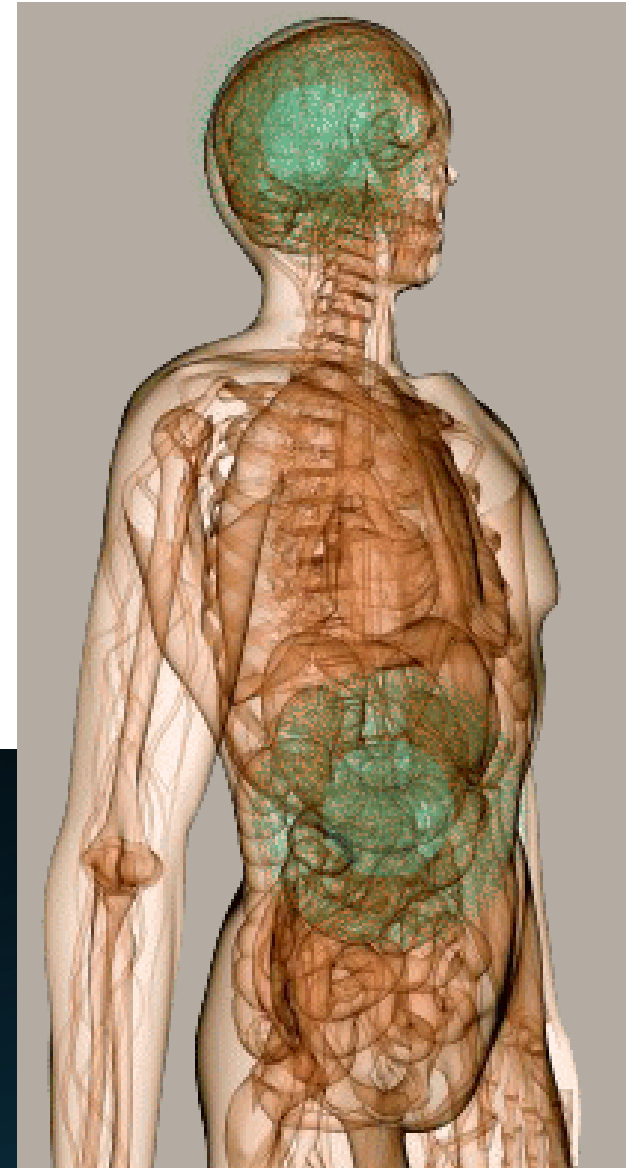


Ont i magen – vad gör vi?

Louise Emilson, Distriktsläkare Vårdcentralen
Värmlands Nysäter, Docent Karolinska Institutet,
inga COI

Michiel van Nieuwenhoven, Överläkare
gastroenterologi, Universitetssjukhuset Örebro,
Docent Örebro universitet



Vanligt!

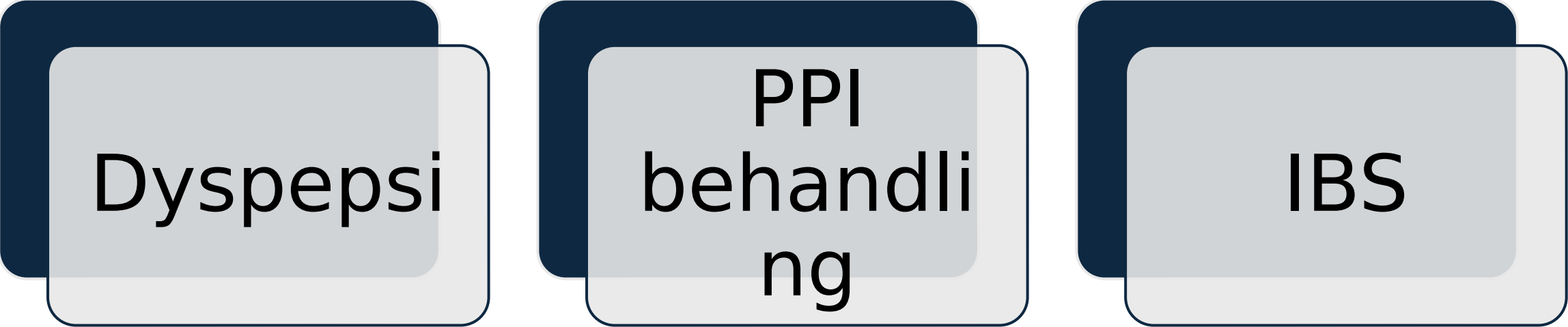
"Magont" står för 5-10% av besök både i primärvård och på akuten (ca 8-12% av rådgivningssamtalen)

Hanteras i primärvård utan vidare undersökningar: 40-60 %.

Kräver provtagning (t.ex. CRP, blodprover, urinprov, avföringsprover) i primärvård: 20-35 %.

Remiss till akutmottagning, specialistvård eller bilddiagnostik: 10-20 % (högre bland äldre och vid tecken på akut buk).

Huvudfokus idag



Dyspepsi

PPI
behandling
ng

IBS

Patientfall

Man i 30 års-åldern söker p.g.a dyspepsi (def. smärta och brännande känsla i epigastriet, tidig mättnadskänsla och en obehaglig fyllnadskänsla/uppkördhet efter matintag).

Han negerar dina frågor kring alarmsymptom (sväljningsbesvär, ofrivillig viktnedgång, feber/nattliga svettningar eller synligt blod från kräkning eller avföring) och känner inte till någon släkting med ventrikelcancer.

Vad gör vi?

Vad gör vi?

1. Läkemedelsgenomgång
2. Beställer feces-helicobakter test
3. Beställer feces-kalprotektin och f-Hb x3
4. Beställer CRP, blodstatus, leverprover
5. Pragmatisk PPI-kur (2-4 veckor omeprazol 20 mg 1x1-2)
6. Efterfrågar refluxsymptom (sura uppstötningar halsbränna)
7. Skickar remiss för gastroskopi med frågeställning: ulcer, esofagit?
8. Ordinerar expectans och åter om alarmsymptom uppstår

Vad gör vi?



1. Läkemedelsgenomgång



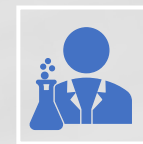
2. Beställer feces-helicobakter test



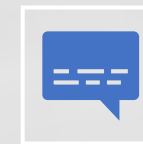
3. Beställer kalp



4. Över



5. Pragmatisk PPI-kur (2-4 veckor omeprazol 20 mg 1x1-2 intages 30-60 minuter innan måltid)



6. Efterfrågar refluxsymptom (sura uppstötningar halsbränna)



7. Skickar remiss för gastroskopi med frågeställning: ulcus, esofagit?

8. Ordinerar expektans och åter om alarmsymptom uppstår

Läkemedelsgenomgång är alltid rätt!!!

Gastroskopi fynd hos individer med dyspepsi

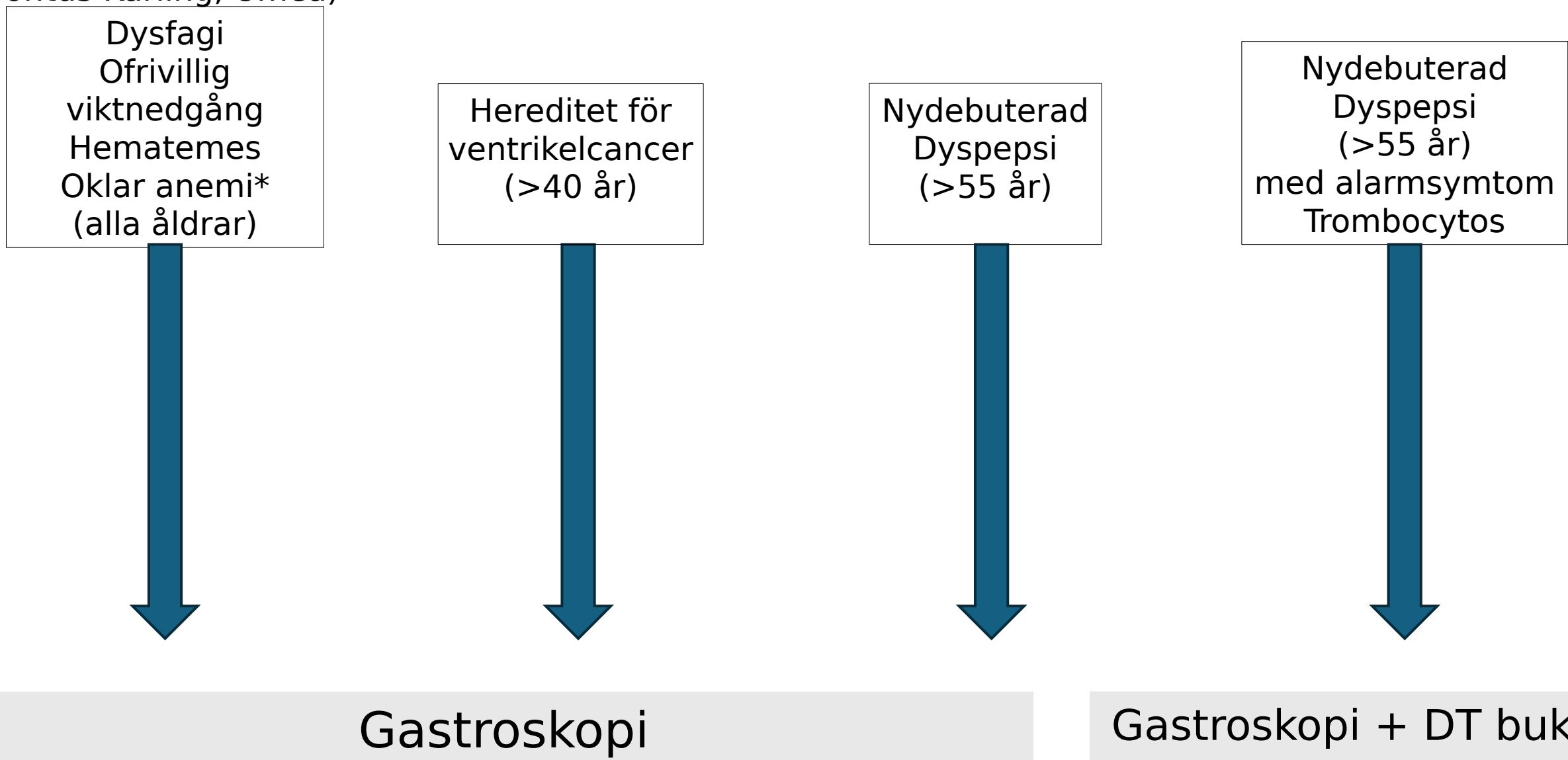
Nasseri-Moghaddam et al.
Clinical Gastroenterology
and Hepatology 2022

Table 3 Prevalence of Clinically Significant Endoscopic Findings in Individuals With Dyspepsia Compared With Individuals Without Dyspepsia

Endoscopic finding	Number of studies	Number of subjects with dyspepsia (% with finding)	Number of subjects without dyspepsia (% with finding)	OR	95% CI	I ² , %	P value for I ₂
Erosive esophagitis	8	2210 (10.8)	12626 (14.1)	0.89	0.76–1.05	90	< .001
Barrett's esophagus	7	1825 (1.0)	11689 (1.3)	1.08	0.61–1.89	61	.049
Peptic ulcer	9	2055 (7.1)	7203 (5.3)	1.61	1.08–2.39	52	.03
Gastric ulcer	6	1973 (2.5)	12142 (1.1)	0.90	0.63–1.29	40	.13
Duodenal ulcer	6	1973 (3.1)	12142 (0.8)	2.06	1.41–3.00	22.5	.26
Gastroesophageal cancer	7	1825 (0.5)	11689 (0.3)	2.26	0.96–5.33	0.0	.82

CI, Confidence interval; OR, odds ratio.

Figur från SGFs nya riktlinje kring utredning vid dyspepsi (under utformning under ledning av Pontus Karling, Umeå)



*Järnbristanemi hos kvinnor innan menopaus och positiv F-hb är ej skäl för gastroskopi

Vad gör vi?

