

Dispepsija

Dyspepsia

Jan Drnovšek*, Matjaž Koželj

Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana

Gastroenterolog 2018; suplement 3: 45–49

Ključne besede: funkcionalna dispepsija, organska dispepsija, gastroskopija

Key words: functional dyspepsia, organic dyspepsia, gastroscopy

POVZETEK

Dispepsija je skupni izraz za različne simptome v zgornji polovici trebuha, ki jih bolniki opisujejo kot slabost, napenjanje, spahovanje, občutek zgodnje sitosti, neješčnost ali kot pekočo bolečino v trebuhu. Dispepsija spada med najpogostejše bolezenske simptome, saj jo navaja 40–50 odstotkov ljudi, izmed katerih samo četrtina poišče pomoč zdravnika. Glede na anamnezo, klinično sliko in opravljene preiskave dispepsijo razdelimo na organsko ali funkcionalno, o slednji govorimo ko izključimo organski vzrok bolezni. Če v diagnostičnem postopku odkrijemo organsko bolezen, ne govorimo več o dispepsiji, temveč o bolezni, ki je težave povzročila.

ABSTRACT

The term dyspepsia refers to a group of symptoms that include bloating, discomfort, nausea, and burping. Dyspepsia is a common complaint in clinical practice. In many patients with dyspepsia, clinical assessment and investigation fail to identify any abnormality to which the symptoms can reasonably be attributed. The label of 'functional dyspepsia' is well-established medical parlance in these circumstances and is generally accepted as the converse of 'organic dyspepsia', which denotes dyspepsia for which a responsible disease process has been identified. After a cause for the symptoms has been determined, the term dyspepsia is usually dropped in favor of a more specific diagnosis.

*asist. Jan Drnovšek, dr. med.

Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana, Japljeva 2, 1000 Ljubljana

E-pošta: jan_drnovsek@yahoo.de

UVOD

Dispepsija je opredeljena kot skupek simptomov v področju zgornje polovice trebuha, ki jih bolniki opišejo kot slabost, napenjanje, spahovanje, občutek zgodnje sitosti, neješčnost ali kot pekočo bolečino. V svetovnem merilu je pogost zdravstveni problem, saj jo navaja kar 40–50 odstotkov prebivalcev. Pogosteje je se pojavlja pri mladih ljudeh in ženskah. Čeprav je dispepsija pogosta, samo četrtina bolnikov z opisanimi simptomi poišče zdravniško pomoč zaradi težav, ki kvarijo kvaliteto življenja ali iz strahu pred drugo organsko boleznijo (1). Pogostnost dispepsije se razlikuje v različnih delih sveta. V Združenih državah Amerike je prevalenca dispepsije ocenjena na 25 odstotkov, izključujoč bolnike z značilnimi znaki in simptomi gastroezofagealne refluksne bolezni. Incidenca ni popolnoma jasna. Približno 9 % bolnikov, ki so bili predhodno brez težav, vsako leto na novo opisuje dispeptične simptome. V severni Evropi se prevalenca dispepsije giblje med 30–40 odstotki, incidenca pa okoli enega odstotka. Neodvisno od incidence je ocenjeno, da je število bolnikov z dispepsijo stalno, kajti vsako leto je delež bolnikov, ki zbolijo z klinično sliko dispepsije primerljiv tistim, ki simptomov ne navajajo več. Zaradi pogostih obiskov bolnikov na primarnem in sekundarnem nivoju, dispepsija predstavlja tudi pomembno obremenitev zdravstvenemu finančnemu sistemu (2).

