

Consensus

Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van gastro- oesofageale refluxziekte bij verstandelijk gehandicapten

Onder redactie van

H. Gimbel
H.A.R.E. Tuynman

De uitgave van deze consensus is mogelijk gemaakt door Bartiméus, onderwijs, zorg- en dienstverlening aan mensen met een visuele of visuele-en verstandelijke handicap.

Leden consensus werkgroep:

- H. Gimbel, arts voor verstandelijk gehandicapten,
voorzitter, Reigersdaal, Heerhugowaard
- dr. Ch.M.A. Bijleveld, kinderarts/gastro-enteroloog,
Academisch Ziekenhuis Groningen, Groningen
- J.H.L.J. Bergmeijer, kinderchirurg,
Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam
- dr. J. Bouquet, kinderarts/gastro-enteroloog,
Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam
- Mw. dr. C.J.M. Böhmer, arts-assistent gastro-enterologie,
Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar
- Prof. dr. H.G. Gooszen, chirurg,
Academisch Ziekenhuis Utrecht, Utrecht
- Mw. dr. E.C. Klinkenberg-Knol, gastro-enteroloog,
Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Amsterdam
- dr. J.H.S.M. Nadorp, gastro-enteroloog,
St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
- Mw. M.C. Niezen-de Boer, arts voor verstandelijk gehandicapten,
Bartiméus, Zeist
- J.J. Roosendaal, arts voor verstandelijk gehandicapten,
H. van Boeyen-Oord, Assen
- dr. R. Starmans, huisarts/epidemioloog, Vakgroep
Huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit, Rotterdam
- H.A.R.E. Tuynman, gastro-enteroloog,
Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar
- R.G.M. van Wijenberg, internist,
Westfries Gasthuis, Hoorn
- Mw. dr. M. van Winckel, kinderarts/gastro-enteroloog,
Universiteitsziekenhuis Gent, België

Met dank aan mevr. M. Molenberg, doktersassistente Reigersdaal voor de secretariële ondersteuning.

Inhoud

Voorwoord	4
Inleiding	5
Epidemiologie	6
Diagnostiek	8
De medicamenteuze behandeling	13
Chirurgische behandeling	19
Samenvatting diagnostiek	21
Samenvatting behandeling	23
Stroomdiagram diagnostiek	25
Stroomdiagram behandeling	26
Consensusbespreking NVGE	27

Voorwoord

Gastro-oesofageale refluxziekte (GORZ) is een veel voorkomende aandoening bij verstandelijk gehandicapten (VG).

Dit gegeven, dat de artsen werkzaam in de zorg voor verstandelijk gehandicapten uit ervaring reeds was opgevallen, werd bevestigd door een grootschalig onderzoek in diverse intramurale instellingen in Nederland en België onder VG met IQ < 50*. Dit onderzoek is geïnitieerd door een werkgroep van de Nederlandse Vereniging van Artsen werkzaam in de Zorg voor verstandelijk gehandicapten.

In vervolg hierop heeft de NVAZ een breed samengestelde werkgroep ingesteld om te komen tot consensusrichtlijnen met betrekking tot diagnostiek en behandeling van GORZ bij verstandelijk gehandicapten m.n. voor VG met IQ < 50. Tevens zijn de wetenschappelijke verenigingen van de deelnemende disciplines betrokken bij de totstandkoming van deze consensus.

Ter afronding werd deze consensus besproken tijdens de wetenschappelijke voorjaarsvergadering 1999 van de Vereniging voor Gastro-enterologie (NVGE) te Veldhoven.

Deze werkwijze is gekozen om een breed draagvlak te creëren voor implementatie van deze richtlijnen voor deze zo moeilijke populatie.

Zoals voor elke consensus geldt, is deze tijdsbepaald. Op grond van de tot nu toe beschikbare gegevens bevat, naar de mening van de werkgroep, deze consensus richtlijnen om op een goede en verantwoorde wijze tot diagnose en behandeling van GORZ bij verstandelijk gehandicapten te komen.

De werkgroep hoopt dat met name door de beroepsgroep van de artsen, werkzaam in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, de resultaten van diagnostiek en behandeling volgens deze richtlijnen systematisch en wetenschappelijk verantwoord zullen worden vastgelegd, zodat over enige jaren een evaluatie kan plaatsvinden en de richtlijnen zonodig kunnen worden aangepast.

* C.J.M. Böhmer, *Gastro-oesophageal Reflux Disease in Intellectually disabled individuals*, thesis VU.Amsterdam 1996.

Inleiding

Een consensusstekst vergt altijd veel overleg en komt tot stand na gedegen afweging van zowel wetenschappelijke als praktische argumenten. Bij de consensusstekst die hier voor u ligt, zijn deze afwegingen extra moeilijk geweest. Ten eerste, omdat er op wetenschappelijk gebied nog maar weinig onderzoek gedaan is bij de doelgroep voor wie deze consensus over diagnostiek en behandeling van gastro-oesofageale refluxziekte (GORZ) bestemd is. Ten tweede, omdat de doelgroep zelf - matig tot zeer ernstig verstandelijk gehandicapte mensen - voor de meeste artsen niet echt bekend is. Hoe uiten ze hun klachten? Kun je alle onderzoeken, die men gewoonlijk doet bij GORZ patiënten, wel uitvoeren? Wat is de voorspellende waarde van klachten, symptomen, gedragingen? Wat is het effect van therapeutische maatregelen?

Er is veel onderzoek gedaan naar diagnostiek en therapie van GORZ bij de normaal begaafde westerse bevolking. De prevalentie is vrij hoog: 5%. In de enkele onderzoeken die bij ernstiger verstandelijk gehandicapten zijn gedaan, blijkt de prevalentie echter vele malen hoger te zijn: bijna 50%. Wat de oorzaak daarvan is, is nog niet geheel duidelijk. Waarom we er eigenlijk pas laat achter komen, is wel duidelijk: deze groep patiënten kan zijn klachten niet goed uiten en kan in veel gevallen niet eens praten. De klinische verschijnselen zijn vaak zo anders, dat de arts op het verkeerde been gezet wordt. Om de verstandelijk gehandicapte niet te veel te belasten, wordt de diagnostiek vaak beperkt. Voorts wordt klinisch wetenschappelijk onderzoek bij deze mensen nog steeds met een zekere argwaan beschouwd, hoewel het tij wel wat aan 't keren is. Het gevolg is, dat met alle goede bedoelingen de medische zorg voor deze groep op bepaalde terreinen tekortschiet. Onder andere op het gebied van de GORZ is dit de laatste jaren gesignaleerd en dat heeft geleid tot een aantal onderzoeken. Zo bleek uit een grote prevalentiestudie onder meer dan 400 VG, dat GORZ voorkomt bij bijna 50% van de onderzochte ernstig verstandelijk gehandicapte mensen, die aanvankelijk niet van GORZ verdacht werden (21).

Rekening houdend met het bovenstaande is deze consensus uiteindelijk bereikt. Er is getracht zo zorgvuldig mogelijk de diagnostiek en de behandeling af te stemmen op de mogelijkheden van de verstandelijk gehandicapte en op die van de instellingen. Sommige aanbevelingen over therapie en diagnostiek kunnen in eerste instantie vragen oproepen, omdat ze anders zijn dan in de gewone praktijk. Zoveel mogelijk is uitgelegd om welke redenen er gekozen is voor een bepaalde benadering. Bij het lezen kan de indruk ontstaan, dat er "te ruim" geadviseerd wordt. Dit komt voort uit de bovengeschetste ervaring, dat bij ernstig verstandelijk gehandicapten de neiging bestaat om een te terughoudend beleid te voeren, waardoor hen de noodzakelijke medische behandeling wordt onthouden. Door deze richtlijnen hopen we GORZ bij ernstig verstandelijk gehandicapten verder in kaart te krijgen en adequaat te kunnen behandelen.

