

Profylaktisk/kronisk PPI-behandling.

Samlad information till Nykvarns vårdcentral.

Indikation för PPI-profylax vid NSAID-behandling

Viktigaste riskfaktorerna för NSAID-relaterade ulcus:

- hög ålder (> 75 år),
- tidigare ulcus/ulcuskomplikation t.ex. GI-blödning.
- samtidig behandling med NSAID och glukokortikoider.
- samtidig behandling med NSAID och SSRI-preparat eller antikoagulantia.

Vid riskfaktorer, välj i första hand andra analgetika än NSAID.

Indikation för PPI-profylax vid pågående terapi med lågdos ASA/steroid

Profylax med PPI bör ges vid behandling med låg dos ASA hos patienter som tidigare haft ulcus eller övre gastrointestinal blödning.

PPI-skydd som tillägg till kortison behövs inte regelmässigt.

Profylaktisk läkemedelsbehandling efter gastric sleeve/ -bypass

Olika riktlinjer i olika regioner. De flesta regioner har **inte** med PPI i listan över läkemedel som rekommenderas efter sleeve/bypass operation. Vissa opererande kliniker behandlar med PPI i 4 veckor efter operationen.

Äldre, beakta vid behandling med PPI

För äldre och personer med demens ska förskrivning av PPI ske med lägsta dos och så kort tid som möjligt då alla godkända PPI är potenta hämmare av kolinacetyltransferas och kan öka risken för kognitiva symtom. Behandling med PPI kan öka risken för osteoporosrelaterade frakturer. Ompröva regelbundet behovet av PPI till äldre patienter.

#

Ej godkända indikationer för PPI

- Funktionell dyspepsi - Obehag från övre delen av buken - IBS - Profylax vid kortison, NSAID, ASA (lågdos) till icke riskpatienter

Riskfaktorer för magsårsblödning Framför allt i kombination:

- Tidigare magsårssjukdom med eller utan blödning
- Användning av NSAID
- Användning av ASA (även i lågdos)

- Infektion med H.pylori
- Hög ålder (men ej enbart)
- Allvarlig sjukdom (tex hjärt-kärlsjukdom, kroniskt obstruktiv lungsjukdom eller cancer)
- Antikoagulantia, kortikosteroider och SSRI i kombination med andra riskläkemedel eller till riskpatienter kan ge en ökad risk för magsårsblödning.
- Även rökning och riskbruk av alkohol kan ge ökad risk för magsår.

Biverkningar av PPI.

Clostridium difficile- infektioner - 58-74% ökad risk för infektion - 2,5- faldig ökad risk för recidiv av clostride-infektioner

PPI + antibiotika ökar risken för infektion - Orsak: kolonisation av bakterier pga minskad syrahalt

Pneumoni - Risken störst tidigt i behandlingen och vid hög dos - Minskad syrahalt i magsäcken och ökad kolonisation av bakterier i magsäcken är en trolig orsak. - 34% högre risk för samhällsförvärd pneumoni jämför med icke PPIanvändare

Frakturer - Ökad risk för höft (26%), rygg (58%) och "any-site"- frakturer (33%) - Störst risk vid långtidsanvändning - Orsak ej känd, men hypotes: minskad absorption av intestinal calcium leder till minskad bendensitet och ökad risk för fraktur.

Risk för sällsynta men allvarliga biverkningar med PPI Hypomagnesemi - PPI kan öka risken med 40% - Behandling under minst tre månader och i de flesta fall under ett år - Tänk på PPI i kombination med läkemedel som kan orsaka hypomagnesemi (digoxin, diuretika) Njurpåverkan - 50% ökad risk för kronisk och akut njurskador - Risken ökar med högre dos - Nefrit och njursvikt finns angivet som sällsynt biverkan i FAS

#

Ur VISS

Reflux hos ej skoperad patient/hos skoperad patient utan esofagit (NERD)

Symtomlindrande behandling - ofta räcker intermittent terapi. Patienten kan själv göra uppehåll i terapin när symtomen är mindre uttalade. Initialt kan PPI (omeprazol) rekommenderas, med symptomutvärdering efter cirka 2 veckor, varefter lägsta effektiva dos eftersträvas.

Reflux med esofagit

Oftast ett tillstånd med kroniska symtom som ofta kräver kontinuerlig terapi med protonpumpshämmare omeprazol. Övergång till symptomstyrd behandling kan vid esofagit grad A/B provas efter 6-12 månaders kontinuerlig behandling.

