

Hvad er årsagerne til recidiverende abdominalsmerter?

LEDER

Asbjørn Mohr Drewes

Ugeskr Læger
2015;177:V66549

Mavesmerter er hyppige i den vestlige befolkning. I en amerikansk undersøgelse var mavesmerter og relaterede symptomer årsag til hver tredje henvisning til et gastroenterologisk ambulatorium [1]. Man må formode, at lignende forhold gør sig gældende i Danmark. Årsagerne til recidiverende mavesmerter skal primært søges i de mest almindelige sygdomme. Disse kan være *organiske* som peptisk ulcus, mb. Crohn, tarmiskæmi eller kronisk pankreatitis, men *funktionelle* sygdomme som dyspepsi og colon irritabile er hyppigere og kan være vanskelige at behandle. Endelig skal man huske, at mavesmerter kan være komplikation i forbindelse med tidligere kirurgiske procedurer eller bivirkning af medicin, som man ofte ser det ved f.eks. opioidinduceret forstoppelse og dysfunktion af mave-tarm-kanalen.

Når man har udelukket de mest klassiske sygdomme, er der en restgruppe, som er vanskeligere at diagnosticere. Blandt disse patienter har nogle ret almindelige sygdomme som cøliaki og laktoseintolerans, hvor lokaliserede smerter i bestemte regioner er det dominerende symptom. Dette kan delvis forklares ved den specielle patofysiologi, som ses ved viscerale nerver, hvor bl.a. spinal konvergens mellem somatiske og viscerale nerver giver meddelt smerte til hud og muskler. Desuden kan diffus spredning af viscerale nerver på de spinale segmenter give en ukarakteristisk smertelokalisering, se [2, 3] for detaljer.

Imidlertid ses abdominalsmerter også ved patienter med sygdomme som uræmi og hypoglykæmi, som normalt ikke forbindes med gastrointestinale organer. Desuden kan en række myofascielle syndromer som smerter fra facetled og radikulopati give abdominalsymptomer.

Hvis de mere »almindelige« sygdomme kan udelukkes, står man tilbage med en restgruppe af patienter, hvor man må overveje sjældne årsager til smerterne. Dette kan være arveligt angioødem, hernia Spigelii, *entrapment* af interkostalnerver, akut intermitterende porfyri, arvelig middelhavsfeber, Schönlein-Henochs purpura, retroperitoneal fibrose, tungmetalforgiftning og proctalgia fugax.

Oftest har disse patienter gennemgået talrige udredningsprogrammer og er set hos flere specialister. Mange er rubriceret som »funktionelle« eller »psykiske« uden nærmere specifikation, og man har opgivet at finde årsagen. Der er uden tvivl en del patienter i denne kategori, og man må erindre, at der ofte kommer en betydelig psykisk overbygning, når patienten føler sig opgivet. Desuden kan afmagten og den so-

cial isolation let føre til depression. Det er derfor vigtigt, at man altid overvejer, om patienterne kan have en af de mere sjældne sygdomme, da disse oftest kan behandles med stor succes.

Et af disse syndromer er abdominal migræne. I en kasuistik i dette nummer af Ugeskrift for Læger gennemgår *Rasmussen & Nøjgaard* [4] sygehistorien for en patient, som typisk havde været gennem et langt udredningsprogram og flere indlæggelser for at udelukke alvorligere organiske årsager til de invaliderende mavesmerter. Ved *second opinion* fik man mistanken om abdominal migræne, og patienten blev markant bedret efter adækvat behandling. Abdominal migræne ses oftest hos børn, og der findes – som angivet i kasuistikken – diagnostiske kriterier. Imidlertid er sygdommen nok ikke så sjælden hos voksne som tidligere antaget, og det menes, at de diagnostiske kriterier også kan anvendes hos voksne. Som ved de fleste af de sjældnere årsager til mavesmerter stilles diagnosen ved en god anamnese og kendskab til sygdommens eksistens.

Hvis man er mere opmærksom på dette (specielt på specialafdelinger), vil man kunne hjælpe en del patienter, uden at de skal gennemgå en række dyre og ubehagelige undersøgelser. Det er imidlertid værd at fremhæve, at man hos de fleste patienter med denne symptomatologi ofte ender i en blindgyde og må nøjes med at behandle smerterne symptomatisk. Det ville derfor være hensigtsmæssigt, hvis kendskabet til smertepatogenese og -behandling var mere udbredt blandt danske læger, idet den forkerte behandling ofte skader mere, end den gavner.

Desuden burde patienter, hvor der er mistanke om en af de sjældnere årsager til mavesmerter, kunne henvises til et specialiseret tertiært center for at optimere resurserne og behandlingen.

LITTERATUR

1. Russo MW, Wei JT, Thiny MT et al. Digestive and liver diseases statistics, 2004. *Gastroenterol* 2004;126:1448-53.
2. Madsen H, Drewes AM. Ondt i maven. *Ugeskr Læger* 2006;168:1957-60.
3. Knowles CH, Aziz Q. Basic and clinical aspects of gastrointestinal pain. *Pain* 2009;141:191-209.
4. Rasmussen E, Nøjgaard C. Anfaldsvis abdominalia kan være abdominal migræne. *Ugeskr Læger* 2014;176:V08130513.

KORRESPONDANCE:

Asbjørn Mohr Drewes,
Medicinsk Gastroenterologisk
Afdeling, Aalborg
Universitetshospital,
Medicinerhuset,
Mølleparkvej 4,
9000 Aalborg.
E-mail: amd@rn.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk