

Importanța algoritmului de diagnostic al sindromului de intestin iritabil în practica clinică

Diagnostic algorithm of irritable bowel syndrome and its importance in clinical practice

Dr. CĂTĂLIN PARFENE¹, Prof. Dr. DUMITRU MATEI², Prof. Dr. DAN OLTEANU²

¹Cabinet Medical Individual, București

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

REZUMAT

Sindromul de intestin iritabil (SII) este, prin definiție, o tulburare funcțională intestinală cronică, caracterizată prin durere sau disconfort abdominal și modificarea tranzitului intestinal (1,2). Ca atare, sindromul de intestin iritabil apare în absența unor indicii fizice, radiologice sau de laborator identificabile, ale unei boli organice.

Anamneza este piatra de temelie pentru diagnosticul de intestin iritabil, informațiile colectate fiind fundamentale pentru a decide atunci când un pacient are nevoie de investigații suplimentare sau când acesta ar trebui să fie trimis la un specialist.

Noile teste adjuvante pentru diagnosticul sindromului de intestin iritabil pot spori valoarea criteriilor tradiționale bazate pe simptomatologie, îmbunătățind viteza și siguranța cu care pacientul este diagnosticat.

Cuvinte cheie: sindromul de intestin iritabil, diagnostic, criterii bazate pe simptom

ABSTRACT

Irritable bowel syndrome (IBS) is, by definition a chronic functional gastrointestinal disorder, characterized by abdominal pain or discomfort and altered bowel habits (1,2). Irritable bowel syndrome occurs in the absence of identifiable physical, radiologic, or laboratory indications of organic disease.

Carreful history taking is the cornerstone for the diagnostic of irritable bowel syndrome (and his classification), information collected during the history is also fundamental for deciding when a patient needs further investigations and when this should be referred to a specialist.

New adjunctive testings for irritable bowel syndrome can augment traditional symptom-based criteria, improving the speed and safety with which a patient is diagnosed.

Key words: irritable bowel syndrome, diagnosis, symptom-based criteria

INTRODUCERE

Sindromul de intestin iritabil (SII) este o tulburare funcțională a motilității intestinale, foarte

larg răspândită, caracterizată prin durere sau disconfort abdominal asociate cu modificarea tranzitului intestinal (1,2). Natura cronică și supărătoare a simptomelor sindromului de intestin

Adresă de corespondență:

Dr. C. Parfene, Cabinet Medical Individual, Str. Drumul Taberei, nr. 124-126, București
e-mail: parfene.doc@gmail.com

iritabil afectează de multe ori în mod negativ calitatea vieții și nivelul de activitate zilnică al pacienților și poate deveni o povară economică importantă pentru aceștia și pentru sistemul de sănătate.

Sindromul de intestin iritabil, o condiție complexă, cu multiple fațete, este caracterizat ca o „tulburare a creierului intestinal” (4), fiind asociat cu alterarea proceselor fiziologice de la nivel intestinal, hipersensibilitate viscerală, scăderea imunității și modificări ale microflorei mucoasei intestinale (5,6).

O analiză epidemiologică sistematică recentă a sindromului de intestin iritabil a remarcat o prevalență între 3-20% în Statele Unite ale Americii, unde sunt afectați peste 4,5 milioane de adulți (7), femeile fiind de două ori mai afectate decât bărbații (2,7,8). Sindromul de intestin iritabil este diagnosticat mai des înainte de vârsta de 50 de ani și pare a fi mai frecvent la populațiile cu un nivel socio-economic mai scăzut (9,10).

Costurile pentru îngrijirea pacienților cu sindrom de intestin iritabil duc la o utilizare semnificativă, în fiecare an, a resurselor din sistemul de sănătate, sub forma costurilor directe (vizite la medici, investigații, tratamente), cât și a costurilor indirecte (absenteism de la muncă, productivitate scăzută).

Progresele în cercetare din ultimele decenii au oferit o nouă perspectivă asupra proceselor fiziopatologice ce stau la baza afecțiunii (în special rolul serotoninei la nivelul tractului gastrointestinal), ceea ce a dus la dezvoltarea de strategii de diagnostic și la noi opțiuni de tratament specifice, ce pot fi utilizate în practica clinică.

