

İrritabl Barsak Sendromu

Ülkü DAĞLI

Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ

İrritabl barsak sendromu (İBS), fonksiyonel gastrointestinal hastalıkların büyük bir grubunu oluşturmaktadır. Fonksiyonel gastrointestinal hastalıkların lokalizasyonu ve semptom şekilleri farklı olmakla birlikte, motor ve duyuşsal fizyolojileri, SSS ilişkisi ve hastaya yaklaşım açısından ortak özellikler paylaşmaktadır (1).

İBS, defekasyon bozukluğu ile ilişkili abdominal ağrı veya rahatsızlık hissi semptomları ile karakterize fonksiyonel barsak hastalığıdır (2). Araştırmalar toplumun yaklaşık %10'unda İBS semptomları olduğunu göstermektedir. Ancak bunların yarısı hekime, çok azı da gastroenteroloğa başvurmaktadır. Bu üç grup (doktora başvurmayan, birinci basamağa başvuran ve gastroenteroloğa başvuran) birbirlerinden oldukça farklıdır. İBS'li olgularda, ağrı şiddeti ile psikolojik distress yüksek oranda koreledir. Bu nedenle gastroenteroloğa başvuran olgular daha şiddetli ağrı semptomu ve psikolojik faktörlerin olaya katılımı açısından birinci basamağa başvuran olgulardan farklıdır. Bundan dolayı bu olgularda tedavi yaklaşımı daha farklıdır.

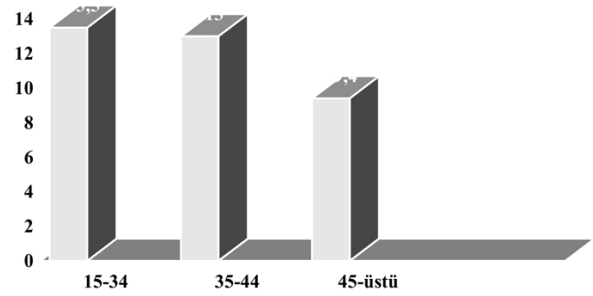
EPİDEMİYOLOJİ

Prevalans

İBS semptom kriterleri (Manning veya Roma) kullanılarak yapılan toplum taramalarında, prevalansı %3 ile 22 arasında bildirilmektedir (3-6). Prevalansda bu kadar farklılık bulunması, ırk, sosyoekonomik durum, İBS'nin tanımlanmasına ve kullanılan yöntemle bağlantılıdır. Boyce ve arkadaşları,

Avustralya'da 4500 kişiyi taramışlar. İBS prevalansını Manning kriterlerine göre %13.6, Roma I'e göre %4.4, Roma II'ye göre ise %6.9 olarak bildirmişlerdir.

Sonuç olarak Roma kriterleri Manning kriterlerine oranla daha kısıtlayıcı bulunmuştur (7). İBS'nin prevalansı yaşla değişmektedir. 15-44 yaş arasında prevalans yaklaşık %14'dür. 45 yaş üzerinde %9'a düşmektedir (şekil 1). Bütün yaş gruplarında görülebilir (8). Populasyona dayalı çalışmalar cinsiyete spesifik prevalans oranları bildirmektedir. Bazı çalışmalarda kadın-erkek prevalansı eşit bildirilirken (3), bunun aksine olan çalışmalarda 2:1 veya 3:1 kadınlarda sıklık ileri sürülmektedir (4).



Şekil 1. İBS'nin yaşlara göre prevalansı

Prognoz

Prognostik veriler, bir kez klinik tanı alındıktan yıllar sonra da olguların semptomatik kaldığını göstermektedir. Kısa süreçte semptomlar sık tekrarlar. Semptom epizodlarının 12 haftalık sürede 12.4 kez

tekrarladığı ve bir episodun ortalama 5 gün sürdüğü bildirilmektedir. (9). İBS semptomlarının şiddeti yıllar içinde giderek azalır ve seyrekleşir. Yaşam kalitesini organik hastalıklardan (Tip II D.mellitus ve hipertansiyon) daha fazla bozduğu gösterilmiştir. Toplumda soğuk algınlığı kadar işgücü kaybına yol açar.

ETYOPATOGENEZ

İBS semptomlarının fizyolojik temeli tanımlanmasına rağmen hastalığın patofizyolojik mekanizması henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu konudaki araştırmalar 1950'lerden bu yana sürmektedir. Bu konuda ileri sürülen hipotezler vardır.

