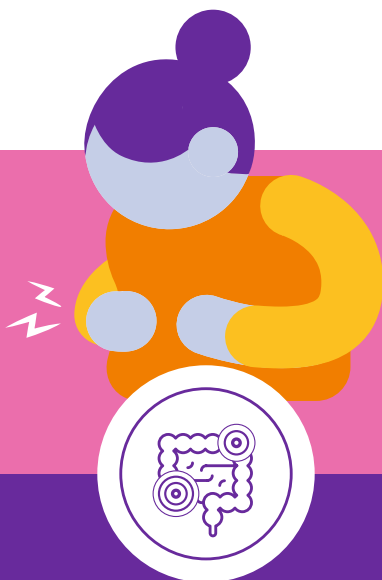


DIAGNOZA IBS – BROSZURA



Jak zdefiniować IBS?

Co wiadomo o fizjopatologii?

Jak postawić trafną diagnozę?

Jakie są objawy alarmowe wymagające dalszej diagnostyki ?

Jakie badania są potrzebne?

Jakie są wytyczne dotyczące postępowania?

Jak często prowadzona jest dalsza obserwacja?

Współpraca przy tworzeniu dokumentu:

Dr. Pedro Costa Moreira, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa – Penafiel, Porto, Portugal

Prof. Jean Marc Sabaté, Szpital Avicenne, Francja

Prof. Jan Tack, Szpitale Uniwersyteckie w Leuven, Belgia



Śledź nas na:





JAK ZDEFINIOWAĆ IBS?



Zaburzenie interakcji jelito-mózg;
znane również jako
funkcjonalne
zaburzenie jelit



1

Wzdęcia i/lub rozdęcie brzucha

2

**Nawracający (ale nie ciągły) ból lub
dyskomfort w jamie brzusznej**

3

**Zmieniony rytm wypróżnień
nawyki wypróżnień**
(częstotliwość i/lub konsystencja stolca)

ORAZ



często towarzyszący mu
wyższy poziom
lęku lub depresji

jego występowanie
może być powiązane
z brakiem
równowagi
mikrobioty jelitowej



**Częstość występowania
od 4 do 10%**

w zależności od regionu
geograficznego i zastosowanych
kryteriów oceny

**Lista synonimów
określająca dolegliwość**

Zespół jelita drażliwego
Zespół jelita nadwrażliwego
IBS



Co można powiedzieć o IBS?



Wzdęcia, nawracający ból/dyskomfort w jamie brzusznej oraz zmieniony rytm wypróżnień charakteryzują to zaburzenie czynnościowe określane jako zespół jelita drażliwego (IBS).

IBS jest zaburzeniem interakcji jelit z mózgiem, te dwa narządy nie rozumieją przesyłanych między sobą sygnałów i nie komunikują się ze sobą prawidłowo.

IBS jest zaburzeniem objawowym, przebiegającym bez uszkodzenia tkanek.

Objawy żołądkowo-jelitowe nie występują same, IBS-owi towarzyszy często wyższy poziom zaburzeń psychicznych, takich jak lęk, stres i depresja.

Mózg odbiera sygnały z jelit, które są nadinterpretowane (odbierane jako sygnały o szkodzie).

CO WIADOMO O FIZJOPATOLOGII?

Czynniki psychologiczne
(stres, niepokój)

Nieprawidłowa
kontrola bólu

Gazy/
wzdęcia

Nieprawidłowa
motoryka jelit

Mikrobiota

Dieta

Nadwrażliwość
jelit

Stan zapalny





JAK POSTAWIĆ TRAFNĄ DIAGNOZĘ?

Kryteria diagnostyczne IBS

- ✓ Obecność przewlekłego/nawracającego, ale nie ciągłego bólu lub dyskomfortu w jamie brzusznej ≥ 3 dni/miesiąc w ciągu ostatnich 3 miesięcy*
- ✓ Związane z co najmniej 2 z następujących cech: wypróżnianie, zmiana konsystencji/częstości stolca, zmiana częstotliwości wypróżnień

Przy braku czynników alarmowych lub czynników ryzyka

*Początek występowania kryteriów ≥ 6 miesięcy przed rozpoznaniem

PODTYP	CHARAKTERYSTYKA
IBS z przewagą zaparć (IBS-C)	Bristol 1-2 > Bristol 6-7 <i>zaparcia > biegunka</i>
IBS z przewagą biegunki (IBS-D)	Bristol 6-7 > Bristol 1-2 <i>biegunka > zaparcia</i>
IBS, mieszany (IBS-M)	Bristol 1-2 & Bristol 6-7 <i>biegunka i zaparcia</i>
IBS z nieokreślonym rytmem wypróżnień (IBS-U)	<i>Rzadko występujące nieprawidłowe stolce</i>

Bristolska skala uformowania stolca





Co można powiedzieć o IBS?



Jelito przetwarza sygnały z nadmierną wrażliwością, co wpływa na funkcjonowanie.

Na funkcję jelit wpływa układ nerwowy.

Jelito wysyła sygnały w taki sposób, że są one nadinterpretowane przez mózg.

