

Dispepsija

Dyspepsia

Samo Plut*, Borut Štabuc, Lojze M. Šmid

KO za gastroenterologijo, UKC Ljubljana, Japljeva 2, 1525 Ljubljana

Gastroenterolog 2013; suplement 1: 17–20

POVZETEK

Dispepsija je kronična ali ponavljajoča se bolečina v epigastriju ali nelagodje povezano z zaužitjem hrane. Glavni simptomi dispepsije so bolečina, slabost, napenjanje, spahovanje, občutek zgodnje sitosti in neješčnost. Je zelo pogosta, dispeptične težave ima do 40 % prebivalstva, pregledi zaradi dispepsije pa predstavljajo veliko obremenitev za ambulantno družinskega zdravnika (do 5 % obiskov). Z diagnostičnimi preiskavami opredelimo dispepsijo kot bodisi organsko bodisi funkcionalno. Vse bolnike starejše od 45 let ali tiste s prisotnimi znaki alarma napotimo na endoskopski pregled zgornjih prebavil. Pri ostalih bolnikih najprej napravimo terapevtski poizkus, v primeru da ta ni uspešen, pa endoskopijo. Organsko dispepsijo zdravimo glede na etiološki vzrok. Funkcionalno dispepsijo zdravimo z nefarmakološkimi ukrepi, eradikacijo *H. pylori* (v kolikor je ta prisotna) ter farmakološko, najpogosteje z zaviralci protonske črpalke in prokinetiki. V zdravljenju funkcionalne dispepsije sta izjemno pomembna izčrpen pogovor in ustrezno informiranje bolnika.

ABSTRACT

Dyspepsia is a chronic or recurrent epigastric pain or discomfort associated with the ingestion of food. The main symptoms include pain, malaise, nausea, bloating, belching, feeling of early satiety and anorexia. It is a very common condition occurring in 40% of the population, thus representing a major burden for the family doctor (up to 5% of all visits). Diagnostic procedures and laboratory tests enable us to subcategorize dyspepsia as either organic or functional. All patients over 45 years of age or those with alarm symptoms should be immediately directed to the endoscopic examination of the upper gastrointestinal tract. Other patients should receive test treatment with proton pump inhibitors and if unsuccessful referred to endoscopy. Organic dyspepsia is treated according to the etiologic cause. Functional dyspepsia is treated by non-pharmacological measures, eradication of *H. pylori* (if present) as well as pharmacological therapy with proton pump inhibitors and prokinetics. Comprehensive conversation and adequately informed patient are the basis of successful treatment of functional dyspepsia.

*Samo Plut, dr. med.

KO za gastroenterologijo, UKC Ljubljana
Japljeva 2, 1525 Ljubljana

OPREDELITEV

Etimološko izhaja termin dispepsija iz grških korenov *dys* (»slab«) in *peptein* (»prebava«), torej slaba prebava. Dispepsijo definiramo kot kronično ali ponavljajočo se bolečino v epigastriju ali nelagodje povezano z zaužitjem hrane (slabost, napenjanje, spahovanje, občutek zgodnje sitosti, neješčnost) (1). Glede na Rimske diagnostične kriterije za funkcionalno dispepsijo iz leta 2006 se mora (ob odsotnosti morebitnega organskega vzroka dispepsije) vsaj eden od simptomov pojavljati 3 mesece od zadnjih šestih mesecev pred postavitvijo diagnoze (2). Dispeptične težave ima občasno do 40 % ljudi, vendar pri velikem deležu brez posebnega zdravljenja izzvenijo (3). Le četrtina bolnikov poišče zdravniško pomoč. Ocenjujejo da je dispepsija vzrok do 5 % obiskov pri primarnem zdravniku, približno tretjino teh bolnikov je napotenih h gastroenterologu (4).

Glede na etiološki vzrok dispepsijo ločimo na organsko (glej tabelo 1) in funkcionalno dispepsijo (glej tabelo 2).

DIAGNOSTIKA

Pri bolniku z dispepsijo sta za diagnozo potrebna natančna anamneza in klinični pregled. Ker diagnozo funkcionalne dispepsije postavimo z izključitvijo organskega vzroka, je diagnostika lahko dolgotrajna in draga, če ni usmerjena. Napovedni dejavniki za prisotnost organskih vzrokov so starost bolnika, prisotnost znakov alarma, klinična slika in morebitna okužba s *Helicobacter pylori* (HP) (4). Ker pogostnost želodčnega raka s starostjo narašča, je potrebno pri bolnikih starejših od 45 let z dispepsijo napraviti takojšnji endoskopski pregled zgornjih prebavil. Le ta je potrebna tudi pri znakih alarma (glej tabelo 3). Pri gastrokopskem pregledu bolnikov z dispepsijo najdemo organsko bolezen v 40–61 % (5). Čeprav pri ostalih bolnikih organskega vzroka ne najdemo, Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo (SZGH) priporoča diagnostiko okužbe s HP in eradikacijsko zdravljenje. Za ozdravitev enega takšnega bolnika jih je potrebno uspešno eradicirati

Tabela 1: Organski vzroki dispepsije (1, 4).