1. Läkemedelsgenomgång (många läkemedel med dyspepsi som biverkan!)

2. Beställer feces-helicobakter test (utesluta ulcus/helikobakter som orsak till nydebuterad dyspepsi)

5. Pragmatisk PPI-kur (2-4 veckor omeprazol 20 mg 1x1-2, som intages 30-60 minuter innan måltid) Ja, särskilt om patienten anger typiska refluxsymptom enligt nedan (esofagit vanligaste fyndet trots allt)

6. Efterfrågar refluxsymptom (sura uppstötningar halsbränna, GERD relativt vanlig orsak till diffusa svalgbesvär och "lätt" att behandla)

PPI – biverkningar

- Ett av de mest förskrivna läkemedlen i Sverige (**2023 hämtade 10% av befolkningen över 15 års ålder ut PPI vid minst ett tillfälle**)
- **Osteoporos och frakturer:** oddsratio 1.2 - 1.5 enligt metaanalys (PMID: 21483462)). I en RCT såg man dock ingen ökad risk efter 3 års användning av pantoprazol (PMID: 31152740).
- **Illamående, kräkningar och diarre:** hos cirka 1-5% av användarna.
- **Hypomagnesemi och B12-brist:** magnesiumbrist oddsratio 1.4 (PMID: 26108134). Likaså har flera studier har visat en ökad risk för vitamin B12-brist (PMID: 37967443).
- **Infektioner:** ökad risk för magsäcks- och tarminfektioner, inklusive Clostridide difficile-infektioner. (PMID: 40765605).
- **Njurkomplikationer:** Det finns studier som tyder på en ökad risk för kronisk njursjukdom vid långvarig användning av PPI. (PMID: 26752337).

Indikationer för kontinuering PPI = konstaterad reflux

Erosiv
refluxesofagit
(ffa grad C-D =
utsättningsförsök
rekommenderas ej)

Barretts
esofagus

Konstaterad GERD
med faktiska
symtomåterfall vid
utsättning trots
livsstilsåtgärder.

Profylax hos patienter som fortsätter
NSAID och har hög risk för övre
GI-blödning: tidigare ulcus, hög ålder,
samtidig antikoagulantia/steroider,
ASA + riskfaktorer,
kombinationsbehandling med
antikoagulantia/antiplatelet och
tidigare blödningsanamnes

Zollinger-Ellison-syndrom
(gastrinproducerande tumör:
Kräver oftast livslång PPI i högre
doser för att kontrollera
syraproduktionen)

Allvarliga komplikationer där
pH-kontroll är nödvändig (t.ex.
postoperativt efter viss bariatrisk
kirurgi, enligt specialistbedömning).

Generella råd vid refluxsjukdom

Kostråd:

- Viktminskning hos överviktiga patienter.
- Undvik måltider/matintag 2-3 timmar före läggdags.
- Reduktion av kost som triggar symptom (tex alkohol, kryddstark och fet mat, citrusfrukter, choklad, kaffe, och tomat)

Sömnrelaterat (nattliga symtom):

- Höjd huvudänden på sängen (ca 15-20 cm).
- Sova på vänster sida.

Övriga förändringar:

- Rökstopp

Kloka val om PPI

Har patienten konstaterad refluxsjukdom – låt den stå på kontinuerlig PPI, nyttan överväger helt klart!

Om inte reflux, Zollinger–Ellison-syndrom eller viss bariatrisk kirurgi föreligger ska alltid indikation omprövas och lägst effektiva dos / intermittent behandling eftersträvas.

Obs! Reboundfenomen feltolkas ofta av patienterna som att de måste ta PPI kontinuerligt, säkerställ kompetent uttrappning vid utsättningsförsök

Patientfall 2

- Kvinna 26 år söker p.g.a. växlande avföring, oftast diarréer och mycket gaser. Sambo, inga barn och arbetslös. Icke-rökare, sparsamt med alkohol. Besvär med återkommande buksmärtor sedan 10 år tillbaka som började efter mamma fick cancer.
- Tidigare sjukdomar: Psoriasis. Ångestproblem. Smärtproblem lederna/fibromyalgi. Mormor med ulcerös kolit.
- Kompletterande anamnes?
- Flera toa besök innan hon känner sig färdig. Buksmärtan blir bättre efter tarmtömning.
- Alarmsymtom ?
- Viktstabil. Ingen blod i avföring. Inga nattliga besvär.

Patientfall 2

Behöver vi fler prover och undersökningar?

Hb/blodstatus

CRP

TSH

Celiakiserologi

F-calprotectin

Gastroskopi

Koloskopi

Patientfall 2

- Prover?
- Hb, CRP, TSH, celiakiserologi och F-calprotectin var normala.
- Fler undersökningar ?
- Nej!
- Dx: **Irritabel tarm syndrom**

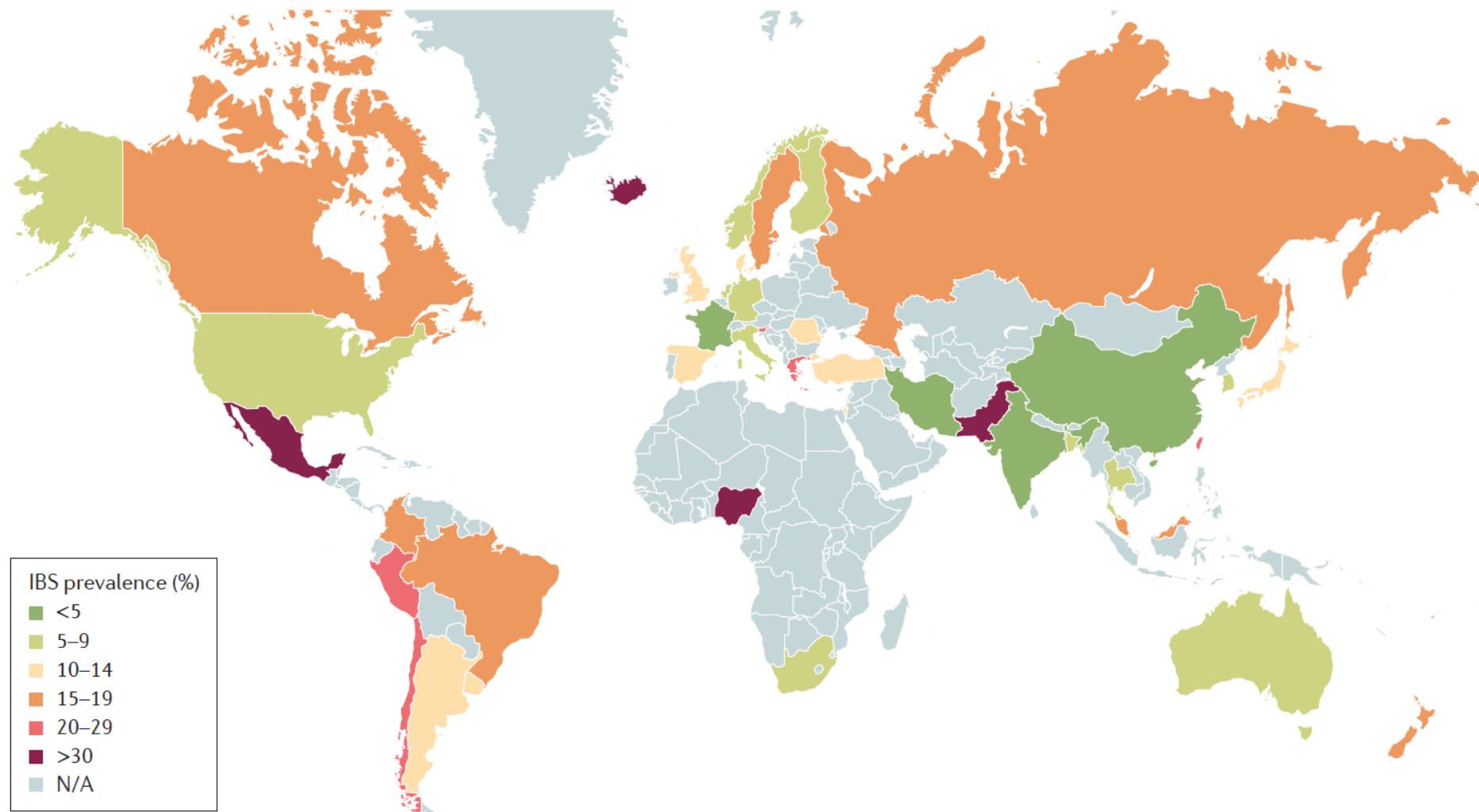
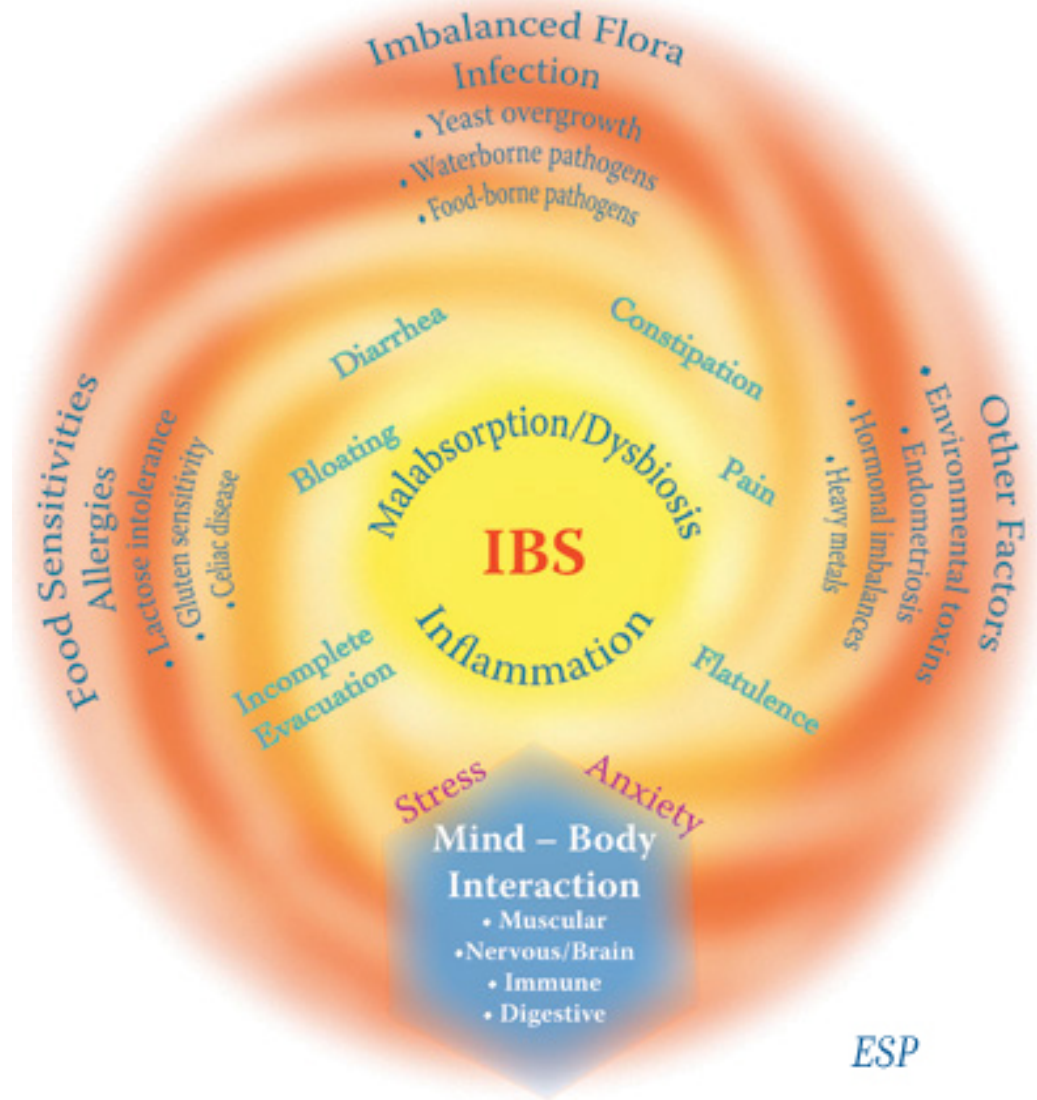


Figure 2 | **IBS prevalence in population studies around the world.** Pooled prevalence data per country are colour-coded. Data from REF. 1 are supplemented by studies from another nine countries (see [Supplementary information S1](#) (table)). IBS, irritable bowel syndrome; N/A, not applicable.

