar verilebilir.

Antidepresan ilaçlar ve antispazmotik ilaçlar da hastanın verdiği cevap ve toleransına göre kullanılabilir (Tablo 8).

Tablo 8. İBS'de

Laksatif ilaçlar	Osmotik laksatif ilaçlar Gaita miktarını arttırıcılar Klor kanalına etkili ilaçlar (lubiproston)	Barsak lümeninde su tutarak etki ederler Şişkinlik ve karn ağrısında artışa neden olabilirler. Sentetik fiber içeren ilaçlar bu amaç ile kullanılabilir. Klor kanalını aktive ederek barsak lümenine sıvı sekresyonunu uyarır.
Anti-diyareik ilaçlar	Loperamid Kodein Bizmut Kolestramin	İshali azaltmada etkindir ancak şişkinlik hissi ve ağrı üzerine etkisi yoktur. İnfeksiyöz ishal şüphesinde verilmemelidir. İshal üzerine etkindir ancak, bağımlılık potansiyeli kullanımını sınırlamaktadır. İshali azaltıcı etkisi vardır. Bu etki anti-inflamatuvar özelliğine bağlanmaktadır. Sürekli kullanımda nörotoksitesite etkisi olduğundan uzun süreli kullanılmamalıdır. Safra asiti malabsorbsiyonu düşünülen hastalarda ortaya çıkan ishallerde etkin olabilir.
Serotonin reseptör-3 antagonistleri	Alosetron, cilasetron, ondansetron, granisetron bu gruba dahil ilaçlardır.	Bu grup ilaçların, visseral afferent aktiviteyi düzenlemede, ağrıyı azaltmada, sekresyonları düzenlemede ve intestinal motiliteyi düzenlemede etkileri vardır. İskemik kolit ve ciddi kabızlık yapıcı etkileri nedeni ile kullanımları sınırlandırılmıştır.
Antispazmotikler & Antikolinerjik ilaçlar	Hyoscine N-butil bromid Belladonna Otilonyum bromür Propanthelin Dicyclomid İmetropium Pinaverium Nane yağı	Özellikle karn ağrısı ve şişkinlik şikayeti olan hastalarda etkindirler. Sindirim sistemi düz kaslarına spazmotik etki gösterirler.
Serotonin reseptör-4 antagonistleri	Tegaserod	Kabızlık ile giden İBS'de etkin olmasına rağmen KVO ve SVO risk artışına neden olduğundan 2007'de piyasadan çekilmiştir.
Antidepresan ilaçlar	TCADs SSRIs	Visseral aşırı duyarlılık azalır. Serotonin geri alımını azaltırlar. Muskarinik Ach inhibe eder ve motiliteyi azaltırlar. Endorfin artar. İnhibitör nöronlar aktive olur. NE re-up take azalır. Özellikle kabızlık ağırlıklı İBS'de etkin bir ilaç grubudur. Sinapslarda serotonin re-up take inhibisyonu Sekretuar etki Motilite artışı Özellikle ishal ağırlıklı İBS'de etkindirler.
Antiflatulanlar	Alverin sitrat+simeticon	Gaz giderici
Antibiyotikler	Ör. Rifaksimin	Bakteriyel aşırı çoğalma düşünülen hastalarda etkindirler.
Probiyotikler	Bifidobacterium infant	İshal ağırlıklı İBS ve gaz semptomlarında umut vericidir.
Motilite düzenleyiciler	Trimebutin maleat	Eksitatör ve inhibitör reseptörlere etki eder. İBS'de etkindir.
Diğer ve geliştirilen ilaçlar	Hormon reseptörleri üzerine etkili ilaçlar Guanil siklaz C Serotonin reseptörleri GLPI analogları	Kolesistokinin Kortikotropin salgılatıcı faktör Linoklotide Romasetron Prucalaprıde

TCADs: Trisiklik antidepresanlar. SSRIs: Serotonin geri alım inhibitörleri.

KAYNAKLAR

1. Pope CE II. Irritable Bowel Syndrome, In: Sleisenger MH, Fordtran JS, Eds. Gastrointestinal and Liver Diseases, pathophysiology, diagnosis, management. Volume 2. Irritable Bowel Syndrome, 9th ed. Philadelphia. Saunders 2010; 2091-104.
2. Özden A, Köksal AŞ, Oğuz D, et al. Türkiye' de birinci basamak sağlık kurumlarında irritable barsak sendromu görülme sıklığı. Akademik Gastroenterol 2006;5:4-15.
3. Hungin AP, Whorwell 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.
4. Şimşek İ, Şengül B. İritable barsak sendromu. Aktüel Tıp Dergisi 2004;9:60-4.
5. Karaman N, Türkay C, Yöner O. Irritable bowel syndrome prevalence in city center of Sivas. Turk J Gastroenterol 2003;14:128-31.
6. Çelebi S, Acık Y, Deveci SE, et al. Epidemiological features of irritable bowel syndrome in a Turkish urban society. J Gastroenterol Hepatol 2004;19:738-43.
7. Yılmaz Ş, Dursun M, Ertem M, et al. The epidemiological aspects of irritable bowel syndrome in Southeastern Anatolia: a stratified, randomized, community-based study. Int J Clin Prac 2005;59:361-9.
8. Elmas Kasap, Serhat Bor. Fonksiyonel barsak hastalığının prevalansı. Güncel Gastroenteroloji 2006;10:165-8.
9. Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C, et al. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. Gastroenterology 1991;101:927-34.
10. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. Dig Dis Sci 1993;38:1569-80.
11. Jones R, Lydeard S. Irritable bowel syndrome in the general population. BMJ 1992;304:87-90.
12. Heaton KW, O'Donnell LJ, Braddon FE, et al. Symptoms of irritable bowel syndrome in a British urban community: consultants and nonconsultants. Gastroenterology 1992;102:1962-7.
13. Ford AC, Forman D, Bailey AG, Axon AT, Moayyedi P. Irritable bowel syndrome: a 10-yr natural history of symptoms and factors that influence consultation behavior Am J Gastroenterol 2008;103:1229-39.
14. Sandler RS, Everhart JE, Donowitz M, et al. The burden of selected digestive diseases in the United States. Gastroenterology 2002;122:1500-11.
15. Schmulson MW, Chang L. Diagnostic approach to the patient with irritable bowel syndrome. Am J Med 1999;107(5A):20S-26S
16. Svendsen JH, Munck LK, Andersen JR. Irritable bowel syndrome--prognosis and diagnostic safety. A 5-year follow-up study. Scand J Gastroenterol 1985;20:415-8.



Tipta Sağlık Bitkileri (1988)