

Funktionell dyspepsi

Författare: Greger Lindberg, Professor Överläkare gastroenterologi, Karolinska universitetssjukhuset . Uppdaterad: 10 september 2010

Definition

Funktionell dyspepsi definieras enligt de så kallade Rome-III kriterierna genom förekomst av symtom som antas ha sitt ursprung i det gastroduodenala segmentet och samtidig avsaknad av varje organisk, systemisk eller metabol sjukdom som skulle förklara dessa symtom. 1 De symtom som avses är epigastrisk smärta, epigastrisk brännande känsla, besvärande postprandiell uppkördhet samt tidig mättnadskänsla. Symtomen ska ha funnits under sammanlagt minst tre månader sedan minst sex månader tillbaka. För uteslutande av organisk sjukdom krävs att patienten genomgått gastroskopi utan fynd av symtomförklarande patologi.

Tabell 1. *Symtomkriterier för funktionell dyspepsi. Symtomen skall ha förekommit under de senaste tre månaderna och debuterat för mer än sex månader sedan. Minst ett av följande symtom krävs för att uppfylla kriterierna för funktionell dyspepsi.*

Epigastrisk smärta	Smärta som lokaliseras till ett område mellan naveln, processus xiphoideus och de två medioclavicularlinjerna. Med smärta avses en subjektivt obehaglig och smärtsam känsla; några kan uppleva det som att vävnadsskada inträffar.
Epigastrisk bränna	Brännande känsla som lokaliseras till epigastriet (se ovan). Med bränna avses en subjektivt obehaglig känsla av värme.
Postprandiell uppkördhet	En obehaglig känsla av vidmakthållen överfyllnad av magen från den mat man har ätit.
Tidig mättnadskänsla	En känsla av att magen blir överfull redan tidigt under en måltid, utan proportion till måltidens storlek, så att måltiden inte kan ätas färdigt.

Indelning

Det finns två undergrupper till funktionell dyspepsi som definieras utifrån den dominerande symtombilden: PDS (postprandial distress syndrome) och EPS (epigastric pain syndrome). Vid PDS dominerar postprandiell uppkördhet och tidig mättnadskänsla medan det vid EPS är epigastrisk smärta som är huvudsymtomet. Dessa undergrupper saknar klinisk betydelse och har tagits fram för att möjligen kunna användas för forskningsändamål.

Bakgrund och epidemiologi

Det finns inga säkra epidemiologiska data för funktionell dyspepsi. Tillfälliga dyspeptiska besvär drabbar nästan alla personer och är särskilt vanligt efter akuta mag-tarminfektioner. Mer ihållande dyspeptiska besvär är också relativt vanliga och i enkätstudier har prevalensen i Sverige beräknats ligga mellan 11–20 procent beroende på hur dyspepsi definieras.² Det är oklart ifall funktionell dyspepsi drabbar kvinnor i större utsträckning än män, men bland dem som söker läkare för dyspepsi utgör kvinnor en majoritet. Kunskapsläget kommer också av att det finns en betydande överlappning med irritabel tarm och att många patienter varierar i symtombild över tiden mellan olika så kallade funktionella diagnoser. Den årliga incidensen, det vill säga nyinsjukandet i dyspepsi har beräknats till cirka 0,5 procent.³ Incidens och prevalens för dyspepsi i befolkningen inkluderar såväl funktionell som organiskt orsakad dyspepsi, främst magsårssjukdomen men även till viss del gastroesofageal refluxsjukdom och andra organiska orsaker till dyspepsi.

Mellan hälften och två tredjedelar av dem med dyspepsi som blir undersökta med gastroskopi har inga organiska förändringar som förklaring till dyspepsin.

Etiologi och patogenes

Såväl orsaker till som sjukdomsmekanismer vid funktionell dyspepsi är dåligt kända. Många anser att det kan finnas flera olika orsaker till funktionell dyspepsi. Liksom fallet är vid irritabel tarm kan funktionell dyspepsi debutera efter en akut infektion i mag-tarmkanalen. Vare sig *Helicobacter pylori* eller syrasekretion har någon säkerställd betydelse vid funktionell dyspepsi, men på grund av en betydande överlappning i symtombild med andra sjukdomar som gastroesofageal refluxsjukdom och magsårssjukdom, kan dessa faktorer ha betydelse för valet av behandling. Ett relativt stort antal patofysiologiska avvikelser har påvisats hos patienter med funktionell dyspepsi, men dessa avvikelserns betydelse för uppkomsten av symtom är mindre klar. Förlångsammat magsäckstömning ses hos 30–40 procent medan ungefär lika stor andel har nedsatt ackommodationsförmåga i ventrikeln. Visceral hypersensitivitet är också ett vanligt men svårämbar fynd hos patienter med funktionell dyspepsi och 37 procent av patienterna i en belgisk studie uppvisade en ökad känslighet för distension av magsäcken mätt med barostatteknik.⁴ Den sammantagna bilden av symtom och patofysiologiska avvikelser talar för att det enteriska nervsystemet är involverat i patogenesen vid funktionell dyspepsi. Infektiöst eller immunologiskt betingad inflammation är en möjlig mekanism bakom observerad dysfunktion.