IBS Diagnos



Baseras på:

- Symptom
 - Förstoppningsdominerad (IBS-C)
 - Övervägande diarre (IBS-D)
 - Mixed-type (IBS-M)
- Exklusion av annan patologi
- Rome IV kriterier

Rome IV kriterier för IBS

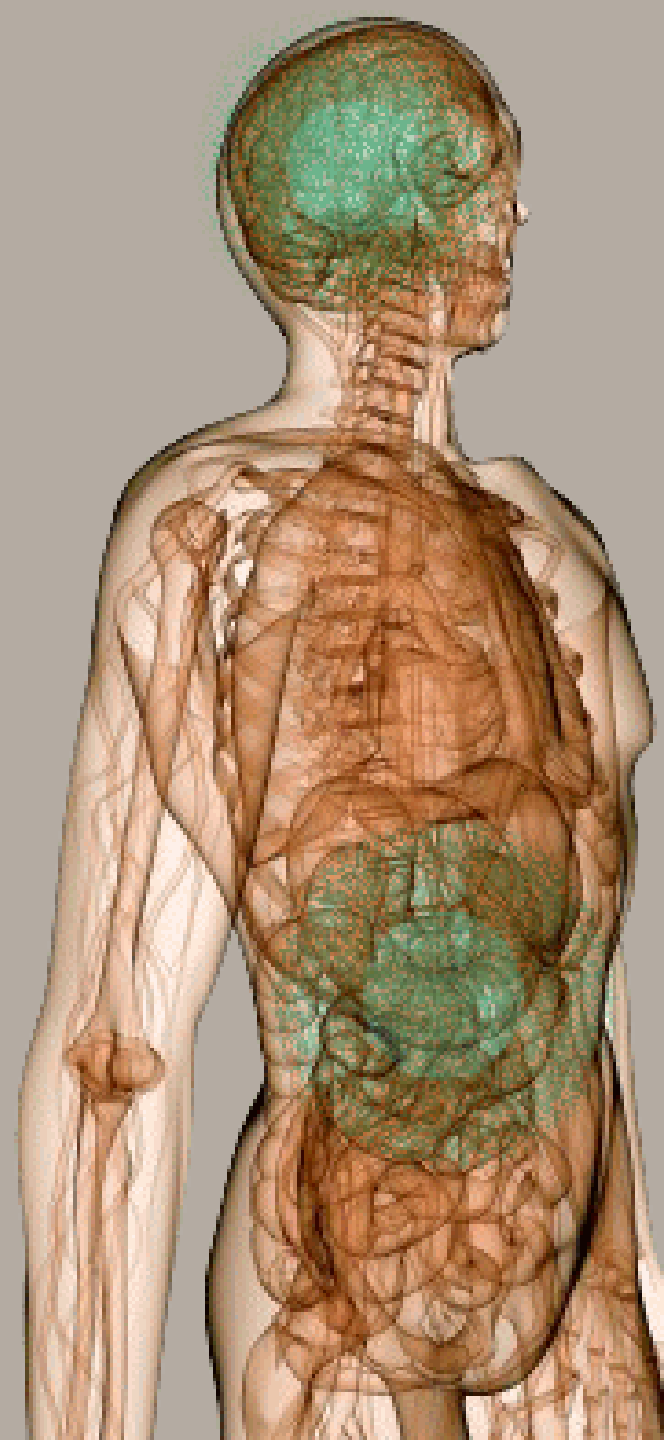
Återkommande episoder med buksmärta, minst 1 gång/vecka de senaste 3 månaderna, associerat med 2 av följande påståenden:

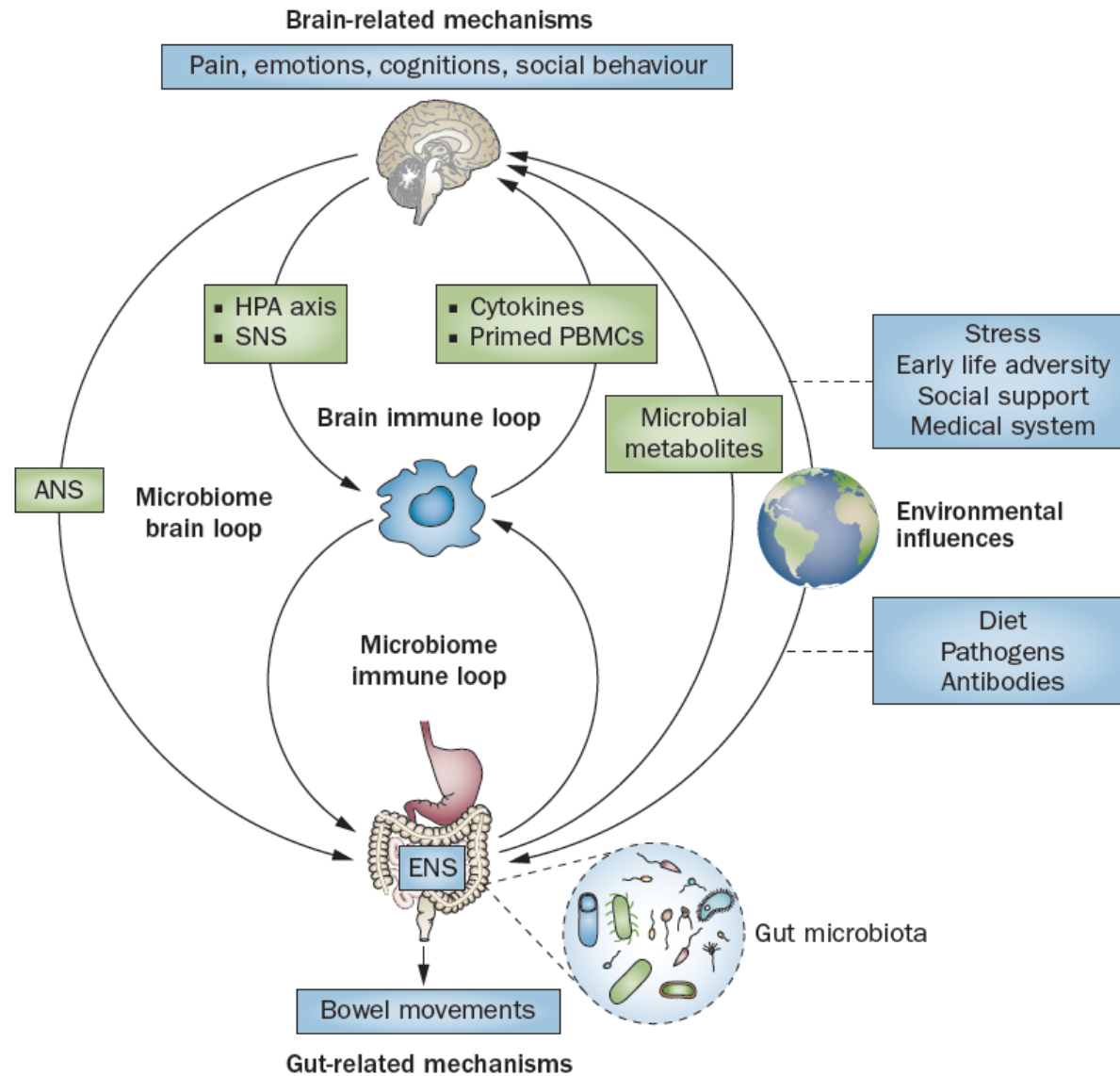
1. Smärtan påverkas av tarmtömning (blir antingen bättre eller sämre)
2. Smärtan är associerad med förändrad avföringsfrekvens
3. Smärtan är associerad med förändrad avföringskonsistens.

Symtomdebut >6 månader innan diagnos.

IBS diagnos

- ... bör även fokusera på:
 - Identifikation of patofysiologi ,
s.k. microbe-gut-brain axis
 - Terapeutiskt val och förväntat
utfall
-





Många riskfaktorer

Box 2 | Risk factors for IBS

Personal factors

- Sex (female)
- Age (>50 years)
- Birth cohort*
- Breast feeding (<6 months)*
- Herbivore pet in childhood*
- Birth weight (low)*
- Body mass index (low)*

Psychological factors

- Illness behaviour
- Low quality of life
- Acute psychological stress
- Stressful life events
- Sexual or physical abuse history
- Anxiety, depression or somatization
- Intimate partner violence*
- Addictive behaviour*

Somatic issues

- Gastrointestinal infection
- Somatic symptoms (pains, for example, joint pain and migraine)
- Endometriosis
- Abdominal obesity
- Diverticular disease (left side)
- Antibiotic use
- Abdominal surgery
- Spicy food consumption*
- Sleep problems*
- Low exercise level*

Social conditions

- Socioeconomic status (childhood)
- Family history of substance abuse
- Family history of mental illness
- Working conditions (insufficient autonomy)*
- Shift work*
- Marital status (never married)*
- Number of family members (with more members increasing the risk)*
- Childhood war exposure*

Less well-established factors are marked (*) and are based on single studies (for example, REF. 21), whereas all others have been shown in more than one study.

IBS - många faktorer att ta hänsyn till

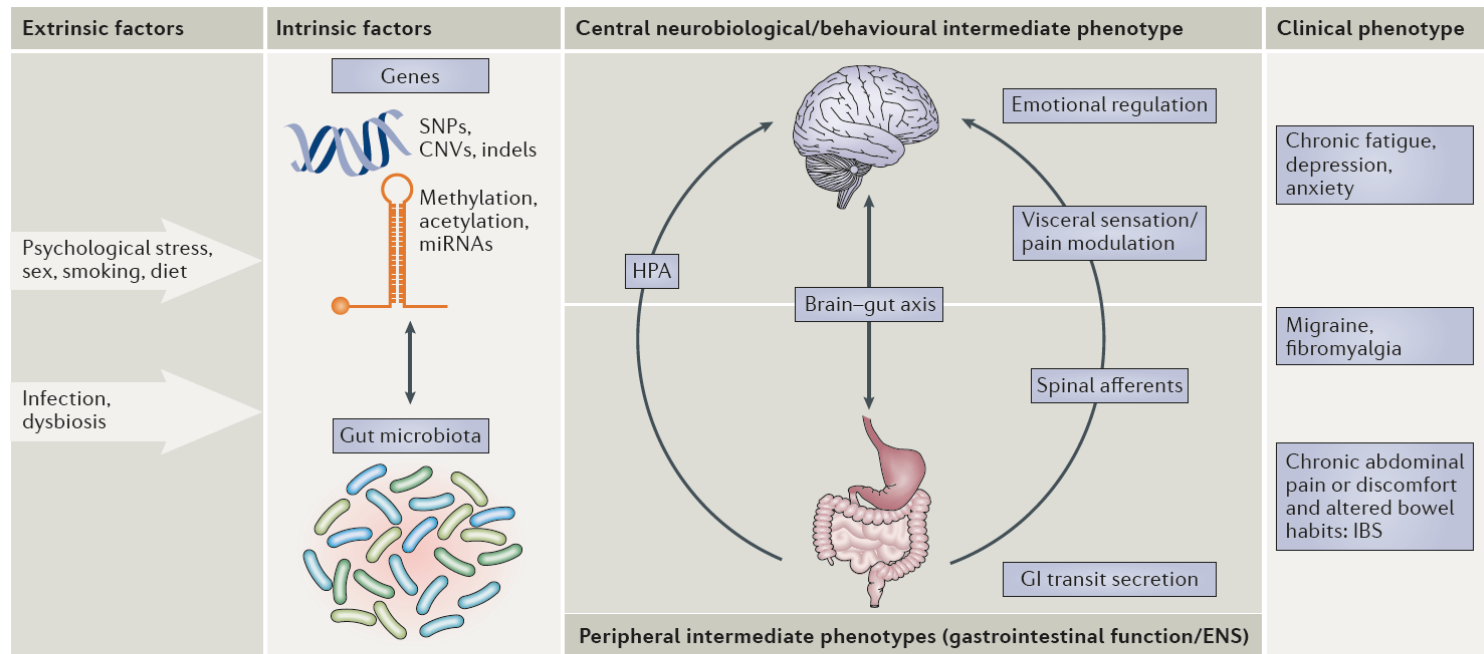


Figure 1 | Multiple layers of complexity on environmental and genetic or epigenetic levels contribute to the pathogenesis of IBS and comorbid conditions. A diverse array of environmental factors interact with underlying genetic variants and modify the genome directly and/or its DNA-binding proteins by methylation and/or acetylation, making people susceptible to IBS development. These predisposing genes lead to alterations in structure and function, represented by a variety of (neurobiological) intermediate phenotypes. These phenotypes influence the bidirectional crosstalk via the brain–gut axis, signalling via the HPA axis and spinal afferents from the periphery to the central nervous system. CNV, copy number variation; ENS, enteric nervous system; GI, gastrointestinal; HPA, hypothalamic–pituitary–adrenal axis; indel, insertion and deletion of nucleotides; miRNA, microRNA; SNP, single nucleotide polymorphism.

