

PRAKSISNYTT - FIH

Praksis - konsulent - ordningen

Samarbeid Informasjon Kommunikasjon
Allmennpraksis - Sykehus – Spesialistpraksis

Nr 10/2000 21.06.00

| | | |
|---|---|---|
| Gastro-duendoskopi | 24 timers ph-registrering | Colonoscopi |
| Aktuell problemstilling i allmenpraksis | Hepatitt C | Praksiskonsulentene ved FiH |

PRESENTASJON AV GASTRO-ENTEROLOGISK SEKSJON GASTRO-LAB

GASTRO-DUODENOSKOPI

Ventetid:

Ingen ventetid.

Man bør ikke behandle med syrehemmende medikamenter på forhånd når det samtidig er indisert med gastro-duodenoskopi. Dette kan kamuflere endoskopiske funn og Helicobacter-diagnostikk. Det burde være uproblematisk å vente med denne form for behandling nå når det ikke er ventetid på gastroskopi.

Melena-pas. mottas som ø.hj. i l.a. 1-2 dager etter henvisning pr. telefon. De fleste av disse vil naturlig nok være innlagt, særlig ved større blødninger, raskt fall i Hb.

Indikasjoner:

Når det er mistanke om:

- ulcus
- gastro-duodenitt
- reflux-esofagitt
- ca. esophagi, ca. ventriculi
- utredning av mulig atrofisk gastritt, coeliaki ved B12/folinsyremangel.

Kommentarer:

Endomycium-test er en utmerket screening ved mistanke om coeliaki.

Ved påvist coeliaki: 1 år med diett, deretter ny biopsi. Ikke aktuelt med provokasjonsforsøk hos voksne. Henvisning dietetiker.

Biopsi med urease hurtigstest gir svar på Helicobacter-status i løpet av få timer.

Pusteprøve. Drikke C13-merket urea. Bakterien har urease, spalter urea til amoniakk og CO₂, og dette gir da C₁₃O₂ som kan påvises ved pos. test. Etter ½ time puster pas. gjennom et par sugerør ned i reagensglass som sendes inn. Svar i løpet av 1-2 dager. Benyttes mest som kontroll etter eradikasjon, men også overfor pas. der gastroskopi ikke er aktuelt, eller der biopsi er kontraindisert, for eksempel pas. som står på Marevan.

Funksjonell dyspepsi, normal makroskopisk slimhinne uten ulcus eller betennelsesforandringer – ingen effekt av eradikasjon selv om bakterien påvises.

Behandling basert kun på positiv Helicobacter-serologi er ikke å anbefale.

Grundig anamnese er ønskelig. Særlig symptomlokalisasjon, varighet, måltidsrelasjon, endring i avf.mønster.

Luft/rumling/dyspepsi/reflux-symptomer blandes ofte i henvisningene.

Det er også grunn til å minne om *definisjonen av dyspepsi*: Dyspepsi er smerte eller ubehagi i øvre del av abdomen. Definisjonen inkluderer ikke refluxsymptomene bryst- eller halsbrann eller sure oppstøt.

24-TIMERS pH-REGISTRERING

Ventetid:

Denne har hittil vært lang, ca. ½ år, men den antas å minke når utstyret snart suppleres med enda ett apparat.

Undersøkelsen tar 24 timer.

Indikasjoner:

- Plagsomme reflux-symptomer med normale gastrokopifunn.
- Diff diagnostikk ved angina og lungelidelser.
- Preoperativt ved operasjon for reflux.

Kommentarer:

Viktig undersøkelse. Viktig å tenke på også hos barn.

Også viktig for pas. av økonomisk årsak, for det skal egentlig kreves påvist reflux enten ved endoskopi eller pH-måling før syrehemmende medisiner kan skrives ut på blå resept. p 41.

Undersøkelsen gjøres også preoperativt ved reflux. Operasjon for dette kan være aktuelt hos yngre personer som et alternativ til årelang protonpumpehemmende behandling. Dette medfører gastrin-stigning og det finnes teorier som går ut på økt cancer risiko, men dette er ikke vist annet enn hos mus.

COLONOSKOPI

Ventetid:

4 – 5 mndr. hos uprioriterte. Det er håp om kortere ventetid når en snart får utstyr til å colonoskopere på 2 undersøkelsesrom.

Indikasjoner:

Mistanke om

- polypper
- cancer
- colitter.

Kommentar:

Kun magesmerter uten blod er ingen indikasjon. Da kun rectoskopi + rtg + ev. flere avf.prøver til us på blod.

