



Kloka kliniska val

Undvik att utföra gastroskopi vid dyspepsi hos personer under 50 år utan alarmsymtom

Introduktion

Trots att det länge rekommenderats att avstå gastroskopi hos yngre utan alarmsymtom utfördes mer än en fjärdedel av alla gastroskopier i Sverige 2024 på personer under 50 år enligt Socialstyrelsens statistikdatas (1). Sannolikt så har en stor del av dessa gastroskopier utförts på patienter med dyspepsi och andra godartade besvär där andelen med allvarliga fynd är mycket låg.

Dyspepsi

Dyspepsi är ett samlingsbegrepp för symtom från övre delen av magen. Definitionen har varierat över tid, men enligt Rom IV kriterierna är det besvär såsom smärta och brännande känsla i epigastriet, uppkördhet efter måltid och tidig mättnadskänsla. Även rapningar, gaser, uppblåsthet samt illamående kan räknas till symtombilden (2) Refluxsymtom såsom bröstbränna och sura uppstötningar räknas inte som dyspepsiska symtom men samexisterar i stor utsträckning. Funktionell dyspepsi definieras som kroniska dyspeptiska symtom utan påvisbar organisk sjukdom som kan förklara besvären (2).

Flertalet patienter med dyspepsi har en funktionell sjukdom medan en mindre andel har ulcussjukdom som orsak och ett fåtal har en gastroesofageal cancer. Svårighetsgraden av symtomen kan inte särskilja de med organisk sjukdom från funktionell dyspepsi (3).

Patienter med funktionell dyspepsi kan också ha andra samtidiga funktionella magtarmsjukdomar såsom funktionell bröstbränna, funktionell dysfagi eller IBS.

Magtarmrelaterade funktionsrubbingar är mycket vanliga. Enligt en nyligen publicerad svensk studie rapporterade 39,1% denna typ av besvär varav 1/3 sökt vård minst en gång (4).

Funktionell dyspepsi kostar mycket sjukvårdsresurser i form av konsultationer, diagnostiska test och behandlingsförsök. Dessa besvär påverkar livskvalitet och kan påverka arbetsförmåga. Samtidiga besvär med ångest och depression finns beskrivet. En del patienter går ner i vikt till följd av sina besvär, särskilt de som besväras av tidig mättnadskänsla och epigastriell smärta (5).

Vad som orsakar funktionell dyspepsi är oklart. Såsom vid andra funktionella magtarmsjukdomar anses det föreligga en visceral hypersensitivitet och en störning i kommunikation mellan det centrala och perifera nervsystemet. Andra möjliga mekanismer kan vara en fördröjd magsäckstömning och försämrad fundusrelaxation. Ätmönstret kan möjligen påverka och ibland kan det vara postinfektiöst utlösta besvär. 20–30% av patienter har visat sig ha onormal syraexponering i esofagus trots att bröstbränna saknas (5).

Helicobacter-infektion har beskrivits som en bidragande orsak till symtom även hos de med annars makroskopiskt normala fynd vid gastroskopi. En mindre del av patienterna blir långvarigt bättre efter H pylori eradikering (6).

Gastroskopifynd

I en publikation från Örebro studerades fynd vid gastroskopier på patienter yngre än 50 år och fann att bara 21% av patienterna testats för H pylori innan remiss, att majoriteten av undersökningarna var normala och att de fåtal allvarliga fynd som gjordes var på patienter som remitterats från sjukhuskliniker. Avsaknad av alarmsymtom hade ett negativt prediktivt värde på 99% för signifikant patologi (7).

En liknande studie på gastroskopifynd hos drygt 3000 patienter från ett universitetssjukhus i Israel, varav cirka en fjärdedel var yngre än 50 år, fann visserligen fler helicobacter-associerade gastriter hos yngre patienter, men färre fynd i övrigt hos de yngre än 50 år. Lägst andel fynd gjordes hos patienter yngre än 30 år (8).

