

Indikation för gastroskopi är inte problemet

HEJDA MEDICINERING UTAN FÖREGÅENDE DIAGNOS!

I Sverige utförs årligen upp emot 200 000 gastroskopier. Är detta motiverat eller är det en trend alternativt ett tecken på slapphet i indikationsställningarna? Är det dags för en omprövning eller bör diskussionen i stället gälla större försiktighet vid förskrivning av kostsamma farmaka innan en godtagbar diagnos finns tillgänglig?

Den moderna glasfiberendoskopiska metoden att undersöka matstrupe, magsäck och tolvfingertarm, i det följande kallad gastroskopi, har varit i bruk under cirka ett kvarts sekel. Från att ha varit ett fantasifullt redskap för en handfull entusiaster har gastroskopet numera kommit att bli ett alldagligt undersökningsinstrument; en grov skattning är att det idag utförs 150–200 000 gastroskopier i Sverige per år.

Hur är dagens användning av gastroskopi kopplad till den växande farmakologiska behandlingen av magsbesvär? Behöver t ex endoskopi utföras om patienterna svarar på antisekretorisk behandling? När behöver gastroskopin upprepas om första undersökningen visade normalt fynd? Dessa frågor belyses nedan.

Vilka är indikationerna?

I SBU:s noggranna genomgång av gastroskopi som diagnostikum vid ont i magen, publicerad 1990 [1], var indikationerna för undersökningen mycket generösa: I princip var gastroskopi indicerad på alla patienter med symtom och/eller kliniska fynd som kunde väcka misstanke om sjukdom i matstrupe, magsäck eller tolvfingertarm. Med tanke på att 20–40 procent av normalbefolkningen i västvärlden har symtom

från mag-tarmkanalen någon gång per år [2–4], får de endoskopiska enheterna – och huvudmännen – vara lyckliga över att inte alla med symtom söker läkare och därmed mer eller mindre automatiskt blir kandidater för gastroskopi.

När en panel av engelska experter nyligen gav sina synpunkter på gastroskopi [5] såg indikationerna ut att ha skärpts och blivit mer väldefinierade (Ruta). Detta är emellertid till stor del en synvilla och med en lätt töjning av begreppen finns det även med engelska mått mätt indikation för gastroskopi för i stort sett alla patienter med ont i övre delen av buken. Den engelska panelen hade dock några bestämda åsikter om patientkategorier där gastroskopi inte är indicerad. Det gäller t ex patienter med typiska symtom på colon irritabile, med mild-måttlig gastroesofageal reflux eller med känt ulcus duodeni där insatt behandling givit prompt effekt. Inte heller patienter med enstaka övergående episoder med dyspepsi ansåg man behöva genomgå gastroskopi.

Betydligt strängare krav på indikationerna för gastroskopi vid dyspeptiska besvär föreslogs hösten 1995 av en expertpanel vid ett symposium under fjärde europeiska gastroenterologiveckan i Berlin. Här upptogs sex indikationer för patienterna:

- >45 år, ej tidigare gastroskoperade,
- <45 år med positivt test för *Helicobacter pylori*, ej tidigare gastroskoperade,
- med dyspepsi under pågående NSAID-medicinering,
- långtidsbehandlade med protonpumpshämmare,
- med malign anamnes,
- med speciella sjukdomar, t ex pernicios, hereditär polypos, sklerodermi, Mb Crohn, celiaki.

Vilka är då indikationerna för gastroskopi i svensk vardagssjukvård idag? Ingen vet eftersom inte några sådana data finns publicerade. En aktuell blyt-inventering av ett småländskt sjukhus med 115 000 invånare i sitt upptagningsområde visar emellertid att mer än 95 procent av 1995 års gastroskopier missar från öppenvårdens läkare ryms inom de engelska indikationerna, medan endast 67 procent skulle behöva ut-



SERIE

Omprövningen

Serien under vinjetten »Omprövningen» inleddes i Läkartidningen 16/96 med fyra inlägg:

Järhult B. Colonröntgen vid utredning av funktionella tarmbesvär?

Fasth S. Avstå från onödig colonröntgen! Cancermisstanke kan avfärdas med skärpt diagnostik.