Motilite bozukluğu: İBS semptomatolojisinde defekasyon anomalileri olduğundan, gastrointestinal sistem motilite bozuklukları, araştırmaların uzun yıllardır merkezini oluşturmuştur. Yapılan çalışmalarda İBS'li olguların %25 ile 75'inde motilite anomalileri bildirilmiştir. Ancak tanımlanan bu motilite parametreleri tanısal belirteç olarak kullanılmaz (10). Dinlenimde motor aktivite sağlıklı ve İBS olgularında aynıdır. Ancak İBS'li olgularda çeşitli stimullara artmış motor yanıt vardır. Psikolojik stress, yemek ve kolesistokinin artmış motor yanıtı yol açar. Diyare baskın İBS'li olgularda tüm barsak kolonik transitte hızlanma ve kolonik kontraksiyonların frekansında artış görülmüştür. Aksine konstipasyon baskın İBS'de kolonik transitte gecikme ve yüksek amplitütlü ilerleyici kontraksiyonlarda azalma vardır.

Visseral hipersensitivite: Anormal visseral algılama balon distansiyon çalışmalarını ile gösterilmiştir (11). Diare baskın İBS'li olgularda barostat ile yapılan balon distansiyon çalışmalarında, ileum, rektum ve kolonda ağrı ve rahatsızlık bildirilen basınç ve volüm kontrollerden daha düşük bulunmuştur (12). Fakat aynı olgular, somatik nöroreseptörlerin stimülasyonunda normal ağrı eşiklerine sahiptirler (13). Bu sonuçlar visseral hipersensitivitenin, anormal motilite ve psikolojik faktörlerden bağımsız enterik fenomen olduğunu göstermiştir.

Santral sinir sistemi modülasyonu: SSS, periferik intestinal motor ve duyuşsal aktivitelerini düzenler. En son geliştirilen teoriye göre, normal gastrointestinal fonksiyon intestinal motor, duyuş, otonomik ve SSS aktiviteleri ile oluşur. Gastrointestinal semptomlar bu sistemlerin disregülasyonu sonucu oluşur. Beyin ile barsaklar arasında duyuşsal ve motor fonksiyonu düzenleyen bir aks vardır. Beyinden barsağa gelen sinyaller, organizmanın durumuna

göre (uyku, uyanıklık, stress vs.) digestif fonksiyonu düzenler. Tersine barsaktan beyine gelen sinyaller refleks regülasyonda primer olarak rol oynamaktadır. Rektal distansiyon oluştuğunda normal bireylerde limbik sistemin bir parçası olan 'anterior cingulate cortex' aktive olarak duyuşsal his girişinin azalmasını sağlar. İBS'li hastalarda bu aktivasyon olmaz (14).

Son zamanlarda İBS'nun oluşmasında enterik sinir sistemi (ESS) de sorumlu tutulmaktadır. ESS barsağın motilitesini ve sekreter fonksiyonlarını kontrol eder. Semiotonom sistem olup, bağımsız olarak fonksiyon görebilir. ESS'de defektler İBS semptomlarına yol açabilir. ESS birçok nörotransmitter içerir. Bunlar içinde serotonin giderek önem kazanmıştır. Serotonin gastrointestinal motiliteyi, sekresyonları ve visseral ağrıyı kontrol eder. Reseptörlerin % 95'i barsakta bulunur (15).

İnflamasyonun rolü: İBS'de kolonik biyopsi örnekleri normaldir. Ancak Campylobacter enteritis ve rektal mukozal lenfositlerde artış bildirilmiştir. Hastaların az bir kısmında semptomların viral bir infeksiyon veya turist diyaresinden sonra başladığı bildirilmiştir. İnfeksiyon veya diğer zararlı ajanların semptomlara yol açan reseptörleri sensitize ettiği düşünülmektedir (10).

Psikososyal faktörler: Psikososyal faktörlerin rolü olduğunu gösteren bulgular:

1. Psikolojik stress GI semptomları alevlendirir.
2. Psikolojik ve psikiyatrik komorbidite İBS'li hastalar arasında sıktır (%40-90).
3. Psikososyal faktörler klinik gidiş etkililer. Bunlar; (a) emosyonel, seksüel veya fiziksel 'abuse' öyküsü, (b) stresli yaşam, (c) anksiyete bozukluklarıdır (10).

TANI

İrritabl barsak hastalığı (İBS) şiddeti ve tipi zaman içinde değişen, tipik olarak stres ile ilişkili alevlenmeler gösteren kronik semptomlar ile tanımlanır. Gastroenteroloji pratiğinde ve birinci basamakta sık rastlanılmaktadır. Bu nedenle İBS'nun kesin tanısı çok önemlidir. Ancak tanısal biyokimyasal, fizyolojik veya yapısal anomaliler içermediğinden sıklıkla tanısı güç olabilmektedir. En güvenilir diagnostik bulgular semptomlardır. Ancak semptomlar tek başına yeterince spesifik değildir.

İBS hastalarında tanısal strateji, sendromla uyumlu semptomların tanımlanması ve benzer klinik pre-

zantasyona sahip organik hastalıkların ekarte edilmesine dayandırılır.

Tanıda izlenecek yollar:

1. Semptomla dayalı tanısal kriterlerin uygulanması
2. Benzer klinik tabloya sahip diğer hastalıkların değerlendirilmesi ve alarm bulgularının değerlendirilmesi
3. Konservatif tanısal yaklaşım
4. Tekrar değerlendirmede semptomla yönelik spesifik tanısal testlerin uygulanması

İBS semptomları ile başvuran olguda tanı kriterlerinin uygulanması, İBS için pozitif tanı oluşturarak diğer hastalıkları ekarte etmek için aşırı tanısal test yapma gereksinimini azaltır. Tanı kriterleri uygulanan olgularda, tanıda ikinci adım mutlak olarak alarm bulgularının araştırılmasıdır.

Konservatif tanısal yaklaşım; semptomların tipi ve şiddeti ile uyumlu, birkaç hafta izlenerek tekrar değerlendirilmede semptomlar düzelmemiş veya yeni bulgular eklenmiş ise semptomla yönelik yeni testlerin eklenmesini içerir. Bütün bu tanısal basamakların uygulandığı olguların büyük çoğunluğunda, diğer hastalıkları elimine etmek için yoğun tanısal araştırma nadiren gerekli olur. Genellikle sınırlı bir değerlendirme ve izlem yeterlidir.

TANI KRİTERLERİ

İBS için tanı kriterlerinin gelişimi son 25 yıldır giderek komplike olmuştur. Bu kriterlerin sınır taşı 1978'de Manning kriterlerinin gelişimidir (16) (Tablo 1). Manning kriterlerinin İBS tanısı için uygun olduğu değişik araştırmalarda sınanmıştır. Manning kriterlerinin düzeltilmesi 1990'da tamamlanarak Roma I kriterleri yayınlanmıştır (17). Roma I kriterleri 1999'da revize edilerek Roma II kriterleri oluşturulmuştur (18). Bu kriterler daha çok araştırma protokollerinde ve epidemiyolojik çalışmalarda kullanılmaktadır. Poliklinik bazında tek başına (alarm bulgular olmaksızın) tanıdaki değerleri sınırlıdır.

Tablo 1. Manning kriterleri

• Abdominal ağrı- defekasyonla hafifleyen
• Sulu gaita ile ilişkili ağrı
• Gaita sıklığında artma ile ilişkili gaita
• Abdominal distansiyon
• Rektumdan mukus pasajı
• Defekasyondan sonra tam boşalamama hissi

Manning kriterleri üzerinde en çok çalışılan kriterlerdir. Manning ve arkadaşları İBS'ü organik hastalıktan ayırt eden dört semptom bildirmişlerdir. İlk 4 semptom dikkate alındığında olgu 2'den daha az semptom bildiriyorsa (+) prediktif değeri %12.2, daha fazla semptomda ise % 74, altı semptom içinde 2 veya daha fazla semptomu varsa %63 olarak bildirilmiştir (19). Ancak Manning kriterlerinin kadın ve erkeklerde uygulanabilirliği farklıdır. Ayrıca yapılan bir çalışmada klinisyenlerin İBS ile organik hastalık tanısı ayırımında birtakım güçlükleri olmuştur (20). Talley ve arkadaşları Manning kriterlerinin gençlerde ve kadınlarda yüksek prediktif değeri olduğunu bildirmişlerdir (2).

Kruis skorlama sisteminde fonksiyonel semptomlar (+) değer, alarm semptomları (-) değerler verilerek puanlama yapılmaktadır. Bu puanlama sistemine göre 44 ve üzerindeki değerlerle İBS tanısı konulur. Sensitivitesi %64, spesifitesi %99 olarak bildirilmiştir (21) (Tablo 2).

Roma I kriterleri 'uzmanlar konseyi' tarafından İBS standardizasyonu için geliştirilmiştir. Manning kriterlerinin 3 elementi Roma I kriterlerinin ilk bölümünü oluşturmuştur (Tablo 3). Buna rağmen bu kriterlerin yayınlanmış çalışmalarda değeri kısıtlıdır.

