

Diabetes - Gastropares vid diabetes

Fördröjd magsäckstömning utan mekaniska hinder kallas gastropares. Gastropares är en vanlig komplikation till både diabetes typ 1 och typ 2. Orsakerna till fördröjd magsäckstömning vid diabetes är inte helt klarlagda, men en bidragande orsak är en diabetisk nervskada sk autonom neuropati. De flesta diabetiker som har symtom på gastropares har en långsam tömning av magsäcken, men ca 10% har en snabb tömning.

Blodsockerkontrollen är viktig. Hyperglykemi bidrar ytterligare till långsam tömning av ventrikeln. Redan vid blodsocker >8 mmol/L är magsäckens tömning fördröjd. Vid en hypoglykemi är motoriken tvärtom snabbare och kan ge symtom som vid "dumping". Symtomen vid långsam respektive snabb ventrikeltömning är mycket lika och kan inte differentiera mellan tillstånden.

Ventrikeltömningen påverkar också blodsockret; ofta söker patienterna för svängande blodsocker och högt HbA1c. Gastropares tenderar att ge en "svans" av hyperglykemi under lång tid efter måltid.

Tio års diabetesduration är tillräcklig tid för att kunna utveckla en gastropares. Den exakta prevalensen av gastropares är oklar, man räknar med att ca 10-20% av alla diabetiker har en påverkan på magsäckens tömning. Notera att hyperglykemi med fördröjd magsäckstömning har större inverkan på motoriken än medicinering för tarmmotoriken, alltså viktigt att i första hand korrigera och optimera blodsockernivån. Gastropares kan också medföra ett försämrat upptag av flera olika läkemedel.

Symtom

Långvariga:

- Illamående och kräkningar
- Tidig mättnadskänsla, uppblåsthet och fyllnadskänsla
- Buksmärta
- Viktminskning (men förvånande ofta övervikt)
- Sura uppstötningar
- Obstipation (motorikstörning colon)
- Diarréer (sekundärt till svampinfektion och/eller bakteriell överväxt)
- Mer labilt, svängande blodsocker. Vid framför allt typ 1 ofta hypoglykemi efter måltid.

Differentialdiagnoser

Differentialdiagnoser:

- Ruminationssyndrom (kräkning inom 30 minuter efter måltidsstart, normal ventrikeltömning)
- Celiaki (kräkning är vanligt symtom)
- Anorexia, depression
- Biverkan från medicinering (t.ex opioider, antikolinerga läkemedel, inkretin/GLP-1-analoger)
- Ulcus, gastrit och hiatusbräck
- Mekaniska hinder (striktur, bezoar eller malignitet)
- Hypothyreos, binjurebarksinsufficiens/Mb Addison

Utredning

Diagnosen är i grunden en klinisk bedömning: Symtom med kräkning och illamående 1-2 timmar efter måltid är ofta diagnostiska; tidig mättnadskänsla, oförmåga att äta en hel måltid, övermättnad, aptitlöshet, uppkördhet, uppdriven buk och buksmärta är mindre karaktäristiska.

Gastroskopi: Differentialdiagnostik. För att utesluta ulcus, striktur och malignitet. Fynd av kvarvarande matrester trots fasta mer än 6 timmar stödjer diagnosen gastropares. Duodenalbiopsi för att utesluta celiaki.

Ventrikelskintigrafi: "Gold standard" för diagnos, uppmätt under 0-240 minuter. Övervägas i oklara fall. Gastropares definieras som retention >60% av måltid vid 120 minuter, eller >10% vid 240 minuter.

Behandling

Kost

Alltid remiss till dietist för individuell kostrådgivning. Kosten är grundläggande som behandling. Gastropareskost skiljer sig från traditionell kost vid diabetes. Grundprincipen är att maten ska bestå mer av snabbare kolhydrater och mer dryck vid måltider. Fibrer är ok, men ska vara mycket finfördelade med partikelstorlek mindre än 2 mm. Inga långa fibrer. Tugga noggrant och gärna mindre måltider. Födan ska kunna sönderdelas enkelt med en gaffel vid gastropares (likt en kokt potatis).

Diabetesbehandling

Optimerad metabol kontroll (lägre HbA1c) kan minska besvären och om problem med hypoglykemi efter måltid testa gärna måltidsinsulin efter maten istället. Insulinpump kan också vara ett bra alternativ vid typ 1 diabetes. I utvalda fall kan man också pröva humant måltidsinsulin (t.ex Actrapid®) istället för analoginsulin som då ges i direkt anslutning till måltid.

Om obstipationsproblem

kan man pröva laxermedel med osmolär effekt, t.ex. Movicol®, en dos per dygn. Laxermedel som ger gasbildning, t.ex Laktulos® är i regel olämpliga pga excessiv gasbildning.

Remiss till Gastroenterolog

Om oklar diagnos eller vid uttalade besvär. I första hand gäller detta vid nutritions- eller vätskeproblem. Nasojejunal sond med nutrition och vätska kan kartlägga betydelsen av gastropares för patientens tillstånd. Nasojejunal sond konverteras senare till PEG-J eller T-port (mer kosmetiskt tilltalande).

Läkemedel

Kosten är grunden i behandlingen men i utvalda fall kan insättning av motorikstimulerande läkemedel, i första hand metoklopramid (Primperan) 10 mg x 2-3 eller i andra hand erytromycin (Ery-Max) 250 mg x2 peroralt under några veckor övervägas. Effekten avtar vid långtidsbehandling. Då krävs behandlingspaus under några veckor innan förnyad insättning av läkemedlet. I vissa svåra fall ges motorikstimulerande behandling med Domperidon 10 mg x 3, generellt undviks dock detta preparat p.g.a. risk för kardiella biverkningar. Gastrisk pacemaker har också prövats i mycket svårbehandlade fall.

Dokumenthistorik

Författare: Jarl Hellman ÖL Per Hellström Prof 2017-05-30

Datum:

2020-10-08

2023-11-02 Peter Thelin Schmidt ÖL Ingen ändring

2024-07-09 Tillgänglighetsanpassad