

Bovenbuikklachten

Dr. M.E. Numans, dr. A.O. Quartero

Iedere huisarts met een normpraktijk van circa 2.350 ingeschreven patiënten ziet wekelijks één à twee patiënten met een klacht in de bovenbuik. De helft van hen komt er op dat moment ‘voor de eerste keer’ mee naar het spreekuur (incidentie van klachten), de andere helft was al eerder bij de huisarts met dezelfde klachten (prevalentie van klachten). De frequentie van voorkomen varieert enigszins met de leeftijd en het geslacht (vaker bij ouderen, vaker bij vrouwen) en zal daarom ook variëren tussen praktijken. Daarnaast wordt in iedere praktijk nog eens zo vaak een recept verlengd dat met klachten in de bovenbuik te maken heeft. Bovenbuikklachten staan dus in de top-20 van de meest voorkomende redenen om de huisarts te bezoeken. De relatie tussen klachten en aandoeningen in de bovenbuik is de laatste tien tot vijftien jaar onderwerp van onderzoek geworden, omdat huisartsen hun beslissingen vooral na analyse van de klachten nemen en minder kunnen bouwen op resultaten van aanvullend onderzoek. Recent onderzoek heeft aannemelijk gemaakt dat driekwart van de ‘maagklachten’ in de bovenbuik die bij de huisarts worden gepresenteerd, in de loop van het eerste jaar onafhankelijk van de behandeling verdwijnt of in ieder geval verbetert. Veel klachten lijken gepaard te gaan met ongerustheid en psychisch onwelbevinden. In dit *Gastro-enterologie Formularium* komen alle aandoeningen die buikklachten geven, ter sprake. In dit eerste deel komt in het kort aan de orde wat er bekend is over de relatie tussen klachten en aandoeningen in de bovenbuik.

Alarmsymptomen

In het kader van de bovenbuik worden **haematemesis** (bloedbraken), **melaena** (zwarte ontlasting op basis van bloedverlies hoog in de tractus digestivus) en **acute buikverschijnselen** beschouwd als alarmsymptomen die binnen enkele uren tot 24

uur moeten leiden tot verwijzing en eventuele interventie. Haematemesis kan wijzen op een bloeding in de maag of slokdarm door een peptisch ulcus of oesophagusvarices en vraagt om snelle endoscopische of chirurgische interventie om de bloeding te stelpen. Helderrood bloedverlies via de anus kan in zeldzame gevallen ook worden veroorzaakt door oesophagusvarices en verhoogt de urgentie van interventie. Ook melaena kan wijzen op een bloeding hoog in de tractus digestivus. Voor aanwijzingen van peritoneale prikkeling geldt een dergelijke urgentie. Bij verminderde peristaltiek, 'gootsteen-geruisen' bij auscultatie, loslaatpijn, vervoerspijn en facies abdominalis bestaat kans op een ernstig acute-buiksyndroom, wat verwijzing naar de chirurg noodzakelijk maakt. **Dysfagie** (slikklachten met of zonder verslikken), **passagestoornissen of obstructie** (het eten wil niet zakken) zijn alarmerende symptomen, al dan niet in combinatie met **dyspepsie**, maar zijn vaak iets minder urgent. Voor **icterus**, **ascites** en/of **onvrijwillig gewichtsverlies** in combinatie met dyspepsie geldt ook dat deze symptomen alarmerend zijn, maar iets minder urgente interventie vereisen. Hoge obstructieklachten, icterus en afvallen vragen niet vanwege acuut levensgevaar om snelle diagnostiek in verband met de klachten, maar kunnen bijvoorbeeld berusten op maligniteit: de oorzaak kan onder andere zijn maligniteit, maar ook achalasia of ulcererende/stricturende oesofagitis. Acute ernstige **oesofagitis** kunnen ook berusten op medicatiegebruik (b.v. bisfosfonaten) of op een candida-infectie (bij aids of gebruik van corticosteroid-inhalaties). Onderzoek heeft uitgewezen dat het goed uitvragen van alarmsymptomen zinvol is, ook om tot adequate diagnostiek te komen en daardoor tijdige interventie bij ernstige aandoeningen. Kwaadaardige aandoeningen komen echter niet alleen aan het licht door wat wij alarmsymptomen noemen, maar ook door oriënterend onderzoek vanwege algemene klachten (onverklaard afvallen, anemie, algehele malaise in combinatie met een specifiek klachtenpatroon). Alarmsymptomen moeten in eerste aanleg leiden tot verwijzing of aanvullend onderzoek, meestal in de vorm van gastroscopie. In de groep patiënten die wegens alarmerende symptomen voor gastroscopie is verwezen, wordt tot soms wel 10% inderdaad maligniteit gevonden.

Een alarmsymptoom van een andere aard is een (niet acuut) opgezet buik waar bij percussie verdenking op ascites ontstaat. In dat geval is aanvullende diagnostiek met echo meer voor de hand liggend dan met gastroscopie om de ascites vast te stellen of uit te sluiten en eventueel een oorzaak (meestal maligniteit) op het spoor te komen.

