

# Soole ärritussündroom

Riina Salupere – Tartu Ülikool, Tartu  
Ülikooli Kliinikum

**Võtmesõnad:** soole ärritussündroom, levimus, Rooma III kriteeriumid

**Soole ärritussündroom on jämesoole sagedane talitlushäire (ingl *irritable bowel syndrome*, ld *syndroma irritabilitatis intestini*). Vaevused tekivad eelkõige nooremas täiskasvanueas ning naistel kaks korda sagedamini kui meestel (1–4). Perearsti vastuvõtule pöördub kolmandik haigeist ning neist omakorda kolmandik suunatakse gastroenteroloogi konsultatsioonile. Arsti juurde tuleb patsient tavaliselt alles siis, kui vaevused mõjutavad oluliselt tema elukvaliteeti. Soole ärritussündroomiga haige igapäevaelu ja puhkus on häiritud ning elustiil ja sotsiaalne heaolu on vaevustest mõjutatud. See on ka põhjuseks, miks soole ärritussündroomiga haige külastab sagedamini perearsti, tal tehakse rohkem uuringuid, ta kasutab rohkem ravimeid ja on sagedamini haiglas (3, 4).**

## OLEMUSEST

Soole ärritussündroomi teket seostatakse sooletalitluse motiilsushäirega või soole tundlikkuse läve muutustega erinevatel põhjustel. Põhjusteks arvatakse näiteks vistseraalse tundlikkuse regulatsiooni häiret, valuläve muutust soolevenituse suhtes, soolebakterite omavahelist suhet või nende liigvohamist pärast sooleinfektsiooni, kesk-

närvisüsteemi regulatsioonihäiret tingitud stressist. Soole ärritussündroomiga haigeil on tundlikkuslävi soolesisese rõhu suhtes muutunud ning seetõttu tajutakse ebamugavustundena või kõhupuhitusena ka soolegaasi vähest kogust.

## LEVIMUSEST

Andmed soole ärritussündroomi levimuse kohta on eri uuringuis erinevad ning sõltuvad uuringuis kasutatud diagnoosimiskriteeriumitest, uuringupopulatsiooni valikust, uuringu olemusest ja kasutatud uuringumeetodist (näiteks postiküsimustik, telefoniintervjuu, grüpiintervjuu). Neist kõige enam mõjutavad levimusandmeid uuringus kasutatavad diagnoosimiskriteeriumid (3).

Telefoniküsitluses, mis toimus Euroopa Liidu 8 riigis ja milles küsitleti 41 984 inimest, saadi Manningu ja Rooma kriteeriumitele tuginedes soole ärritussündroomi levimuseks 11,5% (1). Samadel põhimõtetel toimunud 5009 inimese telefoniküsitlusel Ameerika Ühendriikides oli soole ärritussündroomi levimus 14,1% (2). Selles uuringus oli 3,3%-l haigeist varem diagnoositud soole ärritussündroom ja 10,8% oli diagnoosimata, kuid Rooma I kriteeriumitele vastavate vaevustega haiged (2). Postiküsimustikku ja Rooma II kriteeriumeid kasutades (postitati 11 078 küsimustikku, vastajaid oli 4622) saadi Norras soole ärritussündroomi levimuseks 8,4% (4). Samuti postiküsimustikku ja Rooma II kriteeriumeid kasutades oli levimus Soomes 5,1% (5).

Eeltoodud uuringuis on kasutatud Rooma II kriteeriumeid, mis on ranged ning hõlma-

vad ainult väga väljendunud sümptomitega patsiente. See tingis vajaduse kriteeriumid kriitiliselt üle vaadata ja neid täiendada. Rooma III kriteeriumid on n-õ kriteeriumid kõigi jaoks ja haaravad enamikku haigeist (6). Rooma III kriteeriumid peegeldavad paremini keskmist patsienti ning seetõttu on levimusuuringuis oodatav haigete arvu kasv 3–4 korda (6). Uuringuid, kus võrdlevalt on levimuse hindamiseks kasutatud Rooma II ja Rooma III kriteeriumeid, on vähe. Üheks uuringuks on Iisraeli andmed, kus levimus telefoniküsitluse põhjal oli 11,4% Rooma III järgi ja 4,1% Rooma II järgi (7).