Järhult B. Kan väl dokumenterade ovanor försvaras? Avvänjningen från inlärd »sanningar» plågsam.

Krakau I, Överby A. Vad är allmänläkarens beprövade erfarenhet värd?

Därefter följde i 23/96:

Järhult B: Lungröntgen som efterkontroll. Gör kontrollröntgen mer nytta än skada?

Samosi A, Cederlund K: Lungröntgen en bra, billig, enkel och ofarlig metod.

föras enligt de strängare Berlin-kraven [opubl data, 1996]. De patienter, vars gastroskopiindikation var acceptabel enligt engelska men ej enligt tyska kriterier, var framför allt yngre människor med måttlig dyspepsi. Den endoskopiska undersökningen av denna patientgrupp visade helt normala förhållanden i 82 procent, lättare esofagit eller duodeni i 16 procent och äkta duodenalulcus i 2 procent av fallen. Dessa färsksvenska siffror kan jämföras med dem från en nypublicerad engelsk undersökning, där man fann att 82 procent av gastroskopier kunde karakteriseras som »appropriate» [5].

Frågan om de rätta indikationerna för gastroskopi hänger mycket samman med synen på den negativa, dvs normala gastroskopins betydelse. Om det normala gastroskopifyndet bara är en bekräftelse på att indikationen varit svag eller direkt felaktig kan antalet gastroskopier utan problem halveras. Om man istället ser normalfyndet som en viktig upplysning, som ger möjlighet till bättre

Författare

JOHANNES JÄRHULT

docent, klinikchef, mag-tarmcentrum, Ersta sjukhus, Stockholm.

re information till patienten (inte minst lugnande besked på canceroron), bättre utredningsgång och framför allt bättre förutsättningar att minimera den farmakologiska behandlingen vid dyspepsi, ja, då är de frikostiga indikationerna för gastroskopi helt riktiga, även hos yngre människor. Det har t ex visats i England att dyspeptiker minskar sitt konsultationsbehov hos läkare efter beskedet om en normal gastroskopi [6] och resultaten från en svensk studie talar för att patienter med ont i magen har en låg frekvens av återbesök hos sin distriktsläkare efter beskedet om normala förhållanden i övre delen av mag-tarmkanalen [7]. Liknande konklusioner dras i en dansk studie [8].

Vida indikationer för alla åldrar

Indikationerna för förstagångsgastroskopi bör således vara vida i alla åldersgrupper. Hos den äldre patienten (>50 år) med ont i epigastriet är frekvensen av organisk sjukdom hög och för de yngre dyspeptikerna ger ett normalt gastroskopiutlåtande ett incitament för den patientansvarige läkaren att finna bättre – och för samhället – billigare lösningar på problemet än den numera reflexmässiga receptförskrivningen av omeprazol.

Hos yngre patienter är dock den kliniska bedömningen av stor vikt; självklart skall inte unga människor med enstaka episoder av dyspepsi okritiskt skickas till den invasiva undersökningen gastroskopi. Och att utan eftertanke behandla de yngre med potenta antisekretoriska medel och samtidigt remittera till gastroskopi är knappast funktionellt, se nedan.

Indikationerna för andragångsgastroskopi bör däremot vara restriktiva, i synnerhet hos människor under 40–50 år.

Skall besvärslösa dyspepsi-patienter genomgå gastroskopi?

Det har förfäktats från flera håll, t ex av Williams och medarbetare [9], att yngre patienter med dyspepsi i första hand bör behandlas med antisekretoriska medel och att gastroskopi är indicerat först om behandlingseffekten uteblir. Sannolikt är detta en mycket vanlig praxis också i Sverige utan att några dokumenterade siffror finns tillgängliga. En randomiserad studie från Danmark, där man jämförde dessa två behandlingsstrategier, visar att symtombild och livskvalitet var lika för de två grupperna efter ett år [10]. Däremot var det mer kostnadseffektivt att först gastroskopera och därefter behandla endast patienter med organisk, peptisk sjukdom. Liknande slutsats drogs i den ovan nämnda SBU-rapporten [1] men då ut-

Indikationer för gastroskopi enligt engelsk expertpanel [5]