- Esofagit - endoskopisk gradering enligt Los Angeles-klassifikation

- **grad A** - "lindrig" - en eller flera högst 5 mm långa erosioner som ej sammanflyter
- **grad B** - "lindrig-måttligt svår" - en eller flera mer än 5 mm långa erosioner som ej sammanflyter
- **grad C** - "måttligt svår" - sammanflytande erosioner runt högst 75 procent av cirkumferensen
- **grad D** - "svår" - sammanflytande erosioner runt mer än 75 procent av cirkumferensen

Ur VISS om gastrit, ulcus och dyspepsi

Outredd dyspepsi

Fyra alternativa strategier beroende på symtom, ålder och medicinerings:

1. Gastroskopi direkt - alla med lindrig/tillfällig dyspepsi behöver dock inte skoperas.

Tillämplig:

- Vid alarmsymtom
- Vid symtomdebut >50 års ålder
- Vid signifikant misstanke på ulkus

Alarmsymtom/tecken

- Viktnedgång
- Hematemes
- Anemi
- Dysfagi
- Kräkningar
- Melena
- Resistens i buken

2. Test and Treat - Hp-test, fecesantigentest. Om Hp-positiv, ges Hp-behandling samt behandlingskontroll (se nedan).

- Vid dyspepsi utan alarmsymtom, utan NSAID-behandling hos yngre (<50 åå)
- I utvalda fall och om patienten är ovillig till gastroskopi

3. Testbehandling med syrahämmare med noggrann klinisk utvärdering efter 2 veckor. För positivt utfall ska symtomlindring vara tydlig, vilket i sådant fall talar för ulkus eller reflux. Utnyttja den differentialdiagnostiska informationen av detta.

4. Icke-farmakologisk behandling med information, lugnande besked, livsstilspåverkan.

Funktionell dyspepsi

- Påverka psykosocial situation och livsstil (rökning, alkohol mm)

- Vid uttalade besvär kan amitriptylin provas, se Kloka listan nedan

Hp-eradikering ger mycket sällan symtomförbättring vid funktionell dyspepsi. Se Test and Treat ovan.

Ulkus

- Duodenalulcus (DU): Hp-eradikering (se nedan) i en vecka.
- Ventrikelulcus (VU): Ulkusläkning med PPI till gastroskopiverifierad sårsläkning samt om Hp-positiv även Hp-eradikering (se nedan).
- Sätt ut eller ifrågasätt indikation för eventuellt NSAID/ASA, inklusive Trombyl. Vid stark indikation för fortsatt NSAID, rekommenderas ulkusprofylax med PPI, Omeprazol.
- Rökstopp

Vid anamnes på komplicerad ulkussjukdom är diagnos av och åtgärd mot eventuell Helicobacterinfektion extra viktig.

Helicobacterinfektion

Indikation för eradikering.

Stark:

- Helicobacterpositiv (Hp-pos) ulkussjukdom. Risken för ulkusrecidiv första året minskar från cirka 75 procent till högst 5 procent efter lyckad Helicobacter pylori-eradikering

Tveksam:

- Helicobacter pylori vid dyspepsi utan ulcus. Endast 1 av 14 har symtomatisk nytta av eradikering. Risker med antibiotikaöverförskrivning skall vägas in. Behandling kan övervägas vid svår Hp-positiv dyspepsi som ej svarat på annan terapi
- Refluxsjukdom

Saknas:

- Profylax mot ventrikelmalignitet
- Hp-infektion utan symtom

Förstahandskur

Omeprazol 20 mg x 2 + amoxicillin 1 g x 2 + klaritromycin 500 mg x 2 i 7 dagar.

Vid terapisivikt eller Pc-allergi

Omeprazol 20 mg x 2 + metronidazol 400 mg x 2 + klaritromycin 500 mg x 2 i 7 dagar.

- Har första kuren innefattat klaritromycin, bör klaritromycin undvikas, eftersom kliniskt betydelsefull resistens ofta utvecklats mot detta antibiotikum
- Efter andra misslyckade kuren ska gastroskopi med biopsi för Hp-odling och resistensbestämning göras.

Kontakta gärna gastroenterolog för diskussion efter två misslyckade eradikeringskur.

Uppföljning

Gastroskopikontroll för ulkusläkning ska normalt göras 4-8 veckor efter alla ventrikululus samt i enstaka fall efter duodenalulcus.

Kontroll efter Helicobacterbehandling rekommenderas i normalfallet med fecesantigentest tidigast 2 veckor efter avslutad PPI-behandling och minst 4 veckor efter eradikationskur. I annat fall finns risk för falskt negativt resultat.

Ur Praktisk Medicin om Kronisk gastrit

Definition

Histologiskt verifierad inflammatorisk reaktion med atrofi i ventrikeln's slemhinna.

Orsaker

Hereditet. *Typ A gastrit* (autoimmun atrofisk gastrit – ofta kopplad till hypotyreoos, diabetes mellitus och vitiligo): Autoimmun gastrit i corpus och fundus ger atrofi med bortfall av saltsyrasekretion samt Intrinsic factor (IF). Risk för pernicios anemi. Livslång vitamin B12-substitution.

Typ B-gastrit (antral): Infektion med Helicobacter Pylori ger förhöjt serumgastrin samt därmed också förhöjd saltsyraproduktion. Bilden som oftast ses vid duodenalulcus.

Pangastrit: Atrofik gastritbild efter Helicobacter Pylori infektion, ger låg saltsyraproduktion.

Utredning

Gastroskopi med px. Bestämning av S-B12, P-folat, S-metylmalonat och/eller S-homocystein. P-glukos, HbA1c, Helicobacter Pylori test.

S-gastrin (> 75 mmol/L) och S-pepsinogen A (< 25 mmol/L) talar starkt för atrofisk gastrit.

Antikroppar mot transglutaminas.

Behandling

Vitamin B12 behandling om brist. Vid Folsyrabrist behandling.

Typ B-gastrit behandlas med eradikering av helicobacter pylori.

Sammanfattning och tänkbart om PPI-behandling.

Vid basal litteraturgenomgång framkommer bara en indikation för kronisk PPI-behandling. Kronisk esophagit typ C och D ofta beroende på hiatus hernia/GERD och med risk för ärrbildning och striktur.

Vid symtom påtalas att man kan testa PPI-behandling i 1-2 veckor. Hel eller klar symptomlindring kan tala för ulcus eller akut gastrit och kan tala för vidare PPI-behandling i ca 1 månad och sen nertrappning.

Vid recidiverande besvär+ larmsymtom måste gastroscopi göras.

Vid all PPI-behandling klokt informera om nertrappning och utsättning av PPI.

Behandling med intermittenta "kurer" med PPI går bra vid besvär som återkommer med klar symptomatologi som vid GERD, gastrit och ulcus.

Utred alltid vid alarmsymtom, recidiverande besvär och oklara besvär.

JK

Försök till sammanfattning

GODKÄNDA INDIKATIONER FÖR KONTINUERLIG PPI BEH	ICKE GODKÄNDA INDIKATIONER FÖR KONTINUERLIG PPI BEH
Kombinerade riskfaktorer: • Tidigare magsårssjukdom med eller utan blödning, GI blödning • Användning av NSAID • Användning av ASA (även i lågdos) • Infektion med H.pylori • Hög ålder (>75) • Allvarlig sjukdom (tex hjärt-kärlsjukdom, kroniskt obstruktiv lungsjukdom eller cancer) • Antikoagulantia, kortikosteroider och SSRI i kombination med andra riskläkemedel • Rökning och riskbruk av alkohol	• Funktionell dyspepsi • Obehag från övre delen av buken • IBS • Profylax vid NSAID, ASA (lågdos) till icke riskpatienter • PPI-skydd som tillägg till kortison behövs inte regelmässigt.
Reflux med esofagit Oftast krävs kontinuerlig PPPIbeh. Symtomstyrd behandling kan prövas vid esofagit grad A/B efter 6-12 månader kontinuerlig behandling Kronisk esophagit typ C och D ofta beroende på hiatus hernia/GERD och med risk för ärrbildning och striktur. • Vid symtom kan man testa PPI-behandling i 1-2 veckor. Hel eller klar symtomlindring kan tala för ulcus eller akut gastrit och kan tala för vidare PPI-behandling i ca 1 månad och sen nertrappning.	• Till äldre och personer med demens ska förskrivning av PPI ske med lägsta dos och så kort tid som möjligt • Profylaktisk läkemedelsbehandling efter gastric sleeve/ -bypass