

Vårdprogram

Dyspepsi - tarmbesvär

Ett vårdprogram framtaget i samarbete mellan SU och
Primärvården i Göteborg och Södra Bohuslän

DYSPEPSI-TARMBESVÄR

Vårdprogram för patienter med magtarmbesvär, gällande vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och inom Primärvården i Göteborg och Södra Bohuslän.

Vårdprogrammet har utarbetats i samverkan mellan Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborgs Primärvård och Primärvården i Södra Bohuslän. Det har genomgått en omfattande förankringsprocess i både öppen och sluten vård. Själva programmet består av fem handläggningsscheman och fyra diagnostik-behandlingsscheman. Resten av materialet utgörs av sammanfattningar och bakgrundsinformation som bedömts vara nödvändig för att göra programmet begripligt och läsbart.

Själva vårdprogrammet kommer att uppdateras årligen, medan bakgrundsinformationen kommer att uppdateras kontinuerligt. Varje sida är därför separat daterad. Vårdprogrammet kommer också att läggas ut på en extern hemsida (f.n. www.vastragotaland.net), med möjlighet till återkoppling från användarna.

Vi som ställt samman programmet hoppas att det skall bidra till ett bättre omhändertagande av den här mycket stora patientgruppen.

Göteborg 00-05-17

Henrik Sjövall
SU (SS)

Jane Nyman
Backa VC

Lotta Tillander
Partille VC

Vi har tagit del av innehållet i vårdprogrammet och tillstyrker att det utgör en grund för det fortsatta arbetet och utvecklingen inom området i våra respektive organisationer.

För Göteborgs
Primärvård

För Södra Bohus-
läns primärvård

För Sahlgrenska
Universitetssjukhuset

Primärvårdsdirektör

Primärvårdsdirektör

Sjukhusdirektör

Innehållsförteckning:

Bakgrund, målsättning, problembeskrivning	Sid 1-3
Utredningsschema vid dyspepsi/tarmbesvär	Sid 4
Riktlinjer för blödningsutredning	Sid 5
Bakgrundsinformation om blödningsutredning	Sid 5-7
Ulcusschema	Sid 8
Basfakta om <i>Helicobacter pylori</i>	Sid 9
Riktlinjer för <i>Helicobacter</i> diagnostik	Sid 10
Riktlinjer för <i>Helicobacter</i> eradikering	Sid 11
Schema för symptomgruppering	Sid 12
Utredning och behandling av esofagussymptom	Sid 13
Utredning och behandling av magsäckssymptom	Sid 14
Utredning och behandling av tarmsymptom	Sid 15
Mall för primär diarréutredning	Sid 16
Bakgrundsinformation, diarréutredning	Sid 17-18
Basfakta om "irritable bowel syndrome" (IBS)	Sid 19
Sammanfattning: indikationer för endoskopi och röntgen	Sid 20-21
Sammanfattning: indikationer för protonpumpshämmare	Sid 22
Några viktiga punkter i vårdprogrammet:	Sid 23
Ny endoskopiremiss	Sid 24

Varför vårdprogram om magbesvär?

Den specifika målsättningen med vårdprogrammet är:

- att förkorta ”doctor´s delay” för patienter med gastrointestinala tumörer, genom bättre utnyttjande av tillgängliga endoskopiresurser
- att med hjälp av uppgift om ålder, helicobacter-test och NSAID-anamnes identifiera en stor patientgrupp med mycket låg risk för ulcussjukdom, en grupp som i normalfallet inte behöver gastroskoperas primärt.
- att med hjälp av en strukturerad symptom-anamnes identifiera patienter med dominerande esofagussymptom eller dominerande tarmsymptom, och sedan handlägga dessa på ett optimalt sätt.
- att ur de stora patientgrupperna med esofagus- och tarmsymptom identifiera det fåtal som behöver utredas med endoskopi.

Konkreta nyheter i korthet:

- Ny remiss för endoskopi, med obligatorisk uppgift om blödning och Hp-status.
- Kombinerad gastro- och koloskopi som förstahandsmetod vid misstanke om blödning, och vid diarréutredning. Kolonröntgen endast i undantagsfall.
- Helicobacterserologi (kapillärprov, direkt svar) som rutin vid magsäckssymptom.
- Vid positivt Hp-test: om tidigare ulcussjukdom Hp-eradikering direkt, annars gastroskopi och eradikering endast vid objektiva tecken på ulcussjukdom.
- Specificering av vilka patienter med tarmsymptom som behöver skoperas.

Målsättning: Kontinuerligt uppdaterad, gemensam endoskopikö för Göteborgs-regionen, med möjlighet till digital direktbokning av högprioriterade fall!

Datum: 04-04-17

Bakgrund och problemformulering:

- symptom av typen funktionell dyspepsi - irritable tarm finns hos minst 1/3 av befolkningen, och har vanligen ett beskedligt och fluktuerande förlopp.
- liknande besvär kan orsakas av allvarlig men behandlingsbar sjukdom, såsom tumörsjukdom, ulcussjukdom eller inflammatorisk tarmsjukdom.
- effekterna av farmakologisk behandling vid funktionell dyspepsi/irritable tarm är på sin höjd marginell. Vissa patienter kan svara på syrahämning, prokinetika eller tarmmodulerande medel, men effekter är svåra att påvisa eftersom placebo svaret ofta ligger runt 50%!
- för övre magbesvär gäller att det är näst intill omöjligt att på basen av enbart symptom avgöra om det handlar om funktionella besvär eller ej. En vanlig handläggning är därför "hängslen och livrem": man behandlar med potenta syrahämmare på mycket vida indikationer, samtidigt som man skriver en (ofta diffust formulerad) remiss för gastroskopi.
- många yngre patienter med nedre buksmärter remitteras idag till kolon - röntgen och/eller olika kombinationer av skopiundersökningar, på smärtindikation och utan klar frågeställning. Detta leder till långa köer till endoskopi, och förlänger handläggningen av högprioriterade fall, exempelvis blödnings- och diarréutredningar.

