

## Många anamnestiska vägval vid behandling av dyspepsi

Snabbare tillgång till gastroskopi skulle underlätta diagnostiken

**D**yspepsi har definierats brett såsom »ihållande outhärlig smärta eller obehag i övre delen av buken» [1]. Frekvensen dyspepsi i en befolkning har i olika enkätundersökningar uppskattats till 15–30 procent [2-4]. Ungefär var fjärde person söker läkare för sina dyspepsibesvär – en stor patientgrupp som måste handläggas på ett adekvat och kostnadseffektivt sätt [3, 5-7].

Vid gastroskopisk utredning påvisas hos 30–50 procent en organisk orsak såsom ulkus eller refluxsjukdom med esofagit, medan 50–70 procent av patienter med dyspepsi har en normal endoskopisk bild [8-12]. En andel av denna senare grupp har refluxsjukdom utan endoskopiskt påvisbar esofagit.

### Vad menas med »icke-organisk dyspepsi»?

Vad är då »icke-organisk dyspepsi»? Är symtomet syrelaterat, beror det på motorikstörning eller är det orsakat av förändrad sensitivitet i mag-tarmkanalen?

Tidigare indelades endoskopinegativ funktionell dyspepsi i fyra undergrupper: refluxdyspepsi, ulkusdyspepsi, dysmotilitetsliknande dyspepsi samt övrig dyspepsi [13]. Denna indelning var tänkt att ge en vägledning inför den farmakologiska terapin med syrahäm-

mare eller prokinetiska läkemedel. Tyvärr visade det sig att indelningen var till föga hjälp [14]. Varken syrahämmande läkemedel eller prokinetiska medel har i kliniska studier eller i klinisk praktik visat någon övertygande effekt på symtomen. Refluxsymtom med eller utan påvisbar endoskopisk esofagit har däremot visats svara bra på syrahämmande behandling; de bör inkluderas under begreppet GERD, »gastroesophageal reflux disease», som omfattar refluxbesvär oavsett endoskopiskt fynd.

### Förslag till handläggning

I en artikel i Läkartidningen 21/99 presenterade distriktsläkarna Lars Agréus och Johan Brun ett förslag till handläggning av patienter yngre än 45 år med dyspepsi utifrån två olika förutsättningar [15]: den ena då gastroskopi är snabbt och lätt tillgänglig, den andra då väntetiden till gastroskopisk undersökning är lång.

Generella handlägningsprogram avseende vissa symtom, avvikande kliniska fynd eller laboratorieresultat har ett stort värde som riktlinjer, men kan aldrig ersätta den individuella värdering som måste göras för varje patient, en värdering som också måste anpassas till lokal tradition och tillgängliga resurser.

I korrespondenspalten i Läkartidningen 32–33/99 kommenterar och kompletterar gastroenterologen Henrik Sjövall förslaget till handläggning med utgångspunkt i rutiner som utarbetats i västra Götaland [16]. Ett viktigt tillägg är undersökning av blod i feces (F-Hb), som kan indikerar både benign och malign sjukdom i mag-tarmkanalen. Detta kräver utredning med endoskopi.

Viktigast är att identifiera patienter med organisk behandlingskrävande sjukdom, och ge dessa hög prioritet för gastroskopi. I åldersgruppen under 45 år utan alarmerande symtom dominerar ulkussjukdom. Särskilt ulcus duodeni är starkt kopplad till infektion med *Helicobacter pylori* och kan botas med en

### Sammanfattat

- Gastroskopi vid dyspepsi, dvs »ihållande outhärlig smärta eller obehag i övre delen av buken», ger bäst utfall:
  - om den görs i nära anslutning till det initiala läkarbesöket,
  - vid pågående symtom,
  - innan någon terapi inletts.
- Vägledning inför prioritering:
  - Alarmerande symtom (även positivt F-Hb).
  - Ålder över 45 år.
  - NSAID-behandling.
  - HP-positiv patient under 45 år.
  - HP-negativ patient under 45 år, med eller utan misstanke om organisk sjukdom.

veckas behandling med kombinationen protonpumpshämmare och två antibiotika. Patienter med tidigare verifierad ulcus duodeni med recidiv av ulkusliknande symtom kan behandlas med eradikeringsregim utan förnyad gastroskopi.

