



Figur 1. Barn med RSV-infektion på barnklinik och intensivvårdsavdelning i Lund 1994–1998.

vittnar om okunskap, eftersom ingen läggs in på en intensivvårdsavdelning utan att hans hälsotillstånd kräver det.

Resonemanget om olika inställning till neonatal intensivvård hör inte till den aktuella frågan.

MVH skriver att sjukhusinläggning, som använts i Impact-RSV-studien, är en tillförlitlig observation. Därför bifogar jag ett stapeldiagram (Figur 1) som visar samtliga RSV-patienter från Lunds sjukvårdsområde, som lagts in på barnkliniken i Lund under en femårsperiod. Patienterna är ordnade efter mognadsgrad vid födseln. De snedstreckade delarna av staplarna anger patienter som vårdades på intensivvårdsavdelning.

Av diagrammet framgår att 10 barn var födda före 36 veckor (huvudindikationen för att ge profylax), och av dessa behövde två barn intensivvård. Under samma femårsperiod föddes 565 barn från Lund före 36 graviditetsveckor. Det innebär att för att förhindra en intagnation för RSV från Lunds sjukvårdsområde skulle man behövt behandla ca 85 barn (för beräkningsätt se [2]).

De ekonomiska bedömningarna

Slutligen dömer MVH ut användandet av såväl kostnad–nytta-analyser som analyser av kostnadseffektivitet för att bedöma RSV-profylax, och föreslår att en panel med bred representation skulle väga in även livskvalitet i diskussionen. Då måste man väl också ta i beaktande den smärta som man åstadkommer genom alla de intramuskulära in-

jektioner som fordras för att förhindra en inläggning för RSV.

Det finns nog grupper där RSV-profylax kan vara motiverad, t ex barn med kronisk lungsjukdom, men nuvarande indikationer anser jag skjuter vida över målet.

Sammanfattningsvis har inlägget från Michael Vestergaard Hansen inte ändrat min uppfattning att de årligen cirka 100 miljoner kronor som RSV-profylax på nuvarande indikationer skulle kosta, skulle kunna användas till något nyttigare i sjukvården.

Referenser

1. The Impact-RSV Study Group. Palimizumab, a humanized respiratory syncytial virus monoclonal antibody, reduces hospitalization from respiratory syncytial virus infection in high-risk infants. *Pediatrics* 1998; 102: 531-7.
2. Lindroth M. Skall vi aldrig tacka nej? T ex till RSV-profylax. *Läkartidningen* 2000; 97: 208-9.

Våga prioritera! T ex gastroskopi vid dyspepsi

Dyspepsi är en »folksjukdom» som alltför ofta handläggs på ett ostrukturerat sätt, till priset av svindlande läkemedelskostnader och långa gastroskopi-köer. Därför finns det ett stort behov av stringenta handläggningsråd, ett problem som nyligen diskuterades av Kristina Sjölund och Åke Danielsson i en medicinsk kommentar i *Läkartidningen* 3/00 (sidorna 142-4).

Oklarheter i budskapet

Trots goda avsikter bidrar artikeln tyvärr inte till att skingra dimmorna! Man börjar bra med en adekvat problembeskrivning, men när man vill ge konkreta riktlinjer till handläggning blir rekommendationerna minst sagt svår-begripliga.

I faktarutan beskriver man indikationer för skopi, och listar först *samtliga* över 45 år och därefter *både* Helicobacterpositiva och Helicobacternegativa under 45 år! Detta måste ju tolkas så att författarna anser att *alla* patienter som överhuvudtaget söker sin primärvårds-läkare för dyspeptiska besvär skall remitteras vidare för övre endoskopi?!

Av någon anledning ångrar man sig sedan mot slutet av artikeln och säger att »Sannolikheten är stor för att den endoskopiska bilden hos patienter i åldersgruppen under 45 år är normal. (...) ... därför (kan) HP-status vara ett acceptabelt instrument för att stärka indikationen för undersökning ...». Och det är exakt den slutsatsen som är huvudbudskapet både i den kritiserade artikeln av Lars Agréus och Johan Brun och i vårdprogrammet från Göteborg!

Refluxsjukdom

Vad gäller patienter med gastroesofagal refluxsjukdom är vi samtliga överens om att dessa i normalfallet kan särskiljas från dyspepsigruppen med hjälp av en god anamnes. Vid behov kan diagnosen verifieras med en kort provbehandling med potent syrahämmare.

Celiaki

Att celiaki skulle vara ett vanligt differentialdiagnostiskt fynd avspeglar sannolikt författarnas bakgrund som

Replik:

Givetvis skall inte alla patienter med dyspepsi gastroskoperas

För att förtydliga vår uppfattning i den medicinska kommentaren i Läkartidningen 3/00 (sidorna 142-4) kan vi instämma i att fakturen inte helt överensstämde med texten. Den är ett försök att generellt gruppera patienter som söker för dyspeptiska symtom efter sannolikheten, i fallande ordning, att hitta positivt fynd vid gastroskopi. Detta som hjälp för remitterande läkare.

specialister vid universitetssjukhus, ty det stämmer inte alls med vad vi finner hos vanliga dyspepsipatienter i primärvården.

