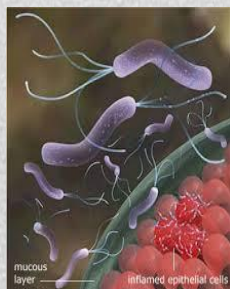


Blödande magsår

SFAM's studiebrev

Författare: Ture Ålander och Lars Agréus.



2013-06-13

Studiebrev om blödande magsår

Ture Ålander allmänläkare, med dr
Lars Agréus allmänläkare, med dr, professor

Författarna har arbetat länge som allmänläkare i primärvården och sysslar med forskning inom magsårssjukdomar. Båda har ingått i den projektgrupp som sammanställde SBU-rapporten "Blödande magsår - En systematisk litteraturöversikt" som utkom 2011 (1).

Detta studiebrev är sammanställt från valda delar av SBU-rapporten, författarnas sammanfattande bedömningar och patientfall tagna från den egna praktiken. Förslagen på handläggning är författarnas egna. Studiebrevet kan tas upp som helhet eller i delar av FQ-grupper för allmänläkare. Synpunkter på innehållet tas gärna emot av författarna.

Använda förkortningar: PPI = protonpumpshämmare (omeprazol etc.), UBT = urea breath test, ulcus används synonymt med magsår.

Inledning

Trots att magsårssjukdomen minskat så förefaller det som om blödande magsår inte alls minskat i samma utsträckning. Blödande magsår drabbade cirka 38 personer per 100 000 invånare i Sverige under år 2005. Risken ökar kraftigt med stigande ålder oberoende av kön. I åldersgruppen över 75 år drabbas 170 personer per 100 000 invånare och år. I Sverige beräknas nu 7–10 personer per dag insjukna i blödande magsår, och varannan till var tredje dag avlider någon i sjukdomen.

Det är svårt att avgränsa sig till enbart "blödande magsår" eftersom risken att få vanligt magsår hänger ihop med risken för blödande magsår och i vissa scenarior går det inte att hålla isär. Dyspepsi kan vara ett symptom vid magsår och det är av värde att ta del av faktadelen i SFAM's tidigare studiebrev om dyspepsi och reflux från 2008 (2).

Syftet med detta studiebrev är att ta upp det aktuella kunskapsläget när det gäller att förebygga, behandla och följa upp blödande magsår, samt handlägga patienter som haft blödande (eller icke blödande) magsår ur andra relevanta aspekter, såsom livsstil och farmakoterapi. I studiebrevet får användarna utifrån egna och beskrivna patientfall diskutera scenariorna:

- Tidigare eller nuvarande konstaterad magsäcksblödning
- Eventuell magsäcksblödning, t.ex anemi, melena, dyspepsi
- Riskfaktorer för magsäcksblödning

I den bästa av världar så finns det guidelines för hur man ska bära sig åt i varje situation, tillgängligheten på föreslagna insatser är omedelbar och obegränsad och varje patient är villig att underkasta sig dom. Så är förstås inte fallet!

Allmänläkarna måste utifrån lokala förutsättningar och vårdprogram diskutera handläggningen av patienterna. Av de beskrivna scenariorna ovan är det egentligen bara vid "akut pågående blödmage"

som åtgärden från primärvården är helt klar – patienten ska remitteras akut till kirurgklinik och vid längre avstånd och allmänpåverkan ha vätskeersättning – t.ex Ringeracetat via grov nål.

Bakgrund

Blödande magsår, där såret/såren kan sitta i duodenum eller magsäcken, är en realitet idag trots att vi lärt oss att ta bort *Helicobacter pylori* (*H.pylori*), genom att eradikera med syrahämmare + antibiotika i kombination. Bakterien upptäcktes 1982 och orsakar 95 % av alla duodenalsår och 70 % av alla ventrikelsår. Magsår orsakade av infektionen har obehandlade (utan eradikering av *H.pylori*) så hög som 80 % recidivfrekvens inom ett år, men allt eftersom patienter med magsår får adekvat behandling minskar incidensen av sjukdomen.