Många komorbida tillstånd

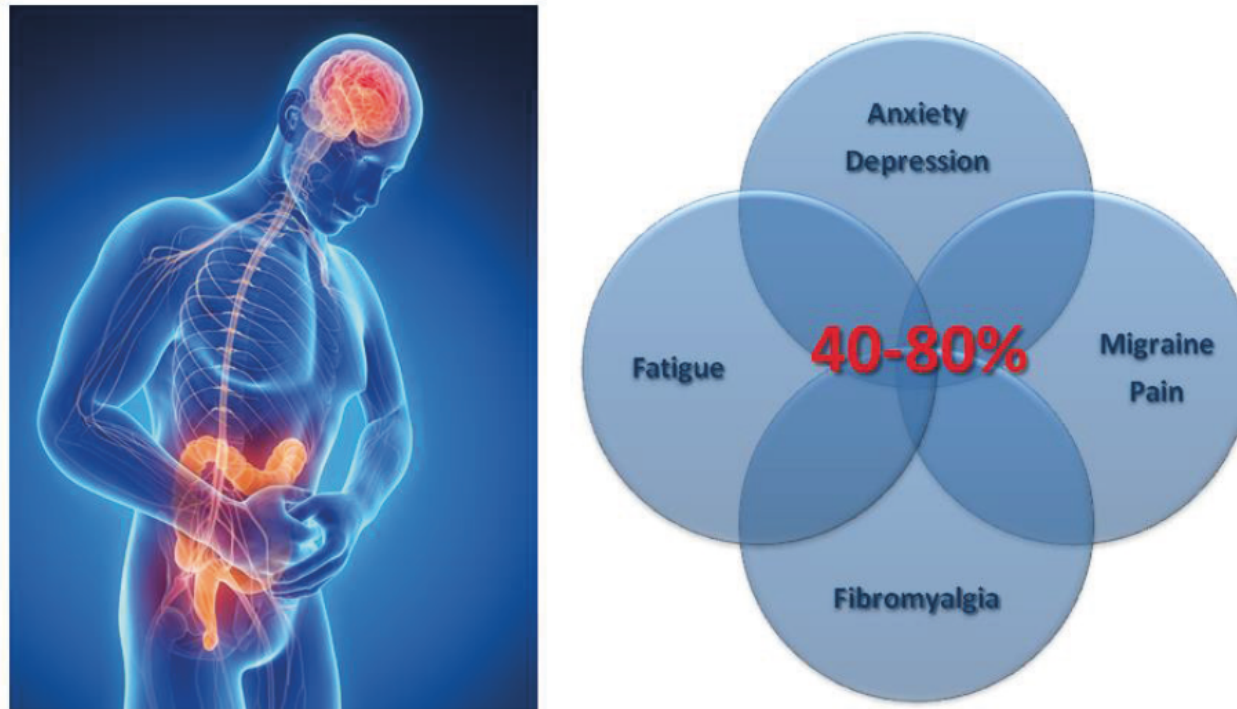
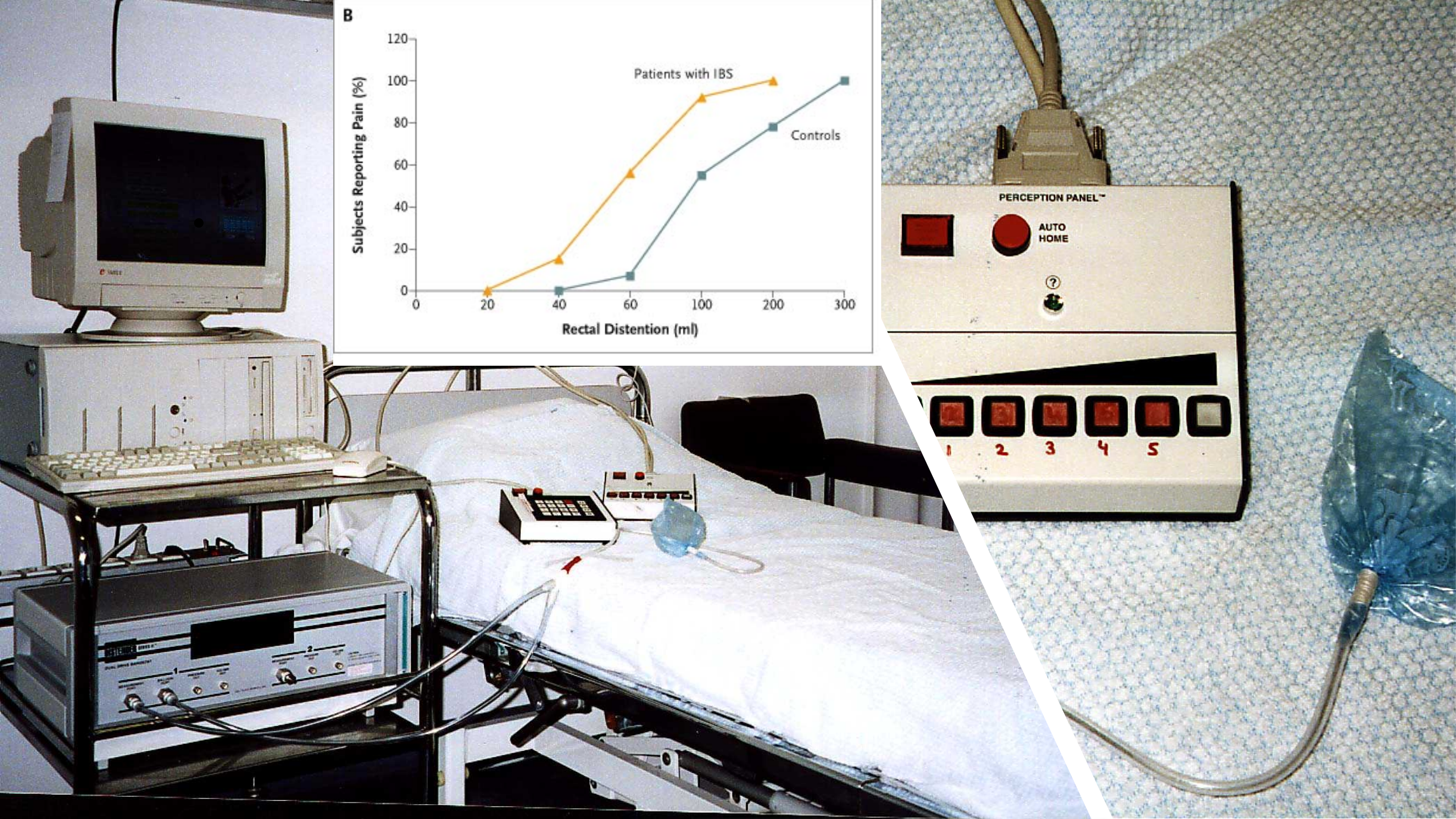


Figure 1. 40–80% of IBS patients suffer from one or more of the following disorders: psychiatric diseases (anxiety, depression), chronic fatigue or pain conditions (migraine, fibromyalgia)

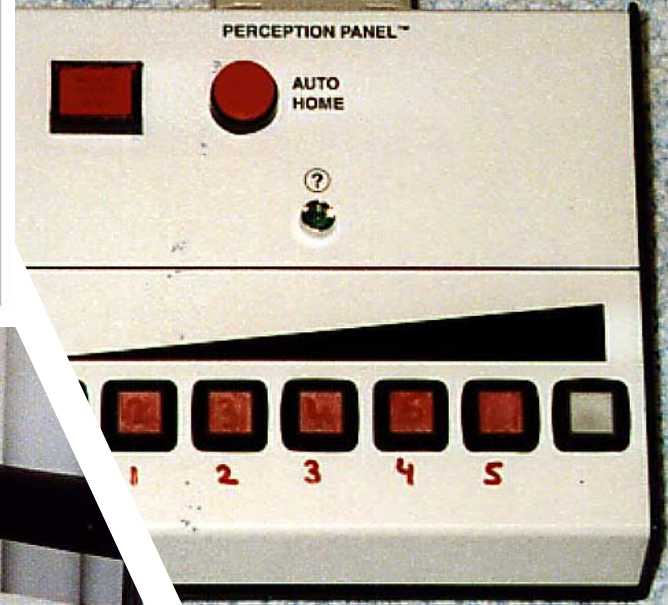
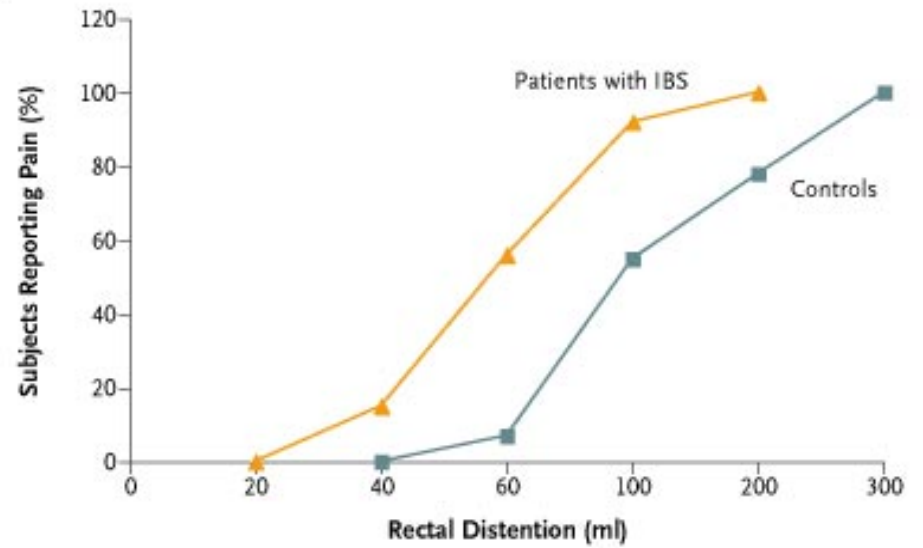


