



Napotitev k gastroenterologu

Referral to gastroenterologist

Borut Štabuc*^{1,2}, Eva Mislej¹

¹Klinični oddelek za gastroenterologijo, SPS Interna klinika, UKC Ljubljana

²Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Slovenian Journal of Gastroenterology / Gastroenterolog 2024; 1: 31–46

Ključne besede: bolezni prebavil, simptomi, hujšanje, patološki jetrni testi

Keywords: digestive disorders, symptoms, weight loss, liver function tests

IZVLEČEK

Bolezni prebavil so med najpogostejšimi internističnimi boleznimi. Obsegajo akutne, kronične in funkcionalne bolezni prebavil, bolezni jeter, maligne bolezni prebavil in klinično prehrano. Pomembno vplivajo na preživetje, obolevnost in kakovost življenja. Zaradi staranja prebivalstva, življenjskega stila, ter čezmernega jemanja zdravil in prehranskih dodatkov se število bolnikov z boleznimi prebavil vsako leto nezadržno povečuje. Pred napotitvijo h gastroenterologu je ključno poznavanje kliničnih in diagnostičnih postopkov za vodilni simptom. Vodilni simptomi, zaradi katerih so bolniki napoteni na specialistični gastroenterološki pregled, so dispepsija, gastroezofagealna refluksna bolezen, disfagija, slabost in bruhanje, bolečina v trebuhu, driska, zaprtje, krvavitev iz zgornjih in spodnjih prebavil, anemija zaradi pomanjkanja železa, hujšanje, patološki jetrni testi, zlatenica in naključno odkrite lezije hepatikopankreatikobilijarnega trakta.

ABSTRACT

Gastrointestinal diseases are among the most common internal medicine diseases. They include acute, chronic and functional gastrointestinal diseases, liver diseases, malignant gastrointestinal diseases and clinical nutrition. They have a significant impact on survival, morbidity and quality of life. Due to the aging of the population, lifestyle, excessive use of drugs and nutritional supplements, the number of patients with gastrointestinal diseases increases every year. Before referral to a gastroenterologist, knowledge of the clinical and diagnostic procedures for the leading symptom is essential. The leading symptoms for which patients are referred to a specialist gastroenterological examination are: dyspepsia, gastroesophageal reflux disease, dysphagia, nausea and vomiting, abdominal pain, diarrhea, constipation, bleeding from the upper and lower gastrointestinal tract, iron deficiency anemia, weight loss, pathological liver tests, jaundice and incidentally discovered lesions of the hepatopancreaticobiliary tract.

*prof. dr. Borut Štabuc, dr. med., specialist internist, gastroenterolog, višji svetnik
Klinični oddelek za gastroenterologijo, SPS Interna klinika, UKC Ljubljana, Japljeva ulica 2, 1000 Ljubljana
E-pošta: borut.stabuc@gmail.com

DISPEPSIJA

Dispepsija je skupni izraz za različne simptome v zgornji polovici trebuha, kot so slabost, napenjanje, spahovanje, občutek hitre sitosti, neješčnost ali pekoča bolečina v epigastriju. Dispepsijo opredelimo kot organsko ali kot funkcionalno (1).

Organska dispepsija je odraz bolezenskega stanja. Najpogostejši organski vzroki dispepsije so erozivni gastritis, razjeda na želodcu in dvanajstniku ter okužba z bakterijo *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Ostali

vzroki so maligne neoplazme želodca in/ali požiralnika, gastroezofagealna refluksna bolezen, zdravila, ki lahko poškodujejo sluznico prebavil ali povzročijo motilitetne motnje, različni strupi, med njimi tudi alkohol, boleznih hepatikopankreatikobiliarnega trakta, boleznih ščitnice, ledvic, srca in nosečnosti.

Če z diagnostičnim postopkom ne odkrijemo bolezenskih sprememb in/ali okužbe z bakterijo *H. pylori*, govorimo o funkcionalni dispepsiji. Funkcionalne gastrointestinalne motnje opredeljujejo Rimska merila IV, po katerih morajo biti simptomi prisotni večkrat

Tabela 1. Stopnje nujnosti pri bolnikih z dispepsijo

	Vzrok napotitve	Stopnja nujnosti	Mesto napotitve
Novonastala dispepsija pri bolniku, starejšem od 50 let	izključitev malignoma, iskanje vzroka	zelo hitro	gastroskopija
Dispepsija + nepojasnjeno hujšanje	izključitev malignoma, iskanje vzroka	zelo hitro	gastroenterološka ambulanta
Dispepsija + disfagija in odinofagija	izključitev malignoma, iskanje vzroka	zelo hitro (pri impakciji hrane oziroma popolni nezmožnosti zaužitja hrane in tekočine – nujno)	gastroskopija
Dispepsija + anemija zaradi pomanjkanja železa	izključitev malignoma, iskanje vzroka	zelo hitro	gastroskopija, kolonoskopija
Dispepsija + vztrajno bruhanje	izključitev malignoma, iskanje vzroka	nujno ali zelo hitro	urgentni center, gastroskopija po presoji lečečega zdravnika
Dispepsija + znaki očitne gastrointestinalne krvavitve (melena, hematemeza)	življenje ogrožajoča krvavitve	nujno	urgentni center
Dispepsija + tipna tumorska masa v trebuhu	izključitev malignoma	nujno ali zelo hitro	gastroskopija ali gastroenterološka ambulanta
Dispepsija + znotrajtrebušna adenopatija	izključitev malignoma	zelo hitro	gastroskopija ali gastroenterološka ambulanta
Dispepsija + družinska obremenjenost z rakom zgornjih prebavil	izključitev malignoma	zelo hitro	gastroskopija
Bolniki, mlajši od 50 let, pri katerih se simptomi dispepsije po 4-tedenskem poizkusu z ZPČ in po testiranju ter zdravljenju okužbe s <i>H. pylori</i> ne izboljšajo	iskanje vzroka	hitro ali redno	gastroskopija

tedensko v zadnjih treh mesecih in se začeti vsaj šest mesecev pred postavitvijo diagnoze (2). Funkcionalno dispepsijo delimo na dva podtipa: i) postprandialni distresni sindrom in ii) epigastrični bolečinski sindrom. Za postprandialni distresni sindrom sta značilna zgodnja sitost in občutek napihnjenosti po manjšem obroku, ki ju spremljajo slabost, napenjanje in riganje. Za epigastrični bolečinski sindrom je značilna pekoča intermitentna epigastrična bolečina, ki ne izzareva v druge dele trebuha in po odvajanju plinov ali blata ne popusti. Funkcionalna dispepsija je posledica motenj v motiliteti in senzibiliteti želodca in lahko nastane po različnih gastrointestinalnih okužbah. Sprožijo jo lahko tudi stresne motnje.

Pri vsakem bolniku z dispepsijo opravimo usmerjeno anamnezo in natančen klinični pregled. Pozorni smo na t. i. alarmne znake, ki lahko nakazujejo resno organsko bolezen in zato zahtevajo takojšnjo diagnostično obravnavo. To so novonastala dispepsija pri bolniku, starejšem od 50 let, nepojasnjeno hujšanje, disfagija in odinofagija, anemija zaradi pomanjkanja železa, vztrajno bruhanje, znaki očitne gastrointestinalne krvavitve (hematemeza, melena), tipna tumorska masa v trebuhu, znotrajtrebušna adenopatija in družinska obremenjenost z rakom zgornjih prebavil.

Bolnike z dispepsijo, ki so mlajši od 50 let in nimajo dejavnikov tveganja, neinvazivno testiramo na prisotnost bakterije *H. pylori*. Zdravimo vse bolnike, pri katerih je bila okužba dokazana. Če je izvid negativen oziroma se po eradikaciji težave z dispepsijo še vedno ponavljajo, smernice svetujejo 4-tedenski empirični terapevtski poizkus z zaviralcem protonske črpalke v standardnem odmerku. Če težave po 4-tedenskem zdravljenju z zaviralcem protonske črpalke ne izzvenijo, lahko poskusimo z antagonistom receptorjev H₂. Če težave tudi po empiričnem terapevtskem poizkusu ne izzvenijo, moramo opraviti dodatne diagnostične preiskave, najprej ezofagogastroduodenoskopijo (3, 4).