Epidemiologie

Gastro-oesofageale refluxziekte zou op grond van klassieke symptomen zoals zuurbranden bij bijna 5% van de normaal begaafde westerse populatie voorkomen (1,2).

Wanneer een endoscopie wordt gedaan blijkt dat bij 2 tot 10 % van een populatie met specifieke refluxklachten ook een refluxoesofagitis voorkomt (3,4,5,6). Bij verstandelijk gehandicapten is GORZ een veel omvangrijker probleem. Ongeveer 25% van de VG populatie heeft klachten van persisterend braken (7,8,9,10) regurgiteren (8,11,12,13) of rumineren (7,8,11,14,15,16,17,18,19,20). Op grond van deze klachten wordt een groot deel van deze populatie verdacht van GORZ (11).

Uit een grote prospectieve, aselechte studie in Nederland en België blijkt dat 50% van de geïnstitutionaliseerde VG met een IQ < 50, gedefinieerd als matig tot zeer ernstig verstandelijk gehandicapt, een sterk afwijkende 24 uren pH-meting heeft, bewijzend voor een pathologische zure gastro-oesophageale reflux. Bij 75% van hen werd bij endoscopie tevens een refluxoesofagitis geconstateerd. Van belang is dat, voorafgaande aan het onderzoek, de diagnose GORZ bij hen niet werd overwogen (21).

Over VG met een IQ > 50 (licht verstandelijk gehandicapt), zijn in de literatuur geen gegevens bekend. Er wordt echter verondersteld dat deze groep VG wel in staat is om klachten zoals retrosternale pijn of zuurbranden aan te geven. De VG populatie met een IQ > 50 lijkt derhalve vergelijkbaar met de normaal begaafde populatie. Het advies is dan ook om hen volgens de Standaard Maagklachten van het Nederlandse Huisartsen Genootschap te behandelen (22). Echter ook in deze populatie zal men alert moeten blijven op de mogelijke aanwezigheid van GORZ.

Bij matig tot ernstig VG zijn de klachten en symptomen voor begeleiders en artsen vaak onduidelijk. Daarom is gezocht naar een risicoprofiel om GORZ bij VG vroegtijdig te diagnostiseren. Uit onderzoek in deze populatie is gebleken dat er verschillende factoren zijn die predisponeren voor het ontstaan van GORZ.

Factoren zoals spasticiteit van minstens 2 ledematen en een IQ < 35 (zeer ernstig VG) bleken een voorspellende waarde voor GORZ van bijna 70% te hebben, terwijl dit voor scoliosis en het gebruik van anti-epileptica of benzodiazepinen ongeveer 55% bedraagt (22,23). Deze 2 laatste factoren zijn niet verder in de consensus opgenomen omdat GORZ in een populatie VG met een IQ < 50 reeds bij 50% voorkomt.

Symptomen zoals hematemeses en rumineren hebben een voorspellende waarde van 65% voor de diagnose GORZ. Niet specifieke symptomen zoals gedragsproblemen komen vaker voor in relatie tot GORZ, doch kunnen ook op vele andere problemen duiden (23). Echter als er duidelijke voedingsproblemen ontstaan met regurgitatie en voedselweigering moet de mogelijkheid van een stenose in de slokdarm worden overwogen (22,24).

Als alle VG met één van de genoemde risicofactoren gescreend zouden worden, zou dit vanwege de grootte van de populatie op organisatorische problemen stuiten. Daarom is op grond van risicofactoren met een hoge kans op GORZ en op grond van symptomen een diagnostisch stappenplan opgesteld.

Voor de diagnostiek bij **verstandelijk gehandicapte kinderen onder de leeftijd van 2 jaar** raadt de werkgroep aan deze kinderen te verwijzen naar de kinderarts. Voor de aanpak van de GORZ problematiek bij deze groep wordt verder verwezen naar de consensus GORZ van de kindergastro-enterologie (36).

Diagnostiek

Er zijn diverse diagnostische mogelijkheden, zoals medicamenteuze proefbehandeling op basis van klachten, röntgenonderzoek van slokdarm en maag, een gastroduodenoscopie en een 24 uren pH-metrie. Bij een normaal begraafde populatie leidt de evaluatie van klachten tot een diagnostisch stappenplan. Bij VG is het klachtenpatroon minder of in het geheel niet betrouwbaar. Het direct toepassen van een 24 uren pH-metrie dan wel een gastroduodenoscopie wordt voor deze populatie als belastend beschouwd.

Een gastroduodenoscopie heeft bovendien als nadeel dat het onderzoek in het ziekenhuis moet plaatsvinden terwijl in veel gevallen sedatie noodzakelijk is om het onderzoek met zo min mogelijke belasting voor de VG uit te voeren. Uit onderzoek is gebleken dat sedatie vaak niet noodzakelijk is (25). Indien sedatie overwogen wordt kan gebruik gemaakt worden van de richtlijnen Consensus Sedatie (35).

De 24 uren pH-meting is minder belastend, omdat de procedure bij de VG in principe in de instelling zelf kan worden uitgevoerd. De pH-metrie blijkt als screenings methode, mits door een ervaren persoon onder gestandaardiseerde condities uitgevoerd, zeer nuttig en betrouwbaar. De procedure zou door de volgende personen kunnen worden uitgevoerd: een daartoe opgeleide arts werkzaam in de zorg voor verstandelijk gehandicapten (AVG) of een verpleegkundige. Dit zou dan vanuit een aantal grote intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten kunnen worden georganiseerd en gecoördineerd. De ervaring leert dat de pH-meting over het algemeen voor de VG weinig belastend is, terwijl de pH-sonde op eenvoudige wijze is in te brengen (21,24,26).

In de literatuur is er discussie over de betrouwbaarheid van het inbrengen van een pH-sonde d.m.v. de step-up methode. Met deze methode wordt de catheter via de neus ingebracht tot in de maag. Tijdens het aflezen van de pH wordt vervolgens de sonde langzaam teruggetrokken tot het omslagpunt, alwaar de onderste slokdarmsphincter wordt vermoed. Vervolgens wordt de sonde nog eens 5 cm extra teruggetrokken. Deze step-up methode is bij 200 van de onderzochte VG gecontroleerd d.m.v. manometrie en/of endoscopie. Hierbij werden geen significante verschillen aangetoond, zodat de methode als betrouwbaar wordt aangemerkt (21).

Een pathologische pH-metrie wordt gedefinieerd als een pH <4 gedurende meer dan 4,5% van de gemeten tijd, inclusief een episode rechtop en in liggende houding. (28,29). Bij kinderen ligt de grens voor pathologische pH-meting wat hoger, ± 8-10% van de gemeten tijd (34)

Het lijkt onvoldoende bij VG voor de diagnostiek af te gaan op symptomen of op het effect van een proefbehandeling (21,30). Ter evaluatie van een ingestelde behandeling is het zinvol klachten en symptomen van GORZ in een VG populatie (31) te volgen. Deze zijn: braken, hematemesis, ijzergebrecsanemie, regurgitatie, voedselweigering, recidiverende pneumoniën, gedragsveranderingen zoals automutilatie, onrust en agressie

alsmede stemmingsveranderingen en gilbuien. Zo kan met name in de toekomst een beter inzicht worden verkregen in deze klachten c.q. symptomen. Het verdient aanbeveling dit in de vorm van een wetenschappelijk onderzoek aan een evaluatie te onderwerpen.

Diagnostisch stappenplan

De VG populatie met IQ < 50 (matig tot ernstig VG in de ICD-codering) kan worden ingedeeld in verschillende groepen. De groep met symptomen is onder te verdelen in VG met a-symptomen en b-symptomen.

De **a-symptomen** worden gedefinieerd als symptomen die wijzen in de richting van een ernstige vorm van GORZ, en bestaan uit hematemesis, recidiverend braken (enkele malen per week gedurende enkele maanden) en een ijzergebreksanemie.

Bij de aanwezigheid van a-symptomen is een oesofagogastroduodenoscopie geïndiceerd, omdat hieraan ook andere oorzaken ten grondslag kunnen liggen zoals maag- of duodenum ulcera, slokdarmstenose of een maligniteit. Dit heeft verschillende therapeutische consequenties. Indien GORZ is vastgesteld zal zuurremmende medicatie gedurende lange tijd, dan wel levenslang, noodzakelijk zijn (1,2,21).

De **b-symptomen** bestaan uit recidiverende luchtweginfecties, voedingsproblemen, rumineren en het optreden van tandglazuurerosies.

Bij b-symptomen is de kans klein dat er sprake is van andere (ernstige) gastro-intestinale problematiek dan GORZ. Een 24 uurs pH-meting als diagnosticum is bij deze symptomen derhalve voldoende.

Bij de aanwezigheid van de volgende predisponerende factoren is er een sterk verhoogde kans ($\pm 70\%$) op de aanwezigheid van GORZ: IQ < 35 of spasticiteit van minstens 2 ledematen.

Hoewel de kans op GORZ in deze populatie groot is, lijkt het ethisch niet verantwoord om al deze VG levenslang met zuurremmende medicatie te behandelen, zonder objectief bewijs van de ziekte, omdat dan 30% van de VG zonder GORZ toch voor GORZ zal worden behandeld.

De werkgroep adviseert dan ook om VG met de genoemde predisponerende factoren te screenen d.m.v. een 24 uurs pH-metrie, waarbij gerealiseerd moet worden dat als deze normaal is, zich later toch nog een GORZ kan ontwikkelen. Daarom is het noodzakelijk in deze VG populatie altijd de mogelijkheid van GORZ te overwegen en niet te aarzelen in een later stadium een 24 uurs pH-metrie te herhalen of bij a-symptomen een oesofagogastroduodenoscopie te laten verrichten.

Voor de GORZ diagnostiek van verstandelijk gehandicapte kinderen onder **leeftijd van 2 jaar** adviseert de werkgroep deze kinderen rechtstreeks naar de kinderarts te verwijzen.

Voor de aanpak van de GORZ problematiek in deze groep is de Consensus GORZ van de kindergastro-enterologie van toepassing (35).

Referenties

1. Wienbeck M, Barnert J. Epidemiology of reflux disease and refluxesophagitis. *Scand J Gastroenterology* 1989;24(Suppl 156):7-13.
2. Tibbling L. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol* 1984;19(Suppl 106):14-8.
3. Lanschot v JJB, de Wit LTh, Ringen J, Gooszen HG. Minimaal invasieve anti-reflux chirurgie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995;139:1524-6.
4. Spechler SJ. Epidemiology and natural history of gastro-oesophageal reflux disease. *Dig* 1992;51(Suppl 1):24-9.
5. Heading RC. Epidemiology of oesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol* 1989;168(Suppl):33-7.
6. Vismans FJFE, Adang RPR. De waarde van de anamnese bij dyspepsie. *Medifo* 1989;2:4-10.
7. Ball ThS, Hendricksen H, Clayton J. A special feeding technique for chronic regurgitation. *Am J Ment Def* 1974;78:486-93.
8. Sondheimer JM, Morris BA. Gastroesophageal reflux among severely retarded children. *J Pediatr* 1979;94:710-4.
9. Reyes AL, Cash AJ, Green SH, Booth IW. Gastro-oesophageal reflux in children with cerebral palsy. *Child Care Health Development* 1993;19:109-18.
10. Kuruvilla J, Trewby PN. Gastro-oesophageal disorders in adults with severe mental impairment. *Br Med J* 1989;299:95-6.
11. Byrne WJ, Campbell M, Ashcraft E, Seibert JJ, Euler AR. A Diagnostic approach to vomiting in severely retarded patients. *Am J Dis Child* 1983;137:259-62.
12. Singh NN. Rumination. In: Ellis NR, ed. *Int Rev Res Mental Retardation* Volume 10. New York: Academic Press. 1981:139-182.
13. Rogers B, Stratton P, Victor J, Kennedy B, Andes M. Chronic regurgitation among persons with mental retardation: a need for combined medical and interdisciplinary strategies. *Am J Gastroenterol* 1992;96:522-7.
14. Byrne WJ, Euler AR, Ashcraft E, Nash DG, Seibert JJ, Golladay ES. Gastroesophageal reflux in the severely retarded who vomit: criteria for and results of surgical intervention in 22 patients. *Surg* 1982;91:95-8.

15. Heij HA, Vos A. Gastroesophageal reflux in mentally retarded children, a late diagnosis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988;132:241-2.
16. Roberts IM, Curtis RL, Madera JL. Gastro-oesophageal reflux and Barrett's oesophagus in developmentally disabled patients. *Am J Gastroenterol* 1986;81:519-23.
17. Amarnath RP, Abell TL, Malagelada JR. The rumination syndrome in adults: a characteristic manometric pattern. *Ann Int Med* 1986;105: 513-8.
18. Chatoor I, Dickson L, Einhorn A. Rumination: etiology and treatment. *Ped Ann* 1984;13:924-9.
19. Mayes SD, Humphrey FJ, Handford HA, Mitchell JF. Rumination disorders: Differential diagnosis. *J Am Acad Child Adol Psych* 1988;27:300-2
20. Shay SS, Johnson LF, Wong RKH, Curtis DJ, Rosenthal R, Lamott JR, Owensby LC. Rumination, heartburn and daytime gastroesophageal reflux. *J Clin Gastroenterol* 1986;8:115-26.
21. Böhmer CJM, Niezen-de Boer MC, Klinkenberg-Knol EC, Nadorp JHSM, Meuwissen SGM. The prevalence of gastroesophageal reflux (GER) and refluxesofagitis (RE) in severely mentally handicapped. *Gastroenterol* 1996;110:A66.
22. Standaard Maagklachten van het Nederlandse Huisartsen Genootschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997.
23. Winckel van M. Gastro-oesophageale reflux bij kinderen met ernstige neuromotorische stoornissen en mentale retardatie. Universiteit van Gent. Thesis 1994:1-113.
24. Böhmer CJM, Klinkenberg-Knol EC, Niezen-de Boer MC, Meuwissen SGM. Dental erosions and gastro-oesophageal reflux disease in institutionalized intellectually disabled individuals. *Oral Diseases* 1997;3(4).
25. Böhmer CJM, Klinkenberg-Knol EC, Tuynman HARE, Meuwissen SGM. Sedation in intellectually disabled individuals undergoing upper gastro-intestinal endoscopy: beneficial or harmful? *Eur J Gastroenterol* 1998 (abstract).
26. Roosendaal JJ, Bijleveld ChMA. Toepassing van 24-uurs pH meting bij verstandelijk gehandicapten. *Ned Tijdschr Zwakzinnigzorg* 1994;4:239-48.

27. Emde C, Garner A, Blum AL. Technical aspects of intraluminal pH-metry in man: current status and recommendations. *Gut* 1987;28:1177-88.
28. Mattox HE, Richter JE, Sinclair JW, Price JE, Case LD. Gastroesophageal pH step-up inaccurately locates proximal border of lower esophageal sphincter. *Dig Dis Sc* 1992;37:1185-91.
29. Evans DF. Twenty-four hour ambulatory oesophageal pH monitoring: an update. *Br J Surg.* 1987;74:157-61.
30. Böhmer CJM, Niezen-de Boer MC, Klinkenberg-Knol EC, Nadorp JHSM, Meuwissen SGM. Gastroesophageal reflux disease in institutionalised intellectually disabled individuals. *Neth J Med* 1997;51(4):134-9.
31. Böhmer CJM, Niezen-de Boer MC, Klinkenberg-Knol EC, Tuynman HARE, Voskuil JH, Devillé WLJM, Meuwissen SGM. Gastroesophageal reflux disease in intellectually disabled individuals: leads for diagnosis and the effect of omeprazole therapy. *Am J Gastroenterol* 1997;92:1475-9.
32. Böhmer CJM, Klinkenberg-Knol EC, Niezen-de Boer MC, Meuwissen SGM. The age-related incidences of oesophageal carcinoma in intellectually disabled individuals in institutes in the Netherlands. *Eur J Gastroenterol* 1997;9:589-92.
33. Roosendaal JJ, van Grunsven MF. Rumineren en zijn gevolgen (R.U.I.T) 1985;11;21-24.
34. Vandenplas Y, et al. *Paediatrics* 1991, 88: 834-40
35. CBO, Consensus Sedatie en/of analgesie door niet-anaesthesiologen, september 1998.
36. Vandenplas Y, Belli D, Boige N, et al. A stadardized protocol for the methodology of esophageal reflux. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1992;14:467-71.

De medicamenteuze behandeling

GORZ is deels een motiliteitsstoornis, waarbij een tekortschietende druk van de onderste slokdarmsfincter en tijdelijke relaxaties van die sfincter reflux van de maag naar de oesofagus toelaten (1). Bij de meeste patiënten met ernstige refluxoesofagitis is de druk van de onderste slokdarmsfincter sterk verminderd. Waarschijnlijk speelt ook een eventueel aanwezige hiatus hernia bij deze patiënten een belangrijke rol: deze vertraagt de klaring van de slokdarm en fungeert als reservoir voor het gereflueerde zuur, waardoor er een langere expositie is van het slokdarmslijmvlies (2). Een vertraagde maaglediging, als onderdeel van een algehele gastro-intestinaal motiliteitsstoornis, verhoogt de kans op reflux en zal zeker bij verstandelijk gehandicapten meer een rol spelen dan bij niet-gehandicapte refluxpatiënten. Een verminderde motiliteit in de slokdarm met daardoor een vertraagde klaring van gereflueerd zuur is, zeker bij VG met neurologische afwijkingen, een factor voor refluxziekte, m.n. ernstige refluxoesofagitis. Tevens zullen bij verstandelijk gehandicapten ernstige houdingsafwijkingen, met name ernstige scoliose, een bijdragende factor zijn aan de te trage klaring van gereflueerd materiaal.

Het maagzuur speelt een sleutelrol in de aetiologie van GORZ; toch is bij de meeste patiënten de zuurproductie niet hoger dan normaal. Vermindering van de zuurproductie is het belangrijkste aangrijpingspunt van de medicamenteuze therapie: in de praktijk blijkt dit de meest effectieve wijze om het oesofaguslijmvlies tegen de beschadiging door het refluaat te beschermen. Genezing van oesofagitis wordt bereikt bij een gemiddelde pH in de maag boven de 4 (3). De 3 belangrijkste variabelen om genezing te bereiken zijn de mate van zuurproductievermindering, de periode van zuurproductievermindering per etmaal en de duur van de behandeling (4). Voor de medicamenteuze behandeling van GORZ staan momenteel diverse middelen (antacida, protonpompremmers, prokinetica, mucosaprotectiva, H₂-receptor antagonist) ter beschikking.

Doel van de behandeling (5-7)

Voor de meeste, niet verstandelijk gehandicapte, patiënten is het voldoende om op vermindering van de klachten af te gaan. Bij verstandelijk gehandicapten zullen de klachten vaak niet herkenbaar zijn, waardoor in deze groep frequent refluxoesofagitis kan optreden. Hieruit kunnen zich complicaties ontwikkelen, zoals bloedingen, stricturen, chronische luchtwegproblemen en Barrett-oesofagus met dientengevolge kans op maligne ontaarding. De benadering bij verstandelijk gehandicapten vraagt daarom om een krachtige aanpak voor het genezen van de refluxoesofagitis, terwijl vaak een lange termijnstrategie vereist is, omdat GORZ bij de meeste patiënten, zeker met ernstige refluxoesofagitis, een chronische, vaak levenslange, aandoening is (8).

Algemene maatregelen

Patiënten met GORZ krijgen vaak dieetmodificaties en houdingsadviezen. Deze adviezen zoals vermageren, verminderde vetconsumptie, niet roken, 2-3 uur na het eten niet gaan liggen en 's nachts het hoofdeind van het bed verhogen, spelen een bescheiden rol in de controle van reflux (9,10). Niettemin zouden bij verstandelijk, en vaak ook lichamelijk, gehandicapten deze maatregelen wel een grotere rol kunnen spelen dan bij verstandelijk normale refluxpatiënten. Bij patiënten met een slechte slokdarmklaring door gestoorde motiliteit zijn houdingsmaatregelen zeker aan te bevelen, mede ook om aspiratie te voorkomen.

Medicamenten

De enige medicamenten die voor de behandeling van GORZ bij verstandelijk gehandicapten voldoen zijn de protonpompremmers (omeprazol, lansoprazol en pantoprazol). Het werkingsmechanisme van deze 3 middelen is hetzelfde. De zogenaamde protonpomp, gelocaliseerd in de pariëtale cel van de maag, representeert de laatste stap in de productie van maagzuur (11). De protonpompremmers (PPI's) bewerkstelligen een sterke en langdurige remming van de maagzuursecretie, onafhankelijk van de stimulus (b.v. maaltijden). De remming is veel sterker dan met een H₂-receptor antagonist kan worden bereikt (3). Het effect van de PPI's benadert het ideaal dat voor de behandeling van GORZ is vereist. Het is daarom niet verwonderlijk dat alle klinische studies goede resultaten laten zien, ook bij patiënten met resistentie voor andere medicatie en/of ernstige, zelfs gecompliceerde refluxoesofagitis, zodat verstandelijk gehandicapten een ideale doelgroep voor de PPI's lijken te zijn (12,13).

Genezing wordt waargenomen bij 74-96% van de patiënten na korte termijn-behandeling. Meestal is eenmaal daags doseren voldoende.

De meeste patiënten, zelfs die met ernstige gecompliceerde refluxoesofagitis, zullen uiteindelijk genezen tijdens behandeling met PPI's. In enkele patiënten is het echter noodzakelijk de behandeling te verlengen en/of hogere doses van PPI's te verstrekken¹⁴. De aanbevolen dosis van het langst bestudeerde middel, omeprazol, is 20 mg éénmaal daags. Bij verstandelijk gehandicapten valt te overwegen een hogere dosering (40 mg omeprazol) te gebruiken met de volgende argumentatie:

- a). Hoe sterker de zuurremming, hoe hoger de genezingspercentages (2,3).
- b). Bij ernstige, resistente refluxoesofagitis, welke in een hoger percentage te verwachten is in deze groep van verstandelijk gehandicapten, is vaak sterkere zuurremming noodzakelijk om de patiënten te genezen en genezen te houden (14).
- c). Bij verstandelijk normale refluxpatiënten wordt de dosering vaak getitreerd op basis van de klachten. Dit is praktisch niet mogelijk bij verstandelijk gehandicapten.
- d). Bij een hogere dosis, en daardoor te verwachten hogere genezingspercentages, is endoscopische controle minder vereist. Dit kan een

groot voordeel zijn in deze toch moeilijk te onderzoeken groep patiënten.

In kosten-baten analyse is behandeling met een PPI niet alleen effectiever maar ook goedkoper gebleken (15-18).

Combinaties van geneesmiddelen

Er is weinig wetenschappelijke basis voor het combineren van geneesmiddelen bij de behandeling van GORZ. Echter, in enkele geselecteerde gevallen, waarbij een vertraagde slokdarm- en/of maaglediging een duidelijke rol speelt in de pathogenese, kan het zin hebben een prokineticum te combineren met een PPI (19,20). Men moet zich wel realiseren dat een PPI als monotherapie duidelijk effectiever is dan de combinatie van een H2-receptor antagonist met een prokineticum.

De lange termijn behandeling van GORZ

GORZ is een chronisch recidiverende aandoening (21). Er lijkt een correlatie te bestaan tussen de recidiefkans en de ernst van de oesofagitis of de sterkte van de vereiste behandeling om genezing te bereiken (22). Vooral patiënten die resistent bleken voor behandeling met H2-receptor-antagonisten en die met PPI's waren genezen, bleken na stoppen van de behandeling snel te recidiveren. Ook de aanvankelijke reactie op de behandeling blijkt een voorspellende waarde te hebben voor het optreden van een recidief: patiënten met ernstige klachten of restsymptomen ondanks genezen oesofagitis hebben een grotere kans om te recidiveren. Bij patiënten met matige tot ernstige klachten en/of oesofagitis zal vrijwel altijd continue onderhoudsbehandeling noodzakelijk blijken te zijn om de reflux-ziekte te bestrijden (23).

H2-receptorantagonisten en sucralfaat blijken niet effectief als onderhoudstherapie (24), terwijl cisapride slechts een zeer matig effect heeft. PPI's zijn het meest effectief gebleken: over het algemeen is het resultaat goed tot zeer goed. Met PPI's in standaarddosis blijft ongeveer 75% van de patiënten in remissie gedurende 1 jaar behandeling tegenover slechts 10-20% met ranitidine 2 x 150 mg (25). Onze eigen gegevens laten zien dat alle patiënten met GORZ, niet reagerend op behandeling met een H2-receptor-antagonist, tijdens behandeling met omeprazol gedurende minstens 5 jaar in remissie waren (28). Soms moest daarvoor de dosis worden aangepast (verhoogd). Effectieve onderhoudstherapie voorkomt ook het optreden van complicaties van oesofagitis zoals bloedingen en stricturen: zo waren er aanmerkelijk minder of geen dilataties meer nodig bij patiënten met een peptische strictuur tijdens PPI therapie (26,27). Preventie of regressie van Barrett-slijmvlies is niet overtuigend aangetoond tijdens onderhoudsbehandeling. Uit alle studies blijkt dat vrijwel alle patiënten met GORZ, zelfs met ernstige, resistente oesofagitis, goed te behandelen zijn met PPI's ook op langere termijn (29,30).

Voor de therapie van verstandelijk gehandicapte kinderen beneden de leeftijd van 2 jaar wordt verwezen naar de Consensus GORZ der kinder-gastroenterologie (31).

Conclusie

Momenteel zijn de PPI's de belangrijkste middelen voor de medicamenteuze behandeling van GORZ, waarbij de indicatie bij verstandelijk gehandicapten het meest duidelijk is van alle groepen refluxpatiënten. Het belang van continue onderhoudsbehandeling met PPI's is onomstreden, zeker bij patiënten met een verhoogd risico op de ontwikkeling van ernstige vormen van refluxziekte zoals verstandelijk gehandicapten.

Referenties

1. Johnson DA. Medical therapy of GERD: current state of the art. *Hosp Pract* 1996; 31: 135-48)
2. Kahrilas PJ. Esophageal motor activity and acid clearance. *Gastroenterol Clin. North Am* 1990; 19: 537-50
3. Bell NJV, Burget D, Howden CW, et al. Appropriate acid suppression for the management of gastroesophageal reflux disease. *Digestion* 1992; 51(Suppl.1): 59-67
4. Mohamed AH, Hunt RH. The rationale of acid suppression in the treatment of acid-related disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1994; 8 (suppl 1): 3-105.
5. Devault KR. Current management of gastroesophageal reflux disease. *The Gastroenterologist* 1996;4;24-32
6. Tytgat GNJ, Bianchi Porro G, Feussner H, et al. Long-term strategy for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease. *Gastroenterol Int* 1991; 4: 21-32
7. Heading RC, Eaves NR. Aims of treatment in gastroesophageal reflux disease. In: Scarpignato C, editor. *Advances in drug therapy of gastroesophageal reflux disease*. Basel: S. Karger AG 1992:1-10
8. Howden CW, Castell DO, Cohen S, et al. The rationale for continuous maintenance treatment for reflux esofagitis. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1465-71)
9. Harvey RF, Gordon PC, Hadley N, et al. Effects of sleeping with the bed-head raised and of ranitidine in patients with severe peptic oesofagitis. *Lancet* 1987; II: 1200-03

10. Hamilton JW, Boisen RJ, Yamamoto DT, et al. Sleeping on a wedge diminishes exposure of the esophagus to refluxed acid. *Dig Dis Sci* 1988; 33: 518-22
11. Fellenius E, Berglindh T, Sachs G, et al. Substituted benzimidazoles inhibit acid secretion by blocking H⁺/K⁺-ATPase. *Nature* 1981; 290: 159-161
12. Bardhan KD. The role of proton pump inhibitors in the treatment of gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1995; 9(suppl 1): 15-25
13. Klinkenberg-Knol EC, Festen HPM, Meuwissen SGM. Pharmacological management of gastro-oesophageal reflux disease. *Drugs* 1995; 49: 695-710
14. Klinkenberg-Knol EC. The management of severe, therapy-resistant, reflux oesofagitis. *Gullet* 1993; 3 (suppl): 70-75
15. Barradell LB, Faulds D, McTavish D. Lansoprazole. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and its therapeutic efficacy in acid related disorders. *Drugs* 1992; 44: 225-50
16. Berstad A, Hatlebakk JG. Lansoprazole in the treatment of reflux oesofagitis: a survey of clinical studies. *Aliment Pharmacol Ther* 1993; 7 (suppl 1): 34-37
17. Bader JP, Delchier JC. Clinical efficacy of pantoprazole compared with ranitidine. *Aliment Pharmacol ther* 1994; 8(suppl 1): 47-52
18. Fitton A and Wiseman L. Pantoprazole. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in acid-related disorders. *Drugs* 1996;51:460-82
19. Robinson M, Deckator DL, Maton PN, et al. Omeprazole is superior to ranitidine plus metoclopramide in the short-term treatment of erosive oesofagitis. *Aliment Pharmacol Ther* 1993; 7:67-73
20. Mundo F, Felix R, Aguilar J, et al. Omeprazole vs ranitidine plus cisapride in the treatment of reflux oesofagitis: comparative endoscopic study. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 1254
21. Hetzel DJ, Dent J, Reed WD, et al. Healing and relapse of severe peptic oesofagitis after treatment with omeprazole. *Gastroenterology* 1988; 95: 903-12
22. Tytgat GNJ. Prognostic factors affecting the duration of remission of gastro-oesophageal reflux disease. *J Drug Dev* 1993; 5 (suppl 2): 21-6

23. Lundell L, Backman L, Ekstrom P, et al. Prevention of relapse of reflux esofagitis after endoscopic healing: The efficacy and safety of omeprazole compared with ranitidine. *Scand J Gastroenterol* 1991; 26: 248-56
24. Dent J, Yeomans ND, Mackinnon M, et al. Omeprazole v ranitidine for prevention of relapse in reflux oesofagitis. A controlled double blind trial of their efficacy and safety. *Gut* 1994; 35: 590-98
25. Staerk Laursen L, Havelund T, Bondesen S, et al. Omeprazole in the long-term treatment of gastro-oesophageal reflux disease. A double-blind randomized dose-finding study. *Scand J Gastroenterol* 1995; 30: 839-846
26. Lundell L. Acid suppression in the long-term treatment of peptic stricture and Barrett's oesophagus. *Digestion* 1992; 51 (suppl 1): 49-58
27. Marks R, Richter JE, Koehler R, et al. Does medical therapy improve dysphagia in patients with peptic strictures and oesofagitis? *Gastroenterology* 1992; 102: A118
28. Klinkenberg-Knol EC, Festen HPM, Jansen JBMJ, et al. The efficacy and safety of long term treatment with omeprazole of patients with refractory reflux esofagitis. *Annals of Internal Med*; 1994; 121: 161-167
29. Tytgat GN. Long-term therapy for reflux esofagitis. *N Engl J Med* 1995; 333: 1148-1150
30. Koop H, Arnold R. Long-term maintenance treatment of reflux esofagitis with omeprazole. *Dig Dis Sci* 1991; 36: 552-57
31. Vandenplas Y, et al. Reflux esofagitis in infants and children: a report from the working-group on gastro-oesophageal reflux disease of the European Society of Paediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994;18:413-22.

Chirurgische behandeling

Indicaties voor operatie zijn onvoldoende reactie op medicatie na zes maanden optimale medicamenteuze behandeling en het bestaan van een para-oesofageale hernia met of zonder reflux. Bij kinderen zijn ook graad IV oesofagitis met stenose en aan reflux gerelateerde apnoe aanvallen indicaties voor operatieve behandeling.

Over het algemeen worden succespercentages van 85-90% gerapporteerd. De onderzoeken zijn zelden prospectief opgezet (1-6). Het betreft hier vaak een combinatie van symptoomverlichting, genezing van oesofagitis en normaliseren van het 24 uurs pH-profiel.

De meest frequent uitgevoerde operatie is zonder twijfel de fundoplicatie volgens Nissen, die door de jaren heen stand heeft gehouden als de meest uitgevoerde operatie, ondanks de consistente bevinding dat de procedure bij ongeveer 10% van de patiënten tot dysfagie leidt (7,8). Ook de gastropexie volgens Boerema wordt wel verricht bij GORZ.

De mortaliteit is voor alle procedures minder dan 0.5%, maar daarmee zeker niet verwaarloosbaar.

Bij verstandelijk gehandicapten worden bij deze operaties meer complicaties geconstateerd dan bij de normaal begaafde populatie. Verbetering van de klachten wegen echter ruim op tegen deze complicaties (9,10).

De effectiviteit van de laparoscopische Nissen-fundoplicatie voor wat betreft bestrijding van gastro-oesofageale reflux is hoog, de ervaring groeit en de leercurve is ook in meerdere Nederlandse centra voltooid (11). De effectiviteit is vergelijkbaar met die van de conventionele Nissenprocedure (12,13,14).

Deze is alom geaccepteerd als de standaardoperatie bij de primaire ingreep. Het is niet bewezen dat de laparoscopische benadering superieur is aan de conventionele.

Antireflux chirurgie kan bij 90% van de geopereerde patiënten succes bereiken en leiden tot symptoomverlichting, genezing van oesofagitis en mogelijk voorkómen van progressie van dysplasie bij Barrett slokdarm. Er worden per jaar ongeveer 250 antireflux operaties verricht.

Een half jaar na de chirurgische behandeling dient evaluatie plaats te vinden, op basis van het verdwijnen van de symptomen en een 24 uurs pH-meting.

Referenties

1. DeMeester TR, Bonavina L, Albertucci M. Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease. Evaluation of primary repair in 100 consecutive patients. *Ann Surg* 1986;204:9-20.
2. Stipa S, Fegiz G, Iascone C, Paolini A, Moraldi A, et al. Belsey an Nissen operation for gastroesophageal reflux. *Ann Surg* 1989;210: 583-589.

3. Horbach JMLM, Gooszen HG, van Beusekom MJL, Jansen JBMJ, Lamers CBHW, Terpstra JL. Long-term effect of the Belsey Mark IV antireflux operation on symptoms and oesofagitis, in relation to postoperative manometry and 24 hour pH Profile, Diseases of esophagus 1994;7:255-261.
4. Horbach JMLM, Cnossen MH, Jansen JBMJ, et al. A prospective study of the effects of Belsey Mark IV antireflux surgery on endoscopic esofagitis, lower esophageal sphincter pressure and 24 hour pH measurements. Relation to symptom-improvement. Dig Dis Sci 1994;39:385-392
5. Horbach JMLM, Masclee AAM, Lamers CBHW, Gooszen HG. Prospective evaluation of 24 hour ambulatory pH metry in Belsey Mark IV antireflux surgery, Gut 1994;35:1529-1536
6. Thor KBA, Silander T. A long-term randomized prospective trial of the Nissen procedure versus a modified Toupet technique. Ann Surg 1989;210:719-724.
7. DeMeester TR, Lawrence LTC, Johnsen F, Kent AH. Evaluation of current operations for the prevention of gastroeophageal reflux. Ann Surg 1974;180:511- 525.
8. Fuchs KH. Operative procedures in antireflux surgery. Endosc Surg Allied Technol 1993 Apr;1920:65-71.
9. Hey HA, Vos A. Long-term results of anterior gastropexy for gastroesophageal reflux in children. Pediatr Surg Int (1988)4:256-259.
10. Borgstein ES, Hey HA, et al. Risks and benefits of antireflux operations in neurologically impaired children.
11. Weerts JM, Dallemagne B, Hamior E, et al. Laparoscopic Nissen fundiplication: a detailed analysis of 132 patients. Surg Laparosc Endosc 1993;3:359-364.
12. Jamieson CG, Watson DI, Britton-Jones R, et al. Laparoscopic Nissen fundiplication. Ann Surg 1994;220:137-145.
13. Hunter JFG, Trus TL, Branum GD, et al. A physiologic approach to laparoscopic fundiplication for gastroesophageal reflux disease. Ann Surg 1996;223:673-687.
14. Watson DI, Baigrie RJ, Jamieson GG. A learning-curve for laparoscopic fundiplication. Ann Surg 1996;224:198-203.

Samenvatting diagnostiek GORZ bij verstandelijk gehandicapten

A. De patiënten met een IQ < 50 kunnen in 2 groepen verdeeld worden:

1. de groep die symptomen heeft die wijzen in de richting van GORZ.
2. de groep die een sterk verhoogde kans heeft op GORZ t.g.v. de aanwezigheid van een aantal risicofactoren.

1. De groep met symptomen.

De klachten die bij deze groep optreden kunnen we in 2 categorieën onderverdelen:

a- en b-symptomen.

a-symptomen wijzen in de richting van een ernstige vorm van GORZ of een andere aandoening van het bovenste deel van de tractus digestivus.

a-symptomen zijn:

- hematemesis
- regelmatig braken (enkele malen per week) gedurende langere tijd
- ijzergebreksanemie e.c.i.

Bij aanwezigheid van een a-symptoom is **oesofagogastroduodenoscopie** geïndiceerd om de precieze diagnose te stellen (oesofagitis, carcinoom, strictuur, ulcus duodeni, ulcus ventriculi), omdat de behandeling daarvan afhankelijk is.

Bij kinderen onder de 2 jaar wordt verwezen naar de consensus GORZ bij kinderen (1).

Bij b-symptomen is de kans klein dat er sprake is van andere (ernstige) gastro-intestinale problematiek dan GORZ. Een 24 uurs pH-meting is bij deze symptomen derhalve voldoende.

b-symptomen zijn:

- recidiverende luchtweginfecties van zowel de onderste als de bovenste luchtwegen (bv. recidiverende otitis media)
- voedingsproblemen (weigeren voeding, slecht eten, afvallen)
- regurgiteren
- rumineren (slecht functionerende cardia)
- tandglazuurerosies

Bij aanwezigheid van b-symptomen is aanvullende diagnostiek in de vorm van **24 uurs pH-meting** nodig om de diagnose GORZ te kunnen stellen. Anders dan bij de a-symptomen levert een gastroduodenoscopie in het algemeen geen voor de behandeling relevante gegevens op die ook niet met een 24-

uurs pH-meting kunnen worden verkregen. Een 24-uurs pH-meting blijkt bij de VG eenvoudiger uitvoerbaar dan een gastroduodenoscopie.

2. De groep die een sterk verhoogde kans heeft op GORZ.

Factoren die de kans op aanwezigheid van GORZ sterk vergroten zijn:

- IQ < 35 (kans op GORZ 65-68% (1))
- spasticiteit van minstens 2 ledematen (kans op GORZ 65 - 68% (1))

Vanwege de grote kans op GORZ wordt aanbevolen bij aanwezigheid van één van bovengenoemde factoren een 24 uurs pH-meting te doen om vast te stellen of er sprake is van GORZ. Met name vanwege het feit dat deze groep vaak niet in staat is klachten of symptomen aan te geven die wijzen in de richting van GORZ, terwijl er vaak wel sprake is van ernstige oesofagitis.

N.B. Dit betreft een zeer grote groep verstandelijk gehandicapten in Nederland. Er bestaat momenteel slechts in een enkele instelling voor verstandelijk gehandicapten de mogelijkheid tot het doen van 24 uurs pH-meting. De capaciteit van interne en gastro-enterologische afdelingen in ziekenhuizen is niet groot genoeg om bij al deze mensen een 24 uurs pH-meting te verrichten. Daarom wordt door de consensuswerkgroep geadviseerd te onderzoeken, hoe deze aanbeveling door samenwerking van instellingen en ziekenhuizen kan worden geïmplementeerd.

B. Groep patiënten met IQ tussen 50 en 70 (licht verstandelijk gehandicapt)

Over deze groep zijn vrijwel geen onderzoeksgegevens bekend. Gezien hun lichte mate van handicap mag aangenomen worden dat zij in 't algemeen redelijk goed klachten aangeven die wijzen in de richting van GORZ. Omdat zij qua IQ de normaal begaafde populatie benaderen, kan voorshands gebruik gemaakt worden van de Standaard Maagklachten van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Voor kinderen kan gebruik gemaakt worden van de consensus gastro-oesofageale reflux bij kinderen (2). Aangezien geen onderzoeksgegevens over deze groep voorhanden zijn, verdient het aanbeveling dat door de verantwoordelijke organisaties onderzoek in deze populatie wordt gestimuleerd.

1 C.J.M. Böhrmer, *Gastro-oesophageal Reflux Disease in Intellectually disabled individuals*, thesis VU. Amsterdam 1996.

2 Van den Plas et al, *gastro-oesofageale reflux bij zuigelingen; aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling*, NTVG 1995 vol 139: 366-370

Samenvatting behandeling GORZ bij verstandelijk gehandicapten

1. Medicamenteuze behandeling

Patiënten met GORZ worden in principe behandeld met protonpompremmers. Als voorbeeld is hier gekozen voor het doseringsschema van omeprazol, omdat dit het langst bestudeerde middel is. Andere PPI's hebben een vergelijkbare werkzaamheid en kunnen in equivalente doses gegeven worden. Voor toediening door de sonde zijn omeprazol MUPS beschikbaar.

Start dosering protonpompremmers: 40 mg omeprazol.
Bij kinderen omeprazol 1-2 mg/kg/dag; dat wil zeggen:

- < 10 kg : 10 mg omeprazol
- 10-20 kg: 20 mg omeprazol
- 20-30 kg: 30 mg omeprazol
- > 30 kg: 40 mg (=volwassen dosering)

Bij kinderen die braken kan, als zuurremming onvoldoende helpt, cisapride worden toegevoegd in een dosering van 0,2 mg/kg 3-4 dd.

Evaluatie medicamenteuze behandeling:

Na 3 maanden vindt evaluatie van behandeling plaats.
Wijze van evalueren:

Groep 1 met a-symptomen (diagnose door middel van oesofagogastroduodenoscopie gesteld).

Indien symptomen verbeterd zijn: dosering van 1 dd 40 mg continueren voor onbepaalde tijd.

Indien symptomen niet verbeterd zijn: dosis verdubbelen naar 2dd 40 mg omeprazol.

Indien na drie maanden de symptomen verbeteren op 2dd 40 mg kan de dosis weer teruggebracht worden naar 40 mg per dag.

Indien symptomen dan weer recidiveren, dosis naar 2dd 40 mg en deze dosis continueren.

Indien met deze medicamenteuze behandeling de symptomen niet verbeteren, moet operatieve behandeling overwogen worden.

Groep 1 met b-symptomen (bij diagnostiek 24 uren pH-meting verricht).

Indien symptomen verbeterd zijn: dosering van 1 dd 40 mg continueren voor onbepaalde tijd.

Indien na drie maanden geen verbetering: gastroduodenoscopie doen.
Op grond hiervan behandelen of verder onderzoek doen.

Groep 2 (risicogroep: IQ < 35 of spasticiteit) bij diagnostiek 24 uurs pH-meting verricht):

Evaluatie therapie door middel van 24 uurs pH-meting met medicatie (40 mg omeprazol). Indien geen normale 24 uurs pH-meting dosis verdubbelen, dus 2dd 40 mg omeprazol (of equivalente dosis andere protonpompremmer).

Chirurgische behandeling

Indicaties:

- geen of onvoldoende verbetering van de symptomen na 6 maanden optimale medicamenteuze behandeling
- para-oesofageale hernia
- graad IV oesofagitis met stenose bij kinderen
- reflux gerelateerde apnoe-aanvallen bij kinderen

Evaluatie chirurgische behandeling:

Na 6 maanden vindt evaluatie plaats.

- op basis van verdwijnen symptomen
- 24 uurs pH-meting

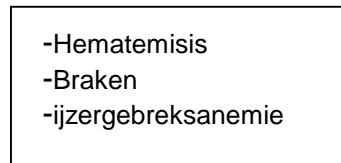
Diagnostiek GORZ bij verstandelijk gehandicapten

(beslisboom)

1. VG met IQ < 50, onder te verdelen in:

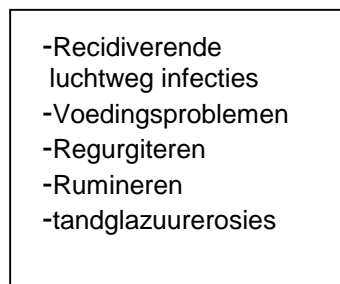
VG met symptomen:

A – symptomen:



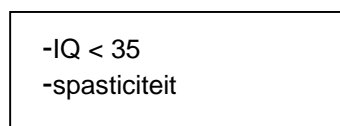
Bij 1 of meer a-symptomen:
oesofagogastroduodenoscopie

B – symptomen:



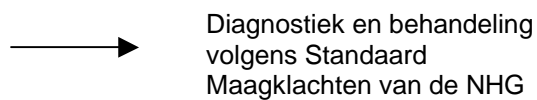
Bij 1 of meer b-symptomen:
24 uurs pH-meting

VG met sterk verhoogde kans op GORZ:



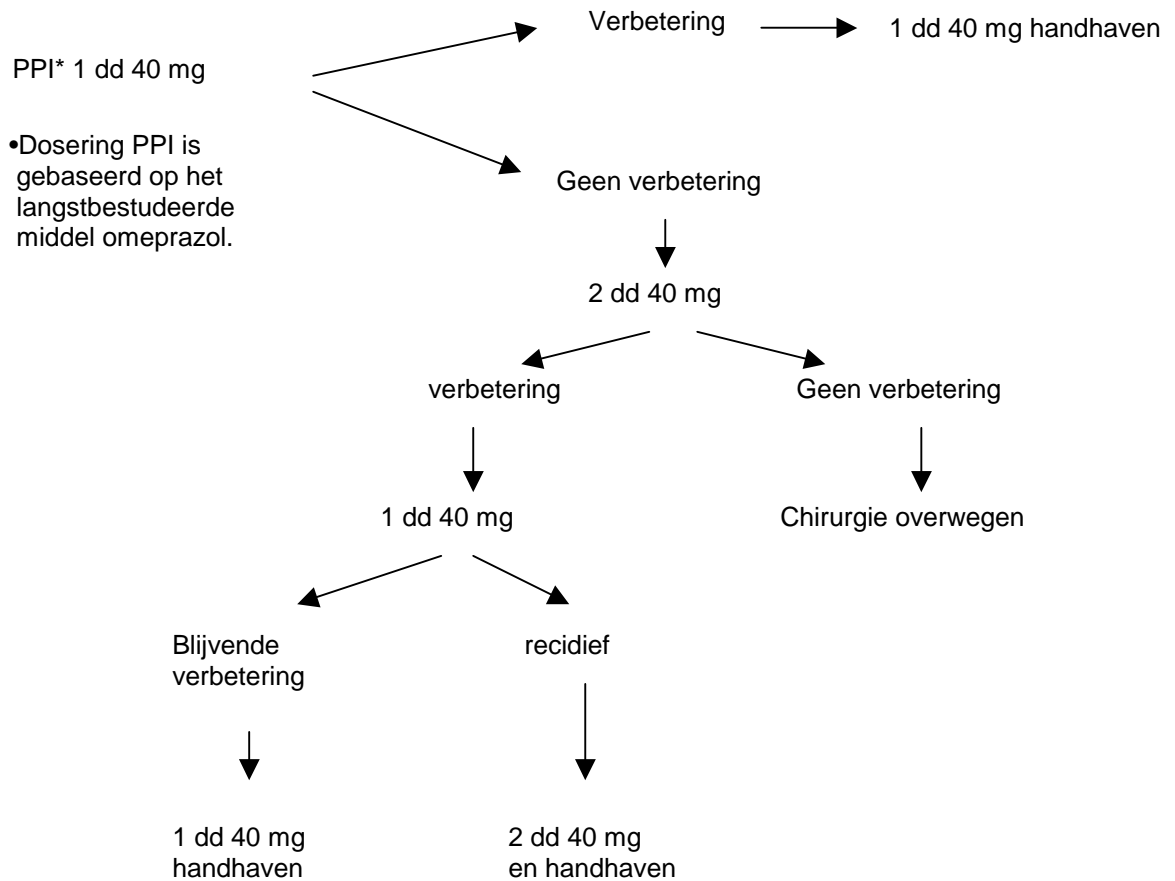
Bij 1 of 2 van deze factoren:
24 uurs pH-meting

2. VG met IQ tussen 50 en 70 (licht verstandelijk gehandicapt)



Behandeling GORZ bij verstandelijk gehandicapten

Groep 1 met A - Symptomen



Groep 1 met B-symptomen (diagnose gesteld middels 24 uurs pH-metrie)

Indien na 3 maanden geen verbetering → oesofagogastroduodenoscopie

Groep 2: IQ < 35 en/of spasticiteit:

Bij pathologische 24 uurs pH-metrie → 1 dd 40 mg

Na 3 maanden evaluatie met nieuwe 24 uurs pH-metrie → Geen verbetering → 2 dd 40 mg

Consensusbespreking 19 maart 1999

Zoals in het voorwoord reeds vermeld, heeft ter afronding van de consensus een consensusbespreking plaatsgevonden tijdens de voorjaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging van Gastroenterologie. Hiervoor is gekozen omdat hierbij leden van alle deelnemende beroepsgroepen aanwezig konden zijn.

Aan de hand van stellingen is de consensustekst systematisch besproken. Het volgende commentaar is naar voren gekomen.

1. De 24 uurs pH-meting heeft een prominente plaats in de diagnostiek binnen deze consensus.

Een bepaalde groep VG, namelijk diegenen met een laag IQ (< 35) en redelijke mobiliteit, zal de neiging hebben de sonde eruit te trekken.

Uit onderzoek blijkt dit ook (1,2), doch dit betreft \pm 10-15% van de populatie.

2. In de normaal begaafde populatie neemt de proefbehandeling een belangrijke plaats in. In deze consensus is dit niet het geval. De reden hiervoor is, dat VG met IQ < 50 vrijwel nooit klachten aangeven. De in de tekst genoemde a-symptomen zijn van dien aard, dat hiervoor nadere diagnostiek gewenst is. Bij b-symptomen zou men kunnen overwegen een proefbehandeling in te stellen.

De symptomen zijn echter weinig specifiek en moeilijk te evalueren. Derhalve zal het leiden tot behandelen van GORZ bij VG die deze aandoening niet hebben.

Nader onderzoek zal moeten uitwijzen welke symptomen meer specifiek op GORZ wijzen in deze populatie en op welke wijze deze betrouwbaar te evalueren zijn.

3. In tegenstelling tot de normaal begaafde populatie worden de VG in de consensus vrijwel uitsluitend en meestal levenslang behandeld met protonpompremmers.

Men vroeg zich af of dit geen bijwerkingen met zich meebracht zoals vitamine B12 deficiëntie, bacteriële infecties, atrofische gastritis.

Naar de mening van de werkgroep brengt langdurig gebruik van protonpompremmers geen problemen met zich mee.

4. Over Helicobacter wordt in de consensus niet gesproken. Er werd gevraagd of Helicobacter niet moest worden bestreden bij GORZ en langdurig gebruik van protonpompremmers.

Op dit moment is nog niet aangetoond dat het zinvol is Helicobacter bij GORZ te bestrijden. Derhalve is dit niet in deze consensus opgenomen.

5. Deze consensus betreft VG met IQ < 50. De reden hiervoor is, dat over deze groep onderzoeksgegevens voorhanden zijn.

Van de groep licht VG met IQ tussen de 50 en 70 zijn geen onderzoeksgegevens bekend. Aangezien het licht verstandelijk gehandicapten betreft

zullen zij in 't algemeen in staat zijn klachten aan te geven en derhalve behandeld kunnen worden op basis van de Standaard Maagklachten van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Naar voren werd gebracht dat licht VG met gedragsproblemen of psychiatrische problemen in 't algemeen niet in staat zullen zijn klachten te uiten. In dat geval kan men beter deze consensus gebruiken.

Zoals in de consensustekst al aangegeven is, is nader onderzoek in deze groep gewenst om een gefundeerde uitspraak te doen.

De conclusie is, dat onderzoek in deze VG populatie opmerkelijke resultaten ten aanzien van prevalentie en ernst van GORZ te zien heeft gegeven. Op grond hiervan adviseert de werkgroep nadere diagnostiek met behulp van 24 uurs pH-meting of endoscopie op basis van bepaalde symptomen (a- en b-symptomen in de consensus).

Nader onderzoek is nodig om na te gaan of bij bepaalde specifieke symptomen een proefbehandeling kan worden gedaan, zodat een 24 uurs pH-meting achterwege kan blijven.

Op dit moment kan dit nog niet op basis van onderzoeksgegevens gefundeerd in de consensus worden opgenomen.

Referenties

1. Böhmer CJM, Niezen-de Boer MC, Klinkenberg-Knol EC, Nadorp JHSM, Meuwissen SGM. The prevalence of gastroesophageal reflux (GER) and refluxesofagitis (RE) in severely mentally handicapped. *Gastroenterol.* 1996;110:A 66.
2. Roosendaal JJ, Bijleveld ChMA. Toepassing van 24 uurs pH-meting bij verstandelijk gehandicapten. *Ned. Tijdschr Zwakzinnigzorg* 1994;4:239-48.