

Är klassificeringssystemet "functional gastrointestinal disorder (FGID)" till hjälp vid utredning av "icke organiska" buksmärtor?



9-årig pojke med återkommande buksmärtor sedan flera år, här under en smärtattack. Utredning på gastro-enterologisk klinik visade normala laboratorieprover och inga "röda flaggor". Man uppfattade det som att han led av "funktionella buksmärtor" och ville lägga ner fortsatt utredning. Intensiva smärtor i anslutning till måltid och ett bukstatus som visade allodyni i nedre delen av bukväggen stimulerade dock till fortsatt utredning. Tunntarmsmanometri visade dysmotilitet och fullväggsbiopsi visade intestinal neutropati.

Lena Grahnquist och Ola Olén behandlar ämnet *Functional gastrointestinal disorder (FGID)* i *Barnläkaren* 2/2011. Jag anser att vi med detta klassificeringssystem ofta inte kommer att adekvat kunna hjälpa barn med återkommande buksmärtor.

De diagnostiska problemen vid återkommande magsmärtor är avsevärda och välkända. Det finns fyra grundläggande etiologiska frågor att ställa. Är orsaken a) organisk? b) negativ stress? c) dysfunktionell störning av mag-tarmkanal? d) störning i smärtsystemet? Klassificeringssystemet FGID hjälper oss inte att lösa dessa frågor adekvat av följande anledningar:

För det första; FGID-diagnos för återkommande buksmärtor är inte liktydig med att dysfunktionell tarm föreligger, som man kan ledas att tro av beteckningen. Visst fångar anamnesticiska frågor som rekommenderas (1) in tecken som kan vara specifika uttryck för dysfunktionell tarm (en mer adekvat benämning på en icke organisk störning av tarmen). Men förekomst av smärta från buken och yrsel, aptitnedsättning och illamående, som är rekommenderade frågor (1), är inte specifika symtom på gastro-intestinal störning. Orsaken kan ligga utanför mag-tarmkanalen. Det är värt att notera att flera relevanta frågor såsom smärta vid måltid, mättnad och hunger, som kan belysa om dysfunktionell tarm föreligger, saknas i givna rekommendationer.

För det andra; Den negativa stressen har ingen tydlig plats i den rekommenderade utredningen eller i den finala diagnostiken. Problemet har presenterats i *Barnläkaren* 6/2009 under rubriken Tema/ Psykosomatik.

För det tredje; Återkommande "icke organiska" buksmärtor kan bero på störning i smärtsystemet. Hur fångar vi det?

För det fjärde; Det finns alltför många organiska buksmärtor som man inte fångar in med "röda flaggor" och det standardiserade utredningsprogram som rekommenderas av förespråkare för FGID, enligt min erfarenhet.

För det femte; En viktig del i FGID-diagnostiken är smärtlokalisering. Men det är välkänt att denna ofta kan vara vilseledande. Tarmen saknar tydlig somatotopi, dvs smärtan förläggs ofta utanför sitt ursprung.

För det sjätte; Konceptet brain-gut-axis som sägs vara den grundläggande patofysiologiska hypotesen är ett vagt begrepp och förklarar bara delar av symtomen vid så kallade FGID.

Vetenskapsteoretikern Karl Popper säger att vi inte ska tvista om ord, benämningar och definitioner. Det är innehållet som är det viktiga och som vår diskussion skall handla om. FGID för smärta är liktydig med "icke organisk" buksmärtor. Vi kan använda oss av den termen om vi vill ansluta oss till den internationella nomenklaturen. Men dess innebörd bör i så fall begränsas till dysfunktionell tarmstörning. Andra orsaker med annan patofysiologi bör betecknas med andra ord. Då negativ stress eller extra-gastro-intestinal smärtstörning är huvudorsaken bör vi ha ord för detta.

Ett alternativt förslag för utredning och diagnostik av återkommande buksmärtor har presenterats (2). Gruppen barn med återkommande buksmärtor där vi inte finner någon förklaring behöver tydliggöras och bli föremål för särskilda forskningsinsatser.

