

evidens

Avföringen styr
behandling vid IBS

Anamnesen viktig
när barn har magont

Primärvårdsrehab hjälper
patienter med långdragna
covid-19-symtom

Julia Schou, distriktsläkare vid Capio Ringen Online,
som erbjuder digifysisk vård.

*”Jag kan välja bästa
kommunikationssätt med patienten”*

Tema
Ont i magen

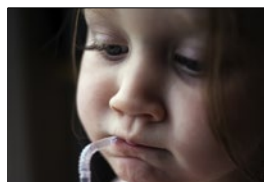
Rinosinuit
kräver sällan
antibiotika

evidens #3.20
MEDICIN & LÄKEMEDEL

12–30

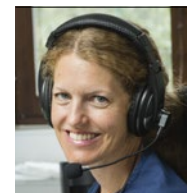
Tema Ont i magen

Kloka listan forum
2021 blir webinarium **4**



Dietister får
förskriva
näring-
produkter för barn **5**

Post covid-19-
patienter med
fortsatta symtom
bör få rehab **6**



Digifysisk
vård gav fler
patientkontakter **8**

IBS är en
folksjukdom
med många
behandlingsverktyg **12**



Egenvård och kostomläggning
basen vid dyspepsi **17**

Anamnesen
viktig när
barn har
ont i magen **20**



Celiaki hos
barn lätt att
missa **23**



Veteallergi
kan växa bort **25**



Buksamrör
vanliga efter
fetmakirurgi **26**



Följ upp läkemedel
efter fetmakirurgi **30**

4 frågor till
Mattias Eirefelt **31**



Antibiotika behövs
sällan vid rinosinuit **32**

Dra inte förhastade slutsatser
av observationella studier **34**

Fråga experten **35**

Ansvarig utgivare: Gerd Lärvars, ordförande Region Stockholms läkemedelskommitté
Redaktion: Anna Bratt, chefredaktör · Jennie Cardell, allmänläkare · Mattias Schmidt, allmänläkare
Elin Jerremalm, apotekare · Christer Norman, allmänläkare · Eva Wikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog
Anna Riesenfeld, apotekare · Layout: Magnus Edlund. E-post lakemedelskommitten.hsf@ssl.se · www.janusinfo.se/evidens
Omslagsbild: Julia Schou. Foto Anna Molander.
Tryck: DanagårdLiTHO, Ödeshög, oktober 2020
Du som har en personlig prenumeration på Evidens finns i prenumerationsregistret.
Se www.janusinfo.se/personuppgift för mer info.

EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL, är medlem i ISDB, International Society of Drug Bulletins, ett nätverk av obundna läkemedelstidskrifter med målet att främja internationellt utbyte av högkvalitativ information om läkemedel och terapier. Hemsida: www.isdbweb.org

SVERIGES
TIDSKRIFT



Digitala mötesformer i framtidens fortbildningar



FOTO ANNA MOLANDER

PANDEMIN HAR JU påverkat oss alla på olika sätt. Inom hälso- och sjukvården har denna helt nya sjukdom utmanat våra resurser och kunskap. Nya digitala arbetssätt har utvecklats med både för- och nackdelar för patienter och vården, och som vi måste dra lärdom av. För läkemedelskommittén och expertgrupperna har våren inneburit ett hårt kliniskt arbete och behov av att snabbt ta fram riktlinjer för nya eller alternativa läkemedelsbehandlingar. Tyvärr har vi inte riktigt hunnit med den del av vårt läkemedelsuppdrag som handlar om fortbildning och att ge stöd till vården vad gäller implementering av rekommendationer och kloka råd inom läkemedelsområdet.

PARALLELLT MED DE stora insatser som gjorts för att säkra tillgång till vård så har det under våren utvecklats digitala möten som vi väl inte trodde var riktigt möjligt i början av året. Webbsända utbildningar och vetenskapliga konferenser har blivit en del av vardagen och en hel del av dessa möten har visat sig så bra att de troligtvis kommer att finnas kvar och ersätta de tidigare mötesformerna. Förutom att det gör det möjligt för flera att delta så minskar det onekligen resornas miljöpåverkan, och kanske minskar också stressen tack vare att det spar tid. Däremot är det svårt för det digitala att ersätta det personliga mötet, vilket vi också måste värna i framtiden.

FÖR LÄKEMEDELKOMMITTÉN och våra expertgrupper så har våren inneburit att de planerade fortbildningarna har ställts in. Nu är vi i en lugnare

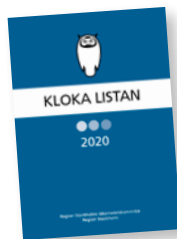
fas av pandemin men fortfarande så ska vi följa rekommendationerna om social distansering och försöka undvika stora möten. Det gör att vi nu försöker hitta digitala vägar att nå ut med vår läkemedelsinformation och fortbildning. Vi håller nu på att ta fram stöd till expertgrupperna för att kunna bedriva kvällsseminarier och instruktionsfilmer via webben. Vi hoppas på att även dessa aktiviteter ska locka många deltagare!

EN VIKTIG FÖRÄNDRING som vi redan nu vill informera om är att årets viktigaste möte – Kloka listan forum – också blir digitalt och sänds via webben. Vi hoppas och tror att även den formen ska locka många att delta – kanske till och med fler har möjligheter att ta del av presentationerna på det sättet! Det ska både bli spännande och utmanande och vi satsar som alltid på ett bra och givande innehåll. Kanske det kan ge inspiration till nya sätt att ha en gemensam diskussion och deltagande på respektive arbetsplats, med möjlighet att diskutera egna resultat och läkemedelsval i anslutning till föreläsningarna.

Varma hälsningar

Gerd Lärvars, docent, överläkare, ordförande i Region Stockholms läkemedelskommitté

Kloka listan forum 2021 blir webinarium



NÄSTA ÅR STÄLLS KLOKA LISTAN FORUM om till ett webinarium. Föreläsningarna kommer att direktändas digitalt på Janusinfo.se den 20 januari.

– Det blir fokus på viktiga nyheter och våra Kloka råd. Som alltid kommer det också att finnas

möjlighet att ställa frågor, säger Gerd Lärnfars, ordförande i Region Stockholms läkemedelskommitté.

Läkemedelskommitténs arbete med nya Kloka listan 2021 pågår under hösten. Programmet och föreläsarna presenteras december.

Anna Bratt

Tre nya fokus i läkemedelsstrategin

REGERINGEN OCH

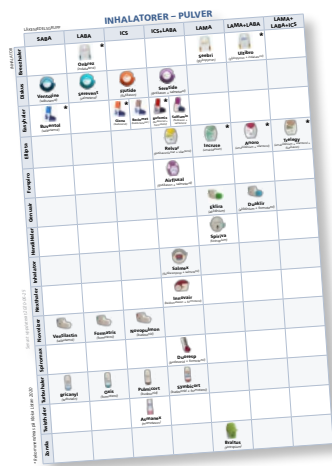
SVERIGES kommuner och regioner (SKR) har enats om en inriktning för ny nationell läkemedelsstrategi mellan 2020 och 2022. Strategin har fått tre nya fokusområden: tillgänglighet till läkemedel (omfattar restnoteringar), uppföljning av läkemedelsanvändning samt värdering av evidens och kunskap. Handlingsplanen för den nya läkemedelsstrategin är dock försenad på grund av pandemin.

Anna Bratt

Nya inhalatorkartan är här!

NU FINNS EN NY inhalatorkarta som du kan skriva ut och använda i mötet med patienter med astma eller KOL. Se janusinfo.se

Anna Bratt



Antibiotikaförskrivningen fortsätter sjunka

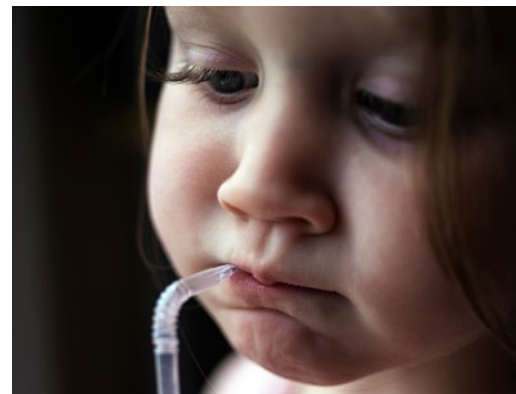
ANDRA KVARTALET 2020 minskade antalet uthämtade antibiotikarecept i Region Stockholm kraftigt. Jämfört med samma kvartal 2019 hämtade invånarna ut 29 procent färre antibiotikarecept. För barn under fyra år var minskningen 66 procent. Framförallt minskade recept på luftvägsantibiotika. I augusti

2020 var regionnivån 259 uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare och år. Det nationella 250-målet är därmed nära att nås. Hittills i år har 76 000 färre antibiotikarecept hämtats ut jämfört med 2019. Det är oklart om förskrivningen återgår till högre nivåer då pandemin är över.

Annika Hahlin

Dietister får förskriva näringsprodukter för barn

FOTO GETTY IMAGES



NU FÅR ÄVEN DIETISTER förskriva näringsprodukter för barn upp till 15 år. Förskrivning görs i Beställningsportalen i stället för, som tidigare, via Mediq, pappersrecept eller Take Care. En förskrivning kommer att vara giltig i sex månader. Tidigare har bara läkare haft förskrivningsrätt för näringsprodukter för barn.

Elin Jerremalm

Databas om läkemedel och miljö i studie

REGION STOCKHOLMS KUNSKAPSSTÖD Läkemedel och miljö presenteras i en artikel i den internationella tidskriften European Journal of Clinical Pharmacology. Databasen innehåller miljöinformation om 851 läkemedelssubstanser. Artikeln tar bland annat upp hur tillgången på miljöinformation kan förbättras.

– Europeiska läkemedelsmyndigheten borde följa upp att information de efterfrågar från företagen verkligen lämnas in. Vi vill också att inlämnad information blir tillgänglig för allmänheten, säger Helena Ramström, apotekare och en av artikel-författarna.

Databasen används till exempel av Region Stockholms läkemedelskommitté i arbetet med rekommenderade läkemedel i Kloka listan. Databasen är fritt tillgänglig för alla på Janusinfo.

Anna Bratt

Receptfritt melatonin på apoteken

NU FINNS RECEPFRITT melatonin (Melatan) i förpackning med tio tabletter (3 mg). Godkänd indikation är korttidsbehandling av jetlag hos vuxna från 18 år. Sedan tidigare finns receptbelagt melatonin vid sömnstörningar i större förpackningar. – Det är ett steg på vägen att receptfritt kunna köpa melatonin. Förhoppningsvis leder det till att priset pressas och att läkemedelsföretag på sikt kan sälja melatonin inom läkemedelsförmånen, säger Mats Ek, överläkare och ordförande i expertgruppen för psykisk hälsa.

Anna Bratt

Smärtstillande har mycket liten effekt hos äldre

LÄKEMEDEL MOT långvariga smärttillstånd vid artros och diabetesneuropati hos äldre har en mycket liten effekt på gruppnivå, visar en ny rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU. NSAID-läkemedel och opioider kan dessutom orsaka ovanliga men allvarliga biverkningar. En del individer kan dock ha nytta av behandlingen. Rapporten visar också att äldre personer med smärta upplevt att de blir förbisedda i mötet med vården på grund av att de är gamla.

Anna Bratt

Post covid-19-patienter med fortsatta symtom bör få rehab

Många patienter med långdragna symtom efter covid-19 behöver rehabilitering. De bör remitteras till primärvårdsrehab. Karin Nordström, leg sjukgymnast och specialist inom hjärt- och kärlsjukdom arbetar vid Nacka Rehabcentrum, som har haft över 300 post covid-relaterade besök sedan maj.

Vilka kommer till er?