Na nujno in zelo hitro specialistično obravnavo sodijo bolniki z dispepsijo in alarmnimi znaki.

Bolnike z dispepsijo, ki po 4-tedenskem zdravljenju z zaviralcem protonske črpalke vztraja, napotimo na specialistično obravnavo s stopnjo nujnosti hitro oziroma redno.

Pri bolnikih, pri katerih je bila ezofagogastroduodenoskopija že opravljena in nimajo »novih« alarmnih znakov, ukrepamo glede na najdbe pri zadnji gastrokopiji.

Ob napotitvi na specialistično obravnavo moramo navesti pomembne anamnestične podatke o poskusih dotedanjega zdravljenja (ZPČ, antagonisti H₂, druga zdravila), testiranju oziroma zdravljenju okužbe z bakterijo *H. pylori*, dosedanjih kirurških posegih na prebavilih, predhodnih diagnostičnih postopkih, vrsti in trajanju simptomov, jemanju zdravil in o pomembnejših sistemskih boleznih.

Pred napotitvijo na specialistično obravnavo so v odsotnosti alarmnih znakov pri bolniku z dispepsijo smiselne laboratorijske preiskave (celotna krvna slika, osnovne biokemijske preiskave), neinvazivni test na prisotnost *H. pylori* in 4-tedenski poizkus z zaviralcem protonske črpalke (ZPČ). Če sumimo, da gre za bolezensko stanje zunaj prebavne cevi, bolnika napotimo na slikovno diagnosticiranje, najprej na ultrazvočno preiskavo (UZ) trebuha.

GASTROEZOFAGEALNA REFLUKSNA BOLEZEN

Gastroezofagealna refluksna bolezen (GERB) je stanje, ki nastane, ko refluks želodčne vsebine v požiralnik povzroči moteče zaplete in/ali zaplete na požiralniku. Vodilna simptoma sta zgaga in regurgitacija. Bolezen se sicer lahko pokaže tudi z ekstraefagealnimi simptomi (neardiogena bolečina v prsnem košu, disfagija, kronični kašelj, astma, dispepsija, bolečina v epigastriju, slabost, napihnjenost in riganje) (5, 6).

Delovno diagnozo GERB lahko postavimo na osnovi tipičnih simptomov (zgaga in regurgitacija), nato pa

lahko poskusimo z empiričnim zdravljenjem z zaviralci protonске črpalke.

Ob prisotnosti značilnih simptomov GERB gastrokopija ni potrebna, a je potrebna pri simptomih, ki so lahko posledica resnih zapletov (disfagija, odinofagija, izguba telesne teže, hematemeza). V primeru prsne bolečine moramo najprej izključiti srčno-žilne vzroke in šele nato lahko govorimo o nekardiogeni prsni bolečini (7).

Z endoskopijo lahko ocenimo stopnjo ezofagitisa in prisotnost drugih zapletov refluksa, kot so razjede, strikture, Barrettov požiralnik ali karcinom.

Pri bolnikih brez alarmnih znakov poleg ZPČ pridejo v poštev dodatni konzervativni ukrepi:

- znižanje telesne teže v območje normalnega indeksa telesne mase;
- dvig vzglavja postelje in izogibanje obrokom 2–3 ure pred spanjem;
- izključitev hrane, ki naj bi povzročala refluks, ni rutinsko priporočena.

Osemtedensko zdravljenje z ZPČ je zdravljenje izbire za lajšanje simptomov in zdravljenje erozivnega ezofagitisa. ZPČ uvedemo enkrat dnevno, pred prvim obrokom, v primeru delnega odgovora pa lahko odmerek ZPČ povečamo na dvakrat dnevno po 40 mg. Po učinkovitem zdravljenju priporočamo trajno ali občasno vzdrževalno zdravljenje z najmanjšim še učinkovitim odmerkom ZPČ.

V primeru neodzivnosti na ZPČ bolnike napotimo na hitro specialistično obravnavo.

DISFAGIJA

Disfagija je občutek oteženega požiranja oziroma zatikanja hrane in/ali tekočine na predelu med ustno votlino in želodcem. Je alarmni znak, ki zahteva zelo hitro ali hitro specialistično obravnavo. Razlikujemo orofaringealno in ezofagealno disfagijo.

Pri orofaringealni disfagiji je oteženo premikanje hrane ali tekočine iz ustne votline v požiralnik in se pojavi na začetku požiranja. Gre za bolezen struktur proksimalno od požiralnika in osrednjega živčnega sistema. Ugotavljamo zastajanje hrane v ustih, kašelj, aspiracijo, čezmerno slinjenje, zatekanje hrane/tekočine v nos in pridružene nevrološke motnje. S to vrsto disfagije se ukvarjajo specialisti otorinolaringologije.

Ezofagealna disfagija je ponavadi prisotna pri obstrukcijskih in motilitetnih motnjah požiralnika. Disfagija za trdo hrano navadno kaže na obstrukcijsko motnjo, medtem ko disfagija za tekočino in hrano običajno kaže na motilitetno motnjo. Bolnik opisuje občutek tujka za prsnico in si pri hranjenju pomaga s pitjem tekočin ali z bruhanjem.

Obstrukcijske motnje požiralnika povzročajo strukturne bolezni požiralnika ali strukture, ki od zunaj pritiskajo na požiralnik. Lahko pojavljajo občasno, npr. pri Schatzkijevemu obroču, ali so napredujoče, npr. pri strikturah in tumorju požiralnika. Med ekstrinzične motnje požiralnika uvrščamo motnje žilja (aberantno žilje), tumorje mediastinuma, spremembe po kirurških posegih in cistične spremembe. Intrinzične motnje vključujejo peptične strikture, benigne in maligne tumorje požiralnika, požiralnikove obroče in membrane, tujke, eozinofilni ezofagitis ter

Tabela 2. Stopnje nujnosti pri bolnikih z gastroezofagealno refluksno boleznijo pred napotitvijo h gastroenterologu

	Vzrok napotitve	Stopnja nujnosti	Mesto napotitve
GERB	po zdravljenju z ZPČ in konzervativnimi ukrepi ni izboljšanja	hitro	gastroenterološka ambulanta
GERB z zapleti	izključevanje zapletov	zelo hitro	gastroskopija

Legenda: GERB – gastroezofagealna refluksna bolezen, ZPČ – zaviralci protonске črpalke

Tabela 3. Stopnje nujnosti pri bolnikih z disfagijo

	Vzrok napotitve	Stopnja nujnosti	Mesto napotitve
Disfagija zaradi tujka ali kavstične poškodbe	zataknen tujek, poškodba po zaužitju kavstične snovi	nujno	urgentni center, gastrokopija
Disfagija in drugi alarmni znaki	iskanje vzroka	nujno ali zelo hitro	gastrokopija
Disfagija brez alarmnih znakov	iskanje vzroka	zelo hitro	gastrokopija, gastroenterološka ambulanta

zožitve zaradi kavstičnih poškodb, obsevanj in infekcijskih bolezni (8).

Motilitetne motnje požiralnika so posledica živčno-mišične disfunkcije in se kažejo z nezmožnostjo normalnega prenosa bolusa hrane in/ali tekočine iz žrela v želodec. Razlikujemo primarne motilitetne motnje (ahalazija, hipertenzivne ali spastične motilitetne motnje požiralnika: difuzni spazem požiralnika, hiperkontraktilni požiralnik, hipertenzivna peristaltika; hipomotilitetne motnje požiralnika) in sekundarne motilitetne motnje (psevdoahalazija zaradi tumorja, skleroderma, sarkoidoza, amiloidoza, eozinofilni ezofagitis, sladkorna bolezen). Poznamo tudi funkcionalno disfagijo, ki glede na Rimska merila IV vključuje občutek disfagije, ki je prisoten tri mesece z začetkom vsaj šest mesecev pred postavitvijo diagnoze, pri čemer s preiskavami ne odkrijemo nobenih organskih in strukturnih sprememb in s poizkusom z ZPČ izključimo GERB (9).

