**‘Maagklachten’ in de huisartspraktijk**

Mattijs Numans

Maagklachten komen in de huisartspraktijk veel voor, de gemiddelde huisarts ziet wekelijks een ‘nieuwe’ patiënt met dit soort klachten, vrijwel dagelijks worden recepten met maagmedicatie verlengd. Sinds de eerste NHG standaard maagklachten (1993) is er door de beschikbaarheid van gastroscopie, H2-antagonisten en Protonpompremmers en meer kennis en ervaring met H pylori diagnostiek veel veranderd, maar maken nog steeds een aantal dilemma’s de beslissingen rond maagklachten in de eerste lijn niet eenvoudig. De anamnese maakt onderscheid tussen reflux en ‘dyspepsie’ niet goed mogelijk, klachten overlappen en de eerste stappen in de behandeling zijn hetzelfde. De NHG standaard adviseert al vele jaren een “step-up” beleid, dat wil zeggen, afhankelijk van zelf aangeschafte en eerder voorgeschreven medicatie eerst antacida, dan H2-antagonisten, dan PPI. Voor dat, door sommigen als nogal terughoudend beschouwde, beleid komt steeds meer wetenschappelijke steun. Ongeveer 2% van de populatie gebruikt chronisch en dagelijks PPI, al snel de helft daarvan zonder harde indicatie. Inmiddels wordt steeds meer duidelijk dat chronisch gebruik van PPI nadelen heeft. Het is alleen al om die reden zaak te zorgen terughoudend te zijn met de laatste stap in het step up beleid, nl. die naar voorschrijven van een PPI, zonder indicatie. Heeft iemand eenmaal een PPI, dan is H pylori diagnostiek minder betrouwbaar en stoppen met de PPI is nogal eens een probleem door rebound effect. De dilemma’s in de eerste lijn: hoe komen we tot een rationeel voorschrijfbeleid, zodanig dat PPI’s gebruikt worden voor de aandoeningen en indicaties waarvoor ze bedoeld zijn, wanneer is diagnostiek naar H pylori zinvol en kosten-effectief en hoe doen we dat dan, bij wie moet naar de huidige inzichten op welk moment juist wėl een gastroscopie worden aangevraagd en hoe krijgen we de chronische gebruikers van zuurremming bij wie daarvoor geen goede indicatie is, op een prettige manier terug bij een effectief “on demand” gebruik van medicatie. Op deze avond komen deze dilemma’s aan bod aan de hand van casuïstiek en worden de beslismomenten die de NHG standaard daarvoor geeft verhelderd.

**Dyspepsie: pathofysiologie en diagnostiek**

Andre Smout

Dyspeptische klachten kunnen een organische, systemische of metabole oorzaak hebben, maar hebben dit meestal niet. Chronische dyspepsie waarvoor geen organische, systemische of metabole oorzaak kan worden aangetoond, wordt functionele dyspepsie (FD) genoemd. In de Rome IV classificatie van functionele maagdarmstoornissen worden twee subtypen van FD onderscheiden: het “postprandial distress syndrome” (PDS) en het “epigastric pain syndrome” (EPS). Bij het PDS staan een hinderlijk postprandiaal vol gevoel en vroegtijdige verzadiging op de voorgrond, bij het EPS is pijn in epigastrio, die niet persé maaltijd-gerelateerd hoeft te zijn, het kernsymptoom.

De pathofysiologie van FD is multifactorieel. Afwijkende motoriek van maag en proximale dunne darm, viscerale hypersensitiviteit, laaggradige mucosale ontsteking (o.a. door Helicobacter pylori) en psychosociale factoren kunnen een rol spelen. Overmatige secretie van maagzuur behoort niet tot de pathofysiologische factoren.

De diagnose functionele dyspepsie kan, strikt genomen, pas worden gesteld wanneer de klachten meer dan 6 maanden bestaan en organische, systemische of metabole oorzaken zijn uitgesloten door daarop gerichte diagnostische onderzoeken. In de praktijk zal absolute zekerheid over het ontbreken van een dergelijke oorzaak in de meeste gevallen niet nagestreefd moeten en kunnen worden. Hierbij zijn er (uiteraard) grote verschillen in benadering tussen eerste- en tweedelijns zorg. In de huisartspraktijk zal na een lichamelijk onderzoek meestal met empirische therapie worden gestart. Volgens de NHG standaard hoort bij persisterende klachten op Helicobacter pylori te worden getest en dient gastroscopie pas te worden overwogen als de klachten blijven bestaan of recidiveren. Wanneer een patiënt met dyspeptische klachten in de tweede lijn belandt, zal altijd een gastroscopie worden uitgevoerd. Vaak geschiedt een dergelijke scopie “ter geruststelling” want er worden zelden relevante afwijkingen bij gevonden. Maagledigingsonderzoek is van beperkte klinische waarde.

