



Síndrome do intestino irritável

Pedro Marcos

Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar de Leiria

23 de Outubro, 2017

Introdução

Síndrome intestino irritável (SII)

- Doença gastrointestinal funcional mais frequentemente vista nos cuidados de saúde primários
- Doença crónica e funcional
- **Sintomas:**
 - Dor abdominal recorrente
 - Relacionada com a defecação
 - Alteração do hábitos intestinais (frequência e/ou forma)

Epidemiologia

- Prevalência mundial = 11,2%
- Sexo feminino
- Jovens
- Associado a outros problemas funcionais:
 - Fibromialgia, Doença de refluxo gastroesofágico, Síndrome de fadiga crónica, Dispepsia funcional, Depressão, Ansiedade e Somatização

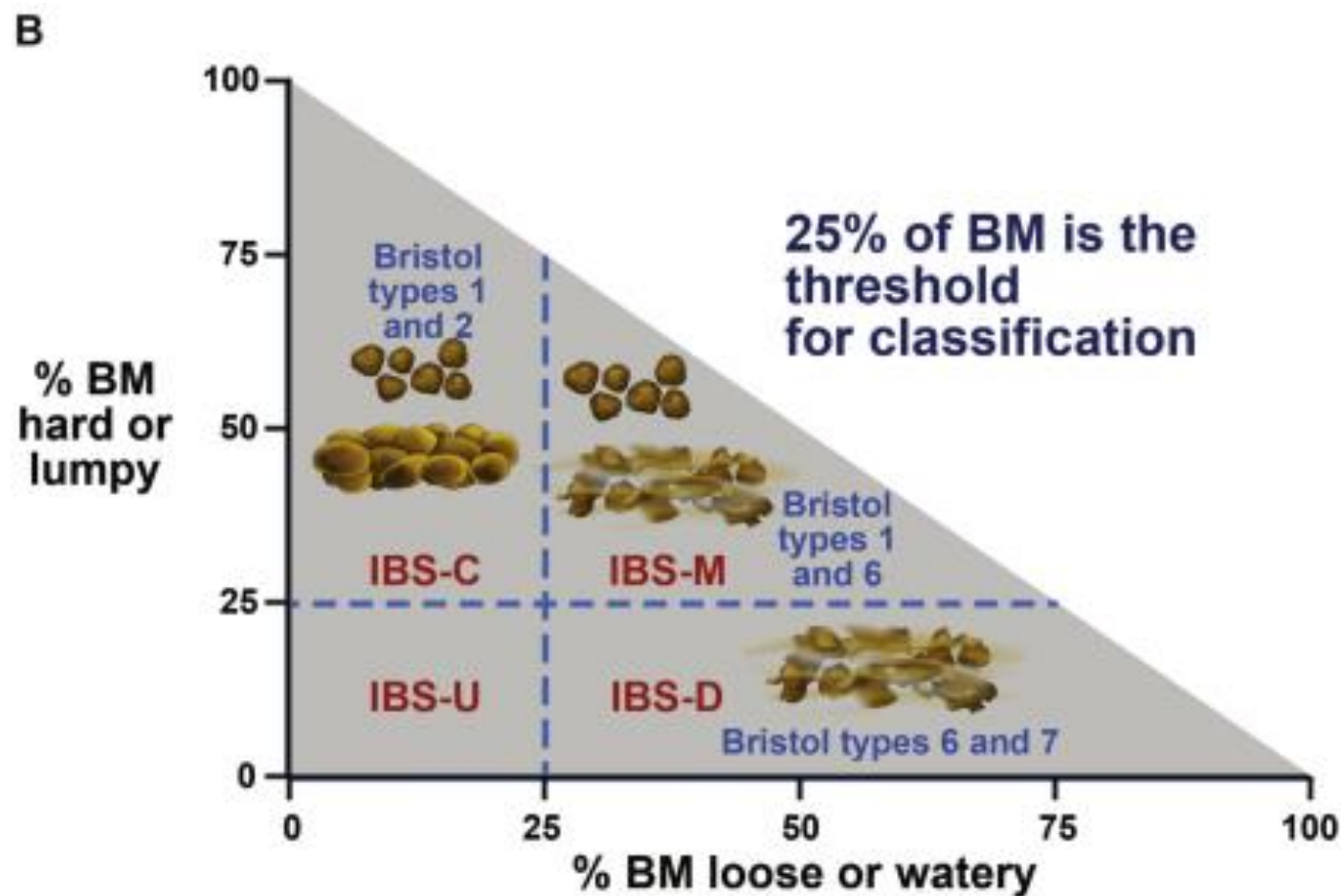
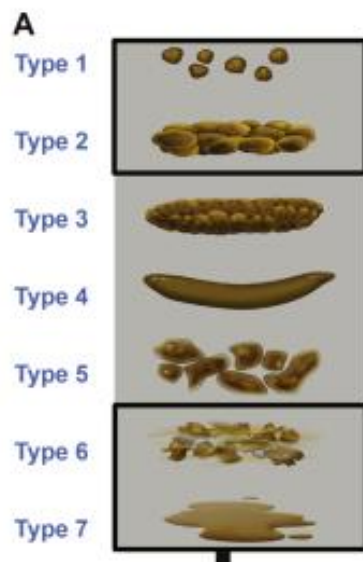
Critérios de diagnóstico: Roma IV

Dor abdominal recorrente, em média, pelo menos 1 dia por semana durante os últimos 3 meses, associado a 2 ou mais dos seguintes critérios:

1. Relacionada com a defecação
2. Associada a alteração da frequência das fezes
3. Associada a alteração da forma (aparência) das fezes

Início dos sintomas há pelo 6 meses

Subtipos do SII



Off medications

Mecanismos patofisiológicos possíveis

- Genéticos e influências familiares
- Resposta ao stress alterada
- Disfunções psicológicas (depressão, ansiedade, eventos traumáticos)
- Disfunção do eixo cérebro-intestino
- Alterações da motilidade intestinal
- Alterações da sensibilidade intestinal
- Microbioma intestinal
- Infecções, fármacos, antigénios alimentares...