### ROOMA KRITERIUMITEST

Soole ärritussündroomi diagnoos on sümptomiteil põhinev diagnoos. Sümptomite hindamiseks on olnud kasutusel erinevad kriteeriumid. Neist esimesed olid Manningu kriteeriumid, mis sisaldasid kuut sümptomit: alakõhuvalu, kõhupuhitus, valu leevendumine roojamisel, limaeritus, valu alguses vedelam roe, mittetäieliku roojamise tunne (8). Kuna Manningu kriteeriumid ei rõhuta kõhuvalu kui peamist sümptomit, siis neid kasutades diagnoositakse soole ärritussündroomina ka funktsionaalne kõhukinnisus ja funktsionaalne kõhulahtisus. Samuti puudub Manningu kriteeriumites ajamõõde ehk sümptomite ajaline kestus.

Manningu kriteeriumid vajasid täiendamist ja nii kiitis töörühm 1992. aastal Roomas heaks Rooma I kriteeriumid. Rooma I kriteeriumid arvestasid sümptomite kestust ja sagedust. 1999. aastal Rooma II kriteeriumites muutusid diagnoosimiskriteeriumid rangemaks ja neis nõuti sümptomite esinemist vähemalt 25%-l ajast, seega näiteks 12 nädalat 12 kuu jooksul (9). Rooma II kriteeriumite kasutamine igapäevatoos oli keeruline, enim kasutust leidsid need kliinilistes uuringutes.

Uuemaks ja igapäevatoos sobivaiks on alates 2006. aastast kasutusel Rooma III kriteeriumid (6, 10, 11). Sümptomite ajaline kestus on muutunud leebemaks: soole ärritussündroomi diagnoosimiseks peaksid

sümptomid esinema vähemalt kolm päeva kuus viimase kolme kuu jooksul (seega vähemalt 10% ajast).

Rooma III kriteeriumid (11):

- Valu või ebamugavustunne alakõhus, mis esineb pidevalt või episoodiliselt vähemalt kolmel päeval kuus viimase kolme kuu jooksul ning mis algas vähemalt kuus kuud tagasi;
- sellega kaasub kaks järgnevaist: valu või ebamugavustunne alakõhus leevendub roojamisel, esineb roojamissageduse muutus (kõhulahtisus, kõhukinnisus) või rooja konsistentsi muutus;
- roojakuju hindamisel soovitatakse kasutada Bristol roojaskaalat (*Bristol Stool Form Scale*), mis võimaldab jagada soole ärritussündroomi patsiendid alarühmadesse (kas peamiselt kõhulahtisusega, peamiselt kõhukinnisusega või vahelduva iseloomuga soole ärritussündroomiga rühma);
- eeltoodule võivad kaasuda pakitsustunne roojamisel, mittetäieliku roojamise tunne, limaeritus roojaga, kõhupuhitus kas nähtava kõhuvenitusega või ilma nähtava kõhuvenitusega.

Soole ärritussündroomiga haiged jagunevad alarühmadesse roojakuju ja domineeriva sümptomi esinemise järgi (kas peamiselt kõhulahtisusega, peamiselt kõhukinnisusega või vahelduva iseloomuga soole ärritussündroom). Näiteks leiti Norra uuringus, et kõhulahtisusega soole ärritussündroomi haigeid oli 23%, kõhukinnisusega 24% ja vahelduva iseloomuga 53% (4) ning Euroopa uuringute analüüsil vastavalt 21%, 16% ja 63% kõigist soole ärritussündroomiga haigeist (3).