I förslaget till handlingsprogram för patienter utan riskfaktorer – t ex alarmerande symtom eller NSAID-behandling (icke-steroida antiinflammatoriska medel) – föreslår Agréus och Brun noninvasivt *Helicobacter*-test (HP) för att utvärdera huruvida indikation finns för remiss till gastroskopi. Härigenom ökar möjligheten att diagnostisera ulkussjukdom; ca 25 procent av de HP-positiva upptäcks genom denna screening [17-19].

Med denna strategi finns dock en risk för att en organisk diagnos missas avseende vissa HP-negativa patienter, bl a patienter med refluxesofagit (21–29 procent) [17-19], en mindre andel patienter med ulkussjukdom (framför allt ulcus ventriculi, där positiv anamnes på NSAID- och/eller ASA-intag inte erhållits) samt patienter med ce-

### Författare

KRISTINA SJÖLUND

docent, sektionen för gastroenterologi och hepatologi, medicinkliniken, Universitetssjukhuset, Lund; ordförande i Svensk gastroenterologisk förenings arbetsgrupp för dyspepsi och *Helicobacter*-behandling

ÅKE DANIELSSON

professor, sektionen för gastroenterologi och hepatologi, medicinkliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå.

liaki (om rutinmässig tunntarmsbiopsi utförs). Dessa är alla vanliga diagnoser hos patienter såväl över som under 45 år.

Vid utredning av dyspeptiska besvär dyker inte sällan frågan upp senare huruvida möjligen celiaki kan föreligga; den endoskopiska undersökningen kanske då måste göras om. Det är därför viktigt att vara generös med tunntarmsbiopsier i samband med gastroskopi.

### När skall man erbjuda gastroskopi?

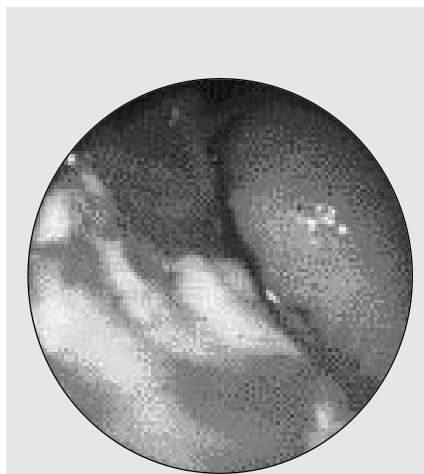
Gastroskopi ger bäst utfall om den utförs i nära anslutning till det initiala läkarbesöket, vid pågående symtom och innan någon terapi inletts. Oftast är det meningslöst att gastroskopera yngre patienter som redan fått syrahämmande läkemedel, framför allt protonpumpshämmare.

Gastroskopiresurserna i Sverige är väl spridda på såväl sjukhus som några vårdcentraler. Vid optimalt nyttjande, god organisation, strikta indikationer och vettig prioritering borde gastroskopi kunna erbjudas inom två veckor. År 1997 utfördes i Sverige 154 600 gastroskopier, dvs en endoskopi per 57 invånare och år [Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), opubl data].

### Bör alla dyspepsipatienter gastroskoperas?

Är det rimligt att gastroskopera alla patienter med dyspepsi? Givetvis måste indikationen baseras på individens symtom. Sjövall poängterar anamnens betydelse, liksom vikten av individuell bedömning. Det är dock inte möjligt att utifrån symtomen säkert skilja organisk dyspepsi från funktionell dyspepsi, möjligen med undantag för refluxgruppen.

Ramsay rapporterade 1996 en studie där alla dyspepsipatienter kunde erbjudas gastroskopi. Utfallet förändrade handläggningen i 69 procent; i 81 procent hade patienten inte tilltro till be-



**Gastroskopibild** av fibrinbelagt ulkus (överst), därunder normal slemhinna.

handlingen utan föregående gastroskopi [20].

En sammanvägning av symtom, ålder och resultat av blodtest kan dock ge en viss vägledning inför prioritering till gastroskopi:

- Alarmerande symtom oavsett ålder (inkluderande patienter med positivt F-Hb).
- Ålder över 45 år, särskilt vid nyttkomna symtom.
- NSAID-behandling.
- HP-positiv patient under 45 år.
- HP-negativ patient under 45 år; med eller utan misstanke om organisk sjukdom.

### Konsekvenser av strategin

Strategin att selektera patienter för gastroskopi med HP-test ger upphov till problem i de fall då testet utfaller positivt utan att endoskopin kan påvisa ulkussjukdom, dvs patienten har en funktionell dyspepsi, upplever sig vara infekterad, medan vetenskapligt underlag saknas för att eradikera. Här uppstår frågan huruvida man skall tillmötesgå patienten och ge en »meningslös» behandling för att stilla dennes oro. Det kan vara ett pedagogiskt problem i relationen mellan patient och läkare att förklara att en kronisk infektion inte skall behandlas.

### Inte rimligt att alltid behandla

För närvarande finns det inget vetenskapligt underlag för att eradikering av HP-infektion skulle förbättra funktionell dyspepsi. Det är därför inte rimligt att ge eradikeringsbehandling till alla HP-positiva patienter med gastroskopin negativ dyspepsi för att antingen förebygga ulkussjukdom hos en mindre andel av dessa, eller kanske minska den (inte säkerställda) risken för ventrikeltumör i hög ålder.

Enligt ett konsensusmöte i Maastricht 1997 råder idag ingen enighet om att cancerprofylaktisk behandling bör ges. Det är inte rimligt att vid enbart

dyspeptiska symtom och positivt HP-test ge eradikeringsbehandling i de fall väntetiden för gastroskopi är lång. Snarare bör rutinerna för gastroskopi ses över så att väntetiderna kan minskas.

Sannolikheten är stor för att den endoskopiska bilden hos patienter i åldersgruppen under 45 år är normal. I väntan på att gastroskopiundersökning skall bli lättare tillgänglig kan därför HP-status vara ett acceptabelt instrument för att stärka indikationen för undersökning – dock under förutsättning att patienten informeras om att eradikeringsbehandling endast kan ges vid påvisad ulkussjukdom.

## Flera frågor obesvarade

Det finns en allmän oro för att en ökad antibiotikaanvändning leder till att inte bara *Helicobacter pylori* utan även andra patogena bakterier successivt utvecklar resistens. Detta ger upphov till flera – fortfarande obesvarade – frågor:

Om en stor del av populationen under en stor del av livet härbärgerar dessa bakterier utan att få sjukdomssymtom, kan dessa bakterier då ha en nyttig funktion? Kan man få negativa effekter av att eliminera dem?

Vissa data tyder på att *Helicobacter* kan ge ett visst skydd mot andra infektioner. Rubbar vi den ekologiska balansen med klåfingrighet?

Patienter med HP-positiv dyspepsi utan ulkussjukdom tycks inte få sym-

tomlindring även om infektionen botas. Har pågående HP-infektion en skyddande effekt vid gastroesofageal refluxsjukdom?

## Förutsättningar för konsensus

I början av året publiceras SBU:s mycket omfattande rapport »Medicinsk behandling av magont – sjukdomar relaterade till dyspepsi», som omfattar en total analys av vetenskapligt acceptabla artiklar om dyspepsi. Denna solida rapport, liksom Svensk gastroenterologisk förenings arbete och det stora intresset från allmänläkare för symtomet dyspepsi och dess handläggning, bör ge goda förutsättningar för att skapa nationell konsensus.

Eftersom nya data hela tiden tillkommer vore det också av värde att ha en nationell grupp som bevakar området, uppdaterar ny vetenskaplig kunskap efter hand och ger förslag till nya rekommendationer. Det skulle gagna både patienten och hans läkare.