Genética e influência familiar

- Concordância aumentada em gémeos monozigóticos para SII
- Concordância aumentada entre pais e filhos para SII
(> à observada em gémeos monozigóticos)
- *Clusters* familiares

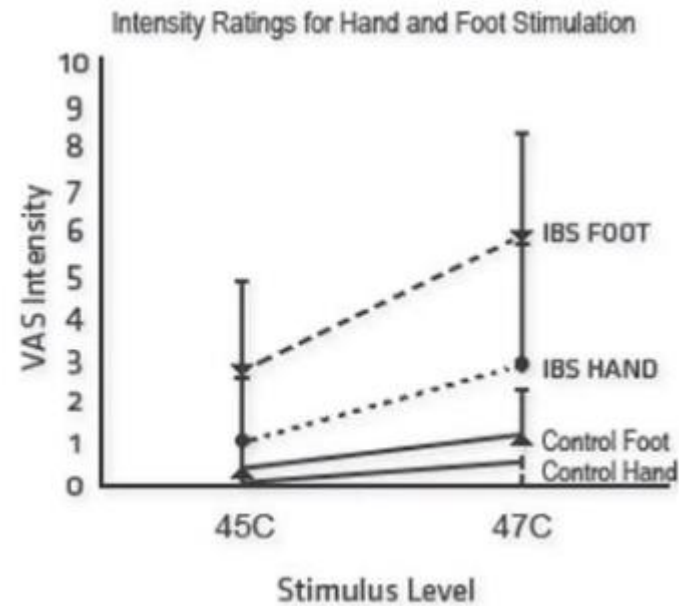
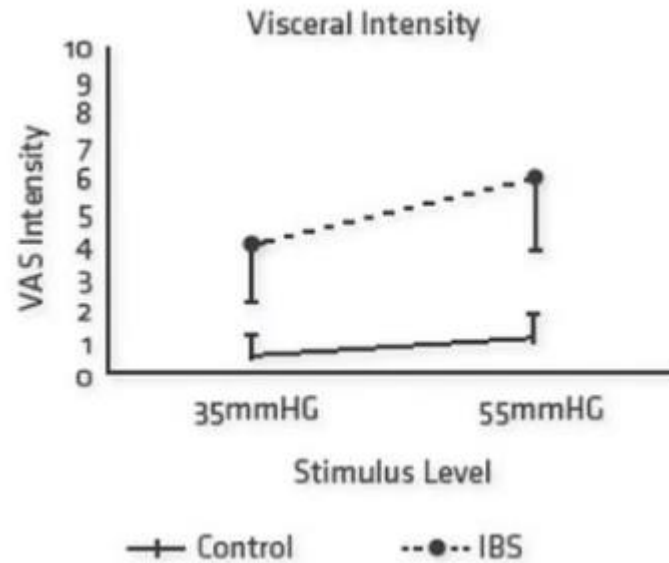
Alterações da motilidade GI

- **SII-O** parecem ter:
 - Esvaziamento gástrico mais lento pelo $< n^o$ de contrações antrais
 - Menos contrações propulsivas de grande amplitude intestinais (HACP) por dia
 - Trânsito GI mais lento

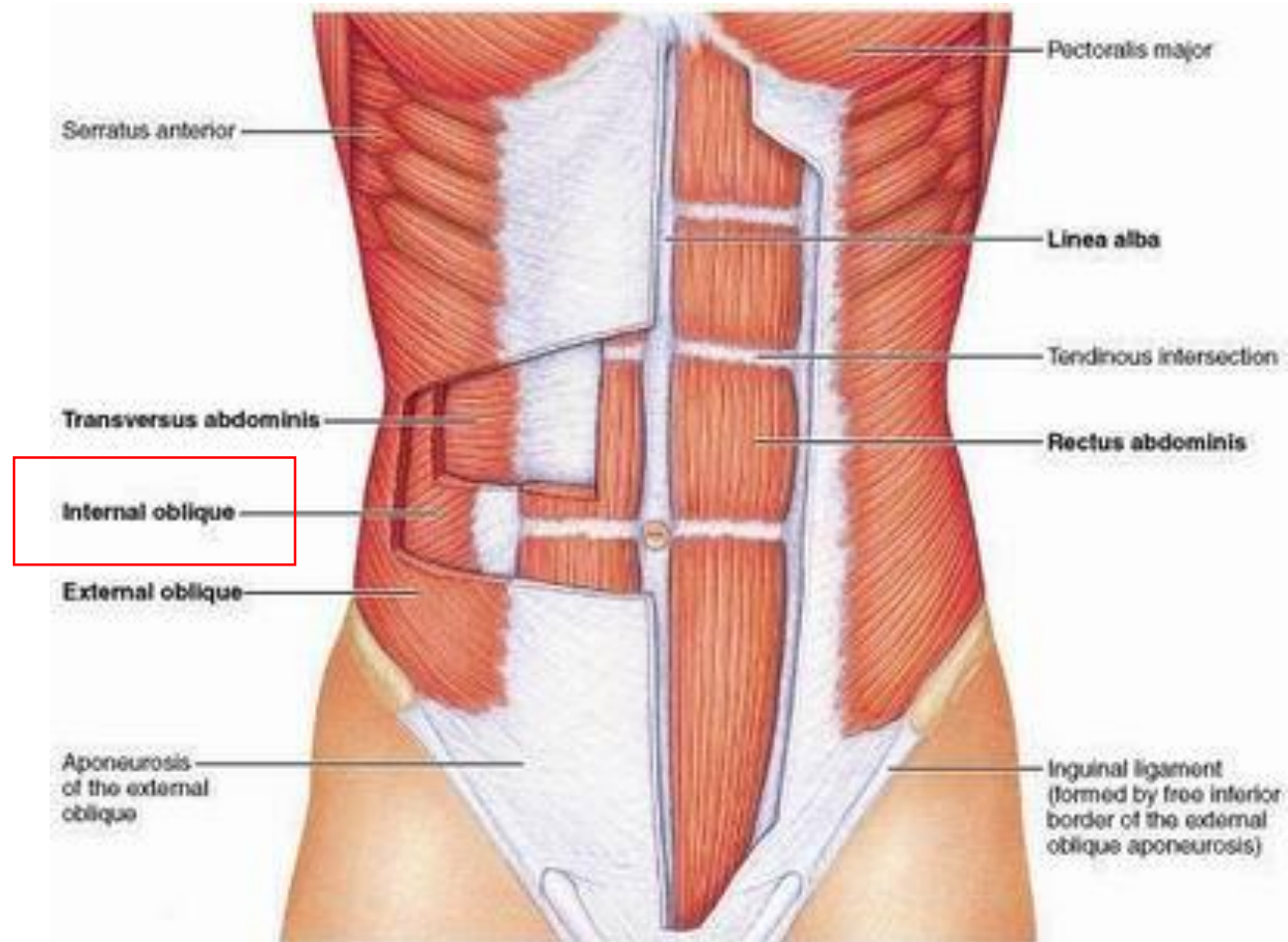
Trânsito	HAPC/dia
Controlo	6 ± 1
SII-O / Trânsito normal	3.7 ± 2
Trânsito lento	1.5 ± 0.4