### DIAGNOOSIMISEST

Kuna soole ärritussündroom on sümptomiteil põhinev diagnoos, siis peavad patsiendi kaebused vastama Rooma III kriteeriumitele. Soole ärritussündroomi haigeil ei esine ohusümptomeid (näiteks kaalulangust, öist kõhulahtisust, verirooja, palavikku). Enamikul haigeist on haigustunnused ajas

muutumatud – ei lisandu uusi sümptomeid ja olemasolevad ei süvene ajaga.

Laborianalüüsid on soole ärritussündroomi haigel referentsväärtustes. Soovitav on määrata hemoglobiin, leukotsüütide diferentsiaalloodendus, trombotsüüdid, türeotropiin (TSH), C-reaktiivne valk. Kindlasti peab uurima peiteverd, algloomi ja helminte ning mikroobe roojas. Laktoosi koormustest ei kuulu soole ärritussündroomi diagnoosiks vajalike uuringute hulka (12).

Edasine uuringute vajadus tuleneb patsiendi vanusest, patsiendi ootustest, sümptomite kestusest ja raskusest, haigustest perekonnas. Jämesoole endoskoopia (koloskoopia) võib osutada vajalikuks. Kindlasti peaks koloskoopiat eelistama rektoskoopiale. Kui sümptomeis aja jooksul muutusi ei teki, siis uuringute kordamine vajalik ei ole.

Eristusdiagnoosina peab arvestama põletikulist soolehaigust (nii Crohni tõbe kui ka haavandilist koliiti), kolorektaalvähki, jämesoole divertikuloosi, tsöliaakiat. Tsöliaakia puhul peab teadma, et kulg täiskasvanuil võib olla atüüpiline. Soole ärritussündroomiga haigeil on uuritud selektiivse hüpolaktaasia esinemist ja see ei erine hüpolaktaasia levimusest rahvastikus (12). Küll on aga soole ärritussündroomi puhul sagedamini piimast sõltuvaid sümptomeid, nende põhjuseks on pigem vistseraalse tundlikkuse häire (12).

Kui patsiendil on roojamissageduse muutus kõhuvaluta või ebamugavustundeta alakõhus, siis diagnoositakse vastavalt kas funktsionaalset kõhulahtisust või funktsionaalset kõhukinnisust. Kui kõhuvalu või ebamugavustunne alakõhus on ilma roojamissageduse muutuseta, siis diagnoositakse kroonilist pärakuvalu või mööduvat pärakuvalu (*proctalgia fugax*) või funktsionaalset kõhuvalu. Seega on ainult neil haigeil, kellel kõhuvalu või ebamugavustundega alakõhus kaasneb roojamissageduse ja rooja muutus, piisavalt sümptomeid soole ärritussündroomi diagnoosimiseks.

## RAVIST

Soole ärritussündroomi ravi käsitlevaid uuringuid on publitseeritud rohkesti. Nen-

de artiklite hindamisel peab arvestama, et uuringus oleks täidetud Rooma II/III kriteeriumid, et uuring oleks platseebograafia ja randomiseeritud, jälgimisperiood ilma ravita vähemalt 2 nädalat, minimaalne uuringuravimi kasutamise kestus 8–12 nädalat. Kahjuks on neile tingimustele vastavaid kliinilisi uuringuid vähe ja seetõttu napib tõendus põhiseid andmeid soole ärritussündroomi ravi kohta (3).

Söömisharjumustel ja toidusoovitustel on oluline koht soole ärritussündroomiga patsiendi heaolu saavutamisel. Eelkõige soovitatakse väiksemaid söögikordi korrapäraselt ja kiirustamata ning vähema rasvasisaldusega toite. Samas peaks vältima ebavajalikke piiranguid toitumisel. Kõhukinnisusega haigele sobib kiudainerikas toit, mis suurendab rooja mahtu ja kiirendab transiitaege sooles. Kõigile haigeile võiks soovitada välistamise dieeti (ehk välistada see, mis vaevuseid suurendab) ning proovida laktoosivaba dieeti.