Mózg odbiera lub przetwarza sygnały w sposób zbyt czuły.

Mózg błędnie interpretuje prawidłowe sygnały z organizmu jako objawy choroby.

IBS może być związany z niebilansowaną mikroflorą jelitową.

JAKIE SĄ OBJAWY ALARMOWE WYMAGAJĄCE DALSZEJ DIAGNOSTYKI?

Lista kontrolna cech wymagających dodatkowych badań diagnostycznych lub skierowania do specjalisty

- ✓ Wywiad rodzinny (choroba zapalna jelit, celiakia lub rak jelita grubego)
- ✓ Utrata masy ciała
- ✓ Gorączka
- ✓ Nowy objaw (<6 miesięcy)
- ✓ Objawy nocne
- ✓ Objawy pozajelitowe (zapalenie stawów, wysypka, zapalenie oka)
- ✓ Niedawne stosowanie antybiotyków
- ✓ Nieprawidłowości w badaniu fizykalnym

W PRZYPADKU ODPOWIEDZI
„TAK” NALEŻY ROZWAŻYĆ
DODATKOWĄ OCENĘ I
SKIEROWANIE WEDŁUG POTRZEB

- ✓ Niedokrwistość lub utrata krwi
- ✓ Zwiększenie ilości markerów stanu zapalnego
- ✓ Nietrzymanie stolca
- ✓ Zalegająca treść w jamie brzusznej

SKIEROWANIE NA KONSULTACJĘ
GASTROENTEROLOGICZNĄ



JAKIE BADANIA DIAGNOSTYCZNE SĄ POTRZEBNE?

Nie należy nadmiernie rozszerzać
diagnostyki, warto rozważyć:

DO ZALECENIA BADANIA RUTYNOWE

- Morfologia krwi z rozmazem
- Białko C-reaktywne (CRP) (wykluczenie IBD lub innego stanu zapalnego)
- Ocena wzorca wypróżnień: częstotliwość i konsystencja (Bristolska skala uformowania stolca)



DO ROZWAŻENIA W SZCZEGÓLNYM PRZYPADKU

- Kalprotektyna w kale
W przypadku biegunki jako objawu i możliwości skorzystania z refundacji
- Badanie serologiczne w kierunku celiakii
Jeśli ten stan patologiczny występuje często w danym kraju.
- Badania tarczycy
Tylko w przypadku poważnie zmienionego rytmu wypróżnień, z innymi objawami klinicznymi, dla uspokojenia.
- Kolonoskopia
Tylko w wybranych przypadkach, na podstawie podtypu wzorca wypróżnień (biegunka) i wyniku testu w kierunku kalprotektyny, próg wieku do badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego (zwykle >50 lat), Wywiad osobisty i/lub rodzinny.
- Badania per rectum
Zalecane u wszystkich osób, u których występuje krew w kale; mężczyźni i kobiety w wieku >40 lat z objawami ze strony dolnego odcinka przewodu pokarmowego.



ZBĘDNE JAKO TEST RUTYNOWY

- Badania żelaza
- Albumina
- Parazytologia (*pasożyt w przypadku podróży zagranicznych, stolców MC&S, toksyna C. difficile*)
- Badania przesiewowe w kierunku raka jelita poza zalecanymi wytycznymi krajowymi
- TK/USG/MRI
- Ocena ginekologiczna





JAKIE SĄ WYTYCZNE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA?

Leczenie koncentruje się
na **4** ogólnych obszarach

1 Interwencja osobista - - - - -



zdrowa dieta

*ograniczenie spożycia
potencjalnych składników
wyzwalających
(FODMAP, laktoza, gluten...)*



probiotyki



błonnik



prebiotyki

2 Styl życia - - - - -



zdrowy tryb życia

*regularna aktywność
fizyczna*



sen

3 Zarządzanie sygnałami jelito-mózg - - - - -



interwencja psychoterapeutyczna

*Terapia poznawczo-behawioralna (CBT), hipnoza,
psychodynamiczna, relaksacyjna...*

w celu długoterminowego wsparcia psychologicznego

4 Farmakoterapia objawowa - - - - -



Leki ukierunkowane na

- funkcjonowanie jelit
- ból
- wzdęcia

*Przeciwwskurczowe; przeciwbiegunkowe;
przeczyszczające...*



Co można powiedzieć o IBS?



Spójności mikroorganizmów które żyją w określonym środowisku organizmu, nazywane są mikrobiotą.

Brak równowagi mikrobioty jelitowej, dysbioza, to zmiana w składzie i funkcjach drobnoustrojów żyjących w jelitach.

Żywność, bakterie lub substancje występujące w jelitach mogą czasami powodować nieprawidłowe działanie jelit i wywoływać objawy.

IBS to przewlekłe zaburzenie, w którym objawy można kontrolować poprzez zmiany w stylu życia, terapię dietetyczną i terapie psychologiczne.

Będziemy się spotykać co 6-8 tygodni w celu sprawdzenia skuteczności leczenia/strategii.