- **SII-D** geralmente apresentam um trânsito intestinal acelerado

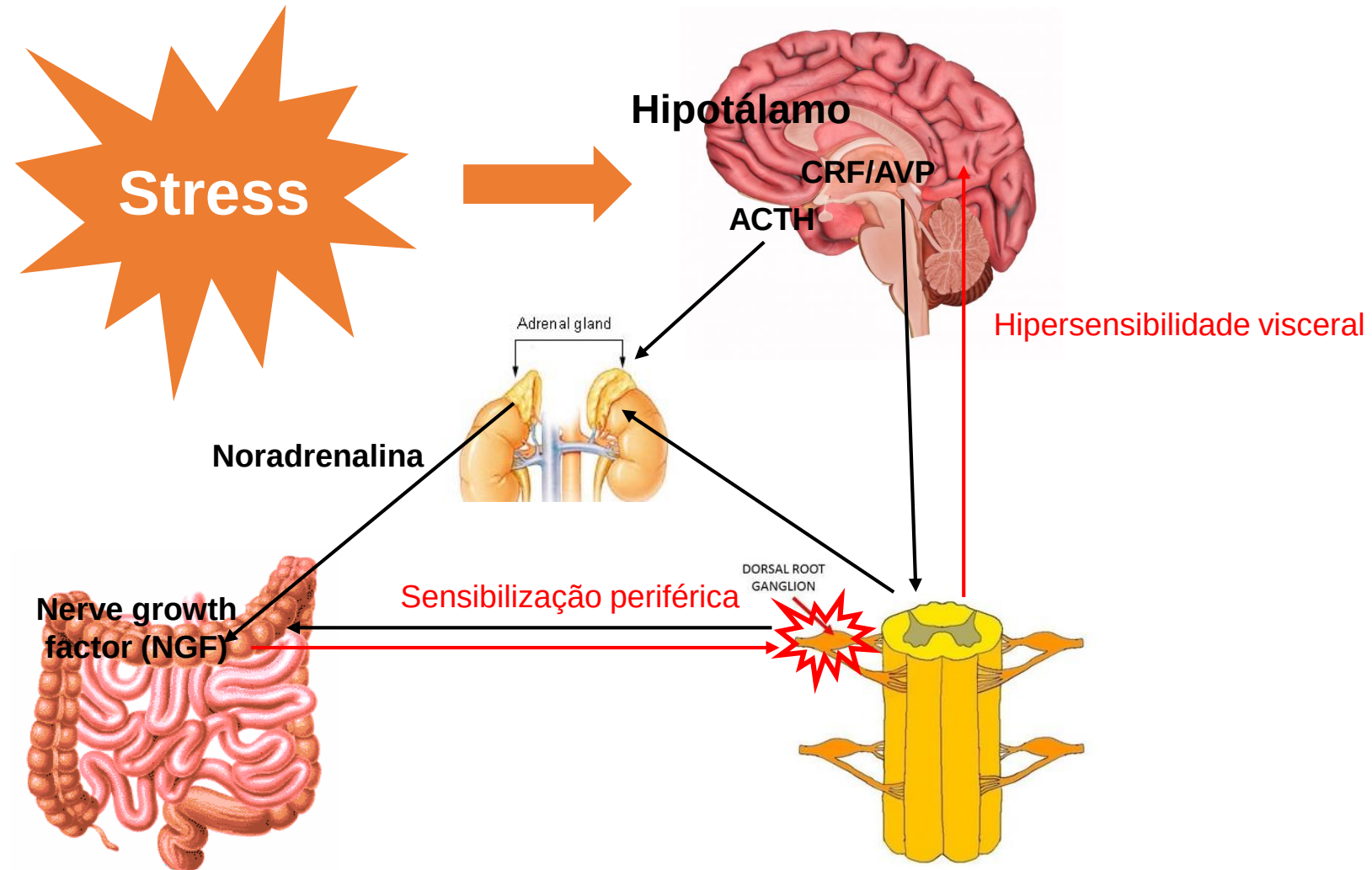
Hipersensibilidade visceral



Hipersensibilidade



Resposta aos stress alterada



Microbioma intestinal



- **Microbioma intestinal alterado**
- **10-20%** doentes que ficam com sintomas de SII depois de infeções GI víricas, bacterianas ou parasitárias (SII pós-infecioso)

Possible Intestinal Causes of the Irritable Bowel Syndrome

Chronic or acute inflammation

Ischemia
Medications
Trauma

Chronic or acute infections

Bacteria (e.g., spirochetes)
Viruses
Parasites

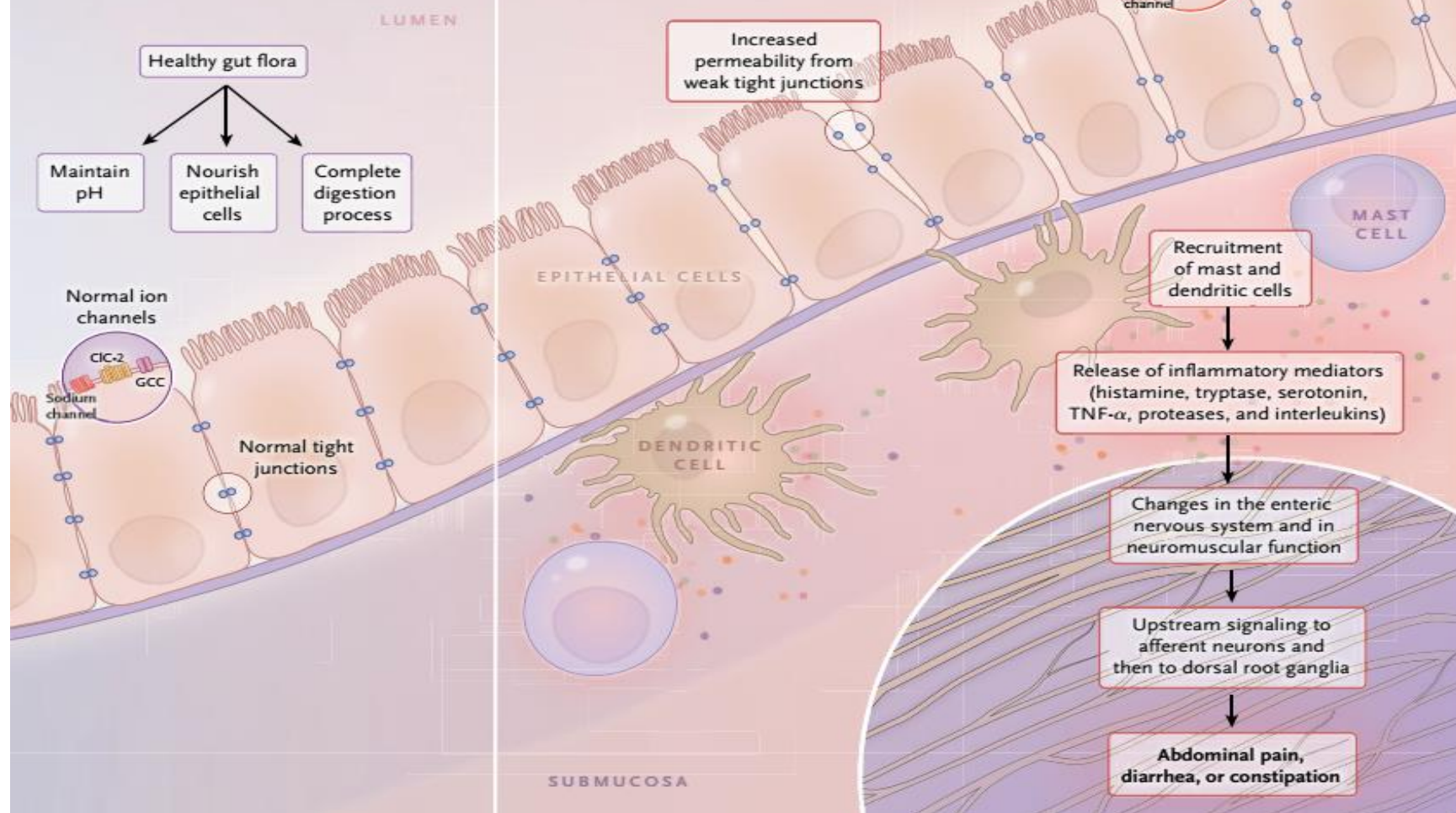
Bile acid malabsorption

Alterations in ion channels

Sodium
Type 2 chloride (ClC-2)
Guanylate cyclase C (GCC)

Food-mediated (e.g., fructans, gluten)

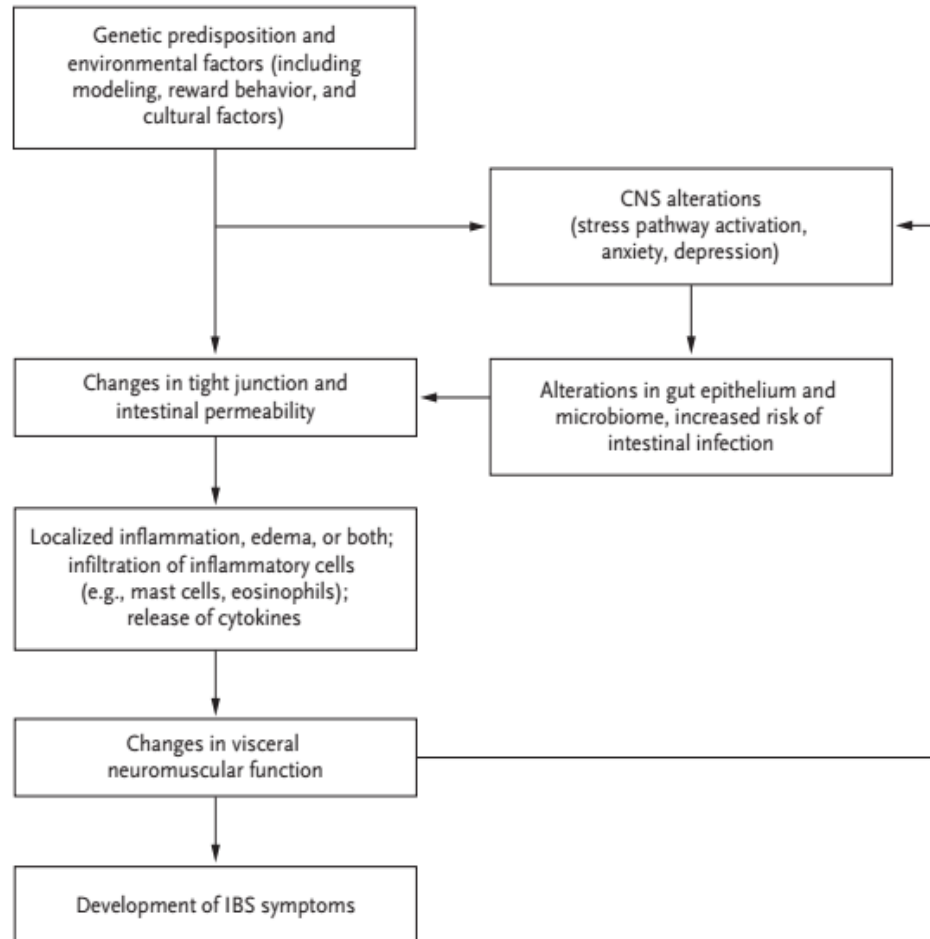
Disaccharidase deficiency



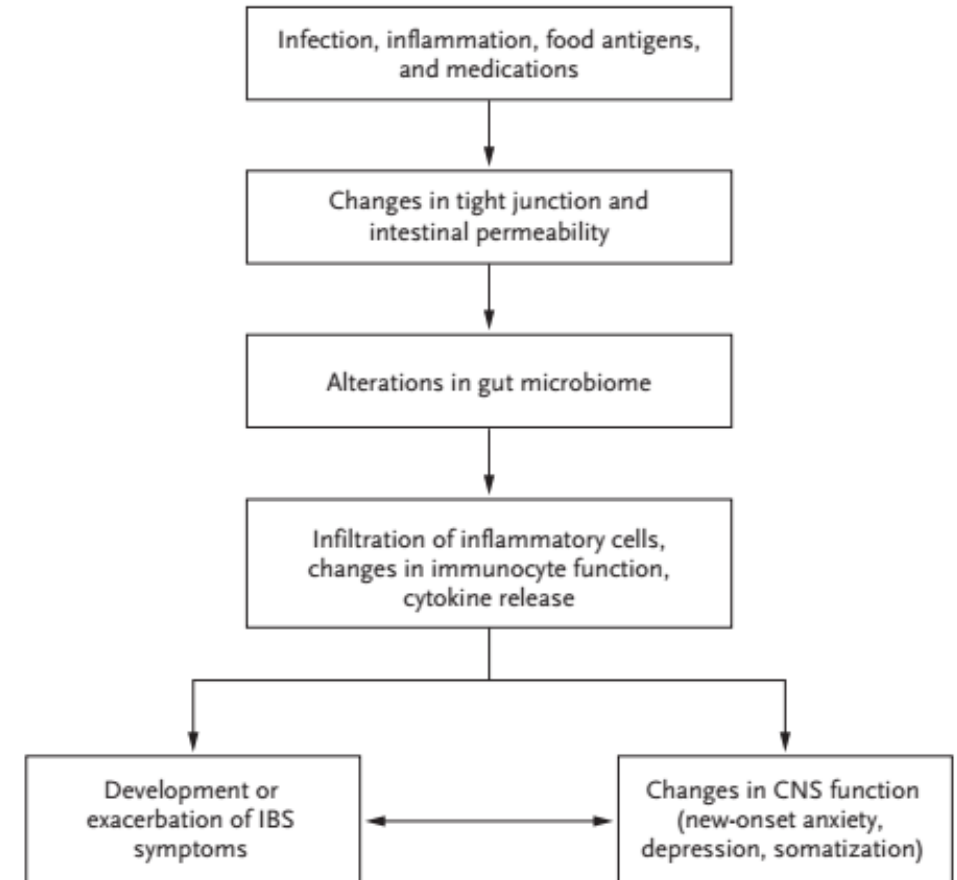
CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