Eftersom prevalensen av *H.pylori* minskar med åren i Sverige, det gäller i alla länder med god levnadsstandard, minskar även risken för att få magsår. Förutom *Helicobacter pylori*-infektionen är konsumtion av NSAID och ASA, även i en lågdos som 75 mg dagligen, ulcerogent, liksom klopido­grel och möjligen SSRI (och SNRI?), spironolakton och paracetamol. Steroider anses ej ulcerogena förutom i kombination med NSAID/ASA, såvida man inte är under stor katabol stress tex på en intensivvårdsavdelning. Warfarin ökar inte sår­frekvensen eftersom warfarin inte är skadligt för mucosan, och ökar troligen inte risken för blödande magsår, men när det väl blöder är patienten i en mer riskabel situation. De nya perorala trombinhämmarna är antagligen ulcerogena, framför allt i kombination med andra ulcerogena farmaka som NSAID.

Blödande magsår är aktuellt för primärvården ur flera aspekter

- Patienten har haft blödande magsår för länge sedan.
- Patienten har haft blödande magsår nyligen
- Patienten har symptom eller tecken där blödande magsår kan misstänkas
 - Anemi
 - Kolsvart avföring - melena
 - Dyspepsi
- Patienten har riskfaktor som ökar risken för blödande magsår
 - Infekterad med *Helicobacter pylori*
 - Äter ulcerogena mediciner men har inte dyspepsi eller anemi
 - NSAID
 - ASA även lågdos
 - Äter ulcerogena mediciner och får då dyspepsi eller anemi
 - NSAID
 - ASA även lågdos
- Patienten kommer att få sig förskrivit ett läkemedel som utgör en riskfaktor för blödande magsår och har
 - ingen anamnes på övre gastrointestinala besvär
 - haft ett adekvat handlagt känt blödande magsår tidigare
 - haft dyspepsi (av okänd orsak – var aldrig gastroskoperad) utan NSAID/ASA tidigare
 - haft dyspepsi (av okänd orsak – var aldrig gastroskoperad) med NSAID/ASA tidigare

Vid alla övriga scenarier uppstår ofta kliniska överväganden beroende på både tillgång till gastroskopi, *Helicobacter pylori*diagnostik och lokala handläggningstraditioner.

Vetenskapligt underlag för olika problemfrågeställningar

Behandling av blödande magsår

Starkt vetenskapligt underlag

- Eradikering av *Helicobacter pylori* hos patienter med blödande magsår reducerar starkt risken för reblödning inom 12 månader

Förebyggande behandling till patienter med kända riskfaktorer för blödande magsår

Patienter som behöver värkstillande behandling :

Måttligt starkt vetenskapligt underlag

- Att behandla patienter med coxiber1, utan samtidig behandling med lågdos-ASA, minskar risken för blödande magsår, jämfört med behandling med traditionella NSAID

Begränsat vetenskapligt underlag

- Förebyggande behandling med protonpumpshämmare kan minska risken för blödande magsår, hos personer som medicinerar med traditionella NSAID
- Förebyggande behandling med H2-blockerare kan minska risken för blödande magsår, hos personer som medicinerar med traditionella NSAID

Patienter som behöver behandling med trombocyttaggregationshämmare:

- Förebyggande behandling med protonpumpshämmare kan minska risken för blödande magsår hos personer som medicinerar med trombocyttaggregationshämmare

Konsensus

- Väntetiden på en poliklinisk gastroskopi är på många håll, för att inte säga de flesta ställen i Sverige, så långa för icke prioriterade fall att varken patienten eller doktorn finner det acceptabelt att vänta utan vill börja behandla direkt. Det handlar då förutom om eventuell utsättning av ulcerogena mediciner oftast också om att förskriva PPI. En senare skopi blir oftast meningslös eftersom ett eventuellt sår då är läkt.
- Av livsstilsfaktorer så finns viss evidens för att rökning och alkohol (dosberoende) ökar risken för att få blödande magsår.
- Patienter med duodenalulcus skall ges eradikering.
- Patienter med ventrickelulcus skall ges eradikering om de är infekterade av *H. Pylori*, (vilket testas vid gastroskopin-observera att det har visat sig att så inte alltid sker varför primärvården vid osäkerhet måste göra detta efteråt!).

