

UNIVERSITETET I BERGEN

Funksjonell dyspepsi

Eline Lundekvam Storlid,
Lege Medisinsk avdeling, Haukeland sykehus /
Doktorgradsstipendiat, K1, Medisinsk fakultet, UiB

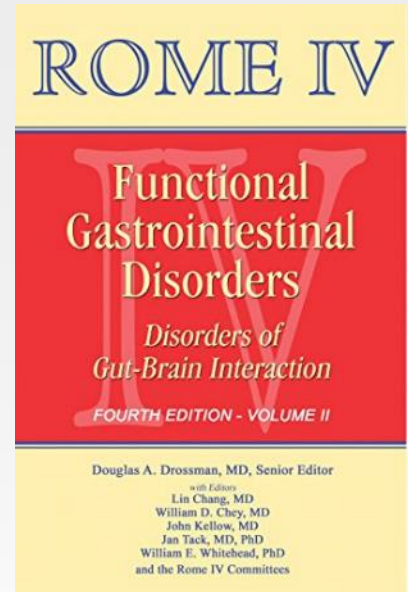
UNIVERSITETET I BERGEN





Hva er funksjonell dyspepsi?

- Kronisk dyspepsi uten påvist organisk årsak
- Prevalens verdensbasis: 5 – 11%
- **Kardinalsymptomer:**
 - Postprandial metthet
 - Tidlig metthet
 - Epigastriesmerter/ubehag/brenning
- Kvalme, oppkast, raping, oppblåsthet.....



14. Hvor ofte i løpet av de 3 siste månedene har du følt deg så mett etter et måltid av vanlig størrelse (mengden du vanligvis spiser) at det har gått utover dine vanlige gjøremål?

- Aldri → **Gå til spørsmål 16**
- ① Sjeldnere enn én dag i måneden
 - ② En dag i måneden
 - ③ To til tre dager i måneden
 - ④ En gang i uken
 - ⑤ To til tre dager i uken
 - ⑥ Nesten hver dag
 - ⑦ Hver dag
 - ⑧ Flere ganger hver dag eller hele tiden

15. Er det 6 måneder eller mer siden du begynte å oppleve disse episodene der du er så mett etter måltidene at det går utover dine vanlige gjøremål?

- ① Nei
- ② Ja

- **Symptomvarighet**
- **Utelukke organiske, systemiske og metabolske årsaker**
- **PLAGSOMME symptomer**

16. Hvor ofte i løpet av de 3 siste månedene har det hendt at du ikke har klart å spise opp et måltid av vanlig størrelse fordi du var for mett?

- Aldri → **Gå til spørsmål 18**
- ① Sjeldnere enn én dag i måneden
 - ② En dag i måneden
 - ③ To til tre dager i måneden
 - ④ En gang i uken
 - ⑤ To til tre dager i uken
 - ⑥ Nesten hver dag
 - ⑦ Hver dag
 - ⑧ Flere ganger hver dag eller hele tiden

17. Er det 6 måneder eller mer siden du begynte å oppleve disse episodene der du er for mett til å spise opp et måltid av vanlig størrelse?

- ① Nei
- ② Ja

18. Hvor ofte i løpet av de 3 siste månedene har du hatt smerter eller en brennende følelse midt i øvre del av magen (over navlen, men ikke i brystet) som er så kraftig at det går utover dine vanlige gjøremål?

- Aldri → **Gå til spørsmål 21**
- ① Sjeldnere enn én dag i måneden
 - ② En dag i måneden
 - ③ To til tre dager i måneden
 - ④ En gang i uken
 - ⑤ To til tre dager i uken
 - ⑥ Nesten hver dag
 - ⑦ Hver dag
 - ⑧ Flere ganger hver dag eller hele tiden



Utfordringer

- 1) Heterogen patofysiologi
- 2) Mange differensialdiagnoser
- 3) Hvordan utelukke organiske, systemiske eller metabolske årsaker?
- 4) For lite forskning!