Disfunção do eixo cérebro-intestino

A Brain-Gut Pathway



B Gut-Brain Axis



Modelo explicativo

Patofisiologia: fundamental para criar modelos explicativos

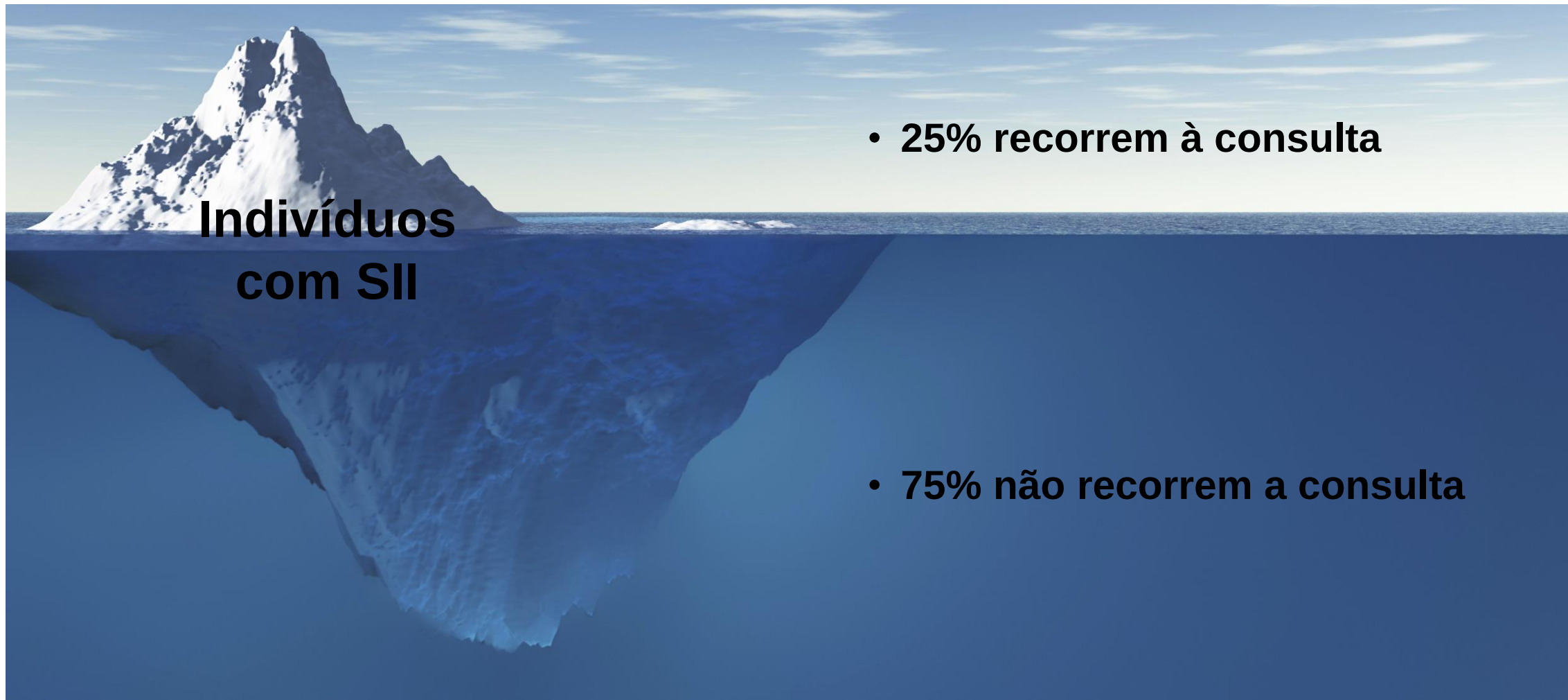
- Imagens mentais que permitam perceber e explicar a patologia
- Exemplos:
 - Insuficiência cardíaca: “O coração não bombeia adequadamente, logo há acumulação de sangue a montante, edemas e falta de ar”
 - Esclerose múltipla: “Deve-se ao facto de aos nervos não funcionarem adequadamente o que causa problemas de transmissão de informação e funcionais no corpo”

Estas imagens estão normalmente formuladas na cabeça dos médicos e podem ser transmitidas ao doente como parte da explicação e racionalização na abordagem da sua patologia

SII: “o iceberg”



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA



Quem são os doentes que nos procuram?

- Dor mais intensa
- Sintomas mais prolongados no tempo
- Maior preocupação em relação aos seus sintomas e *background*
- Morbilidades psicológicas
- Mecanismos de *coping* menos adequados
- Com outros problemas funcionais: fibromialgia, dispepsia funcional...
- Menor probabilidade de relacionarem as suas queixas com o stress!

Como estabelecer o diagnóstico de SII?