Diffusa behandlings- och endoskopiindikationer vid magtarm-symptom genererar höga läkemedelskostnader och konsumerar huvuddelen av våra endoskopiresurser, till mycket ringa nytta för berörda patienter!

Målet med vårdprogrammet är att förbättra handläggningen av den här mycket stora patientgruppen!

Vårdprogrammets uppläggning i korthet:

Vårdprogrammet syftar till att hjälpa den behandlande läkaren att med hjälp av en **strukturerad anamnes** och några enkla laborietest (Hb, F-Hb, helicobacter-serologi) göra en **välunderbyggd bedömning av risken för bakomliggande allvarlig sjukdom**. Denna bedömning skall sedan anges på en ny endoskopiremiss där man lyfter fram just **prioriteringsaspekten**.

Vid misstanke om gastrointestinal **blödning** göres i normalfallet **kombinerad gastro- och koloskopi**, med dubbel förtur. Kolonröntgen ingår normalt ej i utredningen.

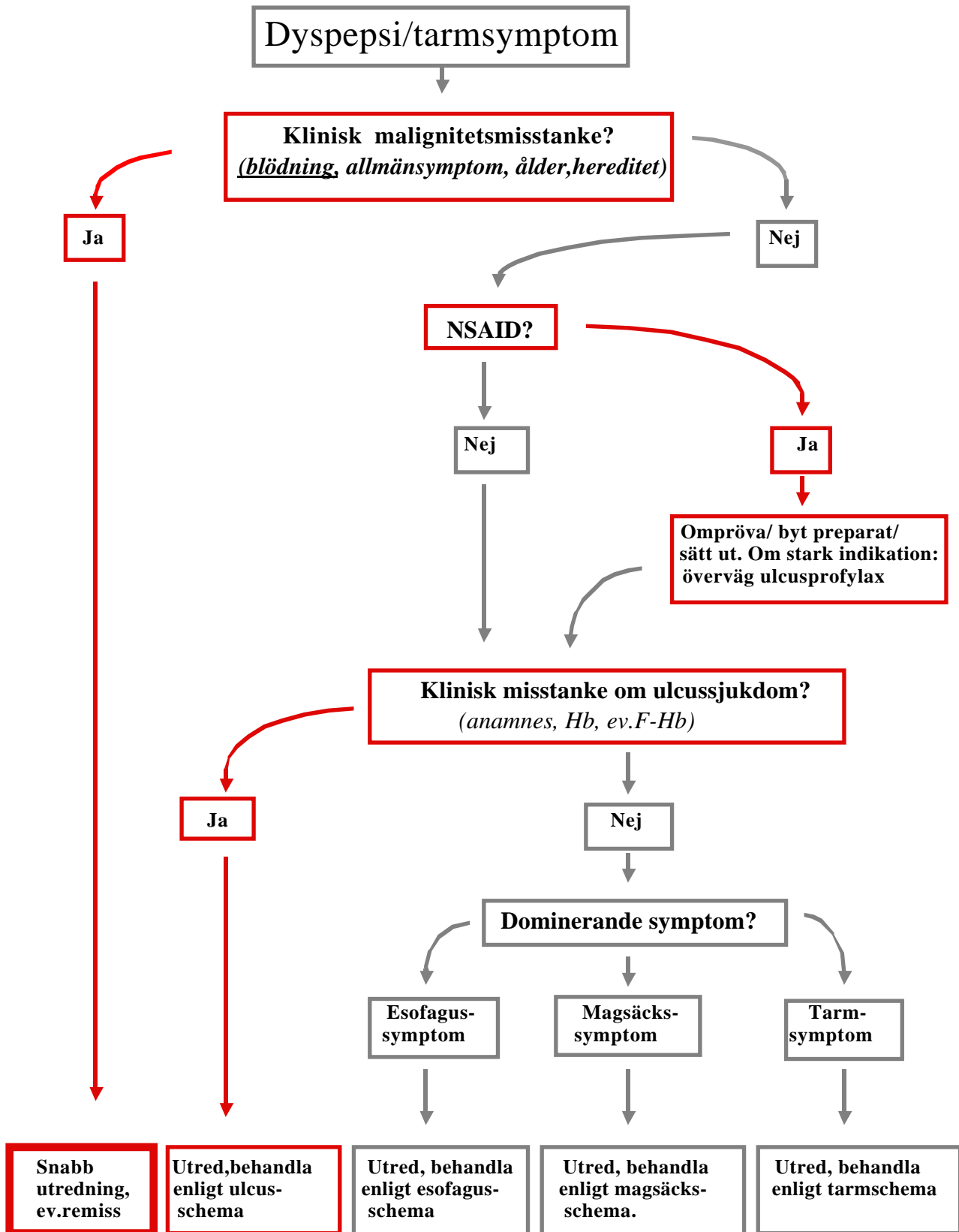
I den stora patientgrupp där det varken finns någon primär misstanke om malignitet eller någon stark misstanke om magsårssjukdom (unga patienter som inte blöder, inte äter NSAID och har negativt Hp-test), göres en **symtomgruppering** i undergrupperna **esofagussymptom, magsäckssymptom och tarmsymptom**.

Patienter med dominerande **esofagussymptom** är angelägna att identifiera eftersom det är vanligt med bakomliggande refluxsjukdom som effektivt kan åtgärdas farmakologiskt. I den här patientgruppen kan symtomsvar på syrahämning i normalfallet användas för att styra behandlingen. Indikationerna för **gastroskopi** är **sväljningsbesvär** och **behov av långtidsbehandling**.

Patienter med dominerande **magsäckssymptom** bör **Hp-testas** och bör vid positivt test **gastroskoperas**. Vid anamnestiska och/eller objektiva tecken på ulcussjukdom bör man **Hp-eradikera**. Hp-negativa patienter behöver i normalfallet **inte** gastroskoperas och kan primärt ges ett lugnande besked.

Hos unga patienter med **tarmsymptom** som inte har dominerande diarrébesvär ges primärt enbart **information och lugnande besked**. Vid dominerande **diarrébesvär** görs en **primär diarréutredning** innefattande laborieprover och rektoskopi. Endast vid **vissa utfall** (malabsorption, inflammation, blödning, proktit samt vid svåra besvär trots normalfynd) behöver man gå vidare med **gastro/koloskopi**.