**Reflux/regurgitatie/ructus: pathofysiologie en diagnostiek.**

Cees Clemens

Gastro-oesophageale reflux en regurgitatie geeft hinderlijke symptomen en/of mucosale schade.

De aandoening is zeer frequent voorkomend. Een deel van de patienten heeft reflux schade in de slokdarm in de zin van oesophagitis of Barrett zonder klachten.

De oorzaak van reflux is multifactorieel waarbij een falende barrière functie tussen slokdarm en maag centraal staat. De Lower Esophageal Sphincter samen met het crus van het diafragma zorgen normaal voor deze barriere. Een HD waardoor de ondersteuning door het diafragma ontbreekt, samen met te zwakke LES of een te frequent openen van de LES kunnen er voor zorgen dat er te vaak inhoud van de maag tot in de slokdarm komt. Veranderde peristaltiek in de slokdarm en verhoogde perceptie in de slokdarm kunnen eveneens bijdragen tot symptomen. Er is een bijna lineair verband tussen de expositie van zuur in de slokdarm en schade aan de slokdarm.

De symptomen van reflux worden verdeeld in de oesophageale symptomen waarbij klachten voorop staan zoals typische reflux klachten van branderigheid retrosternaal maar ook de non cardiac chest pain of juist slokdarmschade voorop staat: reflux oesophagitis, peptische strictuur, Barrett slokdarm, en Adenocarcinoom van de distale slokdarm. Moeilijker wordt het indien de patient verwachtingen heeft dat er sprake kan zijn reflux bij extra-oesophageale symptomen. Er is enig bewijs dat chronische laryngitis in verband kan worden gebracht met reflux. Dat bewijs is moeilijker met reflux als mogelijke oorzaak voor chronisch hoesten en het verband tussen astma en reflux. Burning mouth syndrome wordt nog wel eens verward met reflux en tandartsen suggereren ook wel eens dat de slechte toestand van het gebit in verband kan staan met reflux.

Bij gastroscopie kan men schade aan de slokdarm beoordelen en de noodzaak en duur van de behandeling bepalen. Indien er geen schade is kan men dankzij diagnostische technieken zoals 24 uur pH/impedantie en HRM slokdarmmanometrie met meer zekerheid al dan niet een verband leggen tussen klachten en de aan/afwezigheid van refluxziekte. Daarbij hebben 24 uur pH/impedantie metingen een geheel nieuw inzicht gegeven over de patient met ructus als voornaamste klacht.

**Medicamenteuze behandeling reflux en dyspepsie**

Andre Smout

Bij de behandeling van reflux- en dyspeptische klachten vallen grote verschillen te bespeuren tussen de benadering in de eerste en in de tweede lijn. Volgens de NHG standaard is het initieel niet van belang een onderscheid te maken tussen refluxklachten en dyspeptische klachten omdat de empirische aanpak in beide gevallen dezelfde is. De term “maagklachten” omvat beide soorten van klachten. De standaard adviseert te starten met een antacidum, om pas daarna eventueel een H2-receptor-antagonist in te zetten, en pas bij onvoldoende effect een protonpomp voor te schrijven. Als de klachten desondanks persisteren or binnen een jaar recidiveren, wordt een test op Helicobacter pylori (Hp) aangeraden, gevolgd door eradicatie indien deze positief uitvalt.