1) ETIOLOGI OG PATOFYSIOLOGI

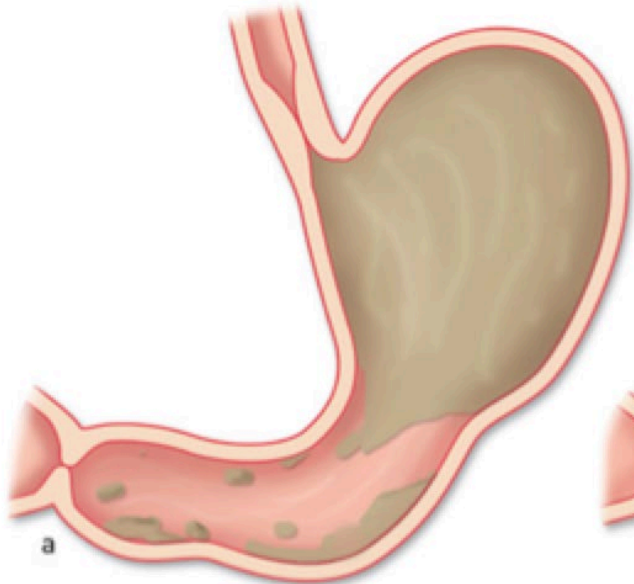


Motilitetsforstyrrelser

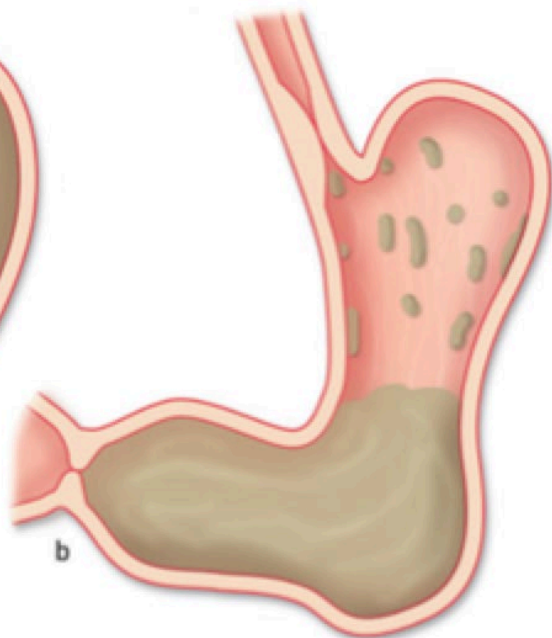
- **Ventrikkelarytmier**
- **Endret ventrikkeltømmingstid:**
 - Forsinket: ca $\frac{1}{4}$ (i tillegg $\frac{1}{4}$ forsinket tømning + ↓akkomodasjon)
 - For rask: 10%
 - Ikke like viktig som antatt?
 - NB: Oppdage gastroparese
- **Patologisk akkommodasjonsrefleks**
 - Postprandial aktiv corpus/fundusrelaksasjon: ↓veggensjon og ↑volum; volum tilpasses måltidsstørrelse
 - Studier viser ass antrumoppfyllingsgrad ↔ symptomsstyrke (metthet/smerte/oppblåst/kvalme/oppkast)
 - Hos ca $\frac{1}{4}$ (Studie n=560: 37%)



Normal accommodation



Impaired accommodation



Ventrikkel hypersensitivitet

- 1) Mekanoreseptor dysfunksjon?
- 2) Abnormal afferent signalprosessering fra ventrikkel til ryggmarg/hjerne?
- 3) Økt kjemosensitivitet?
- 4) Lavgradig nevroinflammasjon:
 - Eosinofile, mastceller
 - Antatt å endre nevroners struktur og funksjon



Duodenal patologi

- **1) Sensorimotorisk dysfunksjon/hypersensitivitet:**
 - Magesyre i duodenum
 - Intraduodenale lipider
- **2) Kronisk duodenal inflammasjon**
 - Assosiert m FD-symptomer i flere studier
 - ↑ mastceller, ↑ eosinofile ↑ CD8+ T-celleaggregater
 - Utløsende:
 - Postinfeksiøs FD?
 - Endret mikrobiota proksimalt?
 - Antigener i kost?
- **3) Økt duodenal permeabilitet:**
 - Lekkasje velkjent v IBD og IBS, senere tid også v FD
- **Hva kom først: nedsatt barrierefunksjon eller inflammasjon?!**



2) DIFFERENSIAL- DIAGNOSER



En eksklusjonsdiagnose:

- Gastroøsofagal reflukssykdom (GØRS)
- Irritabel tarm-syndrom (IBS)
- *Helicobacter pylori* (HP)-indusert dyspepsi
- Ulcus
- Gastroparese
- Øvre GI-cancer
- Andre:
 - Galleblære/gallegangssmerter
 - Cøliaki
 - Medikamenter: NSAIDs m fl
 - Kronisk pankreatitt
 - Myalgier epigastriet/abd



3) HVORDAN UTELUKKE ORGANISKE, SYSTEMISKE OG METABOLSKE ÅRSAKER?