- Det råder konsensus om att patienter med ventrikelulcus ska gastroskoperas för att kontrollera läkning, och att *H.pylori*-förekomst ska kontrolleras.
- Det råder konsensus om att personer över 50 år med nytillkommen dyspepsi ska gastroskoperas
- Det råder konsensus om att personer under 50 år med nytillkommen dyspepsi utan "alarmsymptom eller tecken") som alternativ till gastroskopi kan erbjudas handläggning enligt "test & treat") se SFAM studiebreve, Dyspepsi och reflux, 2008
- Det råder konsensus om att *H.pylori*-status ska kontrolleras efter eradikering om patienten inte blivit symptomfri efter behandling enligt "test & treat" ,som alltså bara ska tillämpas om patientens ålder <50 år. Personer över 50 år med nytillkommen dyspepsi ska gastroskoperas.
- Även om guidelines för personer som är äldre än 50 år med nydebuterad dyspepsi entydigt rekommenderar gastroskopi, så blir det ofta inte aktuellt ändå, dels på grund av väntetider, dels för att besvären går bort om NSAID/ASA sätts ut– så vi vet inte om det varit något sår.
- Det finns konsensus om att patienter med kardiovaskulär risk som haft blödande magsår bör ha PPI som skydd vid lågdos ASA och även vid NSAID behov (obs NSAID relativ kontraindikation vid hjärtsvikt)
- Det finns konsensus om att COX II hämmare ger mindre magsårrisk än konventionell NSAID, men att de flesta studier är gjorda på nu ej längre registrerade coxiber.
- Det finns visst konsensus om att risken för recidivulcus är ungefär lika stor med konventionell NSAID + PPI som med coxiber enbart, men alternativet är sällan aktuellt (se nästa punkt, samt kardiovaskulär risk, kostnaden).
- Det finns visst konsensus om att recidivulcus risken är lägre för kombinationen coxiber +PPI (visat för esomeprazol) än med enbart coxiber .
- Det finns en medicinsk kontrovers mellan kardiovaskulär nytta och gastrointestinal risk för framför allt ASA och NSAID men möjligen även för spironolakton

Ingen konsensus

- Det råder inte konsensus om huruvida att patienter med duodenalulcus ska kontrolleras avseende *H.pylori*-status om dom blir symptomfria.
- Det råder inte konsensus om att *H.pylori* status ska kontrolleras efter eradikering om patienten blivit symptomfri efter behandling enligt "test & treat" ,som alltså bara ska tillämpas om patientens ålder <50 år).
- Det finns ingen konsensus om att testa för pågående *H.pylori* infektion och göra riskeliminering genom att eradikera *Helicobacter pylori* hos infekterade personer UTAN dyspepsi, innan de behöver sättas på långtidsbehandling med ulcerogent läkemedel .
- Det finns ingen konsensus om att testa för pågående *H.pylori* infektion och göra riskeliminering genom att eradikera *Helicobacter pylori* hos infekterade personer MED dyspepsi av okänd orsak (dvs ej gastroskoperad) och som behöver återinsättas på ulcerogent läkemedel kontinuerligt .
- Det finns ingen konsensus om huruvida de patienter som haft dyspepsi och fått eradikering av *Helicobacter pylori* men som behöver återinsättas på ulcerogent läkemedel ska ha PPI skydd kontinuerligt.