Roma kriterlerine göre, İBS tanısı için abdominal ağrı, şişkinlik tanı için gereklidir. Ağrı veya rahatsızlık barsak alışkanlığında değişiklik bildiren 3 kriterden en az 2'si ile birlikte olmalıdır. Bu nedenle tek başına ağrı veya 3 kriterden sadece birinin olması ile veya barsak alışkanlığında değişim, ağrı olmaksızın İBS tanısı için yeterli değildir. Benzer semptomlar farklı fonksiyonel barsak hastalıklarının

Tablo 2. Kruis skorlama

Fonksiyonel semptomlar (+)
• Abdominal ağrı nedeni ile mi başvurduunuz
-Gaz?
-Barsak alışkanlığında değişim?
• Yakınmalarınız iki yıldan daha uzun süreli mi?
• Abdominal ağrının karakteri?
• Konstipasyon ve diyare arasında değişim?
Alarm semptomları (-)
• İBS'den farklı bir tanıyı düşünderecek öykü ve fizik muayene bulguları
• ESH>20 mm/saat
• Lökositoz (10000/cm ³)
• Hemoglobin: kadın<12 g/dl, erkek<14 g/dl
• Öyküde gaitada kan

Tablo 3. Roma I Kriterleri

>3 ay, sürekli, veya tekrarlayan semptomlar
Abdominal ağrı veya rahatsızlık
Defekasyonla rahatlayan, ve/veya
Gaita sıklığında değişiklikli ilişkili, ve/veya
Gaita kıvamında değişiklikli ilişkili ve
Bozulmuş defekasyon (iki veya daha fazlası)
Anormal gaita sıklığı (>3 kez/gün veya <3 kez/haftada)
Anormal gaita şekli (sert veya sulu/gevşek gaita)
Anormal gaita pasajı (ıkınma, 'urgency' veya tam boşalamama hissi)
Mukus pasajı
Genellikle birlikte
Şişkinlik veya abdominal distansiyon hissi

Tablo 4. Roma II Kriterleri

Son bir yıl içerisinde en az 12 hafta süreyle, aralıklı veya sürekli semptomlar
Abdominal distansiyon veya ağrı
Defekasyonla rahatlama, ve/veya
Gaita sıklığında değişiklikli ilişkili olması, ve/veya
Dışkı şeklinde değişikliğe neden olması
İBS tanısını destekleyen bulgular
Anormal gaita sıklığı (haftada 3'ten az , günde 3'ten fazla)
Anormal gaita şekli (sert/topaklar halinde veya sulu/püre)
Anormal gaita pasajı (ıkınma, 'urgency' veya tam boşalmama hissi)
Mukus pasajı
Gaz veya abdominal distansiyon hissi

da (fonksiyonel konstipasyon, fonksiyonel diyare, fonksiyonel abdominal ağrı) olabilir. Roma kriterlerinde aynı zamanda tanı için, bulguların belirli sürede bulunması gereklidir. Semptomlar mutlaka birbirini izleyen 12 ay içinde en azından 12 hafta süre ile olmalıdır. Epidemiyolojik çalışmalar için, 3 aylık sürede 3 hafta bulunması gereklidir.

Roma I ile Roma II arasındaki farklar;

1. Barsak alışkanlığını gösteren spesifik semptomlar İBS tanısından çok, destekleyici bulgular olarak basite indirgenmiştir.
2. Üç kriterden 2'si tanı için gerekli görülmüştür.
3. Semptomların daha uzun zaman aralığında olması zorunlu koşullu (Tablo 4).

Tanısal kriterlerin rolü?

Semptom kriterleri, epidemiyolojik çalışmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu kriterler sınırlı değerlerine rağmen, özellikle Roma I ve Roma II kriterleri, ne sıklıkta kullanıldığı bilinmemekle birlikte, klinik pratikte de kullanılmaktadır. Mevcut kriterlerin çok da mükemmel olmadığı da gösterilmiştir (20, 22). İBS'de semptomların niceliğini belirlemek güçtür. Tanı için güvenilir biyolojik belirteç olmaması, semptomaya dayalı kriterlerin kullanımını gerektirmektedir. Fass ve arkadaşları, İBS'de tanısal yaklaşımları değerlendiren, 13 çalışmanın sonuçlarını içeren sistematik literatür derlemesi yayınlamışlardır (22). Manning kriterleri üzerinde en çok çalışılan kriterlerdir. Sensitivite ve spesifite değerleri 6 kriterden 4 veya tümünün kullanılmasına bağlı olarak değişmektedir. Altı kriterin en azından 2'si kullanıldığında, sensitivite %84 ile %94 arasın-

da değişmektedir. Spesifite ise %55 olarak bildirilmiştir. Manning kriterlerinde kullanılan semptom sayısı arttığında veya en azından 4 semptom kullanıldığında, spesifitesi artarken sensitivitesi azalmaktadır. Bu kriterler, İBS'nu sağlıklı kontrollerden ayırt etmekte (sensitivite %65-66, spesifite %86-93), organik hastalık olanlara oranla (sensitivite %58-94, spesifite %86-93) daha iyi bulunmuş.