BOLEZNI ZGORNJE PREBAVNE CEVI (POŽIRALNIK, ŽELODEC, DVANAJSTNIK)

- peptični ulkus
- gastroezofagealna refluksna bolezen z in brez ezofagitisa
- neoplazme
- gastropareza
- gastritis in duodenitis
- okužba s *Helicobacter pylori*
- Crohnova bolezen
- prehranska intoleranca
- malabsorpcijski sindrom
- kronična intestinalna ishemija
- okužbe (bakterijske, virusne, glivične, parazitne)
- poinfekcijska dispepsija

BOLEZNI JETER, TREBUŠNE SLINAVKE, ŽOLČNIKA IN ŽOLČNIH IZVODIL

- žolčni kamni
- neoplazije
- kronični pankreatitis
- disfunkcija Oddijevega sfinktra

ZDRAVILA

- lokalni iritanti sluznice (aspirin, NSAR, alkohol, kava, tobak, kortikosteroidi)
- zelišča (česen, ginko)
- zdravila (akarboza, alendronat, NSAR, kortikosteroidi, železo, opioidi, teofilin, digitalis, antibiotiki, orlistat, kalijev klorid, kodein, estrogeni, ACE zaviralci)

SISTEMSKE BOLEZNI

- sladkorna bolezen
- bolezni ščitnice
- hiperparatiroidizem
- odpoved nadledvičnic
- ishemična bolezen srca
- sistemske bolezni veziva
- ledvična odpoved
- srčno popuščanje

NOSEČNOST

15 (6). Posebne pozornosti in endoskopskega pregleda (s testom okužbe s HP) morajo biti deležni tudi bolniki z dispepsijo, ki potrebujejo kronično zdravljenje z nesteroidnimi antirevmatikami in/ali salicilati (6,7). Dolgotrajna anamneza ob odsotnosti alarmnih znakov, nas pri bolnikih mlajših od 45 let, usmeri v diagnozo funkcionalne dispepsije. Pri teh bolnikih je

Tabela 2: Funkcionalni vzroki dispepsije (1, 4, 5).

MOTILITETNE MOTNJE
<ul style="list-style-type: none"> • motnje v praznjenju želodca • motena receptivna relaksacija • motena antroduodenalna kontrakcija • motena želodčna akomodacija
SENZORIČNE MOTNJE
<ul style="list-style-type: none"> • visceralna hipersenzibilnost • visceralna hiperalgezija
PSIHIČNI RAZLOGI
<ul style="list-style-type: none"> • anksiozne motnje • depresija • panične motnje • stres

Tabela 3: Znaki alarma (5).

HUJŠANJE (nehotna izguba telesne teže več kot 4 kg v 3 mesecih)
DISFAGIJA
KRVAVITEV IZ PREBAVIL
ANEMIJA
TRDOVRATNO BRUHANJE
DOLGOTRAJNA BOLEČINA V ZGORNJEM DELU TREBUHA
TIPNA MASA V TREBUHU
POVEČANE LOKALNE BEZGAVKE

pred endoskopskim pregledom indiciran empirični terapevtski poizkus z zaviralcem protonske črpalke (ZPČ, standardni odmerek v trajanju 4-8 tednov), v državah z visoko prevalenco okužbe s HP (kar Slovenija s prevalenco 25.1 % je) je svetovano neinvazivno testiranje prisotnosti okužbe s HP in eradikacijsko zdravljenje (5). Vendar je SZGH leta 1997 in ponovno leta 2010 priporočilo, da se pri dispeptičnih bolnikih najprej z gastrokopijo izključi organski vzrok, šele potem se testira na okužbo s *H. pylori* (6).

Z laboratorijskim pregledom krvi (kompletna krvna slika, elektroliti, dušični retenti, hepatogram in pankreatični encimi, testi ščitnične funkcije, kalcij) se usmerimo v morebitno organsko patologijo. Pri bol-

nikih z mikrocitno sideropenično anemijo bomo z endoskopskimi preiskavami iskali izvor kronične krvavitve, patološki jetrni ali pankreatični encimi nas usmerijo v tovrstno patologijo. Po potrebi bolnika napotimo tudi na preiskave za ugotavljanje malabsorbcije. Pri bolnikih s funkcionalno dispepsijo pa so laboratorijski izvidi navadno normalni.