I Storbritannien, liksom i stora delar av Sverige, är köerna till endoskopiska undersökningar ett problem. I syfte att bättre kunna prioritera rätt patienter till gastroskopier gjorde British society of Gastroenterology en studie av utfallet av 382 370 diagnostiska gastroskopier hämtade från UK National Endoscopy Database (NED) där 95% av alla endoskopier i Storbritannien registreras. I materialet var 30,4% av patienterna <50 år. Nästan hälften av alla gastroskopier gjordes för att utreda dyspepsi eller refluxsymtom (47,9%), följt av dysfagi (19,7%) och anemi (18,6%). I den privata vården gjordes nästan tre fjärdedelar (73,9%) av alla gastroskopier på indikation reflux eller dyspepsi, jämfört med 41,4% inom offentlig vård (National Health Services). Cancer rapporterades hos 1% av gastroskopierna och 89,9% av gastroskopierna var normala eller endast med minimala fynd. Hos patienter under 50 års ålder påvisades signifikanta patologiska fynd vid endast 5,4% av gastroskopierna. Cancerfynd var ovanligt i denna grupp och påvisades endast i 0,1% av fallen. Positivt prediktivt värde för signifikant patologi ökade med stigande ålder och manligt kön. Det var 10 gånger så vanligt att hitta cancer vid utredning av dysfagi jämfört med dyspepsi. Andra symtom som ökade risken för cancerfynd var viktnedgång med eller utan andra symtom samt illamående/kräkningar och anemi (9).

Test and treat

Det finns flera möjliga strategier för att utreda och behandla patienter som söker med dyspeptiska symtom; gastroskopi, ”test and treat”, ”test and scope”, empirisk PPI behandling och symtombaserad handläggning. De flesta internationella riktlinjer rekommenderar ”test and treat” som förstahandsmetod hos yngre patienter utan alarmsymtom, dvs att testa för Helicobacter pylori och erbjuda eradikeringsbehandling om magsårsbakterien kan påvisas (10).

”Test and treat” strategin, anses kostnadseffektiv och minskar både framtida risk för ventrikelcancer, behandlar magsår och minskar dyspeptiska symtom (11, 12). Visserligen är kostnadseffektiviteten mindre i länder med låg prevalens av H pylori-infektion i befolkningen, såsom Sverige, men ”test and treat” är fortfarande den strategi som även våra svenska riktlinjer rekommenderar (13). Enligt en metaanalys som jämfört olika strategier är det också den strategi som gör flest patienter symtomfria efter 12 månader, tätt följd av gastroskopi (14).

Testning för *Helicobacter pylori* görs vanligtvis med provtagning för Hp-antigen i faeces. Serologi rekommenderas inte då det inte nödvändigtvis diagnosticerar pågående infektion. Ett uppehåll med PPI-behandling minst 2 veckor innan testning minskar risken för falskt negativt resultat, och av samma skäl bör man vänta med testning om patienten nyligen fått en antibiotikakur. Efter en eradikeringskur bör man inte rutinmässigt testa på nytt för *H pylori*, utan det bör vara förbehållet patienter med påvisad ulcus-sjukdom eller hereditet för ventrikelcancer (5).

De flesta patienter med dyspepsi tas om hand i primärvården och det är viktigt redan vid den första patientkontakten att med en god patient-läkarrelation skapa en förståelse för tillståndets vanligtvis godartade men ofta kroniska förlopp och vad som kan orsaka besvären. Utöver att testa för *H pylori* kan kontroll av blodbild och, om samtidiga IBS symtom, celiakiserologi vara av värde. Vid negativt test för *H pylori* kan en kur med protonpumpshämmare prövas, då en del patienter får symtomlindring av detta (5).

Alarmsymtom

Hos patienter med alarmsymtom bör däremot en gastroskopi utföras. Enligt våra svenska SVF-kriterier inbegriper det sväljningssvårigheter, järnbristanemi, gastrointestinal blödning kraftig oförklarad viktnedgång, nytillkommen tidig mättnadskänsla eller kräkningar sedan minst tre veckor. De flesta riktlinjer rekommenderar också en gastroskopi hos patienter över 50 års ålder eller 55 års ålder, med nytillkomna dyspeptiska symtom eller refluxbesvär (5,10,13).