Manning ve Roma kriterleri geniş kabul görmesine rağmen, Kruis skor sistemi yaygın kullanılmamaktadır. Bunun nedeni alarm bulgularının puanlamaya dahil edilmesi olabilir. Örneğin gaitada kan İBS'li olguların %31'de görülebilmektedir ve bu tek başına hemoroidal kanamaya bağlı olabilir. Kruis skor sisteminin sensitivitesi %64, spesifitesi %99 olarak bildirilmiştir (21).

Roma I kriterlerini araştıran çok fazla makale yoktur. Bunlardan sensitivite ve spesifiteyi araştıran tek bir çalışma vardır (24). Alarm semptomları olmayan 98 olgu retrospektif ve prospektif olarak değerlendirilmiştir. Roma I kriterlerinin sensitivitesi %65, spesifitesi %100 olarak bildirilmiştir.

Roma II kriterlerini şimdiye dek araştıran çok az çalışma vardır. En son popülasyona dayalı çalışmada; prevalans oranları Manning kriterleri ile %13.6, Roma I kriterleri ile %4.4 ve Roma II ile %6.9 olarak bulunmuştur (7). Bu çalışmaya göre Roma II kriterleri Manning kriterlerine oranla daha kısıtlayıcı olduğu ileri sürülmüştür.

Sonuç olarak; güvenilirliği ve patofizyolojik önemi henüz net olarak belirlenememesine rağmen, Roma kriterleri klinik tanı ve araştırma bazında en uygun yaklaşım olarak görülmektedir.

Tanısal yaklaşım

İBS tanısı için 'gold standart' olmadığından tanı hastalıkla uyumlu semptomların tanımlanması ve benzer klinik tabloya sahip diğer hastalıkların dışlanması ile konulmaktadır.

Tanıda izlenecek yol:

1. İlk değerlendirme
2. Alarm bulgularının araştırılması
3. Ayırıcı tanı yapılması
4. Roma kriterlerinin uygulanması
5. Konservatif tanısal yaklaşım
6. Baskın semptomu dayandırılan ek spesifik araştırmalar

Tanısal değerlendirme yapılırken primer olarak organik hastalıkların ekarte edilmesinden kaçınılmalıdır. Semptomu dayalı Roma kriterlerinin kullanılması pozitif bir tanı sağlayarak gereksiz çalışmaların azaltır.

İlk değerlendirme,

- Öykü (fiziksel, psikolojik, sosyal) ve fizik muayene
- Hemogram, eritrosit sedimentasyon hızı, gaita (parazit, gizli kan, lökosit)
- Biyokimya
- Sigmoidoskopi
- Yaşlı hastalarda kolonoskopi

Semptom kriterlerini kullanarak detaylı bir öykü sıklıkla İBS ile aynı semptomlara yol açan çoğu organik hastalığın dışlanmasını sağlar. Öyküde alarm semptomları mutlaka araştırılmalıdır.

Fizik muayenede; palpabl, hassas sigmoid kolon ve rektal muayenede aşırı rahatsızlık, visseral hipersensitivite ile ilişkili olabilir. Fizik muayene genellikle İBS için tanımlayıcı değildir ve primer olarak diğer hastalıkların ekarte edilmesine yardımcı olur.

Pozitif semptom kriterleri olan ve organik hastalık bulguları olmayan hastalar için bir çok pahalı ve sofistike teste gerek yoktur. Daha ileri tanısal işlemler genellikle, sadece spesifik bir hastalığın tanısı için değil, aynı zamanda mümkün olduğunca etkili tedaviyi belirlemek için kullanılır. Şimdiye kadar İBS tanısı için diagnostik standart ve herhangi bir tanısal işlemin sonucu olarak spesifik tedavi oluşturulamamıştır. İBS'de tanısal işlemlerin rolü yapısal lezyonları olan hastaların identifikasyonu

ile sınırlıdır. Minimal tanısal işlemler; komple kan sayımı, ESH, kan biyokimyası ve gaita analizidir. Başlangıç tanısal testlerin çoğuna birinci basamakta ulaşılabilir. Fleksibl sigmoidoskopi ve kolon grafisi veya kolonoskopi her hastada gerekli değildir. Daha çok kolit, kolon polipi ve kolon kanseri gibi yapısal lezyonların tespitini sağlar.