- Det finns ingen konsensus om huruvida de som haft dyspepsi med känt magsår och fått eradikering av *Helicobacter pylori* och som behöver återinsättas på ulcerogent läkemedel ska ha PPI skydd kontinuerligt.
- Det finns ingen konsensus om huruvida alla patienter som behöver ulcerogent läkemedel ska ha PPI skydd kontinuerligt.
- Det finns inget konsensus om att de skillnader i ulcerogen (eller kardiovaskulär) risk som anges mellan olika konventionella NSAID är kliniskt relevanta

Hur kan vi minska risken för blödande magsår?

Förslagsvis

- Gastroskoperas för att se om det finns ett magsår som blöder eller kan börja blöda hos äldre patienter med oförklarlig dyspepsi eller anemi (obs att F-Hb ej är pålitliga på övre gastrointestinala blödningar).
- Se till att vi kan testa för riskfaktorn *Helicobacter pylori* utan att gastroskoperas, dvs. ha tillgång till urea breath test eller F-*Helicobacter* i primärvården.
- Eradikera *Helicobacter pylori* om riskpatienten är infekterad
- Ta bort ulcerogena läkemedel om det går
- Skydda mot magsår genom att ge PPI vid behov av ulcerogena läkemedel i vissa fall

Helicobacter pylori tester

– inget är 100% säkert

Indirekta tester-utan gastroskopi

Helblodstest	Svar inhouse	Billigt	Dålig träffsäkerhet	Rekommenderas ej
Serologi	Skickas	Billigt	Få falskt negativa – 30% falskt positiva (utläkta eller äkta falskt pos,	Man kan lita rimligt på ett negativt test – ett positivt måste alltid konfirmeras
Urea breath test (UBT)	Tas på VC och skickas alt remiteras patienten för proceduren. Patienteten fastande och utan PPI ≥ 1 vecka	Dyrare	>95% träffsäkerhet.	Rekommenderas
F_ <i>Helicobacter</i>	Lämnas ut på VC. Inget extra besök. Utan PPI ≥ 1 vecka	Dyrare	95% säkerhet	Rekommenderas

Direkta tester-via gastroskopi

CLO-test	Svar direkt <24h. Kräver ≥ 1 v PPI frihet	Billigt	98%*	Rekommenderas
Histologi	Tar tid	Dyrt, fr a om "bäst förgning"	98%*	Rekommenderas
Odling	Tar tid	Dyrt	98%*	Rekommenderas, fr.a. om man vill ha resistensbestämning

*Man brukar ha minst 2 av 3 positiva direkta tester som "guldstandard" vid forskning

Patientfall att diskutera

Patientfall 1

Johan, 58 år

Lastbilschaufför med tablettbehandlad diabetes mellitus, fetma, hypertoni och KOL. Kollar sin diabetes hos diabetessköterskan på vårdcentralen. Röker, kan inte sluta. Han kom på remiss från kirurgkliniken till distriktssköterskan för omläggning av sår efter akut operation av perforerat duodenalulcus två veckor innan. Hade fått hypovolemisk chock under operation och sårinfektion i efterförloppet. Insattes på Ciprofloxacin + Metronidazol + Omeprazol + Furix. En månad efter operation kommer han till dig för förlängd sjukskrivning. Han är fortfarande trött och medtagen, utskrivningsmeddelande från sjukhuset visar att han haft förmaksflimmer och eventuell hjärtsvikt under operationen, medicinkonsult som tillkallats vill att husläkaren följer upp detta. Han skall göra en kontrollgastroskopi på kirurgkliniken om en månad.

Aktuell medicinering: Omeprazol 20 mg 1x1, Trombyl 75 mg 1x1, Furix 40mg 1x1, Enalapril 10 mg 1x2, Bisoprolol 2,5 mg 1x1, Metformin 500 mg 1x1, Simvastatin 20 mg tn.

Frågeställningar:

- A. Vilka prover eller undersökningar vill du ha svar på vid återbesöket?
- B. Hur hanterar du risken för återinsjuknande i magsår?
- C. Vilka medicinändringar kan bli aktuella?
- D. Hur följer du upp honom framöver?

Förslag på handläggning

Fall 1.