Ultrazvočni pregled trebuha ima svoje mesto v izključevanju predvsem hepatobiliarnega vzroka dispepsije, lahko pa odkrijemo tudi druge vzroke. 24-urna pH metrija nam lahko razjasni diagnozo gastroezofagealne refluksne bolezni.

ZDRAVLJENJE

Dispepsijo z organskim vzrokom zdravimo vzročno glede na diagnozo, če je le mogoče. Bolnike s funkcionalno dispepsijo zdravimo simptomatsko.

Kot pri bolnikih z ostalimi funkcionalnimi motnjami prebavil je tudi pri bolnikih s funkcionalno dispepsijo učinek placeba relativno visok (od 30–60 %). Vendar pa je le ta posledica spontane prehodne resolucije dispepsije in ne samega nespecifičnega zdravljenja. Dispeptični simptomi se v enem letu ponovijo pri do 70 % bolnikov. Pomemben je pogovor z bolnikom, moramo mu natančno razložiti naravo funkcionalne bolezni. Skušajo naj ugotoviti kaj težave poslabša (vrsta hrane, psihična ali fizična preobremenitev, določena hrana ali zdravila) in se tem sprožilcem izogibati. Koristen je dnevnik težav. Zaradi pomembne psihične komponente je pomembno, da bolnika pomirimo in mu razložimo, da so simptomi moteči in nadležni, vendar v primeru korektno postavljenje diagnoze nenevarni in ne življenje ogrožujoči.

Farmakološka terapija funkcionalne terapije obsega več skupin zdravil (glej tabelo 4). V terapiji prvega izbora je zdravljenje z ZPČ v terapevtskem odmerku v trajanju 4 – 8 tednov. Zdravljenje s H₂-antagonisti je manj učinkovito od zdravljenja z ZPČ, vendar je pri nekaterih bolnikih uspešno. V primeru okužbe s HP je glede na slovenska priporočila eradikacija

Tabela 4: Farmakološka terapija funkcionalne dispepsije (4)

<p>terapija I. reda</p> <ul style="list-style-type: none"> • zaviralec protonске črpalke • eradikacija HP
<p>terapija II. reda</p> <ul style="list-style-type: none"> • H2-antagonisti • prokinetiki (metoklopramid, domperidon) • triciklični antidepresivi v nizkem odmerku • 5-HT1 agonisti (buspiron, sumatriptan) • simetikon

zaradi dispepsije v domeni specialistov gastroenterologov (oz. družinskega zdravnika po navodilu gastroenterologa). V terapiji drugega izbora pridejo v poštev prokinetiki (posebno pri bolnikih s simptomi napihnjenosti, spahovanja ali slabosti). Pri bolnikih, kjer z zdravljenjem ne dosežemo želenega učinka, je potrebno preveriti ali smo z diagnostičnimi metodami izključili morebitni drug vzrok težavam. V primeru potrditve diagnoze lahko poskusimo z zamenjavo terapije (ZPČ zamenjamo s prokinetikom), ev. tudi kombinacijsko terapijo (ZPČ + prokinetik). Redkeje poskušamo bolnike zdraviti s tricikličnimi antidepresivi v nizkih odmerkih.

Pri recidivantni funkcionalni dispepsiji bolnika ponovno zdravimo z zdravilom, ki je učinkovalo poprej. Možno je tudi zdravljenje s ZPČ ali prokinetiki po potrebi (»on demand«).

Literatura

1. Markovic S. Dispepsija. In: Košnik M, Mrevlje F, Štajer D et al, eds. Interna Medicina. Ljubljana Littera Picta; 2011, 8–12.
2. Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M et al, eds. Rome III. The Functional Gastrointestinal Disorders. 3rd ed. McLean: Degnon Associates 2006.
3. El-Serag HB, Talley NJ. Systematic review: the prevalence and clinical course of functional dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther 2004; 19:643.
4. Talley NJ, Holtmann G. Approach to the patient with dyspepsia and related functional gastrointestinal complaints. Yamada T ed. Principles of Clinical Gastroenterology. Blackwell Publishing. 2008; 38–61.
5. Tepeš B. Predlog priporočil za obravnavo bolnikov z dispepsijo v Sloveniji. Zdrav Vestn 2006; 75:297–302.
6. Tepeš B, Štabuc B. Priporočila Slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo za zdravljenje in okužbe z bakterijo *Helicobacter pylori*. Zdrav Vestn 2011; 80:647–56.
7. Štabuc B, Tepeš B, Skok P, Vujasinović M, Blinc A, Čerček M, Tomšič M. Smernica za preprečevanje neželenih učinkov nesteroidnih protivnetnih, antiagregacijskih in antikoagulantnih učinkovin na prebavila in srčnožilni sistem. (v pripravi)

ALGORITEM

