

University of Groningen

Niet-acute bovenbuikklachten

Numans, M. E.; van den Broek, Noline

Published in:
 Diagnostiek van alledaagse klachten

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
 Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
 2021

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Numans, M. E., & van den Broek, N. (2021). Niet-acute bovenbuikklachten. In T. O. H. D. Jong (editor), *Diagnostiek van alledaagse klachten* (blz. 361-366). Bohn, Stafleu, Van Loghum.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Niet-acute bovenbuikklachten

M. E. Numans en N. Th. van den Broek

Samenvatting

In de algemene populatie zijn niet-acute bovenbuikklachten een veelvoorkomend verschijnsel. Ongeveer een kwart van de mensen met deze klachten wendt zich ermee tot een arts. De klachten die in dit hoofdstuk ter sprake komen, worden in het algemeen veroorzaakt door aandoeningen zoals gastro-oesofageale refluxziekte, dyspepsie, peptisch ulcuslijden, maligniteit in oesofagus of maag en afwijkingen aan lever, galblaas en pancreas. Ernstige aandoeningen liggen zelden aan deze klachten ten grondslag, maar zijn wel het eerste waarop de arts zich door middel van alarmsymptomen (o.a. haematemesis, dysfagie, melaena, zuurbranden) oriënteert. De prognose van een maligniteit in slokdarm en maag blijft matig tot slecht. Bij afwezigheid van alarmsymptomen is een gedetailleerde anamnese het belangrijkste instrument voor bepaling van een adequaat differentiaaldiagnostisch beleid. Het natuurlijk beloop van de meeste klachten is gunstig, maar er zijn enkele aandoeningen waarvoor interventie nodig en nuttig is. Een door *H. pylori* veroorzaakt peptisch ulcus in maag of duodenum moet bijvoorbeeld, gezien de therapeutische consequenties, als zodanig worden gediagnosticeerd. Derhalve zal bij persisteren van de klachten worden overgegaan tot nadere diagnostiek, gericht op het aantonen of uitsluiten van aandoeningen met specifieke consequenties.

32.1 Inleiding – 363

32.1.1 Over welke klachten gaat het? – 363

32.2 De klachten bij de dokter – 363

32.3 Pathofysiologie en differentiële diagnose – 364

32.3.1 Pathofysiologie – 364

32.3.2 Differentiële diagnose – 365

32.3.3 Refluxziekte – 365

32.3.4 Dyspepsie, of niet door refluxziekte veroorzaakte maagklachten – 365

32.3.5 Prikkelbaredarmsyndroom (PDS) – 366

32.3.6 Coeliakie – 366

32.3.7 Galstenen – 366

Digitaal aanvullende content

De online versie van dit artikel (► https://doi.org/10.1007/978-90-368-2620-4_32) bevat aanvullend materiaal, toegankelijk voor daartoe geautoriseerde gebruikers.

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2021
T. O. H. de Jongh et al. (Red.), *Diagnostiek van alledaagse klachten*,
https://doi.org/10.1007/978-90-368-2620-4_32

- 32.3.8 Chronische pancreatitis – 366
- 32.3.9 Hepatitis – 366
- 32.3.10 Maligniteit – 366
- 32.3.11 Pathologie in andere tracti – 367

32.4 Kansverdeling van diagnoses – 367

32.5 Betekenis van de voorkennis/context – 367

32.6 Betekenis van de anamnese – 367

- 32.6.1 Refluxziekte – 368
- 32.6.2 Dyspepsie – 368
- 32.6.3 Peptisch ulcus – 369
- 32.6.4 Alarmsignalen – 369

32.7 Betekenis van het lichamelijk onderzoek – 370

- 32.7.1 Palpatie – 370

32.8 Betekenis van aanvullend onderzoek – 370

- 32.8.1 Laboratoriumdiagnostiek – 370
- 32.8.2 Beeldvorming – 371
- 32.8.3 Endoscopie – 371
- 32.8.4 Empirische behandeling – 371

► [Ga naar de website app.studysuit.bsl.nl](http://app.studysuit.bsl.nl) voor digitaal materiaal bij dit hoofdstuk.

32.1 Inleiding

Klachten in de bovenbuik komen frequent voor en hebben een groot aantal uiteenlopende oorzaken [1, 2]. Het kan gaan om kortdurende klachten veroorzaakt door infectieuze aandoeningen, zoals misselijkheid, overgeven en pijn bij gastro-enteritis, maar ook om meer chronisch recidiverende klachtenpatronen van zuurbranden, oprispen, een opgeblazen gevoel en/of pijn gelokaliseerd in de bovenbuik. Veel klachten in de bovenbuik zijn, net als het prikkelbaredarmsyndroom, geassocieerd met of zelfs veroorzaakt door ongerustheid en psychische problematiek zoals angst en depressie [3, 4]. Dit stelt hoge eisen aan de consultvaardigheid van de behandelend arts en heeft vaak ook consequenties voor de behandeling.

Onder de patiënten met niet-acute klachten in de bovenbuik wordt bij een kleine minderheid een ernstige aandoening gevonden. Het merendeel van de klachten is functioneel en 'self-limiting' [5]. Bij maag-, darm- en leverziekten zijn de gezondheidsrisico's met betrekking tot acute bedreigende morbiditeit en mortaliteit meestal geringer dan bijvoorbeeld in de cardiologie, maar de hoeveelheid gederfde levensvreugde en de budgettaire gevolgen van ongerichte diagnostiek en langdurig medicatiegebruik zijn aanzienlijk.

In dit hoofdstuk wordt uitgegaan van klachten die door patiënten in de spreekkamer in de bovenbuik worden aangegeven. Daarbij moet in de differentiële diagnose ook rekening gehouden worden met aandoeningen die hun oorzaak buiten het bovenste deel van de maag-darmtractus hebben. De klachten die in dit hoofdstuk ter sprake komen, worden in het algemeen veroorzaakt door aandoeningen zoals gastro-oesofageale refluxziekte (GORZ, GORD, GERD), dyspepsie, peptisch ulcuslijden, maligniteit in oesofagus of maag en afwijkingen aan lever, galblaas en pancreas. Daarnaast kunnen het prikkelbaredarmsyndroom (PDS), inflammatoire darmziekten (IBD) en gegeneraliseerde aandoeningen zoals coeliakie of bijvoorbeeld ontregelde diabetes mellitus klachten in de bovenbuik veroorzaken. Het blijft differentiaaldiagnostisch van belang om bij klachten in de bovenbuik ook cardiale problematiek (bijv. angina pectoris of onderwandpathologie) als oorzaak te overwegen.

32.1.1 Over welke klachten gaat het?

Misselijkheid en braken

Deze klachten worden vooral door hun hinderlijkheid voor relatief ernstig gehouden, maar meestal komen misselijkheid en braken voor in het kader van een relatief onschuldige voorbijgaande infectie, zoals virale gastro-enteritis, en is symptoombestrijding voldoende. Als misselijkheid en braken voorkomen in combinatie met een uitgebreider

klachtenpatroon in de bovenbuik met bijvoorbeeld pijn, langdurig oprispen of onvrijwillig afvallen, dan zijn de klachten meer alarmerend van aard. Daarnaast kunnen misselijkheid en braken veroorzaakt worden door aandoeningen die niet in de bovenbuik zijn gelegen (zie ook ► H. 31 *Misselijkheid en braken*).

Zuurbranden, oprispen, reflux

De algemeen geaccepteerde Rome-criteria voor functionele maag-darmaandoeningen vermelden bij 'zure reflux' – het terugstromen van maagzuur in de slokdarm – dat deze klachten een rechtstreekse relatie hebben met 'gastro-oesofageale refluxziekte' (GERD, GORD of GORZ): de klachten zouden een hoge specificiteit hebben [6]. In de praktijk van de eerste lijn is er echter zeker in het begin van een episode met klachten veel overlap en is de kans dat klachten ten onrechte als refluxziekte worden geïnterpreteerd en behandeld aanzienlijk. Klachten van zuurbranden hebben onafhankelijk van de behandeling over het algemeen een relatief goedaardig beloop en zijn hinderlijk, maar niet bedreigend. Een subgroep van de mensen met zuurbranden heeft echter ernstiger en meer hardnekkige klachten die adequate diagnostiek en behandeling vragen.

Dyspepsie, maagpijn, maagklachten

De Rome-criteria definiëren dyspepsie 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, zonder aanwijzingen voor medische aandoeningen (ontstekingen, anatomische afwijkingen, stofwisselingsziekten of tumoren) die de klachten kunnen verklaren' [6]. Dyspepsie is een symptoomdiagnose of een syndroom gedefinieerd op basis van klachten. Deze klachten kunnen berusten op een peptisch ulcus, ontsteking of een functionele aandoening (veranderde motiliteit en/of gevoeligheid van de maag) en zelden ook op een maligniteit. Dyspepsie is geen alarmsymptoom, geeft vaak aanleiding tot het voorschrijven van medicatie, maar veroorzaakt vooral veel ongerustheid [3].

32.2 De klachten bij de dokter

Klachten in de bovenbuik worden lang niet altijd in de spreekkamer van de dokter gemeld. Telefonische enquêtes maakten in het verleden duidelijk dat ongeveer een kwart van de 'doorsnee' bevolking in de voorafgaande maand klachten in de bovenbuik had gehad en dat slechts een tiende van hen daarmee naar de huisarts was geweest [7].

Wie met klachten bij de huisarts komt, belandt over het algemeen met een klacht- of diagnosecode in het dossier. Extracties uit dossiers van huisartsen zijn de bron om meer zicht te krijgen op hoeveel personen zich met welke niet-acute klachten in de bovenbuik hebben gemeld. In de Fame-net-registratie is de incidentie van de verschillende bovenbuikklachten bij de huisarts weergegevens (■ tab. 32.1) [2].

▣ Tabel 32.1 Incidentie van verschillende klachten in de bovenbuik in het spreekuur van de huisarts (eerste contacten per 1000 patiënten per jaar) [2]

klacht	mannen	vrouwen	totaal
buikkrampen/-pijn	12,7	20,3	16,6
misselijkheid	7,2	17,1	12,2
zuurbranden	3,4	4,6	4,0
maagpijn	7,0	11,3	9,2
braken	13,6	16,6	15,1
slikklachten/dysfagie	1,4	2,0	1,7
haematemesis	0,4	0,6	0,5

▣ Tabel 32.2 Voorkomen van niet-acute klachten in de bovenbuik in de huisartsenpraktijk [9, 10]

	meest voorkomend in de leeftijdsgroep
maagpijn	vanaf 24 jaar
zuurbranden	vanaf 24 jaar
andere gelokaliseerde buikpijn	alle leeftijden
misselijk	vooral vanaf 75 jaar
braken	bij kleine kinderen en hoogbejaarden
haematemesis	vanaf 65 jaar
melaena	vanaf 45 jaar

Iedere huisarts met een 'normpraktijk' met circa 2100 ingeschreven patiënten ziet wekelijks één of twee patiënten met niet-acute klachten in de bovenbuik [8]. De helft van hen komt er op dat moment 'nieuw' mee naar het spreekuur (incidentie), de andere helft was al eerder bij de huisarts met dezelfde klachten (prevalentie). De frequentie van voorkomen varieert met leeftijd en geslacht (vaker bij ouderen, vaker bij vrouwen) en zal daarom ook in praktijkpopulaties variëren met de samenstelling daarvan. De onderliggende pathologie varieert ook met leeftijd en geslacht (▣ tab. 32.2). Naast de geregistreerde consultatie (consult in de spreekkamer, visite, telefonisch) wordt nog eens zo vaak via de balie of de telefoon bij de assistente een recept verlengd dat met klachten in de bovenbuik te maken heeft. Bovenbuikklachten komen aldus voor in de top twintig van meest voorkomende redenen om de huisarts te bezoeken (▣ tab. 32.1) [9, 10].

Weinig specifieke klachten, zoals pijn, krampen en overgeven, komen het meest voor. Meer specifieke klachten die rechtstreeks op maag en slokdarm wijzen (maagpijn en zuurbranden) komen minder vaak voor en alarmerende klachten (obstructie, haematemesis) het minst vaak (▣ tab. 32.1) [2]. Alarmerende klachten leiden, zoals de richtlijnen ook voorschrijven, relatief het meest tot directe aanvullende diagnostiek (verwijzing en/of gastroscopie) (▣ tab. 32.3).

Onderzoek in de eerste lijn heeft aannemelijk gemaakt dat 75 % 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 [5]. Gedurende dat jaar wordt gemiddeld een kwart van deze patiënten verwezen of aanvullend onderzocht, waarbij vooral degenen die herhaald consulteren in de tweede lijn terechtkomen [9]. Relatief veel klachten gaan gepaard met ongerustheid en psychisch onwelbevinden [11, 12].

Welke diagnostische handelingen de huisarts verricht, is sterk afhankelijk van de klacht waar de patiënt mee komt (▣ tab. 32.3).

32.3 Pathofysiologie en differentiële diagnose

32.3.1 Pathofysiologie

Een aantal pathofysiologische mechanismen is van belang wanneer het gaat over niet-acute klachten in de bovenbuik die hun oorzaak vinden in het bovenste deel van de tractus digestivus. Voedsel passeert via peristaltische bewegingen van boven naar beneden door de oesofagus naar de maag, gaat via de maag naar de twaalfvingerige darm en dan door naar de dunne darm. In de maag wordt maagzuur geproduceerd, in de twaalfvingerige darm wordt gal toegevoegd. Klachten ontstaan als de peristaltiek onvoldoende is, als de passage van de slokdarm naar de maag ter hoogte van het diafragma verstoord is, als er maagzuur richting slokdarm stroomt (reflux) in plaats van in de maag te blijven, als de maag te lang vol blijft, als er te veel of te weinig maagzuur wordt geproduceerd, of bijvoorbeeld gal weer terugstroomt richting maag in plaats van naar distaal.

De laatste twintig jaar is geprobeerd op basis van het klachtenpatroon onderscheid te maken tussen pathofysiologisch verschillende 'reflux'-klachten en 'dyspepsie'. De eerste zouden relatief meer 'zuurgerelateerd' zijn en berusten op problemen in de motoriek van slokdarm en maag. De tweede zouden relatief meer op andere mechanismen berusten, zoals ontsteking door medicatiegebruik of *H. pylori*. Op basis van de klachten en het beloop is dat onderscheid na verloop van tijd wel te maken, maar vooral in het begin ontbreken helder discriminerende kenmerken, en de initiële behandeling (vaak bij de huisarts) verschilt dan ook niet. In de huidige richtlijnen wordt in de eerste stappen van de behandeling geen hard onderscheid meer gemaakt. Dat neemt niet weg dat het voor goed begrip van de gepresenteerde klachten voor de behandelend arts zinvol is kennis te hebben van de pathofysiologische achtergronden, om verantwoorde keuzes te kunnen maken.

Zoals aangegeven speelt zowel bij refluxziekte als bij dyspepsie de motoriek van het maag-darmkanaal een belangrijke rol. Klachten in de bovenbuik ontstaan meestal door een combinatie van factoren.

Tabel 32.3 Diagnostische interventies bij de verschillende klachten tijdens het eerste contact bij de huisarts [2]

	verwijzing	lab ^a	röntgen	gastroscopie
buikkrampen/-pijn	0,04 %	15,6 %	1,9 %	0,03 %
misselijkheid	2,7 %	17,4 %	2,2 %	0,08 %
zuurbranden	1,5 %	9,8 %	2,3 %	0,7 %
maagpijn	2,1 %	10,1 %	2,7 %	0,4 %
braken	3,8 %	7,5 %	8,0 %	0,04 %
slikklachten/dysfagie	9,0 %	5,4 %	8,2 %	3,5 %
haematemesis	12,7 %	5,0 %	1,5 %	1,9 %

^aDit betreft onderzoek van bloed, urine en/of feces.

32.3.2 Differentiële diagnose

Differentiaal diagnostisch moet bij niet-acute klachten in de bovenbuik en achter het borstbeen behalve aan maagklachten ook worden gedacht aan (atypische) angina pectoris of een myocardinfarct, zelden aan een aneurysma, aan pulmonale problematiek of – na uitsluiting van meer urgente oorzaken – ook aan een hernia epigastrica of aan myogene problematiek in de thorax of buikwand (■ tab. 32.4).

32.3.3 Refluxziekte

Refluxziekte heeft een multiconditiële achtergrond, waarbij vooral het sluitmechanisme op de overgang van slokdarm naar maag disfunctioneert. Er is een te lage spanning van de onderste oesofagussfincter (lower esophageal sphincter (LES)), waardoor maagzuur omhoog kan stromen in de slokdarm.

Een mechanisch probleem dat ook reflux induceert is de hiatus hernia, waarbij de overgang van slokdarm naar maag door het diafragma naar boven schuift. Daardoor kan het maagzuur (en voedsel) gemakkelijker naar boven terugstromen. Min of meer het tegenovergestelde is overigens het geval bij achalasia. In dat geval ontstaan overheersend passagestoornissen door het niet voldoende openen van de overgang van slokdarm naar maag en door het verstoppingseffect kunnen ook dan klachten van zure reflux ontstaan.

Genoemde mechanische ('motorieke') problemen vormen in wisselende combinatie met overmatige zuurproductie in de maag en toegenomen pijnperceptie in de slokdarm de huidige pathofysiologische verklaring van klachten die passen bij refluxziekte.

32.3.4 Dyspepsie, of niet door refluxziekte veroorzaakte maagklachten

Als bij dyspepsie, naast een opgeblazen gevoel, vaag onwelbevinden in de bovenbuik en soms zuurbranden, ook pijn in de bovenbuik een rol speelt, worden motoriekproblemen

Tabel 32.4 Diagnostische schema bij niet-acute bovenbuikklachten

oesofagus	oesofagitis	s
maag	refluxziekte	v
	dyspepsie/stoornis maagfunctie	v
	hernia diaphragmatica	s
	peptisch ulcus	s
	maag-/slokdarmcarcinoom	z
darmen	spastisch colon/PDS	s
	coeliakie	s
pancreas	chronische pancreatitis	z
lever/galblaas	cholelithiasis	s
	hepatitis	z
cardiaal	myocardinfarct/angina pectoris	z

v = vaak oorzaak van niet-acute bovenbuikklachten in de huisartsenpraktijk.

s = soms.

z = zelden.

Cursief gezette diagnoses hebben ernstige gevolgen voor de patiënt.

(bijv. vertraagde maagontlediging) vaak gecombineerd met of veroorzaakt door ontstekingsverschijnselen in het maagslijmvlies. Erosies in het maagslijmvlies en ulcera in maag of duodenum ontstaan als gevolg van het gebruik van NSAID's, onder invloed van de aanwezigheid van *Helicobacter pylori* en door de directe inwerking van maagzuur. Ook het gebruik van sommige antidepressiva (SSRI's) kan soms klachten geven en is een (beperkte) risicofactor voor schade aan het maagslijmvlies met soms ulcusvorming en/of bloeding uit de maagwand tot gevolg. Vrijwel alle ulcera duodeni worden veroorzaakt door *H. pylori* en ook ongeveer 70 % van de ulcera ventriculi ontstaat op die manier. Nu in de westerse wereld de infectiekans met *H. pylori* afneemt, neemt het relatieve aandeel van de door gebruik van NSAID's en andere oorzaken ontstane ulcera toe.

Een infectie met *H. pylori* geeft altijd gastritis. Gastritis als macroscopische (bij endoscopie) of microscopische (in een biopsie onder microscoop bekeken) bevinding komt ook zonder klachten voor en is dus – tenzij er sprake is van erosies, (pre)ulceratie en bloeding – niet per definitie de verklaring van dyspepsie of maagklachten.

32.3.5 Prikkelbare darmsyndroom (PDS)

Een aandoening die rechtstreeks of indirect ook aanleiding kan geven tot klachten in de bovenbuik is het prikkelbare darmsyndroom (PDS) ofwel irritable bowel syndrome (IBS) (zie ook ► H. 34 *Chronische buikpijn*). Niet zelden blijken dyspeptische klachten in breder verband samen voor te komen met klachten van het lagere deel van de tractus digestivus. De motoriekproblemen die deels aan PDS ten grondslag liggen, zoals obstipatie en vertraagde maagontlediging of vertraagde peristaltiek, hebben dan ook hoger in de tractus digestivus gevolgen ('the constipated stomach', ook wel gootsteeneffect) [13]. De combinatie van moeilijk verklaarbare klachten lijkt nogal eens tot verwijzing naar de tweede lijn te leiden [8].

32.3.6 Coeliakie

Coeliakie is een auto-immuunziekte waarbij glutenintolerantie een scala aan weinig specifieke, meer of minder ernstige buikklachten kan geven. Klassiek wordt coeliakie gevonden bij kinderen, maar er is een tweede piek in het stellen van de diagnose tussen 20 en 40 jaar. Het gaat dan om mensen bij wie de intolerantie vermoedelijk al langer bestaat, maar bij wie het nog niet eerder tot diagnostiek is gekomen. Met een geschatte prevalentie van ruim 80.000 in Nederland (10 in iedere huisartsenpraktijk) zijn veel patiënten niet symptomatisch. Coeliakie kan zich openbaren door diarree en buikpijn, ook in de bovenbuik [14].

32.3.7 Galstenen

De relatie tussen klachten in de bovenbuik en galstenen is niet eenduidig, tenzij het om koliekpijnen gaat [15]. De klachten worden veroorzaakt door het vastlopen van stenen in de galwegen. Van oudsher adviseren de leerboeken bij 'maagklachten' ook wel op basis van de klassieke kenmerken 4 × F (female, fat, fertile, fair of forty) bij bovenbuikklachten, nadere diagnostiek naar galstenen door middel van echografie niet over te slaan. Interventie is bij symptomatische galstenen vooral bij intermitterende koliekpijnen zinvol en geschiedt tegenwoordig meestal met laparoscopische chirurgie.

32.3.8 Chronische pancreatitis

Chronische pancreatitis is een zeldzame aandoening, die vooral aan het licht komt naar aanleiding van vage pijnklachten in combinatie met spijsverteringsstoornissen. In het ontstaan is er een relatie met galstenen en chronisch galweglijden, alsmede met alcoholgebruik. De gevolgen bestaan uit verminderde beschikbaarheid van exocriene pancreasenzymen, vooral betrokken bij de vet- en eiwitvertering. Op termijn kan ook een insufficiëntie van de endocriene pancreasfunctie ontstaan, zich uitend in diabetes. De spijsverteringsstoornissen die optreden, uiten zich in vet- en eiwitverlies via de ontlasting en gewichtsverlies. De diagnose wordt gesteld aan de hand van calcificaties bij echografie en analyse van de ontlasting.

32.3.9 Hepatitis

Hepatitis openbaart zich doorgaans eerst als een ziekte met koorts en icterus, waarbij de bovenbuikklachten niet de reden voor een bezoek aan de dokter vormen. Maar ook een begin met atypische bovenbuikklachten komt voor. De beschrijving van de verschillende vormen van virale en alcoholische hepatitis en van non-alcoholische steatosis hepatis (NASH) gaat buiten het bestek van dit hoofdstuk.

32.3.10 Maligniteit

Bij de personen die met niet-acute klachten in de bovenbuik de huisarts bezoeken, wordt incidenteel een maligniteit gevonden. In het algemeen worden maligniteiten in slokdarm, maag, galwegen en lever door hun sluimerend begin pas gevonden in een relatief gevorderd stadium. Het merendeel van de patiënten bij wie een maligniteit in het bovenste deel van de tractus digestivus wordt gevonden, bezocht de huisarts met alarmsymptomen, die vervolgens aanleiding vormden voor aanvullende diagnostiek.

Alarmerende klachten die onder meer kunnen samenhangen met een maligniteit in lever, galwegen en pancreas zijn de 'stille icterus' (zonder pijn of jeuk), ontkleurde ontlasting, afvallen en malaiseklachten. Het meest in het oog springende alarmsymptoom bij klachten in de bovenbuik is dysfagie, ook wel beschreven als passagestoornissen, slikstoornissen of obstructie. Dyspepsie vormt bij slechts 5% van de mensen met maagkanker de eerste reden van consultatie en deze maligniteit heeft hoe dan ook een slechte prognose [16]. De vijfjaarsoverleving van maligniteiten in slokdarm en maag is ondanks verbeterde mogelijkheden van vroegdiagnostiek en -behandeling, verbeterde operatietechnieken en verdergaande chemotherapeutische mogelijkheden nog altijd zeer matig.

32.3.11 Pathologie in andere tracti

Differentiaaldiagnostisch moet bij op refluxziekte gelijkende klachten of bij bovenbuikklasten worden gedacht aan (atypische) angina pectoris of een onderwandinfarct. Ook omgekeerd kom voor: de zogeheten 'non cardiac chest-pain' die erg lijkt op angina pectoris, maar pathofysiologisch door reflux van maagzuur in de slokdarm wordt verklaard en daarom goed reageert op behandeling met zuurremmende medicatie.

Ook pulmonale problematiek kan atypische bovenbuikklasten geven: een van de symptomen van pneumonie kan bovenbuikpijn zijn. Ook hier is, omgekeerd, soms refluxziekte de oorzaak van chronische hoestklachten ('gastric asthma'). Klassiek zijn de onverkleerde bovenbuikklasten die soms samengaan met ontregeling van diabetes mellitus.

32.4 Kansverdeling van diagnoses

Bij nieuwe presentatie van niet-acute klachten in de bovenbuik wordt de kans op een relevante aandoening bepaald door verschillende factoren. In het algemeen neemt de kans op ernstige pathologie en vooral op een maligniteit toe bij het oplopen van de leeftijd. In de internationale literatuur wordt het afkappunt waarboven met ernstige pathologie rekening moet worden gehouden, gelegd bij 45 jaar, maar het hanteren van een absolute grens moet in de dagelijkse praktijk worden afgeraden: ernstige pathologie wordt relatief vaak, helaas pas in een gevorderd stadium gevonden op basis van de zogeheten 'alarmsymptomen' (zie kader Alarmsignalen) en leeftijd op zichzelf is dat niet. Bij jonge mensen zijn niet-acute klachten in de bovenbuik relatief vaker functioneel en worden symptomatisch behandeld. Daarbij wordt uiteindelijk ook relatief vaker geen definitieve diagnose gesteld (■ tab. 32.5).

32.5 Betekenis van de voorkennis/context

In al het wetenschappelijk onderzoek dat in de huisartsenpopulatie is gedaan naar niet-acute aandoeningen in de bovenbuik, is de voorspellende waarde van de voorgeschiedenis opvallend.

Een ooit gediagnosticeerd peptisch ulcus is een krachtige voorspeller voor het optreden van een recidief [17]. Een aangetoonde hiatus hernia zonder verdere afwijkingen is een krachtige voorspeller voor het aantreffen van oesofagitis bij gastroscopie (■ tab. 32.6) [17]. Het al dan niet uitgevoerd hebben van *H. pylori*-eradicatie als behandeling van peptisch ulcus, bepaalt het beleid bij hernieuwd optreden van klachten in de bovenbuik. Dat betekent dat alle diagnostische bevindingen en hun behandeling rond klachten in de bovenbuik heel goed moeten worden geregistreerd en overgedragen. Deze gegevens zijn van groot belang voor de arts die bij hernieuwde klachten in een later stadium door dezelfde patiënt wordt geconsulteerd.

32.6 Betekenis van de anamnese

Bij niet-acute klachten in de bovenbuik is de anamnese in de meeste gevallen de belangrijkste informatiebron waarmee een waarschijnlijkheidsdiagnose wordt gegenereerd. In de anamnese zou de meeste energie en tijd moeten worden gestoken en over de aard van de te verzamelen informatie in relatie tot de belangrijkste diagnoses zijn inmiddels veel wetenschappelijke gegevens bekend. Bij de meerderheid van de patiënten in de eerste lijn zijn de klachten in de bovenbuik 'medisch' onverklaard; dat wil in dit geval zeggen dat de klachten met aanvullend onderzoek niet van een diagnose kunnen worden voorzien en in dat geval worden ze als 'functioneel' van aard beschouwd. De anamnese wordt

■ Tabel 32.5 A-priorikansen op bepaalde diagnoses bij een aantal klachten in de bovenbuik [8]

diagnose	peptisch ulcus (D85/86)	stoornissen maagfunctie (D87)	hernia diaphragmatica (D90)	spastisch colon/IBS (D93)	ziekte oesofagus (D84)	gastro-enteritis (D73)	cholecystitis/cholelithiasis (D98)	klacht-diagnose (geen diagnose gesteld)	overige
<i>klacht</i>									
maagpijn (D02)	7 %	36 %	2 %	3 %	2 %	3 %	2 %	23 %	17 %
zuurbranden (D03)	–	36 %	5 %	–	11 %	–	–	31 %	21 %
andere gelokaliseerde buikpijn (D06)	–	4 %	–	13 %	–	3 %	3 %	33 %	44 %
misselijk (D09)	–	15 %	–	2 %	–	10 %	2 %	20 %	41 %
braken (D10)	1 %	9 %	–	–	–	28 %	1 %	17 %	44 %
haematemesis (D14)	14 %	20 %	–	–	–	–	–%	25 %	41 %

Tabel 32.6 De relatieve kans op een diagnose (gecorrigeerde OR met 95 % betrouwbaarheidsinterval) bij kenmerkende voorgeschiedenis [18, 19]

diagnose	peptisch ulcus	refluxoesofagitis	maligniteit
<i>Kenmerk</i>			
eerder peptisch ulcus	3,6 (2,2–6,0)	0,3 (0,1–0,6)	
eerder hiatus hernia	0,3 (0,1–0,7)	2,7 (1,5–4,6)	
eerder dyspepsie			0,4 (0,1–1,1)

OR (odds ratio) > 1 betekent: komt vaker voor; OR < 1 betekent: komt minder vaak voor.

Tabel 32.7 Relatie tussen klachten en kans op refluxziekte (LR+)

diagnose	oesofagitis bij gastroscopie	afwijkende 24-uurs pH-test
zuurbranden		1,67
regurgitatie/oprispen [18]		1,55
scorelijst met zuurbranden, klachten bij bukken, roken, voorgeschiedenis, geslacht [17]	1,74	
klachten verdwijnen bij behandeling met protonpompremmer [19]	1,3 (0,78–1,86) (ns)	1,8 (1,09–2,58)

ns = niet significant.

niettemin in eerste aanleg vooral gebruikt om ernstige aandoeningen op het spoor te komen dan wel uit te sluiten.

Hierna wordt de samenhang van anamnesticke kenmerken met drie belangrijke diagnoses besproken. Telkens wordt de diagnose vastgesteld met een relevante diagnostische test, de referentietest, ook wel de ‘gouden standaard’. Anamnesticke kenmerken, zoals antwoorden op vragen of de reactie op een eenvoudig in te stellen behandeling, worden beschouwd als informatie die ook als diagnostische test kan worden gebruikt, de zogenoemde indextest. De mate van samenhang tussen indextest en referentietest wordt uitgedrukt in de diagnostische maat likelihood ratio (LR+, de kans op een correcte voorspelling van de diagnose met de referentietest, op basis van de uitslag van de indextest, gedeeld door de kans op een niet-correcte voorspelling, moet bij een zinvolle test bij voorkeur > 1,5 zijn) of, als het om enkelvoudige kenmerken gaat, de statistische maat odds ratio.

32.6.1 Refluxziekte

De diagnose waarbij het meest op anamnesticke kenmerken wordt vertrouwd, is refluxziekte (GORD, GERD). Zuurbranden is een doorslaggevend symptoom van refluxziekte (Tabel 32.7) De positief voorspellende waarde van zuurbranden voor de diagnose refluxziekte wordt in een van de meest geciteerde studies gesteld op 70–80 %, maar is in deze niet uit de eerste lijn afkomstige studie vastgesteld in

een populatie met 50–60 % patiënten met refluxziekte [19]. De klacht zuurbranden is in het perspectief van de eerste lijn (met onder personen met klachten in de bovenbuik een refluxziekteprevalentie in de orde van 10–20 %; zie ook Tabel 32.5) een kenmerk dat te frequent aanleiding geeft tot langdurige behandeling met krachtige zuurremmende medicatie, omdat het op basis van tweedelijnsinformatie te snel wordt geassocieerd met de diagnose refluxziekte.

De anamnesticke kenmerken van refluxziekte zijn in het meeste onderzoek vastgesteld met oesofagitis bij gastroscopie als referentietest. Oesofagitis, ontsteking van het slijmvlies in de oesofagus vastgesteld met gastroscopie, is een van de gevolgen van refluxziekte, maar refluxziekte komt ook zonder slijmvliesafwijkingen voor en de ernst van de klachten heeft geen lijnrechte relatie met toename van de slijmvliesbeschadiging. Zonder slijmvliesafwijkingen wordt de diagnose gesteld op basis van de anamnese en/of aan de hand van een 24-uurs zuurmeting in de slokdarm. Een goede reactie op medicatie is onvoldoende bewijs voor het bestaan van refluxziekte en geen indicatie voor de bij klassieke refluxziekte vaak noodzakelijke onderhoudsbehandeling met zuurremming.

32.6.2 Dyspepsie

Niet op refluxziekte berustende bovenbuikklachten worden dyspepsie of maagklachten genoemd. De onderliggende pathologie waarop diagnostiek wordt gericht, is het

Tabel 32.8 Relatie tussen anamnesticke kenmerken, *H. pylori* en de diagnose peptisch ulcus [17]

kenmerk	ruwe OR (95 % BI) ^a	scorelijst	scorelijst met <i>H. pylori</i> -test
leeftijd (per jaar)	1,0 (0,9–1,1)		
hiatus hernia	0,3 (0,03–1,9)		
pijn na de maaltijd	0,6 (0,3–1,2)		
dysfagie/passagestoornis	0,9 (0,4–2,0)		
ulcus in het verleden	6,4 (3,1–13,5)	5,5 (2,6–11,8)	4,6 (2,1–10,1)
roken	2,2 (1,2–4,3)	2,0 (1,0–4,0)	1,9 (0,9–3,8)
hongerpijn	3,0 (1,5–6,2)	2,8 (1,4–6,0)	2,8 (1,3–5,9)
positieve <i>H. pylori</i> -test	3,1 (1,6–6,0)		2,7 (1,4–5,5)

^aOR = odds ratio; BI = betrouwbaarheidsinterval.

peptisch ulcus, in het duodenum of in 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. Maar de kans dat een ulcus wordt gevonden op basis van een risicoberekening in combinatie met andere kenmerken, blijft met een waarde van circa 26 % aan de lage kant [17]. Bij het overgrote deel van de patiënten met dyspeptische klachten wordt dan ook geen oorzaak voor de klachten gevonden.

32.6.3 Peptisch ulcus

Worden de dyspeptische klachten veroorzaakt door een peptisch ulcus, dan spelen medicatiegebruik (NSAID) of *H. pylori*-infectie een rol bij het ontstaan. Dyspeptische klachten kunnen uitstekend medicamenteus worden behandeld voordat aanvullend onderzoek wordt gedaan. Een peptisch ulcus op basis van *H. pylori* vraagt echter een heel andere behandeling. Dat is de reden dat in de huidige multidisciplinaire richtlijnen aanvullende diagnostiek wordt aanbevolen als de klachten ondanks symptomatische behandeling niet verdwenen zijn na 2 maanden, of als ze snel terugkomen na staken van de behandeling.

In **tab. 32.8** wordt de samenhang tussen anamnesticke kenmerken en peptische ulcera getoond onder Nederlandse patiënten met klachten in de bovenbuik. De eerste kolom geeft de samenhang van losstaande patiëntkenmerken met de diagnose. In de tweede kolom worden de belangrijkste kenmerken uit de kolom met losstaande kenmerken samengevoegd in een scorelijst (een voorspellingsmodel, of een beslisregel die de kans op een diagnose geeft). In de derde kolom wordt aan die scorelijst de uitslag van een test op *H. pylori* toegevoegd. De tabel laat zien dat vooral positieve kenmerken (een voorgeschiedenis met een ulcus, roken, pijnklachten) belangrijk zijn om in te schatten of er ook werkelijk een peptisch ulcus kan worden verwacht; de toegevoegde *H. pylori*-test blijkt uiteindelijk even belangrijk als de kenmerkende pijnklachten. Voor het beleid is

het belangrijk dat vooral patiënten met deze kenmerkende klachten en een positieve *H. pylori*-test goed reageren op het weghalen van de bacterie. Met het dalen van de *H. pylori*-prevalentie in Nederland, is de kans op het aantreffen van een peptisch ulcus de laatste jaren wel afgenomen.

32.6.4 Alarmsignalen

In alle richtlijnen voor het gebruik van aanvullende diagnostiek bij mensen met klachten in het bovenste deel van de tractus digestivus, wordt geadviseerd bij 'alarmsignalen' direct een gastroscopie te laten doen (zie kader Alarmsignalen). Als het gaat om alarmsignalen die zouden moeten leiden tot snelle diagnostiek met gastroscopie, omdat een ernstige afwijking in maag of slokdarm moet worden vermoed, doet zich een voor de huisarts uiterst relevant fenomeen voor. Alarmsignalen, zoals bloedbraken en plotselinge obstructie, leiden tot spoedverwijzing naar de tweede lijn. Relatief vaak zijn patiënten met bovenbuikklasten echter bezorgd dat al langer bestaande klachten worden veroorzaakt door een maligniteit.

In Nederlands onderzoek blijkt ongeveer een kwart van de aanvragen voor gastroscopie te worden gedaan ter geruststelling bij verdenking van een kwaadaardige aandoening (**tab. 32.9**). In die groep is ook gezocht naar kenmerken van een maligniteit, naar symptomen die zouden moeten alarmeren. De waarde van de anamnese voor een dergelijk onderscheid is beperkt en opvallend. Typische dyspepsie, al dan niet in combinatie met zuurbranden, is bij uitstek *geen* aanwijzing voor een kwaadaardige aandoening, maar pleit net als een relatief langdurig beloop van klachten eerder tegen een kwaadaardige oorzaak [20].

Haematemesis (bloedbraken), melaena (zwarte ontlasting op basis van bloedverlies) en dysfagie of obstructie (het eten wil niet zakken) worden als alarmsignalen beschouwd die in het kader van klachten in de bovenbuik om verschillende redenen op korte termijn nader onderzoek of snelle interventie vereisen.

Tabel 32.9 Relatieve kans op maligniteit in oesofagus of maag bij kenmerken van patiënten met dyspepsie die verwezen zijn door huisartsen voor gastroscopie [20]

kenmerk	OR (95 % BI) ^a
melaena	3,0 (0,7–13,4)
dysfagie/passagestoornissen	6,1 (2,1–17,6)
onvrijwillig gewichtsverlies	4,4 (1,6–12,5)
algehele malaise	2,1 (0,7–6,9)
dyspeptische klachten/zuurbranden	0,2 (0,1–0,8)
mannelijk geslacht	1,5 (0,5–4,3)
roken	2,6 (0,9–8,0)

^aOR = odds ratio; BI = betrouwbaarheidsinterval.

32

Haematemesis kan wijzen op een bloeding in de maag of slokdarm door een peptisch ulcus of oesofagusvarices en vraagt om snelle endoscopische of chirurgische interventie om de bloeding te stelpen. Melaena kan ook wijzen op een bloeding hoog in de tractus digestivus. Hoge obstructieklachten vragen meestal om snelle diagnostiek in verband met de klachten, maar hoeven niet altijd op een maligniteit te berusten: de oorzaak kan bestaan uit een maligniteit, maar ook bijvoorbeeld uit achalasie of ulcererende oesofagitis. Verschijnselen als icterus (zonder pijn of jeuk) en ontkleuring van de ontlasting zijn om andere redenen alarmerend.

Onderzoek heeft uitgewezen dat het goed uitvragen van alarmsymptomen zinvol is, ook om te komen tot doelmatige diagnostiek en daardoor tijdige interventie bij ernstige aandoeningen. Kwaadaardige aandoeningen komen echter niet alleen aan het licht op basis van alarmsymptomen, maar ook door onderzoek in verband met algemene klachten, zoals onverklaard afvallen, anemie en algehele malaise in combinatie met specifieke buikklachten.

Alarmsignalen

- haematemesis (bloedbraken)
- melaena (zwarte ontlasting op basis van bloedverlies)
- dysfagie (slikklachten door obstructie of passagestoornissen)
- onbedoeld gewichtsverlies en algehele malaise
- icterus
- ontkleurde ontlasting

32.7 Betekenis van het lichamelijk onderzoek

Lichamelijk onderzoek wordt altijd uitgevoerd bij patiënten met klachten in de bovenbuik, maar het draagt niet veel bij aan de diagnostiek (■ fig. 32.1). Richtlijnen schrijven

lichamelijk onderzoek dan ook vooral voor als een manier om een volledig beeld te krijgen van de fysieke toestand van de patiënt en eventuele andere aandoeningen op het spoor te komen. Met lichamelijk onderzoek wordt ook inzicht verkregen in eventueel minder voor de hand liggende verklaringen voor de symptomen.

32.7.1 Palpatie

Het aantreffen van een ‘tumor’ bij palpatie van de bovenbuik kan wijzen op een ernstige aandoening, bijvoorbeeld een maligniteit. Het niet-aantreffen van een tumor sluit een maligniteit echter allermindst uit. Het teken van Courvoisier (een palpatoire zwelling onder de rechterschouder) duidt op de aanwezigheid van een gespannen galblaas ter plaatse. In combinatie met icterus zou dit volgens de naamgever eerder duiden op maligniteit dan op galstenen. De diagnostische testeigenschappen van een palpabele galblaas voor het bestaan van galstenen zijn echter onvoldoende bekend.

In de literatuur wordt melding gemaakt van de Carnett-test (palpatie van de buik en hernieuwde palpatie na aanspannen van de buikspieren), die onderscheid mogelijk moet maken tussen buikwandpijn en pijn in de (boven) buik. Ook hiervan zijn geen testeigenschappen bekend waar het bovenbuikpathologie betreft.

32.8 Betekenis van aanvullend onderzoek

Het aanvullend onderzoek bij niet-acute klachten in de bovenbuik is de laatste jaren nogal in discussie. Er is een aantal diagnostische tests beschikbaar, op basis waarvan in eerste instantie bepalingen uit bloed voor de hand liggen en waarbij uiteindelijk ook een behandeling als diagnostische test wordt gebruikt. Een bijzondere vorm van aanvullend onderzoek is de in Nederland in onbruik geraakte Bernstein-test op refluxziekte. Hierbij wordt HCl in een lage concentratie met een sonde in de slokdarm gebracht. Als op deze manier de kenmerkende pijnklachten worden gereproduceerd, wordt de diagnose gastro-oesofageale refluxziekte geacht te zijn bevestigd [21].

32.8.1 Laboratoriumdiagnostiek

Hb en BSE worden bepaald wanneer er verdenking bestaat op anemie, ontsteking of maligniteit. Leverfunctieparameters worden aangevraagd als gedacht wordt aan hepatitis, galwegpathologie of metastasering. Amylase wordt bepaald bij verdenking op pancreatitis.

Bij klachten in de bovenbuik die hardnekkig persisteren, wordt non-invasief onderzoek naar *H. pylori* van belang. Dit onderzoek kan plaatsvinden door middel van serologie na bloedafname. Daarnaast bestaat de mogelijkheid *H. pylori* aan te tonen in de feces en met behulp van een zogenaamde C13-ureum-ademtest. In de huidige richtlijnen

Tabel 32.9 Relatieve kans op maligniteit in oesofagus of maag bij kenmerken van patiënten met dyspepsie die verwezen zijn door huisartsen voor gastroscopie [20]

kenmerk	OR (95 % BI) ^a
melaena	3,0 (0,7–13,4)
dysfagie/passagestoornissen	6,1 (2,1–17,6)
onvrijwillig gewichtsverlies	4,4 (1,6–12,5)
algehele malaise	2,1 (0,7–6,9)
dyspeptische klachten/zuurbranden	0,2 (0,1–0,8)
mannelijk geslacht	1,5 (0,5–4,3)
roken	2,6 (0,9–8,0)

^aOR = odds ratio; BI = betrouwbaarheidsinterval.

32

Haematemesis kan wijzen op een bloeding in de maag of slokdarm door een peptisch ulcus of oesofagusvarices en vraagt om snelle endoscopische of chirurgische interventie om de bloeding te stelpen. Melaena kan ook wijzen op een bloeding hoog in de tractus digestivus. Hoge obstructieklachten vragen meestal om snelle diagnostiek in verband met de klachten, maar hoeven niet altijd op een maligniteit te berusten: de oorzaak kan bestaan uit een maligniteit, maar ook bijvoorbeeld uit achalasie of ulcererende oesofagitis. Verschijnselen als icterus (zonder pijn of jeuk) en ontkleuring van de ontlasting zijn om andere redenen alarmerend.

Onderzoek heeft uitgewezen dat het goed uitvragen van alarmsymptomen zinvol is, ook om te komen tot doelmatige diagnostiek en daardoor tijdige interventie bij ernstige aandoeningen. Kwaadaardige aandoeningen komen echter niet alleen aan het licht op basis van alarmsymptomen, maar ook door onderzoek in verband met algemene klachten, zoals onverklaard afvallen, anemie en algehele malaise in combinatie met specifieke buikklachten.

Alarmsignalen

- haematemesis (bloedbraken)
- melaena (zwarte ontlasting op basis van bloedverlies)
- dysfagie (slikklachten door obstructie of passagestoornissen)
- onbedoeld gewichtsverlies en algehele malaise
- icterus
- ontkleurde ontlasting

32.7 Betekenis van het lichamelijk onderzoek

Lichamelijk onderzoek wordt altijd uitgevoerd bij patiënten met klachten in de bovenbuik, maar het draagt niet veel bij aan de diagnostiek (■ fig. 32.1). Richtlijnen schrijven

lichamelijk onderzoek dan ook vooral voor als een manier om een volledig beeld te krijgen van de fysieke toestand van de patiënt en eventuele andere aandoeningen op het spoor te komen. Met lichamelijk onderzoek wordt ook inzicht verkregen in eventueel minder voor de hand liggende verklaringen voor de symptomen.

32.7.1 Palpatie

Het aantreffen van een ‘tumor’ bij palpatie van de bovenbuik kan wijzen op een ernstige aandoening, bijvoorbeeld een maligniteit. Het niet-aantreffen van een tumor sluit een maligniteit echter allermindst uit. Het teken van Courvoisier (een palpatoire zwelling onder de rechterschouderboog) duidt op de aanwezigheid van een gespannen galblaas ter plaatse. In combinatie met icterus zou dit volgens de naamgever eerder duiden op maligniteit dan op galstenen. De diagnostische testeigenschappen van een palpabele galblaas voor het bestaan van galstenen zijn echter onvoldoende bekend.

In de literatuur wordt melding gemaakt van de Carnett-test (palpatie van de buik en hernieuwde palpatie na aanspannen van de buikspieren), die onderscheid mogelijk moet maken tussen buikwandpijn en pijn in de (boven) buik. Ook hiervan zijn geen testeigenschappen bekend waar het bovenbuikpathologie betreft.