– Vi tar emot de patienter som har varit sjuka i hemmet, men även de som varit inskrivna på sjukhus. De som har fortsatta symtom tre veckor eller mer efter covid-19-infektion ska remitteras till primärvårdsrehab. Det här har visat sig bli en lång rehabiliteringsprocess och är något som behöver ett multiprofessionellt bemötande.

Vilka symtom har de?

– Symtomen är olika, det är ingen enhetlig patientgrupp. Många har feber som inte ger med sig, den kommer och går i flera veckor. De kan vara mycket trötta och blir lätt fysiskt utmattade, har hjärtrusningar, andnöd, nedsatt koncentrationsförmåga, dåligt närminne, känseländringar, tryck över bröstet eller huvudvärk. Symtomen påminner ofta om utmattning eller hjärtsvikt.

Hur gamla är patienterna?

– Våra patienter är mellan 20 och 60 år. Det finns de som tidigare haft en hög fysisk aktivitetsnivå med träning flera gånger i veckan, men nu är så utmattade att de knappt kan ta sig utanför dörren.

Har de underliggande sjukdomar?

– Få har en underliggande sjukdom, men mer än hälften har övervikt eller andra levandsvanerelaterade symtom, tidigare erfarenhet av utmattning,

depression och ångest. Om vi ser att det finns annan sjukdom med i bilden, till exempel depression, så remitterar vi patienten till husläkarmottagning för vidare utredning och behandling för att vi ska kunna ge bästa möjliga förutsättningar för en god rehabilitering.

Vad händer när patienten kommer till er?

– Först gör vi en omfattande anamnes, följt av en särskild screening enligt ett formulär som vi har tagit fram. Vi frågar till exempel patienten om aktivitetsnivå, gångsträcka, energinivå, nutrition, sömn, stressnivå och andning. Patienten får göra ett belastningstest på cykel för att mäta puls och syreupptagningsförmåga. Det är viktigt för oss att mäta det som är mätbart för att visa patienten att hen långsamt blir bättre. Rehabprocessen tar tid!

Vad händer sedan?

– Patienten får en individuell bedömning och behandling. När man orkar går man över till gruppträning. Först kan det handla om att gå korta promenader, sedan träna funktionell styrka och rörlighet. Vi ökar belastningen långsamt, övar på doseringen, ungefär som vid hjärtsvikt. Patienterna kan få bakslag med till exempel feber. De får komma på återbesök regelbundet. Patienten kan också få hjälp av en arbetsterapeut, till exempel med att hitta rätt aktivitetsnivå och balans i vardagen mellan vila och aktivitet. De kan även få råd om energibehov och kost av dietist.

Hur lång tid tar rehabiliteringen i genomsnitt?

– Vi har haft mer än 300 besök med coronarelaterade diagnoser sedan i maj, och hittills har bara en patient blivit utskriven. Vi tror att det kan handla



Karin Nordström

FOTO ANNA NORDLANDER

om minst tre fyra månader. Vi jobbar mycket med acceptans och självmedkänsla för att få patienten att förstå och acceptera att det tar tid, men går framåt.

Hur ser evidensläget ut för rehabilitering av postcovidpatienter?

– Det finns ingen evidens, det är en helt ny situation. Vi i rehabprofessionerna arbetar inte enbart utifrån diagnos utan också utifrån funktions- eller aktivitetsnivå. Även om evidens inte finns för just

covid så är vi vana att bemöta och arbeta med patienter med det här arbetssättet.

Försäkringskassan saknar riktlinjer för sjukskrivning av de här patienterna. Hur kan rehab delta i den processen?

– Vi kan hjälpa till att göra en strukturerad aktivitets- och funktionsbedömning för att underlätta för läkare att skriva sjukintyg på rätt nivå.

Anna Bratt

Läs mer om rehab vid covid-19 inom primärvården

www.vardgivarguiden.se: Sök på "Rehabilitering post covid-19", vardgivarguiden.se

www.socialstyrelsen.se: Sök på "Rehabilitering i samband med covid-19 i primärvården"

Digifysisk vård gav fler patientkontakter

I dag sitter få patienter i väntrummet hos Capio Vårdcentral Ringen. Många får i stället hjälp via en chatt. Både patienter och personal är nöjda med det nya så kallade digifysiska arbets sättet.

För ett par år sedan ringlade kön till drop in-mottagningen nerför en spiraltrappa och ut på gatan utanför Ringens vårdcentral varje morgon.

– Det var rena tjurrusningen. Först till kvarn, snarare än vård efter behov. Det kändes väldigt otillfredsställande, säger Julia Schou, distriktsläkare och projektledare för Capio Ringen Online.

Capio Vårdcentral Ringen har 27 000 listade patienter och 100 anställda. Den var först i landet med att införa digifysisk vård i ett projekt som drivs av Region Stockholms hälso- och sjukvårdsförvaltning. Alla vårdcentraler i Stockholm, även de som inte drivs av regionen, uppmantras att införa det nya arbets sättet under 2021-2022. Det innebär att patienterna när som helst kan starta sin kontakt med vårdcentralen digitalt i stället för att köa till drop in eller en vänta på en telefontid.

Bedömer vårdbehovet

Patienten tar kontakt via en länk på hemsidan och legitimerar sig med bank-id. Sedan fyller patienten i ett intelligent frågeformulär om varför hon eller han behöver vård. Formuläret skickas till vårdcentralens chatt, där en sjuksköterska bedömer vårdbehovet och sedan bestämmer nästa steg. Ibland räcker det med en digital kontakt med en sjuksköterska; andra får fortsätta chatten med sin läkare eller bokas in på ett fysiskt besök.

Sjuksköterskan kan rådfråga läkare i chatten och

Framgångsfaktorer för att lyckas

- Några få dedikerade medarbetare drar igång arbetet – fler involveras efter hand. Positiva erfarenheter sprider sig.
- Påminna medarbetarna och patienterna om varför förändringen infördes (hur var det innan?)
- Drivet med stark förankring inom professionen
- Behoven på golvet ska styra!

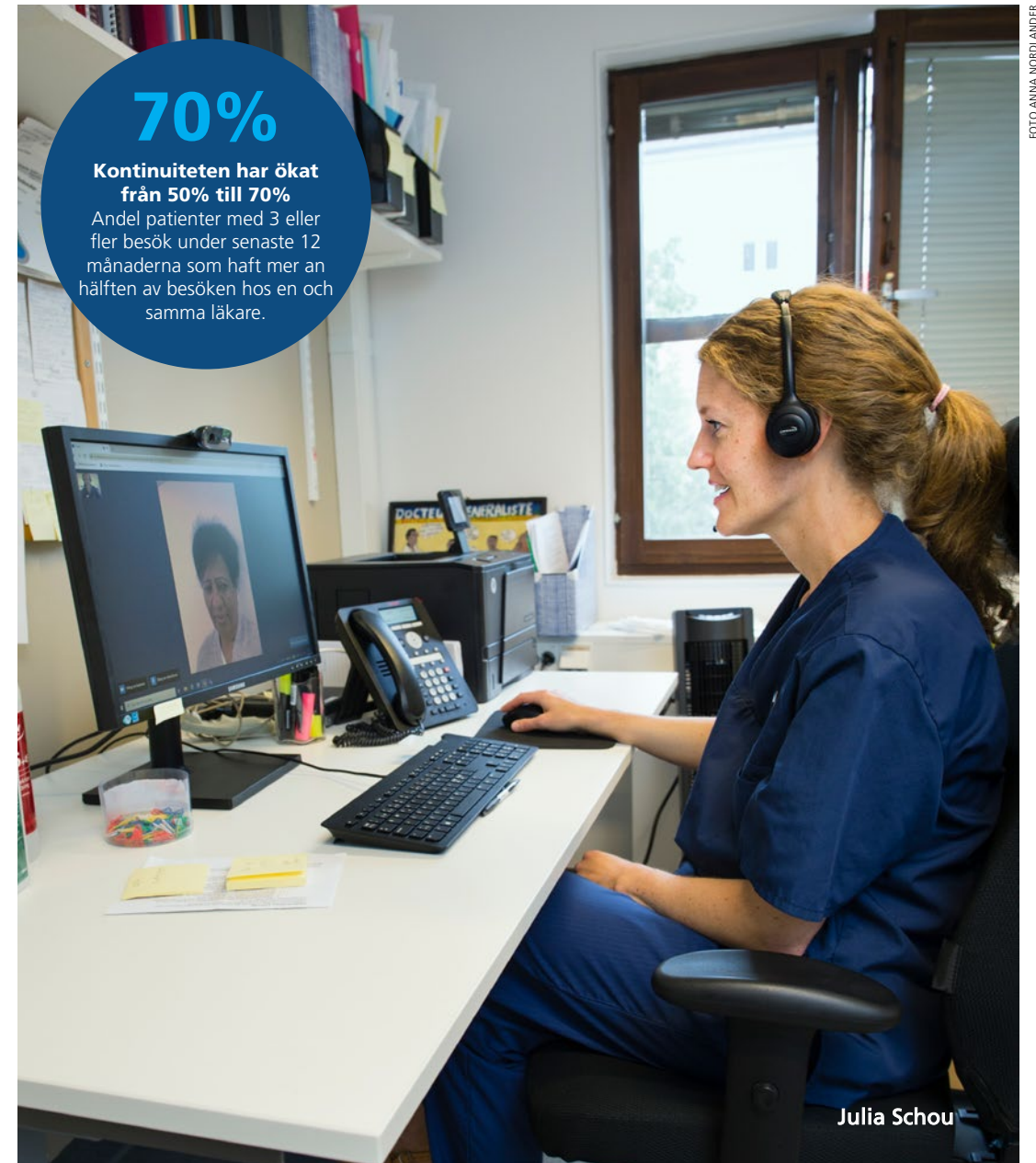
de kan tillsammans bestämma hur patienten kan få vård på bästa sätt.

– Informationen i chatten ger mig som läkare ett bra underlag för att bedöma vårdbehovet, och det ökar patientsäkerheten. Sedan kan jag välja bästa kommunikationssätt med patienten. Det kan vara en chatt, videosamtal, telefonsamtal eller fysiskt besök, säger Julia Schou.

Bättre prioritering

I dag hjälper personalen två av tre patienter helt digitalt. Bara var tredje patient bokas in för ett fysiskt besök.

– Vi kan prioritera bättre. De som kommer hit är sjukast och behöver den fysiska vården mest, säger Julia Schou.



Julia Schou

Hon berättar om fler positiva resultat med det nya arbets sättet:

- Andelen patienter som under ett år får träffa en och samma läkare har ökat från 50 till 70 procent.
- Antalet patientkontakter under en arbetstimme har ökat med 33 procent.

- Antalet telefonsamtal har minskat med 29 procent, vilket ökat telefontillgängligheten. Personalens arbete har blivit mer flexibelt i dag. – Jag måste inte hela tiden skynda för att passa tider när jag ska träffa patienter, säger Julia Schou. En nackdel med digifysisk vård är kravet på läs- och skrivkunnighet hos patienterna, vilket

Julia Schou väljer bästa kommunikationssätt vid varje patientkontakt.