Pri 80–85 % bolnikov lahko na osnovi natančne anamneze razlikujemo med orofaringealno disfagijo in ezofagealno disfagijo. Zanima nas, ali je disfagija prisotna pri uživanju trde hrane ali tekoče hrane, kje je umeščena, ali simptomi napredujejo ali so občasni, ali je disfagija povezana s prejšnjimi kirurškimi posegi, obsevanji ali imunosupresivnim zdravljenjem. Pomembno je, da smo pozorni na zdravila, ki poškodujejo sluznico požiralnika (nesteroidni antirevmatiki, nekateri antibiotiki, bisfosfonati, glukokortikoidi in železo). Opravimo natančen pregled glave, ustne votline in vratu. V diagnostičnem postopku večinoma pričnemo z gastrokopijo z odvzemom biopsij. Če z gastrokopijo ne odkrijemo vzroka disfagije, opravo

vimo rentgensko slikanje z barijevim kontrastnim sredstvom. V primeru patologije zunaj požiralnika opravimo natančno slikovno diagnosticiranje (CT, MRI, UZ). Ob normalnem izvidu rentgenskega slikanja in sumu na motilitetno motnjo požiralnika opravimo visokoločljivostno manometrijo požiralnika.

Pri bolniku po obsevanju, kirurških posegih zaradi malignoma grla/požiralnika ter kavstičnih poškodbah z znanimi in obsežnimi strikturami ima rentgensko slikanje zaradi manjšega tveganja perforacije prednost pred gastrokopijo (10).

Pred napotitvijo na specialistično obravnavo opravimo osnovne laboratorijske preiskave.

SLABOST IN BRUHANJE

Slabost, neprijeten občutek siljenja na bruhanje in bruhanje so neznačilni simptomi številnih bolezenskih stanj. Nastanejo zaradi bolezni prebavil, bolezni osrednjega živčnega sistema, zaradi srčnih, endokrinih in presnovnih motenj, okužb, zdravil, čezmerna uživanja alkohola ali zaradi dolgotrajnega stradanja.

Slabost in bruhanje lahko sprožijo številne bolezni prebavne cevi, žolčnika in žolčnih izvodil, jeter, trebušne slinavke in peritoneja, ponavadi ob prisotnosti drugih simptomov ali znakov, kot so akutni abdomen, bolečina v trebuhu, driska ali zlatenica.

Pogosti vzroki so ulkusna bolezen, zožitev pilorusa, gastropareza, rak želodca in trebušne slinavke, obstrukcija tankega črevesa, kronična intestinalna psev-

doobstrukcija, pankreatitis, apendicitis, holecistitis, holangitis in hepatitis.

Pri bolnikih, pri katerih z natančno anamnezo in pregledom opredelimo slabost in bruhanje kot posledico bolezni gastrointestinalnega trakta, napravimo usmerjene laboratorijske preiskave krvi. Ob sumu na okužbo odvzamemo kri za celotno krvno sliko, elektrolite in CRP/PCT (11). Pri sumu na bolezen hepatobiliarnega trakta odvzamemo še kri za določitev vrednosti amilaze oziroma lipaze in jetrne teste, bolnika pa napotimo na UZ trebuha.

Glede na oceno resnosti bolnikovega stanja, pri čemer moramo biti posebej pazljivi pri bolnikih s sladkorno boleznijo, drisko ter pri majhnih otrocih in starejših, napotimo bolnika s stopnjo nujnosti nujno ali zelo hitro (v prvih treh dneh) na specialistično gastroenterološko obdelavo (12). Pri sumu na ileus ali perforacijo moramo bolnika s stopnjo nujnosti nujno napotiti v urgentni center.

BOLEČINA V TREBUHU

Bolečina v trebuhu je med najpogostejšimi simptomi, zaradi katerega ljudje obiščejo nujno medicinsko pomoč. Obravnava bolnika z bolečino v trebuhu zahteva celostni pristop, saj je poleg gastrointestinalnih vzrokov lahko posledica številnih bolezni drugih organskih sistemov. Večinoma je vzrok povsem benigni, lahko pa gre za življenje ogrožajoče stanje, ki ga

moramo dovolj zgodaj prepoznati in ustrezno ukrepati. Pri obravnavi bolečine v trebuhu sta ključna natančna anamneza in klinični pregled, ki nas usmerita glede nadaljnje obravnave (13).

Glede na patofiziološke mehanizme razlikujemo pariatalno, visceralno in preneseno bolečino. *Prenesena bolečina* je dobro umeščena bolečina, ki je oddaljena od prizadetega organa. Včasih lahko preneseno bolečino sprožimo s palpacijo prizadetega organa. Prenos bolečine iz trebušnih organov v druge regije je tako značilen, da lahko po prenosu sklepamo, kateri organ je prizadet. Glede na čas nastanka je lahko bolečina akutna, subakutna ali kronična (14).

Akutni abdomen je sinonim za nenadne bolezni trebušnih organov s hudo bolečino v trebuhu, slabostjo z bruhanjem ali brez njega, znaki peritonitisa in bolj ali manj izraženo splošno prizadetostjo. Gre za nujno stanje, pri katerem lahko v večini bolezni opredelimo samo okvirno, medtem ko dokončne in zanesljive diagnoze ne moremo postaviti. Akutni abdomen je lahko kirurški, internistični ali ginekološki. Med boleznimi prebavil, ki povzročajo akutni abdomen, so najpogostejše vnetne, obstruktivne, perforativne in ishemične bolezni prebavne cevi, bolezni žolčnika in žolčnih izvodil ter bolezni trebušne slinavke in akutna vnetja jeter. Nekirurška bolezenska stanja, ki lahko dajo sliko akutnega abdomna, so pankreatitis, bolezni pljuč (pljučnica, pnevmotoraks, pljučna embolija), srčno-žilne bolezni (infarkt, perikarditis, srčno

Tabela 4. Stopnje nujnosti pri bolnikih s slabostjo/bruhanjem pred napotitvijo h gastroenterologu

	Vzrok napotitve	Stopnja nujnosti	Mesto napotitve
Pasažne motnje	nenadno nastale kronične	nujno redno	urgentni center gastroenterološka ambulanta
Motilitene motnje	refluksna bolezen, diabetična gastropareza, intestinalna psevdoobstrukcija	redno	gastroenterološka ambulanta
Akutne vnetne bolezni prebavil	opredelitev vnetja, npr. akutni pankreatitis, apendicitis, holecistitis, holangitis	nujno	urgentni center
Onkološki bolniki	znana rakava bolezen	zelo hitro	specialistična ambulanta (gastroonkološka), paliativna oskrba

popuščanje, disekantna anevrizma torakalne aorte, ruptura anevrizme trebušne aorte), bolezni/poškodbe prsne ali trebušne stene, hrbtenice in medenice, bolezni/poškodbe retroperitonealnih organov ter presnovne, endokrinološke, hematološke in nevrološke bolezni (*tabes dorsalis*, siringomielija) (15).

Akutna bolečina v trebuhu je eden od najpogostejših gastrointestinalnih simptomov in predstavlja 5 % vseh obiskov v urgentnih ambulantah (16). Akutna bolečina v trebuhu nastopi nenadno in traja do sedem dni. Običajno je stalna, redkeje intermitentna, z možnimi poslabšanji in izboljšanji. Najpogostejši vzroki so akutni apendicitis, zapora črevesa, bolezni žolčnika in žolčnih vodov, bolezni sečil, divertikulitis in akutna vnetja trebušne slinavke. Pri ženski v rodnem obdobju moramo vedno pomisliti tudi na ginekološke vzroke bolečine v trebuhu.