Visceral Hypersensitivitet

IBS patienter lider av
visceral hypersensitivitet

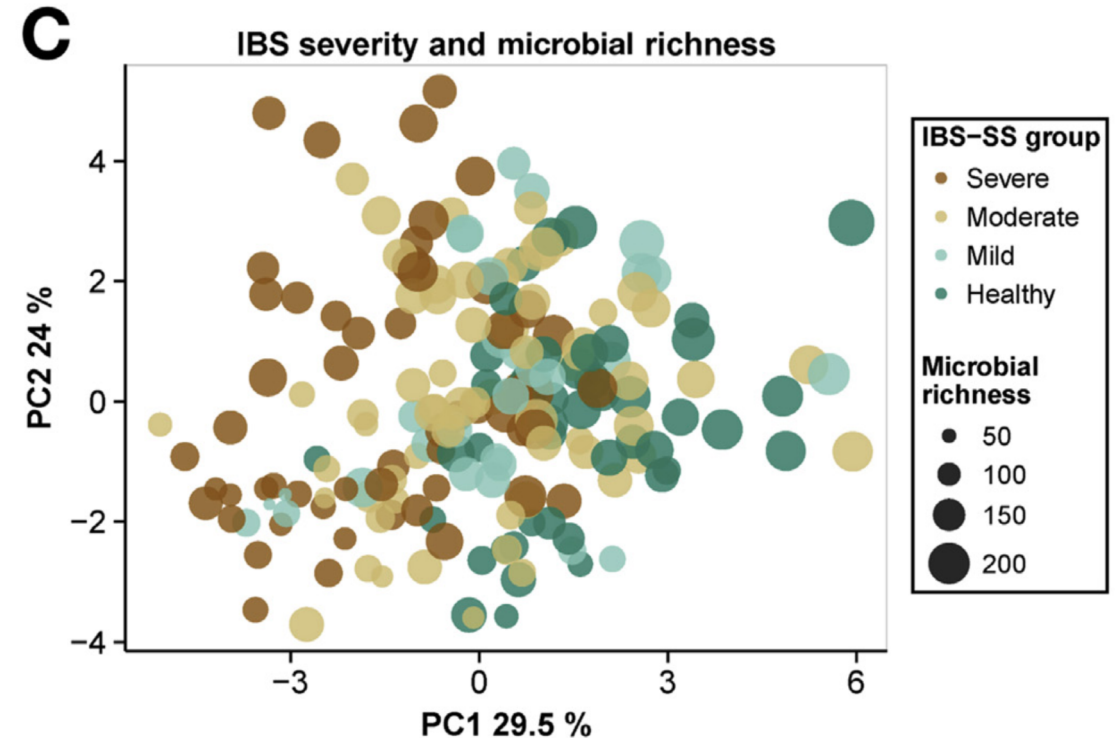
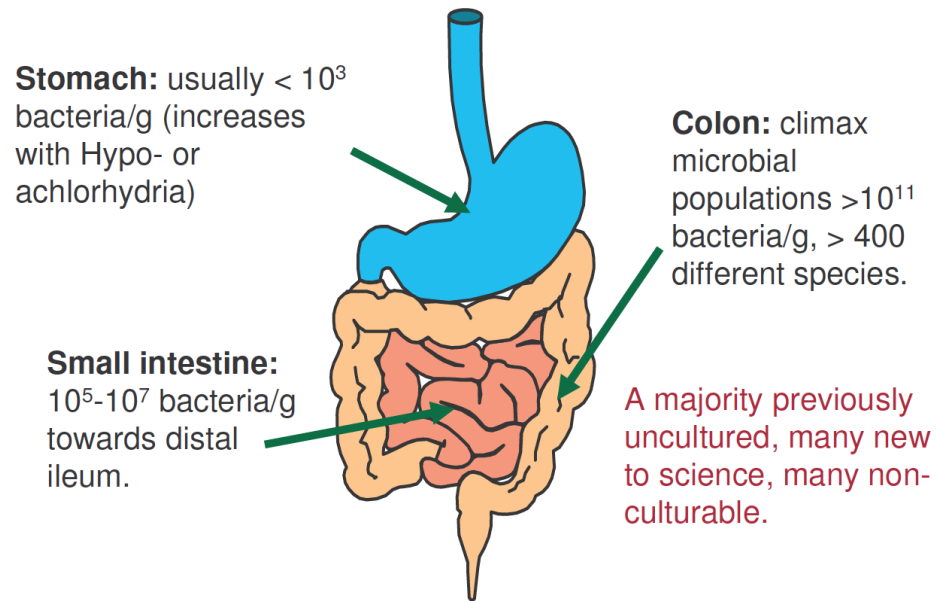


B



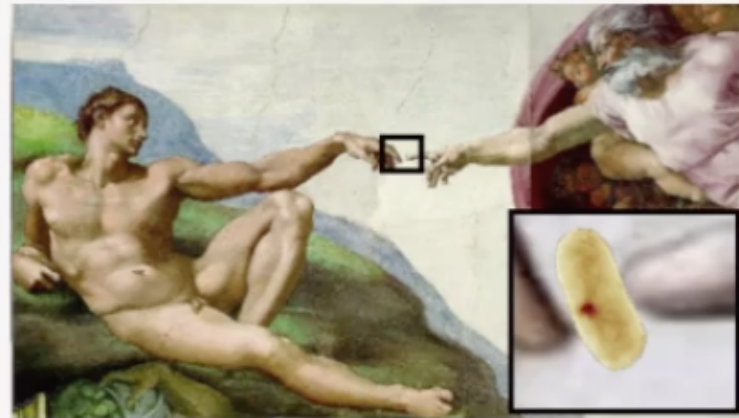
IBS och microbiomet

Text Book View Of Human GI Tract

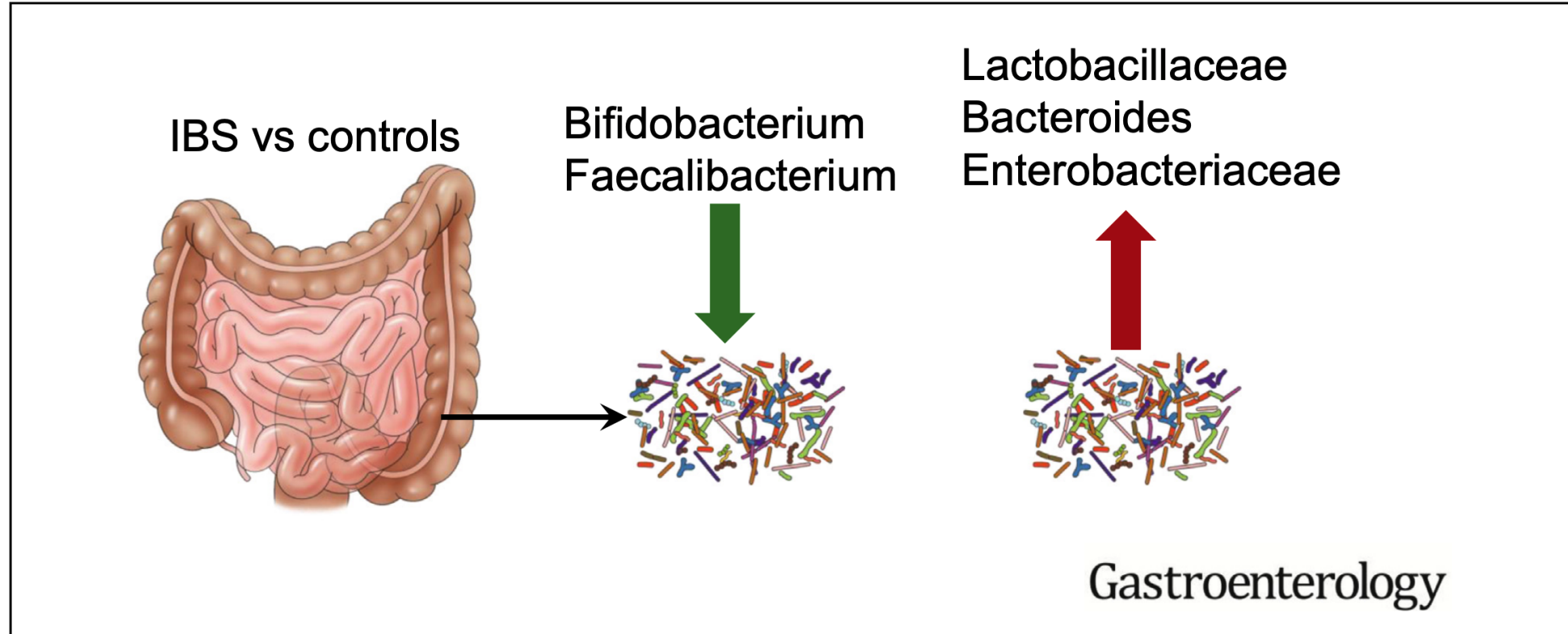


“The Human Microbiota Is a Fundamental Component of What It Means to Be Human” D. Relman, 2015

- Human microbes outnumber our human cells by 10-fold, and their genes outnumber our human genes more than 100-fold
- Based on our human genes we are nearly identical to each other,



- while we only share 10% of our microbial genes with another person
- Even though invisible, our microbiota make up the size of an entire organ, comparable to the liver
 - Our microbiota produce some 500,000 different molecules which they use to signal to each other, and to our body and brain



Aktiverade mastceller i kolon vid IBS

Activated Mast Cells in Proximity to Colonic Nerves Correlate With Abdominal Pain in Irritable Bowel Syndrome

GIOVANNI BARBARA,* VINCENZO STANGHELLINI,* ROBERTO DE GIORGIO,* CESARE CREMON,* GRAEME S. COTTRELL,† DONATELLA SANTINI,§ GIANANDREA PASQUINELLI,§ ANTONIO M. MORSELLI-LABATE,* EILEEN F. GRADY,† NIGEL W. BUNNETT,† STEPHEN M. COLLINS,¶ and ROBERTO CORINALDESI*

GASTROENTEROLOGY 2004;126:693–702

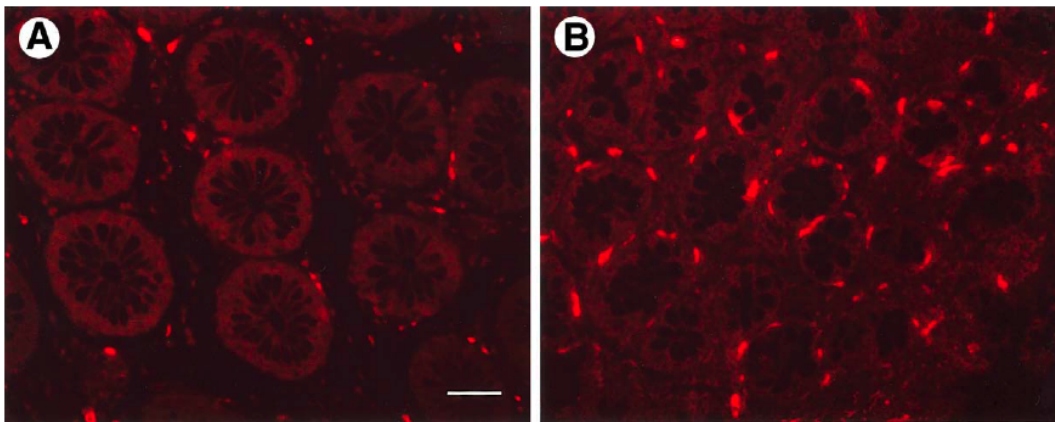


Figure 1. Representative photomicrographs showing tryptase positive mast cells in the colonic mucosa of a healthy control (A) and an IBS patient (B). Note the higher number of positive mast cells in the IBS patient as compared with the control. (bar = 25 μ m.)

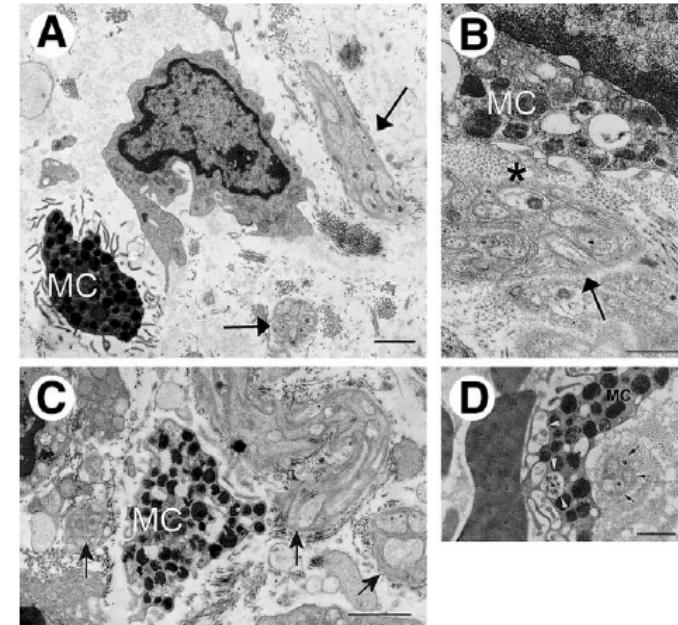
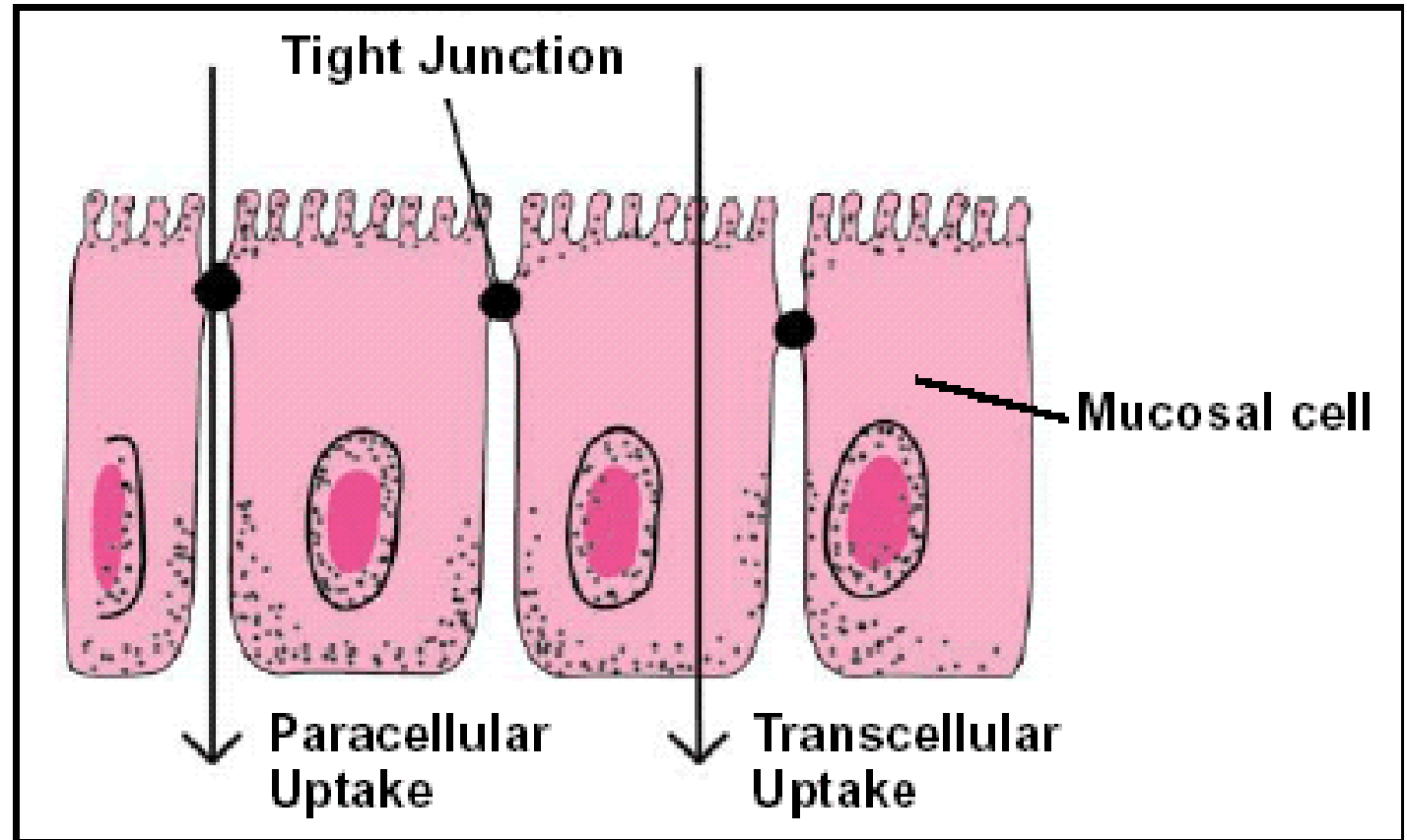


Figure 5. Electron micrographs showing association between nerve fibers (arrows) and mast cells (MC) in the colonic mucosa of healthy controls (A) and IBS patients (B–D). (A) Nerve fibers (arrows) and a resting mast cell (MC) showing its characteristic granules in a healthy control. (B) Electron micrograph obtained from an IBS patient showing membrane-membrane contacts (asterisk) between a degranulating mast cell (MC) and a nerve fiber (arrow). (C) Electron micrograph obtained from an IBS patient showing multiple nerve fibers (arrows) located $<5 \mu$ m from a degranulating mast cell (MC). (D) The typical appearance of a degranulating (arrowheads) mast cell (MC) in close vicinity ($<5 \mu$ m) to a nerve fiber. (bar = 5 μ m in A,C,D; 2 μ m in B.)

Förändrad tarmpermeabilitet vid IBS

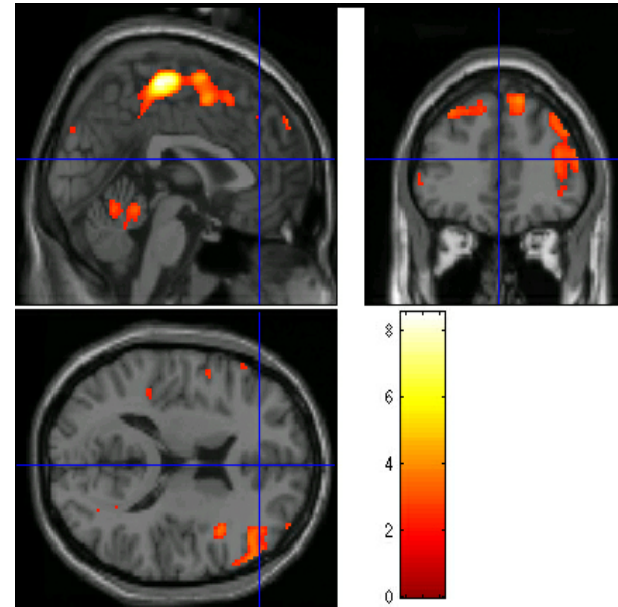
“There is increasing evidence that this barrier function is compromised in IBS, with a suggested role for the colonic flora”.

(Simrén et al.; Rome Foundation Committee. Intestinal microbiota in functional bowel disorders: a Rome foundation report. Gut 2013 Jan;62(1):159-76.)

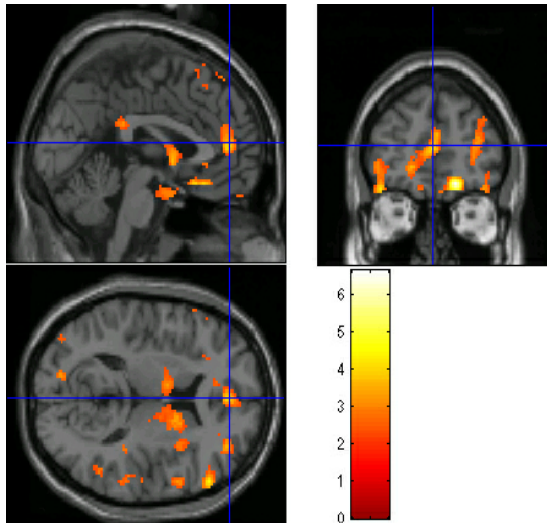




Serotoninet s roll vid IBS



Tryptophan-depleted condition



Normal condition



Emotional arousal network

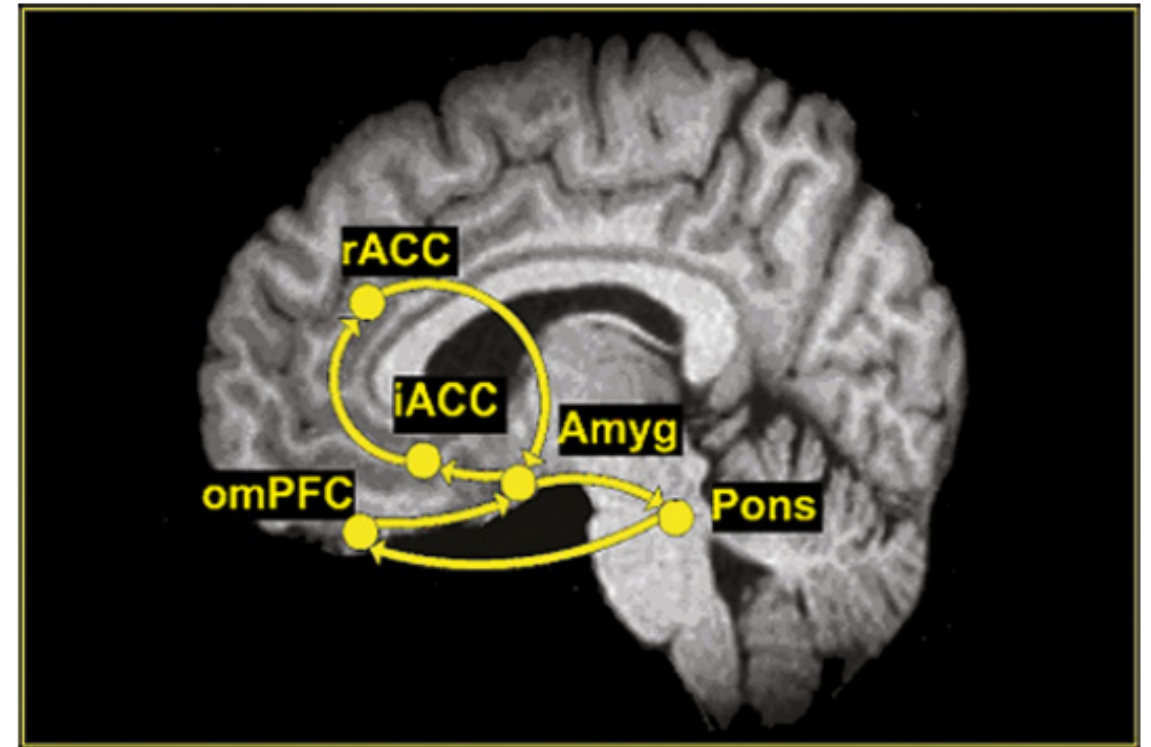


Figure 1 Hypothesised emotional arousal network. Anatomical projections among the nodes of the emotional arousal network are represented by unidirectional arrows. The model is based on Pezawas *et al.*,²⁷ Labus *et al.*²⁸ and Stein *et al.*²⁹ Amyg, amygdala; iACC, infragenual cingulate cortex; omPFC, orbital medial prefrontal cortex; sACC, supragenual anterior cingulate cortex.

