

på obehandlade peptiska ulcus visade en årlig komplikationsrisk på 2,7 procent [2]. Lindell och medarbetare [3] visade på en mortalitetsrisk på 0,6 procent hos (hittade) ulcuspatienter före eradikeringseran, och risken att få en »blödmage» ökade med stigande ålder.

Självva prevalensen ulcus i Sverige ökar också med stigande ålder. Ljubičić och medarbetare [4] fann att 42 procent av »blödmagarna» saknade dyspepsi, och bland dessa var H₂-receptorblockerarkonsumtion högregradigt signifikant vanligare!

Som i så många andra studier var NSAID-intag knutet till risken att drabbas av en magblödning på grund av peptiskt ulcus.

Var sjätte får rätt behandling

Om man nu på en allmänläkarmottagning behandlar alla med dyspepsi som om de hade ulcus med syrasekretionshämmare, får ungefär var sjätte patient rätt behandling, så till vida som att man symtomlindrar ett ulcus (och något fler på grund av en symtomlindrad gastroesofageal refluxsjuka). Å andra sidan undanhåller man alla utom en mindre del med Helicobacter-negativa ventrikelsår eradikering av den kausala Helicobacter-negativa ventrikelsår eradikering av den kausala Helicobacter pyloriinfektionen.

Eftersom risken att få (minst) ett troligen lika farligt, eventuellt symtomfattigt, recidiv närmar sig 100 procent på 4 år [5], utsätter man därmed patienten för en uppenbar risk att ånyo senare i livet drabbas av ulcus och därmed »blödmage» och perforation.

Att behandla alla Helicobacter positiva vare sig de har eller inte har dyspepsi med eradikering av bakterien saknar vetenskapligt stöd.

Risken att drabbas av en allvarlig komplikation under den (obligat korta!) väntetiden måste således bedömas som mycket liten, och uppvägs då av de risker man på sikt utsätter patienten för istället.

Extra prioritet måste ges äldre och NSAID-konsumenter.

Observera också att om patienten har haft ett tidigare verifierat duodenalt ulcus finns det ingen anledning dröja med kausalbehandling med syrasuppression och antibiotika.

Lars Agréus
husläkare,
Vårdcentralen,
Öregrund

Referenser

1. Fry J Peptic ulcer: a profile. BMJ 1964; 2: 809-12.
2. Elashoff JD, Van DG, Reedy TJ, Ippoliti A, Samloff IM, Kurata J et al. Long-term follow-up of duodenal ulcer patients. J Clin Gastroenterol 1983; 5: 509-15.
3. Lindell G, Celebioglu F, von Helstein CS, Graffner H. On the natural history of peptic ulcer. Scand J Gastroenterol 1994; 29: 979-82.
4. Ljubičić N, Banić M, Brkić T. Clinical and epidemiological characteristics of bleeding duodenal ulcer patients with and without dyspepsia. Acta Med Croatica 1994; 48: 175-8.
5. Lane MR, Lee SP. Recurrence of duodenal ulcer after medical treatment. Lancet 1988; 1: 147-9.

Replik 2:

Patienter med dyspepsi bör gastroskoperas först

Georg Langraths fråga går inte att besvara med fullständig säkerhet; i varje fall har jag inte sett någon publikation där man studerat risken att få en livshotande ulcusblödning i avvaktan på gastroskopi. I stället får man göra en sannolikhetsbedömning av risken med utgångspunkt i de kliniska data man har att tillgå samt den enskilde patientens sociala och geografiska situation.

För syrereducerande behandling före gastroskopi talar t ex tidigare känd ulcusjukdom, pågående NSAID-behandling, högre ålder, svåra symptom, blödningsdiates.

Mot behandling talar lägre ålder, avsaknad av slemhinneskadande mediciner »typisk» anamnes på funktionell dyspepsi och tidigare ulcusjukdom.

Vilken tyngd de olika faktorerna kan förväntas ha är en svår bedömningsfråga. De kolleger som gärna griper receptblocket kan stödja sig på flera studier som visar att ex juvantibus-behandling av dyspepsi med syrereducerande medel är fullt försvarbart. De som avvaktar behandling till efter gastroskopin kan också de finna stöd för sin synpunkt i litteratu-

ren [för referenser, se Läkartidningen 1996; 93: 2518-20].