DIAGNOSTICUL SII ÎN PRACTICA CLINICĂ

Tablou clinic

Elementul principal în simptomatologia sindromului de intestin iritabil este durerea abdominală. Aceasta se asociază în mod esențial cu cel puțin unul din următoarele simptome: modificarea tranzitului intestinal (diaree, constipație sau alternanța diaree-costipație), evacuarea incompletă de materii fecale, distensia abdominală, secreția rectală de mucus sau simptome extradigestive (2).

La sfârșitul anilor '70, Manning definește pentru prima dată criteriile de diagnostic pentru sindromul de intestin iritabil, ulterior însă acestea dovedindu-se a avea o sensibilitate și o specificitate scăzute.

Din acest motiv, în ultimii ani au fost elaborate, de către un grup de experți, *criteriile de diagnostic Roma*, pentru a fi utilizate în practica clinică și în cercetare. Actualmente, pentru diagnosticul sindromului de intestin iritabil sunt utilizate *criteriile Roma III* (2006). Acestea presupun (3):

- existența durerii sau a disconfortului abdominal timp de trei zile pe lună în ultimele trei luni, asociate cu minimum două dintre următoarele:
- dispariția sau ameliorarea durerii după defecație;
- instalarea durerii concomitent cu modificarea numărului scaunelor;
- instalarea durerii odată cu modificarea formei sau aspectului scaunelor.

Există și o împărțire în subtipuri ale sindromului de intestin iritabil, în funcție de simptomul dominant: SII-D (predominanța diareei), SII-C (predominanța constipației), SII-M (prezența atât a diareei, cât și a constipației) și SII-A (alternanța diareei cu constipația). Utilitatea acestei clasificări este însă discutabilă, deoarece s-a constatat faptul că, pe parcursul unui an, majoritatea pacienților își schimbă subtipul de boală (3).

Sindromul de intestin iritabil este o afecțiune cronică, cu o simptomatologie extrem de variabilă și fluctuantă de-a lungul timpului. Aproape jumătate dintre pacienții cu sindrom de intestin iritabil relatează episoade zilnice, iar 75% dintre pacienți cel puțin două episoade pe săptămână (13).

Provocări în diagnosticul SII

Simptomele sindromului de intestin iritabil sunt eterogene și în mod frecvent se suprapun sau coexistă cu simptomele altor afecțiuni gastrointestinale, cum ar fi constipația cronică, dispepsia funcțională, boala de reflux gastroesofagian, boala celiacă, bolile inflamatorii intestinale și intoleranța la lactoză (14,15) sau extradigestive, precum fibromialgia, sindromul de oboseală cronică, durerile pelvine cronice și afecțiunile psihologice (anxietatea, depresia) (4,11,16). Diagnosticul diferențial al sindromului de intestin iritabil este foarte vast și se poate face cu bolile inflamatorii intestinale, cancerul colorectal, infecții enterice sau sistemice, boala celiacă, tulburările hormonale și bolile asociate cu malabsorbția (3).

Semnele de alarmă, care trebuie luate în considerare pentru a face un diagnostic diferențial corect, cu o afecțiune organică, sunt reprezentate de prezența sângelui în scaun, ane-

mie, scădere ponderală, febră, istoric familial de cancer colonic, boală inflamatorie intestinală sau boală celiacă, debutul simptomatologiei după vârsta de 50 de ani, ori o modificare recentă și radicală a simptomatologiei (2,11).

Evoluția favorabilă a simptomatologiei sindromului de intestin iritabil stă esențial în mâinile medicului curant. Este vital pentru pacient ca medicul căruia i se adresează, după ce stabilește diagnosticul și exclude alte boli organice cu prognostic rezervat, să comunice pacientului șansele de evoluție favorabilă a bolii și să explice pe îndelete în ce constă afecțiunea și de ce investigațiile paraclinice nu au evidențiat nimic patologic. Timpul pe care medicul și-l petrece la început explicând pacientului în ce constă afecțiunea sa nu este de loc un timp irosit, pacientul revenind mai rar pentru recurența simptomatologiei.

ALGORITMUL ACTUAL DE DIAGNOSTIC AL SII

Criteria de diagnostic bazate pe simptomatologie

Datorită faptului că tabloul clinic se caracterizează printr-un evantai de simptome necaracteristice, de-a lungul timpului au fost dezvoltate mai multe seturi de criterii pentru a identifica și a standardiza diagnosticul de intestin iritabil.

