



Quickguiden om dyspepsi og gastroøsofageal reflukssygdom hos voksne

Hvem skal henvises til gastroskopi?

- Patienter med faresignaler (synkesmerter/-besvær > 2 ugers varighed, vedvarende opkastning, gastrointestinal blødning eller anæmi, uforklarligt vægttab, abdominal udfyldning)
- Patienter > 45 år med debut eller væsentlig ændring af kendte dyspepsisyntomer
- Patienter med dyspepsi og ASA-/NSAID-behov, hvor seponering ikke er mulig
- Patienter > 45 år med fortsat dyspepsi efter seponering af ASA/NSAID
- Patienter med langvarige symptomer uden effekt af primærbehandling, hvor der er tvivl om diagnosen.

Hvordan udreder og behandler vi patienter med dyspepsi?

- Patienter < 45 år med debut af dyspepsisyntomer og uden faresignaler undersøges for *Helicobacter pylori*-infektion med en urea-breath-test ("pusteprov") eller fæces-antigentest.
- Patienter med positiv *Helicobacter pylori*-test behandles med eradikationskur.
- Patienter med dyspepsisyntomer uden forbrug af ulcerogen medicin og negativ *Helicobacter pylori*-test har med stor sandsynlighed funktionel dyspepsi.
- Ved negativ *Helicobacter pylori*-test og refluxsymptomer forsøges 2-4 ugers behandling med syrehæmmende medicin (PPI). Ved effekt følges en nedtrappingsstrategi til lavest mulige dosis, der kan kontrollere patientens symptomer. Ved manglende effekt seponeres behandlingen.

Hvordan udreder og behandler vi patienter med symptomer på gastroøsofageal reflux?

- Patienter med dysfagi (synkebesvær/synkesmerter > 2 uger) skal henvises til gastroskopi.
- Patienter med utilfredsstillende respons på medicinsk behandling i mere end to uger kan henvises til gastroskopi. Særligt fokus skal være på patienter > 45 år og patienter med tidligere ulcus sygdom mhp. at undgå forsinket diagnostik af alvorlig sygdom.
- Gentagelse af endoskopi er ikke indiceret, medmindre der er tilkommet nye symptomer, eller hvis patienten er diagnosticeret med Barretts øsofagus.
- En formodt refluxdiagnose kan stilles på baggrund af typiske symptomer (dominerende halsbrand og/eller sure opstød). Empirisk behandling med PPI anbefales.
- Patienter med milde og/eller sporadiske symptomer kan behandles med antacida.
- Patienter med svære og/eller hyppige symptomer behandles med PPI i standarddosering 1 gang dagligt, og effekten evalueres efter 4 uger.
- For patienter med partielt respons kan dosis fordobles (standarddosis 2 gange dagligt).



Hvornår er langtidsbrug af PPI indiceret?

- Hos patienter med påvist øsofagitis vil det ofte være nødvendigt med langvarig behandling for at forebygge recidiv og komplikationer.
- Patienter med lette forandringer (LA-grad A-B) kan behandles med laveste dosis PPI, der giver symptomkontrol, eller overgå til symptomstyret behandling (p.n.-behandling).
- Patienter med sværere grader af erosioner (LA-grad C-D) bør behandles kontinuerligt med PPI i en dosis, der sikrer symptomkontrol.
- Hos patienter med ikke-modificerbare risikofaktorer for ulcuskomplikation kan fast forebyggende behandling med PPI i vedligeholdelsesdoser halvere risikoen for ulcuskomplikation.
- Der findes forskellige typer PPI, der er ligeværdige og kan vælges efter pris under hensyntagen til ækvipotente doser.

Hvilke kendte risikofaktorer er der for ulcuskomplikation?

- **Høj risiko:**
 - 1: Tidligere ulcuskomplikation (perforation eller blødning)
 - 2: Flere end 2 risikofaktorer (som anført nedenfor)
- **Moderat risiko (1-2 risikofaktorer):**
 - 1: Alder > 65 år (risiko øges med stigende alder)
 - 2: Høj dosis NSAID > 1 DDD
 - 3: Tidligere ukompliceret ulcus
 - 4: Samtidig behandling med antikoagulationsbehandling eller pladehæmmerbehandling, systemisk steroid, SSRI-behandling
 - 5: Comorbiditet, f.eks. diabetes, hjerte-kar-sygdom, svær arthritis rheumatoides.

Hvornår er langtidsbrug af PPI ikke indiceret?

Hos patienter med funktionel eller ikke-undersøgt dyspepsi er effekten af PPI yderst begrænset, og langtidsbrug er ikke indiceret.

Selv få ugers behandling med PPI kan medføre hypersekretion af mavesyre og syrerelaterede symptomer (rebound-fænomen) efter seponering, hvilket kan gøre det vanskeligt at stoppe behandlingen igen. Derfor bør unødvendig opstart med PPI undgås.

Hvordan kan en årsstatus ved langtidsbehandling med PPI se ud?

Det vil ofte være relevant at udføre årlig konsultation om PPI med patienter i langtidsbehandling. Herved opnås mulighed for at sikre compliance hos patienter med vedvarende behov (f.eks. ulcusprofylakse) samt mulighed for at drøfte seponering med patienter uden klar indikation for langvarig behandling.

Forslag til indhold i årsstatus:

- Indikation for langtidsbehandling med PPI
- Aktuelle syrerelaterede symptomer
- Compliance
- Tidligere gastroskopi inkl. fund
- Tidligere *Helicobacter pylori*-test inkl. fund og aktuel status
- Tidligere forsøgt seponering/ dosisreduktion
- Fremtidig dosering af PPI og kontrol.