Hos denne patient är det viktigt med att eftersöka symptom från hjärta, lungor, mage som hjärtklappning, andfåddhet, bensvullnad, magvärk. Tröttheten kan också vara tecken på en depression. Provtagning är beroende på vad som är gjort på sjukhuset och om patienten skall åter dit för hjärtkontroll. Prover på vårdcentralen skulle kunna vara EKG, blodtryck, vikt, PEF, Kalium, Kreatinin, proBNP, HbA1c, fP-Glukos, blodfetter, U-albumin.

- A. Risken för återsjuknande i magsår är stor. Om patienten inte fått eradikering av *Helicobacter pylori* så skall detta göras. Normalt kollas inte *H.pylori* efter eradikeringen vid duodenalulcus, men när det varit perforerat så är det adekvat. Man bör i detta fall kolla att *H.pylori* är borta, vilket inte går med UBT eller *F-H.pylori* när pat står på PPI. Ska man ta UBT eller *F-H.pylori* så måste patienten vara utan PPI minst 1 vecka. PPI kan ersättas med H₂-blockerare, men säkrast för *H.pylori*-testet är ändå att vara utan även H₂-blockerare. Man kan kontrollera *H.pylori* vid gastroskopi (och om positiv även hoppas att skopisten odlar för resistensbestämning), men även det kan vara vanskligt. En variant är att ta *H.pylori*-serologi bums, samt sedan ta om det efter 6-12 månader och se

om det sjunker markant. Obs! Man får be laboratoriet spara fryst serum som man kan jämföra med. Om fortsatt *H.pylori* pos – ny kur, då med klaritromycin + amoxicillin (som egentligen är förstahandskombinationen). Det kan bli aktuellt att sätta ut Trombyl. Fortsatt ASA-behandling är beroende på risken för stroke om Trombyl utsättes och måste utvärderas i varje enskilt fall. Beroende på sviktsymptom kan mängden och sorten diuretika samt ACE-hämmare justeras. Patienten ska stå på PPI som magsårsprofylax vid fortsatt Trombylbehov. Socker- och blodfettsnivåer optimeras. Patienter som genomgått akuta hjärtproblem är mer motiverade att ändra sin livsstil så det är lämpligt att ta upp det vid återbesöket. Tobak är en riskfaktor både för hjärt- och ulcussjukdom. Man måste därför ta upp rökavvänjning med patienten.

- B. Denne högriskpatient följs upp med relativt kort intervall och man frågar om levnadsvanor, effekt av medicinering, egenkontroll av blodsocker, försök till rökavvänjning. Alkoholvanor efterhörs. Medicinändringar beror på graden av hjärtsvikt och diabetes, inte på status post duodenalulcus.
- C. Avseende ulcussjukdomen så kolla att pat inte har kvar *H.pylori* enligt ovan, pat bör ha PPI om han äter någon ulcerogen medicin t.ex Spirinolakton, Trombyl även om han är *H.pylori* negativ. Remisser skickas i lämplig ordning, om det finns tillgång, till diabetessköterska, astma/KOL-sköterska, dietist, motion ev FAR-recept och tobaksavvänjning

Vad hände med Johan hos allmänläkaren?

Läkaren på vårdcentralen sjukskrev heltid i 2 veckor till för magsår + förmaksflimmer. Vid uppföljning på vårdcentralen 2 månader senare mådde Johan bra, förmaksflimret var borta, han jobbade heltid men fortsatte tyvärr med att röka 20 cig/dag. Trombyl sattes ut.

Patientfall 2

Justine, 62 år

Flytt till Sverige från Argentina. Omgift har ett barn samt 3 i tidigare äktenskap. Barnsköterska. Gått flera år på vårdcentralen och har hypertoni, hyperkolesterolemi, kronisk lumbago, ledvärk, hypotyreos, B-12-brist, ångestbesvär, lättare astmabesvär, dysmenorré och urinvägsinfektioner. Append- och kolecystektomerad i hemlandet. Fleråriga besvär av magvärk och förstoppningstendens. Medicinerar nu med Metoprolol 100 mg 1x1, Cipramil 20 mg x 2, Levaxin 0,1 mg 1x1, Behepan 1mg x 1, Simvastatin 20 mg tn, Tradolan 50mg 1x1, Alvedon forte 1g x3, Diklofenak vb, Cetirizin 10mg x 1, Bricanyl turbuhaler vb, Propavan 50 mg tn, Rennie vb.