Misselijkheid en braken

Patiënten ervaren misselijkheid en braken vrijwel zonder uitzondering als zeer akelig en invaliderend. Toch is deze functiestoornis van het maag-darmkanaal doorgaans van overblijvende aard (virale, bacteriële of protozoaire infectie, voedselintolerantie) en meestal is symptoombestrijding voldoende. Als misselijkheid en braken voorkomen in het kader van een uitgebreider en langduriger therapieresistent klachtenpatroon in de bovenbuik (pijn, hardnekkig oprispen, geen verbetering na kortdurende symptomatische behandeling), is aanvullend onderzoek met bijvoorbeeld gastroscopie aangewezen. Braken moet als alarmerend worden gezien wanneer het optreedt **in combinatie met dyspeptische klachten** en moet in dat geval sneller leiden tot aanvullend onderzoek. De kans dat daarbij dan relevante pathologie (maligniteit of ernstig ulcuslijden) wordt gevonden, blijft relatief laag (ongeveer 5%), maar duidelijk hoger dan zonder braken. In geval van (twijfel over) icterus bij misselijkheid en braken liggen echter bloedonderzoek en echografie van de bovenbuik als eerste stap meer voor de hand, omdat deze klachten ook kunnen worden veroorzaakt door hepatitis of galstenen. Geheel andere differentieel diagnostische overwegingen zijn aan de orde in geval van ochtendbraken al dan niet **in combinatie met hoofdpijn**: een neurologische oorzaak moet dan worden overwogen (verhoogde hersendruk). Verder kunnen misselijkheid en braken voorkomen als begeleidend verschijnsel van systemische aandoeningen of als paraneoplastisch verschijnsel. Tot slot kan ook een **neuropathie** van het autonome zenuwstelsel leiden tot gastroparese met misselijkheid, al dan niet gepaard gaand met braken. Dit ziektebeeld doet zich in zeldzame gevallen voor als een complicatie van diabetes mellitus.

Zuurbranden, oprispen, reflux

Volgens de onlangs in consensus door maag-darm-leverartsen vastgestelde criteria geeft 'zure reflux' (het terugstromen van maagzuur in de slokdarm) duidelijk afgrensbare klachten en berusten die klachten op de gastro-oesofageale refluxziekte (GORZ, in het Amerikaans GERD, in het Engels GORD). De klachten zuurbranden en oprispen hebben echter vooral een hoge sensitiviteit (vrijwel iedereen met refluxziekte heeft de klachten), terwijl de specificiteit minder hoog is (ook veel mensen zonder refluxziekte hebben dit soort klachten). In de heterogene populatie in de praktijk van de eerste lijn is er zeker in het begin van een episode met klachten veel overlap en is de kans aanzienlijk dat klachten aldus ten onrechte als refluxziekte worden geïnterpreteerd en behandeld. Afhankelijk van de exacte definitie heeft een kwart tot de helft van de patiënten met klachten in de bovenbuik klachten die als 'reflux' zouden kunnen worden geïnterpreteerd. Bij ongeveer eenderde tot de helft van de patiënten met deze typische klachten wordt **oesofagitis** gevonden, bij de rest is geen slijmvliespathologie aanwezig. Klachten van zuurbranden en reflux hebben onafhankelijk van de behandeling over het algemeen een relatief goedaardig beloop en zijn hinderlijk, maar niet levensbedreigend. Een subgroep van de mensen met refluxziekte heeft echter heftige en hardnekkige klachten die adequate en soms langdurige behandeling vragen. Sommige groepen patiënten die hun klachten niet spontaan kunnen melden of interpreteren en bij wie reflux ernstige oesofagitis kan geven, vereisen daarom extra aandacht: in het bijzonder immobiele hoogbejaarden en verstandelijk gehandicapten lopen bij refluxziekte risico's. Zuurbranden en oprispen noodzaken niet tot snelle uitvoering van aanvullende diagnostiek, omdat de kans dat de uitslag daarvan het beleid verandert, heel klein is. Meestal volstaat behandeling met verschillende gradaties van zuurremmende medicatie. Bij refluxziekte wordt aanvankelijk vooral kortdurend (maximaal 3 maanden aaneengesloten) en intermitterend symptomatisch behandeld. Als langer durende behandeling noodzakelijk blijkt, volgt aanvullende diagnostiek. Wordt tot diagnostiek overgegaan, dan is dat meestal gastroscopie en/of 24-uurs pH-meting.