AKTUELL PROBLEMSTILLING I ALLMENNPRAKSIS:

Pas. har opplevd at magen har endret karakter vedvarende min 2-3 uker:

Forslag til prosedyre:

- Rectal eksplorasjon inkl. hemofec fra hanske
- Hb
- Hemofec x 6
- Rectoskopi etter forutgående tømning med miniklyster
- Rtg. colon
- Colonoskopi hvis resultatet av ovennevnte er positivt.

Ad rectoskopi:

Biopsi er sjelden aktuelt i allmennpraksis. Fare for perforasjon og blødning, særlig hvis utstyret er grovt.

Hvis polypp påvises hos person <70 år henvises til colonoskopi.

Hvis polypp med diam. > 5mm hos person > 70 år henvises til colonoskopi, ellers kun rtg.

Rectoskopi ev. med biopsi eller fjerning av polypp gjøres på kir.pol.

Andre endoskopier gjøres på gastro-lab.

ERCP gjøres i praksis kun på inneliggende pas.

HEPATITT C

Ivaretas ved gastro-enterologisk seksjon, med.pol. v/seksjonsoverlege Jens Østborg og overlege Ingrid Blomgren.

Andre leverlidelser/gastro-enterologiske problemstillinger ivaretas også her.

Sykdommen

Kronisk hepatitt C er mer vanlig etter hvert. De fleste kommer fra stoffmisbrukermiljø. Testing på blodgivere er utført fra ca. 1990, og enkelte kan ha fått sykdommen ved blodtransfusjon før denne tid.

Smittsomhet ligger et sted mellom HIV og hepatitt B ved sex-kontakt og blodsmitte.

Inkubasjonstid ligger et sted mellom hepatitt A og hepatitt B, anslagsvis 1-2 mndr.

De fleste får subklinisk forløp, en del får akutt hepatitt. 85% får kronisk hepatitt og kronisk smittebærertilstand.

Nominativt meldepliktig kun ved akutt sykdom.

Behandling

Behandling kan tilbys tidligere stoffmisbrukere etter stoff-frihet i ½ år. Ikke aktuelt med behandling hos personer som fortsatt tar rusmidler av ett eller annet slag.

Behandling anses indisert kun ved forhøyede leverenzymmer. Hvis dette ikke er tilfelle, regner man med at pas. har en lettere sykdom, og disse er også vanskeligere å kurere. Leverbiopsi kreves før behandling.

Behandlingstid 6-12 mndr.

Tidligere behandling kun med Interferon, resultat ca. 20 - 25% helbredelse. Nå kombinasjons-behandling *Interferon og Ribavirin*, med helbredelsesprosent på 40.

Mye bivirkninger. Influensa-lignende symptomer, muskel-leddsmerter, feber, depresjon.

Tidligere alvorlig depresjon er kontraindikasjon. Det er beskrevet suicid i forbindelse med behandlingen.

Inntil nylig har FiH behandlet ca. 15 personer med kronisk hepatitt C i et protokoller i forsøk.

Nå behandles kronisk hepatitt C på medisinsk poliklinikk utenom protokoller, men etter et standardisert opplegg.
Seksjonsoverlege Jens Østborg og praksiskonsulent Tor M. Aune

Dette er praksiskoordinator / praksiskonsulentene ved FIH:

Ansvar for:

Dr Marianne Svindland telefon direkte 52 73 20 60 (FIH onsdag) Radiologisk avdeling og sentrallab.

Dr Tor M Aune telefon direkte 52 85 75 36 (Kopparen) Medisinsk og nevrologisk avdeling

Dr Torbjørn Egenberg telefon 52 77 52 88 (Aksdal) Seksjon for kirurgi og ortopedi

Dr Tore Haaland telefon 53 76 80 10 (Ølen) Gynekologisk avdeling

Dr Eric W Mills mobiltel 90 89 39 80 (Etne) Barne avdeling

Dr Christian Veuskens telefon 52 73 73 68 (Haugesund) Øye- og ØNH avdelingene

| | | |
|---|---|--|
| Praksiskonsulentordningen Fylkessjukehuset i Haugesund 5513 HAUGESUND | Redaktør Marianne Svindland Spesialist i allmenmedisin Praksiskoordinator | Telefon sentralbord: 52 73 20 00 Telefon direkte: 52 73 20 75 Telefax: 52 73 20 19 |
|---|---|--|