Patienten vill åka till sjukhuset och är uppsatt som akutbesök till dig. Hon har 14 dagars värk upptill i magen, ingen matlust. Haft kräkningar. Blir värre av mat. Har svart avföring. På status: blodtryck 131/81 puls 75, Vikt 79 kg gått ner 3 kg på 2 veckor, Buk ömmar i epigastriet, inga resistenser, ingen defense.

- A. Vill du göra några mer prover eller undersökningar?
- B. Hur handlägger du denna patient?

Förslag till handläggning

- A. Hon har akuta övre magproblem med kräkningar, viktnedgång, svart avföring. Kolla ett Hb bara. Eventuellt så gör F-Hb på den svarta avföringen som du får på handsken vid rektal undersökning. Troligen en patient med "blödmage", som bör remitteras in akut till sjukhuset. Om patienten har ett normalt Hb så kanske man i dessa dagar inte kan få en akut gastroskopi ens på ett universitetssjukhus .
- B. Denne patient remitteras för gastroskopi. Eftersom hon har kräkningar, viktnedgång så bör detta ske snabbt. Kan vara ett blödande magsår. Prio 1- remiss. Om det inte går så ge – PPI 20 mg x2, och tag dagligt Hb prov, F-Hbx3, och skicka remiss poliklinisk gastroskopi. Pat kan ha ett magsår eller en ventrikelcancer. Patienten står på Behepan, vilket kan bero på brist på Intrinsic factor, alltså en corpusatrofi i ventrikeln. Den kan i sin tur vara autoimmun eller bero på *H.pylori*. Dessutom är cirka hälften av fallen med autoimmun gastrit triggade av *H.pylori*. Man kan kolla med s-gastrin samt s-parietalcellsantikroppar om man vill ha närmare diagnos, samt slippa fundera på mer distal malabsorption. Det kan vara bra att veta att om man har en autoimmun gastrit så är risken högre att få en autoimmun hypothyreos (denna patient har redan Levaxin). En eventuell *H.pylori* infektion samt även autoimmun gastrit utan *H.pylori* ökar risken för ventricelcancer. Tilläggas bör att risken för en 62-årig Argentinska att vara infekterad med *H.PYLORI* är stor eftersom prevalensen av *H.pylori*-infektion är hög i Sydamerika.

Vad hände med Justine hos allmänläkaren?

Läkaren på vårdcentralen remitterade till akutmottagningen på det närliggande sjukhuset. Där noterade man Hb=135 g/l, normalfärgad avföring, blodtryck 146/72, cirkulatorisk stabilitet, buken mjuk ,inga resistenser och patienten fick recept på Omeprazol. Återremiss till distriktsläkaren som skickade en remiss till en poliklinisk gastroskopi. Denna gjordes två veckor senare, och visad corpusgastrit och pos CLO-test för *Helicobacter pylori*. Patienten fick eradikeringsbehandling och magvärken försvann. Emellertid kom det åter besvär med ont i magen och bröstet någon månad senare. Hon utreddes med arbets-ekg och myokardscint som var utan anmärkning. Fortsatt sedan dess med Omeprazol 10 mg dagligen men även Nitrolingual vid behov, som bägge hjälper. Pga symptomrecidiv testades F-H. *Pylori*, som utföll negativt. Diagnos blev refluxsjukdom och funktionell dyspepsi.

