

Snyggt jobbat, SBU, men hur skall vi göra i stället?

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, har kommit med ännu en rapport, nu om övre magbesvär, det vi på folkspråk kallar »magkatarr». Rapporten, som heter »Ont i magen» [1], låter den vetenskapliga akribins färla vina över våra kliniska rutiner. Som många av oss nog haft på känn är det vetenskapliga underlaget för mycket vi gör minst sagt bräckligt – en central slutsats i rapporten är nämligen att det idag saknas dokumenterat effektiv terapi vid funktionell dyspepsi! Vilket är tänkvärt, eftersom »medel mot magsår» faktiskt förskrivs för ca 1 miljard per år!

Briljant litteraturgenomgång

Övergripande kan sägas att dokumentet innehåller en mycket förnämlig, stundtals briljant, genomgång av dyspepsilitteraturen. Det är också glädjande att påminnas om den svenska epidemiologiska forskningens framskjutna position i fältet [2].

De flesta kapitlen är bra eller mycket bra; min personliga favorit är det som handlar om sambandet *Helicobacter*-magsäckscancer (kapitel 14). Så länge folk fortsätter att röka är det helt enkelt inte rimligt att ge halva jordens befolkning antibiotika för att eliminera denna i sammanhanget högst marginella riskfaktor!

Några nedslag i rapporten

Några nedslag i rapporten: i kapitel 4 beskrivs förekomst, sökbeteende och endoskopiska fynd vid dyspepsi. Prevalenssiffrorna blir (förstås) en definitionsfråga – tänkvärt är exempelvis att med en incidens på 11,5 procent [3] blir

livstidsprevalensen 100 procent, dvs alla drabbas förr eller senare! Dags att »snäva av» diagnoskriterierna?

Intressant nog sägs att flertalet patienter med dyspepsi handläggs empiriskt (första stycket, sidan 62), men samtidigt rekommenderas endoskopi som led i utredningen! Och under rubriken endoskopi anges sedan att man inget hittar i ca 50 procent av fallen (Tabell 3, sidan 67). Detta är förstås tänkvärt, dvs man undrar om det går att hitta de endoskopinegativa patienterna på annat sätt. Vi återkommer till detta.

Avsnittet om *Helicobacter*-behandling är bra och okontroversiellt – man bugar sig för den väldiga möda som ligger bakom. Slutsatserna är enkla: en veckas trippelbehandling av duodenalsår, och vid ventrikelsår därutöver fortsatt protonpumpshämmare till (helst) endoskopiskt verifierad läkning. Även kapitlet om refluxsymtom är okontroversiellt: här är det i första hand protonpumpshämmare som gäller.

Nästa avsnitt, det om NSAID-sår, är litet mer bekymmersamt. Man påvisar förtjänstfullt att dokumentationen för att *Helicobacter*-eradikation förebygger NSAID-sår är svag eller obefintlig, medan profylaktisk syrahämning har en dokumenterat skyddande effekt. Tyvärr har man inte haft underlag för en diskussion kring de nya selektiva cox-2-hämmarna, vilket gör att kapitlet (som i sig är välskrivet) redan känns litet »föråldrat». Detta är en svår och viktig fråga, som skulle behöva belysas ytterligare.

Avsnittet om behandling av funktionell dyspepsi gör i princip rent hus med alla befintliga regimer. Dokumentation saknas eller är motsägelsefull. Detta inkluderar också *Helicobacter*-eradikation, vilket förstås är viktigt. Jag tycker att man skall ge patienten följande information: »Det finns idag ingen effektiv behandling mot »magkatarr». Där emot är vi jättebra på att behandla reflux och magsår, och har du det kan vi hjälpa dig.»

Sammanfattat

- SBU:s rapport »Ont i magen» innehåller en mycket gedigen genomgång av det vetenskapliga underlaget för nuvarande utrednings- och behandlingsrutiner vid dyspepsi.
- Tydligare riktlinjer behövs dock avseende gastrokopiprioritering.
- Ett nationellt vårdprogram för diagnosgruppen är önskvärt.