## Referenser

1. Talley NJ, Colin-Jones D, Kock KL, Koch M, Nyren O, Stanghellini V. Functional dyspepsia: a classification with guidelines for diagnosis and management. *Gastroenterology International* 1991; 4: 145-60.
2. Thompson WG, Heaton KW. Functional bowel disorders in apparently healthy people. *Gastroenterology* 1980; 79: 283-8.
3. Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton LJ III. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. *Gastroenterology* 1992; 102: 1259-68.
4. Agréus L, Svärdsudd K, Nyrén O, Tibblin G. The epidemiology of abdominal symptoms; prevalence and demographic characteristics in a Swedish adult population. A report from the Abdominal Symptom Study. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29: 102-9.
5. Jones R. Dyspeptic symptoms in the community. *Gut* 1989; 30: 893-8.
6. Jones R, Lydeard S. Dyspepsia in the community – a follow-up study. *Br J Clin Pract* 1992; 46: 95-7.
7. Penston JG, Pounder RE. A survey of dyspepsia in Great Britain. *Aliment Pharmacol Ther* 1996; 10: 83-9.
8. Beavis AK, LaBrooy S, Misiewicz JJ. Eval-

- uation of one-visit endoscopic clinic for patients with dyspepsia. *BMJ* 1979; 1: 1387-9.
9. Gear MWL, Barnes RJ. Endoscopic studies of dyspepsia in a general practice. *BMJ* 1980; 280: 1136-7.
10. Adami HO, Björklund O, Enander LK, Gustavsson S, Löf L, Nordahl A et al. Klinisk misstanke eller endoskopi som underlag för cimetidinterapi vid ulcus? *Läkartidningen* 1981; 78: 319.
11. Nyrén O, Adami HO, Gustavsson S, Lindgren PG, Löf L, Nyberg A. The 'epigastric distress syndrome'. A possible disease entity identified by history and endoscopy in patients with non-ulcer dyspepsia. *J Clin Gastroenterol* 1987; 9: 303-10.
12. Bytzer P, Schaffalitzky de Muckadell OB. Prediction of major pathologic conditions in dyspeptic patients referred for endoscopy. A prospective validation study of scoring system. *Scand J Gastroenterol* 1992; 27: 987-92.
13. Armstrong D. *Helicobacter pylori* infection and dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31; suppl 215: 38-47.
14. 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.
15. Agréus L, Brun J. Dyspepsi – kan vi ha dogmatiska riktlinjer i en nyanserad verklighet? Individuell handläggning av dyspeptiker med risk för magsår. *Läkartidningen* 1999; 96: 2591-4.
16. Sjövall H. Dags för nationell konsensus om diagnostik av ulcussjukdom. *Läkartidningen* 1999; 96: 3404.
17. Sobala GM, Crabtree JE, Pentith JA, Rathbone BJ, Shallcross TM, Wyatt JL et al. Screening dyspepsia by serology to *Helicobacter pylori*. *Lancet* 1991; 338: 94-6.
18. Vaira D, Migliolo M, Mule P, Holton J, Menegatti M, Vergura M et al. Prevalence of peptic ulcer in *Helicobacter pylori* positive blood donors. *Gut* 1994; 35: 309-12.
19. Patel P, Mendall MA, Khulusi S, Molineaux N, Levy J, Maxwell JD et al. Salivary antibodies to *Helicobacter pylori*: screening dyspeptic patients before endoscopy. *Lancet* 1994; 344: 511-2.
20. Ramsay C. Analysis of the clinical usefulness of a newly established open access endoscopy service. Scottish Office Department of Health, 1996.

*Medicinsk kommentar* är Läkartidningens forum för signerade medicinska ledare. Merparten av dessa är beställda av redaktionen, och vi välkomnar förslag om aktuella frågor som bör tas upp i denna form. Vi vill där även fånga in och belysa aktuella medicinska rön presenterade annorstädes.

Finns något i din specialitet att kommentera? Ta kontakt med redaktionen innan du börjar skriva för att undvika dubbelarbete!