Soole ärritussündroomi ravis lähtutakse patsiendi peamisest sümptomist: kas kõhuvalu, kõhulahtisusest või kõhukinnisusest. Kõhuvalu või ebamugavustunde domineerimisel alakõhus on soovitatav alustada ravi antikolinergilise toimega mebeveriiniga, mõnele haigele sobib ka papaveriini derivaat drotaveriin. Serotoniini(5-HT)-retseptorid vahendavad sooleseinas valu ja reguleerivad jämesoole kontraktsioone. Kõhulahtisuse domineerimisel on kasutatud 5HT-3 antagonistid alosetrooni, millest aga kõrvaltoimete tõttu on loobutud. Kõhulahtisuse puhul võib esmaabi korras proovida efektiivset soole mootorikat pärssivat ravimit loperamiidi. Pikaajaseks raviks on loperamiid soole ärritussündroomi haigele sobimatu. Kõhukinnisuse domineerimisel on kasutatud 5HT-4 agonisti tegaserodi, mis aga vähese efektiivsuse ja kõrvalnähtude tõttu laialdast kasutamist ei ole leidnud. Vajaduse korral võib kõhukinnisusega patsiendile soovitada osmootselt toimivaid lahtisteid (näiteks laktoosi või makrogooli), kontaktlahtisteid on soovitatav vältida.

Kliinilistes uuringutes on kasutatud kõhulahtisusega haigeil väikeses annuses tritsüklilisi antidepressante ja kõhukinnisusega haigeil selektiivseid serotoniini tagasihaarde inhibiitoreid. Samuti on uuringuid, kus metronidasool on osutunud efektiivseks soole ärritussündroomi sümptomite leevendamisel (13). Kahes rando-miseeritud topeltpimedas platseebokontrolliga uuringus on tõestatud ka probiootikumide kombinatsiooni soole ärritussündroomi sümptomeid vähendav toime võrreldes platseeboga (14).

### LP KOLLEEG

Lugedes tähelepanelikult artiklit ja vastates õigesti artikli lõpus esitatud küsimustele, on võimalik saada täienduskoolituse punkte. Selleks tuleb vastata kõigile küsimustele, märkides õige vastuse (nt 2a, 3b; esitatud näited on suvalised), ning saata vastused Eesti Arsti toimetusele kirja teel

### KÜSIMUSED

1. Milline on soole ärritussündroomi diagnoosimisel olulisim sümptom?
  - a) Kõhuvalu või ebamugavustunne alakõhus,
  - b) kõhukinnisus harvem kui kolm korda nädalas,
  - c) kõhulahtisus sagedasem kui kolm korda päevas,
  - d) kõhupuhitus nähtava kõhunenitusega,
  - e) roojamispakitsus ja mittetäieliku roojamise tunne.
2. Millisel juhul ei ole alust soole ärritussündroomi diagnoosimiseks?
  - a) Vaevused vähemalt 3 päeva kuus viimase 3 kuu jooksul,

### KOKKUVÕTTEKS

Soole ärritussündroom on perioodiliste ägenemistega healoomulise kuluga talitlushäire, mis mõjutab oluliselt patsiendi elukvaliteeti. Soole ärritussündroomi diagnoos põhineb sümptomel, sümptomite mõõdupuuks on Rooma kriteeriumid. Soole ärritussündroomi ravi on individuaalne ning üht kõigile haigeile sobivat ravimit ei ole.

*Riina.Salupere@kliinikum.ee*

või elektroonselt. Vastuste esitamise tähtaeg on 31. august 2008. Vastaja peab teatama oma nime, töökohta, ameti, eriala ja aadressi, kuhu saata tõend koolituse läbimise kohta. Vastused saata aadressil Eesti Arst, Pepleri 32, 51010 Tartu või e-posti-aadressil eestiarst@eestiarst.ee.