În 1978, Manning a constatat prezența mai frecventă a anumitor simptome la pacienții cu sindrom de intestin iritabil, în comparație cu cei cu afecțiuni organice (2). Acest lucru a fost un important pas înainte, util pentru următoarele studii epidemiologice, acces mai ușor la diagnostic, inclusiv limitarea investigațiilor nejustificate și evaluarea obiectivă a eficienței terapiei.

În 1984, Kruis (18) a realizat un studiu prin care a urmărit frecvența celor trei simptome majore din sindromul de intestin iritabil: durerea abdominală, flatulența și tulburările de tranzit, iar în 1990 un grup de lucru internațional a dezvoltat criteriile de diagnostic Roma I, în încercarea de a oferi un cadru uniform pentru selecția pacienților cu sindrom de intestin iritabil pentru studii diagnostice și terapeutice (3,17). Aceste criterii au fost revizuite în 1992 de către grupul de lucru Roma II și din nou în 2006 de către grupul de lucru Roma III (1,19).

Explorări paraclinice

Investigațiile utilizate în sindromul de intestin iritabil se desfășoară pe două paliere:

- investigații de bază, standard, care se utilizează la pacienții la care suspiciunea

unei afecțiuni organice este minimă, cu absența unor simptome și semne de alarmă;

- investigații facultative în contextul unei suspiciuni a existenței unei anumite boli organice.

Investigații standard

Teste de laborator uzuale

Cei mai mulți dintre autori recomandă doar efectuarea unei hemoleucograme (pentru excluderea unei anemii sau leucocitoze) și a testelor de inflamație nespecifice (fibrinogen, VSH, proteina C reactivă). Alte recomandări sunt ceva mai generoase, incluzând și testele biochimice uzuale, teste ale funcției tiroidiene (pentru excluderea unei hiper sau hipotiroidii), examenul de urină, examenul coproparazitologic și al unei coproculturi (23,24).

Sigmoidoscopia și colonoscopia

Se recomandă efectuarea unei sigmoidoscopii la pacienții sub 45 de ani și a unei colonoscopii la pacienții peste această vârstă. Relația dintre modificările structurale decelate și simptomatologia ce mimează sindromul de intestin iritabil a fost evidentă doar la pacienții cu cancer de colon și la cei cu boala Crohn (25).

Explorări imagistice

Efectuarea ecografiei abdominale a devenit o practică de rutină în primul rând datorită neinvazivității sale, având o sensibilitate de 74% și o specificitate de 98% (26), evitându-se astfel efectuarea de investigații radiologice sau endoscopice invazive și inutile.

Investigații facultative

În funcție de vârstă, sex, natura și durata simptomelor, clinicianul poate să considere necesar efectuarea unor teste adiționale, facultative.

Teste de malabsorbție

Pentru investigarea sindromului de malabsorbție se pot folosi o serie de teste, dintre care enumerăm: testul respirator cu trioleină, testul respirator cu determinare de H₂, testul la d-xiloză precum și testele calitative (Sudan) și cantitative (van der Kamer) (14).

Markerii fecali

Aceștia pot identifica inflamația mucoasei intestinale, fiind utili în diagnosticul diferențial cu bolile inflamatorii intestinale. Dintre aceștia, calprotectinul și lactoferina sunt proteine neu-

trofile, derivate stabile ce cresc în concentrație ca răspuns la migrarea leucocitelor în intestin (15,27).

Markerii pentru boala celiacă

Testele uzitate pentru diagnosticul diferențial cu această afecțiune intestinală sunt determinarea anticorpilor anti-transglutaminază tisulară (tTG) și a anticorpilor anti-gliadin. Diagnosticul de boală celiacă se confirmă prin efectuarea biopsiei de mucoasă intestinală la care se constată modificări caracteristice (20).

DISCUȚII

Diagnosticul sindromului de intestin iritabil este, în principiu, unul de excludere. Acesta trebuie bazat pe o anamneză minuțioasă, un examen clinic general complet și teste de laborator uzuale la pacienții ce se încadrează în criteriile de diagnostic Roma III și nu prezintă semne de alarmă. O atenție specială trebuie acordată persoanelor de sex feminin ce se prezintă pentru prima dată cu simptome de intestin iritabil, fiind necesară excluderea unei neoplazii în sfera genitală (în special cancerul ovarian). De asemenea, este necesară investigarea suplimentară, în special prin examen colonoscopic, a pacienților ce se prezintă *de novo* cu simptome de intestin iritabil la vârste de peste 50 de ani, deoarece simptomatologia poate ascunde un cancer colorectal (22).