Många är skeptiska till att man bör låta bli att behandla *H pylori*-infektion i avsaknad av dokumenterad magsårsjukdom. Ett argument som ofta åberopas i sammanhanget är den lilla överrisk för ventrikelmalignitet som finns. Detta diskuteras på ett briljant sätt i kapitel 14, och argumentationen smulas i stort sett sönder och blåses iväg för vinden! Sett ur individperspektivet är överrisken diminutiv!

Sedan kommer ett kapitel om samhällets kostnader för dyspepsi, där man landar någonstans runt 4 miljarder kronor, varav ca 1 miljard är läkemedelskostnader. Och man kan granska förloppet bakifrån: även om vi hittade alla magsår, gav en veckas trippelbehandling och samtidigt korrekt identifierade och behandlade alla refluxpatienter räcker det inte på långa vägar för att förklara denna väldiga förskrivning (som skulle innebära att varje svensk, ung som gammal, äter »magsårsmedicin» för 125 kronor/år!).

En närliggande tanke är förstås att mycket av förskrivningen sker på indikation »dyspepsi», kanske ofta på patientens egen begäran. Och en följdfråga

Författare

HENRIK SJÖVALL

docent, gastroenterologiska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.

Se artikeln
på sidan 5904
i detta nummer.

blir hur vi skall komma tillrätta med detta...

Hur skall vi göra i stället?

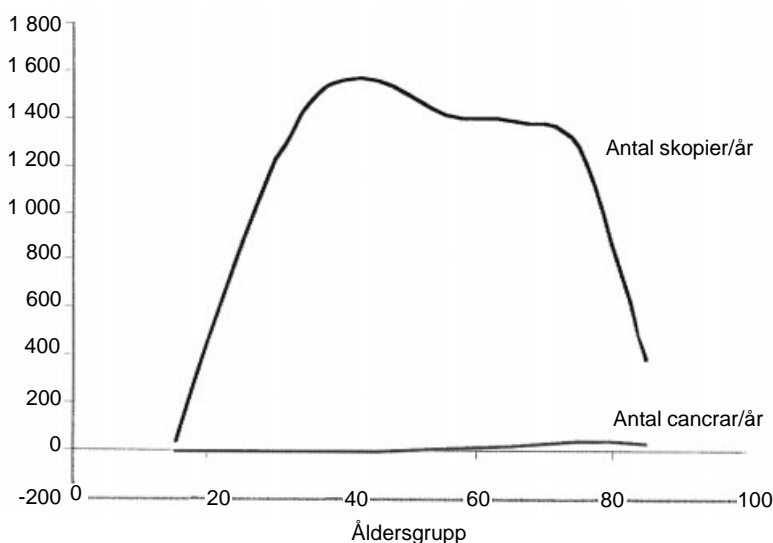
Och här blir SBU:s rapport plötsligt problematisk, kanske för att det egentligen inte ingår i uppdraget att säga hur vi skall »göra i stället»! I kapitel 16 görs ett litet valhänt försök att beskriva olika beslutsvägar vid utredning och behandling av dyspepsi. Budskapet blir (förstås) att utfallet är mycket starkt beroende av förutsättningarna. Efter en del resonering konkluderar man sedan dystert att det i princip inte spelar någon roll hur man gör: det kostar ungefär lika mycket ändå!

Som jag ser det är man dock onödigt pessimistisk: det finns faktiskt en hel del handfasta råd man kan ge på basen av SBU:s genomgång! Rapporten visar till exempel tydligt att risken för ulkussjukdom hos en ung patient som har en negativ refluxanamnes, inte äter NSAID och inte har *Helicobacter* är i stort sett lika med noll (Tänk efter själva, vad skall ni skriva på remissen? Tumör?). Detta är en mycket stor patientgrupp i öppenvården, och kan vi få bort dem från våra endoskopiköer är mycket vunnet!

