



Dr n. med.
Anna
Zawadzka-Krajewska

Klinika Pneumonologii
i Alergologii Wieku
Dziecięcego
WUM
Warszawa

Kierownik Kliniki:
Prof. dr hab. n. med.
Marek Kulus

Zespół jelita nadwrażliwego czy alergia pokarmowa

Irritable bowel syndrome or food allergy

S U M M A R Y

Irritable bowel syndrome (IBS) is a chronic, functional gastrointestinal disorder; is a group of symptoms including abdominal pain and changes in the pattern of bowel movements. The causes of IBS are still unknown. It has been classified into four main types depending on whether diarrhea is common (IBS-D), constipation is common (IBS-C), bough are common (IBS-M) or neither occurs very often (IBS-U).

The primary symptoms of IBS are abdominal pain, bloating, gas, diarrhea or constipation, feeling of incomplete evacuation. People with IBS more commonly than others have chronic fatigue syndrome, headache, psychiatric symptoms such as depression and anxiety. These symptoms occur over a long time, often years.

Symptoms of IBS can be triggered by food (wheat, beans, cabbage, milk) and stress. The risk of developing IBS increases six-fold after acute gastrointestinal infection. Research indicates that the microbes in people with IBS might differ from those in healthy people.

Some people can control their symptoms by diet and lifestyle. More-severe symptoms can be treated with medication.

Zespół jelita nadwrażliwego (irritable bowel syndrome, IBS) jest przewlekłym funkcjonalnym schorzeniem przewodu pokarmowego charakteryzującym się bólami brzucha i zaburzeniem motoryki jelit. Przyczyna schorzenia jest nieznana. Wyróżnia się cztery podtypy IBS: IBS-D z dominującą w obrazie klinicznym biegunką, IBS-C z dominującym zaparciem, IBS-M ze zmiennym rytmem wypróżnień, IBS-U niesklasyfikowana postać IBS. Wiodącym objawem IBS są bóle brzucha, wzdęcia, gazy, biegunka lub zaparcie, uczucie niekompletnego wypróżnienia. Dodatkowo pacjenci chorzy na IBS częściej skarżą się na bóle głowy, uczucie przewlekłego zmęczenia, stany depresyjne, niepokój. Objawy te utrzymują się przez dłuższy czas, bywa że przez lata. Mogą być one wyzwalane przez jedzenie (pszenica, warzywa strączkowe i kapustne, mleko) i przez stres. Ryzyko rozwoju IBS zwiększa się sześciokrotnie po ostrych infekcjach przewodu pokarmowego. Badania wskazują na różnice w mikrobiomie osób chorych na IBS i zdrowych. Część pacjentów kontroluje objawy choroby dietą i zmianą stylu życia. Cięższy przebieg IBS wymaga leczenia farmakologicznego.

Zawadzka – Krajewska A: Zespół jelita nadwrażliwego czy alergia pokarmowa. *Alergia*, 2021, 1; 26-29

Opis przypadku

Wywiad

Chłopiec 14 letni został przyjęty do kliniki z powodu bólów brzucha i nieprawidłowych wypróżnień ze wstępnym rozpoznaniem alergii pokarmowej.

W wywiadzie od ponad pół roku chłopiec zgłaszał skurczowe bóle brzucha zlokalizowane przede wszystkim w podbrzuszu, w lewym dole biodrowym. Oceniał je na 7-8/10 w skali VAS. Napady bólu trwały około 2 godzin, nie ustępowały po zastosowaniu paracetamolu i drotaweryny. Pacjent nie wiązał ich ze spożywaniem konkretnych pokarmów. Zmienił się w tym czasie charakter wypróżnień. Chłopiec oddawał około sześciu stolców dziennie, luźnych, ze śluzem, w niedługim czasie po spożyciu posiłku, z nasileniem objawów w godzinach przedpołudniowych. Skarżył się na nagłe parcie na stolec, częste oddawanie gazów, miał wzdęcia brzucha, okresowo nudności. Z powodu bólów brzucha, wzdęć i nieprawidłowych stolców chłopiec był kilka-

krotnie konsultowany ambulatoryjnie. Zwykle zlecano dietę, probiotyki, leki spazmolityczne bez spodziewanego efektu terapeutycznego.