Gastrointestinal blödning
Oförklarlig järnbrist-anemi
Positivt blod i faeces
Dysfagi
Smärtsam sväljning
Svår smärta i epigastriet
Måttlig, men långvarig smärta i epigastriet
Upprepade kräkningar
Oförklarlig viktmedgång
Svår halsbränna
Oklart röntgenfynd
Magsäckssår
Kontroll av magsäckssår
Akalasi
Misstänkt celiaki
Nylig debut av dyspepsi hos person >45 år
Dyspepsi och positivt Helicobacter pylori-test
Dyspepsi och annan riskfaktor, t ex NSAID-preparat
Persisterande symtom trots behandling hos personer <45 år
Patienter med dyspepsi som planeras för långvarig behandling med H₂-blockare, omeprazol eller prokinetiska läkemedel.

ifrån en beslutsteoretisk modell. Den danska undersökningen har dock blivit kritiserad [11, 12] och en likartad studie från Australien visade inga kostnads- eller kvalitetsförbättringar av tidig gastroskopi [13]. En purfärsk, amerikansk kostnadsjämförelse mellan tidig gastroskopi och empirisk H₂-blockerbehandling vid nydebuterande dyspepsi visade inga ekonomiska fördelar med någondera strategin [14]. Studieresultaten byggde på en noggrann teoretisk beslutsmodell med utgångspunkt från tillgängliga demografiska och medicinska litteraturdata om gastroesofageal reflux, peptisk ulcusjukdom, ventrikeltumor och funktionell dyspepsi, men ingen hänsyn togs t ex till grad av symptomlindring eller sjukskrivningskostnader.

Frågan om ex juvantibusbehandling med syrereducerande farmaka hos dyspepsi-patienter är billigare eller dyrare än tidig gastroskopi följt av behandling i utvalda fall är ännu obesvarad. Däremot finns inga data som tyder på att patienter som svarar på behandlingen skulle behöva genomgå gastroskopi i efterhand.

Att avstå gastroskopi kan försena diagnos och bot

Det finns förstas risk att även smärtorna från en magsäckscancer försvinner på den antisekretoriska behandling-

en och att därmed avstå från gastroskopi skulle kunna leda till försenad diagnos och försämrade chans till bot. Denna teoretiska möjlighet används av den brittiska expertpanelen [5] som argument för att gastroskopi ska utföras även när antisekretorisk terapi är framgångsrik, men man presenterar inget vetenskapligt underlag som stöd för sina åsikter.

En stor amerikansk databas för gastroenterologisk värdering anser däremot att gastroskopi kan undvaras i dessa fall [15] och långtidsöverlevnaden för dyspeptiker som grupp förändras inte av att enstaka individer senare visar sig ha magsäckscancer [14]. För varje individ kan dock skillnaderna i diagnostikpunkt ha dramatiska följder.

Några svenska studier i ämnet finns, mig veterligt, inte.

Trots att väntetiden för gastroskopi är rimligt lång på de flesta håll i landet är det inte ovanligt att patienter med ont i övre delen av buken behandlas med antisekretoriska läkemedel när de kommer till gastroskopiundersökning. I den snabbgenomgång av gastroskopiverksamheten i Småland som refererades ovan fann jag att 101 av 329 patienter fått H₂-blockerare eller omeprazol i anslutning till undersökningen. Hos denna grupp av patienter visade gastroskopi en normal slemhinna i 85 fall, diskreta förändringar (lätt esofagit, sannolikt duodenit, etc) i elva, och tydligt sår eller esofagit i endast fem fall. Huruvida patienterna verkligen haft en organisk orsak till sina epigastralgieer – som läkt av behandlingen – kan således inte avgöras av gastroskopi, varför behandlingsstrategin att samtidigt skriva recept på H₂-blockerare/omeprazol och remiss till gastroskopi är ytterst tveksam. Data styrker även antagandet att patienter som svarar på behandling inte behöver följas upp med gastroskopi.

För diagnos eller skraddarsydd behandling

Antingen väljer man att gastroskopera patienten för att få diagnostisk kunskap och därefter skraddarsydd behandling eller också behandlar man med potenta läkemedel på sina kliniska data och avläser därefter terapieffekten. Efter detta är gastroskopi indicerad i utvalda fall, exempelvis kvarstående besvär eller malignitetsmisstanke.

