

som kan föreligga ifråga om klinisk handläggning av dyspeptiska besvär.

Johan Brun betonar att handläggningsschemat över huvud taget bör tolkas med eftertanke och urskillning.

– Det är ett förenklat, pragmatiskt handledningsprogram som självfallet inte kommer att passa 100 procent av alla patienter som går på mottagningen, men som är tänkt att fungera som en pedagogiskt uppbyggd stomme och utgångspunkt för handläggningen.

– Det finns också anledning påminna om att patienter som behandlats för dyspepsi ibland återkommer efter ett tag med andra, »nya» symtom från magen.

Nyhetsbrev planeras

Johan Brun berättar att vårdprogrammet blev väl mottaget och fick god kollegial kritik på Wonca-konferensen.

– Många kollegor från ett antal olika länder anmälde sitt intresse för att delta i den fortsatta diskussionen om dyspeptiska besvär. Det finns möjlighet att bli associerad medlem i IGPCG och vi planerar bl a att förse intresserade kollegor med kontinuerligt uppdaterad information via ett regelbundet nyhetsbrev. Vi har även tagit fram ett utbildningspaket som är speciellt anpassat för att hjälpa allmänläkare att hantera dyspepsi. Materialet innehåller både faktaavsnitt och kliniskt åskådliggjorda fallbeskrivningar.

Allmänläkarens klassiska dilemma

Johan Brun säger i en konkluderande, personlig kommentar att problemet dyspepsi – i ett nötskal – rymmer mycket av det som är allmänläkarens klassiska dilemma:

– Specialisterna tar hand om sjukdomar som man kan se och verifiera. Primärvårdsläkaren tar hand om sjukdomar och krämpor som ibland inte alls låter sig verifieras i exakta diagnoser, men där läkaren *ändå* förväntas kunna handlägga, behandla och trösta.

Bo Lennholm

Gastroenterolog kommenterar vårdprogrammet:

Gott initiativ men med flera oskarpa detaljer

Läkartidningen bad biträdande professor Åke Daniels-son, sektionen för gastroenterologi och hepatologi, institutet för medicin vid Umeå universitet, kommentera vårdprogrammet för dyspepsi. Daniels-son skriver i sitt svar att arbetsgruppen genomfört en värdefull insats men att förslaget om en mer restriktiv hållning till gastroscopi står i kontrast till studier som talar för det motsatta.

Dyspeptiska symtom är mycket vanliga i befolkningen, men de flesta är av övergående karaktär, behandlas med egenvård och kräver inte läkarkonsultation. Trots detta utgör symtom från övre mag-tarmkanalen en vanlig orsak till kontakt med läkare i primärvården. Dyspepsin kan vara organiskt betingad på grund av benign eller malign sjukdom såsom esofagit, ulcus duodeni och ventriculi eller cancer ventriculi. Sjukdomen ulcus duodeni är nu vanligast och man räknar med att upp mot 10 procent av nordisk befolkning drabbas under sin livstid och att under ett år upp mot 2 procent av populationen har aktivt sår. Dyspepsi utan påvisbar organisk orsak (funktionell dyspepsi) är dock ännu vanligare. Alla patienter som söker för dyspepsi kan inte genomgå avancerad utredning varför en strategi för handläggning behövs. Arbetet, som utförts inom the International Gastro Primary Care Group (IGPCG), är mycket värdefullt om än svårt, då kunskaper om orsaker till funktionell dyspepsi fortfarande är högst begränsade och distinkta symtom som pekar mot en specifik diagnos oftast saknas.

Ej obefintlig risk för malignitet

Risken att malign sjukdom föreligger i ventrikeln för åldersgruppen under 40 år är liten, men inte obefintlig. Därför skall patienter med »alarmsymtom», som t ex viktnedgång, matledda, blodiga kräkningar, naturligtvis utredas adekvat. Man bör också vara liberal med testning för blod i avföringen för påvisande av ockult gastrointestinal blödning. Nyttillkomna symtom hos en patient i åldersgruppen över 40–45 år utgör också indikation för mer aktiv utredning på grund av den med åldern

ökande risken för ventrikelcancer, vilket inte tydligt framgår av flödesschemat och intervjun med Johan Brun.

Divergerande synsätt angående gastroscopi

IGPCGs förslag om en mer restriktiv hållning till gastroscopi står i kontrast till vissa studier där tidig gastroscopi visat sig undanröja oro för allvarlig sjukdom och också reducera behovet av medicinering och ytterligare vårdkontakter för patienter med funktionell dyspepsi. Indikationsområdet för gastroscopi borde tydligt beskrivas och motverka slentrianmässig remiss till gastroscopi samtidigt som potenta syrahämmare förskrivs. För att gastroscopisk undersökning skall bli optimal måste väntetiden vara kort och utföras innan behandling med potenta läkemedel påbörjas. Det är också viktigt att poängtera olikheterna i handläggning av ulcus ventriculi och ulcus duodeni; ventrikelsår måste betraktas som potentiellt maligna tills motsatsen är bevisad. Skillnaden i handläggning av ulcus-sjukdomarna framgår inte tillräckligt i schemat.

Varning för spritt bruk av antibiotika

Indikationen för elimineringsbehandling av *Helicobacter pylori* föreligger enbart vid tidigare verifierat eller aktivt ulcus duodeni och vid *Helicobacter*-positivt ulcus ventriculi. Eliminering försök hos *H pylori*-positiva patienter med ulcusliknande dyspepsi (eller annan funktionell dyspepsi) har inte visats påverka symtomen.

Det är viktigt att enbart patientgrupper där säker positiv effekt av att eliminera *Helicobacter pylori* har visats vetenskapligt erhåller denna behandling. Ett spritt bruk av antibiotika riskerar att skapa resistent *Helicobacter pylori*-stammar, men än värre kan ge ekologiska effekter med risk för multiresistens hos andra patogena bakterier.

Trots all ny kunskap om patogenes vid ulcussjukdomarna saknas motsvarande kunskaper om den funktionella dyspepsin. Man måste beakta att den senare ofta är en reaktion på yttre stressfaktorer i den sociopsykologiska miljön och primärt inte bör medikaliseras.

Åke Danielsson