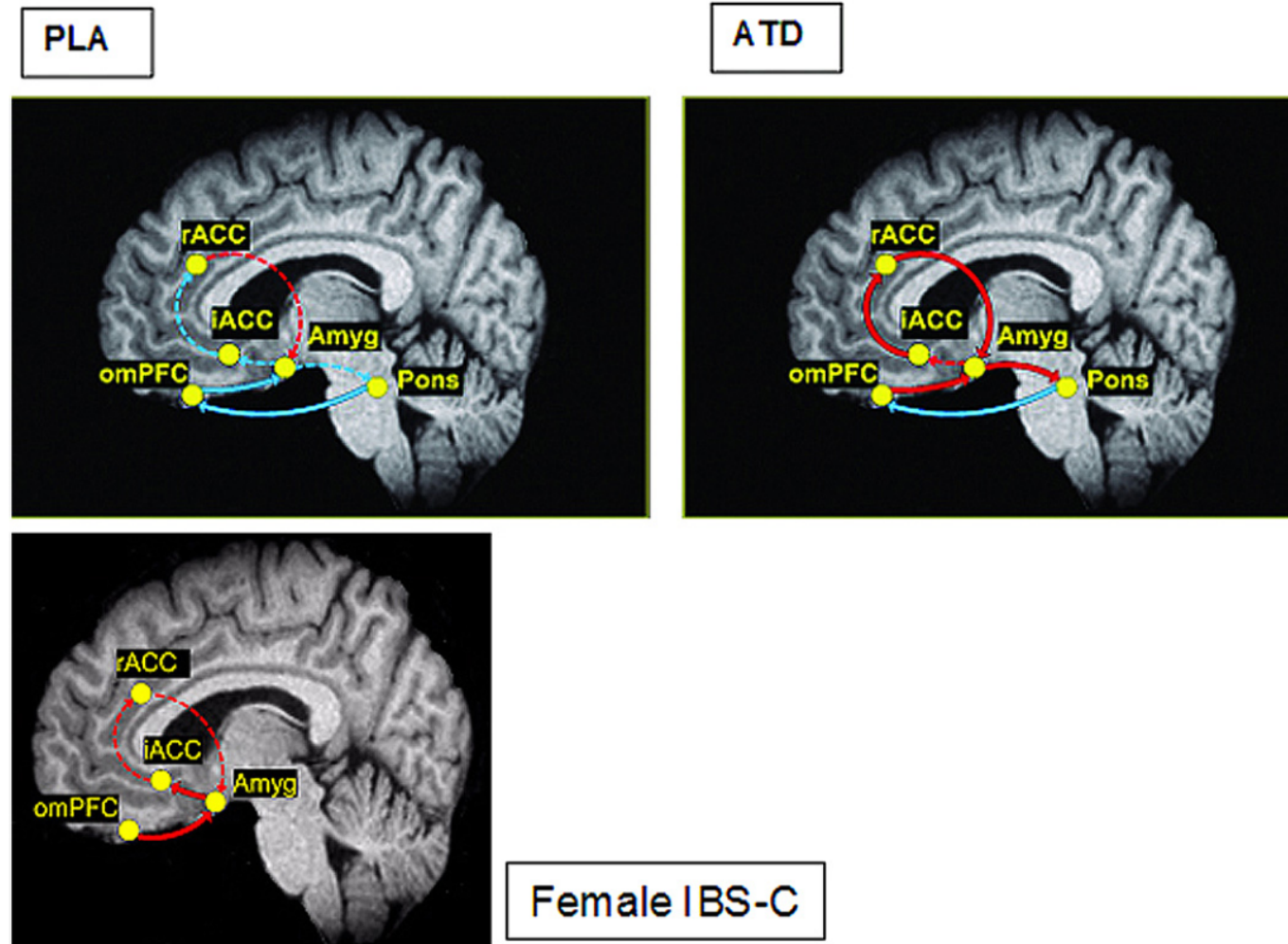
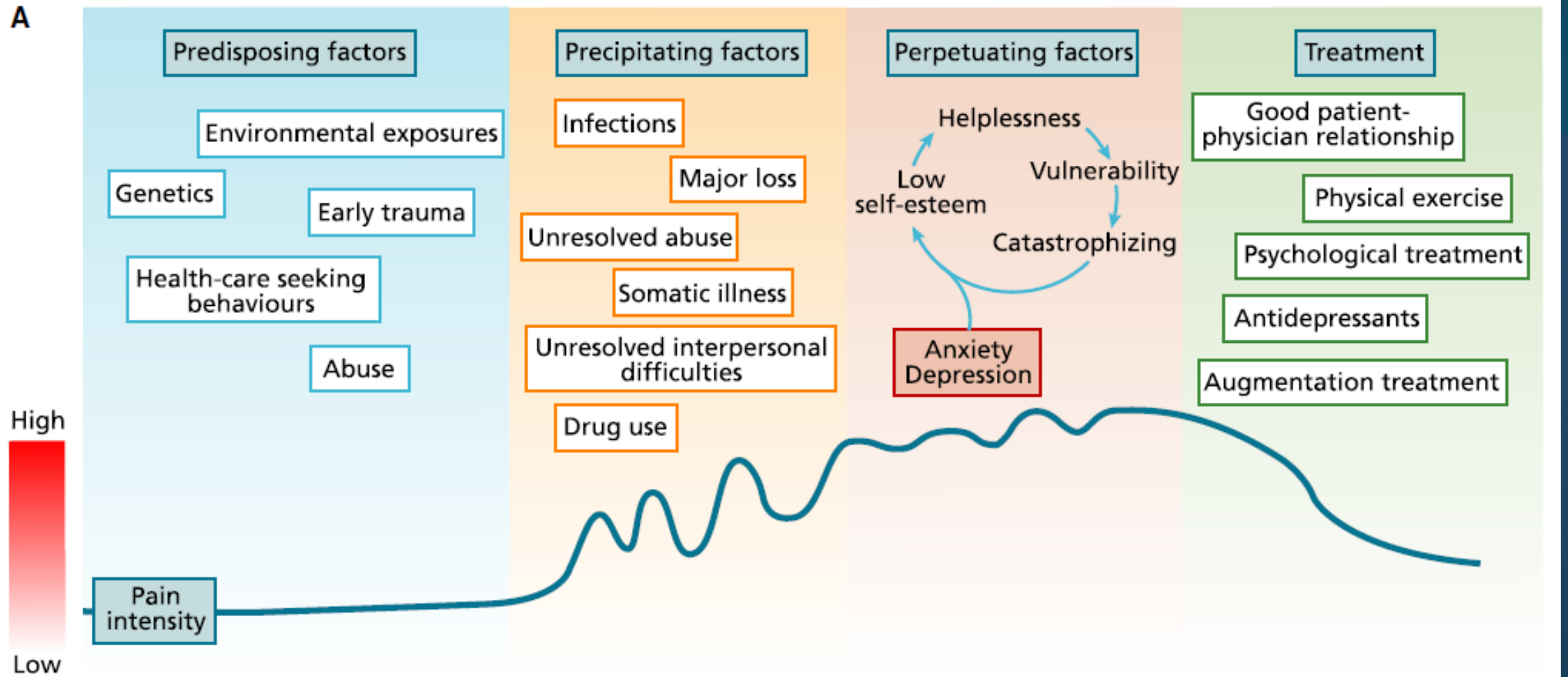


Figure 4 Estimated effective connectivity of the initial response in the hypothesised emotional arousal circuit during high inflation pressure with placebo (PLA) and acute tryptophan depletion (ATD) and in patients with constipation-predominant irritable bowel syndrome (IBS-C). The β coefficients (calculated in effective connectivity analysis) are depicted by the style and colour of the arrows. Solid arrows represent a parameter estimate that was considered statistically significantly different from zero, whereas dashed lines represent non-significant coefficients. Red arrows represent positive coupling whereas blue arrows represent negative coupling. The magnitude of the coefficients associated with each thickness is depicted. Amyg, amygdala; iACC, infragenual cingulate cortex; omPFC, orbital medial prefrontal cortex; sACC, supragenual anterior cingulate cortex. For details of the analysis, see the Methods section. For actual values of β coefficients, see tables 2 and 4.

A



Typisk anamnes och basutredning vid IBS

Smärtor

Diffusa till karaktären och vanligen med varierande lokalisation. Ofta lättar smärtan efter defekation och gasavgång.

Gasbesvär

I form av uppblåsthet och gasavgång.

Avföringsrubbnig

Vanligast är omväxlande förstoppning och diarré. Avföringen är ofta smal och fraktionerad ("harlortar") med en känsla av ofullständig tarmöppning med flera toalettbesök, särskilt på morgonen. Ibland enbart förstoppning eller diarré.

OBS! Viktreduktion, nattliga besvär, feber och blod i avföringen är alarmsymtom som ska föranleda utvidgad utredning.

Basutredning

- Hb, TSH, CRP, transglutaminasantikroppar, F-Hb x 3 vid typiska besvär hos yngre individ.
- Fekalt calprotectin, blodprov DNA-laktosintolerans

Utvidgad utredning

- **Kolonutredning**

- om organisk sjukdom ej kan uteslutas hos patient äldre än 40-45 år
- vid diarré som dominerande symtom hos patient äldre än 40-45 år
- vid uttalade symtom

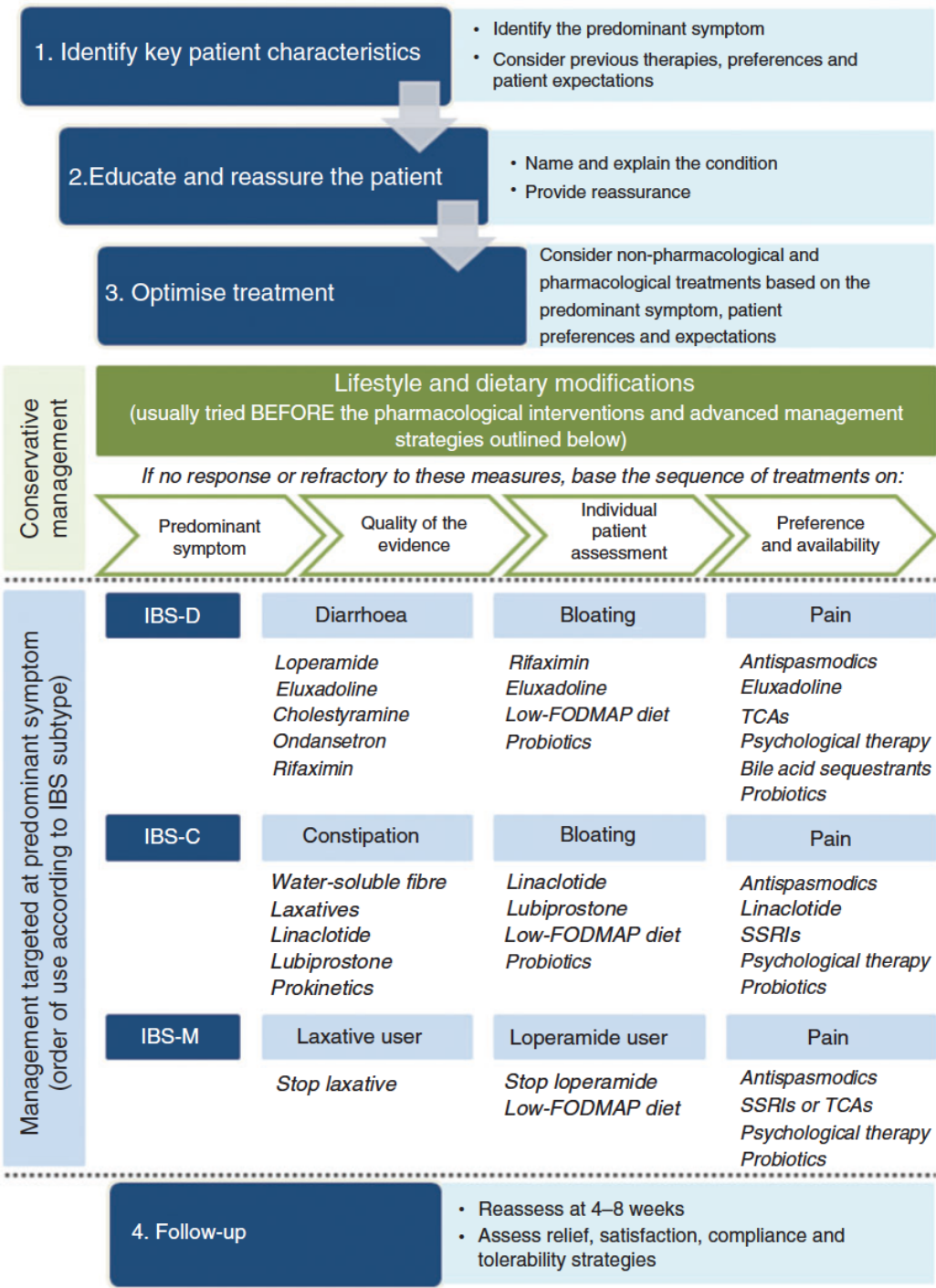
Koloskopi är förstahandsundersökning och positivt stöd för IBS kan då även erhållas om patientens ordinarie besvär kan utlösas. Informera patienten om att huvudsyftet med koloskopin är att utesluta organisk sjukdom och att normalt fynd är att förvänta.