Klinisk bild

Förutom de symtom som utgör kriterier för diagnosen är illamående, kräkningar, rapningar och viktninskning vanligt förekommande vid funktionell dyspepsi. Mekanismerna bakom de olika symtomen är i många fall oklar. Viktninskning är emellertid en följd av minskat födointag.

Studier av patofysiologiska mekanismer talar möjligen för att tidig mättnadskänsla beror på nedsatt ackommodationsförmåga medan postprandiell uppkördhet, illamående och kräkningar är vanligare vid förlångsammat magsäckstömning.

Epigastrisk smärta är mycket vanligt hos patienter med visceral hypersensitivitet men förekommer relativt ofta även vid förlångsammat ventrikeltömning och nedsatt ackommodationsförmåga.

Diagnostik

Anamnesen är viktig för att få en uppfattning om sjukdomsduration, typ av insjuknande, tidigare episoder, symtombild, nutritionsstatus och predisponerande faktorer. Särskild vikt skall läggas på att utesluta förekomst av alarmsymtom (tecken på blödning, det vill säga hematemes, maelena, anemi eller positiva F-Hb, dysfagi eller viktninskning). Läkemedelsanamnesen är också viktig eftersom dyspepsi är en vanlig biverkan av många mediciner, särskilt NSAID och ASA. Samtidig förekomst av irritabel tarm är frekvent och utesluter inte längre möjligheten att ställa diagnosen funktionell dyspepsi. Då dyspepsi är ett mycket vanligt symtom och dessutom en vanlig orsak till läkarkontakt har det vuxit fram en praxis att i primärvården handlägga flertalet patienter med dyspepsi utan att göra någon mer omfattande utredning. Det terapeutiska beslutsfattandet kommer där att huvudsakligen handla om patienter med "outredd dyspepsi". I denna grupp finns såväl funktionell som organiskt orsakad dyspepsi. Yngre patienter (<50 år) som inte uppvisar några alarmsymtom kan i de flesta fall handläggas som outredd dyspepsi, medan förekomst av ett alarmsymtom alltid skall leda till utredning. Gastroskopi är den undersökning som har störst diagnostiskt värde i utredningen av patienter med dyspepsi. Med denna metod kan flertalet organiska orsaker till dyspepsi diagnostiseras. Gastroskopi är också nödvändigt för att ställa diagnosen funktionell dyspepsi. Fysiologisk utredning av funktionell dyspepsi skall endast göras på terapiresistenta fall med långvariga besvär (>1 år).

Differentialdiagnoser

Läkemedelsorsakad dyspepsi, gastroesofageal refluxsjukdom, magsårssjukdom, magsäckscancer, gallstenssjukdom, pankreassjukdom och celiaki är de vanligaste differentialdiagnoserna vid dyspepsi.

Behandling

Outredd dyspepsi Två olika behandlingsprinciper har kommit att dominera handläggningen av undersökt dyspepsi: "Test-and-treat" och empirisk behandling med syrahämmande medel.

Vid "test-and-treat" undersöks patienten med serologiskt antikroppstest eller fekalt antigen test för *H. pylori* och de som är positiva erhåller eradikeringsbehandling. Denna består vanligen av protonpumpshämmare i normaldos morgon och kväll, klaritromycin 250 mg morgon och kväll samt metronidazol 400 mg morgon och kväll under sju dagar. Flera andra alternativ finns också att tillgå för eradikering av *H. pylori*, men med generiskt omeprazol är denna den billigaste. Motiven till att använda "test-and-treat" är dels att en mindre (<10 procent) andel av dem med undersökt dyspepsi kan antas ha *H. pylori*-associerad magsårssjukdom, dels också att man eradikerar en potentiell carcinogen. Empirisk syrahämmande behandling har också använts vid outredd dyspepsi. Motivet till sådan terapi är dels att outredd dyspepsi omfattar en del patienter med gastroesofageal refluxsjukdom (10–15 procent) men kanske också äldre data som talade för en symtomlindrande effekt av syrahämmande medel vid funktionell dyspepsi. Den optimala längden på en empirisk provbehandling med syrahämmande medel är emellertid oklar och så är också valet av medel (antacida, histamin-H₂-blockerare, protonpumpshämmare) att behandla med. Vid provbehandling med protonpumpshämmare måste också risken för utveckling av reflexinducerad hypersekretion vägas mot den eventuella nyttan av behandling för patienten.