Alarm Bulguları:

Öykü

- Kilo kaybı
- İleri yaşta başlangıç
- Gece uyandıran semptomlar
- Aile öyküsü; kanser, inflamatuvar barsak hastalığı

Fizik muayene

- Ateş
- Abdominal muayenede; Kitle, hepatomegali
- Artrit
- Dermatit
- Malabsorbsiyon bulguları
- Tiroid disfonksiyonu

Başlangıç laboratuvar

- Anemi
- Lökositoz
- ESH'da artış
- Gaitada gizli kan
- Anormal biyokimya

İlk değerlendirmede alarm bulguları varsa daha ileri araştırma yapılmalıdır (24).

Ayırıcı Tanı:

Diyet faktörleri

- Laktoz
- Kafein
- Alkol
- Yağ
- Gaz üreten besin
- İlaçlar

Enfeksiyon

- Giardia lamblia
- Bakteriyel enfeksiyonlar
- Amip
- Yersinia
- Strongyloides

İnflamatuvar barsak hastalığı

- Ülseratif kolit
- Crohn hastalığı
- Mikroskopik kolit
- Kolorektal kanser
- Kollajenöz kolit
- Mast-hücre hastalığı
- Gluten enteropatisi

Malabsorbsiyon

- Post-gastrektomi
- İntestinal
- Pankreatik

Psikolojik

- Anksiyete/panik
- Depresyon, Somatizasyon

Diğer

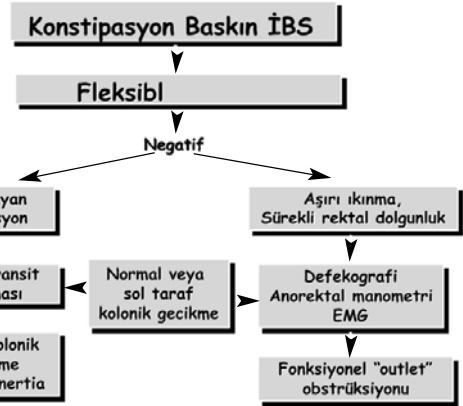
- Endokrin hastalıklar
- Endometriozis
- Endokrin tümörler
- AİDS

Ayrıca tanıda; en sık karşılaşılanları laktoz intoleransı ve Çölyak hastalığı olup özellikle araştırılmaktadır (24).

Konservatif tanısıl yaklaşım: Eğer başlangıç tanısıl yaklaşım yol gösterici değilse, semptomatik tedavi başlanmalı ve 3 ile 6 hafta sonra tekrar değerlendirilmelidir. Ek tanısıl girişimler baskın semptom gruplarına göre uygulanmalıdır.

Baskın semptomu göre ek spesifik araştırmalar

Konstipasyon baskın İBS olguları asıl olarak sık olmayan dışkılama, sert gaita veya aşırı ıkmadan yakınırlar. Seyrek dışkılama tanımlayan olgulara radyopak belirteçler ile kolon transit çalışması önerilir. Kolon tembelliği olan hastalarda genellikle

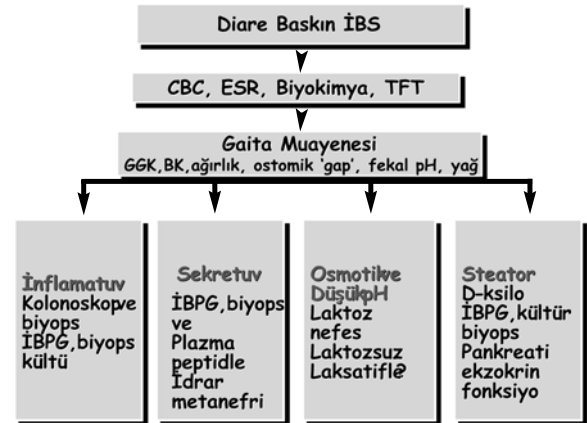


Şekil 2. Konstipasyon predominant İBS'ye yaklaşım

le sağ tarafta uzamış kolon transit zamanı saptanır. Kolon transit zamanı normal veya sol taraf gecikmesi olan olgulara fleksibl sigmoidoskopi önerilir. Eğer negatif ise fonksiyonel çıkış obstrüksiyonundan şüphe edilmelidir. Bu olgularda defekografi, anorektal manometri ve EMG yapılması uygundur (Şekil 2).