Dziecko było obciążone alergologicznym wywiadem rodzinnym i osobniczym. Brat chłopca od okresu noworodkowego prezentował objawy alergii pokarmowej. Pacjent w wieku 5 lat miał rozpoznana astmę, początkowo był leczony wziewnymi glikokortykosteroidami (wGKS). Z powodu pełnej kontroli choroby na najmniejszych dawkach wGKS i ustąpieniu objawów klinicznych przez kolejnych 9 lat pozostawał bez leczenia. Cztery miesiące przez hospitalizacją ponownie włączono wGKS z powodu zaostrzenia astmy. Chłopiec nigdy wcześniej nie prezentował objawów alergii pokarmowej, nie miał objawów ze strony przewodu pokarmowego, stolce były prawidłowe, nie miał wzdęć, nudności.

W dniu przyjęcia do oddziału pacjent był w stanie dobrym, bez dolegliwości bólowych.

Słowa kluczowe:

Zespół jelita nadwrażliwego, IBS, alergia pokarmowa

Key words:

Irritable bowel syndrome, IBS, food allergy,



Diagnostyka

W czasie hospitalizacji wykonano szereg badań umożliwiających ustalenie przyczyny obserwowanych, niepokojących objawów ze strony przewodu pokarmowego. W celu potwierdzenia/wykluczenia alergii pokarmowej wykonano:

- punktowe testy skórne z alergenami pokarmowymi natywnymi i komercyjnymi – testy ujemne
- ocenę swoistych IgE z alergenami pokarmowymi - brak obecności swoistych IgE
- atopowe testy płatkowe z alergenami pokarmowymi natywnymi – testy ujemne.

Wobec braku obserwowanej przez rodziców i dziecko korelacji między spożytym pokarmem a objawami klinicznymi istniała trudność w doborze produktów spożywczych do wykonania próby eliminacji-prowokacji pokarmem.

Wyniki badań laboratoryjnych były prawidłowe: morfologia z rozmazem, białko C-reaktywne, kalprotektyna, TSH, fT4, stężenie przeciwciał przeciwko transglutaminazie tkankowej w IgA, stężenie IgA, posiew kału, badanie parazytologiczne.

W wykonanym badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej nie stwierdzono odchyłań od stanu prawidłowego.

W gastrokopii nie stwierdzono odchyłań od stanu prawidłowego. Test ureazowy w kierunku *Helicobacter pylori* był ujemny. Pobrano wycinki do badania histopatologicznego, w których w błonie śluzowej przełyku, antrum i dwunastnicy nie stwierdzono zmian.

Przeanalizowano dietę dziecka bogatą dotychczas w cukry proste, skonsultowano chłopca z dietetykiem. Podejrzewając zespół jelita nadwrażliwego wydano zalecenia żywieniowe polegające na:

- spożywaniu pięciu posiłków dziennie w regularnych odstępach czasu
- wykluczeniu z diety sorbitolu, fruktozy, mammitolu

- ograniczeniu spożywania produktów wzdymających takich jak rośliny strączkowe i kapustne
- unikanie spożywania dużej ilości węglowodanów nie rozkładających się w przewodzie pokarmowym (produkty z grupy FODMAP)

- spożywaniu pokarmów w formie duszonej, nie smażonej. Zalecenia dietetyczne przedstawiono w tabeli 1.

Na podstawie obrazu klinicznego, między innymi:

- uczucia pełności, wzdęć, bólów brzucha
- charakteru wypróżnień, poprawy po wypróżnieniu
- poprawy po wprowadzeniu diety ubogiej w węglowodany FODMAP

wysunięto podejrzenie zespołu jelita nadwrażliwego. Ze względu na młody wiek pacjenta chłopiec wymaga dalszej obserwacji.

Do leczenia włączono rifaksyminę, probiotyk, dietę z pozytywnym efektem terapeutycznym.

Dyskusja

Zespół jelita nadwrażliwego (irritable bowel syndrome, IBS) jest przewlekłym funkcjonalnym zaburzeniem przewodu pokarmowego charakteryzującym się bólami brzucha, zaburzeniami rytmu wypróżnień i konsystencji stolca. Należy do grupy zaburzeń interakcji jelitowo-mózgowych, nie jest uwarunkowany zmianami biochemicznymi ani organicznymi (1). IBS występuje u około 10-20% dorosłych, większość z nich, bo aż 2/3, stanowią kobiety (2,3). Choroba zaczyna się zwykle po 30 roku życia. Pacjenci po przebytych ostrym, infekcyjnym epizodzie zapalenia żołądkowo-jelitowego rozwijają siedem razy częściej zespół jelita nadwrażliwego w porównaniu z pozostałymi chorymi bez poprzedzającej infekcji (4,5).