Jeśli chcesz się dowiedzieć więcej o mikrobiocie, przejdź do publicznej sekcji Biocodex Microbiota Institute

BIOCODEX 
Microbiota Institute

JAK CZĘSTO POWINNA BYĆ REALIZOWANA DALSZA OPIEKA?

**Za 6 do 8 tygodni,
można ponownie
ocenić skuteczność
leczenia**



ŹRÓDŁA

- Barbara G, Grover M, Bercik P, *et al.* Rome Foundation Working Team Report on Post-Infection Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*. 2019;156(1):46-58.e7.
- Black CJ, Ford AC. Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2020; 17: 473- 86.
- Blake MR, Raker JM, Whelan K. Validity and reliability of the Bristol Stool Form Scale in healthy adults and patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016;44(7):693-703.
- Carbone F, Van den Houte K, Besard L, *et al.* Diet or medication in primary care patients with IBS: the DOMINO study - a randomised trial supported by the Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE Trials Programme) and the Rome Foundation Research Institute [published online ahead of print, 2022 Apr 28]. *Gut*. 2022;gutjnl-2021-325821.
- Collins, S. A role for the gut microbiota in IBS. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 11, 497–505 (2014).
- Corsetti M, Shin A, Lacy BE, *et al.* Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 2026;170(6):1261-1282
- Drossman DA, Chang L, Tack J, *et al.* Disorders of Gut-Brain Interaction and the Rome V Process. *Gastroenterology*. 2026;170(6):1083-1098.
- Ford AC, Sperber AD, Corsetti M, *et al.* Irritable bowel syndrome. *Lancet*. 2020 Nov 21;396(10263):1675-1688.
- 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.
- Hillestad EMR, van der Meeren A, Nagaraja BH, *et al.* Gut bless you: The microbiota-gut-brain axis in irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*. 2022 Jan 28;28(4):412-431.
- <https://www.snfge.org/content/constipation-chronique>
- Kindt S, Louis H, De Schepper H, *et al.* Belgian consensus on irritable bowel syndrome. *Acta Gastroenterol Belg*. 2022;85(2):360-382.
- Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, *et al.* ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(1):17-44.
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, *et al.* Functional bowel disorders [published correction appears in *Gastroenterology*. 2006 Aug;131(2):688]. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1480-1491.
- Moayyedi P, Mearin F, Azpiroz F, *et al.* Irritable bowel syndrome diagnosis and management: A simplified algorithm for clinical practice. *United European Gastroenterol J*. 2017;5(6):773-788.
- 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.
- Simrén, M., Tack, J. New treatments and therapeutic targets for IBS and other functional bowel disorders. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 15, 589– 605 (2018).
- Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, *et al.* Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021;160(1):99-114.e3.
- Sperber AD. Epidemiology and Burden of Irritable Bowel Syndrome: An International Perspective. *Gastroenterol Clin North Am*. 2021 Sep;50(3):489-503.
- Vasant DH, Paine PA, Black CJ, *et al.* British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. *Gut*. 2021;70(7):1214-1240.



WSPÓŁPRACA PRZY TWORZENIU DOKUMENTU:



Prof. Jean-Marc Sabaté

Prof. Jean-Marc Sabaté pracuje jako konsultant na Wydziale Gastroenterologii Szpitala Uniwersyteckiego Avicenne w Bobigny we Francji i jest profesorem gastroenterologii na Uniwersytecie Paryskim. Od 2002 r. prowadzi badania z zakresu zespołu jelita drażliwego (IBS) w ramach INSERM U-987 „Fizjopatologia i kliniczna farmakologia bólu” (szpital Ambroise Paré, Francja). Jest współzałożycielem i przewodniczącym rady naukowej stowarzyszenia APSSII (francuskie stowarzyszenie pacjentów cierpiących na zespół jelita drażliwego).



Prof. Jan Tack

Prof. Jan Tack jest obecnie kierownikiem kliniki na Wydziale Gastroenterologii, profesorem chorób wewnętrznych i przewodniczącym Katedry Medycyny Klinicznej i Doświadczalnej na Uniwersytecie w Leuven w Belgii. Prof. Jan Tack jest również głównym badaczem w Centrum Badań Translacyjnych Zaburzeń Żołądkowo-Jelitowych (TARGID) na Uniwersytecie w Leuven. Obecnie jest jednym z czołowych klinicznych i podstawowych badaczy w dziedzinie motoryki przewodu pokarmowego. Jest prezesem Rzymskiej Fundacji ds. Funkcjonalnych Zaburzeń Żołądkowo-Jelitowych.



Dr. Pedro Costa Moreira

Dr Pedro Costa Moreira pracuje jako gastroenterolog w Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa – Penafiel, Porto, Portugalia. Szczególnym przedmiotem jego zainteresowania są choroby dróg żółciowo-trzustkowych oraz zaawansowana endoskopia (USG endoskopowe, endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna / ERCP). Jednocześnie jest koordynator i konsultant naukowy w szkoleniach na platformie MGFamiliar.net.. Rozpoczął szkolenie medyczne w Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugalia.

Zatwierdzony przez:

