

# DYSPEPSI – DUGER ANAMNESEN?

Låt allmänläkare gastrokopera!

**Johannes Järhult belyser det gastrokopiska dilemmat. Ska vi göra »dyra» gastrokopier på dyspeptiker när vi är ganska säkra på att inte göra några kliniskt signifikanta, patologiska fynd? Kan en »blank» skopi vara till nytta?**

**I konflikten ligger doktorsn invida åsikt att det bara är något vunnet med en skopi när man hittar en sjuklig förändring, kontra patientens intresse av att faktiskt bli friskförklarad!**

**Låt allmänläkarna skopera snabbt för en korrekt diagnos!**

Med hjälp av en mer distinkt anamnes har man på senare år sökt dela in dyspepsin i kliniska undergrupper: refluxlik, ulcuslik, dysmotilitetslik och ibland en restgrupp benämnd ospecifik dyspepsi [1, 2]. De karakteristiska symtomen för varje grupp framgår av fakturata.

Tanken har naturligtvis varit att anamnesen skulle motsvara ett distinkt tillstånd, och att bot eller lindring ska kunna ges med anamnesen som enda grund: syrareducerare vid reflux- och ulcuslik dyspepsi och motorikreglerare vid dysmotilitetslik dyspepsi. Detta Columbi ägg skulle uppfylla allas intressen. Man minskar antalet gastrokopier, praktiskern kan behandla direkt, patienten får rätt behandling utan omvägar och producenten får sälja rätt piller till rätt patient.

Diverse flödesscheman för »rationell» handläggning av dyspeptiker har därför sett dagens ljus, och allmänläkarkåren är en tacksam målgrupp eftersom det är vi som handlägger de flesta dyspeptiker.

## Författare

LARS AGRÉUS

med dr, husläkare, Vårdcentralen, Öregrund.

För att strategien skall vara användbar krävs att man hittar överlägset flest peptiska sår vid ulcuslik dyspepsi. Detta krav har kanske ökat mer nu när vi ska radikalbehandla de flesta peptiska sår med *Helicobakterpylori*eliminering.

Vidare måste naturligtvis syrareducerande behandling vara bäst även vid ulcuslik dyspepsi utan sår. Risken för att ha ett peptiskt sår måste också vara näst intill negligerbar vid dysmotilitetslik och refluxlik dyspepsi för att provbehandling enligt ovanstående modell ska vara etiskt försvarbar.

## Handläggning som inte tål granskning

Handläggningsmodellen håller emellertid inte vid vetenskaplig granskning. I endoskopibaserade studier finns lika många ulcus vare sig dyspepsin är ulcuslik eller dysmotilitetslik [3-6, J Møller Hansen, pers medd 1995].

Även epidemiologin talar emot [7]. Och även om man använder sig av enskilda symtom som prediktorer förefaller anamnesen inte kliniskt användbar därför att såväl klassiskt »ulcuslika» symtom är vanliga vid såväl ulcussjukdomen som funktionell eller dysmotilitetslik dyspepsi [8, 9]. Johannessen och medarbetare [9] fann t ex att tidig mättnadskänsla fanns hos 33 procent av ulcuspatienterna och hos 29 procent av dem med funktionell dyspepsi, illamående hos 35 procent med ulcus och hos 46 procent med funktionell dyspepsi. Smärta utlöst av mat hos 36 procent vid bägge diagnoserna, och att smärtlindring av mat fanns hos mer än var femte patient med funktionell dyspepsi.

Det har även visat sig att prokinetika är (minst) lika bra som syrareducerare för de patienter som uppvisar ulcuslik dyspepsi [10]; detta gäller även vid avsaknad av synlig syrelaterad patologi vid endoskopi.

Man kan även uttrycka det som att minst hälften av ulcuspatienterna får fel behandling eftersom vi inte vet att de har ett ulcus [11].

## Missar de ulcussjuka

De refluxlika symtomen anses ha en högre sensitivitet för just refluxesofagit



SERIE

## Omprovningen

[2] men det är tveksamt om det är säkert nog nu när ulcusbehandlingen skiljer sig från esofagitbehandlingen. I en studie av Talley och medarbetare [3] var prevalensen akuta peptiska sår högre hos dem med ren refluxlik (11,1 procent) än dem med ren ulcuslik dyspepsi (8,9 procent)! De dysmotilitetslika hade dessutom en prevalens av 6,7 procent färskta sår. Var tionde patient med refluxlik dyspepsi hade även en kronisk ulcussjukdom som alltså skulle ha undanhållits rätt behandling. I en studie av Pali Hungin hade 7 procent av patienterna med endast refluxsymtom ett peptiskt sår [12]. Även om framför allt protonpumpshämmarna är så överlägsna placebo att man med viss diagnostisk säkerhet kan provbehandla vid refluxsymtom [13] missar man ändå dem som har en samtidig ulcussjukdom.

## Risk för överbehandling

Med bara anamnes vet vi inte säkert nog vad vi gör, och med provbehandling riskerar vi att felbehandla en stor del av ulcuspopulationen. Dessutom riskerar vi överbehandling. Många patienter vill ha en förklaring och gärna slippa ett medel om de kan [14]; och att skingra oron för en allvarlig sjukdom som förklaring är ofta det viktigaste för dessa patienter [15]. Dessutom riskerar vi att inducera en kanske 50-procentig placeboeffekt med dyra och potenta läkemedel [16].

## Låt allmänläkarna göra jobbet!

Som Järhult påpekar finns nu även studier som stöder tanken att det lönar sig både ekonomiskt och mänskligt med en snabb endoskopi [17-19]. Silverstein och Talleys arbete [19] avslutas med att de rekommenderar »endoscopy first». I denna studie var kostnaden för »gastrokopi först» densamma som för

**ANNONS**

## Dyspepsins undergrupper

### Refluxlik dyspepsi

Halsbränna/bröstbränna  
Sura uppstötningar

### Ulcuslik dyspepsi

Distinkt smärta/obehag i epigastriet  
Nattsmärtor  
Hungersmärtor/matlindring  
Lindring av antacida/syrareduce-rare

### Dysmotilitetslik dyspepsi

Mer diffusa smärtor/obehag i övre delen av buken  
Obehagen ofta värre av mat  
Uppkördhet  
Tidig mättnadskänsla  
Obehaglig fyllnadskänsla efter måltid  
Illamående/kräkningar  
Rapningar

provbehandling, men då kostade en gastroskopi 500 US-dollar!

Vem ska nu göra alla dessa skopier? Dyspepsi är en folksjukdom så varför inte låta oss allmänläkare göra jobbet med att sälla agnarna från vetet, såsom man gör i England och Finland och på några ställen även i Sverige [20]. Om primärvården köper begagnade, på sjukhusen nu undanhängda, fiberoptik-instrument skulle det betala sig på kanske sex månader. Ett spännande »till-läggsåtagande» för några av oss och ett sätt att uppleva att högteknologi och den egna »läkekraften» går hand i hand.

## Väntetiden för tidig gastroskopi måste vara kort

En förutsättning för att kunna tillämpa strategin med tidig gastroskopi vid förstagsbesök hos orolig eller medicinkrävande patient är att väntetiden är kort. Vi nödgas eller frestas annars ofta till provbehandling. Det finns då stor risk för överbehandling och/eller placebo-behandling. Dessutom kastar vi »krona eller klave», när vi väljer bland syrahämmare och prokinetika. Slutligen kommer alla med peptiska sår att bli felbehandlade med denna strategi!

## Referenser

1. Colin-Jones D, Bloom B, Bodemar G, Crean G, Freston J, Gugler R et al. Management of dyspepsia: report of a working party. *Lancet* 1988; 1: 576-9.
2. Talley NJ, Colin-Jones D, Koch KJ, Koch M, Nyrén O, Stanghellini V. Functional dyspepsia: A Classification with guidelines for diagnosis and management. *Gastroenterology Int* 1991; 4: 145-60.
3. Talley NJ, Weaver AL, Tesmer DL, Zinsmeister AR. Lack of discriminant value of

dyspepsia subgroups in patients referred for upper endoscopy. *Gastroenterology* 1993; 105: 1378-86.

4. Johnsen R, Bernersen B, Straume B, Førde OH, Bostad L, Burhol PG. Prevalences of endoscopic and histological findings in subjects with and without dyspepsia. *BMJ* 1991; 302: 749-52.
5. Johannessen T, Petersen H, Kristensen P, Kleveland PM, Dybdahl J, Sandvik AK et al. The intensity and variability of symptoms in dyspepsia. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: 50-5.
6. Bytzer P, Møller Hansen J, Schaffalitzky de Muckatell O. Symptom grouping in dyspepsia. Any predictive value? *Scand J Gastroenterol* 1993; 28(suppl 197): 28.
7. Agréus L, Svärdsudd K, Nyrén O, Tibblin G. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack of stability over time. *Gastroenterology* 1995; 109: 671-80.
8. Talley NJ, McNeil D, Piper DW. Discriminant value of dyspeptic symptoms: a study of the clinical presentation of 221 patients with dyspepsia of unknown cause, peptic ulceration, and cholelithiasis. *Gut* 1987; 28: 40-6.
9. Johannessen T, Petersen H, Kleveland PM, et al. The predictive value of history in dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1990; 25: 689-97.
10. Heading RC, Group TDS. Upper gastrointestinal symptoms in general practice: A multicenter UK study. *J Drug Dev Clin Pract* 1995; 7: 109-17.
11. Bytzer P. Strategies for the management of patients with dyspepsia of unknown cause [dissertation]. Odense: University of Odense, 1993.
12. Hungin P. Open access gastroscopy [dissertation]. Newcastle upon Tyne: University of Newcastle-upon-Tyne, 1996.
13. Young MF, Sanowski RA, Talber GA, Harrison ME, Walker BE. Omeprazole administration as a test for gastroesophageal reflux. *Gastroenterology* 1993; 102: A192.
14. Stimson G, Webb B. Going to see the doctor. The consultation process in general practice, 1 ed. London and Boston: Routledge & Kegan Paul, 1975.
15. Lydeard S, Jones R. Factors affecting the decision to consult with dyspepsia: comparison of consultants and non-consultants. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 495-8.
16. Moerman DE. General medical effectiveness and human biology: Placebo effects in the treatment of ulcer disease. *Med Antropol Q* 1983; 14: 3-16.
17. Bytzer P, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB. Empirical H2-blocker therapy or prompt endoscopy in management of dyspepsia. *Lancet* 1994; 343: 811-6.
18. Hungin AP, Thomas PR, Bramble MG, Corbett WA, Idle N, Contractor BR, et al. What happens to patients following open access gastroscopy? An outcome study from general practice. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 519-21.
19. Silverstein MD, Petterson T, Talley NJ. Initial endoscopy or empirical therapy with or without testing for *Helicobacter pylori* for dyspepsia: a decision analysis: comments: *Gastroenterology* 1996; 110: 72-83.
20. Agréus L. Gastroskopi i primärvården. Hässle information 1992; (2): 9-13.

## Slutreplik:

# Utspridd gastroskopi ger inte säkerhet och kvalitet

Lars Agréus påvisar mycket tydligt hur omöjligt det är att skilja dyspepsi från ulcus och reflux enbart på anamnestiska data, och därmed hur hasardartad en ex juvantibus-medicinering kan bli. Dock finns en relativt billig och ofarlig metod som med god sensitivitet och specificitet kan sälla ut de rent organiska åkommorna från de funktionella, nämligen gastroskopi. Här om är alltså Agréus och jag helt överens, liksom att undersökningen bör ske på den obehandlade patienten eftersom gastroskopi under pågående, eller just avslutad, syra-reducerande behandling i allmänhet blir en undersökning utan diagnostiskt värde.

## Rimligt lång väntan för undersökning

Vid dyspepsi är således inte problemet gastroskopi eller ej utan frågan om hur vi skall kunna erbjuda den symptomatiska patienten en gastroskopi inom

rimlig tid. Det är fullt förståeligt om allmänläkaren inför den dyspeptiske, hjälpsökande patienten ofta har svårt att hålla tillbaka en medikamentell terapi under 3-5 veckor i väntan på att gastroskopitid skall bli tillgänglig. Vid påtagliga besvär måste patienten kunna få gastroskopin gjord inom högst en vecka! Sannolikt är detta problem inte enbart en fråga om för låg gastroskopiverksamhet i Sverige utan i lika hög grad ett uttryck för ett allt för stelbent sätt att utnyttja den kapacitet som redan finns.

Öppenvårdsläkare och gastroskopister behöver samla sig kring praktiska organisationsformer som möjliggör att den, trots allt, måttligt stora gruppen öppenvårdspatienter med svåra symptom snabbt kan få komma till gastroskopi i ett obehandlat tillstånd.

Lars Agréus och jag är också helt överens om att den »negativa» gastroskopin, det vill säga fyndet av normala

förhållanden i esofagus, ventrikel och duodenum, många gånger har långt större terapeutisk betydelse än vad man skulle kunna tro.

I symtombilden finns ofta inslag av oro för allvarlig sjukdom och när denna oro kunnat undanröjas med gastroskopins hjälp är symtomen lättare att tolerera – och går sannolikt ofta också spontant tillbaka. Det är därför viktigt för patienten att verkligen poängtera undersökningens betydelse och stora tillförlitlighet.

### Recept trots normalfynd

En paradox i sammanhanget är att så pass många patienter med normal gastroskopi ändå ställs på långa kurer av potenta syre reducerande medel. Detta är definitivt inte ett fenomen enbart bland allmänläkarna; det förekommer inte så sällan att patienten får med sig ett recept på omeprazol från den endoskopist som precis konstaterat ett normalfynd i övre mag-tarmkanalen! Ett vanligt motiv sägs då vara att patienten har en symptomgivande refluxsjukdom utan tecken på esofagit, trots att denna diagnos, precis som Lars Agréus påpekar, i många fall är ytterst vanskelig att ställa på anamnestiska data.

### Behov av gemensam forskning

Jag delar däremot inte Lars Agréus åsikt att gastroskopi bör spridas ut i primärvården; allra minst tror jag att sjukhusens begagnade utrustning ska dumpas på de svenska vårdcentralerna. Gastroskopi är trots allt en invasiv undersökning med potentiellt allvarliga risker. Den kräver avsevärd träning för att ge gott diagnostiskt utbyte och man behöver ha en välutbildad kringpersonal både för assistans och skötsel av instrument och annan utrustning. För säkerhet och kvalitet är det således nödvändigt med en tillräcklig volym på verksamheten annars blir gastroskopin definitivt inte kostnadseffektiv. Även om det kan finnas undantag, Lars Agréus själv till exempel, är det nog så att de flesta allmänläkare i landet inte har förutsättningar att uppfylla dessa basala krav för att självständigt driva gastroskopiverksamhet. En frikostighet att utföra undersökningen vid dyspeptiska besvär innebär inte att alla patienter som söker primärvården på grund av ont i magen skall genomgå gastroskopi! Däremot finns ett stort behov av och utrymme för gemensamma forskningsprojekt mellan endoskopister och öppenvårdens läkare.

Johannes Järhult  
docent, klinikchef,  
Mag-tarmcentrum,  
Ersta sjukhus, Stockholm

# FLER OGRUNDADE STRAFF I ANSVARNÄMNDEN

## Kritik mot bedömningen vid appendicit

**Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds (HSAN) uppgift är att pröva om sjukvårdspersonal »åsidossatt sina åligganden i yrkesutövningen». Det yttersta målet är att stärka patientsäkerheten, det vill säga att bevaka att ingen patient blir utsatt för onödigt risk eller skada.**

**Frågan är vilka kriterier som används när man bedömer att en handläggning är oaccep- tabel? Att med facit i hand hitta brister i handläggningen kan knappast vara enda kriteriet för en disciplinär åtgärd.**

Bör det inte finnas ett säkerställt orsakssamband mellan den skada som patienten lidit och en eventuell brist i handläggningen? Vi riskerar annars att få ett rättsosäkert system där en läkare kan bli bestraffad utifrån subjektiva värderingar och utan att läkaren ifråga har möjlighet att försvara sig.

Jag vill därför kommentera två aktuella ärenden av »missade appendiciter» där HSAN:s beslut förefaller att vara baserade på enbart subjektiva tyckanden.

### Fann tecken på tonsillit

Det första fallet [1] gäller en 10-årig flicka med ett dygns besvär av halsont, kräkning, feber och buksmärtor. Vid undersökningen noterades att hon var förkyld men allmäntillståndet bedömdes i övrigt som opåverkat. Buken var mjuk och det fanns ingen ömhet i dess högra sida. Läkaren tyckte därför att appendicit var mindre sannolikt.

Däremot fann hon tecken på tonsillit med positivt test för streptokocker varför patienten ordinerades penicillin. Buksmärtorna negligerades dock inte och de anhöriga uppmanades att återkomma om flickan blev sämre.

Flickan blev först feberfri men försämrades igen efter några dagar. Föräldrarna tog kontakt med sjukhusets rådgivning men fick endast allmänna råd. Först tio dagar senare opererades flickan för en appendicit-abscess.

HSAN tycker att patientens besvär

inte kan förklaras av en tonsillit. Läkaren gavs därför en erinran med motiveringen att hon borde ha frågat om »smärtvandring och relation till urintömning» och att hon borde ha gjort »undersökning per rektum för att få stöd för huruvida sjukdomstillståndet kunde tänkas bero på blindtarmsinflammation».

### Diffusa buksmärtor

Det andra ärendet [2] gäller en 27-årig kvinna med mångåriga »gastritbesvär», som undersöktes på vårdcentral efter fyra dagars diffusa buksmärtor. Buken var mjuk och utan släppömheter. Patienten var afebril och C-reaktivt protein normalt.

Läkaren konstaterade att buksmärtan var av oklar genes men fann inga alarmerande symtom utan ordinerade expektans i hemmet. Patienten uppmanades återkomma om hon blev sämre.

Vid den kirurgiska explorationen senare samma dag fann man en makroskopiskt normal appendix. Diagnosen appendicit ställdes först vid den mikroskopiska undersökningen!

HSAN tycker att eftersom smärtans genes var oklar borde läkaren ha »drivit diagnostiken längre och utfört en rektal undersökning» och en enkel urinanalys.

Felet bedömdes som allvarligt, men med hänsyn till »omständigheterna» lät man disciplinpåföljden stanna vid en erinran!

### Symtomen ofta ospecifika

Symtom och kliniska fynd vid akuta buksmärtor är ofta ospecifika. Sällan hittar man en diagnos som helt förklarar symtombilden och som samtidigt utesluter alla andra diagnoser.

I det första fallet har läkaren konstaterat och behandlat en tonsillit. Hon har övervägt appendicit men bedömt det som mindre sannolikt. Hon har därmed inte uteslutit andra diagnoser utan upp-

### Författare

ROLAND ANDERSSON  
specialistläkare, kirurgkliniken, Ryhovs sjukhus, Jönköping.