Kronična bolečina v trebuhu traja vsaj 6 mesecev in je lahko konstantna ali intermitentna. Predstavlja 25–50 % vseh obiskov v gastroenteroloških ambulantah. Najpogosteje se na ta način manifestirajo funkcionalne motnje, kot so sindrom razdražljivega črevesa, funkcionalna dispepsija in funkcionalna biliarna bolečina, od organskih bolezni pa kronična vnetna črevesna bolezen, peptična razjeda želodca in dvanajstnika, celiakija, adhezije, kronično vnetje trebušne slinavke in neoplazme.

Funkcionalni abdominalni bolečinski sindrom (*angl. centrally mediated abdominal pain syndrome, CAPS*) sodi v sklop funkcionalnih gastroenteroloških motenj, ki so diagnostično opredeljene z Rimskimi merili. Organskega vzroka kljub obsežnim diagnostičnim postopkom ne ugotovimo. Patofiziološko gre za neustrezno in/ali čezmerno občutljivost perifernih in centralnih živčnih končičev na sicer normalne dražljaje iz prebavil. Jakost in narava bolečine sta uravnavani v kognitivnih in čustvenih centrih možganov, zato so med najpomembnejšimi dejavniki tveganja za razvoj te motnje psihosocialni dejavniki. Ugotavljamo jo pri 5–19 % prebivalstva, od tega pri kar 13–17 % srednješolcev in študentov. Značilna je izčrpavajoča stalna ali pogosto ponavljajoča se bolečina v trebuhu,

ki pomembno vpliva na kakovost življenja in je prisotna vsaj tri mesece, pri čemer je od pojava prvih simptomov minilo vsaj 6 mesecev. Bolečina ni v povezavi s fiziološkimi procesi, kot so hranjenje, odvajanje blata ali menstrualni cikel (17).

Ob splošnem vtisu o bolniku in resnosti stanja stajni natančna anamneza in natančna opredelitev bolečine. Opredeliti moramo vse njene značilnosti, kot so čas nastopa bolečine in njen razvoj, trajanje, jakost, značaj, mesto nastanka, morebiten premik in sevanje, ter dejavnike, ki bolečino omilijo ali jo poslabšajo. Jasno moramo opisati spremljajoče simptome in znake (bruhanje, slabost, driska, zaprtje, hujšanje, povišana telesna temperatura, zlatenica, težko dihanje, palpitanje, bolečina v prsnem košu, urogenitalni izcedek, izguba zavesti).

Pri kliničnem pregledu moramo poleg splošnega vtisa o bolniku, ocene zavesti, orientiranosti in hemodinamske stabilnosti posebno pozornost nameniti pregledu trebuha. Pri kritično bolnem takoj pričnemo s stabilizacijo.

Bolnike s sumom na kirurški akutni abdomen napotimo na nujno kirurško obravnavo in pred napotitvijo ne opravljamo laboratorijskih in slikovnih preiskav.

Bolnike z akutno bolečino po natančnem pregledu in anamnezi napotimo v urgentno ambulanto, kjer opravijo osnovni klinični pregled, odvzamejo kri za krvno sliko, jetrne teste, pankreatične encime, ledvično funkcijo, vnetne parametre in pregled urina ter izvedejo slikovno diagnosticiranje (RTG trebuha) in po možnosti UZ trebuha.

Pri bolniku s kronično bolečino opravimo natančno anamnezo in klinični pregled, ki ju dopolnimo s prejšnjimi laboratorijskimi in slikovnimi preiskavami. Nato presodimo, ali je potrebna specialistična obravnavo, in bolnika s stopnjo nujnosti hitro ali redno (pri sumu na maligno neoplazmo s stopnjo nujnosti nujno/zelo hitro) na specialistično obravnavo (18).

Tabela 5. Stopnje nujnosti pri bolnikih z bolečino v trebuhu pred napotitvijo h gastroenterologu

	Vzrok napotitve	Stopnja nujnosti	Mesto napotitve
Akutna bolečina v trebuhu (akutni abdomen)	huda, nenadno nastala bolečina	nujno	urgentni center
Akutna bolečina v trebuhu, ki traja do 7 dni	opredelitev	Zelo hitro	Urgentni center ali gastroenterološka ambulanta
Subakutna bolečina v trebuhu	bolečina, ki nastaja postopno in se sčasoma povečuje	zelo hitro	urgentni center gastroenterološka ambulanta
Kronična bolečina v trebuhu	iskanje vzroka več kot 6 mesev trajajoče bolečine v trebuhu	hitro ali redno	gastroenterološka ambulanta

Tabela 6. Stopnje nujnosti in zahtevani postopki pri bolniku z zaprtjem pred napotitvijo h gastroenterologu

	Vzrok napotitve	Stopnja nujnosti	Mesto napotitve
Kronično zaprtje z alarmnimi znaki	novonastali alarmni znaki – iskanje vzroka	nujno v primeru življenje ogrožajočega stanja, sicer zelo hitro	urgentni center ali gastroenterološka ambulanta
Kronično zaprtje brez alarmnih znakov	iskanje vzroka	redno	gastroenterološka ambulanta

ZAPRTJE

O zaprtju govorimo, če bolnik odvaja blato manj kot dvakrat na teden. Po Rimskih merilih IV govorimo o zaprtju, če je bolnik v zadnjih treh mesecih občutil vsaj dva izmed naštetih simptomov ali znakov: manj kot tri stolice tedensko, napenjanje ob 25 % defekacij, trdo blato v vsaj 25 % odvajanjih, občutek anorektalne zapore, občutek nepopolnega izpraznjenja danke, potreba po digitorektalni ekstirpaciji blata.

Ločimo primarno (funkcionalno) zaprtje in sekundarno (organsko) zaprtje. Etiopatogeneza primarnega zaprtja ni povsem jasna. Sekundarno zaprtje lahko povzročajo obstruktivne lezije, nevrološke, metabolne in endokrine motnje ter opiat (19).

Primarno zaprtje se ponavadi kaže z napredujočim zaprtjem, pri sindromu razdražljivega črevesa pa je zaprtju lahko pridružena tudi bolečina v trebuhu. Pri sekundarnem zaprtju so v ospredju simptomi bolezn, ki ga je povzročila.

Pregled začnemo z natančno anamnezo. Zanima nas, kdaj so se pojavili simptomi, ali je bilo uvedeno novo zdravilo ali prehranski dodatek, ali se je bolnik manj hidriral ali spremenil dieto in vnos vlaknin in ali je manj telesno dejaven. Povprašamo tudi o inkontinenci za blato in o krvavitvah ob odvajanju. Prejšnje bolezni in družinska anamneza lahko pomagajo natančneje opredeliti vzrok zaprtja. Alarmni znaki, ki zahtevajo takojšnjo nadaljnjo obravnavo, so prisotnost krvi na blatu, nezmožnost odvajanja vetrov, hujšanje, več kot dva tedna trajajoče bolečine v trebuhu in bruhanje.

V splošni klinični pregled bolnika z zaprtjem poleg natančnega pregleda trebuha sodi tudi rektalni pregled.

Laboratorijski testi morajo biti usmerjeni in naj vključujejo celotno krvno sliko, elektrolite, vključno s serumskim kalcijem, dušične retente, jetrne teste in ščitnične hormone.

Tabela 7. Stopnje nujnosti napotitve pri bolnikih s krvavitvijo iz zgornjih prebavil

	Vzrok napotitve	Stopnja nujnosti	Mesto napotitve
Hematemeza	masivna krvavitev	nujno	urgentni center
Melena	masivna krvavitev	nujno	urgentni center
Hemohezija	sum na masivno krvavitev	nujno	urgentni center

Bolnika s kroničnim zaprtjem in brez alarmnih znakov napotimo na redno specialistično obravnavo. Predtem svetujemo nefarmakološke ukrepe, tj. povečan vnos tekočin, z vlakninami bogato hrano in redno telesno dejavnost. Če težave vztrajajo, bolniku svetujemo uživanje osmotskih odvajal (20).

Če so prisotni alarmni znaki, bolnika s stopnjo nujnosti nujno oziroma zelo hitro napotimo na specialistično obravnavo.

KRVAVITEV IZ ZGORNJIH PREBAVIL

Krvavitve iz zgornjih prebavil delimo na varikozne in nevarikozne (peptične razjede, hemoragično-erozivne spremembe sluznice želodca ali dvanajstnika, Mallory-Weissove pike, tumorji).

Krvavitve iz zgornjih prebavil so običajno akutne, redkeje kronične. Glede na izgubo količine krvi so lahko obilne, manjše ali prikrite.

Akutna krvavitev iz zgornjih prebavil se običajno kaže kot hematemeza (bruhanje sveže krvi), bruhanje kavne vsebine (želodčna vsebina s primesjo stare krvi) in/ali melena (mazavo blato, temno kot katran in s specifičnim vonjem). Hemohezija (odvajanje sveže krvi) je v večini primerov povezano s krvavitvijo iz spodnjih prebavil, izjemoma je lahko prisotna pri obsežni krvavitvi iz zgornjih prebavil (21).

Ciljana anamneza, splošno bolnikovo stanje in obilnost krvavitve so ključni za nadaljne ukrepanje. Posebno pozornost namenjamo starejšim bolnikom, bolnikom, ki jemljejo nesteroidne antirevmatike in zdravila proti strjevanju krvi ter bolnikom s srčno-žilnimi boleznimi. Bolnike z obilno krvavitvijo in

hemodinamsko nestabilnostjo moramo pred endoskopskim diagnosticiranjem stabilizirati. Endoskopsko diagnosticiranje in zdravljenje po mednarodnih smernicah opravimo v roku 24 ur, pri varikoznih krvavitvah pa v roku 12 ur. Pri stabilizaciji so potrebni žilni dostopi, nadomeščanje krvi in krvnih derivatov ter po potrebi intubiranje.

V večini primerov je tarčna vrednost hemoglobina 70 g/l. Obstajajo izjeme (kronične bolezni srca in ožilja), kjer je priporočljiva višja vrednost hemoglobina (100 g/l). Višjo vrednost hemoglobina priporočamo tudi v primerih z masivno krvavitvijo s hemodinamsko nestabilnostjo kljub podpornemu zdravljenju.

Pred endoskopijo lahko bolnikom damo druga podporna zdravila, kot so ZPČ, prokinetiki in ob sumu na varikozno krvavitev tudi vazoaktivna zdravila in antibiotično profilakso. Pred endoskopijo moramo odvzeti kri za laboratorijske preiskave (celotna krvna slika, biokemija, vnetni parametri, testi strjevanja krvi). V primeru anamnestičnega podatka o jemanju zdravil proti strjevanju krvi in iztirjenih testih hemostaze moramo uporabiti tudi specifične antidote (22).

KRVAVITEV IZ SPODNJIH PREBAVIL

Krvavitev iz spodnjih prebavil je bila nekoč opredeljena kot vsaka krvavitev, ki je izvirala distalno od Treitzovega ligamenta. Z napredkom globoke enteroskopije danes razlikujemo krvavitve, ki izvirajo s področja med Vaterjevo ampulo in terminalnim ileumom (krvavitve iz srednjih prebavil), in krvavitve iz spodnjih prebavil, ki izvirajo iz debelega črevesa. Število krvavitev iz spodnjih prebavil se vsako leto povečuje. Ocenjujejo, da te krvavitve predstavljajo 20–30 % vseh krvavitev iz prebavil.

Akutna krvavitev iz spodnjih prebavil je krvavitev, ki traja manj kot 3 tri dni in lahko povzroči hemodinamsko nestabilnost in anemijo, ki zahteva transfuzijo.

Kronična krvavitev iz spodnjih prebavil je krvavitev, ki traja dalj časa in je intermitentna, kostantna ali okultna.

Najpogostejši vzrok krvavitve iz spodnjih prebavil so divertikuloza, angioektazije, hemoroidna bolezen, maligne neoplazme, ishemična bolezen kolona, post-radiacijske krvavitve, krvavitve iz ulkusov zaradi nesteroidnih antirevmatikov, analne fisure in krvavitve po polipektomiji. Pri mlajših bolnikih pomislimo tudi na krvavitev iz Mecklovega divertikla.

Pri vsakem bolniku opravimo natančno anemnezo in klinični pregled, ki obsega tudi rektalni pregled. Laboratorijski izvidi naj vključujejo celotno krvno sliko, osnovne biokemijske preiskave, sečnino, kreatinin in teste hemostaze (23).

Pomembno je, da pri kliničnem pregledu ocenimo bolnikovo hemodinamsko stanje in pri hemodinamsko nestabilnem bolniku takoj pričnemo s stabilizacijo. V primeru nadomeščanja krvi je ciljna vrednost hemoglobina po korekciji > 70 g/l. Pri srčnem bolniku je ciljna vrednost hemoglobina po korekciji 100 g/l. Cilj hemodinamske stabilizacije je normalizacija srčne frekvence in krvnega tlaka. Za izključitev krvavitve iz zgornjih prebavil pri obilni hemoheziji opravimo zgornjo endoskopijo. Pred endoskopskimi oziroma interventnimi posegi je potrebna korekcija hemostaze (INR < 1,5) in korekcija trombocitov (> 50).

Če hemodinamska stabilizacija bolnika ne uspe, ustrezna priprava na kolonoskopijo ni možna in je krvavitev iz zgornjih prebavil izključena, naredimo CT angiografijo, ki ji sledi angiografija z embolizacijo. Ob neuspešnosti je potreben kirurški poseg.

Če bolnik ustrezno odgovori na ukrepe hemodinamske stabilizacije, opravimo urgentno kolonoskopijo, ki jo po ustrezni predpripravi izvedemo v 24 urah. Glede na smernice urgentno kolonoskopijo brez ustrezne predpriprave odsvetujemo (24).

HUJŠANJE

Nenamerno hujšanje je opredeljeno kot nepričakovana izguba telesne teže, ki ni posledica zdravljenja z zdravili ali znane bolezni. Klinično pomembna je izguba vsaj 5 % telesne teže v 6–12 mesecih. V ozadju nenamerne izgube telesne teže se pogosto skriva resno bolezensko stanje, zato moramo vsakega bolnika obravnavati celostno.

Med boleznimi prebavil so najpogostejši vzroki nenamerne izgube telesne teže: rakava bolezen, driska, malabsorpcija, vnetne in avtoimunske bolezni prebavil, mezenterijska ishemija in jetrna ciroza (25). Pri vsakem bolniku z nenamerno izgubo telesne teže je potrebna natančna anamneza, saj moramo izgubo telesne teže potrditi, pri čemer nam lahko pomagajo izvidi drugih pregledov. Anamnestično moramo izključiti namerno hujšanje oziroma motnje hranjenja, povprašamo po pridruženih simptomih in/ali znakih ter specifično tudi po simptomih, znakih in dejavnikih tveganja, ki bi lahko nakazovali rakavo bolezen (nočno potenje, povišana telesna temperatura,

Tabela 8. Stopnje nujnosti napotitve pri bolnikih s krvavitvijo iz zgornjih prebavil

	Vzrok napotitve	Stopnja nujnosti	Mesto napotitve
Masivna hemohezija	masivna krvavitev	nujno	urgentni center
Melena	sum na masivno/hudo krvavitev	nujno	urgentni center
Okultna krvavitev	blaga kronična krvavitev	zelo hitro	endoskopija –kolonoskopija
Intermitentna blaga hemohezija	blaga kronična krvavitev	zelo hitro	endoskopija – fleksibilna sigmoidoskopija, kolonoskopija

Tabela 9. Stopnje nujnosti napotitve bolnikov z nenamerno izgubo telesne teže

	Vzrok napotitve	Stopnja nujnosti	Mesto napotitve
Več kot 5-odstotna izguba TT, izključeni psihiatrični vzroki in motnje hranjenja, drugi alarmni znaki	alarmni znaki poleg izgube telesne teže – – iskanje vzroka	nujno ali zelo hitro	gastroenterološka ambulanta, gastrokopija, kolonoskopija, v primeru krvavitve urgentni center
Več kot 5-odstotna izguba TT, izključeni psihiatrični vzroki in motnje hranjenja	iskanje vzroka	zelo hitro	gastroenterološka ambulanta, gastrokopija, kolonoskopija

Legenda: TT – telesna teža

utrujenost, alarmni znaki za malignom prebavil, kajenje itd.). Pomemben je podatek o znakih malabsorpcije, izključiti pa moramo tudi psihiatrično bolezen in natančno povprašati po novouvedenih zdravilih. Anamnestično skušamo izvedeti čimveč o socialnem statusu bolnika in o njegovih prehranjevalnih navadah (kdo bolniku kuha, kdaj se prehranjuje, s kom živi, kje živi). Pri starejših ljudeh je lahko hujšanje posledica neustrezno saniranega zobovja.

