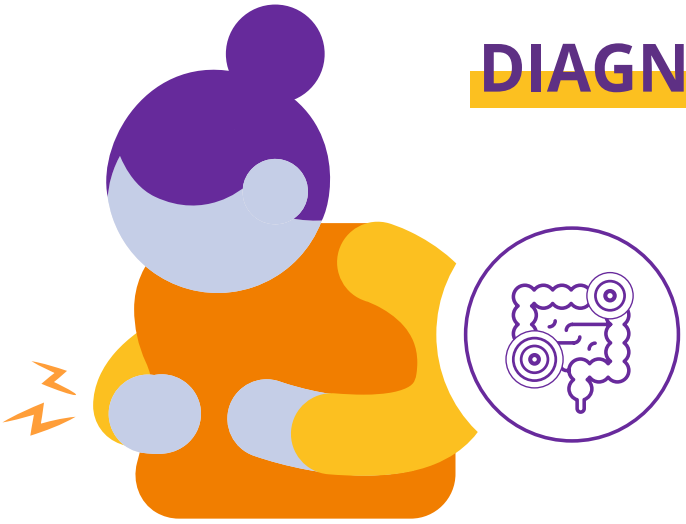


DIAGNOZA IBS – BROSZURA

Jak zdefiniować IBS?

Co wiadomo o fizjopatologii?

Jak postawić trafną diagnozę?

Jakie są objawy alarmowe wymagające dalszej diagnostyki?

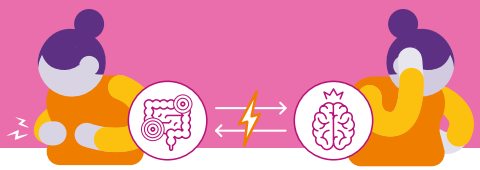
Jakie badania są potrzebne?

Jakie są wytyczne dotyczące postępowania?

Jak często prowadzona jest dalsza obserwacja?

JAK ZDEFINIOWAĆ IBS?

Zaburzenie interakcji jelitowo-mózgowej



1
Wzdęcia i/lub rozdęcie brzucha

2
Nawracający (ale nie ciągły) ból lub dyskomfort w jamie brzusznej

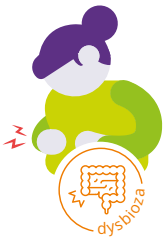
3
Zmieniony rytm wypróżnień
(częstotliwość i/lub konsystencja stolca)

ORAZ



często towarzyszący mu **wyższy poziom lęku lub depresji**

jego występowanie może być powiązane **z brakiem równowagi mikrobioty jelitowej**