Anamnes avgörande för upprepad undersökning

När behöver gastroskopi upprepas om första undersökningen varit normal? Det är sällsynt att patienter med sk non-ulcerdyspepsi senare visar sig ha ulcusjukdomen. I en svensk uppföljningsstudie 10 år efter diagnos (bl a innebärande normal gastroskopi) visa-

de sig frekvensen (2,4 procent) vara i paritet med den förväntade i normalbefolkningen [16]. Liknande siffror har redovisats från England av Talley och medarbetare [17].

I detta perspektiv faller det sig naturligt att inte behöva upprepa gastroskopi hos människor < 50 år som söker för recidiverande dyspeptiska besvär, under förutsättning att den förra, »normala» gastroskopi utförts utan föregående behandling av syreducerande farmaka. Men naturligtvis måste den individuella, kliniska bedömningen vara vägledande även i denna yngre patientgrupp. Har symtombilden ändrats? Har maligna tecken adderats eller har patienten av skilda skäl starkt behov av att utesluta organisk sjukdom i övre gastrointestinalkanalen? Ja då är det indicerat med en ny gastroskopisk undersökning. Det är väl inte heller helt fel att se efter vem som utfört den föregående gastroskopi innan man tar sitt beslut.

Hos patienter >50 år är indikationerna för re-gastroskopi mer liberala, men indikationerna bör avgöras med utgångspunkt i den individuella sjukhistorien.

Kan noninvasiv Helicobacter-diagnostik ersätta gastroskopi?

Helicobacter pylori är i hög grad associerad till peptiska sår och kronisk gastrit, sannolikt föreligger även ett samband mellan bakterien och adenocarcinom i ventrikeln [18]. Några säkra vetenskapliga belägg för att förekomsten av Helicobacter pylori skulle vara högre hos patienter med non-ulcerdyspepsi än hos normalbefolkningen finns inte; inte heller tycks symtombilden hos denna patientgrupp vara relaterad till Helicobacter-infektion [19]. Bärare av Helicobacter pylori kan idag enkelt och med stor säkerhet fastställas med antingen serologi eller utandningstest och till en ganska ringa kostnad. Kan då dessa test ersätta gastroskopi som hjälpmedel inför beslut om behandlingsstrategi hos patienter med ont i magen?

Svaret för dagen är nej, men detta svar kan ändras bara inom de närmaste åren. Skälet till tveksamhet är framför allt att antalet Helicobacter pylori-bärare i befolkningen är betydligt fler än antalet ulcusfall, vilket ger en uppenbar risk för överbehandling av »friska» Helicobacter pylori-bärare. (Man bör i detta sammanhang ha i åtanke att excessiv antibiotikabehandling av Helicobacter pylori på lösa grunder förr eller senare kommer att ge upphov till resistensutveckling hos bakterierna.)

I vilken mån kombinationen av epigastralgi och positivt bärarskap är liktydigt med faktisk förekomst av gastrit, peptiskt sår eller ventrikeltumör under söks för närvarande i flera stora studier.

Preliminära tyska och engelska data tyder dock på att yngre (<40–45 år) Helicobacter-negativa patienter mycket sällan visar sig ha peptiska sår vid endoskopi. Däremot är refluxesofagiten kombinerad med positiv Helicobacter-diagnos i bara ungefär hälften av fallen [20, 21]. Om dessa fynd kan bekräftas innebär det att Helicobacter-diagnostik i många fall skulle kunna ersätta gastroskopi.

Särskild eftertanke krävs emellertid på grund av det möjliga släktskapet mellan Helicobacter pylori och tumörsjukdom i ventrikeln, vars behandling fordrar morfologisk diagnostik via gastroskopi.

Nyttiga synpunkter på problematiken om Helicobacter pylori visavi gastroskopi kan läsas i Peter Bytzers aktuella editorial i Gastroenterology [22].