Pentru pacienții ce îndeplinesc criteriile Roma III și nu prezintă semne de alarmă, diagnosticul diferențial trebuie să includă boala celiacă, boala Crohn (pentru pacienții cu predominanța diareei) și constipația cronică (pentru pacienții cu predominanța constipației).

Evaluarea inițială a pacienților cu simptome de intestin iritabil trebuie să includă, pe lângă anamneză și examen clinic minuțioase, teste serologice uzuale (hemoleucograma pentru excluderea anemiei, infecției sau inflamației), teste de inflamație nespecifice (fibrinogen, VSH, proteina C reactivă) și teste biochimice uzuale. Un test Hemocult poate fi necesar pentru a exclude o sângerare gastrointestinală ocultă. Probele de scaun trebuie să includă un examen coproparazitologic sau coproculturi atunci când istoricul o sugerează. În funcție de datele anamnestice, se pot efectua teste țintite precum teste respiratorii pentru intoleranța la lactoză, teste ale funcției tiroidiene, dozarea calciului seric pentru hiperparatiroidism, teste serologice sau biopsia de intestin subțire pentru evaluarea bolii celiace (22).

Prezența semnelor de alarmă presupune utilizarea de investigații diagnostice suplimentare, precum studii imagistice: tranzit baritat, irigografie, examen ecografic sau computertomografic, la care se pot adăuga examene endoscopice cu biopsie de intestin, sigmoidoscopie și colonoscopie.

Pentru a sintetiza cele descrise anterior, se poate utiliza un **algoritm de evaluare** a pacienților cu simptome de intestin iritabil după cum urmează (22):

- pentru pacienții ce nu îndeplinesc *criteriile Roma III*, evaluarea se efectuează în funcție de simptomatologia descrisă;

- pentru pacienții ce îndeplinesc *criteriile Roma III*, următorul pas este acela de a depista *semnele de alarmă*. Prezența acestora presupune efectuarea investigațiilor suplimentare pentru excluderea unei neoplazii sau a altei patologii (ex. Boala Crohn). Dacă toate aceste teste sunt negative, atunci se poate concluziona asupra diagnosticului de sindrom de intestin iritabil. În lipsa semnelor de alarmă, următorul pas este reprezentat de efectuarea de teste serologice pentru boala celiacă, iar dacă acestea sunt negative nu mai este necesară continuarea investigațiilor, diagnosticul de **sindrom de intestin iritabil** fiind confirmat.

CONCLUZII

Importanța sindromului de intestin iritabil este dată de prevalența crescută, morbiditatea substanțială și costurile enorme pentru sistemele de sănătate.

Costurile umane și economice substanțiale asociate sindromului de intestin iritabil fac necesară dezvoltarea de noi strategii de management pentru diagnosticarea eficientă a bolii.

Deși este printre cele mai frecvente tulburări întâlnite în practica clinică, atât în asistența medicală primară, cât și în cea gastroenterologică, sindromul de intestin iritabil continuă să fie o provocare de diagnostic substanțială.

Este recunoscut astăzi că nu există un „standard de aur” pentru diagnosticul sindromului de intestin iritabil, astfel că ideile preconceptuate ale pacienților cum că ar avea o boală organică și lipsa de încredere a acestora în diagnosticul bazat pe simptome pot contribui de multe ori la efectuarea de teste diagnostice inutile și costisitoare.

Noile teste de diagnostic inovatoare, cum ar fi markerii fecali specifici pentru inflamația intestinală și testele serologice pentru depistarea bolilor inflamatorii intestinale, oferă posibilita-

tea creșterii valorii criteriilor tradiționale de diagnosticare bazate pe simptom, îmbunătățind viteza și siguranța cu care pacientul este diag-

nosticat, evitând astfel utilizarea testelor diagnostice inutile și uneori invazive.