+33%

Patientkontakter
Ökat antal patientkontakter per patientnära arbetad timme

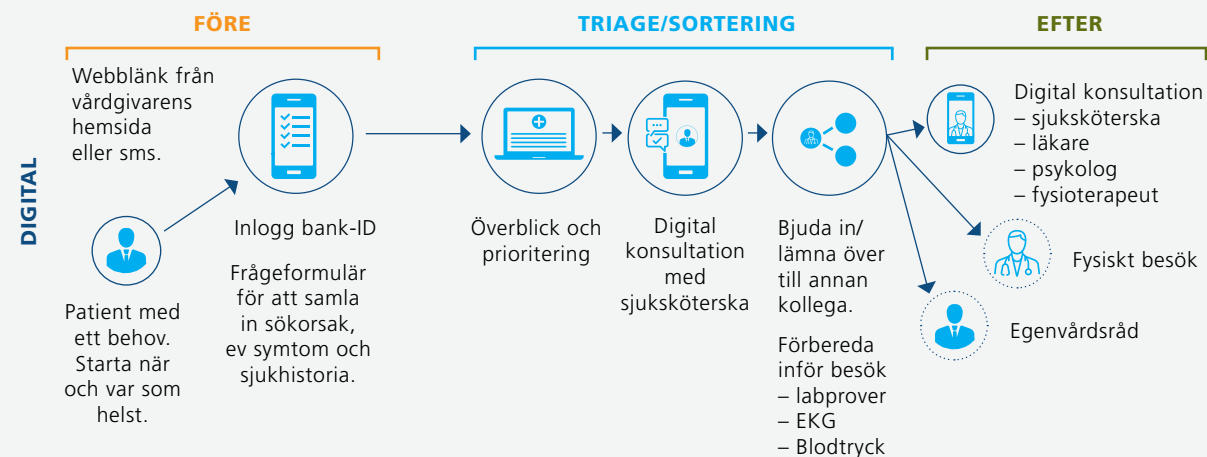
95%

Telefontillgänglighet
Från 73% till 95% kontakt samma dag

-29%

Inkommande telefonsamtal

Capio Ringen Onlines flöde



Källa: Capio Ringen

kan stänga ute människor. Men videosamtal kan fungera för alla, menar Julia Schou.

Ersättningsfrågan är ett annat problem. Fler digitala kontakter kräver enligt Julia Schou att hushållsarvtalet ändras mot mer kapitering, det vill säga ett fast belopp per listad patient. Ett sådant ersättningssystem är på gång, enligt Sophie Näslund. Hon leder projektet för digifysiskt arbetssätt inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Förenkla administrationen

– Vi jobbar med att ta fram nya avtal för olika vårdformer. Vi tittar också på hur vi ska förenkla det administrativa arbetet med till exempel registreringar och kopplingen till TakeCare, säger hon.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen stöttar de vårdcentraler som vill jobba digifysiskt med råd om teknisk plattform och hur man kommer igång. Däremot ges inget ekonomiskt stöd.

Sophie Näslund märker av ett ökat intresse för det nya arbetssättet inom primärvården.



Sophie Näslund

– När vi började informera om det frågade sig många verksamhetschefer om de skulle införa det. I dag undrar de *när* de kan börja jobba så här.

Anna Bratt

Vill du veta mer?

Vänd dig till regionens avtalshandläggare för din verksamhet. Denne kan sedan hjälpa dig vidare.

IBS är en folksjukdom med många behandlings- verktyg

Runt fyra procent av befolkningen söker sjukvård för IBS-problem. Gränsen för en folksjukdom går redan vid en procent. – IBS är en superfolksjukdom, säger gastroenterologen Per Johan Lindfors. IBS är ett av de magproblem som ingår i Evidens fördjupningstema Ont i magen.

Magsmärtor och diarré är vanligt vid IBS.

Det främsta redskapet för att utreda och ställa IBS-diagnosen är anamnesen, med utgångspunkt i Rom IV-kriterierna (se faktaruta). Det menar Perjohan Lindfors, gastroenterolog och vd på Aleris specialistkliniker.

– Diagnosen ställs på grundval av att patienten uppfyller Romkriterierna, en eventuellt kompletterande utredning individualiseras baserat på den kliniska bilden. IBS är således inte en uteslutningsdiagnos. Om det inte finns några alarm-symtom som till exempel oförklarlig viktnedgång, hög ålder eller blod i avföringen, och undersökningar och blodprover inte visar några specifika fynd, då är det troligen IBS.

Klassiska symtom

IBS innebär att det är en störning i hur tarmen arbetar, dess känsel, och hur signaler från tarmens lokala nervsystem processas i det centrala nervsystemet. Klassiska symtom är magsmärtor i kombination med avföringsrubbing i form av diarré och förstoppning.

Äldre patienter, och de som ofta har diarré, bör undersökas med koloskopi då det hos äldre i dessa fall är viktigt att utesluta annan orsak till symtomen såsom inflammation och tumör, menar Perjohan Lindfors.

– Lyssna på patienten och ha en bra genomtänkt konsultation. Det kommer man långt med.

IBS behandlas i primärvården och kan indelas i olika grupper, beroende på vilken typ av avföringsrubbing patienten har (se faktaruta). Det styr också vilken typ av behandling patienten ska ha.

Kvinnor över 40

– Man ska absolut försöka klassificera vilken typ av IBS det handlar om., säger Perjohan Lindfors.

Differentialdiagnoser att se upp med är bland annat inflammation i tarmen, som ofta kan ge diarré och blod i avföringen.

– Dessa ska frikostigt undersökas endoskopiskt, och avföringsprov tas för att mäta kalprotektin.

Om det är en kvinna över 40 år kan man tänka mikroskopisk kolit.

– Det är lite lurigt för tarmen är fin och ser normal ut, då behöver man ta biopsi.

Celiaki kan uteslutas med antikroppstest.

Hos personer över 45 år, som är i en potentiell cancerålder enligt Perjohan Lindfors, är det bra att vara frikostig med koloskopi.

Behandlingen är uteslutande symtomatisk, och går ut på att patienten får mindre besvär, och blir en person med IBS snarare än en IBS-patient.

– Den allra första behandlingsåtgärden är att kommunicera diagnosen, och förklara processen och varför vi gör olika saker. Då blir det tydligt.

För dem som vill ha behandling handlar det om



Perjohan Lindfors

” Stress är en volymkontroll för känsligheten i tarmen. ”

livsstilsintervention; i första hand fysisk aktivitet.

– Det är bra för hela kroppen och för en känslig magtarmkanal. Nästa steg handlar om kosten. När vi äter aktiveras den ”gastrokologiska reflexen”, som klickar igång tarmen. Då startar ofta besvären också.

– Här är det bra att tänka hur man äter. Vi brukar rekommendera att äta oftare, mindre portioner och långsammare. Specifika kostråd hänvisar jag till dietisten.

Bättre under sommaren

Den tredje komponenten handlar om stress. Perjohan Lindfors brukar beskriva det som att stress är en volymkontroll för känsligheten i tarmen, mer stress – lättare få symtom, mindre stress – tarmen blir mindre känslig.

– Ju mer stress i livet desto mer problem i tarmen. Ofta blir det bättre på sommaren när man ofta går ner i stress.

Nästa steg är IBS-skola, denna ges i grupp och har en väl dokumenterad effekt på både kunskapsnivå om sjukdomen och minskade IBS-symtom.

– Tyvärr har få patienter tillgång till IBS-skola i dagsläget. Men vi har gjort en studie som publicerades i april 2020 i Clinical Gastroenterology and Hepatology, som visade att internetbaserad IBS-skola inte är sämre jämfört med i grupp. Det öppnar upp för att primärvården i framtiden kan förskriva detta till många fler.

KBT vid IBS är en väldokumenterad behandling

med effekt på såväl livskvalitet som mag-tarm-symtom. Denna behandling kan ges individuellt eller i grupp, men finns även tillgänglig via internetpsykiatriens behandlingsplattform

Även mer specifik kostbehandling kan vara ett alternativ. Så kallad ”low FODMAP-behandling”, där man minskar halten jäsande kolhydrater i kosten då dessa kan trigga IBS-symtom. Denna intervention ska alltid göras tillsammans med en dietist.

– Det handlar om att först eliminera dessa kolhydrater för att sedan återinföra dem igen upp till en nivå som den aktuella patienten tål utan att få symtom.

Ytterligare alternativ på psykologisk behandling är hypnoseori. Det får patienten att slappna av djupt, men ändå kan kommunicera och får hjälp att göra olika övningar så att symtomen blir

Rom IV-kriterierna vid irritable bowel syndrome (IBS)

Återkommande buksmärtor, under minst en dag per vecka de tre senaste månaderna, som är associerade med två eller fler av följande kriterier. Buksmärtan är:

1. Relaterad till defekation
2. Relaterad till ändrad avföringsfrekvens
3. Relaterad till ändrad avföringskonsistens

Kriterierna ska uppfyllas de senaste tre månaderna med start åtminstone sex månader före diagnos.

Formen på avföringen styr indelning

IBS-C: Förstoppning som dominerande avföringsrubbing (konstipation)

IBS-D: Diarré som dominerande avföringsrubbing

IBS-M: Mixad avföringsrubbing

Fysisk aktivitet. Det är bra för hela kroppen och för en känslig magtarmkanal.



mindre skrämmande och mindre besvärliga.

– NNT, hur många som måste behandlas för att en ska bli bättre, är två till tre, så det är bra. Tyvärr är det ännu så länge dålig tillgänglighet på hypnos i Sverige.

Amitriptylin i låg dos

De läkemedel som används riktas framför allt in mot det eller de symtom som är besvärligast för patienten (buksmärta, diarré eller förstoppning). Som smärtstillande används ofta tricykliskt antidepressiva, framför allt amitriptylin i låg dos, ett par timmar innan sänggåendet eller ett SNRI, (till exempel duloxetin), som verkar både på serotonin- och noradrenalinssystemen. SSRI används i första hand i de fall där patienten dessutom är deprimerad.

Äldre kramplösande läkemedel som Papaverin eller Egazil kan användas som vid behovs-läkemedel mot buksmärta.

– Man kan också prova pepparmyntsolja, i form av Colpermin, som motverkar kramp i glatt muskulatur.

Vid förstoppning används PEG-preparat, makrogoler, eller bulkmedel, till exempel Inolaxol, vilket hjälper många.

– Här får man tänka på att bulkmedel ofta ger en jäsning i tarmen. Om man går in för hårt med det kan patienterna bli sämre istället.

Om bulkmedel eller PEG ej fungerar är nästa steg något av de nyare preparaten prukaloprid (Resolor) som är tarmstimulerande eller linaklotid (Constella) som stimulerar sekretionen i tarmen och därmed har effekt på förstoppning, Linaklotid har även viss effekt på buksmärtan.

Patienter med diarré dominerad IBS blir ofta hjälpta av amitriptylin som genom sin antikolinerga effekt har potential att förutom effekt på smärtan även minska tarmens reaktivitet.

Tarmbroms på morgonen

– Förstahandsvalet för behandling av diarré är oftast loperamid. Det kan vara bra att ge en låg profylaktisk dos varje dag, gärna på morgonen. Det blir som en tarmbroms.

Ett alternativ kan vara gallsaltsbindare i form av kolestyramin eller kolestipol.

– Off label använder vi ibland ondansetron vid diarré. Det gör att tarmen arbetar lugnare.

Det pågår mycket forskning inom området, framför allt vid IBS med förstoppning.

Fredrik Hed

Egenvård och kostomläggning basen vid dyspepsi

Dyspepsi kan ge diffusa symtom som "ont i magen" eller en brännande känsla i maggropen.

– Det kan bero på en bakomliggande sjukdom, men ofta hittar man inte någon orsak, säger Mikael Lördal, överläkare vid Danderyds sjukhus.

Tillståndets diffusa symtom kan vara en utmaning för läkaren. Därför kan det vara vettigt att arbeta efter ett system med varnings-signaler, som till exempel viktnedgång, sväljsvårigheter, blod i avföring, dålig aptit och specifikt nattliga besvär, menar Mikael Lördal.

– Om personen har en eller flera av dessa riktas man in den fortsatta undersökningen mot dessa. På så vis blir det mindre svårt att ställa diagnos. Därför behöver man som allmänläkare sällan remittera dessa patienter till specialist för utredning, säger Mikael Lördal, överläkare och sektionschef vid Gastrosektionen, VO medicinsk specialistvård, Danderyds sjukhus, och medlem i expertgruppen för mag- och tarmsjukdomar.

Få läkemedel finns

En annan utmaning är behandlingen, speciellt när det kommer till funktionell dyspepsi, där det inte finns en bakomliggande orsak eller sjukdom som förklaring till besvären. Här finns sällan effektiva läkemedel att sätta in, behandlingen utgörs i stället oftast av egenvård och kostomläggning.