Utredningsschema vid dyspepsi/tarmsbesvär



Om blödningsutredning:

När ? vid återkommande blödning per rektum eller melena eller järnbristanemi av oklar genes.

Hur? kombinerad gastro- och koloskopi, med dubbel förtur

Exempel på vanliga fynd och åtgärder:

<u>Gastroskopifynd:</u>	<u>Åtgärd:</u>
esofagit	specifik behandling
atrofisk gastrit	ev. helicobactereradikering
magsår	helicobactereradikering
tumör	operation
kärlektasier	elektrokoagulation
celiaki	kostbehandling

<u>Koloskopifynd:</u>	<u>Åtgärd:</u>
polyper	polypektomi
inflammatorisk tarmsjukdom	specifik behandling
tumörer	operation
kärlektasier	elektrokoagulation

Vad ”missar” vi vid kombinerad gastro- och koloskopi?

tunntarmsblödningar (tunntarmsskopi kan göras vid riktad misstanke!)

divertikelblödningar

- i typfallet plötslig, häftig blödning hos äldre patient
- enstaka episod av rött blod; ej kroniska ”småblödningar”!
- koloskopi visar enbart divertiklar

hemorrhoidblödningar

- lokala besvär regel
- rött blod enbart
- vanligt med ”blod på papperet” under längre tid
- ovanligt med uttalad anemi
- uteslutningsdiagnos – samma symptom vid rektalcancer!

Obs! Kontrollera alltid att patienten slutar blöda! Hos äldre patienter beror blödning på tumör tills motsatsen bevisats!

Frågor och svar om blödningsutredning:

1. Hematemes finns inte nämnt – hur skall det handläggas?

Svar: Hematemes är alltid ett allvarligt symptom som bör föranleda akut gastroskopi. Enda undantaget kan vara minimal, övergående blödning som debuterar i samband med kraftiga kräkningar hos i övrigt frisk, yngre patient (så kallat Mallory-Weiss-syndrom). Cirkulationspåverkade patienter som uppger hematemes bör skyndsamt föras till sjukhus.

2. När skall man blödningsutreda?

Svar: Blödning från magtarmkanalen är alltid ett allvarligt symptom. Man måste därför acceptera att vissa patienter utreds ”i onödan”. En kost- och läkemedelsanamnes ingår i utredningen, men dietär järnbrist är i princip en uteslutningsdiagnos. Utred om du är osäker!

3. Hur många negativa F-Hb behövs för att utesluta gastrointestinal blödning?

Svar: Tumörer kan blöda intermittent, och särskilt vid tumörer i proximala magtarmkanalen kan även upprepade F-Hb vara negativa! **I normalfallet är 3 negativa F-Hb (från olika prov!) en rimlig ambitionsnivå.** Vid stark misstanke bör detta upprepas, dvs totalt 6 prov (vilket alltså fortfarande inte utesluter blödning!).

4. Om patienten har kända ”hemorrhoider”, behöver man verkligen skopera ändå?

Svar: Hemorrhoider skall betraktas som en uteslutningsdiagnos! Den mest typiska ”godartade” anamnesen är blodtignering på papperet i kombination med uttalade lokala besvär. Grundregeln är dock: utred!

5. Om det nu trots allt rör sig om enbart blödande hemorrhoider, vad gör man då?

Svar: Man börjar med lokalbehandling (lokalbedövande salva, ev.stolpiller) och behandlar eventuell förstoppning. Vid uttalade besvär remiss till kirurg för ställningstagande till ligaturbehandling eller annan operativ åtgärd..

6. Kan man inte börja med kolonröntgen när man misstänker blödning?

Svar: Nej, det bara fördröjer handläggningen! Det finns flera starka skäl för koloskopi som förstahandsmetod. Hittar man något kan man ofta även åtgärda detta (se föregående sida), medan ett röntgenfynd leder till behov av –just det – koloskopi! Det finns i princip bara två skäl att kolonröntga: inkomplett koloskopi (raritet med fullgod teknik), och vid fistelfrågeställning (specialistfall).

7. Är inte koloskopin väldigt jobbig för patienten? Kan man verkligen utsätta gamla människor för det där?

Svar: Förberedelserna för koloskopi och kolonröntgen är i princip identiska. Vid blödningsfrågeställning görs vid SU gastro- och koloskopi i en seans, efter adekvat premedicinering (sedativum + analgetikum). Många patienter upplever faktiskt att gastroskopin är ”besvärligare” än koloskopin! Och det viktigaste argumentet: man kan i samband med undersökningen utan operation **åtgärda** många för gamla patienter potentiellt livshotande tillstånd, som blödande polyper och kärlektasier!

8. Finns det några kontraindikationer till koloskopi?

Svar: Ja, det finns en del relativa kontraindikationer, exempelvis färsk hjärtinfarkt och uttalad respiratorisk insufficiens (omöjliggör premedicinering). Man bör också bedöma om patienten kan klara laxeringen (uttalad hjärt/njursvikt?). Ring gärna och diskutera!

9. Hur gör man om patienten står på antikoagulantia?

Svar: Diagnostisk koloskopi (utan biopsitagning) kan göras inom terapeutiskt INR-intervall (2-3). För biopsier eller terapeutisk intervention bör INR ligga under 1.5. Vid stark indikation för kontinuerlig antikoagulation (exempelvis konstgjord hjärtklaff) ges lågmolekylärt heparin s.c. Beskriv problemet på remissen, och rådfråga gärna AK-pol om du känner dig osäker.

10. Innebär undersökningen några risker? Behöver man ge antibiotika?

Svar: Biopsitagning och interventioner ger risk för övergående bakterieemi. Om detta bedöms som riskfyllt (exempelvis hos patienter med kända klaff-fel eller mekanisk hjärtklaff) ges antibiotika profylaktiskt i samband med skopin. Den nya remissen innehåller särskilda rutor där man kan förmedla information om dessa riskfaktorer.