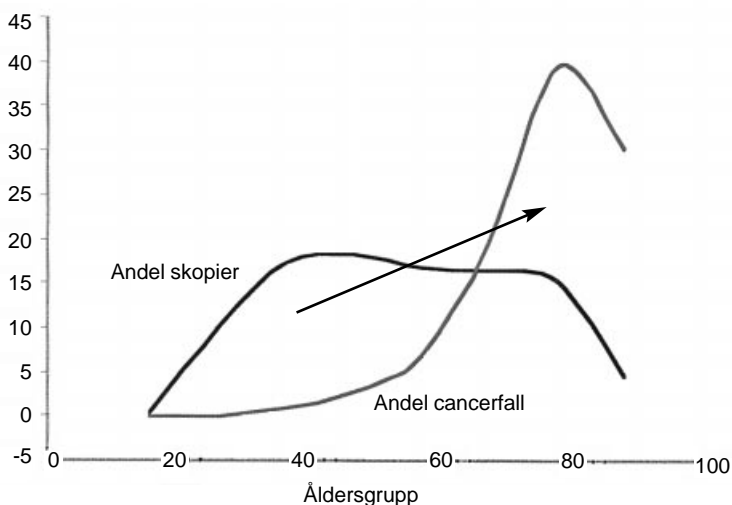
Och det där med köer är något som SBU överhuvudtaget inte diskuterar. Problemet är att vi idag fyller upp våra endoskopipass med »meningslösa» dyspepsiskopier på *Helicobacter*-negativa patienter (Figur 1). Fick vi bort den gruppen från våra köer skulle vi kunna använda endoskopi till det den är avsedd för: att leta efter och om möjligt åtgärda blödning, sårjukdom och tumörer.

Ett annat uttryck för »trötthet» är att SBU gör antagandet att en patient som primärt på medicinska grunder vägras skopi oftast lyckas förhandla sig till detta på annat håll. Att det ibland är så må vara hänt, men det beror bl a på diffusa riktlinjer, ett faktum som i stället bör åtgärdas! För det är faktiskt just det antagandet som visar sig »rasera» det up-

Antal skopier respektive cancerfall



Andel skopier respektive cancerfall, procent



Figur 1. Övre bilden: Antalet gastroskopiundersökningar respektive fall av ventrikelcancer under 1998 i Göteborgsregionen.

Nedre bilden: Motsvarande data för relativ fördelning, dvs de 8 000 skopifallen och de 119 tumörfallen är satta till 100 procent, men uttrycks fortfarande åldersrelaterat. Pilen indikerar önskvärd omfördelning av skopiverksamheten.

penbara huvudalternativet, nämligen att primärt H pylori-testa alla patienter som söker för övre buksmärtor, och bara skopera dem som är positiva.

I det spända läget går sedan SBU försiktigt tillbaka på egen planhalva och sätter tänderna i det praktiskt mest användbara Helicobacter-testet, den snabbserologi som har den suveräna fördelen att ge svar direkt i samband med första patientbesöket. Och i stället för att betona detta förs ett teoretiskt resonemang kring »prediktivt värde», som utmynnar i att man kan riskera att få ett icke obetydligt antal falskt positiva test!

Men, SBU, det vi skall ha H pylori-testet till (det kostar 40 kronor, inte 200) är att hitta H pylori-negativa patienter, för de behöver nämligen i normalfallet inte skoperas! Och för det ändamålet är det testet ungefär så bra som något annat test, med både specificitet och sensitivitet väl över 90 procent.

Snabbtest bör ingå i basutredningen

Att man bör använda Helicobacter pylori-test för primärdiagnostik av övre buksmärtor är förstås ett praktiskt mycket viktigt budskap som skall lyftas fram, inte »gnetas sönder». Enligt min och övriga Göteborgskollegers uppfattning bör H pylori-snabbtest ingå som en självklar del i basutredningen av varje patient med övre magbesvär, undantaget möjligen vid en helt entydig refluxsymtomatologi. Det skall vara lika självklart som att ta urinprov vid vattenkastningsbesvär!