Funktionell dyspepsi Diagnosen funktionell dyspepsi saknar idag farmakoterapeutiska implikationer, det vill säga det finns inte något läkemedel som kan användas för att framgångsrikt behandla denna diagnosgrupp. Detta är delvis en följd av att diagnosen är relativt ny. Äldre definitioner av funktionell dyspepsi omfattade fler patienter med överlappande diagnoser. I sådana grupper gjordes ett stort antal studier som i metaanalyser kunde visa en marginellt gynnsam effekt av behandling med såväl syrahämmande medel⁵ som eradikering av *H. pylori*.⁶ Majoriteten patienter hade emellertid ingen effekt av dessa behandlingar. Information om diagnosen, dietråd och symtomatiskt riktad behandling utgör grunden för medicinsk behandling vid funktionell dyspepsi. Livsstilsförändringar som rökstopp (vilket alltid är motiverat) och viktninskning för överviktiga kan vara av värde för patienten. Vid funktionell dyspepsi är en fettreducerad, fiberfattig och finfördelad kost lättare för magsäcken att hantera, särskilt i de fall där det föreligger en förlångsammat tömning av magsäcken. I svårare fall kan flytande kost vara nödvändig. Vid nedsatt akkommodation är måltidens storlek av betydelse och det finnas därför skäl att pröva frekventa små måltider. Om kaloriintaget blir otillräckligt kan kosttillskott behöva användas. Symtomlindrande behandling kan ges för smärta och illamående. Paracetamol är väl beprövat och har en smärtlindrande effekt vid såväl

funktionell dyspepsi som andra funktionella mag-tarmsjukdomar. Vid misstanke om visceral hypersensitivitet kan lågdos av tricykliska antidepressiva prövas. Opioider bör noggrant undvikas av flera skäl. Dessa har en negativ effekt på motoriken i mag-tarmkanalen, vilket kan leda till ytterligare försämrad funktion. Det finns också en risk ifall den underliggande sjukdomsprocessen är inflammatorisk att opioider via gliacellsaktivering kan potentiera smärtsignaleringen från det enteriska nervsystemet. Vid illamående kan dopamin-D2-blockerare lindra besvären. Det mest använda medlet är metoklopramid som dock ibland medför centrala biverkningar. Ett alternativ i sådana fall är att använda domperidon (licenspreparat) som inte passerar blod-hjärnbarriären.

Prognos

Naturalförloppet vid funktionell dyspepsi är inte särskilt väl känt. Hos patienter med outhärliga dyspeptiska besvär förefaller 15–20 procent att tillfriskna inom ett år medan ungefär hälften tillfrisknar inom 7–10 år. Ungefär en femtedel av patienterna med funktionell dyspepsi utvecklar en mer generell mag-tarmrubbing med symptom hänförliga till irritabel tarm.

Komplikationer

Svåra fall av funktionell dyspepsi medför en risk för undernäring och när funktionell dyspepsi drabbar unga personer kan tillståndet feltolkas som anorexia nervosa.

Särskilda och/eller förebyggande råd

Undvik provbehandling med läkemedel som kan orsaka följdtillstånd. Tiden är i allmänhet på patientens sida och expektans är ofta den enda adekvata åtgärden. Det går inte att på något känt sätt förebygga eller skydda sig från att drabbas av funktionell dyspepsi. Stress och emotionella faktorer anses kunna förvärra besvären.

Vidare information

[Dyspepsi och reflux – en systemisk litteraturöversikt, SBU](#) [Funktionell dyspepsi på medscape](#)

ICD-10

K30.9 - Funktionell dyspepsi

Referenser

1. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, Stanghellini V. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1466-79.
2. Agréus L, Svärdsudd K, Talley NJ, Jones MP, Tibblin G. Natural history of gastroesophageal

reflux disease and functional abdominal disorders: a population-based study. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:2905-14.

3. Nyrén O, Lindberg G, Lindström E, Marké LÅ, Seensalu R. Economic costs of functional dyspepsia. *Pharmacoeconomics.* 1992;1:312-24.

4. Tack J, Caenepeel P, Fischler B, Piessevaux H, Janssens J. Symptoms associated with hypersensitivity to gastric distention in functional dyspepsia. *Gastroenterology.* 2001;121:526-35.

5. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Innes M, Forman D. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004:CD001960.

6. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Harris A, Innes M, Oakes R, Wilson S, Roalfe A, Bennett C, Forman D. Eradication of *Helicobacter pylori* for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005:CD002096.

Författare: Greger Lindberg, Professor

Överläkare gastroenterologi, Karolinska universitetssjukhuset

Uppdaterad: 10 september 2010

Granskare: Granskning pågår

Granskad: Granskning pågår