

GERD och dyspepsi

Med dyspepsi (K30-P) menas symtom från övre GI-kanalen som uppkördhet efter maten, tidig mättnadskänsla, smärta eller brännande känsla lokaliserad till övre maggropen. Om man kan påvisa sjukdomar, exempelvis cancer eller magsår kallas dyspepsin organisk, annars är benämningen funktionell dyspepsi (dyspepsi + normal gastroskopi). Gastrit är en histologisk beskrivning och används inte som benämning på symtom. Gastroesofageal refluxsjukdom (GERD, K21-) innebär att magsäcksinnehåll flödar upp i matstrupen med symtom. Esofagit är en skopiverifierad inflammation i matstrupen.

Följande riktlinjer baseras på riktlinjer publicerade 2019 av Svensk Gastroenterologisk Förening (SGF), se länk under relaterat.

Vårdnivå och remiss

Primärvård

Primärvården handlägger som regel primärt denna patientgrupp. Remittering till specialistvård sker vid behov av gastroskopi enligt nedanstående.

Diagnostik och utredning

Remiss för gastroskopi vid något av följande:

- Debut efter 50 års ålder
- Alarmsymtom såsom:
 - Sväljningssvårigheter/sväljningssmärta och/eller
 - Kräkningar och/eller
 - Uttalad oförklarad viktnedgång/matleda/tidig mättnadskänsla
- Misstanke om gastrointestinal blödning i anamnes (melena/hematemes) eller lab (järnbristanemi).

OBS! Vid stark malignitetsmisstanke (alarmsymtom, GI-blödning, radiologiska fynd) bör remissen skickas enligt standardiserat vårdförlopp (se Faktadokumentet Matstrups- och magsäckscancer, handläggning enligt standardiserat vårdförlopp) till kirurgkliniken i Jönköping eller Eksjö eller endoskopienheten i Värnamo. I övriga fall kan remissen även ställas till medicinkliniken i Jönköping eller Eksjö eller endoskopienheten i Värnamo. För mer information se Standardiserat vårdförlopp matstrups- och magsäckscancer, RCC under relaterat.

Gastroskopi kan också övervägas vid svåra eller atypiska symtom, ingen effekt av insatt behandling (prova gärna dubbel dos PPI i 2 veckor), ärftlighet för övre GI-malignitet, eller vid NSAID/ASA-behandling som inte kan avslutas.

Remissinnehåll vid gastroskopi:

Riktad frågeställning, förekomst av alarmsymtom, tidigare eventuell utredning, hereditet, komorbiditet, tidigare magsäcksoperation, blödningsbenägenhet/blodtunnande behandling, insulinbehandling och eventuellt behov av tolk, premedicinering (midazolam i v) eller narkos (används sällan då det oftast går bra med midazolam).

Gastroesofageal refluxsjukdom (GERD K21-)

Anamnesen, inkl. läkemedel och alarmsymtom, är viktig. Den har vid reflux bättre sensitivitet än gastroskopi. Vid typisk symtombild (halsbränna, bröstbränna, sura uppstötningar) utan alarmsymtom kan behandling sättas in direkt utan gastroskopi.

- Blodstatus bör kontrolleras. Om gastroskopi övervägs, avvakta gärna med PPI-behandling. Pröva istället antacida inför gastroskopin. Värde av gastroskopi under PPI-behandling är begränsat.

Dyspepsi (K30-P), ulcus (K25- eller K26-)

Anamnesen är viktig för att urskilja alarmsymtom och differentialdiagnoser, men har låg sensitivitet och specificitet för att skilja mellan organisk och funktionell dyspepsi.

- Bukstatus (palpabel resistens?)
- Hb, ALP, ALAT. Helicobacter pylori (HP)-antigentest i feces tas beroende på vald handläggningsstrategi (var god se nedan under Behandling/handläggning).
- Läkemedelsanamnes, framförallt NSAID/ASA. Överväg utsättning som första åtgärd.
- Överväg differentialdiagnoser (IBS, sjukdomar i gallvägar/lever/pankreas, celiaki, angina pectoris, bukangina).

Prevention

Besvär kan försämrast av läkemedel som NSAID/ASA (för råd om profylaktisk PPI, se nedan) rökning, alkohol, övervikt, och stora måltider framför allt kvällstid. Höjd huvudända på sängen kan minska refluxbesvären.

Primärprofylax med PPI vid NSAID/ASA-behandling kan vara aktuell vid:

- Hög ålder
- Hos multisjuka
- Då NSAID kombineras med steroid
- Vid dubbel trombocythämning är risken för övre GI-blödning ytterligare förhöjd. P.g.a. interaktionsrisk bör pantoprazol väljas vid clopidogrel-behandling. Att administrera de två läkemedlen med 12 timmars mellanrum kan också minska risken för interaktion.

