

AANPAK VAN FUNCTIONELE DYSPEPSIE

De behandeling van functionele (niet-ulcereuze) dyspepsie is controversieel en dikwijls ontgoochelend. Deze bestaat in de eerste plaats uit algemene maatregelen en gedragsmaatregelen. Meerdere geneesmiddelen worden voorgesteld maar de evidentie van hun doeltreffendheid is zwak. In de huisartspraktijk kan een empirische behandeling met een inhibitor van de maagzuursecretie, bv. een protonpompinhibitor, voorgesteld worden gedurende 4 à 8 weken. De rol van *H. pylori* bij functionele dyspepsie is niet duidelijk, en eradicatie van *H. pylori* zal hooguit bij een minderheid van de patiënten een voordeel bieden. Endoscopie wordt aanbevolen bij aanwezigheid van alarmsymptomen (niet te verklaren gewichtsverlies, dysfagie, herhaaldelijk braken, abdominale massa, tekenen van gastro-intestinale bloeding) of bij persistente of terugkerende symptomen ondanks de behandeling.

Functionele dyspepsie, ook idiopathische of niet-ulcereuze dyspepsie genoemd, wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van persistente of terugkerende symptomen van dyspepsie gedurende minstens 12 weken (al dan niet consecutief) tijdens de laatste 12 maand, en dit zonder bewijs van orgaanaantasting die een verklaring zou kunnen bieden voor de symptomen, en zonder duidelijk verband met wijzigingen van de intestinale transit. Functionele dyspepsie is de meest voorkomende vorm van dyspepsie in de huisartspraktijk.

In dit artikel wordt de aanpak van functionele dyspepsie besproken, onder andere op basis van de laatste aanbevelingen van het *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* en de *American Gastroenterological Association (AGA)*.

Diagnose

Er bestaat geen specifieke diagnostische test voor functionele dyspepsie. De diagnose berust dan ook op de klinische voorgeschiedenis en het uitsluiten van andere oorzaken van dyspepsie. In de huisartspraktijk lijkt het evenwel niet aangewezen onmiddellijk over te gaan tot screening op *H. pylori* of tot endo-

scopie. Screening op *H. pylori* [n.v.d.r.: in België meestal via endoscopie] is wel gerechtvaardigd bij persistente of terugkerende symptomen ondanks symptomatische behandeling. Endoscopie is zeker aanbevolen bij aanwezigheid van alarmsymptomen (onverklaarbaar gewichtsverlies, dysfagie, herhaaldelijk braken, abdominale massa, tekenen van gastro-intestinale bloeding). Een gevorderde leeftijd, zonder alarmsymptomen, is op zich geen voldoende argument om onmiddellijke endoscopie te rechtvaardigen.

Behandeling

De behandeling van functionele dyspepsie is controversieel en dikwijls ontgoochelend. De behandeling bestaat er eerder uit de symptomen te verminderen en ze te laten aanvaarden door de patiënt, dan ze volledig te laten verdwijnen. Meerdere geneesmiddelen worden voorgesteld bij de behandeling van functionele dyspepsie, maar de evidentie van hun doeltreffendheid is zwak. Zoals bij de meeste functionele gastro-intestinale stoornissen bestaat er een belangrijk placebo-effect. Wanneer een medicamenteuze behandeling wordt voorgeschreven, wordt best gekozen

voor een kortetermijnbehandeling of een intermitterende behandeling, eerder dan voor een continue langetermijnbehandeling.

Algemene maatregelen

De aanpak van functionele dyspepsie bestaat in de eerste plaats uit een gedragsmatige aanpak die erop gericht is naar de patiënt te luisteren en hem gerust te stellen. Het is niet aangetoond dat aanpassingen van levensstijl zoals rookstop en matige alcohol- of koffieconsumptie een invloed hebben op de symptomen van dyspepsie. De beschikbare gegevens laten evenmin toe een uitspraak te doen over de doeltreffendheid van een psychosociale aanpak.

Inhibitoren van de maagzuursecretie

Meerdere studies en meta-analyses tonen dat inhibitie van de maagzuursecretie door een protonpompinhibitor of een H₂-antihistaminicum doeltreffend kan zijn voor het verlichten van de symptomen van dyspepsie, vooral bij aanwezigheid van pyrosis. Het effect lijkt gelijkaardig voor de twee geneesmiddelenklassen. Nochtans was in een recent uitgevoerde studie bij patiënten met symptomen van dyspepsie en een negatieve test voor *H. pylori* (wat overeenkomt met de meest frequente situatie in de huisartspraktijk), omeprazol (20 mg p.d.) na 4 weken doeltreffender dan ranitidine (150 mg 2 x p.d.). Na 6 maanden was er echter geen verschil meer tussen de twee behandelingen. In de praktijk kan bij persisterende symptomen van dyspepsie een empirische behandeling met een inhibitor van de maagzuursecretie, bv. een protonpompinhibitor in lage dosis, gedurende 4 à 8 weken voorgesteld worden [n.v.d.r.: de protonpompinhibitoren worden in België in deze indicatie niet terugbetaald].

*Eradicatie van *H. pylori**

De rol van *H. pylori* bij functionele dyspepsie is controversieel. Volgens een recente Cochrane review kan eradicatie van *H. pylori* een gunstig effect hebben bij een minderheid van patiënten met functionele dyspepsie (*number needed to treat* = 18). Gezien de lage prevalentie van *H. pylori*, het beperkte voordeel en het risico van ongewenste effecten van een dergelijke behandeling, lijkt het niet gerechtvaardigd om systematisch over te gaan tot screening en eradicatie van *H. pylori*; dit is wel gerechtvaardigd in geval van persisterende of terugkerende symptomen ondanks een symptomatische behandeling.

Andere geneesmiddelen

De beschikbare gegevens in verband met de antacida, de gastroprokinetica domperidon en metoclopramide, en de antidepressiva laten niet toe om hun rol bij de aanpak van functionele dyspepsie te bepalen.

Enkele referenties

- Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Harris A, Innes M, Oakers R, Wilson S, Roalfe A, Bennett C en Forman D. Eradication of *Helicobacter pylori* for non-ulcer dyspepsia (Cochrane review). Via www.Update-software.com/Abstracts/ab002096.htm
- National Guideline Research and Development Unit. Dyspepsia: managing dyspepsia in adults in primary care. Via <http://www.nice.org.uk/pdf/CG017fullguideline.pdf>
- Numans ME en van Driel M. Behandeling van *H. pylori*-negatieve dyspepsie. *Mi-nerva* 2006; 5:87-8