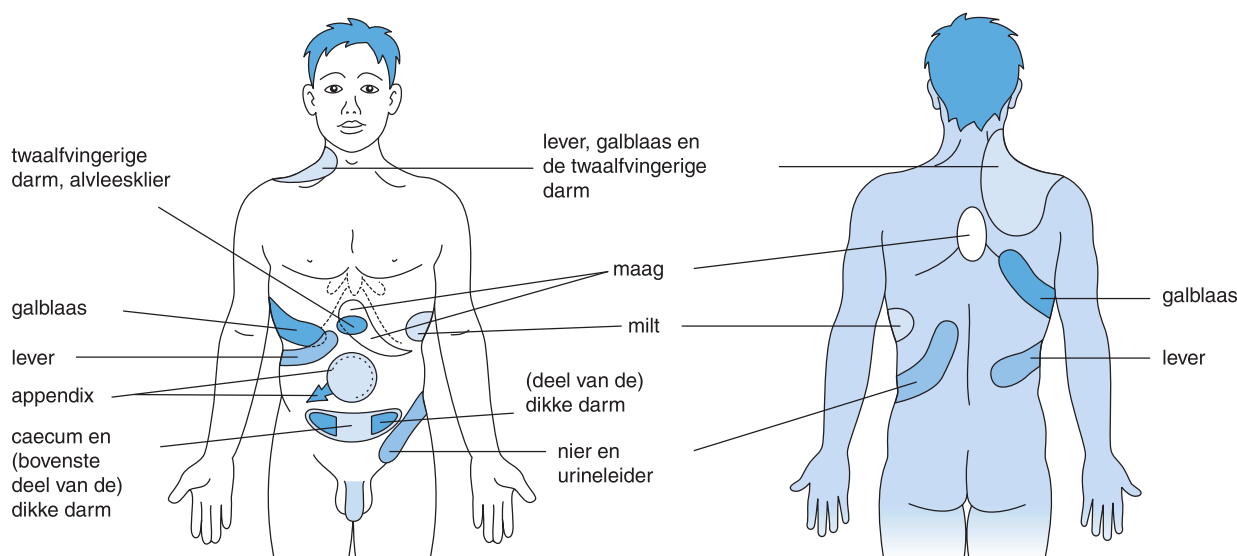
32.8 Betekenis van aanvullend onderzoek

Het aanvullend onderzoek bij niet-acute klachten in de bovenbuik is de laatste jaren nogal in discussie. Er is een aantal diagnostische tests beschikbaar, op basis waarvan in eerste instantie bepalingen uit bloed voor de hand liggen en waarbij uiteindelijk ook een behandeling als diagnostische test wordt gebruikt. Een bijzondere vorm van aanvullend onderzoek is de in Nederland in onbruik geraakte Bernstein-test op refluxziekte. Hierbij wordt HCl in een lage concentratie met een sonde in de slokdarm gebracht. Als op deze manier de kenmerkende pijnklachten worden gereproduceerd, wordt de diagnose gastro-oesofageale refluxziekte geacht te zijn bevestigd [21].

32.8.1 Laboratoriumdiagnostiek

Hb en BSE worden bepaald wanneer er verdenking bestaat op anemie, ontsteking of maligniteit. Leverfunctieparameters worden aangevraagd als gedacht wordt aan hepatitis, galwegpathologie of metastasering. Amylase wordt bepaald bij verdenking op pancreatitis.

Bij klachten in de bovenbuik die hardnekkig persisteren, wordt non-invasief onderzoek naar *H. pylori* van belang. Dit onderzoek kan plaatsvinden door middel van serologie na bloedafname. Daarnaast bestaat de mogelijkheid *H. pylori* aan te tonen in de feces en met behulp van een zogenaamde C13-ureum-ademtest. In de huidige richtlijnen



■ **Figuur 32.1** Lokalisatie van buikpijn en referred pain

wordt in verband met de goede testeigenschappen, de brede beschikbaarheid en de relatief gemakkelijke uitvoering, de voorkeur gegeven aan de fecestest. Ook serologie is gemakkelijk uitvoerbaar en bij alle laboratoria aan te vragen, maar geeft door de aard van de test een relatief grote kans op een fout-positieve uitslag (antistoffen blijven ook na behandeling aantoonbaar). De C13-ureum-ademtest is relatief kostbaar en lang niet overal beschikbaar [22].

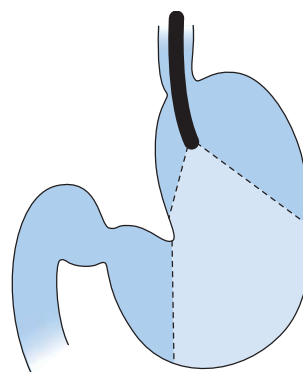
32.8.2 Beeldvorming

Echografie wordt in het kader van niet-acute klachten in de bovenbuik vooral gebruikt voor galsteendiagnostiek en diagnostiek van nieuwvormingen en metastasen.

Een maagfoto, ook wel bariuminloop, waarbij met dubbelcontrast een opname van de contouren van de binnenkant van de maag wordt gemaakt, werd in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw erg veel gebruikt voor diagnostiek van ulcera in maag en duodenum. Deze techniek is inmiddels vrijwel volledig vervangen door endoscopie, ook in de eerste lijn.

32.8.3 Endoscopie

Oesofagogastroduodenoscopie, kortweg gastroscopie (■ fig. 32.2), wordt uitgevoerd met een flexibele fiberoscoop met de mogelijkheid een biopsie te nemen. Aanvankelijk werd hiermee rechtstreeks gekeken in slokdarm en maag; tegenwoordig wordt de endoscoop gekoppeld aan een videomonitor en dat heeft de kwaliteit en mogelijkheden



■ **Figuur 32.2** Gastroscopie

van dit onderzoek sterk bevorderd. Het aanvragen van gastroscopie is eind vorige eeuw vrijwel overal ook vanuit de eerste lijn mogelijk geworden.

Endoscopie geeft ook mogelijkheden voor interventie, zoals het plaatsen van stents als vernauwing van de oesofagus worden aangetroffen, of zelfs kleine operatieve ingrepen.

32.8.4 Empirische behandeling

Bij het vermoeden van zuurgerelateerde klachten is het algemeen geaccepteerd dat zuurremmende medicatie (antacida, H₂-receptorantagonisten of protonpompremmers) wordt ingezet voordat aanvullende diagnostiek is gedaan. Daarmee ontstaat de mogelijkheid een expectatieve periode in te lassen waarin het natuurlijk beloop van de klachten kan worden afgewacht tijdens symptoombestrijding [5]. De diagnostische betekenis van een succesvolle

proefbehandeling is beperkt. Het is duidelijk dat ook bij gebruik van krachtige zuurremmende medicatie een aanzienlijk deel van de klachtenreductie wordt veroorzaakt door placebo-effect, hetgeen met name de specificiteit bij het aantonen van refluxziekte beïnvloedt [23]. De strategie om te beginnen met 'step up' zuurremming (beginnen met antacida of H₂-receptorantagonisten) lijkt, los van de diagnostische betekenis en de wens het natuurlijk beloop een kans te geven, wel het meest kosteneffectief [24] en reduceert bovendien de instroom van mensen in de populatie die chronisch protonpompremmers blijft gebruiken.

🔍 Toetsvragen

1. Welke niet-acute bovenbuikklachten komen vooral bij jongeren voor en welke vooral bij oudere mensen?
2. Welke pathofysiologische mechanismen kunnen ten grondslag liggen aan maagklachten? Noem er drie.
3. Welke bacterie speelt vaak een rol bij een peptisch ulcus?

Digitaal bij dit hoofdstuk

- Antwoorden op de toetsvragen
- Literatuur
- Film Niet-acute bovenbuikklachten