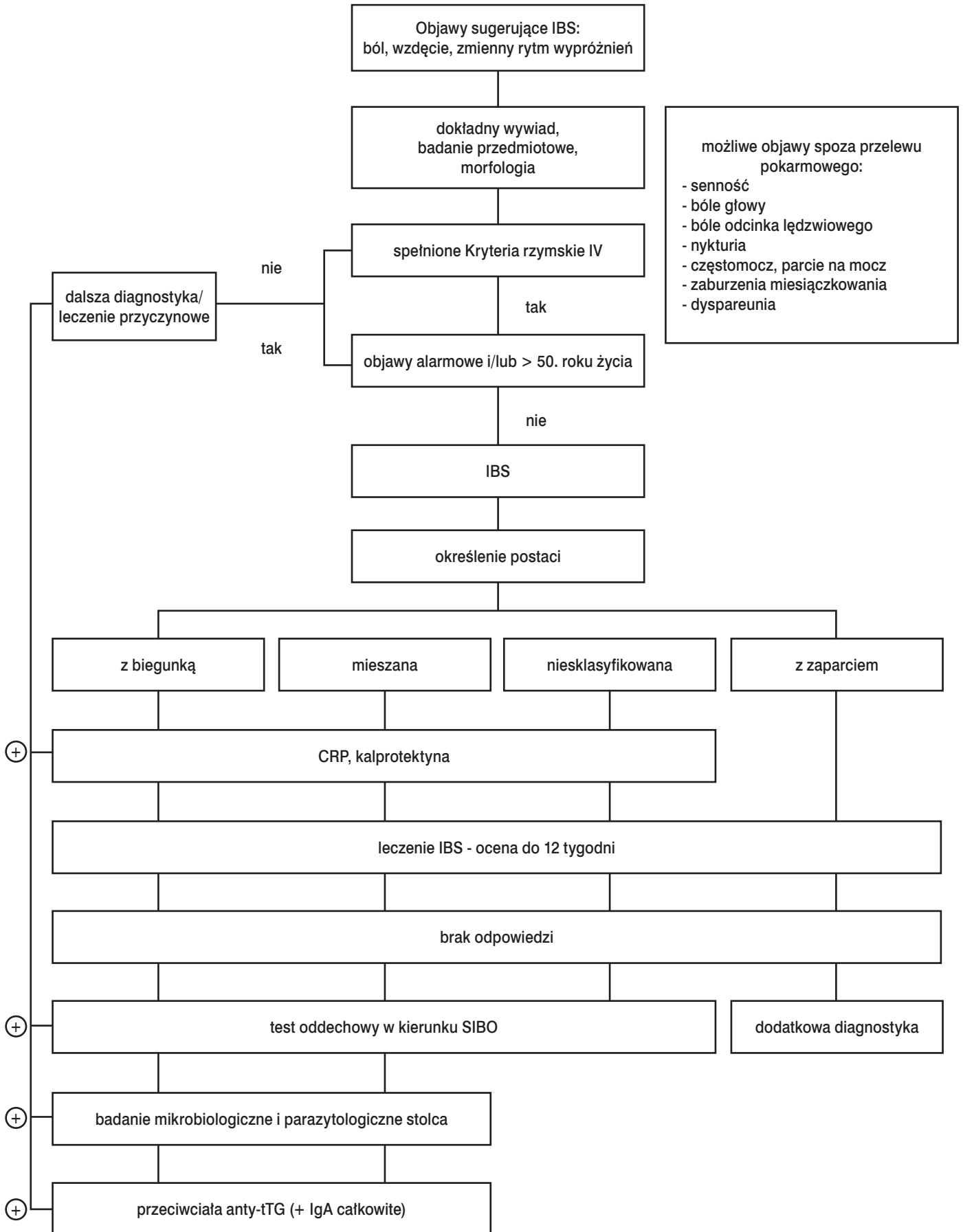
Pierwotna przyczyna IBS jest nieznaną. Do czynników, które mogą mieć wpływ na wystąpienie choroby należą:

1

Tab.