Behandling/handläggning

GERD

- Livsstilsförändring, viktnedgång vid övervikt, regelbunden måltidsordning, flera små måltider snarare än få och stora, ev luta sängen med huvudändan högre. Inte äta precis före sänggående. Faktorer som kan ge mer besvär för vissa individer är exempelvis fet mat, rökt mat, stekt mat, starka kryddor, kaffe och alkohol.
- Protonpumpshämmare (PPI) med utvärdering 2–4 veckor kan provas vid typiska refluxsymtom. Eventuellt kan dubbel dos behövas i 2 veckor. Fortsatt behandling bör vara symptomstyrd för att eftersträva lägsta effektiva dos. Se Riktlinjer från Läkemedelskommitten angående receptfria läkemedel.
- Om gastroskopi planeras (se Diagnostik och Utredning för indikationer) bör inte PPI sättas in före planerad skopi. Vid stora besvär kan antacida användas. Ange eventuell behandling i remiss.
- Vid refluxsjukdom med komplikationer (striktur, Barretts esofagus) kan kontinuerlig PPI behövas. Vid skopiverifierad esofagit initieras behandling vid gastroskopibesöket och fortsatt behandlingsrekommendation föreslås.
- I de mest svårbehandlade fallen kan operation med fundoplicatio övervägas.

Dyspepsi

Vid debut före 50 års ålder, utan alarmsymtom, ärftlighet för övre GI-malignitet, blödningstecken eller NSAID/ASA rekommenderas i SGF:s senaste riktlinjer (2019) **strategin ”test and treat”, d.v.s. testa för helicobacter-antigen i feces och eradikera vid positivt fynd.**

Fördelarna med att bota en eventuell ulcus-sjukdom, avlägsna en potentiell patogen samt i viss utsträckning lindra funktionell dyspepsi anses idag överväga riskerna och kostnaden med behandling. Att testa för HP och sedan gastroskopera HP-positiva (”test and scope”) är inte kostnadseffektivt och rekommenderas inte.

Om eradikering inte har effekt eller om hp-test är negativt föreslås empirisk PPI-behandling som nästa steg. Det är viktigt med utvärdering av effekten efter cirka 4 veckor och undvikande av slentrianmässig långtidsbehandling. Se länkar under relaterat, patientinformation ”Att sluta med protonpumpshämmare” och Riktlinjer från Läkemedelskommittén kring receptfria läkemedel.

Vid fortsatta besvär trots HP-eradikering och/eller empirisk PPI kan gastroskopi övervägas, men sannolikheten för organiska fynd i denna grupp är alltså låg.

Vid funktionell dyspepsi gäller fortlöpande livsstilsbehandling samt eventuellt antacida eller PPI vid behov. Viss evidens finns för antidepressiv behandling, främst lågdos tricykliska (t.ex. amitriptylin) eller mirtazapin, eller KBT vid svåra kroniska besvär. Antiemetika (meklozin, ondansetron) och prokinetika

(metoclopramid) kan användas tillfälligt vid illamående och tidig mättnadskänsla med beaktande av biverkningar.

Vid gastroskopiverifierat ulcus initieras behandling vid gastroskopibesöket och rekommendation för fortsatt behandling och uppföljning ges i remissvar.

Helicobacter-eradikering

PPIx2 + amoxicillin 1 g x 2 + klaritromycin 500 mg x 2 i en vecka.

(Vid PC-allergi:

PPIx2 + metronidazol 400 mg x 2 + klaritromycin 500 mg x 2 i en vecka.)

Vid stark indikation (ex ulcussjukdom) bör behandlingseffekt kontrolleras. Detta görs med HP-antigen i feces tidigast efter 4 veckor och med 2 veckors PPI-fritt intervall.

Om indikationen för eradikering är outhärdad dyspepsi eller funktionell dyspepsi kontrolleras behandlingseffekt endast vid fortsatta symtom.

Vid terapivikt:

PPIx2 + amoxicillin 1 g x 2 + metronidazol 400 mg x 2 i två veckor

(Vid PC-allergi:

PPIx2 + doxycyklin 100 mg x 2 + metronidazol 400 mg x 2 i två veckor)

P.g.a. interaktionsrisken mellan antikoagulantia (NOAK och warfarin) och klaritromycin, bör man hos patienter som behandlas med NOAK välja PPI + amoxicillin + metronidazol alternativt PPI + amoxicillin + doxycyklin. Vid warfarinbehandling rekommenderas enbart PPI + amoxicillin + doxycyklin.

Om två behandlingsförsök misslyckas kan man eventuellt gå vidare med gastroskopi för biopsi med odling och resistensbestämning om indikationen för behandling är stark. Vid funktionell dyspepsi bör man dock ha i åtanke att endast 1 av 14 kan förväntas bli bra på HP-eradikering. SGF avråder från mer än tre behandlingsförsök på denna indikation.

Sjukskrivning

Oftast påverkas inte läkningstiden av sjukskrivning. Vid mycket symtom med illamående, kräkningar, buksmärtor och trötthet påverkas funktionsförmågan, kortare sjukskrivning kan då övervägas. Vid anamnes på stressad arbetssituation kan företagshälsovård behöva inkopplas.

- Se Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, ulcus, gastrit och dyspepsi, Socialstyrelsen.
- Se Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, gastroesofagal refluxsjukdom (GERD), Socialstyrelsen.

Uppföljning

- Vid patologiskt gastroskopifynd uppföljning enligt särskilda program.
- Vid normal gastroskopi behövs ingen särskild uppföljning, oftast försämras inte gastroskopibilden över tid.

I remissvar eller vårdbegäran ska behandlingsregim framgå.