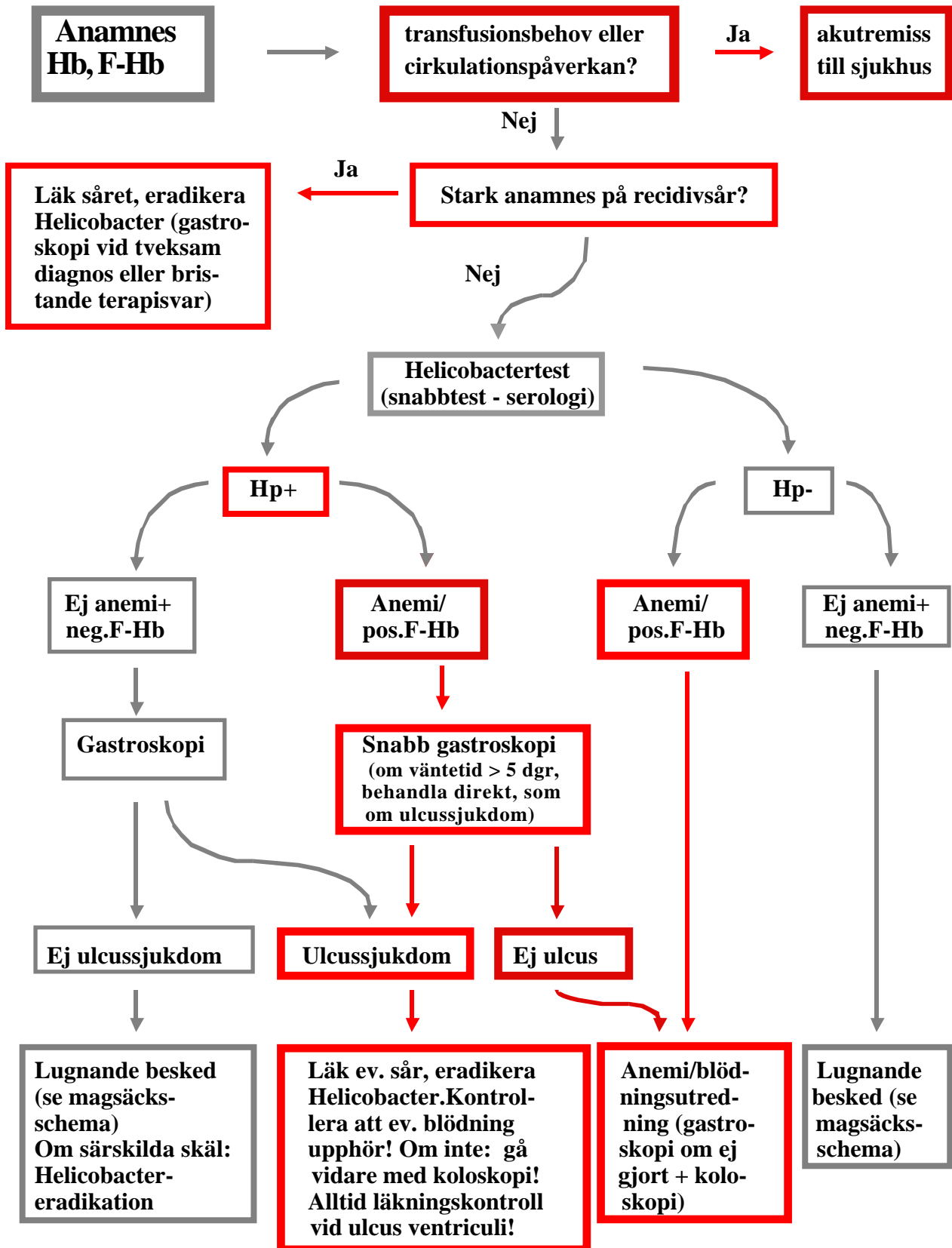
11. Hur viktig är rengöringen? Skall man lägga in patienten?

Svar: Rengöringen är viktig, eftersom undersökningen annars blir obedömlig. De flesta uppegående patienter klarar det där, men är man tveksam kan man lägga in patienten dagen innan för rengöring. Enbart lavemang duger i normalfallet inte! Kommentera gärna förväntade rengöringsproblem på remissen!

12. Om man nu hittar något, exempelvis en polyp, vem ansvarar då för att det hela följs upp?

Svar: Skopisten. I särskilda fall (kontrollbehov flera år framåt i tiden) kan skopisten be om hjälp med uppföljningen, men då skall detta ske i samförstånd med patientens allmänläkare.

Utredning och behandling vid primär misstanke om ulcussjukdom



Bakgrund till ulcusschemat: några basfakta om Helicobacter pylori

Spirill som trivs bra i magsäckens sura miljö. Producerar buffert med hjälp av enzymet **ureas**.

Ger upphov till antrum-gastrit som via okända mekanismer utgör en mycket stark riskfaktor för **ulcus duodeni** och även för **ulcus ventriculi**

Kronisk corpusinfektion ger på lång sikt upphov till **atrofisk gastrit**, med (mycket liten) risk för **malignitetsutveckling**

Prevalensen i Sverige: **åldern - 20%**. Betydligt högre prevalens hos invandrare.

Fekooral smitta, starkt korrelerad till låg levnadsstandard. **Minimal risk för återinsjuknande efter behandling.**

Diagnostik:
Non-invasivt: C¹³-urea andningstest, serologi
Invasivt: ureastest, histologi, odling på magsäcksbiopsier (se särskild faktaruta)

Behandlingsindikation:
 Helicobacterinfektion diagnostiserad med något av ovanstående test **i kombination med:** anamnestiska och/eller objektiva tecken på ulcussjukdom eller behov av långtidsbehandling med NSAID

Behandling:
 enveckas kur med högdos protonpumpshämmare och två antibiotika

Observera: helicobacterinfektion är en riskfaktor för ulcussjukdom, men de flesta patienter med helicobacterinfektion får aldrig något magsår!
 Enligt entydiga riktlinjer från Socialstyrelsen och Svensk Gastroenterologisk Förening skall man i okomplicerade fall av helicobacterinfektion utan hållpunkter för magsårssjukdom inte antibiotikabehandla!