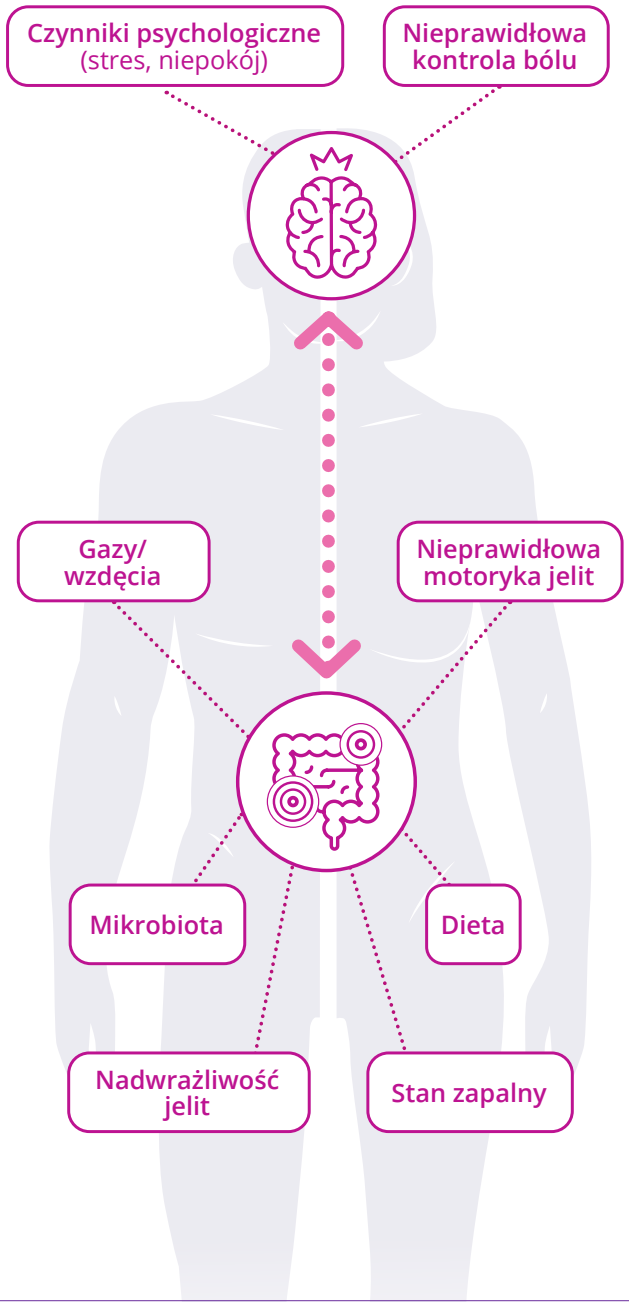


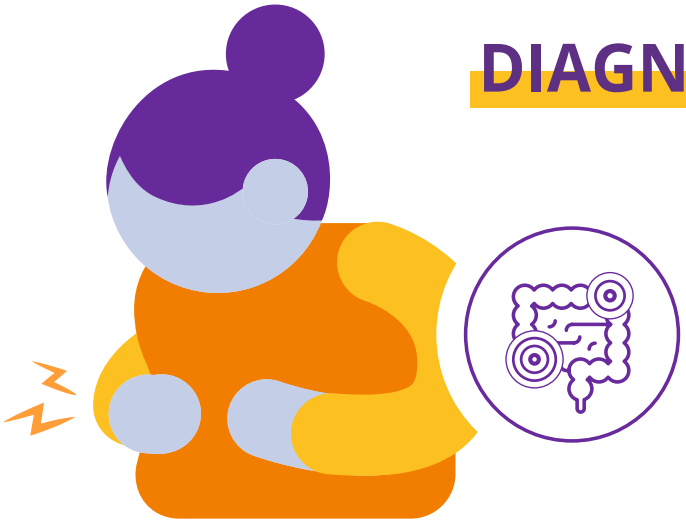
Częstość występowania
od 4 do 10%
w zależności od regionu geograficznego i zastosowanych kryteriów oceny

Lista synonimów określająca dolegliwość

Zespół jelita drażliwego
Zespół jelita nadwrażliwego
IBS

CO WIADOMO O FIZJOPATOLOGII?





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?

JAK POSTAWIĆ TRAFNĄ DIAGNOZĘ?

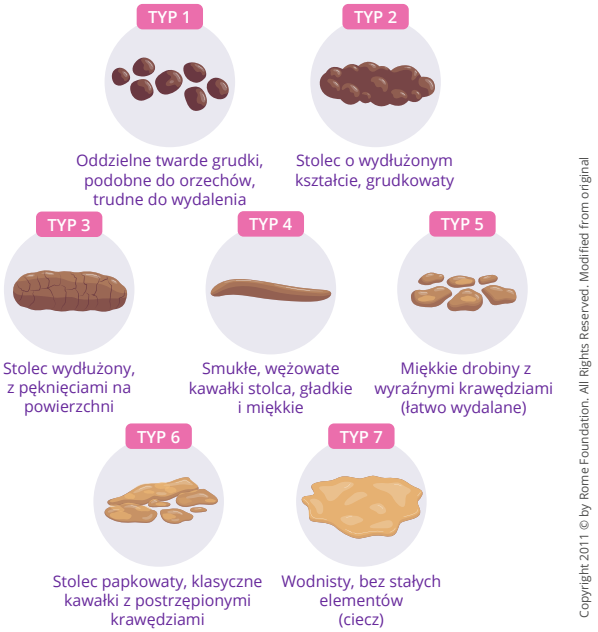
Kryteria diagnostyczne IBS

- ☑ 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 stolcaZmiana 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 *zaparcia > biegunka*
IBS z przewagą biegunki (IBS-D)	Bristol 6-7 > Bristol 1-2 *biegunka > zaparcia*
IBS, mieszany (IBS-M)	Bristol 1-2 & Bristol 6-7 *biegunka i zaparcia*
IBS z nieokreślonym rytmem wypróżnień (IBS-U)	*Rzadko występujące nieprawidłowe stolce*

Bristolska skala uformowania stolca



Copyright 2011 © by Rome Foundation. All Rights Reserved. Modified from original

JAKIE SĄ OBJAWY ALARMOWE WYMAGAJĄCE DALSZEJ DIAGNOSTYKI?

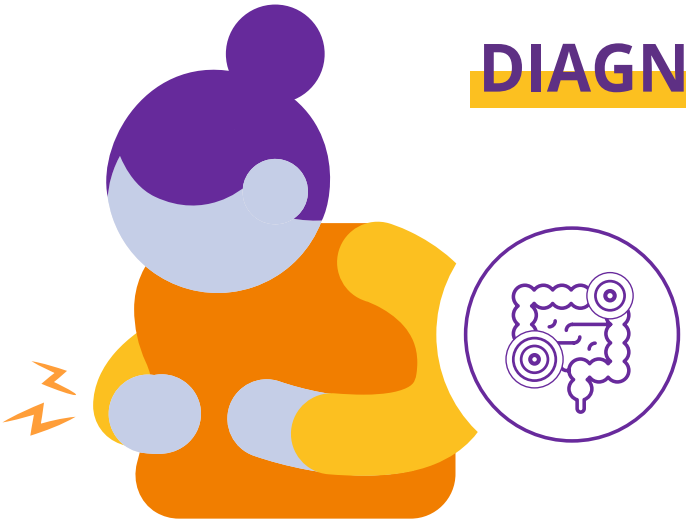
Lista kontrolna cech wymagających dodatkowych badań diagnostycznych lub skierowania do specjalisty

- ☑ 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



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?

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



- funkcjonowanie jelit
- ból
- wzdęcia

Przeciwskurczowe; przeciwbiegunkowe; przeczyszczające...

JAK CZĘSTO POWINNA BYĆ REALIZOWANA DALSZA OPIEKA?

Za 6 do 8 tygodni, można ponownie ocenić skuteczność leczenia



Współpraca przy tworzeniu dokumentu:

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

Prof. Jean Marc Sabaté, *Szpital Avicenne, Francja*

Prof. Jan Tack, *Szpitale Uniwersyteckie w Leuven, Belgia*

Zatwierdzony przez:

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION WGO est. 1958



Co można powiedzieć o IBS?

Nawracający ból/dyskomfort w jamie brzusznej oraz zmieniony rytm wypróżnień charakteryzują to zaburzenie interakcji jelitowo-mózgowej 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).

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 niezbilansowaną mikroflorą jelitową.

Społeczności 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.

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.

BIOCODEX Microbiota Institute

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

BMI-26-10 Dokument wyłącznie do użytku fachowego personelu medycznego

Śledź nas na: