

1.Overzicht

2.Oorzaken

3.Symptomen

4.Diagnose en behandeling

5.Steun

6.Onderzoek

OVERZICHT

Wanneer we eten, voert ons lichaam veel verschillende processen uit die ons helpen alle voedingsstoffen die we nodig hebben te verteren en te absorberen. Een fase van het verteringsproces **is de productie van gal, een substantie die door de lever wordt geproduceerd en** die een grote rol speelt bij de vertering van vetten. Het wordt **van de lever naar de galblaas getransporteerd**, waar het wordt opgeslagen, klaar voor de volgende keer dat we eten.

Chemische signalen, hormonen genaamd, vertellen de galblaas wanneer hij moet werken, waarna hij begint samen te trekken en de opgeslagen gal in de gemeenschappelijke galgang perst. De gemeenschappelijke galgang is ongeveer 7 cm lang en aan het distale uiteinde (de onderkant) komt hij samen met de hoofdgang van de pancreas, die de essentiële spijsverteringsenzymen lipase, amylase en protease transporteert, die door de pancreas worden geproduceerd. **Wanneer deze twee hoofdgangen samenkomen, vormt zich een kleine gang, de Ampulla van Vater.**

Het sap dat bestaat uit gal en pancreasenzymen gaat verder door de Ampulla van Vater en naar het eerste deel van de dunne darm, de twaalfvingerige darm. Hier begint het zich te mengen met het gedeeltelijk verteerde voedsel uit de maag en gaat de spijsvertering

verder. Dit proces is afhankelijk van een kleine ring van spieren die om het uiteinde van de ampulla van Vater-kanaal is gewikkeld om efficiënt te werken, en de stroom van sappen naar de twaalfvingerige darm te regelen door op het juiste moment te ontspannen en samen te trekken. **Deze kleine spierklep staat algemeen bekend als de sfincter van Oddi.**

Als de sfincter van Oddi **niet goed ontspant, kan de buis strak gesloten blijven of spasmen**, waardoor de sappen niet meer in de twaalfvingerige darm kunnen stromen. Deze sappen kunnen dan terugstromen, waardoor de druk in de buizen toeneemt. Wanneer dit gebeurt, kunnen er symptomen ontstaan, waaronder hevige aanvallen van buikpijn en misselijkheid.

Galblaassfincterstoornissen **komen bijna uitsluitend voor bij mensen die hun galblaas hebben laten verwijderen** (een operatie die een cholecystectomie wordt genoemd). Ongeveer 70.000 mensen ondergaan deze operatie elk jaar in het Verenigd Koninkrijk en naar schatting zal 5-10% blijvende symptomen ondervinden. Hoewel het aanzienlijk minder vaak voorkomt, kunnen mensen die nog steeds hun galblaas hebben, ook last hebben van galblaassfincterstoornissen.

Er zijn veel termen gebruikt om problemen – of vermoedelijke problemen – van de sfincter van Oddi te beschrijven, waaronder post-cholecystectomiesyndroom en meer recent Sphincter of Oddi Dysfunction (SOD). Afhankelijk van de symptomen en verschillende testresultaten bestond SOD uit drie subgroepen, Type I, II en III.

Na vele jaren van onderzoek, waarbij verschillende behandelingsopties voor alle soorten SOD werden uitgeprobeerd, **is duidelijk geworden dat de aanpak en behandelingen niet voor iedereen hetzelfde zijn**, ondanks het feit dat mensen aan dezelfde, soms extreem slopende, symptomen lijden.

Daarom **is er een nieuw classificatiesysteem voor galsfincterstoornissen ontwikkeld**. De hoop is dat het nieuwe systeem verwarring en frustratie zal helpen verminderen en, nog

belangrijker, ervoor zal zorgen dat mensen de juiste medische zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben.

DE NIEUWE CLASSIFICATIES ZIJN ALS VOLGT:

Galsfincterstenose/obstructie: Bepaalde afwijkingen worden gedetecteerd wanneer de sluitspier niet goed functioneert vanwege stenose (vernauwing) of obstructie. Deze omvatten bloedtestresultaten die verhoogde lever- of pancreasenzymen laten zien en scanbeelden die verwijding (verwijding) van de gemeenschappelijke galgang of hoofdpancreasgang laten zien. Het kan leiden tot pijnaanvallen of terugkerende acute pancreatitis.

Functionele galsfincterstoornis: Hoewel sommige afwijkingen duidelijk zijn – hetzij verwijding van een kanaal of verhoogde lever- of pancreasenzymen – rechtvaardigen ze niet noodzakelijkerwijs een invasieve interventie. Studies hebben herhaaldelijk aangetoond dat de risico's van invasieve procedures voor sommige mensen met functionele galsfincterstoornis opwegen tegen de voordelen en kunnen leiden tot problemen op de lange termijn.

Functionele galsfincterpijn: Wanneer de leverenzymtesten normaal zijn en er geen afwijkingen in de galwegen worden gevonden die de symptomen van galpijn kunnen verklaren.

OORZAKEN

WAT ZIJN DE OORZAKEN VAN GALSFINCTERSTOORNISSEN?

Galsfincterstenose/obstructie (voorheen bekend als SOD Type I):

treedt op wanneer de sluitspier het vermogen verliest om te ontspannen en de duct goed te openen. Een van de meest voorkomende oorzaken is wanneer een galsteen(en) vast komt te zitten in de ductus choledochus nadat deze uit de galblaas is gestoten, wat kan leiden tot permanente littekens (fibrose) en schade aan de sluitspier en de ductus. Andere oorzaken van galsfincterstenose zijn galblaasziekte, galblaasoperaties en procedures zoals cholecystectomie en ERCP, pancreatitis en cholangitis (ontsteking van de galgang).

De oorzaken van functionele galsfincterstoornis en functionele galsfincterpijn (voorheen respectievelijk SOD Type II en Type III) :

zijn niet altijd duidelijk, zelfs niet als er een afwijking zichtbaar is bij functionele galsfincterstoornis. Eén theorie over waarom patiënten na een galblaasoperatie vaker worden getroffen, is dat zenuwen beschadigd raken tijdens de operatie en dat deze schade invloed heeft op de werking van de sluitspier. Wanneer er geen mechanische afwijkingen zichtbaar zijn waardoor de sluitspier niet goed werkt, is er sprake van een functionele stoornis.

FUNCTIONELE GALSFINCTERPIJN EN HET CENTRALE ZENUWSTELSEL (CZS)

Er zijn veel onbekenden als het gaat om de wetenschap van pijn, maar **we weten dat slechts een heel klein gebrek in het complexe communicatiesysteem tussen de hersenen en de darmen, inclusief de sluitspier van Oddi, van invloed kan zijn op hoe we pijn waarnemen.** Een voorbeeld hiervan is centrale sensibilisatie. Dit is een aandoening waarbij de hersenen gevoeliger zijn voor normale of bijna normale input van het perifere zenuwstelsel. Pijnreceptoren (nociceptoren) detecteren wanneer er iets met het lichaam gebeurt dat onze aandacht nodig heeft, bijvoorbeeld een ontstoken inwendig orgaan of een gebroken been, en sturen vervolgens signalen naar de hersenen om ons te waarschuwen. De pijnreceptoren en signalen komen overeen met het type en de ernst van het beschadigde weefsel. Soms worden deze receptoren overgevoelig en reactiever, en wordt de pijn die we ervaren versterkt en ernstiger (bekend als hyperalgesie).

We horen vaak hoe demoraliserend en frustrerend het kan voelen als er geen duidelijke oorzaken zijn waarom iemand zoveel pijn ervaart, en beginnen te denken dat het 'allemaal in hun hoofd' moet zitten! Het menselijk lichaam is een zeer complexe machine, en zelfs zonder abnormale scans en bloedtestresultaten, betekent dit niet dat de pijn minder echt is voor de lijder.

Daarom is het nogmaals **van groot belang dat mensen de juiste zorg en ondersteuning krijgen voor hun individuele behoeften.**

MEDICIJNEN

Bepaalde medicijnen kunnen bij sommige mensen de pijn in de sluitspier verergeren, en veelvoorkomende medicijnen waarvan

bekend is dat ze de sluitspier laten spasmen – en daardoor pijn veroorzaken – zijn op morfine gebaseerde opioïde medicijnen. Als u medicijnen voorgeschreven krijgt waarvan u denkt dat ze meer pijn en symptomen veroorzaken, moet u medisch advies inwinnen.

Overleg met uw huisarts of specialist voordat u stopt met medicijnen, omdat dit ongewenste bijwerkingen kan veroorzaken

SYMPTOMEN

WAT ZIJN DE SYMPTOMEN VAN GALSFINCTERSTOORNISSEN?

Het meest voorkomende symptoom (voor alle 3 de typen SOD) is buikpijn in het bovenste rechtergedeelte van de buik, na het eten – met name in verband met vet voedsel. De pijn treedt net onder de rechterkant van de ribbenkast op, duurt ten minste 30 minuten, wordt niet verbeterd door stoelgang of veranderingen in houding en kan ernstig genoeg zijn om dagelijkse activiteiten te beïnvloeden. Soms kan de pijn uitstralen naar de rug en ernstig genoeg zijn om mensen met een galsfincterstoornis 's nachts wakker te maken. Het is zelden een dagelijkse of constante pijn. De symptomen kunnen komen en gaan en variëren in ernst.

Symptomen kunnen ook lijken op andere, ernstiger aandoeningen, zoals **pancreatitis** (ontsteking van de alvleesklier), cholecystitis (ontsteking van de galblaas), cholangitis (ontsteking van de galwegen), plus andere functionele gastro-intestinale aandoeningen zoals **het prikkelbare darmsyndroom** (PDS) en centraal gemedieerd buikpijnsyndroom (CAPS).

De pijn duurt ergens tussen de 30 minuten en enkele uren en kan zo hevig zijn dat mensen er 's nachts wakker van worden. Dit kan een enorme impact hebben op iemands dagelijkse activiteiten en het leven in het algemeen. Hoewel de aanvallen pijnlijk kunnen zijn en enige tijd kunnen duren, is het zelden een constante, chronische pijn.

In tegenstelling tot sommige andere gastro-intestinale

aandoeningen, worden de pijn en symptomen niet verlicht door een stoelgang.

Andere symptomen zijn misselijkheid, braken, gewichtsverlies en diarree. Diarree kan ook het gevolg zijn van een aandoening die **galzuurmalabsorptie (BAM)** wordt genoemd en wordt gezien bij sommige mensen bij wie de galblaas is verwijderd. Bekijk onze **informatie hier** en vraag uw arts of u denkt dat dit het geval is.

DIAGNOSE EN BEHANDELING

GALSPHINCTER STENOSE/OBSTRUCTIE HOE WORDT GALSPHINCTERSTENOSE/OBSTRUCTIE GEDIAGNOSTICEERD?

Er zijn verschillende diagnostische tests die worden gebruikt om te bepalen of de symptomen van een persoon te wijten zijn aan een Biliary Sphincter Disorder. Deze tests omvatten:

Bloedonderzoek: om de niveaus van lever- en pancreasenzymen in het bloed te meten. De leverenzymen omvatten aspartaataminotransferase (AST), alanineaminotransferase (ALT) en alkalische fosfatase (ALP). De pancreasenzymen zijn lipase en amylase (u ziet deze misschien geschreven als 'serumamylase' en 'serumlipase', wat de niveaus betekent die in het bloed zijn gedetecteerd: serum betekent bloedvloeistof).

Beeldvormingstechnieken: Samen met de bloedtesten worden scans gebruikt om afwijkingen van de galwegen, de sluitspier van Oddi, de lever, de pancreas en de galblaas (indien nog aanwezig) op te sporen. De scans die vaak worden gebruikt, zijn onder andere abdominale echografie, CT-scan, EUS (endoscopische echografie) en MRI. U kunt ook de term MRCP (magnetic resonance

cholangiopancreatography) tegenkomen, een specialistische naam voor een MRI-scan die specifiek beelden maakt van de galblaas, galwegen, lever, pancreas en pancreasgangen.

Hepatobiliaire iminodiazijnzuurscan (HIDA): ook bekend als cholescintigrafie of hepatobiliaire scintigrafie, is een nucleair geneeskundige scan die wordt gebruikt om de galstroom van de lever - waar het wordt geproduceerd - naar de dunne darm te volgen. Een radioactieve tracer wordt in een ader toegediend, vervolgens door de lever opgenomen en met gal afgescheiden. De gal is dan duidelijk zichtbaar op de scan en eventuele vernauwingen of blokkades van de lever, galblaas of galwegen worden gedetecteerd. HIDA-scans worden over het algemeen gebruikt bij het diagnosticeren van galblaasaandoeningen, maar worden soms ook gebruikt om galafwijkingen te detecteren, ondanks enkele beperkingen.

Om galsfincterstenose/obstructie te diagnosticeren, zullen bloedtestresultaten verhoogde niveaus van lever- en/of pancreasenzymen laten zien tijdens of kort na een pijnlijke aanval. Er zal ook bewijs zijn van een ductale afwijking op scanbeelden, die verwijding van de gemeenschappelijke galgang en/of hoofdpancreasgang laten zien. Wanneer de sfincter van Oddi wordt geblokkeerd door fibrose, neemt de opbouw van druk en spijsverteringssappen in de kanalen toe, waardoor de kanalen wijder worden (verwijden). Afgezien van de ductale verwijding en verdikking van de sfincter van Oddi, zullen er normaal gesproken geen andere gal- of pancreasafwijkingen aanwezig zijn.

HOE WORDT GALSPHINCTERSTENOSE/OBSTRUCTIE BEHANDELD? MEDICIJNEN

Hoewel er nog steeds weinig medicijnen beschikbaar zijn, zijn er verschillende soorten medicijnen die kunnen helpen tegen de pijn, de beweeglijkheid van de sluitspier (de werking van de spier) en andere symptomen zoals misselijkheid en braken (zie hieronder).

Tot deze medicijnen behoren: verschillende soorten antidepressiva waarvan bekend is dat ze de pijnperceptie moduleren (pijnsignalen remmen en verminderen), waaronder tricyclische antidepressiva,

zoals amitriptyline, en serotonine-noradrenalineheropnameremmers (SNRI's), zoals duloxetine; calciumantagonisten, zoals Nifedipine, die een ontspannend effect hebben op de sluitspier en helpen spasmen te voorkomen; en antispasmodica/anticholinergica, zoals Buscopan (hyoscinebutylbromide), die ook kunnen helpen de sluitspier te ontspannen.

Belangrijke opmerking: Als u medicijnen voorgeschreven krijgt waarvan u denkt dat ze meer pijn en symptomen veroorzaken, moet u medisch advies inwinnen. Praat met uw huisarts of specialist voordat u stopt met medicijnen, omdat dit vervelende ongewenste bijwerkingen kan veroorzaken.

ENDOSCOPISCHE RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHIE (ERCP)

Een van de belangrijkste procedures die worden gebruikt om galsfincterstenose/obstructie te behandelen, wordt endoscopische retrograde cholangiopancreatografie (ERCP) genoemd. Bij een ERCP wordt een lange flexibele buis gebruikt, ongeveer zo breed als uw pink, een endoscoop genoemd. Deze is uitgerust met een kleine camera en een lampje dat de arts helpt bij het inbrengen via de mond en het voorzichtig door de slokdarm en door de maag geleiden tot het de twaalfvingerige darm bereikt - het eerste deel van de dunne darm. Er is een kleine opening aan de zijkant van de twaalfvingerige darm, de grote duodenale papil genaamd, en via deze opening komen de spijsverteringssappen de twaalfvingerige darm binnen. Zodra de endoscoop op zijn plaats zit, brengt de arts extreem kleine instrumenten door de scoop en door de grote duodenale papil, waar ze de sluitspier van Oddi, de ampulla van Vater en zowel de gemeenschappelijke galgang als de grote pancreasgang bereiken.

De sluitspier kan ontspannen en de duct kan beter opengaan door de spiervezels van de sluitspier door te snijden – een procedure die endoscopische sfincterotomie wordt genoemd. Andere procedures kunnen worden uitgevoerd via ERCP, waaronder endoscopische ballonsfincteroplastiek (ook bekend als ballondilatatie) – waarbij een

klein, niet-opgeblazen ballonnetje in de ductus wordt geplaatst waar de obstructie zich bevindt, en vervolgens langzaam wordt opgeblazen, waardoor de sluitspier en de ductus opengaan en de sappen gemakkelijker kunnen stromen. Endoscopische ballonsfincteroplastiek kan ook worden gebruikt om stenen uit de ductus choledochus te verwijderen.

Galgangstents (galstents): dunne holle plastic of metalen buisjes kunnen via ERCP worden ingebracht en worden ook gebruikt om een geblokkeerd kanaal open te houden. Terwijl ze in het kanaal zitten, kunnen de spijsverteringssappen vrij door het midden van de stent blijven stromen. Stents worden ook gebruikt als preventieve behandeling na endoscopische sfincterotomieën. Toegang tot de ampulla van Vater via de grote duodenumpapil en het doorsnijden van de sluitspier kan leiden tot een ontsteking die vervolgens de pancreasgang blokkeert en kan leiden tot acute pancreatitis na ERCP. Door de stent na de snede in te brengen, blijft de gang open totdat de ontsteking is verdwenen. In de meeste gevallen zal de stent uiteindelijk uit het kanaal vallen en tijdens een stoelgang uit het lichaam worden uitgescheiden - zonder dat u het weet!

FUNCTIONELE GALASPINCTERSTOORNIS HOE WORDT EEN FUNCTIONELE BILIAIRE SFINCTERSTOORNIS GEDIAGNOSTICEERD?

De tests die worden gebruikt om Functionele Biliaire Sfincter Stoornis te diagnosticeren zijn dezelfde als die worden gebruikt om Biliaire Sfincter Stenose/Obstakel te diagnosticeren (zie hierboven). Echter, een diagnose kan worden gesteld als er bewijs is van verhoogde lever- en/of pancreasenzymen of abnormale scanresultaten (die een verwijde ductus tonen).

HOE WORDT EEN FUNCTIONELE BILIAIRE SFINCTERSTOORNIS BEHANDELD?

De belangrijkste behandeling van functionele galsfincterstoornis kan bestaan uit:

Dieetveranderingen: Hoewel dieettriggers per persoon sterk kunnen verschillen, kunnen sommige dieetveranderingen erg nuttig zijn. Het

bijhouden van een voedseldagboek kan ook erg nuttig zijn. Natuurlijk is het handhaven van een gezond en uitgebalanceerd dieet van het grootste belang, dus een verwijzing naar een gespecialiseerde diëtist wordt vaak aangeraden.

Pijnverlichting: Pijn is het meest voorkomende symptoom van alle galsfincterstoornissen en in veel gevallen het moeilijkst te behandelen symptoom. Traditionele medicijnen die worden gebruikt om pijn te behandelen – variërend van vrij verkrijgbare pijnstillers tot veel sterkere voorgeschreven medicijnen – zijn niet altijd effectief en kunnen in sommige gevallen de pijn in de sluitspier verergeren, bijvoorbeeld morfine-gebaseerde opioïden. Hoewel er momenten kunnen zijn waarop deze sterke medicijnen nodig kunnen zijn, hebben ze ook hun eigen bijwerkingen, waaronder misselijkheid, constipatie, toegenomen pijn en langdurige afhankelijkheid. Zoals hierboven vermeld, worden andere medicijnen succesvol gebruikt om de pijn te helpen beheersen, waaronder verschillende soorten antidepressiva, calciumantagonisten en antispasmodica/anticholinergica.

Cognitieve gedragstherapie (CGT): Activiteiten om de cognitieve functie te verbeteren kunnen ook nuttig zijn om pijn te beheersen en ermee te leren leven, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) en meditatietechnieken, waaronder mindfulness. Veel mensen zien niet hoe deze kunnen helpen bij hun slopende pijn en denken daarom dat er niet naar ze wordt geluisterd. DAT IS NIET HET GEVAL. Deze therapie kan buitengewoon nuttig zijn, vooral wanneer deze samen met de andere behandelingen wordt gebruikt.

Pijnkliniek: Uw huisarts of ziekenhuisconsultant kan u doorverwijzen naar een pijnkliniek. Deze klinieken bestaan uit teams die experts zijn op het gebied van pijn, en bestaan uit gespecialiseerde artsen (vaak anesthesisten), klinische verpleegkundigen, psychologen, ergotherapeuten en fysiotherapeuten.

Medicijnen tegen misselijkheid: Misselijkheid en/of braken kunnen ook een impact hebben op iemands dagelijkse activiteiten. Om hierbij te helpen, bestaan er verschillende medicijnen tegen misselijkheid (anti-emetica).

Afwachten: Regelmatige controle van de symptomen, samen met beeldvorming van de galgang om te zien of er veranderingen zijn. Als de symptomen aanhouden, kunnen mensen met een galsfincterstoornis worden doorverwezen naar een gespecialiseerde kliniek voor verder onderzoek.

ERCP & Sphincterotomie – ERCP-procedures: Zoals al besproken, worden procedures die via ERCP worden uitgevoerd niet altijd uitgevoerd voor patiënten met Functionele Biliaire Sphincterstoornis vanwege de resultaten van onderzoeken en de voordelen versus de risico's. Elke patiënt wordt individueel beoordeeld en er wordt een beslissing genomen op basis van hun eigen klinische presentatie.

Botox: Als een ERCP wordt geadviseerd, kan Botox de eerste behandelingsoptie zijn. Dit houdt in dat de sluitspier wordt geïnjecteerd met het neurotoxine Botulinum toxine (Botox) – hetzelfde toxine dat wordt gebruikt in cosmetische en andere medische behandelingen – dat voorkomt dat de sluitspier samentrekt en de ductus stevig afsluit.

FUNCTIONELE GALASFINCTERPIJN

HOE WORDT FUNCTIONELE GALASFINCTERPIJN GEDIAGNOSTICEERD?

We weten dat galsfincterstoornissen het meest voorkomen bij mensen – voornamelijk vrouwen – bij wie de galblaas is verwijderd (cholecystectomie). Als de pijn en symptomen na de operatie aanhouden, moet de mogelijkheid van een galsfincterstoornis worden onderzocht. Er worden ook tests uitgevoerd om ernstigere aandoeningen uit te sluiten.

Als de bloedtesten, waaronder het controleren op verhoogde lever- en/of pancreasenzymen, normaal zijn en de scanresultaten geen afwijkingen van de ductus choledochus en/of de ductus pancreaticus aantonen, kan de diagnose functionele galsfincterpijn worden gesteld.

HOE WORDT FUNCTIONELE GALASFINCTERPIJN BEHANDELD?

Net als bij functionele galsfincterstoornis wordt functionele galsfincterpijn behandeld op basis van symptoom-voor-symptoom. In tegenstelling tot functionele galsfincterstoornis wordt ERCP echter

niet overwogen voor diagnose of behandeling, omdat het de symptomen niet helpt verbeteren. In deze situatie kunnen medicijnen zoals neuromodulatoren worden overwogen, Amitriptyline en serotonine-noradrenalineheropnameremmers (SNRI's), bijvoorbeeld Duloxetine, kunnen worden geprobeerd of u kunt worden doorverwezen naar gespecialiseerde pijn- of psychotherapiediensten.

STEUN

WAT KUNNEN DE GEVOLGEN ZIJN VAN GALSFINCTERSTOORNISSEN?

Functionele galwegstoornis kan een persoon op veel manieren beïnvloeden, waaronder de algehele impact op het algemene welzijn vanwege de symptomen, die langdurig en frequent kunnen zijn. Het is bekend dat aanhoudende symptomen zonder duidelijke oorzaak grote onrust en gevoelens van hopeloosheid kunnen veroorzaken bij veel mensen met galwegsfincterstoornissen. Als een van deze gevoelens wordt ervaren, is het belangrijk om de arts hiervan op de hoogte te stellen, zodat er passende ondersteuning kan worden georganiseerd.

MOETEN GALSFINCTERSTOORNISSEN IN DE GATEN WORDEN GEHOUDEN EN ZO JA, HOE?

GALSPHINCTERSTENOSE/OBSTRUCTIE: Als er een dilatatie of sfincterotomie is uitgevoerd, is doorgaans één vervolgspraak met de specialist die de procedure heeft uitgevoerd voldoende om vast te stellen of deze succesvol is geweest. Terugkerende symptomen kunnen optreden als er littekens zijn van de incisie die is gemaakt tijdens endoscopische sfincterotomie of chirurgische sfincter plastiek. Als er nog steeds pijn is, moet een andere diagnose worden overwogen.

FUNCTIONELE GALISSPINCTERSTOORNIS EN FUNCTIONELE

GALSSPINCTERPIJN: Als de symptomen van functionele galstoornis goed onder controle zijn, is regelmatige follow-up met een arts niet per se vereist. In veel gevallen kunnen de symptomen echter komen en gaan, in welk geval regelmatige follow-up nuttig zou zijn om

ervoor te zorgen dat nieuwe behandelingen voor symptoomcontrole kunnen worden overwogen.

WAT MOET U UW ARTS VRAGEN ALS U HEM/HAAR BEZOEKT?

FUNCTIONELE GALASFINCTERSTOORNIS:

Als ik een ERCP nodig heb, kan ik dan doorverwezen worden naar een gespecialiseerde afdeling?

FUNCTIONELE GALASFINCTERPIJN:

Kan ik doorverwezen worden naar een diëtist om te kijken of er veranderingen in mijn dieet nodig zijn die mijn symptomen kunnen verlichten?

Welke behandelingsoptie is het beste voor mij?

Kan ik worden doorverwezen voor specialistische pijnbestrijding of psychotherapie?

ONDERZOEK

WELK ONDERZOEK MOET ER NOG MEER WORDEN GEDAAN NAAR GALSFINCTERSTOORNISSEN?

Verder onderzoek naar de onderliggende oorzaken van galsfincterstoornissen kan helpen bij de ontwikkeling van meer gerichte behandelingen. Dit omvat het verkennen van betere medische therapieën voor mensen met galsfincterstoornissen en meer gerichte psychologische ondersteuning. Er moet ook een beter begrip zijn van de langetermijnresultaten van deze stoornissen.