– Det gör att patienten kan känna sig misstrodd och upplevas som inbillningssjuk. Jag brukar förklara för patienten att dina besvär är sjukdom i sig. Jag brukar också använda liknelsen med huvudvärk. De flesta med huvudvärk har ingen sjukdom i huvudet, det är huvudvärken som är sjukdomen.

Det enda läkemedel som är upptaget på Kloka



Mikael Lördal

listan är amitriptylin. Det har sin plats när smärta dominerar symtombilden, och många upplever en bra smärtlindrande effekt.

– En del tycker att man ska behandla bort helicobacter pylori, men det brukar inte löna sig. För att en patient ska bli bättre behöver 14 behandlas. Syrahämmande läkemedel föreslås ibland, men det är samma där; tio patienter behöver behandlas för att en ska bli bättre.

Läs mer

Studie om Internetbaserad IBS-skola: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32289541/>
Upplåsthet och gaser, sök på upplåsthet på Janusinfo.se



Mindre salt och fet mat kan vara bra vid dyspepsi.

De flesta patienter ordinerar alltså egenvård och kostomläggning. Även om SBU-rapporten "Dyspepsi och reflux" från 2007 kom fram till att evidensen för livsstilsråd är svag, är det inte farligt att testa kostomläggning, menar Mikael Lördal. Det kan handla om att äta mindre portioner, äta oftare och att välja mindre fet och salt mat.

– Det är en stor del av vården.

Forskning pågår

Det pågår forskning för att hitta nya behandlingar, bland annat studeras motorikstimulerande läkemedel och läkemedel som blockerar illamåendereceptorer.

Ungefär hälften av dem med dyspepsi har funktionell dyspepsi. Den andra hälften har i stället organisk dyspepsi. Där finns det alltid en bakomliggande orsak, som exempelvis matstrupsinflammation, refluxsjukdom eller magsår.

– Endast en liten del, runt två procent, har en cancersjukdom. Men det är väldigt ovanligt hos dem yngre än 50 år.

Vid organisk dyspepsi är det alltid grundsjukdomen som behandlas, vilket brukar ha god effekt på dyspepsibesvären.

Prognosen vid dyspepsi är ofta ganska god. Studier visar att bland patienter som har följts i upp till tolv år, blir hälften besvärsfria under denna tid, 30 procent hade intermittenta besvär medan 20 procent upplevde kontinuerliga besvär.

– För många är det en sjukdom som kommer och går, och hänger ofta samman med stress och slarv med kosten.

Fredrik Hed

Funktionell dyspepsi delas upp i tre grupper

1. Post prandial distress syndrome: En tidig obehaglig mättnadskänsla, drygt 60 procent av patienterna upplever detta. Det viktigaste rådet är att äta mindre vid varje tillfälle, äta oftare och att äta mindre fett. Här finns inte mycket läkemedel att erbjuda.

2. Epigastric pain syndrome: Smärta högt upp i maggropen. Cirka 20 procent av patienterna. Amitriptylin kan fungera smärtlindrande.

3. Runt 20 procent har båda dessa.

P A T I E N T E N

En 50-årig kvinna med fibromyalgi och IBS söker hjälp för sina magbesvär. Hon har tidigare fått vård hos både smärtmottagning och gastrospécialist, men söker nu hjälp på nytt. Vad gör du?

Vid IBS är det vanligt med så kallade extraintestinala symtom, det vill säga symtom som inte direkt kan hänföras till den känsliga mag-tarmkanalen, men som är vanligare hos IBS-patienten än hos normalpopulationen. Exempel på sådana symtom är: trötthet och energilöshet, huvudvärk, värk i muskler och muskelfästen (fibromyalgi), irritationsbesvär i urinvägarna (dysuri), ryggvärk, samlagssmärta samt depression och ångest.

Ju fler extraintestinala symtom patienten har desto större påverkan på livet och livskvalitén. Grundläggande är ett holistiskt synsätt där patienten informeras om att extraintestinala symtom är vanligt vid IBS och ses som tecken på att även andra organsystem än mag-tarmkanalen kan vara känsliga vid IBS och att dessa symtom är "ofarliga" men förstås besvärliga att leva med.

När det gäller specifik behandling då patienten både har IBS och fibromyalgisymtom kan behandling med amitriptylin i låg dos ha positiv effekt på både buksmärta och muskelsmärta. I komplexa fall är ofta en multidisciplinär ansats nödvändig och behandling med KBT kan vara av värde.

Per Johan Lindfors,
Gastroenterolog, vd på Aleris specialistkliniker

En 45-årig kvinna har fått PPI-behandling under sex månader mot funktionell dyspepsi. Hon har fått råd att trappa ner och ändra levnadsvanor, men hon upplever att detta inte är tillräckligt. Vad gör du?

– **Funktionell dyspepsi** delas upp i två olika undergrupper: "epigastric pain syndrome" (EPS) där symtomen främst är smärta i epigastriet, samt "postprandiell distress syndrome" (PDS) med symtom främst i form av besvärande fyllnadskänsla efter måltid och tidig mättnadskänsla. PPI har endast dokumenterad effekt på symtomen hos en av tio, främst hos populationen med EPS. Då det förekommer stor överföreskrivning av PPI på oklar indikation bör varje försök till PPI-behandling av EPS göras under en kort provperiod och endast fortsättas hos patienter med tydlig behandlingseffekt och då enligt principen "lägsta effektiva dos".

Om patienten behandlats en längre tid och inte uppnått den symtomlindring som eftersträvat kan patienten drabbas av så kallad "rebound-effekt" (tillfälligt ökad saltsyreproduktion) med ökade symtom om behandlingen avslutas tvärt. Detta kan medföra att patienten har svårt att avsluta sin behandling. Man bör då efter information om fenomenet pröva att långsamt trappa ner dosen i kombination med att undvika försämringsfaktorer (stress, felaktiga måltidsrutiner, NSAID, alkohol, fet mat). Det främsta rådet är dock att aldrig inleda en PPI-behandling på tveksam indikation.

Anamnesen viktig när barn har ont i magen

Många barn och unga söker vård för ont i magen och det kan vara svårt att hitta en orsak. De flesta har funktionella besvär och det är ovanligt med organiska sjukdomar. Det är viktigt med en noggrann anamnes.

–Lyssna på beskrivningen av besvären och försök ta reda på vad de själva tror att det kan vara. Fråga om vilka förväntningar de har på besöket, till exempel om de väntar sig ett lugnande besked eller remiss till specialist. Börja gärna med att barnet själv får beskriva sina besvär, och be föräldern att vänta med sina kommentarer och tillägg. Först därefter får föräldrarna berätta, säger Agneta Uusijärvi, biträdande överläkare vid Astrid Lindgrens barnsjukhus.

Anamnesen bör bland annat innehålla smärtekaraktär, andra symtom, eventuellt utlösande faktorer och information om hur vardagslivet fungerar.

– Fråga gärna barnet om hur det är hemma, hur det trivs med sina syskon, i skolan, och om det är oroligt för någonting. Att undvika att gå till skolan blir ofta en ond cirkel, då barnet kommer efter och tappar kontakten med kompisar, säger Agneta Uusijärvi.

Uteslut organiska sjukdomar

För att utesluta organiska sjukdomar, som inflammatoriska tarmsjukdomar och glutenintolerans, är det också viktigt att fråga om alarmsymtom som blodblandad avföring, behov av att gå upp på natten för att bajsas, ärftlighet samt om barnet har dålig tillväxt.

Vid det första besöket görs en statusundersökning och kontroll av blodstatus, CRP eller SR, IgA-transglutaminas och urinsticka. Vid omfat-



Agneta Uusijärvi

FOTO ANNA NORDLANDER

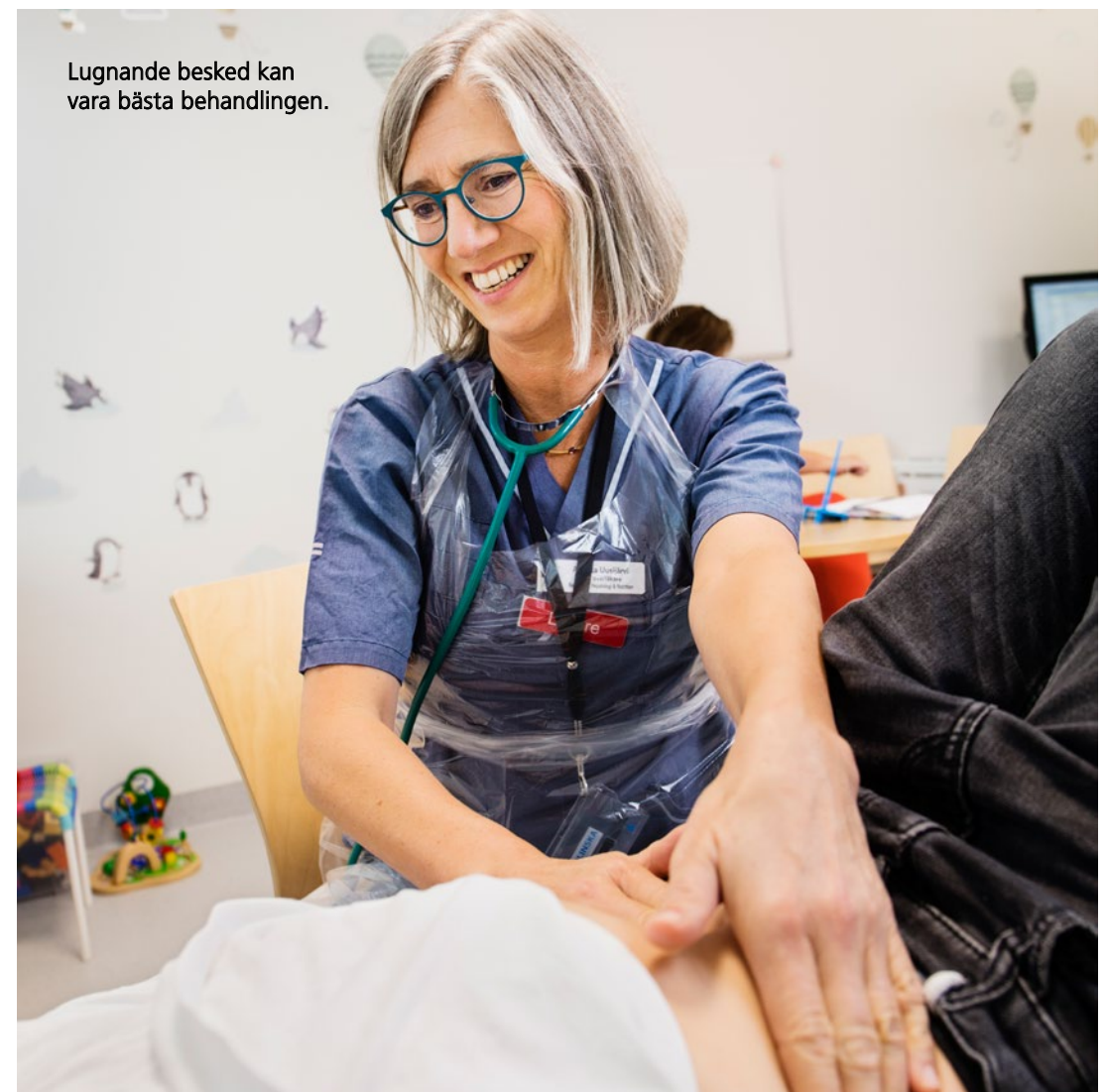
tande symtom med avföringsrubbnings testas även f-calprotectin. Om dessa prover är normala, alarmsymtom saknas och anamnesen inte tyder på något onormalt är det ganska säkert en funktionell buksmärta.