Dyspepsie, maagpijn, maagklachten

In de eerder vermelde consensus is dyspepsie gedefinieerd als 'continue of terugkerende klachten van pijn of een onaangenaam gevoel in de bovenbuik, al dan niet gepaard gaand met misselijkheid, opboeren of een opgeblazen gevoel'. Dyspepsie is een symptoomdiagnose die kan berusten op een peptisch ulcus, maligniteit, ontsteking of een functionele aandoening (veranderde motiliteit en/of gevoeligheid van de maag). Als 'pijn' in het maagkuiltje op de voorgrond staat, vooral op een lege maag, verdubbelt dat de kans op een ulcus als oorzaak van de klachten. De kans dat echter een ulcus wordt gevonden, blijft laag en ligt ook in typische gevallen niet veel hoger dan 25%. Bij het overgrote deel van de patiënten met dyspeptische klachten wordt dan ook geen oorzaak voor de klachten gevonden. Typische dyspepsie, al dan niet in combinatie met zuurbranden, is juist als het al langer duurt *geen* aanwijzing voor een kwaadaardige aandoening. Worden de dyspeptische klachten veroorzaakt door een peptisch ulcus, dan spelen medicatiegebruik (NSAID) of een *Helicobacter pylori*-infectie een rol bij het ontstaan ervan. Dyspeptische klachten kunnen uitstekend medicamenteus worden behandeld voordat tot aanvullend onderzoek wordt overgegaan. Na twee maanden symptomatische behandeling is ongeveer 60% van de patiënten klachtenvrij. De klachten van een peptisch ulcus op basis van *H. pylori* zullen echter minder gemakkelijk verdwijnen of snel recidiveren, en definitieve genezing hiervan vraagt een heel andere behandeling. Om die reden wordt aanvullende diagnostiek aanbevolen als dyspeptische klachten ondanks symptomatische behandeling niet zijn verdwenen na twee maanden, of als ze weer snel terugkomen na het staken van de behandeling. Men kan dan bij dergelijke patiënten met twee tot drie maanden bestaande 'persisterende en/of recidiverende maagklachten' volgens de huidige richtlijnen op basis van het NIET door reflux of zuurbranden gekenmerkte klachtenpatroon, kiezen voor zowel niet-invasieve diagnostiek naar de aanwezigheid van *H. pylori* (ademtest of serologie) als voor een gastroscopie.

Meteorisme en ructus, aërofagie

Ook de aanwezigheid van veel lucht in het maag-darmkanaal

kan klachten geven. In het algemeen is de kans dat hierbij relevante pathologie wordt aangetroffen, zeer gering. De klachten worden doorgaans geduid als 'functioneel'. Voor de hand liggende en gemakkelijk verhelpbare oorzaken zijn het drinken van koolzuurhoudende dranken, kauwgom kauwen (en slikken), het eten van luchthoudende en opgeklopte gerechten. Het veelvuldig slikken (van speeksel of van niets) onder invloed van stress is moeilijker te achterhalen en te behandelen.

Hik

Hoewel hik (singultus) een voor iedereen bekend en herkenbaar min of meer fysiologisch verschijnsel is, komt incidenteel ook pathologische hik voor. Hoewel de pathofysiologie van de hik nog grotendeels onbekend is, is er een duidelijke associatie met uitzetting van de maag en alcoholgebruik. Bij pathologische hik kan de oorzaak op veel gebieden liggen: diafragma-prikkeling bij myocardinfarct of abdominale chirurgie, hersentumor, nierfalen, prostaatacarcinoom, maar ook slijmvliesafwijkingen in de tractus digestivus worden wel gevonden als mogelijke oorzaak bij patiënten met chronische hik. Aangezien er vaak geen etiologische factoren worden aangetroffen, zijn er veel middelen die met meer of minder succes worden ingezet bij de behandeling van hik.

Slikklachten, globusgevoel

Als problemen met slikken niet berusten op passageproblemen (besproken onder alarmsymptomen), is nog een beperkt aantal andere oorzaken mogelijk. Verslikken heeft wanneer het vaker dan acceptabel voorkomt, nogal eens een neurologische oorzaak (TIA, CVA, extrapiramidale syndromen). Zelden berust het op ruimte-innemende processen hoog in de farynx. Globusgevoel kan van beide ook een symptoom of een voorloper zijn. Toch is het in de eerste lijn vooral een functioneel probleem en moet het ook in eerste instantie zo worden benaderd. Globusgevoel wordt in de literatuur ook regelmatig toegeschreven aan gastro-oesofageale reflux. Indien duidelijke aanwijzingen voor een organische verklaring van de klacht ontbreken, moet vooral

de huisarts hier een verantwoorde selectie maken, niet te vroeg en niet te laat. Verwijzing heeft namelijk allerlei minder aangename onderzoeksprocedures door KNO-arts of maag-darm-leverarts tot gevolg, die eerder tot meer dan tot minder ongerustheid aanleiding geven.

Diagnose en behandeling

In deel 2 van *Het Gastro-enterologie Formularium* komen de verschillende differentiële diagnoses passend bij de hiervoor beschreven klachten uitgebreider aan bod:

- dysfagie en gastro-oesofageale refluxziekte;
- peptisch ulcuslijden;
- acute buik;
- galstenen en pancreatitis;
- (pre)maligne afwijkingen in maag en slokdarm.

De voor de verschillende aandoeningen in de bovenbuik beschikbare medicatie komt in deel 3 van dit formularium ter sprake:

- prokinetica;
- antacida;
- mucosaprotectiva;
- H₂-receptorantagonisten;
- protonpompremmers.