Vanuit het perspectief van de specialist is het van belang onderscheid te maken tussen de diagnose gastro-oesofageale refluxziekte (GORZ) en functionele dyspepsie (FD). In het geval van GORZ is van behandeling van een eventueel aanwezige Helicobacter pylori geen gunstig effect op de klachten te verwachten en zal meestal niet op Hp getest worden. In het geval van FD en Hp-positiviteit is Hp-eradicatie rationeel maar deze leidt meestal niet tot verdwijnen van de dyspeptische klachten, het “number-needed-to-treat” is 14. De meeste patiënten die in de tweede lijn worden gezien hebben al enige tijd een protonpompremmer gebruikt, zonder voldoende effect. Belangrijke redenen voor geen of onvoldoende effect van PPIs bij refluxklachten blijken een onjuiste diagnose of hypersensitiviteit van de slokdarm. Onvoldoende effect van PPIs op dyspeptische klachten is op grond de pathofysiologie van FD te verwachten. In beide gevallen kan het PPI-gebruik volledig gestaakt worden. De risico’s van langdurig gebruik van PPIs worden in de literatuur en zeker in de lekenpers overtrokken. Zoals bij elk geneesmiddel dient in elk individueel geval de voordelen tegen de nadelen te worden afgewogen.

Bij de behandeling van FD zijn de prokinetica domperidon en metoclopramide waarschijnlijk effectiever dan PPIs, maar tegen langdurig gebruik wordt door bevoegde instanties ernstig gewaarschuwd. Van het als geneesmiddel geregistreerde kruidenpreparaat Iberogast is bewezen dat het een gunstig effect op dyspeptische klachten kan hebben. Bij patiënten met reflux-hypersensitiviteit kan een modulator van de visceroperceptie zoals amitriptyline of citalopram worden beproefd.

**Chirurgische behandelopties**

Willem Hueting

Een alternatief voor de breed toegepaste medicamenteuze behandeling van refluxziekte is chirurgische therapie. M.n. bij patienten met persisterende klachten van regurgitatie en branden ondanks maximale medicatie en jonge patienten die levenslang medicatie moeten gebruiken hebben belang bij alternatieve opties. Chirurgisch herstel van het HD en herstel van de barrierefunctie is dan een goede oplossing voor veel patienten.

Chirurgie bij refluxziekte is kwaliteit van leven chirurgie. De belangrijkste principes zijn dan ook de juiste diagnostiek, indicatiestelling, patiënten selectie en voorlichting. Daarnaast moet de toegepaste minimaal invasieve chirurgisch techniek voldoen aan de basis principes van hernia chirurgie en refluxcontrole door herstel van de hoek van His. De belangrijkste uitkomstmaten zijn optimale refluxcontrole zonder medicatie en zonder dysfagie en goede functionele resultaten en verbetering van kwaliteit van leven en voor lange termijn minimale kans op recidief.
Sinds de start van het chirurgische  antireflux programma in 2010 wordt de laparoscopsche toupet  fundoplicatie als standaard behandeling toegepast waarbij de resultaten vergelijkbaar zijn met de resultaten van gespecialiseerde centra. Ondanks de goede resultaten is er ook behoefte aan verdere innovatie waar vooral gezocht wordt naar alternatieven voor chirurgie bij falen van medicatie. Een serieus en veelbelovend alternatief zou neurostimulatie van de onderste sphincter van de oesofagus kunnen zijn. Met de ambities om center of excellence voor de diagnostiek en behandeling van refluxziekte verwachten en hopen we ook dit alternatief in de nabije toekomst aan te kunnen bieden

**De refluxpoli: Wanneer en wie verwijzen?**

Hilde Slingerland

In deze presentatie wordt uitgelegd voor welke patiënten met welke symptomen verwezen kunnen worden naar het refluxcentrum. Bij deze patiënten worden de klachten die mogelijk reflux gerelateerd zijn geëvalueerd. Dit kan met behulp van ambulant 24 uurs meting van pH en impedantie in de slokdarm. Ook wordt vaak de slokdarmmotiliteit beoordeeld indien een operatie tot de mogelijkheden behoort met een HRM manometrie en evt. een passage video voor vast en vloeibaar voedsel.

Indien mogelijk wordt medicamenteuze en andere conservatieve therapie geoptimaliseerd. Indien de klachten persisteren en bewezen samenhangen met reflux/regurgitatie en er geen belangrijke contra-indicaties zijn kan een patient worden verwezen voor alternatieve, nu nog voornamelijk chirurgische therapie. Deze verwijzing gebeurd pas nadat de patient is besproken in een multidisciplinair overleg waarbij de reden van verwijzing naar chirurgie voor iedereen duidelijk moet zijn en de evt. (relatieve) contra-indicaties worden besproken. Mede door deze aanpak is het succespercentage van operatieve therapie zeer hoog.

Indien zich toch postoperatieve problemen voordoen dan worden deze ook besproken in het MDO en kan diagnostiek en behandeling volgen op de refluxpoli.