

Iðraólga – samvinna ólíkra heilbrigðisstétta

Iðraólga (IBS) finnst mér lýsa ástandi kvillans á svo dramatískan hátt en án þess að gefa í skyn að um vefjafræðilegan sjúkdóm sé að ræða, engin bólga, bara ólga. Enn í dag hefur ekki verið hægt að greina iðraólgu með prófunum og er dánartíðni meðal þeirra sem þjást af iðraólgu ekki hærri en annarra. Þrátt fyrir það lifa margir með iðraólgu við mjög skert lífsgæði. Einkennin geta haft áhrif á störf, nám, félagslíf og ferðalög þeirra sem hafa kvillann. Flestir lifa þó eðlilegu lífi með sínum einkennum.

Rome IV viðmiðin eru þau sem notast er við í dag til að greina iðraólgu. Samkvæmt þeim þurfa einkennin að hafa byrjað fyrir meira en sex mánuðum og kviðverkir þurfa að vera til staðar að minnsta kosti einn dag í viku síðustu þrjá mánuði. Kviðverkirnir þurfa að koma í sambandi við hægðalosun og að tengjast breytingum á tíðni eða áferð hægða.

Ekki má þó gleyma öðrum greiningum sem líkjast iðraólgu. Á síðustu 50 árum hefur framför í greiningartækni orðið til þess að færri fá greininguna iðraólga, þar sem einkennin eru vegna annarra greininga. Má þar nefna laktósaóþol, glúteinóþol, smásæjaristilbólgu og niðurgang vegna gallsalts. Í kringum árið 2000 var svo farið að greina ofvöxt baktería í smáþörmum (SIBO), meðal annars hjá þeim sem hafa undirgengist aðgerðir á þörmum. Það er von um að í framtíðinni finnist aðrar greiningar einkennanna.

Í Stokkhólmi er eftirfylgni iðraólgu helst á heilsugæslu eða á minni einkastofum. Karólínska háskólasjúkrahúsið, sem ég starfa við, er hásérhæfður spítali og tekur því einungis við ákveðnum sjúkdómsgreiningum. Iðraólga er ekki á þeim lista. Við höfum þó tekið á móti erfiðustu tilfellum iðraólgu og þá kemur fyrir að við greinum aðrar orsakir.

Í starfi mínu hefur mér fundist vera mikilvægt að gefa fólki góðan tíma til að tjá sig um einkenni sín. Það er mikilvægt að frá byrjun myndist traust í samskiptunum. Ef einkennin uppfylla Rome IV viðmiðin og engin rauð flögg eru í sjúkrasögunni,

er oft nóg að sýna sjúklingnum viðmiðin og fræða hann um að um góðkynja ástand sé að ræða. Óróleiki og hræðsla geta aukið á einkenni og því er fræðsla mikilvæg.

Ekki er til nein ein meðferð sem lækna eða lina alla iðraólgu enda er birtingarmyndin fyrir hvern og einn mismunandi. Þau lyf sem eru á markaðnum eru fyrst og fremst til að minnka einkenni. Það sem reynist best er samvinna hinna ýmsu heilbrigðisstétta til að ná utan um einkennin og styðja sem best við sjúklinginn. Gott er að hafa næringarfræðing með sér í liði, sérstaklega hjá þeim sem finna meiri einkenni við matarinntöku og eru að borða of lítið.

Almennar ráðleggingar þarf að gefa, eins og að borða oft og minni skammta, borða í rólegheitum og tryggja matinn vel. Einnig fyrir þá sem eru með niðurgang er gott að forðast kaffi, áfengi og kryddaðan mat. Baunir og lauk skulu þeir forðast sem eru með uppþembu og mikinn vindgang. Ef þessar almennu ráðleggingar hjálpa ekki, getur næsta skref verið að prófa sig áfram með lág-FOD-MAP mataræði sem fjallað er nánar um í þessu blaði. Mikilvægt er að það sé gert með stuðningi frá næringarfræðingi sem getur fylgst með líkamsþyngd, og til að hindra næringarskort.

Sálfræðingar eru einnig mikilvægir meðferðaradilar sem gott er að hafa með í liði. Hugræn atferlismeðferð (HAM) getur hjálpað til að hafa stjórn á einkennunum og minnka kvíða tengd-an þeim. Sjúkraþjálfarar sem hafa sérhæft sig í grindarbotninum eru ómetanlegir í teyminu einnig.

Það er ánægjulegt að sjá að svo fin rannsókn á íslensku þýði sé birt hér í dag um iðraólgu og FODMAP. Með auknum rannsóknum og fræðslu getum við sinnt þessum stóra hópi sem best og aukið lífsgæði.



Sara Bjarney Jónsdóttir
sérfræðingur í lyf og meltingarlækningum á Karólínska háskólasjúkrahúsinu í Stokkhólmi

Enn í dag hefur ekki verið hægt að greina iðraólgu með prófunum og ekki hafa þeir sem þjást af iðraólgu hærri dánartíðni en aðrir. Þrátt fyrir það lifa margir með iðraólgu við mjög skert lífsgæði

Irritable bowel syndrome – Collaboration between different health professions

Sara Bjarney Jónsdóttir
MD, Gastroenterologist,
Karolinska University hospital

doi 10.17992/ibl.2024.06.795