Till de funktionella mag-tarmsjukdomarna hör irritabel tarm (IBS), funktionell dyspepsi och funktionell buksmärta utan avföringsrubbnings.

Det finns inga läkemedel som ger bra effekt mot funktionell buksmärta.

– Den bästa behandlingen brukar vara att man gör en adekvat utredning och sedan vara tydlig med diagnosen och att ge lugnande besked om att det är ofarligt. Det har större effekt än läkemedel, säger Agneta Uusijärvi.

Familjens uppfattning om smärtans orsak har också betydelse för resultatet. För mycket uppmärksamhet och oro för allvarlig sjukdom kan



Lugnande besked kan vara bästa behandlingen.

FOTO ANNA NORDLANDER

Stöd vid utredning och behandling

Anamnes – smärtekaraktär, andra symtom, påverkan på vardagslivet, utlösande faktorer, alarm symptom

Utredning – Statusundersökning, blodstatus, CRP eller sänka, IgA-transglutaminas, urinsticka, ev f-calprotectin

Uteslut organiska sjukdomar – blodblandad avföring, avföring nattetid, ärftlighet, dålig tillväxt, med flera

Remiss – om misstanke om organisk sjukdom

Behandling – Allmänna råd om måltids- och toalettvanor, KBT vid undvikandebeteende, eventuellt osmotiskt laxativ vid IBS med förstoppning eller probiotika.

förrärra symtomen, medan ett accepterande av funktionell buksmärta kan minska besvären på sikt. Det är viktigt att inte ifrågasätta smärtan och att få fram vilka sjukdomar familjen oroar sig för och bemöta det.

Det är bra att betona vikten av regelbundna rutiner för att äta, bajsas och sova. Däremot är det tveksamt om särskilda kostråd är av värde. Barn och ungdomar är växande individer och deras tillväxt ska prioriteras.

Vid IBS kan ibland probiotika ge minskade buksmärter och osmotiska laxantia, som laktulos, kan vara bra vid IBS med förstoppning. Det är ofta värdefullt med ett andra besök, helst hos samma läkare. Om patienten får föra dagbok över symtomen, toalettbesök och utlösande faktorer under tiden, fås ofta en bra bild av besvären och ett underlag för fortsatt behandling. Om tillväxtkurva saknas, ska det tas med till detta besök.

KBT ibland till hjälp

– Om vardagslivet inte fungerar, till exempel på grund av mycket undvikandebeteende, kan kognitiv beteendeterapi, KBT, vara lämpligt. Informera föräldrarna om vart de kan vända sig. Under hösten 2020 planerar också BUP Internetbehandling att starta upp en behandling för barn med funktionella magsmärter, säger Agneta Uusijärvi.

Internetbehandlingen pågår ett antal veckor och innebär att barn och föräldrar får material på internet att arbeta med, till exempel texter, filmer och frågor. De har även en kontaktperson via nätet. Tanken är att barnet ska ändra sitt beteende och må bättre.

Kom ihåg tillväxtkurvan

Vid misstanke om organisk sjukdom som inflammatorisk tarmsjukdom, celiaki eller annan icke funktionell sjukdom ska remiss skickas. Den ska bland annat innehålla information om smärta, symtom, avföringsrubbingar, blod i avföringen, provsvar, ärftlighet, hur länge besvären funnits och om vardagslivet är påverkat. Det är också viktigt att tillväxtkurvan finns med.

Susanne Elfving

Läs mer

vardgivarguiden.se:
Regionalt vårdprogram,
sök efter "Smärtdominerade
funktionella mag-tarm-
sjukdomar hos barn och
ungdomar"

Pilotstudie om mag-tarmskola för barn

På Specialistmottagning barn och unga Liljeholmen pågår en pilotstudie om mag-tarmskola för barn och ungdomar. Barn och föräldrar deltar i gruppundervisning vid två tillfällen, två timmar per gång. Grupperna är indelade i ålderskategorierna, 8–12 år och 13–17 år, med 5–6 barn i varje grupp. På träffarna föreläser läkare, dietist och psykolog om funktionella mag-tarmsjukdomar. Det finns även möjlighet att ställa frågor.

– Vi hoppas på ett positivt resultat. Det vore bra att kunna erbjuda familjer med barn med funktionell buksmärta någon form av stöd och hjälp när annan effektiv behandling saknas, säger Agneta Uusijärvi.

Celiaki hos barn lätt att missa

Symtom vid celiaki kan vara diffusa hos barn och unga. Trötthet, grinighet och nedstämdhet är ibland mer framträdande än besvär från mage och tarm. Barn med misstänkt celiaki ska alltid remitteras till barn gastroenterolog.

Celiaki eller glutenintolerans är en kronisk autoimmun sjukdom som orsakas av att proteinet gluten i vete, råg och korn startar en inflammation som ger skador på tunntarmens slemhinna. Behandlingen är livslång glutenfri kost.

Närmare två procent av barn och unga i Sverige har celiaki.

– Det är en lurig sjukdom, som dessutom har bytt ansikte över tid. Därför är det många barn och ungdomar som inte får diagnos och behandling, säger Petter Malmberg, överläkare på enheten för mag- och tarmsjukdomar vid Sachsska barn- och ungdomssjukhuset.

Ändrat ansikte

Han förklarar att "lurigheten" ligger i att sjukdomen ändrat ansikte under de senaste decennierna. När celiaki tidigare mest drabbade småbarn var diarréer, kräkningar och viktneidgång de vanliga symtomen. I dag hittas sjukdomen mycket oftare hos skolbarn och ungdomar. Trötthet och nedstämdhet kan ibland vara mer framträdande än besvär från mage och tarm.

– I en nationell screeningsstudie från 2009 visades att tre av fyra 12-åringar inte visste om att de hade celiaki. Vi tror att flertalet av dessa barn skulle få ett liv med mer ork, stabilare psyke och bättre livskvalitet om de upptäcktes av barnsjukvården och tidigare fick påbörja en glutenfri kost.

Barn med odiagnostiserad celiaki kan få besvär av laktosintolerans som en följd av tunntarms-sjukdomen. Ibland försenas diagnosen av celiaki eftersom läkare och familj övertolkar minskningen av magtarmbesvären som kan komma efter



Petter Malmberg

behandlingsförsök med laktosfri kost. När celiaki konstaterats och tarmen fått läka efter glutenfri kost tål barnen och ungdomarna oftast laktos igen.

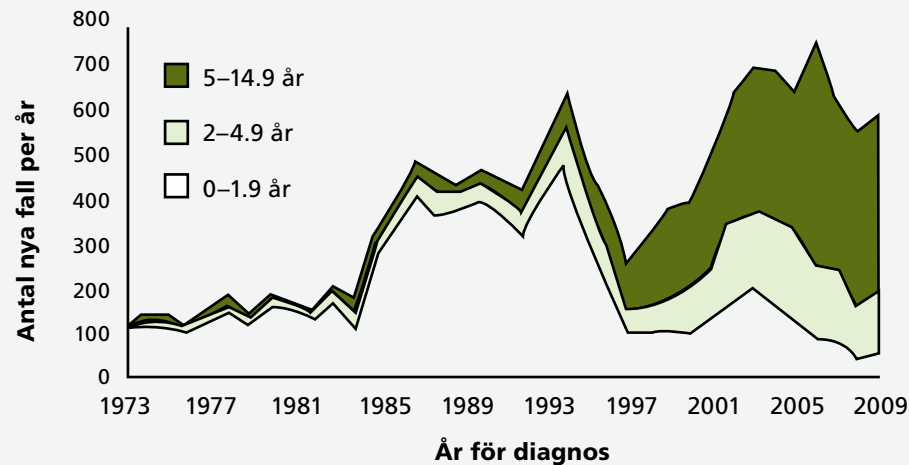
Blodprov ska tas

Celiaki är vanligare hos barn och ungdomar vars syskon eller föräldrar har sjukdomen. Barn med autoimmuna sjukdomar (som typ 1-diabetes och tyreoidit), immunbristsjukdomar (till exempel IgA-brist) och vissa syndrom (bland annat Downs syndrom och Turners syndrom) har ökad risk att drabbas. De flesta barn får sin diagnos i fem-tioårsåldern (se tabell, på nästa sida).

Vid misstänkt celiaki ska blodprov alltid tas för att analysera S-transglutaminantikroppar (S-TGA) och totalt IgA (för att utesluta IgA-brist).

– Transglutaminantikroppstesterna har hög känslighet, men det finns enstaka barn och ungdomar med celiaki som inte fångas in av testerna. Symtomen kan i sällsynta fall också uppträda inn-

Antal barn som årligen diagnosticerats med celiaki



Källa: Namatovu F, Sandstrom O, Olsson C, Lindkvist M, Ivarsson A. Celiac disease risk varies between birth cohorts, generating hypotheses about causality: evidence from 36 years of population-based follow-up. BMC Gastroenterol. 2014;14:59.

an antikropps nivåerna stigit. Det är därför klokt att ta om provet vid misstanke om att utredningen görs i tidigt skede av sjukdomen, och att frikostigt remittera till barn gastroenterolog om den kliniska bilden inger stark misstanke om celiaki trots avsaknad av höga antikropps nivåer. Det är viktigt att barnets kost inte förändras under den här tiden, säger Petter Malmborg.

Vid mycket höga nivåer av transglutaminasantikroppar (över 70, det vill säga tio gånger över gränsvärdet 7) är diagnosen celiaki så säker att det oftast inte behövs göras någon biopsi för att diagnosen skall anses vara säkerställd.

Skador på tarmludd

Om antikroppstestet visar ett värde mellan 7 och 70 görs tunntarmsbiopsi under narkos för att undersöka barnets tarmslemhinna. Om det finns skador på tarmluddet anses celiakidiagnosen vara fastställd. Antikroppstester har i grunden förändrat utredningen av celiaki och cirka en tredjedel av alla barn och ungdomar får i dag sin diagnos utan tunntarmsbiopsi.

När diagnosen är ställd får barn och föräldrar träffa en dietist. Behandling vid celiaki är en livslång strikt glutenfri kost. Med rätt mat läker tarmluddet hos barnet inom sex till tolv månader.

Petter Malmborg poängterar att det är viktigt att

Differentialdiagnoser:

- Komjölksallergi
- Inflammatorisk tarmsjukdom
- Funktionella mag- och tarmbesvär
- Hypotyreos, hypertyreos
- Cystisk fibros
- Funktionell kortvuxenhet
- Leversjukdom

Källa: Viss.nu

barnet får sin diagnos av en barn gastroenterolog.

– Det kan vara frestande att efter blodprovet ställa diagnos på vårdcentralen och ge rekommendationer om glutenfri kost. Men då kan barnet bland annat missa möjligheten att ingå i det nationella uppföljningsprogrammet för barn och ungdomar med celiaki och gå miste om ersättningsar från olika försäkringar om inte diagnostiken följer de internationella utredningskriterierna. Barn som bor i Stockholmsregionen kan också få glutenfria produkter som mjöl, bröd och pasta förskrivna på recept fram till 16 års ålder, säger Petter Malmborg.

Anna Bratt

Veteallergi kan växa bort

Veteallergi och celiaki förväxlas ofta. Symtomen kan vara lika, men det är två skilda sjukdomar med olika mekanismer. Veteallergi är underdiagnostiserat, menar överläkaren Charlotte Söderman.

Veteallergi är en IgE-medierad födoämnesallergi mot veteprotein och ger symtom som hudutslag, astma, magont, kräkningar och i svåra fall anafylaxi. Vid celiaki eller glutenintolerans tål man inte de proteiner som finns i vete, råg och korn. Celiaki kan också ge magsmärtor, men är en autoimmun tarmsjukdom. Veteallergi ger symtom relativt snabbt efter förtäring, medan förloppet vid glutenintolerans är långsamt.



Charlotte Söderman

De två tillstånden blandas ofta ihop.