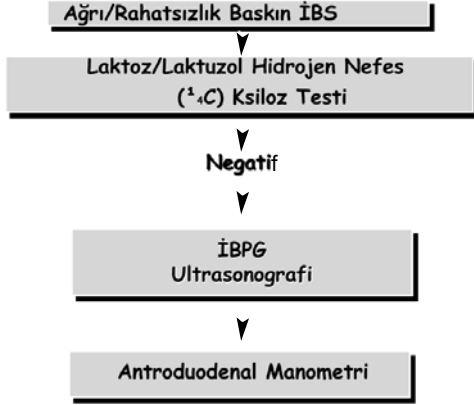
Diare baskın İBS'li hastalar, sık defekasyon, gevşek ve sulu gaita ve acil defekasyon hissinden yakınırlar. Hemogram, TFT; İBH, gastrointestinal kanama ve hipertiroidinin ekarte edilmesini sağlar. Gaita analizleri ile diarenin tipi belirlenerek daha spesifik testler uygulanır (Şekil 3).

Ağrı baskın İBS'de, şişkinlik, gaz ve abdominal distansiyon ön plandadır. Nefes testleri ile laktoz malabsorbsiyonu ve bakteriyel aşırı çoğalma dışlanır. İBPG; mekanik obstrüksiyonu, kronik intestinal psö-



Şekil 3. Diare predominant İBS'na yaklaşım

doobstrüksiyonu veya İBH'yı ekarte ettirir. Kronik pankreatit abdominal grafi, USG veya CT ile değerlendirilir. Açıklanamayan abdominal ağrı, antroduodenal manometri için endikasyon doğurur (23, 24) (Şekil 4).



Şekil 4. Ağrı predominant İBS'ye yaklaşım

TEDAVİ

Tedavi stratejisi; semptomların tipi ve şiddeti, İBS semptomlarının besin alımı ve/veya defekasyonla korelasyonuna, fonksiyonel bozukluğun derecesine ve psikososyal faktörlerin var olup olmasına göre değişmektedir. Genel olarak hafif semptomlar primer olarak visseral hipersensitivite ile ilişkili olup semptomatik olarak barsağı etkileyen farmakolojik ajanlarla tedavi edilir. Daha şiddetli semptomları olan olgularda psikososyal faktörlerin rolü olup sıklıkla psikolojik davranış tedavisi ve antidepressan tedavi gereklidir.

Tedavi basamakları şunlardır:

• Hastanın eğitimi ve güveninin kazanılması;

Etkili hasta- hekim ilişkisi tedavinin temelidir. Hekim hastayı dikkatli bir şekilde dinlemeli, hastalığını net olarak açıklamalıdır. Uygun testler ilk vizitte planlanmalı ve yapılmalı, aşırı tetkikten kaçınılmalıdır. Eksik veya tekrarlayan testler yanlış sonuçlara ve güvensizliğe yol açar.

• Diyet

Hastaların çoğu, semptomlarının belirli gıdalarla arttığını ifade etse de gıdanın tipi semptomların oluşmasına katkıda bulunmaz. Genellikle post

prandial semptomlar artar. Ancak, bazı gıdalar bir grup olguda semptomları alevlendirebilir. Bunlar; yağlı yiyecekler, bezelye ve gaz yapıcı yiyecekler, alkol, kafein, laktöz ve bazı olgularda aşırı lif. Kepeğin konstipasyonun giderilmesinde rolü olmasına rağmen ağrı üzerine etkisi yoktur. Ayrıca bazı olgularda aşırı şişkinlik ve gerginliğe yol açabilir. Bu nedenle düşük dozda başlanıp kademeli olarak artırılmalıdır.

• Medikal tedavi

Başlangıç tedavi hastanın baskın semptomuna göre yapılmalıdır. Ağrı ve gaz ön planda olan olgularda, semptomların alevlendiği dönemde anti spazmodikler verilebilir. Düz kas relaksanlarını araştıran bir metaanalizde 5 ilaç plaseboya üstün bulunmuştur. Bunlar; (1) cimetropium bromide, (2) pimaverium bromide, (3) octylonium bromide, (4) trimebutine, (5) mebeverine'dir (25). Klinik pratikte, antispazmodik ve antikolinergik ajanlar ağrı atakları sırasında, yemeklerden önce günde 3 defa kullanılmalıdır. Kronik kullanımda etkilerine tolerans gelişir. Ağrı sürekli ve şiddetli ise tedaviye düşük doz trisiklik antidepressanlar eklenebilir.

Konstipasyon için diyet lif içeriği artırılmalıdır (25 g/gün). Eğer düzelme yok ise, osmotik laksatifler (milk of magnesia, sorbitol, PEG) kullanılabilir.

Diyare için, kullanılan loperamide veya difenoksilat özellikle gaita sıklığı, 'urgency' ve fekal sızıntı üzerine etkilidir.