Zalecenia dietetyczne dla pacjenta z IBS

Żywność niezalecana	Żywność zalecana
Jarzyny	
szparagi, karczochy, kapusta, brukselka, brokuł, kalafior, dynia, seler, por, buraki, cebula, czosnek, groszek cukrowy, kukurydza, pieczarki	lucerna, kietki fasoli, marchew, pomidor, ogórek, cukinia, zielony groszek, słodka papryka, ziemniaki, bakłażan, szczypiorek
Owoce	
jabłka, gruszki, śliwki, brzoskwinie, morele, nektarynki, wiśnie, mango, awokado	banany, pomarańcze, mandarynki, grejfruty, melony, winogrona, kiwi
Mleko i przetwory mleczne	
mleko, jogurt, ser biały, śmietana	mleko i jogurt bez laktozy, ser żółty, masło
Zboża	
żyto, pszenica, jęczmień	ryż, owies, komosa, gryka, mąka, kukurydziana
Nasiona, orzechy	
orzechy nerkowca, pistacje	migdały, pestki dyni, orzechy ziemne, orzechy włoskie, orzechy laskowe, sezam, słonecznik





- zaburzenia interakcji jelitowo-mózgowej modyfikującej mechanizmy immunologiczne, neurologiczne i endokrynne. Zaburzenia te wynikają ze zmiany ilościowej i jakościowej mikrobioty jelitowej wpływającej na funkcję motoryczno-sensoryczną przewodu pokarmowego (1,6). Nadmierny rozrost flory bakteryjnej jelita cienkiego (small intestinal bacterial overgrowth, SIBO) występuje u ponad 80% osób chorujących na IBS w porównaniu z grupą kontrolną (6).
- nadwrażliwość trzewna i nieprawidłowa motoryka przewodu pokarmowego zostały potwierdzone niskim progiem bólowym odczynu rozszerzanej balonem i zwiększoną odpowiedzią ruchową jelita grubego na podanie niektórych pokarmów, leków lub hormonów (7)
- zaburzenia w sferze psychicznej. Badania wykazały zależność między stresem a nasileniem objawów IBS. Znaczny odsetek pacjentów, dochodzący do 90%, cierpi na zaburzenia osobowości i skłonność do depresji (7,8)
- czynniki dietetyczne – spożywanie pokarmów ubogo resztkowych i łatwo fermentujących krótkołańcuchowych węglowodanów sprzyja rozwojowi IBS (7,8).

Alergia pokarmowa nie odgrywa roli w patogenezie zespołu jelita nadwrażliwego (9).

Do typowych objawów zespołu jelita nadwrażliwego należą (7,8,9):

- bóle brzucha zróżnicowane pod względem intensywności i częstotliwości. Do najczęstszej lokalizacji raportowanej przez pacjentów należy dolny dół biodrowy. Często bóle występują po posiłku, zwykle ulgę przynosi wypróżnienie
- objawy związane z wypróżnieniem: biegunki, zaparcia lub naprzemienne występowanie powyższych objawów. Stolce w biegunce są często z domieszką śluzu, krótko po posiłku, często towarzyszy temu uczucie niepełnego wypróżnienia, nagłego parcia na stolec
- wzdęcia brzucha, częstsze oddawanie gazów, uczucie „burczenia”, przelewania w brzuchu
- odbijanie, zgaga, nudności, wymioty.

Dodatkowo mogą wystąpić bóle głowy, nykturia, często-mocz, bóle pleców, uczucie zmęczenia, senność.

Rozpoznanie IBS opiera się na kryteriach rzymskich IV (10) do których należą:

Nawracający ból brzucha występujący średnio przez co najmniej jeden dzień w tygodniu przez ostatnie trzy miesiące, który spełnia co najmniej dwa z poniższych kryteriów

- wiąże się z wypróżnieniem
- wiąże się ze zmianą częstości wypróżnień
- nastąpiła zmiana konsystencji stolca.

Kryteria powyższe powinny być spełnione przez ostatnie trzy miesiące, przy wystąpieniu objawów co najmniej sześć miesięcy przed rozpoznaniem.