Patientfall 3

Maria, 35 år

Kvinna, förskollärare, som haft depression för 10 år sedan , fick Efexor, lite allergisk mot pälsdjur och p-pillerbehandlad för polycystiskt ovarialsyndrom. Kommer till dig för att hon i 6 veckor haft illamående, trötthet, lite ont upptill i magen. Normala avföringsvanor. Hade samma besvär för 8 år sedan och blev då bra på Losec. Hon har nu provat Omeprazol som hjälpt ett tag men sedan inte haft effekt. Inte ändrat någon medicinering eller tagit hälsokost. Medicinerar med Diane 1x1 och Omeprazol 20 mg 1x1. På status finner du ett gott allmäntillstånd, blodtryck 100/60 (hon brukar ha

lågt), Buk mjuk, oöm i epigastriet, däremot medelsvårt ömmande i båda fossa - värst i höger.
Per rektum utan anmärkning, ej ont vid palpation.

- A. Vill du göra några mer prover eller undersökningar?
- B. Hur handlägger du denna patient?

Förslag på handläggning

- A. Kvinna med polycystiska ovarier och dyspepsi som kan vara funktionell eller organisk t.ex magsårssjukdom. Du tror redan initialt att dyspepsin är funktionell men du måste då kolla på andra organiska orsaker till tröttheten innan man bestämmer sig för att denna är en del av dysforin och dyspepsin. Matintolerans som vid gallvägssjukdom, laktos- och glutenintolerans beaktas. Provtagning t.ex med Hb, CRP, F-Hb (obs inte så bra på övre blödningar) leverstatus, SR, kobolamin, TSH och Transglutaminasantikroppar. Man kan också ta ett utandnings- eller avföringstest på *Helicobacter pylori*.
- B. Patienten hade vid undersökningen lågt sittande buksymptom, inte typiskt för dyspepsi. Här är det lämpligt att skicka remiss till gynekolog samt göra ett *Helicobacter pylori*test. Hon har alltså en oundersökt dyspepsi där PPI sannolikt bara haft placeboeffekt, men man kan inte vara säker. Resonera med patienten om gastroskopi. Om patienten känner att hon skulle bli tryggare då så remittera. Om patienten gärna undviker skopin om det går -och det gör det enligt internationell konsensus –så testa för *H.pylori* indirekt med UBT eller F-*H.pylori* istället och eradikera *H.pylori* vid positivt resultat ("test and treat"). Utifrån resonemanget med patienten så kommer du antagligen på ena eller andra sättet fram till att patienten har funktionella besvär – och det kan vi inte göra så mycket åt mer än att "göra en otrygg symptomatiker trygg". Vid illamående kan man pröva Primeran om det är uttalat. Undvik PPI – om patienten inte har refluxbesvär för annars finns risken att patienten får halsbränna pga "reboundfenomen".

Vad hände med Maria hos allmänläkaren?

Maria utreddes med provtagning för blodstatus, leverprov, CRP som alla var normala. Hon remitterades till gynekolog för bedömning.

Patientfall 4

Sirkka, 66 år

Kvinna, arbetar på kontor, och har gått på vårdcentralen för värk i höftlederna. Opererat en höftled med Charnley-protes för 3 år sedan. Har övervikt, hypertoni. Haft lite ont i magen tidigare vid några tillfällen, och tog då Novalucol, vilket hjälpte. Medicinerar nu med Enalapril 20mg 1x1, Panodil 500mg 1x1-4 vid behov och Ibumetin 400mg 1x1 vid behov. Hon har mer värk i lederna, nu även knäleder samt fått muskelvärk i axlarna. Hon har ökat Ibumetin själv till 400mg 1x3 vilket hon tycker hjälper något. Hon har blodtryck 142/85, ingen ömhet över temporalisartärena men hög SR 75 mm (tidigare haft 12 mm). Du bedömer henne ha en polymyalgia reumatika och tänker börja med kortisonbehandling. Hon vill samtidigt ha recept på Ibumetin helst i starkare dos.

- A. Resonera över risken för framtida läkemedelsinducerad magsårsblödning?

- B. Är det lämpligt att ta ett test på *Helicobacter pylori* innan insättande av NSAID?