- b) vaevused vähemalt 12 nädalat viimase 12 kuu jooksul,
  - c) vaevused vähemalt 12 tundi viimase 24 tunni jooksul,
  - d) vaevused on pidevalt, püsivalt,
  - e) vaevused on 3 päeva kuus viimase 1 kuu jooksul.
3. Mida võimaldab hinnata Bristol'i roojaskaala kasutamine soole ärritussündroomi haigel?
    - a) Roojakuju,
    - b) roojalõhna,
    - c) roojavärvi,
    - d) roojamissagedust,
    - e) roojamispakitsust.

### KIRJANDUS

1. Hungin APS, Whorwell PJ, Tack J, et al. The prevalence, pattern and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40 000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17: 643–50.
2. Hungin APS, Chang L, Locke GR, et al. Irritable bowel syndrome in the United States: prevalence,

symptom pattern and impact. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:1365–75.

3. Systemic review on the management of irritable bowel syndrome in the European Union. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2007;19:S11–37.

4. Vandvik PO, Lydersen S, Farup PG. Prevalence, comorbidity and impact of irritable bowel syndrome in Norway. *Scand J Gastroenterol* 2006;41:650–6.
5. Hillilä MT, Färkkilä MA. Prevalence of irritable bowel syndrome according to different diagnostic criteria in a non-selected adult population. *Alim Pharmacol Ther* 2004;20:339–45.
6. Thompson WG. The road to Rome. *Gastroenterology* 2006;130:1552–6.
7. Sperber AD, Shvartzman P, Friger M, et al. A comparative reappraisal of the Rome II and Rome III diagnostic criteria: are we getting closer to the true prevalence of irritable bowel syndrome? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2007;19: 441–7.
8. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, et al. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J* 1978;2:653–4.
9. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, et al. Rome II: a multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999;45:1–81.
10. Drossmann DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology* 2006;130:1377–90.
11. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480–91.
12. Farup PG, Monsbakken KW, Vandvik PO. Lactose malabsorption in a population with irritable bowel syndrome: prevalence and symptoms. *Scand J Gastroenterol* 2004;7:645–9.
13. Riordan SM, Kim R. Bacterial overgrowth as a cause of irritable bowel syndrome. *Curr Opin Gastroenterol* 2006;22:669–73.
14. Kajander K, Myllyluoma E, Rajilic-Stojanovic M. Clinical trial: multispecies probiotic supplementation alleviates the symptoms of irritable bowel syndrome and stabilizes intestinal microbiota. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;27:48–57.

## SUMMARY

### Irritable bowel syndrome

Irritable bowel syndrome is a frequent functional disorder with episodic relapses and a benign course, which can greatly affect the patient's quality of life. The complaints mainly emerge in young adulthood and are twice more common in women than in men. The origin of irritable bowel syndrome is considered to be connected with an increase in the rate of bowel function or changes in its sensitivity threshold due to different reasons. Rome III criteria can help in diagnosing irritable bowel syndrome. The most important criterion is abdominal pain or discomfort, which should be persistent or episodic for at least three days a month during the three months associated with two or more of the following: pain relief in defecation, change in the frequency of stool,

change in the form of stool. Supportive symptoms include defecation straining, a feeling of incomplete bowel movement, passing mucus, and bloating. The Bristol stool scale is recommended for the evaluation of stool changes. Diagnosis depends on a careful interpretation of pain or discomfort, bowel habit, and stool characteristics. Fever, gastrointestinal bleeding, weight loss and other alarm symptoms are not due to irritable bowel syndrome. Testing is based on the patient's age, duration and severity of symptoms, alarm symptoms, and family history of gastrointestinal disease. Investigations may include a colonoscopy. Treatment of irritable bowel syndrome is guided by the patient's prevailing complaint, either pain, diarrhoea or constipation.