Sammanfattning. FGID klassificeringssystem för återkommande buksmärtor fångar inte adekvat in

dysfunktionell störning av mag-tarmkanalen, den negativa stressens betydelse och om någon störning i smärtsystemet föreligger. Som differentialdiagnostiskt instrument gentemot organisk orsak är det bristfälligt.

Referenser

- Walker LS, Caplan A, Rasquin A. (2000). *Manual for the Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms*. Nashville, TN: Department of Pediatrics Vanderbilt University Medical Center.
- Alfven G. *Barn och psykosomatik i teori och praktik*. Norstedts Akademiska Förlag; 2006, s. 183-198. Ytterligare synpunkter på FGID finns att läsa på s. 198-201.

Replik

Vi håller med Gösta Alfven om att barn med återkommande buksmärtor behöver bli föremål för fortsatt forskning och tydliggöras (vårdprogram). Vi håller också med om att Rom III-kriterierna indelning i Functional Gastrointestinal Disorders (FGID) är långt ifrån perfekt (1). Framför allt är det en svaghet att diagnoserna är baserade på symtom och inte bakomliggande patofysiologi. Bakgrunden är dock att man idag inte anser sig tillräckligt veta vilka orsaker som ligger bakom olika diagnoser (5). Samma kliniska forskare som ser klassifikationens svagheter ser också dess styrkor (1,4) och arbetar för tillägg av biomarkörer och mer patofysiologiskt inriktade frågor i framtida kriterieversioner (4). Vad är alternativet till Rom III? Kunskap om etiologi, diagnostik, behandling och prognos för FGID är bristfällig (2,3). För att komma framåt behöver forskning bedrivas (3). För att forskning skall kunna bedrivas effektivt och jämförbart behöver man enas kring definitioner (3). Utan diagnostiska gold standard-prover måste definitioner baseras på symtomkriterier. Rom III-kriterierna är den internationellt helt dominerande nomenklaturen kring barn med långvarig buksmärtor utan organisk genes, vilket märks tydligt på kongresser som ESPGHAN, NASPGHAN, DDW och UEGW. Att bedriva forskning med någon annan nomenklatur än Rom III som bas förefaller därför opraktiskt. Att försöka formulera ett evidensbaserat vårdprogram baserat på annan nomenklatur eller kriterier än de som förekommer i ICD-10 och som dominerar forskningen kring patientgruppen förefaller därmed omöjligt.

Skriv till Barnläkarens debattsida, info@barnlakaren.se. Längd på debattinlägg: max 500 ord/5 ref.

Gösta Alfven, docent, specialist i barn och smärtbehandling, ALB, Karolinska Universitetssjukhuset
E-mail: gosta.alfven@slmk.org



Referenser

- Camilleri, Michael. 2010. "Do the Symptom-Based, Rome Criteria of Irritable Bowel Syndrome Lead to Better Diagnosis and Treatment Outcomes? The Con Argument." *Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association* 8 (2) (February 1): 129.
- Chiou, Eric, and Samuel Nurko. 2010. "Management of functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in children and adolescents." *Expert review of gastroenterology & hepatology* 4 (3) (June 1): 293-304.
- Nurko, Samuel, and Carlo Di Lorenzo. 2008. "Functional abdominal pain: time to get together and move forward." *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 47 (5) (November 1): 679-680.
- Spiller, Robin, Michael Camilleri, and George F Longstreth. 2010. "Do the symptom-based, Rome criteria of irritable bowel syndrome lead to better diagnosis and treatment outcomes?" *Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association* 8 (2) (February 1): 125-9; discussion 129-36.
- Ohman, Lena and Magnus Simren. 2010. "Pathogenesis of IBS: role of inflammation, immunity and neuroimmune interactions." *Nature reviews Gastroenterology & hepatology* 7 (3) (March 1): 163-173.

Lena Grahnquist, sektionschef Barn gastroenterologi, hepatologi och nutrition. ALB, Karolinska Universitetssjukhuset
E-mail: lena.grahnquist@karolinska.se

Ola Olén, barnläkare, med dr, Sachsska Barnsjukhuset
E-mail: ola.olen@ki.se