Vanligt pedagogiskt dilemma!

Varken i artikeln av Agréus och Brun eller i vårdprogrammet från Göteborg föreslås att vi skall erbjuda eradikation för HP-positiva dyspeptiker utan sår-sjukdom. Att för en patient berätta att hon har en bakterie i magen som man inte tänker ta bort upplevde författarna som ett pedagogiskt dilemma. Detta är emellertid en mycket vanlig situation i primärvården – vi är t ex vana vid att inte behandla apatogena streptokocker i halsen eller asymtomatisk bakteriuri!

Vår uppfattning är således att en noggrann anamnes, ett blodvärde och ett HP-test ger gott underlag för att särskilja de patienter som i första hand skall utredas med gastroskopi. Att av »psykoterapeutiska» skäl och utan egentlig medicinsk frågeställning gastroskopera samtliga dyspeptiker som söker på våra vårdcentraler är ett oacceptabelt slöseri med samhällsresurser!

Lars Agréus

husläkare, Öregrund, och universitetslektor vid institutionen för folkhälso- och omvårdnadsvetenskap, Uppsala universitet

Johan Brun

familjeläkare, Södra hälsocentralen, Hudiksvall

Henrik Sjövall

specialistläkare i medicinsk gastroenterologi, universitetslektor i mag-tarmkanalens fysiologi och patofysiologi, Göteborgs Universitet

I åldersgruppen under 45 år utfaller undersökningen oftast normal. Vår uppfattning är att indikationen för gastroskopi hos patienter under 45 år i första hand måste avgöras av anamnes och sjukdomsbild och inte på basen av HP-serologi.

Givetvis anser vi inte att alla patienter med dyspepsi skall gastroskoperas, utan duration och svårighetsgrad av symtom och individuell bedömning måste avgöra.

För att fånga in patienter med ulcus-sjukdom, särskilt ulcus duodeni, kan HP-serologi möjligen användas, då sannolikheten är betydligt högre för positivt fynd vid pågående HP-infektion, i varje fall hos personer med inhemsk bakgrund.

Incidensen av celiaki är ökande

Att celiaki skulle vara sällsynt vill vi inte instämma i då incidensen ökar beroende på kunskaper om denna sjukdom. För närvarande har man en prevalens av sjukdomen i Sverige på 0,3–0,5 procent i populationsstudier av vuxna [1, 2].

Hur prevalensen ser ut i grupper med buksymtom är mer oklart, men dyspepsi kan förekomma utan andra symtom hos celiakipatienter [3, 4].

Vad vi påpekade i kommentaren var att man i samband med gastroskopi för dyspepsi bör vara liberal med att ta duodenalbiopsi för att undvika att undersökningen senare kanske måste upprepas.

Refluxsjukdom är vanligare än ulcus-sjukdom i åldersgruppen under 45 år, men kan lättare urskiljas från den stora dyspepsigruppen på grund av typiska symtom. I olika dyspepsimaterial rapporterades esofagitfrekvensen till 8–17 procent, där medelåldern var under 50 år.

Eradikeringsbehandling

Det glädjer oss att vi är eniga på en punkt, nämligen att vi för närvarande inte har några vetenskapliga bevis för att HP-positiva patienter med funktionell dyspepsi har någon symptomlindrande effekt av eradikeringsbehandling, och att ni lyckas övertyga dessa patienter om att avstå från eradikeringsbehandling. Kan man vara säker på att dessa patienter inte söker annan läkare för att erhålla behandling?

Kristina Sjölund

docent, medicinkliniken, Universitetssjukhuset, Lund

Åke Danielsson

professor, medicinkliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Referens

1. Sjöberg K, Eriksson S. Regional differences in coeliac disease prevalence in Scandinavia? *Scand J Gastroenterol* 1999; 34: 41-5.
2. Ivarsson A, Persson LA, Juto P, Peltonen M, Suhr O, Hernell O. High prevalence of undiagnosed coeliac disease in adults: a Swedish population-based study. *J Intern Med* 1999; 245: 63-8.
3. Hovdenak N, Hovlid E, Aksnes L, Fluge G, Erichsen MM, Eide J. High prevalence of asymptomatic coeliac disease in Norway: a study of blood donors. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999; 11: 185-7.
4. Bode S, Gudmand-Hoyer E. Uncidence and prevalence of adult coeliac disease within a defined geographic area in Denmark. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31: 694-9.

Fullständig adress

Även när manus lämnas via e-post behöver redaktionen fullständig uppgift om postadress. Ange likaså alltid titel, tjänsteställe och verksamhetsort.

Komplett manus kortar vägen till publicering.

Red