

# SÍNDROME DE L'INTESTÍ IRRITABLE

*Mònica Ortega Bravo*

*Consorti Sanitari de l'Anoia*

La síndrome de l'intestí irritable (SII), un trastorn funcional digestiu que cursa amb dolor o molèstia abdominal associada a alteracions en els hàbits intestinals com la diarrea i/o estrenyiment, continua sent un tema que ha mantingut una publicació nombrosa d'articles, dos-cents cinquanta dos, a la base de dades del PubMed (Medline) i PsicINFO sota la consigna de "Irritable Bowel Syndrome" al títol.

Presenta una comorbiditat amb trastorns depressius i d'ansietat del 37,1% i 31,4% segons l'estudi de Kabra i Nadkarni (2013), i es comença a plantejar la necessitat de valorar l'impacte que té a nivell familiar donada la sobrecàrrega que pot arribar a representar (Spiegel, 2013), el que l'equipararia a altres trastorns de curs crònic (Wong et al., 2013).

En aquesta ocasió es presentaran les dades més rellevants trobades en relació a tres línies de recerca: neurofisiologia, teràpia cognitivoconductual (TCC) i tractament farmacològic.

## **Neurofisiologia**

La hipersensibilitat visceral és una de les possibles causes de la SII. S'ha trobat que aquesta no s'ha relacionat amb la disminució de l'ansietat després de realitzar un tractament basat en la TCC dirigida a disminuir l'estrès.

En aquest sentit Stabell, Stubhaug, Flaegstad i Sivert (2013) informen de la diferència en la resposta al dolor de les persones amb SII en comparació a un grup control, informant d'una hiperalgèsia generalitzada donada que l'estimulació dolorosa es va realitzar en extremitats superiors, la qual cosa segueix afavorint contemplar altres explicacions etiològiques.

Trobar un biomarcador ha estat un dels principals objectius en la recerca dels trastorns funcionals digestius.

Ja es coneixien els canvis aconseguits en les connexions cerebrals entre les zones encarregades de modular la resposta emocional quan s'exposava al símptoma gastrointestinal (GI). Aquest any s'ha publicat un estudi que pretenia avaluar la disregulació en el Sistema Nerviós Central, en resposta a una estimulació visceral, utilitzant com a indicador la variabilitat de la freqüència cardíaca i la presència de catecolamines en sang, de pacients amb SII i grup control. Van trobar que en pacients amb la SII mostraven un increment en la seva resposta en el Sistema Nerviós Autònom davant l'estimulació visceral en comparació al grup control, tot i que les diferències no van ser estadísticament significatives. Es van observar diferències estadísticament significatives entre homes i dones tant abans com després de l'estimulació. Tot i així, la variable "sexe" no va informar d'una significació en comparar pacients amb la SII i sans, ni abans ni després de l'estimulació. En relació a la presència de catecolamines no van trobar cap diferència entre el grup SII i el control. Tampoc van trobar diferències en les puntuacions quan es controlava la variable sexe (Cheng et al., 2013).

Un estudi publicat per Jones et al. (2014) informen que d'entre 34 potencials marcadors, una combinació genètica i marcadors serològics en combinació amb mesures psicològiques podria ser la línia a seguir, cap a l'aconseguir d'una nova forma per diagnosticar persones amb SII i fins i tot diferenciar els subtipus (diarrea/restrenyiment).

Seguint en aquesta línia de cercadors biològics, un equip de la universitat de Canadà informa de les diferències entre pacients amb SII i grup control, en la inhibició del dolor ( $p=0.02$ ). Els pacients amb SII van mostrar un major volum de la part posterior dreta de l'ínsula, que va associar-se a una major duració de la SII ( $p=0.02$ ). Es va trobar que un major volum en el còrtex orbitofrontal lateral dret estava relacionat amb la dificultat en la inhibició del dolor en pacients amb la SII ( $p=0.01$ ) en comparació als controls ( $p=0.01$ ). Aquest estudi mostra més evidències a favor del rol que ocupa l'ínsula en la interocepció del dolor (Piche et al., 2013).

## Teràpia cognitivoconductual

Molts han estat els estudis que han informat de l'eficàcia de la TCC en la reducció de la simptomatologia GI i la millora de la qualitat de vida. Tot i així, segueixen sense resoldre dubtes metodològics, això sí, cada vegada més recollits en la literatura.