PRISTOPK BOLNIKU Z DISPEPSIJO

Anamnezo in klinični pregled dopolnimo z laboratorijskimi in endoskopskimi preiskavami. Dispepsijo lahko opredelimo kot organsko ali funkcionalno. *Funkcionalna dispepsija* je dispepsija, ki vztraja po izključenih organskih boleznih kot so peptična bolezen želodca in dvanajstnika, gastroezofagealna refluksna bolezen, malignom zgornjih prebavil ter okužba z bakterijo *Helicobacter pylori*. Če pri bolniku po opravljenem diagnostičnem postopku odkrijemo organsko bolezen, ki pojasni dispepsijo, ne govorimo več o slednji, temveč o bolezni, ki je težave povzročila. Če z diagnostičnim postopkom ne odkrijemo organske bolezni govorimo funkcionalni dispepsiji, ki jo

glede na vodilni simptom lahko uvrstimo v eno od dveh skupin, ki se pogosto prekrivata – postprandialni distresni sindrom (PDS) in epigastrični bolečinski sindrom (EPS). Glede na Roma IV kriterije, ki opredeljujejo in definirajo funkcionalne motnje prebavil morajo biti simptomi prisotni večkrat tedensko v zadnjih treh mesecih in se začeti vsaj šest mesecev pred postavitvijo diagnoze. Vzroki funkcionalne dispepsije so predstavljeni v tabeli 1.

Za postprandialni distresni sindrom sta značilna zgodnja sitost in občutek napolnjenosti že po manjšem obroku, ki ju spremljajo slabost, napenjanje in riganje. Za epigastrični bolečinski sindrom je značilna pekoča, intermitentna epigastrična bolečina, ki ne propagira v druge dele trebuha in ne popusti po defekaciji ali pasaži flatusa. Običajno nastane po obroku, lahko tudi na tešče. Funkcionalna dispepsija je lahko posledica motenj v motiliteti in senzibiliteti želodca. Kar 40 % odstotkov bolnikov z funkcionalno dispepsijo ima upočasnjeno praznjenje želodca (3), pogosta je tudi senzoričevalna prizadetost plečnega zgornjih prebavil. Funkcionalna dispepsija lahko nastane po okužbi s salmonelo, kampilobaktrom, *Gardio lamblio* in drugimi. Sprožijo oziroma poslabšajo jo lahko anksioznost, depresivna epizoda, motnje spanja ali somatizacija. Simptomi se pogosto pojavljajo po mastni in začinjeni hrani, uživanju citrusov, gaziranih pijačah in kavi.

Tabela 1. Vzroki funkcionalne dispepsije

Motilitetne motnje	Senzorične motnje
Motena antroduodenalna koordinacija	Visceralna hipersenzitivnost
Motena receptivna relaksacija	Visceralna hiperalgezija
Motena želodčna akomodacija	Intoleranca ali alergija na hrano
Motnje v praznjenju želodca	Zdravila

Organska dispepsija je odraz bolezenskega stanja. Najpogostejši vzroki organske dispepsije (tabela 2) so erozivni gastritis, ulkusna bolezen želodca in dvanajst-

Tabela 2. Organski vzroki dispepsije

Prebavila	Zdravila in druge učinkovine	Bolezni jeter, trebušne slinavke, žolčnika in žolčnih izvodil	Sistemske bolezni	Nosečnost
Intoleranca za hrano Peptični ulkus GERB Neoplazme Gastropareza Gastritis Crohnova bolezen Malabsorpcijski sindromi Okužbe Kronična intestinalna ishemija	Alkohol Antibiotiki Nesteroidni antirevmatiki Glukokortikoidi Preparati železa Kalijev klorid Nitrati Diuretiki ACE zaviralci	Kronični pankreatitis Tumorji pankreasa Žolčni kamni Disfunkcija Oddijevega sfinktra	Sladkorna bolezen Bolezni ščitnice Hiperparatiroidizem Bolezni veziva Ledvična odpoved Srčno popuščanje Ishemična bolezen srca Malignomi v trebuhu Odpoved nadledvičnic	

Tabela 3. Alarmantni znaki pri dispepsiji in bolečini v trebuhu

Nepojasnjeno hujšanje, inapetenca
Disfagija, odinofagija
Anemija
Vztrajno bruhanje
Očitna ali prikrita gastrointestinalna krvavitev
Zgodnja sitost
Tipna tumorska masa
Nepojasnjena limfadenopatija
Predhodni rak prebavil
Družinska obremenitev z rakom prebavil

nika ter okužba z bakterijo *Helicobacter pylori*. Dispepsijo lahko povzročijo številna zdravila, bodisi tako, da vplivajo na motorično aktivnost prebavne cevi, bodisi tako, da povzročijo različne stopnje poškodbe sluznice zgornjih prebavil, kot so erozije ali razjede.

Posebno pozornost namenimo bolnikom z dispepsijo nad 55. letom starosti in/ali prisotnimi t.i. alarmantnimi znaki kot so očitna ali prikrita gastrointestinalna krvavitev, anemija, zgodnja sitost, nepojasnjena izguba telesne teže, disfagija, odinofagija, bruhanje, predhodni rak prebavil, družinska obremenitev z rakom

prebavil, nepojasnjena limfadenopatija ali tumorska masa (tabela 3). Ti bolniki potrebujejo takojšnjo nadaljno diagnostično obravnavo, vključno z ezofago-gastroduodenoskopijo (1, 2).

DIAGNOSTIČNI ALGORITEM

Po usmerjeni anamnezi in skrbnem kliničnem pregledu se odločimo, ali pri bolniku opravimo 2–4 tedenski izkustveni terapevtski poskus z zaviralcem protonske črpalke (ZPČ) ali ga napotimo na preiskave. Pri opisu dispeptičnih težav smo posebno pozorni na alarmantne znake (tabela 3), ki sugerirajo pomembno organsko bolezen, vključno z rakom prebavil. Pri številnih bolnikih po zdravljenju z ZPČ simptomi popolnoma izvenijo. Takrat je zdravljenje končano. To so običajno mlajši bolniki, ki običajno zdravnika ob težavah, ki se pojavijo ob nepravilnem prehranjevanju, dietnem prekršku, ob jemanju določenih zdravil ali psihofizični obremenitvi, kar so prehodne, funkcionalne motnje, ki z zdravljenjem hitro izvenijo. Pri neopredeljeni dispepsiji se prokinetiki kot terapija izbora odsvetujejo. Če težave po zdravljenju ne izvenijo, oziroma se te ponavljajo, je potrebna napotitev na diagnostične preiskave. Pri bolnikih do 35. leta starosti opravimo neinvazivno testiranje na prisotnost okužbe z *Helicobacter pylori* in vse okužene zdravimo. Kljub uspešni eradikaciji bakterije *Helicobacter pylori*, dispepsija izveni pri

manj kot 10 % zdravljenih, vendar v primeru dokazane okužbe vse bolnike zdravimo. Bolnike, starejše od 35 let, brez znakov okužbe s *Helicobacter pylori*, ki so prišli na pregled zaradi novonastale dispepsije nejasnega vzroka, napotimo na ezofagogastroduodenoskopijo (EGDS). Neinvazivno testiranje na *Helicobacter pylori* je smiselno tudi pri bolnikih z dispepsijo v okolju z srednje visoko do visoko prevalenco prisotnosti bakterije, t.j. več kot 10 odstotkov populacije (2, 3, 4.).

Laboratorijske preiskave so nam v dodatno pomoč pri izključevanju organskih vzrokov bolnikovih težav. Popolno krvno sliko dopolnemo z biokemičnimi preiskavami, jetrnimi testi, določimo zaloge železa in opravimo dodatne teste za opredelitev morebitne malabsorpcije. Mikrocitna anemija je pogosto povezana s prikrito krvavitvijo iz prebavnega trakta, redkeje je lahko posledica slabše resorpcije ali utilizacije železa. Pri bolnikih z neznačilnimi simptomi pomislimo tudi na bolezen jeter, žolčnika in žolčnih poti. Funkcijski jetrni testi nam v kombinaciji z ultrazvočno preiskavo trebušnih organov pomagajo pri odkrivanju bolezni jeter, žolčnika, žolčnih izvodil in trebušne slinavke (1, 2).

V diagnostičnem postopku ima osrednjo vlogo ezofagogastroduodenoskopija (EGDS), pri kateri si natančno ogledamo sluznico zgornjih prebavil, odvzamemo vzorce sluznice za patohistološki pregled ali hitri ureazni test za izključitev okužbe s *Helicobacter pylori*. Za dispepsijo manj specifične in značilne so druge preiskave. Transabdominalni ultrazvok lahko prikaže asimptomatsko holecistolitiazno, ki ne potrebuje ukrepanja (5). Endoskopski ultrazvok odlično prikaže morebitno pankreatiko-biliarno patologijo, a večinoma ne pojasni dispepsije (6). 24-urna Ph metrija pri približno 20 odstotkih bolnikov prikaže patološki kisli refluks, gre torej za refluksno bolezen in ne dispepsijo (3, 7).