– Jag tror också att det finns patienter som har fått diagnosen IBS som egentligen är allergiska mot vete. Okunskap om veteallergi är stor, inte minst inom sjukvården. Fler borde screenas, säger Charlotte Söderman, överläkare vid Capio S:t Görans sjukhus och medlem i expertgruppen för mag- och tarmsjukdomar.

Inga säkra siffror

Veteallergi drabbar främst barn, och kan växa bort med åldern, men allergin kan också visa sig först i vuxen ålder. Symtomen kommer oftast snabbt efter att man har ätit vete eller andats in vetemjöl i luften. Allvarliga anafylaktiska reaktioner mot vete har rapporterats.

Omkring två procent av barn och unga i Sverige har celiaki. Det finns däremot inga säkra siffror på hur många som är allergiska mot vete. Inter-

Snabb allergisk reaktion

Veteallergi är IgE-förmedlad reaktion där specifika IgE-antikroppar binder till glutendelen i vete och utlöser en inflammatorisk kaskadreaktion.

Veteallergen binder till allergenspecifika IgE-antikroppar och korslänkar dem, vilket leder till att basofila granulocyter och mastceller aktiveras och degranulerar. Då uppstår en snabb allergisk reaktion.

Källa: Läkartidningen

nationella studier pekar på en prevalens på under en procent, men variationen är stor mellan olika åldrar och länder.

– Jag är övertygad om att det är en kraftigt underdiagnostiserad allergi, främst bland barn och unga. Det vore intressant med en studie som tittar närmare på detta.

Remiss till BUMM

Vid misstänkt veteallergi tas blodprov för IgE i serum och plasma. Värdet $\geq 0,1$ kE/l är positiva. Barn under ett år remitteras till BUMM eftersom resultatet av IgE-test kan vara svårtolkat. Barn över ett år och vuxna får därefter träffa en dietist, som hjälper till att planera vete-fri kost. Vuxna patienter kan behandlas inom primärvården. En allergisk reaktion behandlas med antihistamin och om det inte blir någon förbättring ges även kortison (betametason). Vid en akut anafylaktisk reaktion ska patienten söka akutvård.

Anna Bratt

Buksamärtor vanliga efter fetmakirurgi

Kirurgi är den effektivaste behandlingen mot kraftig övervikt. Under 2019 gjordes omkring 4 700 obesitasingrepp i Sverige. Postoperativa buksamärtor är vanliga och det finns många differentialdiagnoser.

Dag Stockeld

Docent, överläkare, Danderyds sjukhus, GHP Kirurgkliniken vid Sophiahemmet, Medlem i expertgrupp mag-tarmsjukdomar

Fetmaoperation görs vanligen med metoderna gastric bypass (GBP) eller gastric sleeve (GS). Teknikerna är i dag ungefär lika vanliga i Sverige. GBP är en drygt 50 år gammal operationsmetod. De positiva effekterna av operationen är väl dokumenterade. Det är också de akuta komplikationerna som organskada, blödning och anastomosläckage. Kroniska besvär, vanligen buksamärtor, handläggs ofta initialt i primärvården. Ett beslutstöd för denna handläggning anges i faktarutan på sidan 29.



Dag Stockeld

Buksamärtor epidemiologi

Obesa, icke opererade, personer är överrepresenterade vid buksamärtor av olika genes. IBS-symtom har rapporterats i upp till 30 procent. En svensk studie fann att 17 procent av patienterna rapporterade buksamärtor före GBP-operationen och 33 procent efter. Detta kan illustreras av att GBP-

patienter har en 8,6 gånger ökad risk jämfört med befolkningen i stort att genomgå bukkirurgi inom sex år efter den primära operationen.

Majoriteten är dock nöjd. I en studie var 88 procent av patienterna nöjda eller mycket nöjda med operationen och 92 procent skulle rekommendera operationen till andra trots att 31 procent upplevde buksamärtor.

Indelning buksamärtor

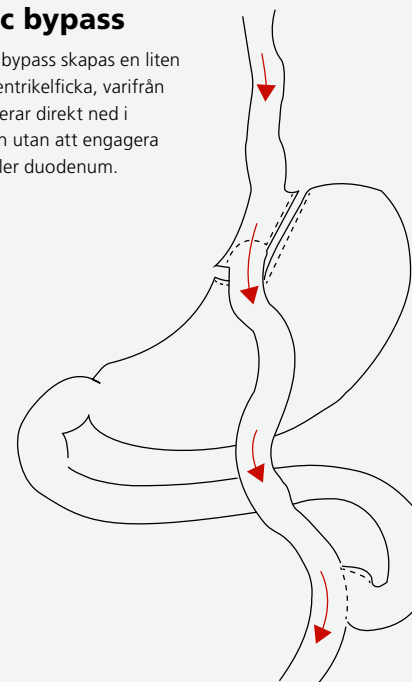
Buksamärtor efter GBP är en diffus entitet med många möjliga differentialdiagnoser. Besvären är ofta kroniska, vilket innebär risk att utsättas för upprepade CT-undersökningar. I genomgången nedan nämns inte akuta komplikationer. Texten är uppdelad i funktionella, strukturella och övriga orsaker till buksamärtor efter GBP.

Funktionella orsaker till buksamärtor

Födointolerans: Efter GBP kan patienter drabbas av steatorré på grund av fettmalabsorption (CCK aktiverar inte insöndring av galla eller pankreaszymer till tarmen) och symtom på

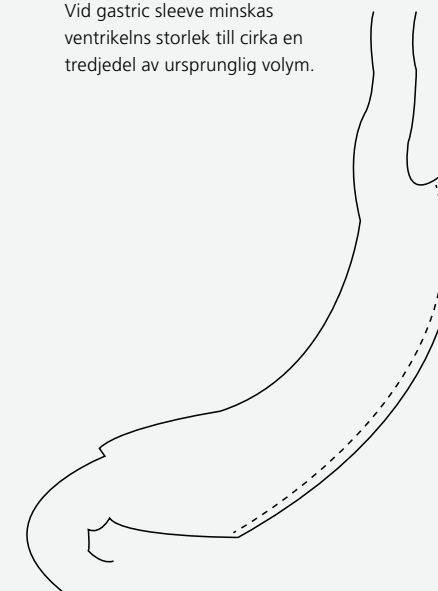
Gastric bypass

Vid gastric bypass skapas en liten proximal ventrikelficka, varifrån födan passerar direkt ned i tunntarmen utan att engagera ventrikel eller duodenum.



Gastric sleeve

Vid gastric sleeve minskas ventrikelns storlek till cirka en tredjedel av ursprunglig volym.



laktosintolerans (kortare funktionell tarm medför sannolikt relativ laktasbrist). Besvären med uppblåsthets känsla kan upplevas som smärtsamma.

Dumping: Dumping är också en form av födointolerans, där patienterna upplever yrsel, trötthet och ibland diarré efter intag av främst socker. Detta kan upplevas som buksamärtor. Orsaken är sannolikt främst en hyperinsulinemi på grund av hastigt förhöjda glukosnivåer i tunntarmen, dit födan snabbt passerar. Resultatet blir en symtomgivande hypoglykemi.

Fel ätmönster: Överviktiga äter fortare. Den lilla ventrikelfickan (pouchen) i en GBP-plastik rymmer 10–20 milliliter. Vid ett hastigt födointag hinner pouchen inte tömma sig och den tänjs därför ut, vilket kan vara smärtsamt. Dessa besvär brukar förbättras med tiden.

Morfin: Ofta ges opioider postoperativt. De stör motoriken i tarmen och smärtreceptorer kan

sannolikt sensitiseras (Narcotic Bowel Syndrome). Detta kan medföra buksamärtor, varför morfin bör undvikas till GBP-opererade.

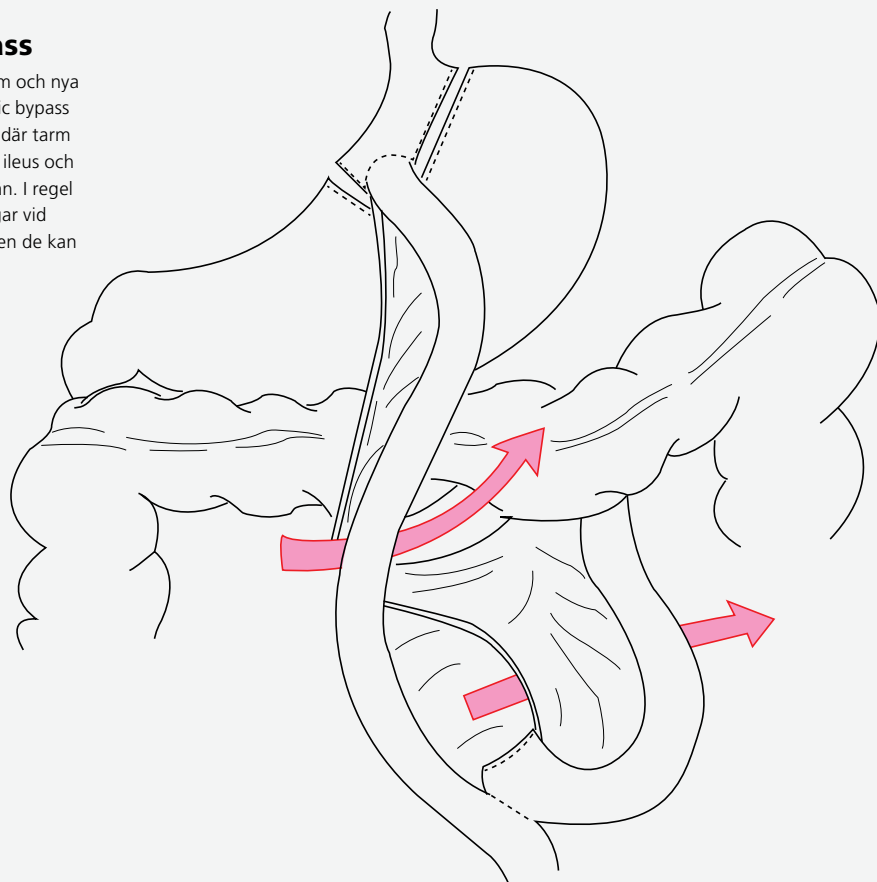
Strukturella orsaker till buksamärtor efter GBP

Interna bräck: Under operationen skapas två öppningar som möjliggör intern herniering av tarmar. En övre öppning ses mellan mesocolon transversum och Roux-slyngan. En nedre bildas vid tarmanastomosen (bild på sid 28). Numera försluts öppningarna med suturer, men de kan trots detta öppnas upp igen och möjliggöra herniering av främst tunntarm. Symtomen är ofta intermittenta. I typiska fall får patienterna smärtor under vänster arcus minuter efter födointag. Smärtorna brukar hålla i sig en eller ett par timmar.

Kontinuerliga smärtor kan tala för inklämning av tarmen med risk för gangrän och perforation. Röntgen (CT) har en dålig träffsäkerhet, trots att man ofta ser typiska förändringar (riklig tunntarm

Gastric bypass

Genom delning av tarm och nya anastomoser vid gastric bypass skapas två öppningar, där tarm kan herniera, utveckla ileus och i värsta fall gå i gangrän. I regel försluts dessa öppningar vid primäroperationen, men de kan öppnas upp igen.



uppe till vänster i buken eller en "kanelbulle" där tarmen snurrat på ett karaktäristiskt sätt).

Laparoskopi har större träffsäkerhet. Då kan också problemet åtgärdas och man undviker exponering för röntgen. Tyvärr får en del patienter recidiv trots adekvat förslutning av bräckportarna. Ett specialfall av interna bräck är gravida kvinnor. Interna bräck uppstår där oftast i andra eller tredje trimestern. Detta är en utmaning såväl diagnostiskt som terapeutiskt och dessa patienter bör handläggas i samarbete med obstetrikern.