Och kan vi lära ut det till allmänläkarna, och samtidigt få dem att reservera endoskopi för de refluxpatienter som har sväljningsbesvär eller behöver långtidsbehandling, kanske vi kan få ordning på köproblematiken.

I Göteborg har vi i samarbete med primärvården tagit fram ett vårdprogram med just detta budskap (www.vastragotaland.net/zv0021 eller www.sahlgrenska.se under vårdpro-

Tabell 1. Sammanfattning av likheter och skillnader mellan SBUs rapport och vårdprogrammet från Göteborg. På de flesta punkter är vi eniga, skillnaderna avspeglar i första hand olika målsättningar med respektive dokument.

Problem	SBU	SUs vårdprogram
Huvudindikationer för protonpumpshämmare: Reflux, Helicobacter-eradikering och ulcus ventriculi	ja	ja
Behandling av H pylori-infektion i avsaknad av särsjukdom?	nej	nej
Medicinsk behandling vid funktionell dyspepsi?	nej	nej
Användning av H pylori-test för skopiprioritering?	nej	ja
Utnyttjande av anamnestic och/eller laboratoriemässig blödning som grund för skopiprioritering?	nej	ja
Gemensam handläggningsmatris för dyspepsi och IBS?	nej	ja

gram). Det ser faktiskt ut som om vi lyckats »rubba stenen» och bryta den ständiga ökningen av skopivolymer: gastrokopivolymer vid vår enhet på Sahlgrenska har nämligen minskat med ca 15 procent sedan vårdprogramarbetet startades. Mätningen har visserligen i tiden sammanfallit med en »allmän oro i SU-lägre», så kausaliteten är svår att bedöma.

Så ser dock siffrorna ut, och detta trots att fortfarande bara drygt hälften av vårdcentralerna i Göteborgs primärvård rutinemässigt använder H pylori-test i handläggningen av patienter med övre magbesvär [Helen von Sydow, Henrik Sjövall, opubl data]!

Hur hitta de fåtaliga cancerfallen?

Från problemet att hitta de många patienterna som inte har sår kommer man sedan över till den andra extremen, nämligen att hitta de fåtaliga cancerfallen. Och där får vi nästan ingen hjälp alls av SBU. Ett konkret sätt att belysa dilemmat är att jämföra åldersdistributionen av skopier respektive tumörer. Vi tog därför i början av arbetet med vårdprogrammet fram data, dels på gastro-

skopivolymer i Göteborg med omnejd (genom att fråga respektive enhet), dels data ur cancerregistret (västra regionen).

Resultaten visas i Figur 1. Den övre bilden visar absolutdata, den nedre relativa data, dvs de ca 8 000 årliga gastrokopier och de 119 årliga tumörfallen (hela västra regionen) har bägge satts till 100 procent.

Den övre bilden visar tydligt att skopi är en dålig metod att leta efter tumörfall. Och även om man bortser från absoluttal och bara ser till faktisk tumörprevalens gör också vi fel: det är de gamla patienterna vi skall skopera! Man ser också en tredje sak: det finns ingen nedre åldersgräns för ventrikeltumörer, så det där med att införa en arbiträr åldersgräns löser inte problemet.

Ja, vi gör fel, men hur skall man då göra för att avslöja tumörer på ett konstruktivt sätt? Jo, leta efter blödning, förstås! Som jag ser det är efterfrågan av blödning, och basal provtagning för att utesluta en sådan, en självklar del av basutredningen av varje fall av oklara buksmärtor. Detta har SBU överhuvudtaget inte diskuterat, annat än i form av begreppet »alarmsymtom» (vad det

nu är) och en godtyckligt satt åldersgräns vid 46 år.