Liberal användning av gastroskopi men avvakta farmakoförskrivning

Gastroskopi är ett värdefullt diagnostiskt redskap som bör utnyttjas liberalt för undersökning av patienter med ont i övre delen av mag-tarmkanalen. Från diagnostisk synpunkt är det en klar fördel om undersökningen kan utföras utan föregående saltsyreducerande mediciner. Om behandlingssituationen kräver att dessa medel ändå ordineras bör man avvakta effekten av behandlingen och endast de patienter som inte får en tydlig symtomlindring behöver gå vidare till gastroskopi. Test för Helicobacter pylori-infektion med serologi eller utandningstest kan ännu inte ersätta gastroskopisk diagnostik.

Trots allt är dagens medicinska och ekonomiska problem inom epigastralgiområdet inte att endoskopi av övre gastrointestinalkanalen används för ofta utan att potenta och kostsamma farmaka hejdlöst skrivs ut till patienter utan att godtagbar diagnos finns tillgänglig.

Referenser

1. Gastroskopi - utredning av ont i magen. Stockholm: SBU, 1990. SBU Rapport 1-124.
2. Jones R, Lydeard S. Prevalence of symptoms of dyspepsia in the community. *BMJ* 1989; 298: 30-2.
3. Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton LJ III. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. *Gastroenterology* 1992; 102: 1259-68.
4. Axon ATR, Bell GD, Jones RH, Quine MA, McCloy RF. Guidelines on appropriate indications for upper gastrointestinal endoscopy. *BMJ* 1995; 310: 853-6.
5. Jones R. What happens to patients with non-ulcer dyspepsia after endoscopy? *Practitioner* 1988; 232: 75-8.
6. Järhult J, Ulgemo A. Normalt gastroskopifynd inget hinder för syrahämmande läkemedel vid dyspepsi. *Läkartidningen* 1991; 88: 4003-4.
7. Hansen JM, Bytzer P, Bondesen S, Schaffa-

litsky de Muckadell O. Efficacy and outcome of an open access endoscopy service. *Dan Med Bull* 1991; 38: 288-90.

8. Williams B, Luckas M, Ellingham JHM, Dain A, Wicks ACB. Do young patients with dyspepsia need investigation? *Lancet* 1988; 2: 1349-51.
9. Bytzer P, Møller Hansen J, Schaffalitsky de Muckadell O. Empirical H₂-blocker therapy or prompt endoscopy in management of dyspepsia. *Lancet* 1994; 343: 811-6.
10. Walley T. Upper gastrointestinal endoscopy. *BMJ* 1995; 311: 57-8.
11. Meinecke Schmidt V. Endoskopi för H₂-blocker behandling. *Ugeskr Laeger* 1995; 157: 2588-9.
12. Goulston K, Dent O, Mant A, Logan J, Ngu M. Use of H₂-antagonists in patients with dyspepsia and heart burn. A cost comparison. *Med J Aust* 1991; 155: 20-6.
13. Silverstein MD, Petterson T, Talley NJ. Initial endoscopy or empirical therapy with or without testing for helicobacter pylori for dyspepsia: A decision analysis. *Gastroenterology* 1996; 110: 72-83.
14. Brook RH, Park RE, Chassin M, Solomon D, Kessey J, Kosekoff CJ. Predicting the appropriate use of carotid endarterectomy, upper gastrointestinal endoscopy and coronary angiography. *N Engl J Med* 1990; 323: 1173-7.
15. Lindell GH, Celebioglu F, Graffner HO. Non-ulcer dyspepsia in the long-term perspective. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1995; 7: 829-33.
16. Talley NJ, McNeil D, Hayden A, Colreavy C, Piper DW. Prognosis of unexplained dyspepsia. A prospective study of potential predictor variables in patients with endoscopically diagnosed nonulcer dyspepsia. *Gastroenterology* 1987; 92: 1060-6.
17. Nyrén O, Lundell L. Helicobacter pylori och ventrikeltumör: »Spåret bör köras i botten!» *Läkartidningen* 1994; 91: 2131-3.
18. Bytzer P. Diagnosing dyspepsia: Any controversies left? *Gastroenterology* 1996; 110: 302-6.

Fullständig litteraturlista kan erhållas från docent Johannes Järhult, Mag-tarmcentrum, Ersta sjukhus, 116 91 Stockholm.

Den artikel om gastroskopi från allmänläkarens horisont som Lars Agréus bidrar med på nästa sida är en kompletterad version av en debattartikel som ursprungligen skrevs oberoende av Järhults arbete.