Nenamerno izgubo telesne teže navadno spremljajo drugi simptomi in znaki, ki so specifični za določene organske sisteme, s čimer lahko bolj natančno usmerimo diagnostični proces. Pri bolnikih, ki razen hujšanja nimajo drugih simptomov ali kliničnih znakov, moramo pomisliti na rakavo bolezen (26).

Laboratorijski izvidi naj poleg celotne krvne slike, diferencialne krvne slike in biokemijskih preiskav vključujejo tudi vnetne parametre, ščitnične hormone, dušične retente in jetrne teste (27). Pri bolnikih lahko naredimo hematest in pri moških razmislimo o odvzemu PSA. Preveriti moramo zadnje izvide nacionalnih presejalnih programov za odkrivanje zgodnjih oblik raka (ZORA, DORA, SVIT). Bolnika naročimo na RTG slikanje prsnega koša in na UZ trebuha.

Če sumimo na bolezen prebavil, bolnika z nenadno izgubo telesne teže in z drugimi alarmnimi znaki napotimo v gastroenterološko ambulanto. Na gastrokopijo in kolonoskopijo napotimo bolnike, pri katerih je potrebno izključiti malignom zgornjih ali spodnjih prebavil.

PATOLOŠKI JETRNI TESTI

Jetrni testi (hepatogram) so med najpogosteje naročenimi preiskavami na primarni in na sekundarni ravni, ki jih naredimo ob kliničnem sumu na bolezen jeter. Za oceno delovanja jeter določimo alanin transaminazo (ALT), aspartat aminotransferazo (AST), alkalno fosfatazo (AF), gama-glutamilttransferazo (GGT), bilirubin, albumine in protrombinski čas (PČ). Vrednosti ALT in AST so povišane pri jetrno-celični okvari, AF, GGT in bilirubin pa pri holestatski okvari. Albumine in PČ uporabljamo za oceno jetrne sintetske funkcije.

V primeru patoloških vrednosti jetrnih testov moramo izključiti naslednje vzroke: kronično zlorabo alkohola, virusne hepatitise, avtoimunski hepatitis/primarni biliarni holangitis/primarni sklerozirajoči holangitis, holangitis, metabolnemu sindromu pridruženo zamaščenost jeter, hemokromatozo, Wilsonovo bolezen, pomanjkanje alfa-1-antitripsina, jetrne tumorje, cistično fibrozo in ostale prirojene motnje (28).

Pri prvič izmerjenih povišanih vrednostih AST ali ALT moramo najprej določiti, ali gre za blago povišanje (0,66 – 3,32 μ kat/l) ali za močno povišane vrednosti (> 3,32 μ kat/l).

Pri blago povišanih vrednostih AST in ALT in normalni sintetski funkciji jeter moramo oceniti bolnikov življenjski slog (alkohol, zdravila). Če bolnik sodi v tvegano skupino, izključimo virusne hepatitise. Po

3–6 mesecih opravimo kontrolo izvidov in če se vrednosti transaminaz ne zmanjšajo ustrezno, ni potrebna nadaljna obravnava. Če povišane vrednosti transaminaz vztrajajo, bolnika s stopnjo nujnosti redno zaradi iskanja drugih vzrokov napotimo na specialistično obravnavo. Pred napotitvijo odvezamemo kri za določitev železa in feritina ter naredimo UZ trebuha (29).

Pri močno povišanih vrednostih transaminaz bolnika s stopnjo nujnosti zelo hitro napotimo v specialistično ambulanto.

ZLATENICA

Zlatenica je rumeno obarvanje kože in sluznic zaradi povišane koncentracije celotnega bilirubina. Normalna vrednost celotnega bilirubina pri odraslih je do 17 $\mu\text{mol/l}$, zlatenica pa postane vidna pri 50 $\mu\text{mol/l}$, najprej na beločnicah in pod jezikom. Glede na patofiziološki mehanizem nastanka jo razdelimo na prehepatično, hepatično in posthepatično oziroma holestatsko. Lahko jo razdelimo tudi na konjugirano (direktno) in nekonjugirano (indirektno).

Anamneza mora vsebovati podatke o nastanku zlatenice, predhodnih kirurških posegih v trebuhu ter

pridruženih simptomih in znakih, kot so srbečica, temen urin, svetlo blato, povišana telesna temperatura, bolečine v trebuhu, splošno slabo počutje, bolečine v sklepih in hujšanje. Pomembna je natančna anamneza jemanja zdravil, tudi tistih brez recepta, ter zeliščnih pripravkov in prehranskih dopolnil. Vprašati moramo o dejavnikih tveganja za virusne hepatitis, uživanju alkohola ter o družinski anamnezi jetrnih bolezni in hemoglobinopatij. Pomembna sta tudi potovalna anamneza in bolnikov etnični izvor (28).

Pri bolnikih iščemo telesne znake kronične jetrne bolezni. Ocenimo velikost in konsistenco jeter ter preverimo, ali je prisotna palpatorna občutljivost v desnem zgornjem kvadrantu, kar lahko nakazuje holangitis ali akutni hepatitis. Otipamo lahko tudi povečan in neboleč žolčnik (Courvoisierjev znak), ki kaže na maligno zaporo žolčevodov. Če ima bolnik rumeno obarvano kožo, ne pa beločnic, posumimo na karotenodermijo.

Laboratorijski izvidi pri bolniku z zlatenico naj vključujejo določitev celokupnega in konjugiranega bilirubina, alaninske in aspartatne aminotransferaze (ALT, AST), alkalne fosfataze (AF), gama-glutamil transferaze (GGT), albumina, časov strjevanja krvi

Tabela 10. Stopnje nujnosti napotitve bolnikov s patološkimi jetrnimi testi

	Vzrok napotitve	Stopnja nujnosti	Mesto napotitve
Blago povišani jetrni testi, do 5 krat nad normalnimi vrednostmi	vztrajajoče patološke vrednosti v 3–6 mesecih	hitro	gastroenterološka ambulanta
Močno povišani jetrni testi, nad 5 krat nad normalnimi vrednostmi		zelo hitro	gastroenterološka ambulanta

Tabela 11. Stopnje nujnosti napotitve bolnikov s patološkimi jetrnimi testi

	Vzrok napotitve	Stopnja nujnosti	Mesto napotitve
Zlatenica + bolečine v trebuhu + povišana telesna temperatura	sum na holangitis, pankreatitis	nujno	urgentni center
Tiho nastala zlatenica pri doslej zdravem bolniku brez suma na akutno jetrno odpoved in brez pridruženih simptomov	iskanje vzroka in izključitev malignoma	zelo hitro	gastroenterološka ambulanta
Tiho nastala zlatenica pri bolniku z znano jetrno cirozo	iskanje vzroka in izključitev malignoma	zelo hitro	gastroenterološka ambulanta

(PČ, INR), hemograma, diferencialne krvne slike in vnetnih parametrov (30). Vzorec povišanja jetrnih encimov namreč pomaga razlikovati med prehepatično, hepatično in holestatsko zlatenico. Med slikovnimi preiskavami je prva preiskava UZ trebuha.

O stopnji nujnosti in mestu napotitve bolnika z zlatenico se navadno odločamo glede na pridružene simptome. Bolnika z zlatenico, vročino in bolečinami v trebuhu moramo napotiti v urgentni center s stopnjo nujnosti nujno. Dodatni laboratorijski izvidi pred napotitvijo običajno niso potrebni.