Utredning FD



- Hematologi
- Leverprøver, amylase, lipase
- Hb, ferritin
- Glukose/HbA1c
- Elektrolytter
- **Thyroideafunksjon, cøliaki, laktoseintoleranse?**



- **Gastroscopi m HP-test:**
 - Nyoppstått dyspepsi >50 år (60 år? 45 år?)
 - Nyoppstått < 50 år hvis:
 - Vekttap >5% over 6 – 12 mnd el
 - Åpenbar GI-blødning
 - > 1 alarmsymptom
 - Raskt progredierende alarmsymptomer
- **Dyspepsi nyoppstått < 50 år og ikke gastroscopert:**
 - Skal ta HP-test
- **Persisterende dyspepsi + neg HP/ikke tatt:**
 - Gastroscopi m duodenalbiopsi (cøliaki, inflammasjon, HP)
- **Sannsynlig FD hvis neg funn:**



GerdQ

ROME IV

Functional Gastrointestinal Disorders

*Disorders of
Gut-Brain Interaction*

FOURTH EDITION

Douglas A. Drossman

William
Jennings
Jantzen
William
and the



11600dactv1247.com

1. Hvor ofte opplevde du en brennende følelse bak brystbenet (halsbrann)?
2. Hvor ofte opplevde du at mageinnholdet (væske eller mat) kom opp i halsen eller munnen (oppstøt)
3. Hvor ofte opplevde du smerte i midtre, øvre del av magen?
4. Hvor ofte var du kvalm
5. Hvor ofte opplevde du at det var vanskelig å få en god natts søvn på grunn av halsbrann og/eller oppstøt
6. Hvor ofte tok du en annen medisin for halsbrann og/eller oppstøt i tillegg til det legen hadde anbefalt? (f.eks Titalac®, Link®, Novaluzid®, Pepsiduo®)



Ultralyd funksjonsundersøkelse

BEHANDLING FD

- Livsstilsråd:
 - Små, jevnstore, hyppige måltider
 - Unngå mat/drikke som forverrer
 - Unngå stress!
- PPI-forsøk



Behandlingsrefraktær FD

- 1) Trisykliske antidepressiva har vist effekt (Sarotex)
- 2) Prokinetika (Resolor, Erythromycin, Afipran)
- 3) Re-evaluer:
 - (Ny) gastroscopi (HP, cøliaki)
 - Hvis kvalme/oppkast dominerer: Tømmingstest
- 4) Hvis kvalme/oppkast dominerer: ventrikkeltømmingstest, Zofran
- 5)
 - Kognitiv terapi, evt hypnose?
 - Helsekost? (spasmolytiske og/el sedative):
 - Peppermynsteolje, kamomille, karveolje, sitronmelisse, prydsløyfe, malurt, kinasøte, kvann

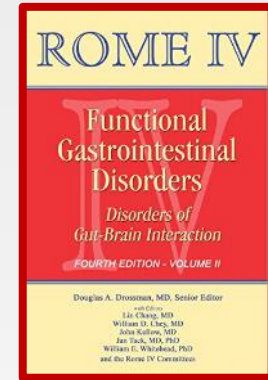


Prydsløyfe



Konklusjon

- **Multifaktoriell patofysiologi**
 - En sykdom, flere sykdommer?
 - Psykisk sykdom? Funksjonell/idiopatisk?
- **Er vi flinke nok pr i dag til å diagnostisere FD?**
 - Strukturerte utredningsalgoritmer!
 - Er diagnostiske spørreskjema gode nok; diagnostiserer vi reell FD?
- **Veien videre:**
 - Mer forskning fokusert på patofysiologi fremfor gruppering av symptomer!
- **HUSK:**
 - Grundig anamnese inkl DD-spørsmål
 - Passelig grad av utredning – stopp i tide!
 - Grundige betryggende forklaringer inkl livsstilsråd



UNIVERSITETET I BERGEN



- Relationship between symptoms and ingestion of a meal in FD, R. Bishops et al, Gut 2008
- Functional dyspepsia: A review of the symptoms, Evaluation and Treatment options, Kimberly N. Haver et al; Gastroenterol hepatol, 2020
- Pathophysiological abnormalities in functional dyspepsia subgroups, H. Vanheel et al, Am J Gastroenterol, 2017
- Gastrointestinal motility; Austin community college
- Romell: FD subdivision in PDS and EPS, F Carbone et al, Neurogastroent and physiol, 2015
- UpToDate.com; «Functional dyspepsia in adults», «Approach to the adult with dyspepsia»
- Store medisinske leksikon.no
- Functional Gastrointestinal Disorders, Rome IV, Douglas A. Drossmann et al, 2016
- Prolonged duodenal mucosal lymphocyte alterations in patients with and without post infectious functional gastrointestinal disorders after Giardia infection, Dizdar et al, 2018
- Role of the Duodenum in the pathogenesis of functional dyspepsia: A paradigm shift, Jung et al, J Neurogastroenterol Motil, 2018