Riktlinjer för Helicobacterdiagnostik

Test	Indikation	Kommentar
Serologi (snabbtest)	Direktdiagnostik (kapillärprov)	Svar "direkt" – därför förstahandsval i öppen vård, på akutmottagningar och vid enheter för korttidsvård! Billigt (pris: ca 50 kr!). Falskt negativt test ovanligt (<5%).
Serologi	"Elektiv" non-invasiv diagnostik	Kan användas vid elektiv diagnostik (t.ex.för ineliggande patienter) om andningstest av andra skäl är olämpligt/opraktiskt. Kom ihåg: fördröjd titersänkning efter behandling (> 6 mån). Nackdel: ibland svårtolkade titersvar. Pris: ca 250 kr.
Andningstest	Elektiv diagnostik, säkerställande av Hp-eradikering	Bästa testet (sensitivitet och specificitet)..Måste skickas, vilket begränsar värdet vid akutdiagnostik. Pris: ca 400 kr.
Faecesantigentest	Elektiv diagnostik	Lovande nytt test, men otillräckligt dokumenterat. Preliminära data tyder på sensitivitet och specificitet i nivå med andntest.
Ureastest (biopsi) med gastroskopi	Testning i samband	Negativt test utesluter inte helt infektion ("sampling error"). Billigt, pris ca 100 kr (+ gastroskopikostnad...)
Odling och resistens-Bestämning	Preparatbyte vid <u>dokumenterad</u> terapivikt	Obs! Vanligaste orsak till oförändrade symptom efter behandling är funktionella, icke Hp-relaterade besvär!

Riktlinjer för Helicobactereradikering

1. Protonpumphämmare i högdos + claritromycin i fulldos,

i kombination med:

2. ett preparat i fulldos, antingen:

amoxicillin

eller

metronidazol/tinidazol

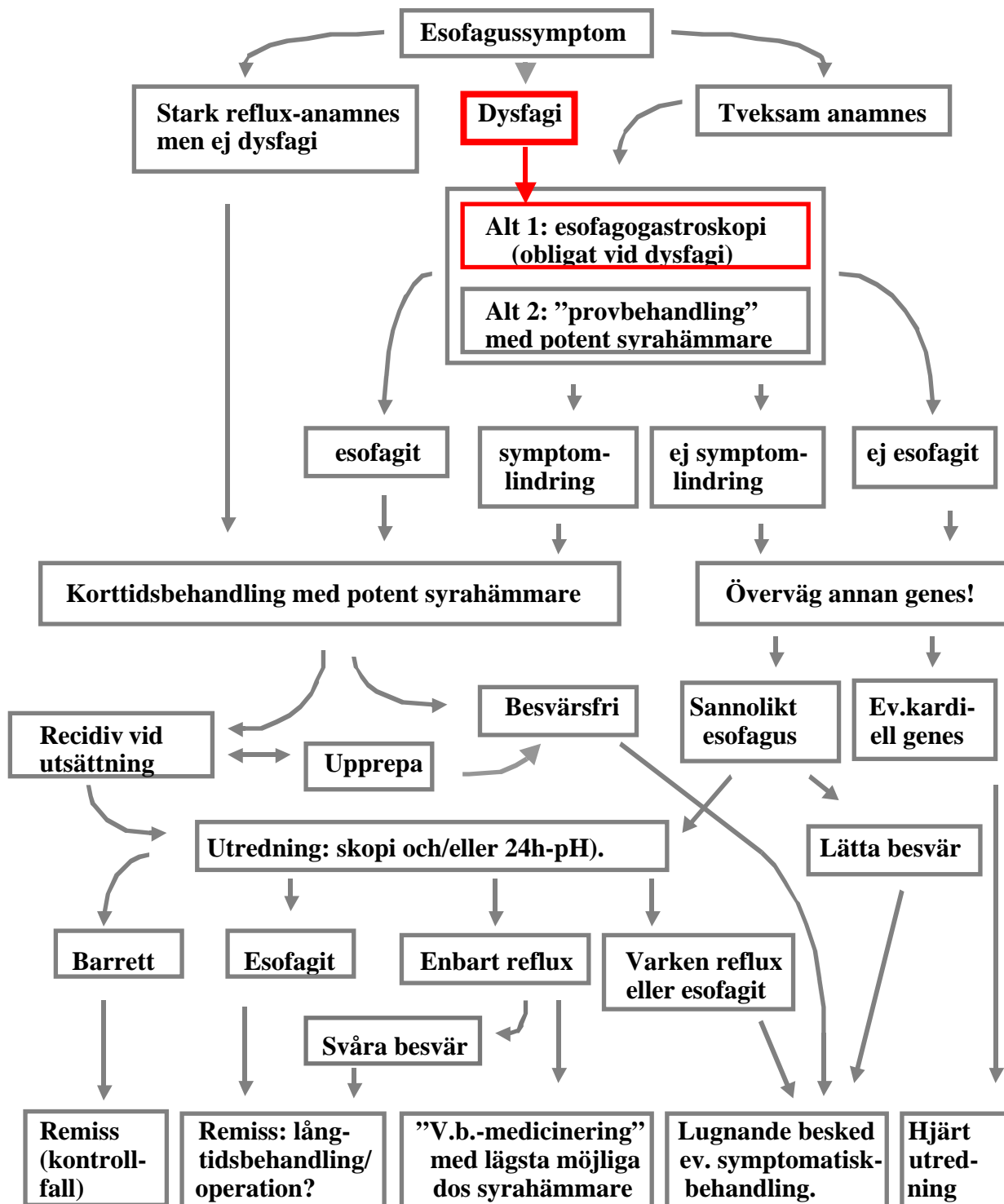
3. Behandlingstid: en vecka

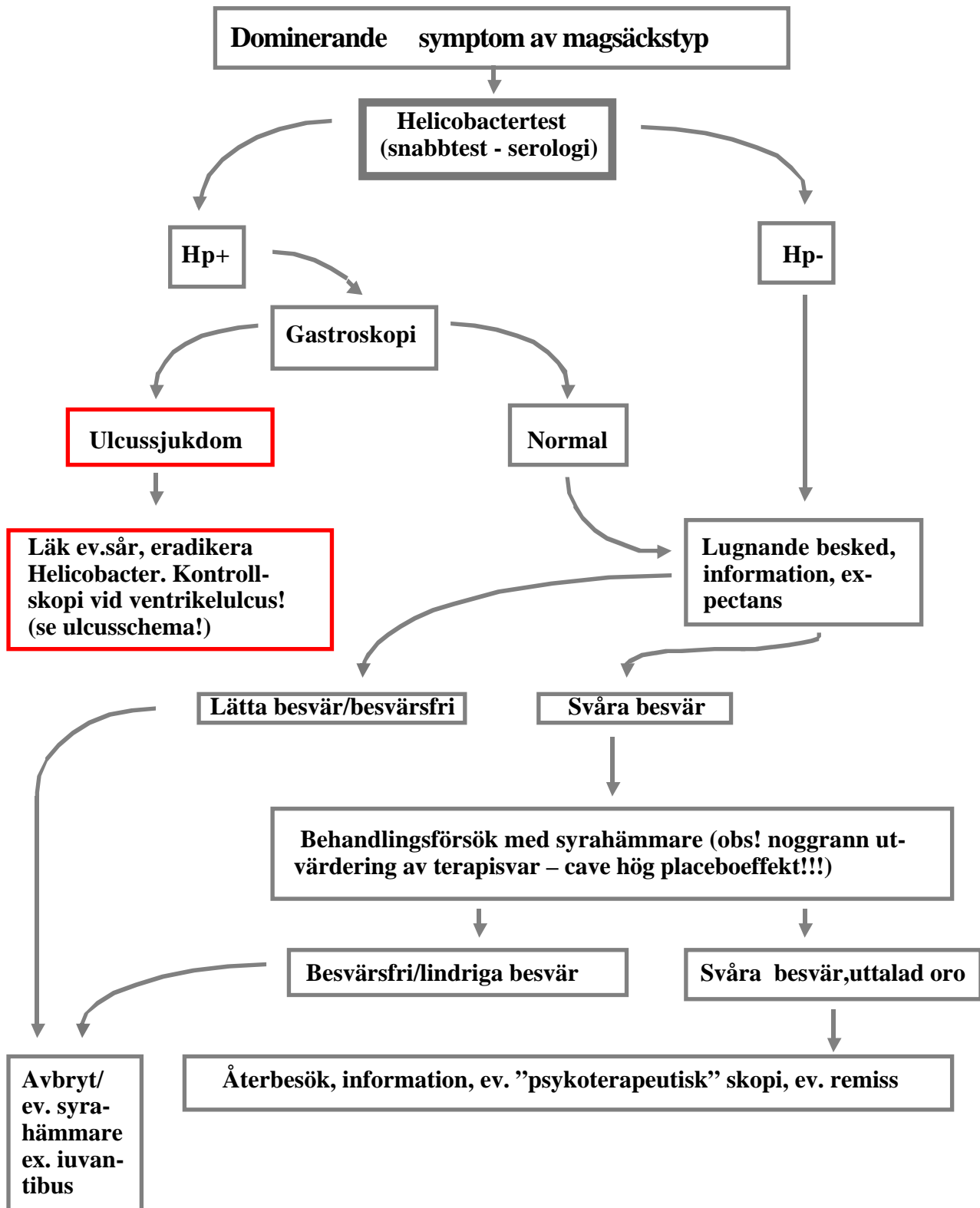
4. Eradikeringskontroll (andningstest efter minst 1 mån) enbart om särskilda skäl (t.ex. patient med hög blödningsrisk).

Symptomgruppering vid gastrointestinala besvär

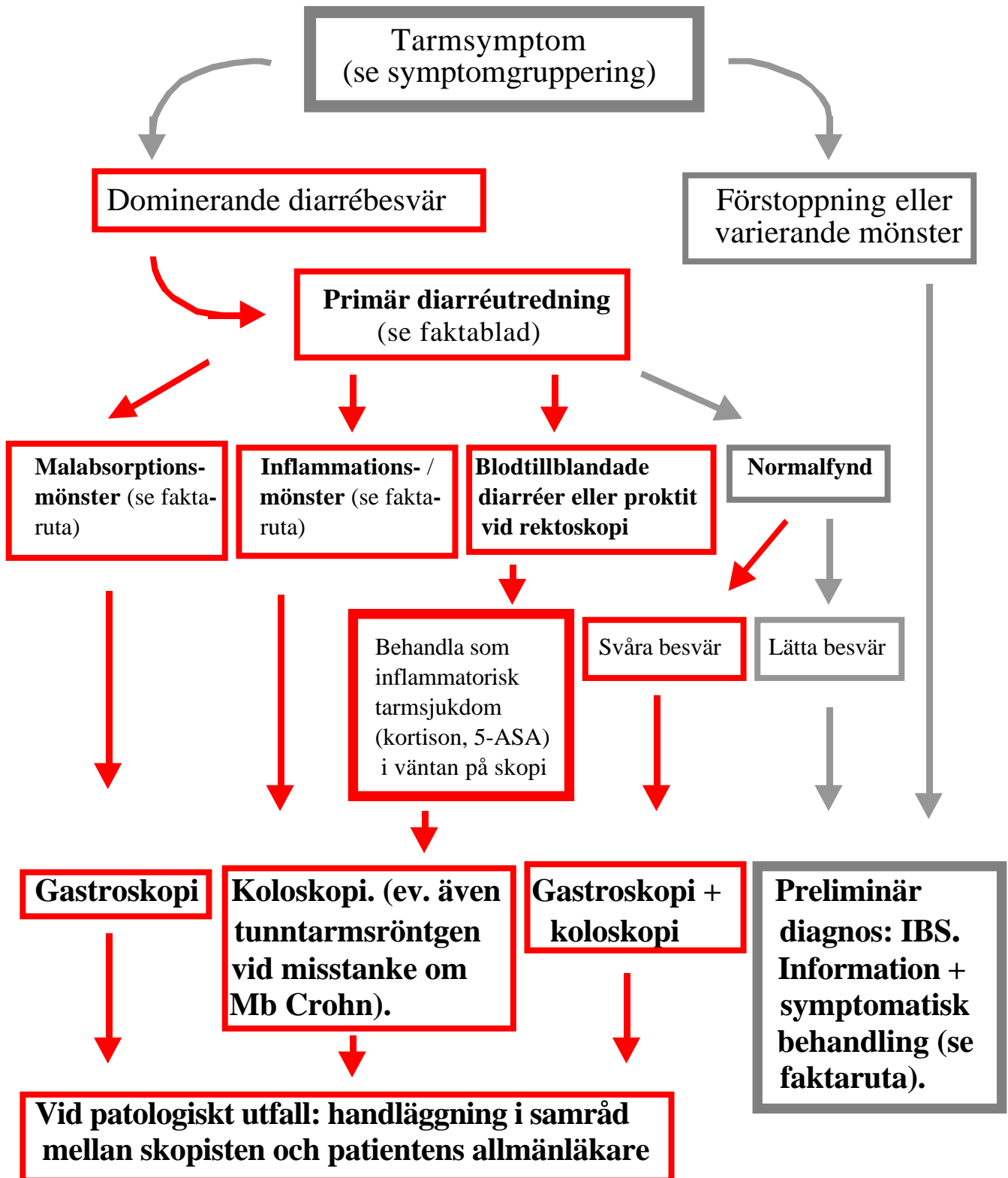
Esofagussymptom	Magsäckssymptom	Tarmsymptom
sura uppstötningar	smärtor i epigastriet	buksmärtor /obehag relaterade till tarmtömning
halsbränna	"ulcusliknande": nattliga smärtor måltidslindring	diarréer förstoppning
smärtor bakom sternum ("bröstbränna")	"dysmotilitetsliknande": illamående uppkördhet "magen står i fyra hörn"	gasbesvär, buksvullnad
sväljningsbesvär		känsla av ofullständig tarmtömning
god symptomatisk lindring av antacida		varierande avföringskonsistens ("ibland hård, ibland lös")
		slemtillblandning