Knickbildning: Vid tunntarmsanastomosen kan lätt en stenosis eller knickbildning uppstå, inte minst vid förslutning av den intilliggande bräckporten. Vid en stenosis kan man ballongdilatera anastomo-

sen med ett långt endoskop alternativt revidera området laparoskopiskt.

Invagination: Ibland sker en invagination av tarm kring tunntarmsanastomosen. Lite märkligt går oftast invaginationen "mot strömmen", oralt in i tarmen. Detta är sannolikt ett uttryck för störd motorik postoperativt. Besvären kan komma och gå och diagnosticeras ofta med CT, men smärtorna kräver ofta laparoskopi direkt.

Stenos/ulcus i gastroenteroanastomosen: I gastroenteroanastomosen kan ulcerationer uppstå. De kan leda till stenoser, dysfagi och någon gång till perforation. Ulcus kan bero på för stor pouch (rikligt med kvarvarande syraproducerande

” I en studie sågs att GBP-opererade har en 6,1 gånger ökad sannolikhet att genomgå kolecystektomi. ”

parietalceller) eller intag av antiinflammatoriska läkemedel, NSAID. Vid ihållande besvär kan man laparoskopiskt minska pouchstorleken och därmed syraproduktionen. Ulcus brukar svara bra på PPI. Det råder inte konsensus kring betydelsen av helicobacter pylori, varför de flesta avstår från eradikering. Det typiska ulcussymtomet är smärta inom sekunder till någon minut i epigastriet efter födointag. Stenoser behandlas med endoskopisk ballongdilatation.

Övrigt

Gallsten: I en studie sågs att GBP-opererade har en 6,1 gånger ökad sannolikhet att genomgå kolecystektomi. Detta korrelerar till snabb viktne- dning med förhöjda lipidvärden och till försämrad tömning av gallblåsan (utebliven CCK-stimulering). Symtomen är desamma som för icke GBP-opererade patienter. Dock är det problematiskt att vid behov utföra ERCP. Instrumentet får då antingen införas genom bukvägg och ventrikelvägg med hjälp av laparoskopi eller via en mödosam lång slingrig väg oralt med hjälp av ett så kallat ballongenteroskop.

Ulkus eller tumör i exkluderad ventrikel eller duodenum: Malignitet eller ulkus i den

Handläggning i öppenvård av buksmärta hos gbp-opererade

Ihållande och/eller svåra buksmärta ska bedömas akut på en klinik med vana av att handlägga dessa patienter.

Intermittenta oklara buksmärta remitteras till mottagning vid obesitasopererande klinik.

Födokorrelerade epigastralgi eller dysfagi remitteras till gastroskopi.

Gallstenslika besvär remitteras till ultraljud och provtagning av leverenzymerna.

Vid misstanke om funktionella besvär remitteras patienten till dietist med erfarenhet av obesitaspatienter.

bortkopplade "stormagen" eller i duodenum går bara att diagnosticera med endoskopi enligt föregående. Dessa maligniteter är mycket ovanliga.

Annat: Ibland diagnosticeras sällsynta tillstånd, som bezoarer, porthälsbräck och adherensileus. Det är också viktigt att komma ihåg det självklara: även GBP-patienter kan drabbas av andra sjukdomar. Det är dock då sällan som symtombilden skiljer sig från den hos icke opererade

Trots adekvat utredning kvarstår individer, där genesen till buksmärta inte går att fastställa. Det är naturligtvis viktigt att utesluta potentiellt farliga tillstånd, vilket man också kan förmedla till patienterna. Här blir dock behandlingsmålet att i samarbete med dietist, smärtklinik och beteendevetare lära patienterna att leva med sina besvär.

Referenser

Aktuell referenslista till texten finns på Janusinfo.se

Följ upp läkemedel efter fetmakirurgi

Fetmakirurgi påverkar läkemedelsomsättningen i kroppen. Därför behövs planering och uppföljning.

De två operationsmetoderna gastric bypass (GBP) och gastric sleeve (GS) kan ge olika effekt på läkemedelsomsättningen. Vid ordination av läkemedel är det därför viktigt att veta vilken typ av kirurgi patienten genomgått. Olika läkemedel påverkas på olika sätt, beroende på sina specifika egenskaper. Dessutom förefaller variationen mellan olika individer stor, så det föreligger ett stort behov av att följa upp läkemedelsbehandlingen avseende effekter, biverkningar och eventuellt koncentrationsmätningar. De studier om farmakokinetiska förändringar i anslutning till obesitaskirurgi som publicerats hittills gäller främst individer som genomgått GBP.

Förhöjt pH

Både efter GBP och GS ses förhöjt pH i magsäcken, vilket kan leda till att basiska läkemedel såsom propranolol och atenolol absorberas långsammare i tunntarmen.

Även om nivån av gallsalter kan stiga efter GBP kommer gallsalter och bukspott i kontakt med tarminnehållet senare, vilket kan försämra lösligheten för fettlösliga läkemedel. Den enterohepatiska recirkuleringen av lipofila läkemedel kan också minska. Hos personer som genomgått partiell gastrektomi var den maximala plasmakoncentrationen av det lipofila läkemedlet propranolol lägre än hos kontroller, men ingen signifikant skillnad noterades för det hydrofila atenolol.

Sura läkemedel, såsom antiinflammatoriska

läkemedel (NSAID), joniseras och löses upp i ökad omfattning i den mindre sura miljön. För NSAID kan det leda till högre lokala koncentrationer av NSAID i magtarmkanalen och en ökad blödningsrisk. Området kring anastomosen har en särskild risk för ulcerationer.

Magsäckens tömningshastighet har beskrivits öka efter GS, vilket skulle kunna leda till snabbare absorption. Efter GBP har såväl snabbare tömning (av vätskor) som långsammare tömning beskrivits.

På grund av förkortad passagetid förväntas också svårösliga läkemedel respektive läkemedelsberedningar med modifierad frisättning kunna bli ofullständigt absorberade och man brukar därför avråda från användning av beredningar med modifierad frisättning.

Därutöver kan effekter av operationen i form av minskad fettvikt, men även minskad fettfri vikt, påverka läkemedels farmakokinetik. För personer med levotyroxinbehandling beskrivs vanligen minskat behov av levotyroxin efter obesitaskirurgi.

Det är också viktigt att tänka på att effekterna på farmakokinetiken kan förändras beroende på hur lång tid som förflutit efter operationen, både på grund av viktutveckling samt adaptation i gastrointestinalkanalen.

En långsiktig plan för uppföljning av läkemedelsbehandlingen är därför nödvändig.

Eva Wikström Jonsson
klinisk farmakolog, Karolinska universitetssjukhuset

Läs mer

Janusinfo.se: Hur omsättningen av några olika ämnen påverkas

Personcentrerat vårdförlopp för höftledsartros ska införas i primärvården. Hur går det arbetet, Mattias Eirefelt, specialist i allmänmedicin vid Capio vårdcentral Gullmarsplan och ledamot i RPO Rörelseorganens sjukdomar?



Mattias Eirefelt

– Jag tycker att det går bra trots covid-19, vi har haft möjlighet till digitala möten när det behövs. Nu ska vårdförloppet implementeras på vårdcentralerna. Vi har börjat planera och diskutera hur det ska gå till. Det är svårt att nå allmänläkare som har ont om tid för fortbildning.

Hur skiljer sig det nya vårdförloppet jämfört med vården i dag?

– Större tonvikt på basbehandling som egenvård, vikttnedgång, fysisk aktivitet och fysioterapi. Alla

patienter ska först erbjudas fysioterapi och artrosskola innan det blir aktuellt med kirurgi.

Det talas om undanträngningseffekter. Hur ser ni på det?

– Risken att till exempel andra artrosformer skulle nedprioriteras har lyfts fram. Men personligen tror jag inte att det blir ett problem. Det är viktigt att alla jobbar på ett evidensbaserat och likvärdigt sätt. Fördelarna med det överväger eventuella nackdelar, menar jag.

När är vårdförloppet infört på vårdcentralerna i Region Stockholm och Gotland?

– Målsättningen har varit att successivt införa de nya vårdförloppen under 2020. Covid-19-pandemin gör nog att det kommer att dröja in på 2021.

4 frågor till
Mattias
Eirefelt

Anna Bratt

Fler vårdförlopp på gång

De personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen för olika sjukdomsområden är en del av den nationella satsningen på mer jämlik och kunskapsbaserad vård. Vårdförlopp för höftledsartros, reumatoid artrit och stroke/TIA är beslutade, och vårdförlopp för kognitiv svikt/demens, hjärtsvikt samt osteoporos (sekundärprevention efter fraktur) är ute på remiss.

Läs mer

Läs mer om vårdförlopp: <https://nationelltkliniskt-kunskapsstod.se/vardprogramochvardforlopp>

Antibiotika behövs sällan vid rinosinuit

I Läkemedelsverkets nya rekommendation för behandling av rinosinuit finns ändringar i val av preparat och en ny indelning av akuta symtom. Ett av huvudbudskapen är att behandlingskrävande akut bakteriell rinosinuit är mycket ovanlig.

Hélène Rödin, allmänläkare, Anna-Lena Fastén, allmänläkare, båda Strama Stockholm.

I juni i år publicerade Läkemedelsverket sin nya behandlingsrekommendation för rinosinuit. Akuta förkylningssymtom delas nu in i akut viral rinosinuit (vanlig förkylning), akut postviral rinosinuit och akut bakteriell rinosinuit. Vid akut postviral och bakteriell rinosinuit ska tillståndet ha försämrats efter minst fem dagars sjukdom eller ha pågått i minst tio dagar. Vid symtom i 12 veckor eller mer betraktas det som en kronisk rinosinuit och denna delas in i med eller utan näspolyper.

Tidigare fanns en lista med symtom och sjukdomstecken där patienten behövde uppfylla minst tre för att man skulle betrakta det som en bakteriell rinosinuit där antibiotika kan ha effekt. Nu säger myndigheten att en sammanvägd bedömning av flera symtom och kliniska fynd stärker diagnosen akut bakteriell rinosinuit, utan att ange något exakt antal.

Minst tio dagar

Rinosinuit ska ha försämrats efter minst fem dagar eller ha pågått i minst tio dagar, patienten kan ha ensidig smärta över sinus, smärta i tänder, dålig lukt i näsan eller purulent snuva. Vid undersökning kan man notera temperatur över 38 grader samt eventuellt vargata i mellersta näsgången eller på bakre svalgväggen. Det är viktigt att svälla av i näsan innan undersökning. CRP har ingen plats i diagnostiken.