Konklusion

Att undvika gastroskopi vid dyspepsi hos personer under 50 år utan alarmsymtom är ett av fem kloka kliniska val som Svensk Gastroenterologisk Förening publicerat som del i den satsning som svenska läkarsällskapet påbörjat om kloka kliniska val inom svensk hälso- och sjukvård. Syftet med kloka kliniska val är att inte att spara pengar utan att välja bort lågvärdesvård och i stället sträva efter att utföra vårdåtgärder som gör evidensbaserad nytta.

Övre gastrointestinala symtom är vanligt och det är sällan allvarlig bakomliggande patologi, särskilt hos yngre patienter. En stor andel gastroskopier utförs fortfarande på indikationer såsom reflux eller dyspepsi, med minst risk för cancer. En minskning av antalet gastroskopier som inte medför någon patientnytta, där yngre patienter i större utsträckning utreds enligt ”test and treat”-strategin skulle göra att resurserna i stället kan läggas på att undersöka riskgrupper såsom män med dysfagi där cancerrisken är högst, och frigöra resurser till koloskopier, där köerna på många håll i landet är långa.

Nils Nyhlin

Docent, överläkare

Örebro Universitetssjukhus

Referenser

1. [Statistikdatabas - Socialstyrelsen](#)
2. [Rome IV Criteria | The Rome Foundation](#)
3. Moayyedi P, Talley NJ, Fennerty MB, Vakil N. Can the clinical history distinguish between organic and functional dyspepsia? JAMA. 2006 Apr 5;295(13):1566-76.
4. Tornkvist NT, Simrén M, Hreinsson JP et al. Prevalence and impact of disorders of Gut-Brain interaction in Sweden. Neurogastroenterol Motil. 2023 Jun;35(6):e14578.
5. Christopher J Black CJ, Paine PA, Agrawal A et al, British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia. Gut 2022;71:1697–1723.
6. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, et al. European Helicobacter and microbiota study group and consensus panel. Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht V/Florence consensus report. Gut. 2017; 66(1):6-30.).
7. Räsänen N, van Nieuwenhoven M. Gastroscopy in younger patients: an analysis of referrals and pathologies. European Journal of Gastroenterology & Hepatology33(10):1266-1273, October 2021
8. Gal O, Nicola D, Mari A, et al. Age- and Risk-Based Stratification in Dyspepsia: Redefining Endoscopic Thresholds for Clinically Significant and Malignant Findings. Clin Pract. 2025 Dec 30;16(1):7.
9. Beaton DR, Sharp L, Lu L, et al. Diagnostic yield from symptomatic gastroscopy in the UK: British Society of Gastroenterology analysis using data from the National Endoscopy Database. Gut. 2024 Aug 8;73(9):1421-1430.
10. Collin A, Mion F, Kefleyesus A, et al. Critical appraisal of international guidelines for the management of Helicobacter pylori infection in case of dyspepsia. Helicobacter. 2023 Apr;28(2):e12952.
11. Lansdorp-Vogelaar I , Sharp L. Cost-effectiveness of screening and treating Helicobacter Pylori for gastric cancer prevention. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2013;27:933–47.
12. Gisbert JP , Calvet X . ‘Helicobacter Pylori ‘test-and-treat’ strategy for management of dyspepsia: a comprehensive review’. Clin Transl Gastroenterol 2013;4:e32.
13. [Outredd dyspepsi, ulkus samt funktionell dyspepsi](#)
14. Eusebi LH, Black CJ, Howden CW, et al. Effectiveness of management strategies for uninvestigated dyspepsia: systematic review and network meta-analysis. BMJ 2019;367:16483).
15. Matstrups- och magsäckscancer Standardiserat vårdförlopp, Regionala Cancercentrum i Samverkan, 2024-11-05 Version: 3.3