Wyróżniono 4 podtypy zespołu jelita nadwrażliwego (8,10):

- IBS z dominującą biegunką (IBS-D) – najczęstsza postać, 40% pacjentów, częściej występująca u mężczyzn
- IBS z dominującym zaparciem (IBS-C)
- IBS ze zmiennym rytmem wypróżnień (IBS-M)
- IBS postać nieskwalifikowana (IBS-U)

W diagnostyce różnicowej IBS należy uwzględnić (7,8):

- nieswoiste i swoiste zapalenia jelit
- alergię i nietolerancję pokarmową
- celiakię
- nadczynność tarczycy
- mikroskopowe zapalenie jelita grubego
- nietolerancję laktozy

Badania laboratoryjne w diagnostyce IBS zwykle ogranicza się do niezbędnego minimum. Należą do nich (6,8,9):

- morfologia krwi z rozmazem
 - białko C – reaktywne - różnicowanie nie zaparciowej postaci IBS z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit
 - kalprotektyna - różnicowanie nie zaparciowej postaci IBS z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit
 - TSH, fT4
 - ocena mikrobiologiczna i parazytologiczna stolca
 - stężenie przeciwciał przeciwko transglutaminazie tkankowej w klasie IgA z jednoczesną oceną stężenia IgA w surowicy krwi
 - testy oddechowe w kierunku SIBO, który często współistnieje z IBS, szczególnie w przypadku pacjentów z podtypem IBS z dominującą biegunką (IBS-D) i nasilonymi wzdęciami brzucha.
- Kolonoskopia zalecana jest jedynie w uzasadnionych przypadkach takich jak (9):
- rodzinny wywiad w kierunku raka jelita grubego, celiakii, nieswoistych chorób zapalnych jelit
 - utrata masy ciała
 - współistniejące stany podgorączkowe, gorączka
 - krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego
 - pobyt w rejonach endemicznych występowania chorób zakaźnych lub pasożytniczych
 - niedokrwistość, leukocytoza.

Algorytm diagnostyki pacjentów z podejrzeniem IBS przedstawiono na rycinie 1 (9).

W leczeniu IBS rekomendowane jest przewlekłe stosowanie diety bogatej w błonnik rozpuszczalny w dawce 10-25 g/dobę (11). Dobre efekty lecznicze obserwowane są podczas terapii olejem z mięty pieprzowej (12). Niektóre probiotyki łagodzą ogólne objawy IBS. Konieczne są jednak dalsze badania w tym kierunku (7,8,12). Leczenie farmakologiczne pełni funkcję wspomagającą. W postaci biegunkowej stosowana jest rifaksymina, loperamid, eluksadolina. W postaci zaparciowej podawane są makrogole, linaklotyd, plekanatyd, iprosto (7,8,12).

**Prace nadesłano
18.03.2021
Zaakceptowano do
druku 25.03.2021**

Konflikt interesów nie występuje. Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami EU oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.

Piśmiennictwo: 1. Borghini R., Donato G., Alvaro D et al. New insights in IBS-like disorders. Pandora's box has been opened; a review. Gastroenterol Hepatol Bed Bench 2017;10:79-89 2. Canavan C., West J., Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. Clin Epidemiol 2014;7:71-80 3. Sperber AD., Dumitrascu D., Fucudo S et al. The global prevalence of IBS in adults remains elusive due to the heterogeneity of studies: a Rome Foundation working team literature review. Gut 2017;66:1075-1082 4. Halvorson H., Schlett C., Riddle M. Postinfectious irritable syndrome: a meta-analysis. Am J Gastroenterol 2006;101:1894-1899 5. Krosgaard LR., Engsbro AL., Bytzer P. Antibiotics: a risk factor for irritable bowel syndrome in a population-based cohort. Scand J Gastroenterol 2018;53:1027-1030 6. Chen B., Kim J., Zhang Y et al. Prevalence and predictors of small intestinal bacterial overgrowth in irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. J Gastroenterol 2018;53:807-818 7. Ford AC., Sperber AD., Corsetti M et al. Functional gastrointestinal disorders 2. Irritable bowel syndrome. Lancet 2020;396:1675-1688 8. Farmer AD., Wood E., Ruffie J. An approach to the care of patients with irritable bowel syndrome. CMAJ 2020;192:E275-282 9. Pietrzak A., Skrzydło-Radomańska B., Mulak A i wsp. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne w zespole jelita nadwrażliwego. Gastroenterol Rev 2018;13:167-196 10. Mearin F., Lacy BE., Chang L et al. Bowel disorders. Gastroenterology 2016;150:1393-1407 11. Bijkerk CJ., de Wit NJ., Muris JW. Et al. Soluble or insoluble fibre in irritable bowel syndrome in primary care?. Randomised placebo controlled trial. BMJ 2009;339:b.3154 12. Rożek M., Znajdek Z., Lipiński M i wsp. Czy możliwa jest terapia celowana w leczeniu zespołu jelita nadwrażliwego?. Terapia 2020;8:4-13