Več študij je dokazalo, da je ezofagogastroduodenoskopija ob odsotnih alarmantnih znakov le redko pojasni vzrok dispepsije. V norveški populacijski raziskavi je izmed bolnikov z dispepsijo in epigastralgijo

EGDS pri 9 odstotkih prikazala peptično razjedo in erozivni ezofagitis pri 14 odstotkih. Podobni so bili rezultati švedske študije, čeprav je bila tretjina bolnikov z ezofagitisom asimptomatskih (7, 8).

ZDRAVLJENJE

Velika večina bolnikov z dispepsijo ne obišče zdravnika, temveč si težave lajša s prosto dostopnimi ZPČ ali antacidi. Erozijske in razjede, ki so vzrok organski dispepsiji zdravimo z endoskopsko in z zaviralci protonske črpalke, le redko je potrebno kirurško zdravljenje. Okužbo s *Helicobacter pylori* zdravimo z dvema antibiotikoma in zaviralcem protonske črpalke. Šest do osem tednov po zaključenem zdravljenju opravimo neinvazivno testiranje za oceno uspešnosti eradikacije. Poglavitni cilj zdravljenja funkcionalne dispepsije je blažitev ali odprava simptomov. Bolnikom svetujemo, da poskušajo ugotoviti, kaj jim sproži ali poslabša težave in se tega izogibati. Bolnike zdravimo usmerjeno glede na vodilni simptom z zdravili, ki zmanjšujejo izločanje želodčne kisline, dodamo lahko zdravila, ki vplivajo na motorično aktivnost zgornje prebavne cevi. Občasno jim predpišemo antiemetike, prokinetike, tudi triciklične antidepressive, redkeje hipno- in kognitivno terapijo.

Bolnikom z epigastričnim bolečinskim sindromom, pri katerih je vodilni simptom bolečina, odsvetujemo hrano, ki jim škodi. Občasno jim predpišemo antacide, zaviralce H₂ receptorjev ali ZPČ.

Bolnikom z postprandialnim distresnim sindromom, ki občutijo napetost, sprahovanje ali slabost ob odsotnosti bolečine, predpišemo prokinetike, npr. domperidon ali metoklopramid, ki ju bolniki zaužijejo pred pol ure obrokom. Za to skupino bolnikov je pomembno, da je akt uživanja hrane počasen.

Doživljanju dispepsije pogosto botruje tudi somatizacija in strah pred organsko boleznijo, zato je pri zdravljenju funkcionalne dispepsije zelo pomemben odnos zdravnika do bolnika.

Literatura

1. Košnik M, Štajer D. *Interna medicina* 2018, str. 12–14.
2. Talley NJ, Nimish V. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroent* 2005; 100: 2324–37.
3. Small PK, Loudon MA, Waldron B, et al. Importance of reflux symptoms in functional dyspepsia. *Gut* 1995; 36: 189–192.
4. Thomson A, Barkun A, Armstrong D, et al. The prevalence of clinically significant endoscopic findings in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: The Canadian Adult Dyspepsia Empiric treatment-prompt endoscopy (CADET-PE) study. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 1481–1491.
5. Heikkinen, MT, Pikkarainen, PH, Takala, JK, et al. Diagnostic methods in dyspepsia: the usefulness of upper abdominal ultrasound and gastroscopy. *Scand J Prim Health Care* 1997;15: 82–86.
6. Lee YT, Lai AC, Hui Y, et al. EUS in the management of uninvestigated dyspepsia. *Gastrointest Endosc* 2002; 56: 842–48.
7. Johnsen R, Bernersen B, Straum, B, et al. Prevalences of endoscopic and histological findings in subjects with and without dyspepsia. *BMJ* 1991; 302: 749–752.
8. Ar, P, Ronkainen J, Storskrubb T, et al. Findings at upper endoscopy in a random adult population. *Gastroenterology* 2002; 122: 568.