Intentant donar resposta a aquestes inconsistències del model teòric sobre el que més s'ha publicat en el tractament de la SII, i intentant minvar la manca de precisió que han tingut molts d'aquests estudis en avaluar el resultat de les dianes de tractament, Ljótsson et al. (2013) proposen un assaig clínic aleatoritzat. Diferencien dos objectius de tractament, un basat en el model cognitiu que situa l'ansietat/por al símptoma GI com els factors de manteniment de la SII (TCC-I/EI), i l'altre tractament dirigit a disminuir l'estrès (ME-I). Tots dos tractaments es realitzen per internet. A més de les variables de control d'intensitat dels símptomes GI, i l'ansietat vers el símptoma gastrointestinal (ASG), van incloure el control setmanal del grau de compliment de les pautes proposades a cada modalitat de tractament. Pel que sembla, es va observar no tan sols la superioritat de la intervenció TCC-I/EI respecte la ME-I en la reducció dels símptomes GI, sinó també que el grau de compliment de les pautes estava relacionat amb el canvi de l'ansietat al símptoma GI, i no en la reducció de l'estrès.

Tot i la manca de precisió en les dianes de tractament, s'han mantingut un gran nombre de publicacions on s'explicava l'eficàcia de programes de tractament molt diversos. Aquesta diversitat en els protocols de tractament ha estat motivada per l'interès d'afavorir l'accés als tractaments, mitjançant la reducció de costos deguda a la disminució del temps de presència del terapeuta. S'està prioritant la reducció de costos en detriment d'accedir a tractaments eficaços? Doncs en aquest sentit s'ha publicat un estudi en el què pel que sembla els programes d'autoajuda tenen un menor impacte en la reducció de la simptomatologia GI que els que inclouen un major contacte amb el terapeuta (Ahl, Mikocka, Gordon, & Andrews, 2013).

Com a mostra de l'interès en trobar tractaments no únicament eficaços sinó també eficients, s'ha publicat un assaig clínic aleatoritzat en el què avaluen

l'efectivitat d'una intervenció psicoeducativa dels símptomes de la SII emfatitzant la por al símptoma GI.

Els resultats van informar d'una superioritat dels resultats obtinguts en el grup experimental en comparació al grup control (llista d'espera).

S'observa també una disminució estadísticament significativa ( $p \leq 0.05$ ) a l'alta en: disminució del catastrofisme, millora de l'afrontament cognitiu dels símptomes GI i de l'habilitat percebuda per disminuir el símptoma GI. Aquests resultats es mantenen als 3 mesos de l'alta, excepte en l'habilitat percebuda per disminuir el símptoma GI. Aquesta millora es relaciona amb una millora clínica dels símptomes GI i de la qualitat de vida, reducció global dels símptomes GI, reducció del símptomes de depressió i de l'ansietat visceral (Labus et al. 2013).

No hi ha resultats consistents sobre predictors de bona resposta al tractament. En aquest sentit Ljótsson et al. (2013) estudien els predictors de bona resposta a la TCC per internet basada en l'exposició interoceptiva (TCC-I/EI) centrada en la reducció de l'ansietat i por al símptoma GI. Els resultats informen que tot i que varis factors pronòstics es van correlacionar amb la millora simptomàtica assolida, cap va resultar ser un bon predictor de resposta quan es va controlar el tipus de tractament rebut TCC-I/EI. Els autors expliquen aquestes dades per una l'alta i estable, resposta al placebo (40% en pacients amb SII), el que dificulta poder diferenciar la resposta que tenen pacients amb alta i baixa ASG. Aquesta resposta al placebo podria reduir el poder per detectar la influència que pot tenir l'ASG com a predictor de resposta, com a conseqüència de la "compensació" entre els participants amb baixa i alta ASG.

La fatiga és un símptoma sobre el que també s'ha investigat com a predictor de resposta al tractament en pacients amb la SII. Lakner, Gudleski, diMuro, Keefer i Brenner (2013), destaquen la fatiga com la tercera queixa somàtica més freqüent, amb una prevalença del 60.8% en pacients afectats de la SII d'intensitat moderada-severa, en comparació al 5-20% de la població general. El percentatge de persones que van informar de fatiga va ser comparable als que presentaven to muscular baix a nivell intestinal i va ser superat solament per la proporció de pacients que presentaven dolor/molèstia abdominal. De fet, és un constructe contemplat com a indicador de mesura en la resposta als tractaments per la SII, motiu pel qual els autors suggereixen la importància d'estudiar la

fatiga i l'impacte d'aquesta en persones amb la SII, per contemplar incloure-la en tractaments futurs per la SII.