Če je zlatenica nastala postopno in brez bolečin (t. i. tihi ikterus) pri doslej zdravem bolniku, so potrebni natančna anamneza, klinični pregled in odvzem laboratorijskih izvidov, ki nam pomagajo pri opredelitvi etiologije zlatenice. Če izvidi kažejo na akutno jetrno odpoved, bolnika napotimo v urgentni center s stopnjo nujnosti nujno. Sicer lahko bolnike napotimo na specialistično gastroenterološko obravnavo s stopnjo nujnosti zelo hitro. Če ima bolnik znano jetrno cirozo in se zlatenica pojavi na novo, moramo bolnika napotiti v urgentni center.

Če imamo možnost in dostop do UZ trebuha, pred napotitvijo priporočamo slikovno preiskavo. Pri dokazanem malignomu HPB trakta brez suma na holangitis ali pankreatitis bolnika napotimo na specialistično gastroenterološko obravnavo s stopnjo nujnosti nujno ali zelo hitro.

NAKLJUČNO ODKRITIE LEZIJE HEPATIKOPANKREATIKOBILIARNEGA (HPB) TRAKTA

Brezsimptomne lezije jeter, trebušne slinavke, žolčnika in žolčnih vodov so pogosta najdba pri rutinskih slikovnih preiskavah trebuha. Ker se med seboj razlikujejo po morfologiji, etiologiji, napovedi izida in pristopu k obravnavi, je ustrezna prepoznava ključnega pomena. Večina bolnikov z naključno odkritimi lezijami je brez simptomov.

Naključno odkrite lezije jeter se zelo razlikujejo po etiologiji in prognozi. Prepoznava dejavnikov tveganja pomaga pri nadaljnji pravilni usmeritvi diagnosticiranja. Naključno odkrita lezija pri bolniku z jetrno cirozo je najverjetneje karcinom jetrnih celic (HCC), žariščne spremembe v jetrih pri bolniku z že znanim rakom pa verjetno zasevki (metastaze). Pri bolnikih z jetrno cirozo in lezijami, ki so manjše od 10 mm, je potrebno ultrazvočno spremljanje v tri- do štirimesečnih intervalih. Pri lezijah, večjih od 10 mm, naredimo CT s kontrastnim sredstvom ali MRI jeter s jetrospecifičnim kontrastnim sredstvom.

Najpogostejše naključno odkrite lezije na jetrih so hemangiomi, žariščna nodularna hiperplazija in ciste. Če jih potrdimo s slikovnimi preiskavami, nadaljnje spremljanje ni potrebno. Enostavne ciste jeter so navadno manjše od 1 cm in ponavadi ne potrebujejo zdravljenja. Če znotraj ciste vidimo septe, fenestracije, vključke ali kalcinacije, je smiselno nadaljnje diagnosticiranje s CT s kontrastnim sredstvom. Večje ciste lahko povzročajo simptome, kot so zgodnja sitost in tiščanje v epigastriju. Redke benigne lezije jeter so adenomi, ki se pojavljajo pri ženskah po 30. letu starosti, ponavadi v povezavi s hormonskimi kontracepcijskimi sredstvi in debelostjo. Manjše adenome (< 5 cm) moramo spremljati s CT ali MRI na 6–12 mesecev, pri večjih pa je zaradi nevarnosti maligne preobrazbe in krvavitve indicirana kirurška odstranitev. Prav tako morajo ženske po postavitvi diagnoze prenehati z uporabo hormonske kontracepcije in anabolikov (31).

Naključno odkrite lezije trebušne slinavke. Naključno odkrite lezije trebušne slinavke so lahko cistične ali solidne. Cistične lezije so mucinozne ali serozne. Mucinozne cistične lezije, intraduktalna papilarna mucinozna neoplazija glavnega ali stranskega pankreatičnega voda (IPMN) in mucinozna cistična neoplazma, ki ni povezana s pankreatičnimi vodom, so predrakave spremembe (32). Solidne lezije so malignomi, solidni psevdopapilarni tumor ali pankreatični neuroendokrini tumorji, redkeje teratom, sarkoidoza, limfom, ektopična vranica ali avtoimunski pankreatitis (33).

Tabela 12. Stopnje nujnosti napotitve bolnikov z naključno odkritimi lezijami jeter

	Vzrok napotitve	Stopnja nujnosti	Mesto napotitve
Hemangiom	pri brezsimptomnih lezijah ni potrebna	v primeru simptomov napotitev k specialistu s stopnjo nujnosti hitro ali redno, sicer napotitev NI potrebna in tudi ne spremljanje	gastroenterološka ambulanta
Jasno opredeljena enostavna, brezsimptomna cista jeter	napotitev NI potrebna, v primeru simptomov napotitev s stopnjo nujnosti hitro ali redno	napotitev NI potrebna, v primeru simptomov napotitev s stopnjo nujnosti hitro ali redno	–
Cista jeter s septami, vključki, fenestracijami, kalcinacijami	ocena lezije	zelo hitro	gastroenterološka ambulanta, CT trebuha s kontrastom v treh fazah
Neopredeljena lezija jeter pri bolniku brez dejavnikov tveganja	ocena lezije	zelo hitro	gastroenterološka ambulanta
Neopredeljena lezija pri bolniku z jetrno cirozo	ocena lezije	zelo hitro	gastroenterološka ambulanta
Jasno maligna lezija jeter (holangiokarcinom, HCC)	ocena lezije in ocena možnosti zdravljenja	zelo hitro	gastroenterološka ambulanta
Jasno vidne multiple solitarne lezije jeter – zasevki	ocena možnosti zdravljenja	zelo hitro, odvisno od pridruženih simptomov	pri znanem karcinomu lečeči onkolog oz. specialist v primeru neopredeljenih zasevkov jeter brez jasnih simptomov ali drugih preiskav, ki nakazujejo etiologijo karcinoma, gastroenterolog

Naključne lezije običajno odkrijemo z ultrazvočno preiskavo. Za bolj natančno opredelitev naredimo CT, MRI ali MRCP in endoskopski ultrazvok s punkcijo lezije. Iz organoleptične in biokemijske analize punktata, s katero določimo vrednost karcinoembrionalnega antigena (*angl.* carcinoembryonic antigen, CEA), razlikujemo med mucinozno in serozno cisto.

Pomemben del diagnostičnega algoritma pri bolniku z novoodkriti lezijo trebušne slinavke je anamneza. Bolnika natančno povprašamo o pojavu morebitne zlatenice, bolečine v trebuhu/hrbtu/drugod, utrujenosti, slabosti in o morebitnih prebolelih pankreatitidih. Prav tako nas zanima družinska anamneza, predvsem rak trebušne slinavke v družini ter drugi pridruženi simptomi in znaki. Pri kliničnem pre-

gledu smo pozorni na zlatenico, občutljivost in morebitne tipne mase v trebuhu.

Osnovne laboratorijske preiskave so celotna krvna slika, diferencialna krvna slika, osnovne biokemijske preiskave, jetrni testi, amilaza, lipaza, CRP, CA 19-9, CEA.

Vsako novoodkrito spremembo naj oceni specialist gastroenterology s stopnjo nujnosti zelo hitro ali hitro zaradi nadaljnje opredelitve, spremljanja in zdravljenja. Če pri bolniku z mucinozno cisto zaradi starosti ali pridruženih boleznih elektivni kirurški poseg ni smiseln, nadaljne spremljanje pri gastroenterologu ni potrebno.