Men om det ena behandlingssättet är signifikant bättre än det andra vad gäller skydd mot tidig livshotande blödning – det är det ingen som vet. Min egen erfarenhet av 25 års kirurgisk verksamhet är att patienter med svåra ulcusblödningar påfallande ofta saknar föregående magsmärtor och att få av dem sökt annan läkare innan de kommer till akutmottagningen med pågående blödning.

Så trots en teoretiskt ökad risk för blödning i väntan på gastroskopi föredrar jag ändå principen att patienter med dyspepsi bör gastroskoperas före potent farmakologisk behandling. Detta förfaringssätt skärper vår diagnostiska säkerhet, minskar medikaliseringen av befolkningen och är sannolikt ekonomiskt fördelaktigt – i varje fall i ett längre perspektiv.

Johannes Järhult
docent, klinikchef,
mag-tarmcentralen,
Ersta sjukhus,
Stockholm

Trillinggraviditet tas emot med glädje

I artikeln om in vitro-fertilisering, IVF, skriver Per Sundström i Läkartidningen 46/96 att förfinad teknik gör det lättare att undvika flerbörd och då framför allt trillinggraviditeter. Med uttrycket »En trillinggraviditet betraktar vi närmast som ett misslyckande» förpassas trillingbarnen till övriga komplikationer, såsom missfall och ektopiska graviditeter.

Ur riskhänseende är enkelgraviditeter naturligtvis att föredra. Men varför nämner inte Per Sundström att även trillingar oftast är friska barn till nöjda föräldrar? Kanske anser han att den kunskapen är självklar för hans målgrupp läkarna?

Alltid dubbelt radavstånd!
Samtliga manus, även korta inlägg i debatt- och korrespondenspalterna, skall vara utskrivna med minst dubbelt radavstånd och max 25 rader per sida.

Jag tror inte att det är så. I stället tror jag att språket styr tanken så att man ser framför sig barn som inte platsar bland de lyckade utfallen, eftersom det är något fel på dem. Dessutom är ämnet intressant även för icke läkare, och när material ur Läkartidningen dyker upp i andra medier så citeras orden »misslyckande» och »komplikationer» till en helt annan målgrupp. Det har förekommit en hel del sådana kopplingar den senaste tiden även i seriösa tidningar som Svenska Dagbladet.

Engagerade och motiverade föräldrar

Per Sundström skriver också att en trillinggraviditet är ett socialt bekymmer. Finns det några studier på detta? Naturligtvis är det mycket arbete med trillingbarn liksom med tre barn över huvud taget. Men de trillingföräldrar vi kommit i kontakt med genom svenska trillingföreningen har tagit emot trippelbeskedet med glädje. Detta är inte slumpmässigt utvalda människor som råkat bli med barn utan par som i årtal väntat, hoppats och kämpat för att bli föräldrar. De är engagerade och motiverade, lite äldre, eftersom barnen låtit vänta på sig, och redo i livet att satsa på just barnen.

Att flerbördsgraviditeter inte är så oönskade bland patienterna som bland obstetriker och barnläkare stöds ju också av Per Sundströms eget konstaterande att bara två kvinnor ville ha endast ett ägg implanterat för att minska »risken» att få tvillingar. Antagligen har han själv kontakt med föräldrar som är evigt tacksamma för sina tvillingar och trillingar. Men i Läkartidningen verkar det vara tabu att nämna några positiva aspekter över huvud taget om kombinationen befruktningshjälp och flerbörd.

Våra trillingbarn kom till efter hormonstimulering och vi tog emot beskedet om tre med glad förväntan. Jag mådde utmärkt under hela graviditeten och kunde fortsätta mitt läkararbete fram till tio dagar innan det planerade kejsarsnittet i vecka 34. Barnen mådde bra och vi skrevs ut från sjukhuset några dagar innan beräknad partus. Efter två månader var de ifatt »enlingarna» på sina viktkurvor, och ingenting skiljer dem idag från andra ett-åringar förutom att de är tre.

Anna Hammarström
leg läkare, trillingmamma,
Bollnäs