- SII é um diagnóstico pela positiva
- SII não é um diagnóstico de exclusão

Processo diagnóstico do SII

- História clínica » Exame físico » Testes laboratoriais mínimos

Sinais de alarme

Perdas hemáticas não atribuíveis a doença hemorroidária ou fissura anal conhecida

Perda involuntária de peso

Idade ≥ 50 anos, sem colonoscopia de rastreio prévia e com presença de sintomas

História familiar de CCR ou de DII

Massa abdominal ou adenopatias palpáveis

Anemia ferropénica

Dejeções e dor durante o período noturno

História clínica

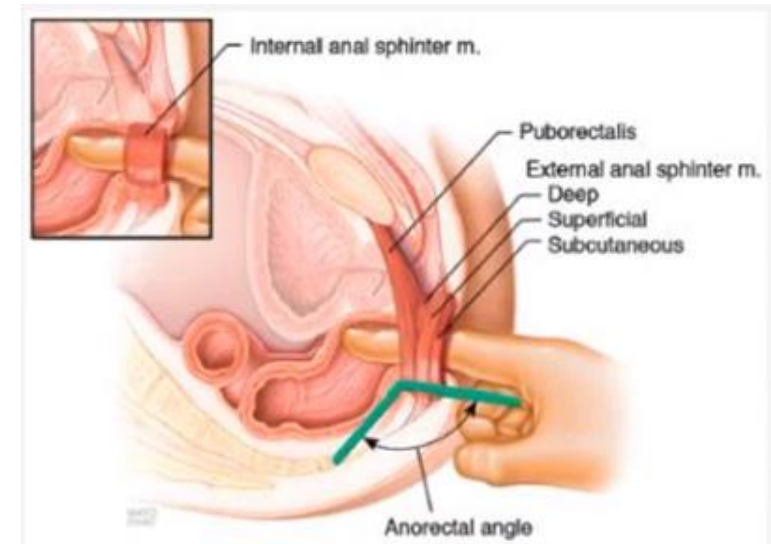
Doente tem sintomas crónicos de dor abdominal associado a obstipação, diarreia, ou ambos, com ou sem flatulência/distensão

- Fatores precipitantes ou agravantes
- Rever a dieta
 - Lacticínios, trigo, cafeína, frutas, vegetais, sumos, adoçantes, pastilhas elásticas
- Rever a medicação
- Revisão psicossocial

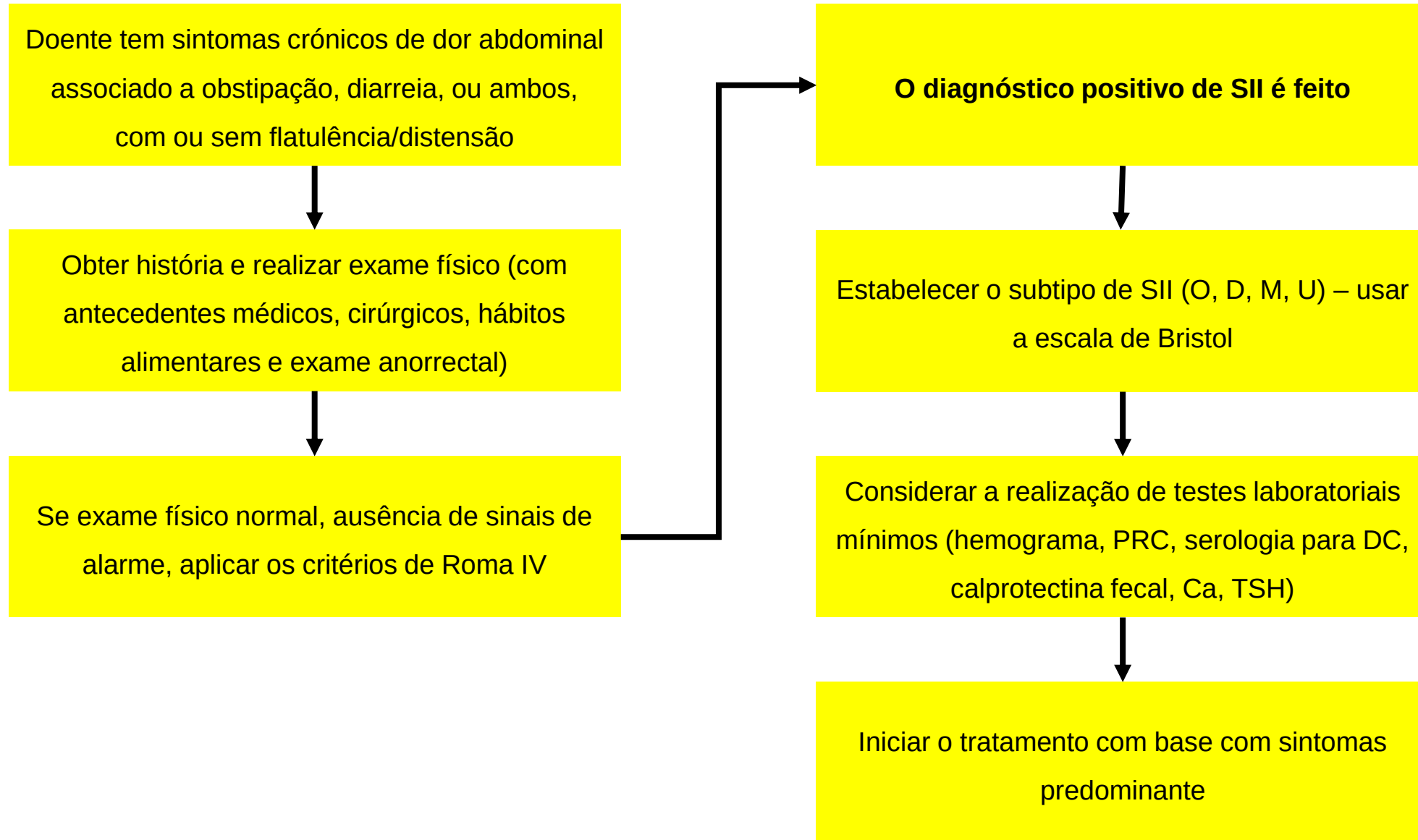
- Funcionamento intestinal imprevisível
- ≥ 3 dejeções/dia ou < 3 dejeções/semana
- Fezes Bristol 1-2 e/ou 6-7
- *Straining*
- Sensação de evacuação incompleta
- Muco nas fezes
- Flatulência/distensão abdominal

Exame físico

- **Completo**
- **Exame anorrectal é obrigatório**
 - Inspeção perianal em repouso e *straining*
 - Reflexo cutâneo-anal e sensibilidade perianal
 - Toque retal
 - Tônus em repouso, *squeeze* e *straining*
 - Palpação das paredes do reto
 - Avaliação da dor à palpação



Algoritmo diagnóstico



Testes laboratoriais no SII-O

- Hemograma
- Ionograma com cálcio
- Glicose sérica em jejum
- TSH

Testes laboratoriais no SII-D, -M e -U

- Hemograma
- Glicose, ionograma com cálcio
- Serologias da doença celíaca (Ac. Anti-transglutaminase + IgA total)
- TSH
- PCR
- $\pm$ Calprotectina fecal
- $\pm$ Cropoculturas com pesquisa de ovos e parasitas

Quando pedir colonoscopia (com ileoscopia)?