Tabela 13. Stopnje nujnosti napotitve bolnikov z naključno odkritimi lezijami trebušne slinavke

	Vzrok napotitve	Stopnja nujnosti	Mesto napotitve
Cistična lezija brez dejavnikov tveganja	opredelitev lezije	hitro	gastroenterološka ambulanta
Cistična lezija z dejavniki tveganja	opredelitev lezije, zdravljenje zapletov	nujno – v primeru pankreatitisa zelo hitro	urgentni center gastroenterološka ambulanta
Solidne lezije	izključitev malignoma	nujno – v primeru pankreatitisa zelo hitro	urgentni center gastroenterološka ambulanta

Tabela 14. Stopnje nujnosti napotitve bolnikov z naključno odkritimi lezijami trebušne slinavke

	Vzrok napotitve	Stopnja nujnosti	Mesto napotitve
Holecistolitiza	brezsíptomnih bolnikov ne napotimo nikamor in jih ne zdravimo	–	–
Polipi žolčnika > 10 mm ali polip pri bolniku s sklerozirajočim holangitisom	odločitev o holecistektomiji	hitro	gastroenterološka ambulanta abdominalnokirurška ambulanta

Bolnika s solidnimi lezijami napotimo na specialistični gastroenterološki pregled s stopnjo nujnosti zelo hitro.

Naključno odkrite spremembe na žolčniku in žolčnih vodih

Najpogostejše naključno odkrite spremembe so žolčni kamni, polipi žolčnika in razširjen žolčevod, redkeje benigni ali maligni tumorji žolčnika in žolčevoda.

Kamni v žolčniku v dveh tretjinah ne povzročajo simptomov. Brezsíptomnih, ultrazvočno naključno odkritih žočnih kamnov ne zdravimo in jih ne pošiljamo na obravnavo k specialistu.

Razširjenost olipov žolčnika v populaciji je 1–7 %. Navadno jih odkrijemo naključno med holecistektomijo ali pri ultrazvočni preiskavi trebuha. Delimo jih v psevdopolipe in prave polipe žolčnika. Psevdopolipi so bolj pogosti, navadno lipidni depoziti, lahko tudi žariščna adenomiomatoza ali vnetni polipi. Psevdopolipi nimajo malignega potenciala.

Če pri UZ trebuha pri brezsíptomnem bolniku odkrijemo polip, manjši od 10 mm, in je bolnik brez dejavnikov tveganja za malignom žolčnika (starost < 50 let, nima primarnega sklerozirajočega holangitisa, ni vidnega sesilnega polipa (tudi žariščna zadebelitev stene > 4 mm)), priporočamo ultrazvočno sledenje. Pri polipih, manjših od 6 mm, naredimo UZ trebuha eno leto, tri leta in pet let po odkritju. Pri polipih velikosti 6–9 mm naredimo kontrolni UZ v prvem letu na 6 mesecev, nato pa enkrat na leto (34).

Če ima bolnik polip, manjši od 6 mm, in dejavnike tveganja za nastanek malignoma, je kontrolni UZ čez 6 mesecev, pri polipih, večjih od 6 mm, pa priporočamo holecistektomijo. Pri bolnikih s polipi žolčnika, večjimi od 10 mm, in pri bolnikih s sklerozirajočim holangitisom ne glede na velikost polipa priporočamo holecistektomijo (34).

Literatura

1. Koduru P, Irani M, Quigley EMM. Definition, pathogenesis, and management of that cursed dyspepsia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2018; 16:467–79.
2. Schmulson MJ, Drossman DA. What is new in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil* 2017; 23:151–63.
3. Tepeš B, Štabuc B. Strokovna stališča Slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo o obravnavi bolnikov, okuženih z bakterijo *Helicobacter pylori*. *Zdrav Vestn* 2018; 87:176–90.
4. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert JP, Liou JM, Leja M, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut* 2022; 0:1–39.
5. Vakil N, vanZanten SV, Kahrlas P, Dent J, Jones R. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1900–20.
6. NICE. Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management. Clinical Guideline CG184. London: NICE, 2014.
7. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2013; 108:308–28.
8. Dysphagia World Gastroenterology Organization 2014. Dosegljivo 8.10.2023 na URL: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/globalguidelines/dysphagia/dysphagiaenglish>.
9. Rihtaršič A, Novak K. Disfagija. *Gastroenterolog* 2018; Suppl 3:39–44.
10. Abdel Jalil AA, Katzka DA, Castell DO. Approach to the patient with dysphagia. *Am J Med* 2015; 128: 7–23.
11. Lucas LA. Approach to Nausea and Vomiting. In: Sands EB. *Mount Sinai Expert Guides: Gastroenterology*. Oxford: Wiley, 2015. p.13–20.
12. Weiner GS. Vomiting, Adult. In: Schaidler JJ. *Rosen & Barkin's 5-Minute Emergency Medicine Consult*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015. p.1230–1.
13. Vaghef-Davari F, Ahmadi-Amoli H, Sharifi A, Teymouri F, Paprouski N. Approach to Acute Abdominal Pain: Practical Algorithms. *Adv J Emerg Med* 2019; 4: e29.
14. Potack ZJ. Approach to Abdominal Pain. In: Sands EB. *Mount Sinai Expert Guides: Gastroenterology*. Oxford: Wiley, 2015. p. 21–30.
15. Fares S. Abdominal Pain. In: Schaidler JJ. *Rosen & Barkin's 5-Minute Emergency Medicine Consult*. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2015. p. 4–5.
16. O'Brien MC. Acute abdominal pain. In: Tintinalli's emergency medicine. American College of Emergency Physicians. New York: McGraw Hill, 2016. p. 481–9.
17. Clouse RE, Mayer EA, Aziz Q, Drossman DA, Dumitrascu DL, Monnikeset H, et al. Functional abdominal pain syndrome. *Gastroenterology* 2006; 130:1492–9.
18. Turk Jerovšek M, Štepec S. Bolečina v trebuhu. *Gastroenterolog* 2018; Suppl 3:68–74.
19. Korsten MA, Ancha HR, Kaminski M. Approach to constipation. In: Sands EB. *Mount Sinai Expert Guides: Gastroenterology*. Oxford: Wiley; 2015. p.45–55.
20. Kurent T, Ribnikar M. Diareja in obstipacija. *Gastroenterolog* 2018; Suppl 3:75–9.
21. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F, et al. Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. *Ann Intern Med* 2019; 171:805–22.
22. Stanley AJ, Laine L. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *BMJ* 2019; 364:1–15.
23. Oakland K, Chadwick G, East JE, Guy R, Humphries A, Jairah V, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut* 2019; 68:776–89.
24. Pasha SF, Shergill A, Muthusamy VR. The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding. *ASGE guideline*. *Gastrointest Endosc* 2014; 79:875–85.
25. Wong CJ. Involuntary weight loss. *Med Clin North Am* 2014; 98: 625–43.
26. Hernández JL, Riancho JA, Matorras P, González-Macías J. Clinical evaluation for cancer in patients with involuntary weight loss without specific symptoms. *Am J Med* 2003; 114:631–60.
27. Košir Božič T, Štabuc B. Nenamerna izguba telesne mase: vzroki in obravnava. *Gastroenterolog* 2018; Suppl 3:55–9.
28. Štabuc B. Obravnava bolnikov s patološkimi jetrnimi testi. *Med Razgl* 2020; 59: Suppl2:121–9.
29. Kwo PY, Cohen SM, Lim JK. ACG Clinical Guideline: Evaluation of Abnormal Liver Chemistries. *Am J Gastroenterol* 2017; 112: 18–35.
30. Hanžel J, Štabuc B, Zlatenica. In: Košnik M, Štajer D, eds. *Interna medicina*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani; Slovensko zdravniško društvo, Buča; 2022:32–5.
31. Šmid L. Incidentalomi in zgodnje odkrivanje hepatoceličnega raka. *Gastroenterolog* 2019; Suppl 1:90–3.
32. Elta GH, Enestvedt KB, Sauer BG, Lennon AM. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and management of pancreatic cysts. *Am J Gastroenterol* 2018; 113: 464–79.
33. Függer R, Gangl O, Fröschl U. Clinical approach to the patient with a solid pancreatic mass. *Wien Med Wochenschr* 2014; 164:73–9.
34. Wiles R, Thoeni RF, Barbu ST, Vashist YK, Rafaelsen SR, Dewhurst C, et al. Management and follow-up of gallbladder polyp: Joint guidelines between the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR), European Association for Endoscopic Surgery and other Interventional Techniques (EAES), International Society of Digestive Surgery-European Federation (EFISDS) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *Eur Radiol* 2017; 27:3856–66.