Förslag till handläggning

- A. Patienten har NSAID (Ibuprofen i högdos) och paracetamol vilka båda ökar risken för magsår. Patienten skall insättas på långvarig kortisonbehandling vilket i kombination med NSAID/ASA ökar risken för magsår. Hon har tidigare haft medicinering med antacida för ont i magen och i hennes åldersgrupp är prevalensen av *Helicobacter pylori* relativt hög. "Ont i magen tidigare" kan stå för vad som helst, och vi får troligen aldrig reda på vad. Man bör här direkt beställa en UBT alternativt *F-H.pylori* och efter provtagningen ställa henne på PPI. Om *H.pylori*-positiv bör infektionen eradikeras.
- B. Ja i detta fall är det lämpligt att testa för *Helicobacter pylori* och eradikera bakterien om den finns. *F-H.pylori* kan man få gjort "på dagen" om man har metoden uppsatt. Tar det någon vecka att få provet så kan man vänta med PPI trots NSAID – men längre bör det inte ta. Kortisonet anses inte ulcerogent om man inte är "katabol" vilket man inte är om man inte är svårt sjuk av andra skäl. Kortison per os hos en patient med PMR är alltså inte indikation för PPI eller *Helicobacter pylori* eradikering, utan det är NSAID som är problemet. Att kortison som tillägg till hög dos NSAID skulle öka risken för blödning finns inga säkra belägg.

Vad hände med Sirkka hos allmänläkaren ?

Sirkka fick börja med kortisonbehandling för PMR och remitterades för röntgen av knäleder. Röntgen visade artros. Distriktsläkaren tog ett test för *Helicobacter pylori* i feces. Detta var positivt och Sirkka fick en eradikeringsbehandling med två antibiotika + omeprazol och fick sedan börja med Ibuprofen 400mg x2 -3 vid behov förutom Panodil 500mg 1-2x1-4 vid behov.

Avslutande kommentar

Män löper större risk än kvinnor att få blödande magsår, men denna skillnad har minskat. De skillnader som finns tycks vara relaterade till skillnader i grundsjukdomar och livsstil – tidigare var t ex rökning betydligt vanligare bland män. I de av SBU granskade studierna, framkom inga skillnader när det gäller vilken behandling män respektive kvinnor får. Den behandling med trombocyttaggregationshämmare som ges i syfte att förebygga hjärtinfarkt och stroke kan öka risken för blödande magsår. Även smärtstillande behandling för patienter med artros eller reumatoid artrit kan öka risken för blödande magsår. Dessa risker måste vägas mot varandra. Såväl hjärtinfarkt och stroke som blödande magsår är potentiellt livshotande. Läkare och annan vårdpersonal ska kunna diskutera detta avvägningsproblem med patienten och i samråd med patienten besluta om bästa behandling. Det vetenskapliga underlaget för att förebygga och behandla blödande magsår utgörs till stor del av studier som har initierats, drivits och finansierats av läkemedels- och medicinteknisk industri. Forskningen är starkt produktstyrd och det finns kunskapsluckor på områden där ett tydligt kommersiellt intresse saknas. Kommersiella utgångspunkter kan också påverka hur studierna läggs upp. Exempel på följderna av detta är att det finns ytterst lite forskning om hur länge man bör medicinera. Det saknas också studier om vilka livsstilsförändringar som minskar risken för blödande magsår. Det finns få studier om blödningskomplikationer, men många studier om magsår där slutsatserna extrapoleras till blödningskomplikationer. Det finns sålunda ett stort behov av att komplettera befintliga studier med forskning som i större utsträckning undersöker vilka åtgärder som gör störst nytta för patienten

Referenser

1. SBU. Blödande magsår. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2011. SBU-rapport nr 206. ISBN 978-91-85413-42
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Blodande-magsar/>
2. SFAM studiebreve, Dyspepsi och reflux, T Ålander och C Ehinger, 2008
<http://www.sfam.se/media/documents/pdf/Dyspepsi.pdf>