- Doentes em idade de rastreio, i.e., com idade ≥ 50 anos (≥ 45 anos em afroamericanos) que não tenham colonoscopia prévia ou recente, mesmo que ausência de sinais de alarme
- Presença de sinais de alarme (independentemente da idade)
- Historia familiar de CCR (independentemente da idade)
- Diarreia persistente (independentemente da idade)

Tratamento: importância da consulta

- Tratamento começa e inclui o momento da consulta
- Estabelecer e manter uma relação médico-doente estreita e de confiança
- Ser empático e compreensivo
- Consulta: o pilar de todo o processo

Skills de consulta



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

The Framework of The Calgary-Cambridge Guide (Kurtz 1996)

1. Initiating The Session

- Establishing initial rapport
- Identifying the real reason(s) for consultation

2. Gathering Information

- Exploration of problems
- Understanding the patient's perspective
- Providing structure to the consultation

3. Building The Relationship

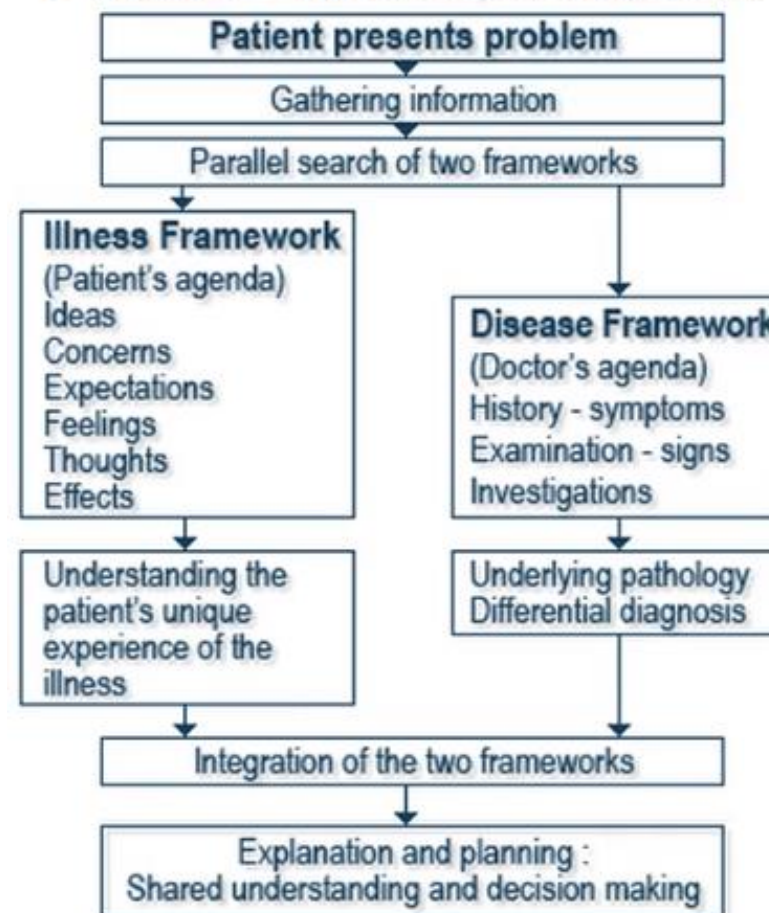
- Developing rapport
- Involving the patient

4. Explanation And Planning

- Providing the correct amount and type of information
- Aiding accurate recall and understanding
- Achieving a shared understanding: incorporating the patient's perspective
- Shared decision making

5. Closing The Session

Disease – Illness (Stewart and Roter)



Skills de consulta

- Comunicação verbal e não-verbal
- Capacidade diagnóstica hipotético-dedutiva
- Esclarecimento de dúvidas

Categorias de intervenção na consulta

Centrada no Médico

- **Prescritiva:** conselhos específicos ao doente sobre o fazer, tomar ou pensar
- **Informativa:** transmitir conhecimento e informação
- **Confrontação:** o médico desafia os pensamentos ou ações do doente

Centrada no Doente

- **Catarse:** ajudar o doente a explorar e expressar as suas emoções
- **Catálise:** ajudar o doente a dizer mais, a revelar pensamento e sentimentos
- **Suporte:** encorajar e ajudar o doente a lidar com o stress da doença

Explicar e tranquilizar

- Modelo explicativo para o SII
- Assegurar a benignidade do SII
- Esclarecer dúvidas e responder às preocupações
- Perceber a perspetiva do doente em relação à doença
- Certificar de que compreende o que lhe dizemos
- Envolver o doente nas tomadas de decisão terapêutica

Tratamento dietético e farmacológico

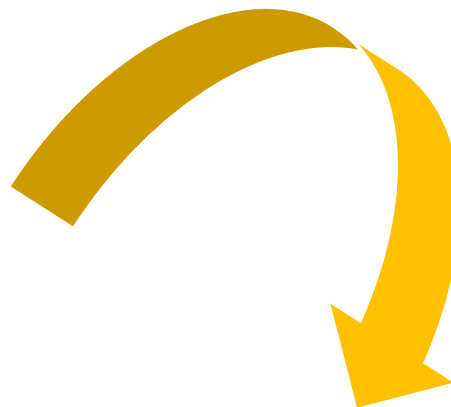
Tratamento do SII deve ser baseado nos sintomas predominantes

Dor abdominal, Obstipação, Diarreia, *Bloating*

Tratamento

Sintomas ligeiros e/ou intermitentes

- Alterações no estilo de vida
- Medidas higieno-dietéticas



Sintomas moderados, graves ou não-respondedores

- Alterações no estilo de vida
- Medidas higieno-dietéticas
- **Fármacos**

Medidas higieno-dietéticas

- Prática regular de **exercício físico**
- Redução do **stress**
- Correção de distúrbios do **sono**
- Aumento da ingestão diária de **água**
- Aumento da ingestão de **fibras** na dieta

Dietas e Fibras

- **Dieta pobre em FODMAPs**
 - *Fermentable oligosaccharides, disaccharides and monosaccharides and polyols*
 - Recomendável acompanhamento por dietista ou nutricionista
- **Dieta pobre ou isenta em glúten**
 - SII com hipersensibilidade ao glúten não celíaca
- Dietas de exclusão seletivas

Dietas e Fibras

- SII-O
 - **Fibras solúveis:** **psyllium**, feijões, lentilhas, aveia... 😊
 - **Fibras insolúveis:** **farelo**, amendoins, sementes, maioria das frutas com casca...