I vårt program har vi lagt in ett stort avsnitt om blödningsutredning. Vi använder också förekomst av blödning eller ej som »temposättare» vid prioritering av gastroskopi (för det är nämligen så att vi har köer...). Det hade förstås varit trevligt om SBU hade satt sina kritiska tänder även i blödningslitteraturen, vilket hade hjälpt oss att definiera begreppet »alarmsymtom» litet bättre.

Colon irritable utelämnat

En sista kommentar, som också handlar om avgränsningen av ämnesområdet: SBU har överhuvudtaget inte tagit ställning till den andra, stora patientgruppen med magbesvär, det som förr kallades colon irritable, numera IBS, »irritable bowel syndrome». IBS-symtom är regel vid funktionella magbesvär [4], och uppdelningen i övre- och nedre känns artificiell.

Samma sak gäller vid IBS som vid dyspepsi: dokumenterad behandling saknas i stort sett, och vi röntgar och/eller skoperar idag en massa unga patienter med isolerade smärtor och eller avföringsrubbnings helt i onödan, medan blödningspatienterna ligger och väntar i våra köer.

I den första versionen av Göteborgsprogrammet tog också vi enbart upp övre buksymtom, men i den nya »upplagan», som alldeles nyligen lagts ut på nätet, har vi även försökt inkludera IBS-symtom. Grundupplägget är att man först funderar över om det finns skäl att misstänka tumör, eller om det finns riktad misstanke om ulkussjukdom. Efterfrågande och letande efter blödning spelar en central roll i den bedömningen. Om man bestämmer sig för att misstanken är svag görs sedan en symtomgruppering i esofagussymtom, magsäckssymtom (»dyspepsi») och IBS-symtom. Man går därefter in i tre olika detaljscheman, där man med hjälp av laboratorieprov och riktade undersökningar sorterar upp patienterna.

Övergripande kan sägas att dokumentet innehåller en mycket förnämlig, stundtals briljant, genomgång av dyspepsilitteraturen. Det är också glädjande att påminnas om den svenska epidemiologiska forskningens framskjutna position i fältet. De flesta kapitlen är bra eller mycket bra; min personliga favorit är det som handlar om sambandet Helicobacter-magsäckscancer (kapitel 14). Så länge folk fortsätter att röka är det helt enkelt inte rimligt att ge halva jordens befolkning antibiotika för att eliminera denna i sammanhanget högst marginella riskfaktor!

Skillnaderna och likheterna mellan SBU:s rapport och vårt program sammanfattas i Tabell I. Den enda sakliga skillnaden är olika syn på användandet av Helicobacter-diagnostik (i första hand snabbserologi).

Klinikerns dilemma

Jag vill avsluta med att ånyo betona att SBU:s litteraturgranskning utgör ett suveränt underlag för handläggning av dyspepsi, och jag kan bara gratulera expertpanelen till en förnämlig insats. Rapportens fåtaliga brister speglar litet grand klinikerns dilemma: han/hon måste faktiskt fortsätta att sköta sina patienter efter bästa förmåga, även i avsaknad av »dokumenterad terapi». Rapporter av typ SBU och Cochrane säger mycket om hur man inte skall göra, men lämnar sedan den stackars doktorn ensam i det öde landet. Jag har ingen lösning, men suckar litet tungt: det är alltid lättare att bryta ned än bygga upp!

Kanske vi skall ta hjälp av SBU:s kompetens också när det gäller att utveckla våra rutiner, exempelvis genom att hjälpa till ta fram ett nationellt vårdprogram i detta minst sagt snåriga fält?

Referenser

1. Ont i magen. Metoder för diagnos och behandling av dyspepsi. Stockholm: SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering. Rapport nr 150, 2000.
2. Agréus L, Talley N. Challenges in managing dyspepsia in general practise. *BMJ* 1997; 315: 1284-8.
3. Jones R, Lydeard S. Dyspepsia in the community – a follow-up study. *Br J Clin Pract* 1992; 46: 95-7.
4. 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.