

Skopiutredning: möjligheter och begränsningar

Arvid Hamrin

Överläkare

Medicinkliniken Sundsvall

Generellt om indikationer

- Gråskala mellan obefintlig och påtaglig misstanke om allvarlig sjukdom
- Svårt att sätta en adekvat "cut off" för vad som är rimligt och inte
- Väg ihop varningsflaggor. Ålder en av de viktigaste faktorerna.
- Cancer finns även hos patienter under 40-50 men är ovanlig
- Passar illa för "algoritmiserad" vård- använd riktlinjer som stöd, inte som regel.
- Motivera gärna resonemanget i remissen

Generellt om gastroskopi

- Snabb och hyfsat enkel undersökning
- Även riktigt gamla patienter brukar klara av den
- Dyspne och kognitiv svikt är kontraindikationer hos äldre
- Ger uttalade kväljningskänslor. Värre för yngre än äldre.
- Är frågeställningen nog konkret för att motivera ett uttalat obehag?

Generellt om koloskopi

- Kräver anpassad kost några dagar och grundlig laxering natten innan
- Tar 20-60 minuter
- Oftast måttlig smärta, ibland lindrig, ibland stark
- Perforationsrisk ca 0,5-1/1000. Perforation farligare hos äldre/sjukare.
- Obehag i paritet med att laga ett hål i en tand
- Kräver en patient som kan medverka fysiskt, klara laxering, utstå åtminstone måttligt obehag
- Låg fysisk funktionsnivå och mer än helt lindrig kognitiv svikt är kontraindikationer
- Därav åldersgräns *biologisk* ålder 75 år. DT kolon?
- Är frågeställningen nog konkret för att motivera obehaget?
- Vid patienter i livets slutskede: förändrar ett fynd handläggningen? Operabilitet?

Narkos då?

- Fullt möjligt. Propofolrus.
- Dubblat resursbehov (två läkare, två sköterskor) än vanlig skopi (1+1)
- Aningen större komplikationsrisk (ingen smärtreaktion som återkoppling)
- Vi kräver därför i regel att man åtminstone gör ett försök med "vaken" skopi
- Rätt mkt sedering kan ges utan narkospersonal
- Vid stark indikation och fobisk patient kan undantag diskuteras
- Radiologi istället för skopi? Motivera i så fall tankegången i röntgenremissen
- I framtiden kommer nog "patientkontrollerad" propofolsedering.

Indikationer, uppifrån och ned

Dysfagi

- Hos äldre: esofaguscancer. Relativt ovanligt men symtomet ju tydlig varningsflagga. Stark indikation för skopi.
- Hos alla åldrar: eosinofil esofagit
- Akalasi? Esofagusdivertikel? Striktur pga reflux? Svampesofagit?
- Sammanfattningsvis okontroversiell indikation. Remittera alla.

Reflux, halsbränna

- Skopi ingår i alla vårdprogram
- Vad letar vi egentligen efter?
- Oavsett fynd är behandlingen PPI vid behov
- Nog rest från Losectiden
- Stöd för att sätta ut överksamt PPI möjligt skäl
- Vid dysfagi, viktnedgång etc- alltid skopi
- Utan larmsymtom- skopi efter övervägande.
- Refluxkirurgi?

Dyspepsi, epigastralgi

- Ventrikelcancer? Ovanlig cancer. Misstänk vid larmsymtom, nytillkomna besvär efter 50 års ålder eller vid järnbrist. F-Hb tveksamt värde.
- Ulcus? Knappast om PPI ej hjälper. Finns i princip inte vid neg HP och utan NSAID. Kolla helicobacter (och eradikera) istället för att remittera till gastroskopi.
- "Gastrit"? Inte relevant frågeställning. Histologisk gastrit och/eller rodnad ventrikel korrelerar inte med dyspepsi.
- Funktionell dyspepsi absolut vanligast. Man kan eradikera HP men förvänta inte symptomfrihet.
- Rimlig misstanke om ventrikelcancer alltså enda egentliga skopiindikationen. Ålder, larmsymtom.

- Galla? Angina pectoris? Pankreas?

Viktnedgång och malabsorption

- Celiaki? Transglutaminasantikroppar nära 100% sensitivitet. Mkt låg misstanke vid negativa antikroppar.
- Crohn? Kalprotektin nära 100% sensitivitet. Låg misstanke vid negativt prov (<150-250).
- Malignitet? Ovanligt med viktnedgång som enda fynd. Skopi om misstanken ändå uppstår.

Förändrade avföringsvanor, nytillkommen förstoppning

- Klassisk koloskopiindikation hos patient över 50
- Dock tämligen låg korrelation till cancer
- I kombination positivt f-Hb rimlig indikation
- Utan f-Hb relativ indikation. Remittera om det känns rimligt
- Under 50 tveksam indikation. Väg ihop rimligheten! IBS vanligast.
- (f-Hb- känsligt men ospecifikt. Rule out- prov! Jämför med d-Dimer)

Positivt f-Hb

- Mycket ospecifikt
- Som slumpfynd låg risk för cancer. Avvakta?
- Kopplat till GI-symtom låg till måttlig risk. Koloskopera.

- Men: nu screenar vi 60-74-åringar. Därför rimligt att skopera vid slumpfynd inom denna ålder (opportunistisk screening)
- Att hitta polyper är alltid bra, och en skopi hos en patient 60-74 års ålder är aldrig helt i onödan.

Anemi

- Finns järnbrist? Hög misstanke om cancer!
- Oförklarad järnbrist ska alltid skoperas. Tyst symtom och därför lömskt. Oftast gastro- och koloskopi i samma seans.
- Kort anamnes farligare än lång
- Anemi utan järnbrist i regel inte skopiindikation. Positivt f-Hb får tolkas separat (60-74 års ålder?)

Färskt blod i avföringen

- Enstaka blödning: nästan aldrig cancer
- Upprepad konstant blödning: nästan alltid cancer
- Rimlig skopiindikation. Om man expekterar vid enstaka blödning bör man följa upp.

Buksmäрта

- Nej. Mkt låg korrelation till cancer och IBD. Ofta mkt besvärliga skopier.
- Ofta besvärlig situation: patient med hög symtombörda ger känsla av att "något måste göras"
- Leta larmsymtom. Kolla kalprotektin och järnstatus.
- Vad göra istället? Värdera situationen. Gör det som faktiskt är indicerat. Om inget är indicerat- lägg tid och möda på att lugna patienten och förklara. Aldrig opiater. Ibland tricykliska antidepressiva, SSRI, Gabapentin etc. Psykolog?

Diarré

- Entydiga diarréer utan "IBS-bild"
- IBD? Möjligt. Kolla kalprotektin. Neg kalprotektin utesluter nästan IBD.
- Mikroskopisk kolit: Rimlig frågeställning hos kvinnor och äldre män. Provbehandla gärna med Loperamid och/eller Kolestyramin först.

Sammanfattning

- Indikation gastroskopi: Dysfagi eller rimlig misstanke om ventrikelcancer
- Indikation koloskopi: Rimlig misstanke om IBD eller cancer. Pos f-Hb i åldern 60-74 år.
- Kom ihåg att värdera om patienten klarar obehaget
- Värdera om misstanken är stark nog för att utsätta patienten för obehaget

- Håller du inte med om remissbedömningen: ring och diskutera!