Vid alla typer av akut rinosinuit rekommenderas egenvård i form av koksaltsköljning, lokala vaso-

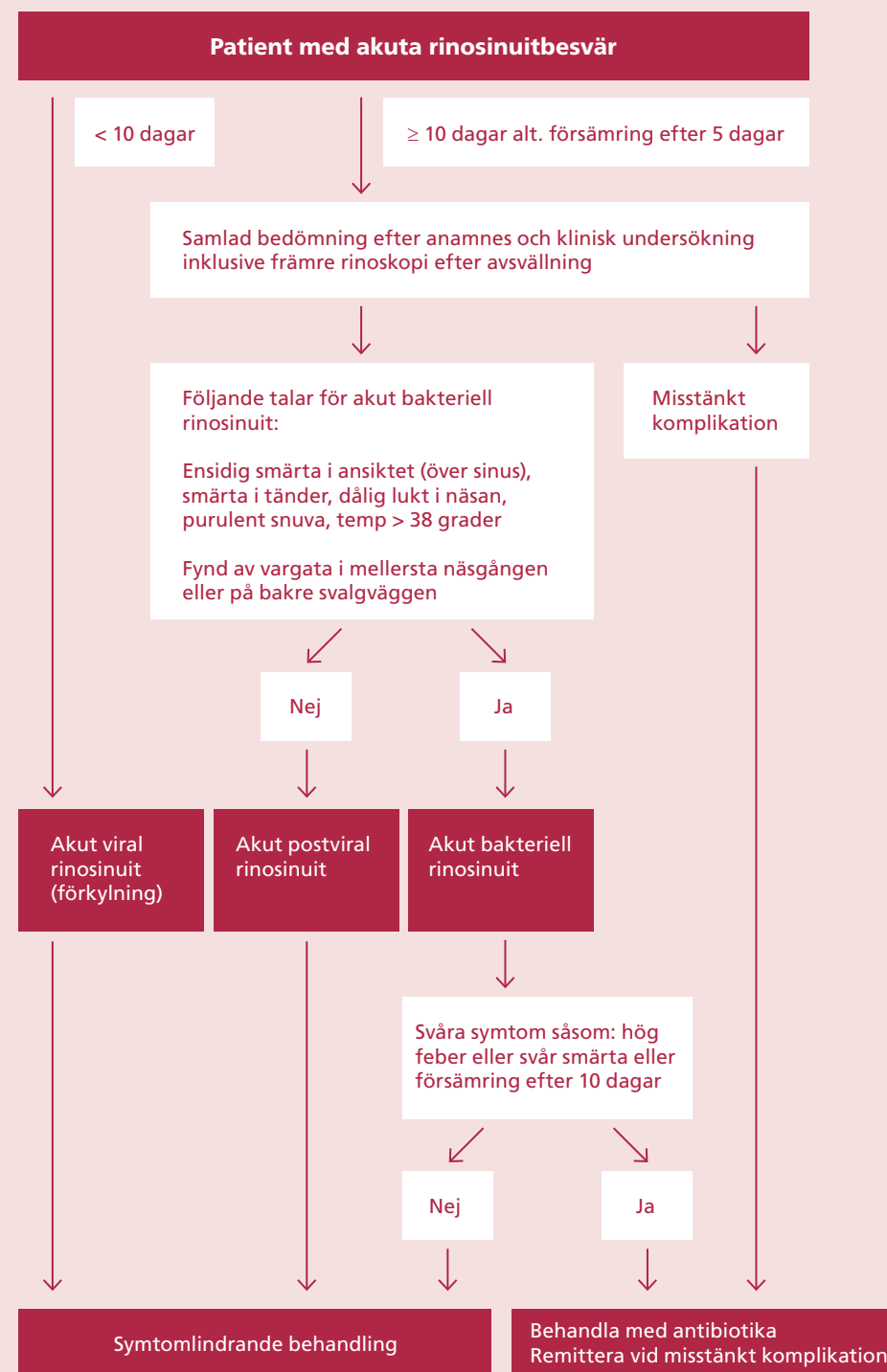
konstriktorer och analgetika. Nasala steroider kan ha effekt om patienten också har allergisk rinit.

Det är sällan en akut bakteriell rinosinuit kräver antibiotikabehandling hos i övrigt friska individer. Komplikationer är ovanliga och i de fall de uppstår är symtomen avvikande. Antibiotika minskar inte heller risken för komplikationer. Hos i övrigt friska patienter bör antibiotikabehandling övervägas endast vid akut bakteriell rinosinuit med svåra symtom såsom hög feber, svår smärta eller försämring efter tio dagar. Individer med nedsatt immunförsvar rekommenderas alltid antibiotika vid denna diagnos.

I de fall man bedömer att antibiotika är indicerat är penicillin V fortfarande förstahandsvalet. Man har minskat behandlingstiden från sju–tio dagar till sju dagar. Dosen är densamma, 1,6–2g x 3. Vid penicillinallergi gäller som tidigare doxycyklin. Utvärdering sker tidigast efter fem dagar och om patienten inte har förbättrats då bör man ta en odling från mellersta näsgången och därefter byta preparat till doxycyklin alternativt amoxicillin med klavulansyra.

Kronisk rinosinuit med näspolyper behandlas med koksaltsköljning och nasal steroid i maximal dos under fyra veckor. Därefter ska utvärdering ske och lägsta effektiva dos titreras fram. Kronisk rinosinuit utan näspolyper behandlas också med koksalt, men evidens för nasala steroider saknas. Klinisk erfarenhet talar dock för att det kan göra nytta även här.

Behandling av akut rinosinuit vid normalt immunförsvar



Läs mer: www.lakemedelsverket.se, sök efter "Läkemedel vid rinosinuit"

Dra inte förhastade slutsatser av observationella studier

Under den senaste tiden har vi översköljts av data från observationella studier. Det finns flera saker att tänka på när man ska tolka, eller varför inte kritiskt granska, en observationell studie.

Eva Wikström
Jonsson
tipsar om
studietolkning



En grundläggande skillnad mellan en observationell och en experimentell studie är att det inte är forskaren eller försöksledaren som styr exponeringen. En observationell studie

som saknar jämförelsegrupp är en deskriptiv studie. En sådan kan exempelvis beskriva genomsnittlig vårdtid eller mortalitet hos en patientgrupp behandlade med ett visst läkemedel. De minsta deskriptiva studierna skulle i så fall vara fallrapporter och fallserier.

Beskrivande studier

Det är viktigt att komma ihåg att de deskriptiva studierna är just beskrivande och att undvika att övertolka resultaten. I avsaknad av jämförelsegrupp är det svårt att veta hur tillståndets naturlöpp inverkat eller vilka effekter som kunnat uppnås med annan behandling.

Om en jämförelsegrupp används blir den observationella studien analytisk. Vid granskning av en sådan studie gäller det att fundera över vilka faktorer som skulle kunna ligga bakom att den studerade behandlingen gavs eller inte gavs. Kan-

ske skiljer sig de studerade grupperna redan från början åt avseende ålder, kön, socioekonomiska faktorer, samsjuklighet, sjukdomens svårighetsgrad, vårdnivå eller andra faktorer?

En annan viktig omständighet att beakta, är huruvida de studerade effektmåtten har hög sannolikhet att registreras och tydliga kriterier, som sannolikt inte varierar så mycket över tid och mellan olika vårdgivare. Under den gångna våren har vi exempelvis konfronterats med skillnader som kan uppstå i statistiken för död i covid-19 om man utgår från klinisk diagnos eller kräver laboratorieverifierad diagnostik av SARS-CoV-2-infektion. Således är det viktigt att kriterierna är tydliga och lika i de jämförda grupperna.

Typ av exponering

När data samlas in i efterhand är det också viktigt att fråga sig om en viss typ av exponering kan ha ökat sannolikheten för registrering av till exempel en viss biverkan. Det kan också finnas en förförståelse hos patient eller förskrivare som leder till skillnader i vad som registreras. Kanske frågar vi oftare om patienten har fått hosta när vi förskriver ACE-hämmare, eller kanske patienten oftare spontant tar upp diskussioner om muskelvärk vid ordination av statiner än av andra läkemedel?

Sammanfattningsvis är det viktigt att ta till sig den information som väldesignade observationella studier kan ge oss, men att inte dra förhastade slutsatser.

Eva Wikström Jonsson



Har du en fråga om läkemedel eller behandling?

Mejla din fråga till våra experter:
lakemedelskommitten.hsf@sl.se. Skriv Evidens i ämnesraden.



Karin Wirdefeldt,
ordförande i
expertgruppen för
nervsystemets sjukdomar
docent, överläkare
Tema Hjärta, kärl och
neuro, Karolinska
universitetssjukhuset

Ospecifika domningar i till exempel ett underben, underarm eller kind är inte helt ovanliga sökorsaker i primärvården. Neurologstatus, status för mekanisk nervpåverkan och enklare utredning med B-glukos och B-12 görs ofta. Men när är det rimligt med neurofysiologiska undersökningar och när bör man misstänka sjukdom som t.ex. MS?

Anamnes och neurologiskt status är grundstenar i handläggningen. Den huvudsakliga frågeställningen i neurologiskt status är om det finns en känselnedsättning, och i så fall om den kan kopplas till skada eller påverkan på en viss del av nervsystemet (till exempel multipla nerver som vid polyneuropati, en enskild nerv, nervrot, ryggmärgen eller hjärnan), eller om utbredningen inte stämmer överens med neuroanatomien.

Neurofysiologisk undersökning (neurografi och EMG) kan bli aktuell om patienten har ihållande symtom och statusfynden tyder på skada eller lesion på enskild nerv, rot eller plexus, dels för att bestämma nivån på eventuell skada, dels för att bedöma grad av skada och prognos. Neurofysiologisk undersökning kan också vara aktuell för att bestämma typ och grad av polyneuropati.

Påverkan på centrala nervsystemet bör misstänkas om känselnedsättningen omfattar en hel extremitet snarare än delar av en extremitet. Påverkan på både arm, ben och bål på samma sida tyder på att lesionen sitter i hjärnan, medan påverkan på båda benen eller båda armar tyder på att lesionen sitter i ryggmärgen.



Hans Lundin, specialist
i allmänmedicin, med
dr, distriktsläkare
Akademiskt
primärvårdscentrum,
medlem i expertgrupp
endokrina sjukdomar

Ska man göra nya bentäthetsmätningar vid osteoporos som uppföljning? När?

Bentäthetsmätning behöver inte göras om fortsatt behandling planeras, såvida inte bristande effekt misstänks. Annars görs ny mätning först när man överväger uppehåll med behandlingen; till exempel ett år efter tredje dosen zoledronsyra eller efter fem års behandling med alendronat.

Risk för dålig effekt finns framför allt om patienten drabbats av inflammatorisk sjukdom, cancer, viktneidgång eller när man väljer att använda perorala bisfosfonater. Två av tre slutar med alendronsyra inom två år. Bland dem som fortsätter är det många som gör det på ett verkningsslöst sätt, till exempel tillsammans med kalciumtablett.

Vid behandling med parenterala preparat som zoledronsyra och denosumab är det ovanligt att patienten inte stiger i bentäthet. Ny bentäthetsmätning behöver bara göras i de fall när patienten har särskilda riskfaktorer för att inte svara på behandling. Bentäthetsmätningen ska göras på en och samma apparat och i svaret ska anges om bentätheten ändrat sig signifikant jämfört med föregående mätning.

Missa aldrig ett nummer av Evidens!

Gå in på www.janusinfo.se/prenumerera och klicka Tidningen Evidens så skickar vi den med e-post.

Adresskälla: Region Stockholm

Håll dig uppdaterad om covid-19



På Janusinfo hittar du den senaste informationen om covid-19.

Här finns bland annat:

- aktuella **webbutbildningar**
- **utlåtanden** och **riktlinjer** från Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupper
 - Covid-19-infektion i **Akut internmedicin**
- länkar till **specialsidor** hos myndigheter och **vetenskapliga tidskrifter**

Webbplatsen Janusinfo publicerar kommersiellt obunden läkemedelsinformation riktad till läkare och sjukvårdspersonal.

Prenumerera på Janusinfos nyhetsbrev: www.janusinfo.se/nyhetsbrev

Fortbildning i höst

FREDAG
23
OKT

Onlinesymposium: Tillstånd med barndomsdebut i äldrepsykiatri

23 oktober kl. 08.55 – 12.30
Region Stockholms läkemedelskommitté och Svensk förening för äldrepsykiatri
Målgrupp: Läkare

TORS DAG
5
NOV

Demens: Varför förstår du inte vad jag menar?

5 november kl. 14.00–16.00
Dalengeriatriken
Målgrupp: Sjuksköterskor, undersköterskor

TIS DAG
17
NOV

Hjärtsvikt – en folksjukdom

17 november kl. 14.00–16.00
Jakobsberggeriatriken
Målgrupp: Sjuksköterskor

TORS DAG
10
DEC

Sår och sårbehandling i fokus

10 december kl. 14.00–16.00
Löwenströmska sjukhuset
Målgrupp: Sjuksköterskor, undersköterskor

Se janusinfo.se/fortbildning för mer information. Förändringar kan ske i programmet på grund av covid-19-pandemin.