Utredning och behandling av esofagussymptom



Utredning och behandling av magsäckssymptom

Utredning vid tarmsymptom



Primär diarréutredning:

(genomförs normalt inom primärvården)

vikt
Hb, MCV, LPK,
järnstatus (S-Fe/TIBC eller ferritin), B₁₂-folsyra,
SR, CRP, S-albumin,
Na⁺, K⁺, kreatinin,
ASAT, ALAT, ALP, bilirubin, PK
blodsocker, fritt T₄ - TSH
F-Hb, faecesodling, rektoskopi (proktit??)

Några typiska ”blodkemiska mönster”:

1. Malabsorptionsmönster:

anemi, järnbrist, **lågt** B₁₂ och/eller folsyra,
ev. **lätt** sänkt S-albumin, men **normal** SR, CRP

2. Inflammationsmönster:

anemi, järnbrist, **ev. lågt** B₁₂ och/eller folsyra,
sänkt S-albumin , **förhöjd** SR, CRP

3. Blödningsmönster:

anemi, järnbrist, **normalt** B₁₂ och/eller folsyra
normalt S-albumin, SR, CRP

Vad letar man efter vid diarréutredning?

1. magsäckssjukdomar

Diagnos	Mönster	Diagnostiska u.s.	Behandling	Kommentar
atrofisk gastrit	↓ järnmättnad, ↓ B ₁₂ -folsyra	gastroskopi, S-gastrin, S-pepsinogen, helicobacter-serologi	Ingen (ev.Hp-eradikation)	vanligaste orsaken till B ₁₂ -brist! Alla labprover kan dock vara normala! sällan orsak till mag-tarm symptom. Obs! Dessa pat skall självklart ej ha syrahämmare!

2. tunntarmssjukdomar (i "topografisk" ordning):

Diagnos	Mönster	Diagnostisk u.s.	Behandling	Kommentar
Celiaki	↓ Hb, S-alb, ↓ järnmättnad, ↓ B ₁₂ -folsyra	Duodenalbiopsi (ev. endomyocientikroppar).	glutenfri kost	alla labprover kan vara normala!
Bakteriell överväxt	specifikt mönster saknas	vätgastest med glukos; gastroskopi med odling	antibiotika	tidigare operation predisponerar
Laktosintolerans	normala prover	vätgastest med laktos eller laktosbelastning	laktosreducerad kost	patienten har ofta själv tagit bort mjölken!
Infektion (bakterier, parasiter)	ev. ↑ CRP, LPK ev. eosinofili pos odling	faecesodling inklusive clostridiumtoxin; faecesmikroskopi	antibiotika	ovanlig orsak till långvariga diarrébesvär! tropikanamnes???
Terminal ileit (tunntarms- Crohn)	↗ CRP, SR, ↓ S-albumin, ↓ järnmättnad, ↓ B ₁₂ -folsyra	tunntarmsröntgen med sond ileokoloskopi	kortison 5-ASA	tänk på detta vid kombination buksmärter och oklar inflammation!
Gallsaltmalabsorption	ofta normala laboratorieprover	SeHCAT (isotopundersökning av gallsaltupptag)	gallsaltbindare	ovanlig men behandlingsbar orsak till diarréer!

3. kolonsjukdomar

Diagnos	Mönster	Diagnostisk u.	Behandling	Kommentar
Makroskopisk kolit (ulcerös kolit, Morbus Crohn)	ev. förhöjd SR + CRP, sänkt S-albumin	koloskopi	kortison, 5-ASA	går ofta i skov. vid blödning + diarréer: misstänk i 1:a hand ulcerös kolit!
Mikroskopisk kolit	ofta normala laboratorieprover	koloskopi med biopsier	Gallsaltbindare Ev. 5-ASA	rel. vanlig orsak till oklara kroniska diarréstillstånd!

Frågor och svar om diarré/ malabsorptionsutredning:

1. Vad menas med diarréer? Och vad menas med förstoppning?

Svar: En mycket viktig fråga som är nästan omöjlig att besvara objektivt! Det viktiga är att ta reda på vad patienten menar! Ta därför alltid upp en ordentlig symptom- anamnes, och skicka gärna med avföringsschema inför nästa återbesök. Exempel på viktiga frågor vid diarréer: Symptomduration? Valör av besvären (irriterande /oroande/invalidiserande)? Stora avföringsvolymmer eller avföring som flyter på vattnet (malabsorption)? Förekommer nattliga diarréer (sekretorisk diarré)? Täta trängningar, små mängder, blod/slemtillblandning (proktit)? Känsla av ofullständig tarmtömning, omväxlande hård och lös avföring (IBS)? Viktiga frågor vid förstoppning: Symptomduration? Antal tömningar/ vecka? Diarréinslag? Smärtor (IBS)? Viktnedgång, kräkningar (malignitet)? Hypometabola symptom (hypothyreos)? Laxermedelsbruk? Kostanamnes, reaktion på fiber?

Det är viktigt att bilda sig en uppfattning om graden av besvär, eftersom det påverkar handläggningen (se vårdprogram)! Skicka gärna med avföringsschema!

2. Av alla dessa diagnoser vid diarréutredning, vilka är vanliga och vilka är ovanliga

Svar: Den i särklass vanligaste diagnosen är IBS! Celiaki har en prevalens av ca 1/150 och inflammatorisk tarmsjukdom ca 1/250. Gallsaltmalabsorption är ovanligt, men viktigt eftersom det är behandlingsbart. Misstänk detta eller mikroskopisk kolit vid långvariga, vattniga diarréer! Bakteriell överväxt utan anatomiska förklaringar (operationer, divertiklar) är sällsynt. Laktosintolerans förklarar sällan kroniska diarréer (patienten har oftast själva ställt diagnosen och uteslutit mjölken!).

3. Vem skall sköta patienten med celiaki/IBD/gallsaltmalabsorption?

Svar: Celiakipatienter bör någon gång få träffa en gastroenterolog, men uppföljning (med årliga malabsorptionsprover) kan sedan ske hos allmänläkare. Vid problem bör patienten ses av specialist. Patienter med aktiv inflammatorisk tarmsjukdom bör skötas av specialist (i normalfallet medicinsk gastroenterolog). Vid inaktiv sjukdom kan patienten även skötas av intresserad allmänläkare, i samråd med specialist. Gallsaltmalabsorption, mikroskopisk kolit och bakteriell överväxt är specialistfall.

Några basfakta om funktionella tarmbesvär ("irritable bowel syndrome", IBS)

- en i många fall livslång, i normalfallet lindrig men tyvärr ofta terapirefraktär, **visceral funktionsstörning**, med okänd patofysiologi.
 - smärta och / eller obehag i buken, kopplat till ett **förändrat avföringsmönster**.
- för diagnosen krävs **minst tre månaders besvär under det senaste året**.
- eventuella **undersökningar och prover normala**.
- finns **hos 10-20% av befolkningen**

Behandlingsprinciper:

information, goda råd och lugnande besked!
åtgärda interkurrent sjukdom!

Vid diarré/förstoppning:

kostråd
fibertillskott mot förstoppning (cave excesser!).
antidiarrhoikum v.b.

Vid uttalade smärtproblem:

ev. spasmolytika
ev. lågdos tricykliska antidepressiva till natten
ev. psykologisk behandling

????????????????????

IBS är den i särklass vanligaste orsaken till tarmbesvär!

Sammanfattning:

Indikationer för endoskopi och röntgen vid utredning av dyspepsi-tarmbesvär

Gastroskopiindikationer:

Absoluta:

dysfagi

hematemes med cirkulationspåverkan

misstanke om gastrointestinal blödning

retentionssymptom (långvariga kräkningar)

riktad malignitetsmisstanke

Relativa:

diarréutredning (celiaki?)

långvariga och recidiverande besvär av refluxtyp

övre buksmärtor/illamående hos helicobacter-positiv individ

Exempel på tillstånd där gastroskopi i normalfallet ej är indicerat:

oklara buksmärtor hos ung, helicobacter-negativ individ

lindriga och/eller övergående esofagussymptom

Koloskopiindikationer:

Absoluta:

misstanke om gastrointestinal blödning

riktad malignitetsmisstanke
(ex. palpabel tumor, röntgenfynd talande för
tumor, obstruktionssymptom etc.)

Relativa:

Diarréutredning

Exempel på vanliga tillstånd där koloskopi
i normalfallet ej är indicerat:

ung patient som uppfyller IBS- kriterierna,
och som ej har dominerande diarrébesvär

ändring av avföringsvanor hos ung patient

Kolonröntgenindikationer:

inkomplett koloskopi (remiss ombesörjes med fördel av skopisten)

fistel frågeställning (specialistfall)

Obs! Om inremitterande läkare beställer koloskopi åligger det skoperande enhet att se till att kolon blir fullständigt undersökt! Vid ofullständig undersökning får patienten antingen remitteras vidare till erfarnare skopist eller (i undantagsfall) röntgas.

Sammanfattning:

Huvudindikationer för protonpumpshämmare vid behandling av dyspepsi-tarmbesvär

1. Esofagit

2. Uttalade refluxbesvär som ej går att hantera med symptomatisk behandling

3. Helicobactereradikering

4. Behandling av ventrikelsår

5. I lågdos som profylax mot NSAID-sår.

Obs! Ej indikation för ppi vid:

Oklara buksmärtor

Symptom talande för irriterad tarm

Dagens provbehandling med ppi på mycket vida indikationer kostar samhället stora pengar, leder till medikalisering av funktionella besvär och undandrar sjukvårdsresurser från angelägen verksamhet!

Ompröva alltid ppi-indikationen vid återbesök!

Några viktiga punkter i vårdprogrammet:

Leta efter blödning!

Efterfråga NSAID!

Symptomgruppera!

Hp-testa vid magsäckssymptom!

Försök remittera rätt patienter för
skopi och skriv en bra remiss!

Vid funktionella besvär: avsätt mycket tid till information
(se bifogad CD- skiva!)

Och till sist: var ödmjuk och lyssna ordentligt på patienten!
Inget vårdprogram i världen ersätter **en god patient-
läkarrelation!**