- Gynekologisk undersökning
- Ultraljud buk vid dominerande smärta (dock sällan indicerad vid buksmärtor med avföringsrubbning hos yngre)

Irritable bowel syndrome diagnosis and management: A simplified algorithm for clinical practice

Paul Moayyedi¹, Fermín Mearin², Fernando Azpiroz³, Viola Andresen⁴, Giovanni Barbara⁵, Maura Corsetti⁶, Anton Emmanuel⁷, A Pali S Hungin⁸, Peter Layer⁴, Vincenzo Stanghellini⁵, Peter Whorwell⁹, Frank Zerbib¹⁰ and Jan Tack¹¹

United European Gastroenterology Journal
2017, Vol. 5(6) 773–788
© Author(s) 2016
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/2050640617731968
journals.sagepub.com/home/ueg



Behandling

Information till patienten

- Patientens agenda ska styra. Ibland är det diagnos och förklaring till symtomen som efterfrågas, ibland är det symtommodifierande behandling som är aktuellt
- Ställ diagnosen "känslig tarm" och ge en förenklad förklaring. Kalla inte tillståndet "psykiskt"
- Förklara att påtagliga symtom kan föreligga trots att resultatet av utredningen är normalt
- Informera patienten att det inte finns någon enkel bot
- Förklara att det inte är ökad risk för organisk sjukdom på sikt (framförallt cancer)
- Enkla livsstils råd: Patienten mår ofta bäst av att äta ofta, små portioner och långsamt. Regelbunden fysisk aktivitet minskar ofta symtomen. Stress kan i perioder försämra symtomen.

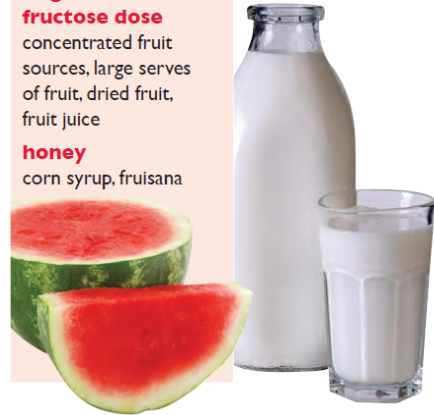
Kostbehandling:

Kostråd via dietist är av värde för denna patientgrupp. Kostregimen low-FODMAP (Fermentable oligo-, di-, monosaccharides and polyols) går ut på att minska de "jäsningsbara" kolhydraterna i kosten i flera studier visat sig vara effektivt för att minska symtom hos många patienter med IBS.

Nutritonsbehandling: low Fodmap diet

Eliminate foods containing fodmaps

excess fructose	lactose	fructans	galactans	polyols
fruit apple, mango, nashi, pear, tinned fruit in natural juice, watermelon sweeteners fructose, high fructose corn syrup large total fructose dose concentrated fruit sources, large serves of fruit, dried fruit, fruit juice honey corn syrup, fruisana	milk milk from cows, goats or sheep, custard, ice cream, yoghurt cheeses soft unripened cheeses eg. cottage, cream, mascarpone, ricotta	vegetables artichoke, asparagus, beetroot, broccoli, brussels sprouts, cabbage, eggplant, fennel, garlic, leek, okra, onion (all), shallots, spring onion cereals wheat and rye, in large amounts eg. bread, crackers, cookies, couscous, pasta fruit custard apple, persimmon, watermelon miscellaneous chicory, dandelion, inulin, pistachio	legumes baked beans, chickpeas, kidney beans, lentils, soy beans	fruit apple, apricot, avocado, blackberry, cherry, longon, lychee, nashi, nectarine, peach, pear, plum, prune, watermelon vegetables cauliflower, green capsicum (bell pepper), mushroom, sweet corn sweeteners sorbitol (420) mannitol (421) isomalt (953) maltitol (965) xylitol (967)



Foods suitable on a low-fodmap diet

fruit	vegetables	grain foods	milk products	other
fruit banana, blueberry, boysenberry, canteloupe, cranberry, durian, grape, grapefruit, honeydew melon, kiwifruit, lemon, lime, mandarin, orange, passionfruit, pawpaw, raspberry, rhubarb, rockmelon, star anise, strawberry, tangelo Note: if fruit is dried, eat in small quantities	vegetables alfalfa, bamboo shoots, bean shoots, bok choy, carrot, celery, choko, choy sum, endive, ginger, green beans, lettuce, olives, parsnip, potato, pumpkin, red capsicum (bell pepper), silver beet, spinach, squash, swede, sweet potato, taro, tomato, turnip, yam, zucchini herbs basil, chili, coriander, ginger, lemongrass, marjoram, mint, oregano, parsley, rosemary, thyme	cereals gluten-free bread or cereal products bread 100% spelt bread rice oats polenta other arrowroot, millet, psyllium, quinoa, sorgum, tapioca	milk lactose-free milk*, oat milk*, rice milk*, soy milk* *check for additives cheeses hard cheeses, and brie and camembert yoghurt lactose-free varieties ice-cream substitutes gelati, sorbet butter substitutes olive oil	tofu sweeteners sugar* (sucrose), glucose, artificial sweeteners not ending in '-ol' honey substitutes golden syrup*, maple syrup*, molasses, treacle *small quantities



Framakologisk behandling

IBS-C (förstoppning)

1. Makrogol, Inolaxol
2. Constella (1x1 30 min före frukost) endast vid svår förstoppning
3. 5HT4 agonist (prukalopride)

IBS-D (diarré)

4. Loperamid 1-2x1-3
5. Egazil 1-2x2 (vid diarre och krampsmärtor)
6. 5HT3 antagonist (t.ex. ondansetron)

IBS med dominerande (kramp)smärtor

7. Saroten/amitryptilin 10-30 mg till natten
8. Papaverin 1-3 vb.

SSRI vid dominerande ångest/depression

Psykologisk behandling

Table 1 | Evidence-based psychological treatments for IBS

Psychological treatment approach*	n of studies (n of participants)	Main findings	Comments
CBT ²⁴⁸	18 RCTs (1,380)	• Symptom score: medium-to-large significant pooled effect size[†] (0.67) • QOL: medium significant pooled effect size (0.48) • Psychological distress (depression and anxiety): small-to-medium pooled effect size (0.21) • NNT for CBT was 3 (95% CI: 2–6)	• CBT was superior to waiting lists, basic support or medical treatment alone at the end of treatment but not superior to other psychological treatments
PIT ²⁴⁹	2 RCTs (273)	Both studies compared PIT with 'supportive listening' applied by the same therapist. Compared with controls: • PIT significantly improved symptoms • PIT showed a large cost-effectiveness • PIT was widely acceptable • PIT significantly improved QOL • PIT significantly reduced costs • The calculated OR for benefit was 2.92 (95% CI: 1.76–4.83) • NNT for dynamic psychotherapy was 3.5 (95% CI: 2–25)	• PIT is less well standardized in terms of its performance (that is, duration, setting and phases)
GDH ²⁴⁷	7 RCTs (452)	• 6 of 7 RCTs reported a significant reduction (all $P < 0.05$) in overall gastrointestinal symptoms compared with supportive therapy only • Response rates ranged between 24% and 73% • Efficacy was maintained long term in four of five studies • NNT was 4 (95% CI: 3–8)	• Very few professionals are trained for the specific implementation of GDH and therefore their services can be difficult to access • The mechanisms by which GDH exerts its effect are poorly understood
MBT ²¹⁵	2 RCTs (79)	• Women showed greater reductions of symptoms compared with a control group immediately after training (26.4% versus 6.2%; $P = 0.006$) and at 3 months follow-up (38.2% compared with 11.8%; $P = 0.001$) • Changes in QOL, distress and anxiety were not different between groups immediately after treatment • Significantly greater improvement in the MBT group than in the control group evident at 3 months follow-up • The beneficial effects persisted for ≥ 3 months	• In another RCT, the IBS symptom severity in the mindfulness-based stress reduction group was not retained at 6 months follow-up
Relaxation ²¹⁴⁵	6 RCTs (255)	• Overall, no benefit of relaxation training or therapy in IBS was detected in the RCTs	• The field of studies on relaxation techniques is diverse
GSHs ²⁵⁰	10 RCTs (886)	• Compared with control conditions, a moderate effect size on symptom severity (0.72) and a large effect size on the increase of patients' QOL (0.84) was found	• GSHs might be an easily accessible and a cost-effective treatment alternative. However, there is a wide heterogeneity and variance in its performance

Psykologisk behandling: internet- baserad KBT

B. Ljótsson et al. / Behaviour Research and Therapy 48 (2010) 531–539

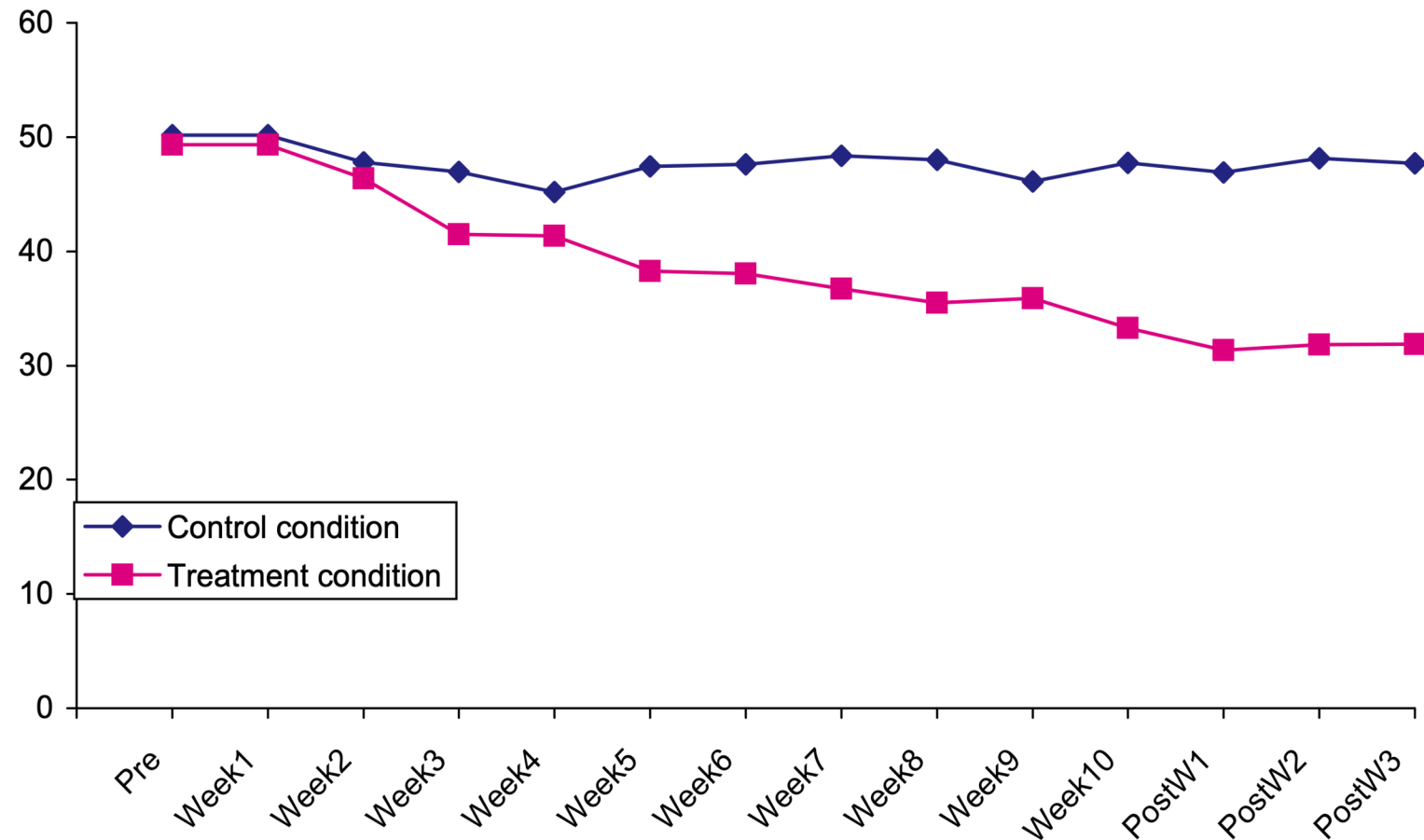


Fig. 2. Weekly rating of GSRS-IBS of treatment and waitlist conditions, before, during and 3 weeks after treatment.

Sammanfattning

- Både dyspepsi och IBS utreds och behandlas i huvudsak i primärvården i frånvaro av alarmsymptom
- Vid konstaterad refluxsjukdom (GERD) bör patienten stå på kontinuerlig PPI, om ej refluxsjukdom föreligger bör utsättningsförsök göras
- Viktigt med icke-farmakologisk behandling och livsstilsråd både vid dyspepsi och IBS