• Yeni tedavi yöntemleri

Diyare baskın İBS'de 5-HT₃ reseptör antagonizmi ile visseral ağrı, kolonik transit ve intestinal sekresyon azalır. Alosetron hidroklorid, selektif 5-HT₃ antagonisti olup, ağrının giderilmesinde ve gaita sıklığının azalmasında plasebodan üstün bulunmuştur. En sık yan etkisi konstipasyondur. İlaç kullanan olguların %28 inde bildirilmiştir. En ciddi yan etkisi de akut iskemik kolittir (%0.1-1).

Konstipasyon için, yeni parsiyel veya tam 5-HT₄ agonistleri ümit verici görünmektedir. Parsiyel agonist, Tegaserod, Gİ kanal boyunca promotilite ajanı olarak etki gösterir. Yapılan çalışmalar, Tegaserod'un Gİ sistemde hem normal hem değişmiş motiliteyi, intestinal sekresyonu stimüle ettiğini, barsak gerilmesi ile ortaya çıkan visseral afferent yanıtı ise inhibe ettiğini göstermiştir (1, 10).

KAYNAKLAR

1. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, et al. Rome II. The functional gastrointestinal disorders. Diagnosis, pathophysiology and treatment: a multinational consensus. 2nd ed. Mc Lean, VA: Degnon Associates, 2000
2. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45: 1143-6
3. Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C, et al. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991; 101: 927-34.
4. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, et al. US householder survey of functional gastrointestinal disorders. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 1569-80.
5. Locke GR. The epidemiology of functional gastrointestinal disorders in North America. *Gastroenterol Clin North Am* 1996; 25: 1-19
6. Sandler RS. Epidemiology of irritable bowel syndrome in the United States. *Gastroenterology* 1990; 99: 409-15.
7. Boyce PM, Koloski NA, Talley NJ. Irritable bowel syndrome according to varying diagnostic criteria: are the new Rome II criteria unnecessarily restrictive for research and practice. *Am J Gastroenterology* 2000; 95: 3176-82
8. Talley NJ, Zinsmeister AR, Melton LJ. Irritable bowel syndrome in a community: symptom subgroups, risk factors and health care utilization. *Am J Epidemiol* 1995; 142: 76-83
9. Hahn B, Watson M, Yan S, et al. Irritable bowel syndrome symptom patterns: frequency, duration, and severity. *Dig Dis Sci* 1998; 43: 2715-18.
10. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 123: 2108-31.
11. Ritchie J. Pain from distension of the pelvic colon by inflating a balloon in the irritable bowel syndrome. *Gut* 1973; 6: 105-12.
12. Mertz H, Naliboff B, Munakata J, et al. Altered rectal perception is a biological marker of patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1995; 109: 40-52.
13. Cook IJ, van Eeden A, Collins SM. Patients with irritable bowel syndrome have greater pain tolerance than normal subjects. *Gastroenterology* 1987; 93: 727-33.
14. Mayer EA. The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut* 2000;47: 861-9.
15. Sanders KM. A case for Interstitial Cells of Cajal as pacemakers and mediators of neurotransmission in the gastrointestinal tract. *Gastroenterology* 1996; 111: 492-515.
16. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, et al. Towards positive diagnosis of the irritable bowel syndrome. *BMJ* 1978; 2: 653-4.
17. Thompson WG, Creed FH, Drossman DA, et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gastroent Int* 1992; 5: 75-91.
18. Saito YA, Locke GR, Talley NJ, et al. A comparison of the Rome and Manning criteria for case identification in epidemiological investigations of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 2816-24.
19. Hammer J, Talley NJ. Diagnostic criteria for the irritable bowel syndrome. *Am J Med* 1999; 107: 5S-11S.
20. Talley NJ, Phillips SF, Melton LJ, et al. Diagnostic value of the Manning criteria in irritable bowel syndrome. *Gut* 1990; 31: 77-81
21. Kruis W, Thieme C, Weinzierl M, et al. A diagnostic score for the irritable bowel syndrome: its value in the exclusion of organic disease. *Gastroenterology* 1984; 87: 1-7.
22. Fass R, Longstreth GF, Pimental M, et al. Evidence and consensus-based practice guidelines for the diagnosis of irritable bowel syndrome. *Arch Int Med* 2001; 161: 2081-8.
23. Vanner SJ, Depew WT, Paterson WG, et al. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 2912-7.
24. Thompson WG. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. In: *The functional gastrointestinal disorders*. Drossman DA (ed), Allen Press, Inc., Lawrence, KS, 2000: 351-97.
25. Poynard T, Naveau S, Mory B, Chaput JC. Metaanalysis of smooth muscle relaxers in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1994; 8: 499-510.