BIBLIOGRAFIE

- Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D., Houghton L.A., Mearin F., Spiller R.C.** Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006; 130(5):1480-1491.
- American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2009; 104 Suppl1:S1-S35.
- Cash B.D., Chey W.D.** Irritable bowel syndrome – an evidence based approach to diagnosis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004; 19(12):1235-1245.
- Mayer E.A.** Clinical practice. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med*. 2008; 358(16):1692-1699.
- Serra J., Azpiroz F., Malagelada J.R.** Impaired transit and tolerance of intestinal gas in the irritable bowel syndrome. *Gut*. 2001; 48(1):14-19.
- Spiller R.C., Jenkins D., Thornley J.P., et al.** Increased rectal mucosa lenteroendocrine cells, T lymphocytes, and increased gut permeability following acute *Campylobacter* enteritis and in post-dysenteric irritable bowel syndrome. *Gut*. 2000; 47(6):804-811.
- Saito Y.A., Schoenfeld P., Locke G.R. III.** The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2002; 97(8):1910-1915.
- Hungin A.P., Chang L., Locke G.R., Dennis E.H., Barchout V.** Irritable bowel syndrome in the United States: prevalence, symptom patterns and impact. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;21(11):1365-1375.
- Andrews E.B., Eaton S.C. Hollis K.A., et al.** Prevalence and demographics of irritable bowel syndrome: results from a large Web-based survey. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;22(10):935-942.
- Minocha A., Johnson W.D., Abell T.L., Wighting W.C.** Prevalence, sociodemography, and quality of life of older versus younger patients with irritable bowel syndrome: a population-based study. *Dig Dis Sci*. 2006; 51(3):446-453.
- Drossman D.A., Camilleri M., Mayer E.A., Whitehead W.E.** A technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2002; 123(6):2108-2131.
- Drossman D.A.** The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*, 2006; 130:1377-1390.
- International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders. IBS in the Real World Survey. Summary findings. International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders. Available from: <http://aboutconstipation.org/pdfs/IBSRealWorld.pdf>. Accessed Aug 10, 2012.
- Frissora C.L., Koch K.L.** Symptom overlap and comorbidity of irritable bowel syndrome with other conditions. *Curr Gastroenterol Rep*. 2005; 7(4):264-271.
- Schoepfer A.M., Trummel M., Seeholzer P., Seibold-Schmid B., Seibold F.** Discriminating IBD from IBS: comparison of the test performance of fecal markers, blood leukocytes, CRP, and IBD antibodies. *Inflamm Bowel Dis*. 2008; 14(1):32-39.
- Whitehead W.E., Palsson O., Jones K.R.** Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology*. 2002; 122(4):1140-1156.
- Ford A.C., Talley N.J., Veldhuyzen van Zanten S.J., Vakil N.B., Simel D.L., Moayyedi P.** Will the history and physical examination help establish that irritable bowel syndrome is causing this patient's lower gastrointestinal tract symptoms? *JAMA*. 2008; 300(15):1793-1805.
- Kruis W., Thieme C., Weinzierl M., Schussler P., Holl J., Paulus W.** A diagnostic score for the irritable bowel syndrome. Its value in the exclusion of organic disease. *Gastroenterology*. 1984; 87(1):1-7.
- Vanner S.J., Depew W.T., Paterson W.G., et al.** Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 1999; 94(10):2912-2917.
- Xavier Bossuyt. Celiac Disease – General and Laboratory Aspects. In *eJIFC*, 2006, 17(3), paper 7.
- Manning A.P., Thompson W.G., Heaton K.W., Morris A.F.** Towards positive diagnosis of the irritable bowel syndrome. *Br. Med J*. 1978; 2; 653-654.
- Cotruță B., Gheorghe C.** Sindromul de intestin iritabil o provocare diagnostică, *Viața Medicală*, 2009; 38; 1, 7.
- American Gastroenterological Association, Irritable Bowel Syndrome. A Technical Review for Practice Guideline Development, *Gastroenterology*. 1997, 112, 2120-2137.
- Jones J., Boorman J., Cann. et al.** British Society of Gastroenterology guidelines for the management of irritable bowel syndrome. *Gut*. 2000, 47, suppl 2, 1-19.
- Tolliver B.A., Herrera J.L., DiPalma J.A.** Evaluation of patients who meet clinical criteria for irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*, 1994; 89; 176-178.
- Astegiano M., Bresso F., Cammarota T., et al.** Abdominal pain and bowel dysfunction@ diagnostic role of intestinal ultrasound. *Eur J. Gastroenterol Hepatol*, 2001, 13, 927-931.
- Silberer H., Koppers B., Mickisch O., et al.** Fecal leukocyte proteins in inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *Clin Lab*. 2005; 51(3-4):117-126.

Vizitați site-ul

SOCIETĂȚII ACADEMICE DE MEDICINĂ A FAMILIEI

www.samf.ro