

Kasuistik

Seponering af langvarig behandling med protonpumpehæmmer

Peter Fentz Haastrup^{1, 2} & Dorte Ejg Jarbøl²,

1) Lægerne i Hesselager, 2) Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet

Ugeskr Læger 2026;188:V0825629. doi: 10.61409/V08250629

Protonpumpeinhibitorer (PPI) er blandt de mest anvendte lægemidler i Danmark. Ifølge Sundhedsdatastyrelsen indløste 656.610 personer i 2024 en recept på PPI. Lægemidlerne er effektive til at reducere ventriklens syreproduktion og anvendes primært til behandling af gastroøsofageal refluks sygdom samt til forebyggelse og behandling af gastroduodenale ulcera. Det stigende forbrug gennem de seneste år har affødt bekymring for overforbrug og har givet anledning til overvejelser om, hvorvidt der i tilstrækkelig grad sikres klar indikation ved opstart og løbende evaluering af behovet for fortsat behandling – især ved langvarig brug. Seponering af PPI kan være udfordret af hypergastrinæmi og rebound-hypersekretion af mavesyre og syrerelaterede symptomer efter ophør [1].

Sygehistorie

En 69-årig kvinde med kendt hypertension, hyperkolesterolæmi og polyartrose deltog i en årlig statuskonsultation hos egen læge. Ved gennemgang af medicinlisten fremgik det, at hun var i behandling med losartan 100 mg, amlodipin 5 mg, atorvastatin 40 mg og pantoprazol 40 mg dagligt. Blodtryks- og kolesterolsænkende behandling var veltolereret og vurderedes fortsat indiceret. Ved forespørgsel til behovet for pantoprazol udtrykte patienten modvilje mod seponering og fortalte, at hun gennem flere år havde taget præparatet dagligt og »ikke kunne undvære det«. Ved yderligere udspørgen beskrev hun tidligere seponeringsforsøg på egen hånd uden lægelig kontakt, hvor hun havde oplevet gener som halsbrand og epigastriske smerter – symptomer, der hurtigt forsvandt ved genoptagelse af pantoprazol. Behandlingen var oprindeligt startet fire år tidligere på baggrund af uspecifikke øvre gastrointestinale gener uden øvrige diagnostiske undersøgelser. Der var ikke siden registreret relevante symptomer i journalen, og der var aldrig foretaget opfølgning og revurdering af behandlingen.

Ved konsultationen blev patienten informeret om rebound-fænomenet og den mulige

sammenhæng med hendes tidligere symptomer ved forsøg på seponering. Det blev aftalt at forsøge nedtrapning med råd om at tage syreneutraliserende antacida ved rebound-symptomer. Pantoprazol reduceredes først til 20 mg dagligt i to uger, hvorefter patienten ved ny kontakt kunne berette, at hun ikke havde gastrointestinale gener. Det blev derfor aftalt at forsøge yderligere reduktion af dosis til 20 mg hver anden dag. Ved opfølgning to uger herefter var hun fortsat symptomfri og havde på tilfredsstillende vis kuperet enkelte episoder med seponeringssymptomer i form af halsbrand og ubehag i epigastriet med antacida. Det blev derfor aftalt, at hun kunne ophøre helt med pantoprazol og fortsat anvende antacida ved behov og med plan om at kontakte lægen ved nyttilkomne eller vedvarende syrerelaterede gener.

Ved ny konsultation tre måneder senere havde hun ikke genoptaget pantoprazol og anvendt antacida sporadisk – med tilfredsstillende effekt. Patienten var meget tilfreds med at have reduceret sit daglige medicinbrug.

Diskussion og konklusion

Denne sygehistorie illustrerer, hvordan modstand mod ændringer i medicinering ofte beror på misforståelser, tidligere erfaringer eller manglende information. Klinisk nysgerrighed over for patientens perspektiv kan afdække barrierer for seponering og åbne for samtaler om medicinreduktion. Studier viser, at mange patienter i langvarig PPI-behandling har forsøgt seponering uden lægelig vejledning [2], og manglende kendskab til rebound-effekten kan bidrage til misforstået behov for fortsat behandling. Information om forventede rebound-symptomer, varighed og rådgivning om brug af antacida/alginat ved rebound-symptomer kan øge sandsynlighed for seponering/dosisreduktion af langvarig PPI-behandling uden klar indikation [3]. Succesraten for seponering af langvarig PPI-behandling varierer mellem kliniske studier og kan være afhængig af interventionen. Der er formentlig størst chance for seponering hos patienter uden klar syrerelateret indikation som f.eks. gastroøsofageal reflukssygdom [4].

Løbende revurdering af indikation og stillingtagen til fortsat behandling – med inddragelse af patientens motivation og viden – kan være hensigtsmæssigt for at sikre rationel anvendelse af PPI. Herved kan man sikre kompliance hos patienter med velindiceret behov for langvarig behandling (svær gastroøsofageal reflukssygdom eller høj risiko for ulcuskomplikation) og drøfte seponering/dosisreduktion hos patienter med tvivlsom indikation for langtidsbehandling med PPI [5].

Korrespondance *Peter Fentz Haastrup*. E-mail: phaastrup@health.sdu.dk

Antaget 30. oktober 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 2. marts 2026

Interessekonflikter PH oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Dansk Selskab for Almen Medicin og Nordic

Federation of General Practice. Begge forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V08250629

doi 10.61409/V08250629

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

Discontinuation of long-term proton pump inhibitor treatment

This case report describes a 69-year-old woman on long-term pantoprazole therapy, initially prescribed for nonspecific upper gastrointestinal symptoms. Despite resistance to discontinuation due to rebound symptoms, a gradual dose reduction combined with patient education and use of antacids led to successful cessation. The case highlights the importance of regular medication review, patient involvement, and awareness of rebound acid hypersecretion in facilitating rational PPI use and deprescribing efforts.

REFERENCER

1. Lødrup AB, Reimer C, Bytzer P. Systematic review: symptoms of rebound acid hypersecretion following proton pump inhibitor treatment. *Scand J Gastroenterol*. 2013 May;48(5):515-522. <https://doi.org/10.3109/00365521.2012.746395>
2. Kurlander JE, Kennedy JK, Rubenstein JH, et al. Patients' perceptions of proton pump inhibitor risks and attempts at discontinuation: a national survey. *Am J Gastroenterol*. 2019;114(2):244-249. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000061>
3. Targownik LE, Fisher DA, Saini SD. AGA clinical practice update on de-prescribing of proton pump inhibitors: expert review. *Gastroenterology*. 2022;162(4):1334-1342. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.12.247>
4. Björnsson E, Abrahamsson H, Simrén M, et al. Discontinuation of proton pump inhibitors in patients on long-term therapy: a double-blind, placebo-controlled trial. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;24(6):945-954. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2006.03084.x>
5. Dansk Selskab for Almen Medicin. Dyspepsi og gastroøsofageal reflukssygdom hos voksne – udredning og behandling. København, 2021. <https://www.dsam.dk/vejledninger/dyspepsi>