## Tractament farmacològic

Ja coneixem l'efecte parcial dels fàrmacs utilitzats en el tractament simptomàtic de la SII. En aquest sentit Leighton, Lam, Mehta i Spiller (2013) ens informen de més evidències. La hipòtesi de la hipersensibilitat visceral i la disregulació del dolor pot explicar l'efecte beneficiós dels antidepressius com a conseqüència de l'augment del llindar del dolor. Els autors d'una metanàlisi sobre els efectes de l'amitriptalina han recollit una eficàcia estadísticament significativa en quatre dels estudis avaluats. Tot i així, suggereixen la necessitat de fer més estudis d'eficàcia per tal d'aconseguir resultats més precisos (Chao & Zhang, 2013).

## Referències

- Ahl, A., Mikocka-Walus, A., Gordon, A., & Andrews, J. M. (2013). Are self-administered or minimal therapist contact psychotherapies an effective treatment for irritable bowel syndrome (IBS): A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 113–120.
- Chao, G. & Zhang, S. (2013). A Meta-analysis of the Therapeutic Effects of Amitriptyline for Treating Irritable Bowel Syndrome. *Internal Medicine*, 52, 419-424.
- Cheng, P., Shih, W., Alberto, M., Presson, A. P., Licudine, A., Mayer, E. A., Naliboff, B. D., & Chang, L. (2013). Autonomic response to a visceral stressor is dysregulated in irritable bowel syndrome and correlates with duration of disease. *Neurogastroenterology & Motility*, 25, 650-659.
- Jones, M.P., Chey, W.D., Singh, S., Gong, H., Shringarpure, R., Hoe, N., Chuang, E., & Talley, N.J. (2014). A biomarker panel and psychological morbidity differentiates the irritable bowel syndrome from health and provides novel pathophysiological leads. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 39, 426–437.

- Kabra, N. & Nadkarni, A. (2013). Prevalence of depression and anxiety in irritable bowel syndrome: A clinic based study from India. *Indian Journal of Psychiatry*, 55, 1.
- Labus, J., Gupta, A., Gill, H.K., Posserud, I., Mayer, M., Raen, H., Bolus, R., Simren, M., Naliboff, B.D., & Mayer, E.A. (2013). Randomised clinical trial: symptoms of the irritable bowel syndrome are improved by a psycho-education group intervention. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 37, 304–315.
- Lackner, J.M., Gudleski, G.D., DiMuro, J., Keefer, L., & Brenner, D.M. (2013). Psychosocial predictors of self-reported fatigue in patients with moderate to severe irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 323-331.
- Leighton, M.P., Lam, C.H., Mehta, S., & Spiller, R.C. (2013). Efficacy and mode of action of mesalazine in the treatment of diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 14, 1-7.
- Ljótsson, B., Andersson, E., Lindfors, P., Lackner, J. M., Grönberg, K., Molin, K., Norén, J., Romberg, K., Andersson, E., Hursti, Y., Hesser, H., & Hedman, E. (2013). Prediction of symptomatic improvement after exposure-based treatment for irritable bowel syndrome. *BMC Gastroenterology*, 13, 160-169.
- Ljótsson, B., Hesser, H., Andersson, E., Lindfors, P., Hursti, T., Rück, C., Lindfors, N., Andersson, G., & Hedman, E. (2013). Mechanisms of change in an exposure-based treatment for irritable bowel syndrome. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 81, 1113-1126.
- Piché, M., Chen, J.I., Roy, M., Poitras, P., Bouin, M., & Rainville, P. (2013). Thicker Posterior Insula Is Associated With Disease Duration in Women With Irritable Bowel Syndrome (IBS) Whereas Thicker Orbitofrontal Cortex Predicts Reduced Pain Inhibition in Both IBS Patients and Controls. *The Journal of Pain*, 14(10), 1217-1226.

- Stabell, N., Stubhaug, A., Flægstad, T., & Nielsen, C.S. (2013). Increased pain sensitivity among adults reporting irritable bowel syndrome symptoms in a large population-based study. *Pain*, 154, 385–392.
- Spiegel, B.M. (2013). Burden of illness in irritable bowel syndrome: looking beyond the patient. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 11, 156-157.
- Wong, R.K., Drossman, D.A., Weinland, S.R., Morris, C.B., Leserman, J., Hu, Y., Kelapure, R., & Bangdiwala, S.I. (2013). Partner burden in irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 11(2), 151–155.