Probióticos

- **Potencialmente benéficos no SII**
- **Em todos os subtipos**
- Atuam através de múltiplos mecanismos
- Preferíveis espécies *Bifidobacterium* e *Lactobacillus*
- Melhora global dos sintomas:
 - dor, flatulência, distensão, diarreia e mesmo a obstipação

Symptom	Therapy	Dose
Diarrhea	Opioid agonists	Loperamide; 2–4 mg; when necessary Titrate up to 16 mg/d
	Diet	Low/no gluten; low FODMAP
	Bile salt sequestrants	cholestyramine (9 g bid–tid) colestipol (2 g qd–bid) colesevelam (625 mg qd–bid)
	Probiotics	Multiple products available
	Antibiotics	Rifaximin, 550 mg po tid × 14 d
	5-HT ₃ antagonists	Alosetron (0.5–1 mg bid) Ondansetron (4–8 mg tid) Ramosetron 5 µg qd
	Mixed opioid agonists/antagonists	Eluxadoline, 100 mg bid
Constipation	Psyllium	up to 30 g/d in divided doses
	PEG	17–34 g/d
	Chloride channel activators	Lubiprostone, 8 µg bid
Abdominal pain	Guanylate Cyclase C agonists	Linacotide 290 µg qd
	Smooth muscle antispasmodics	dicyclomine (10–20 mg qd–qid)
		Otilonium (40–80 mg bid–tid) Mebeverine (135 mg tid)
	Peppermint oil	Enteric-coated capsules, 250–750 mg, bid–tid
	Tricyclic antidepressants	Desipramine (25–100 mg qhs), amitriptyline (10–50 mg qhs)
	SSRIs	paroxetine (10–40 mg qd) sertraline (25–100 mg qd) citalopram (10–40 mg qd)
	Chloride channel activators	Lubiprostone 8 µg bid
	Guanylate cyclase C agonists	Linacotide 290 µg qd
	5-HT ₃ antagonists	Alosetron 0.5–1.0 mg bid

SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor; qhs, at bedtime.



C E N T R O
H O S P I T A L A R
L E I R I A

Symptom	Therapy	Dose
Diarrhea	Opioid agonists	<u>Loperamide</u> ; 2–4 mg; when necessary Titrate up to 16 mg/d
	Diet	<u>Low/no gluten; low FODMAP</u>
	Bile salt sequestrants	<u>cholestyramine</u> (9 g bid–tid) <u>colestipol</u> (2 g qd–bid) <u>colesevelam</u> (625 mg qd–bid)
	<u>Probiotics</u>	Multiple products available
	Antibiotics	<u>Rifaximin</u> , 550 mg po tid × 14 d
Constipation	5-HT ₃ antagonists	<u>Alosetron</u> (0.5–1 mg bid) <u>Ondansetron</u> (4–8 mg tid) <u>Ramosetron</u> 5 µg qd
	Mixed opioid agonists/antagonists	<u>Eluxadoline</u> , 100 mg bid up to 30 g/d in divided doses
	Psyllium	17–34 g/d
	PEG	
	Chloride channel activators	<u>Lubiprostone</u> , 8 µg bid
	Guanylate Cyclase C agonists	<u>Linacotide</u> 290 µg qd
	<u>Smooth muscle antispasmodics</u>	<u>dicyclomine</u> (10–20 mg qd–qid)
		<u>Otilonium</u> (40–80 mg bid–tid)
		<u>Mebeverine</u> (135 mg tid)
		Enteric-coated capsules, 250–750 mg, bid–tid
Abdominal pain	<u>Peppermint oil</u>	
	<u>Tricyclic antidepressants</u>	<u>Desipramine</u> (25–100 mg qhs), <u>amitriptyline</u> (10–50 mg qhs)
	SSRIs	<u>paroxetine</u> (10–40 mg qd) <u>sertraline</u> (25–100 mg qd) <u>citalopram</u> (10–40 mg qd)
	Chloride channel activators	<u>Lubiprostone</u> 8 µg bid
	Guanylate cyclase C agonists	<u>Linacotide</u> 290 µg qd
	5-HT ₃ antagonists	<u>Alosetron</u> 0.5–1.0 mg bid

SII-D

Symptom	Therapy	Dose
Diarrhea	Opioid agonists	Loperamide; 2–4 mg; when necessary Titrate up to 16 mg/d
	Diet	Low/no gluten; low FODMAP
	Bile salt sequestrants	cholestyramine (9 g bid–tid) colestipol (2 g qd–bid) colesevelam (625 mg qd–bid)
Constipation	<u>Probiotics</u>	Multiple products available
	<u>Antibiotics</u>	Rifaximin, 550 mg po tid × 14 d
	5-HT ₃ antagonists	Alosetron (0.5–1 mg bid) Ondansetron (4–8 mg tid) Ramosetron 5 µg qd
	Mixed opioid agonists/antagonists	Eluxadoline, 100 mg bid up to 30 g/d in divided doses
	<u>Psyllium</u>	17–34 g/d
	<u>PEG</u>	Lubiprostone, 8 µg bid
	Chloride channel activators	<u>Linacotide 290 µg qd</u>
	Guanylate Cyclase C agonists	dicyclomine (10–20 mg qd–qid)
	<u>Smooth muscle antispasmodics</u>	Otilonium (40–80 mg bid–tid) Mebeverine (135 mg tid) Enteric-coated capsules, 250–750 mg, bid–tid
	<u>Peppermint oil</u>	
Abdominal pain	Tricyclic antidepressants	Desipramine (25–100 mg qhs), amitriptyline (10–50 mg qhs)
	<u>SSRIs</u>	<u>paroxetine</u> (10–40 mg qd) <u>sertraline</u> (25–100 mg qd) <u>citalopram</u> (10–40 mg qd)
	Chloride channel activators	Lubiprostone 8 µg bid
	Guanylate cyclase C agonists	Linacotide 290 µg qd
	5-HT ₃ antagonists	Alosetron 0.5–1.0 mg bid

Flatulência / Distensão abdominal

- Probióticos
- Agentes *anti-foaming*
 - Simeticone
 - Carvão ativado
- Enzimas pancreáticas
- Rifaximina

Terapia psicológica

- Terapia comportamental e cognitiva
- Hipnoterapia

Prognóstico do SII

~80% dos doentes com SII

permanecem sintomáticos ao fim de 2-7 anos de follow-up

Não apresentam risco superior desenvolver doença orgânica

Take home messages

- SII deve ser um diagnóstico positivo e não de exclusão
- A consulta e a relação médico-doente são o pilar do seu tratamento
- Equilibrar as intervenções focadas no médico com as focadas no doente
- Explicar o que é o SII ao doente, o porquê dos seus sintomas, os exames de diagnóstico e as terapêuticas disponíveis
- A heterogeneidade do SII torna difícil desenhar algoritmos terapêuticos
- Dirigir o tratamento aos sintomas predominantes de cada doente
- Envolver sempre o doente nas decisões terapêuticas



Síndrome do intestino irritável

Pedro Marcos

Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar de Leiria

23 de Outubro, 2017

pedromarcos1ster@gmail.com