

Gastroesofageal refluxsjukdom – gammal bekant med nya ansikten

MYCKET TALAR FÖR ATT DAGENS HANDLÄGGNING AV PATIENTER MED GERD KAN OPTIMERAS

Hans Törnblom, docent, överläkare, sektionen för medicinsk gastroenterologi och hepatologi, medicinkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Alexandros Tsoposidis, specialistläkare

Ville Wallenius, docent, överläkare

Srdjan Kostic, med dr, överläkare

Hans Axelsson, med dr, överläkare, sektionschef, samtliga fyra ovanstående kirurgkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset Östra, Göteborg

Lars Lundell, professor emeritus, avdelningen för kirurgi, CLINTEC, Karolinska institutet, Stockholm
 ● lars.lundell@ki.se

Bengt Håkanson, med dr, överläkare, chef övre GI-kirurgi, kirurg- och anestesikliniken, Ersta sjukhus, Stockholm

Magnus Simrén, professor, överläkare, sektionen för medicinsk gastroenterologi och hepatologi, medicinkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Anders Thorell, professor, överläkare, kirurg- och anestesikliniken, Ersta sjukhus, Stockholm

Förekomsten av gastroesofageal refluxsjukdom (GERD) är hög i västvärlden, där sjukdomen förekommer hos 10–25 procent av den vuxna befolkningen, men blir vanligare i allt fler delar av världen [1]. Orsaken till dessa förändringar är många, men sjukdomen har ofta associerats till förändringar i människors livsstil. Det som definierar sjukdomens svårighetsgrad är hur hög symtombördan är i det enskilda fallet (Figur 1) och hur stor inverkan symtomen har på patientens livskvalitet [2]. Mot denna bakgrund är det naturligt att i första hand sträva efter att åstadkomma livsstilsförändringar (viktnedgång, rökstopp, ökad fysisk aktivitet, undvikande av sena måltider och åtsittande kläder etc) hos de patienter som behandlas för GERD. Det har emellertid visat sig vara svårt att vetenskapligt belägga dessa interventioners terapeutiska effektivitet. Protonpumpshämmare har blivit förstahandsvalet för effektiv läkemedelsbehandling av GERD. Dessa preparat kan hantera de flesta av patienternas symtom, läka esofagusskadan (exempelvis esofagit och striktur), normalisera livskvaliteten, förbättra arbetsförmågan samt gynnsamt påverka mindre uppmärksammade effekter av sjukdomen såsom sömnsvårigheter [3, 4]. Detta gäller även tillfälligt besvärande refluxsymtom hos gravida kvinnor. Parallellt med tillkomsten av denna effektiva medicinska behandling har stora förändringar skett i den övriga handläggningen av dessa patienter. Vid tidpunkten för introduktionen av histamin-2-receptorantagonister, och senare även protonpumpshämmare, diagnostiserades och behandlades dessa patienter ofta av sjukhusspecialister (kirurger eller medicinska gastroenterologer), och gastroskopi hade en central plats i diagnostiken. Efter hand förändrades handläggningen så att denna stora patientgrupp i huvudsak flyttades över till primärvården eller till annan medicinsk öppenvård, samtidigt som diagnostiken förändrades i riktning mot bruket av empirisk behandling med protonpumpshämmare [5, 6]. Mycket talar för att detta har varit till gagn för många patienter, men det finns problem som behöver belysas och hanteras i syfte att optimera handläggningen av patienter med GERD.

Målsättningen med denna artikel är därför att lyfta fram de delar av GERD-handläggningen där kunskapsläget i dag motiverar optimerad användning av diagnostiska redskap och medicinska och kirurgiska behandlingsalternativ, för att därmed förbättra omhändertagandet av framför allt de patienter som har besvärande symtom trots behandling med protonpumpshämmare.

Typiska och atypiska GERD-symtom

GERD manifesterar sig i ett brett spektrum av symtom som kan delas in i de typiska, halsbränna och

sura uppstötningar, och de atypiska, exempelvis ickekardiell bröstsmärta och extraesofageala symtom, där symtom från luftvägar och svalg dominerar [2]. Figur 1 illustrerar de symtomatiska och organiska syndrom som kan kopplas till GERD, och där själva diagnosen GERD vilar på en patientcentrerad grund, med reflux av maginnehåll som orsakar besvärande symtom eller komplikationer. Som tumregel gäller att de typiska GERD-symtomen är mer åtkomliga för medicinsk och kirurgisk behandling och de atypiska i större utsträckning riskerar att vara mer svårbehandlade och ofta kräver mer ingående diagnostiska och terapeutiska överväganden [7]. I princip kan emellertid patienterna med så kallad refraktär GERD rekryteras från samtliga dessa grupper, som finns angivna i Figur 1, men de med esofageala syndrom dominerar.

Ofullständig diagnostik

Optimal handläggning av patienter med GERD kräver hög kvalitet och precision på diagnostiken. Välkända är de typiska symtomen som halsbränna och sura uppstötningar (läges-/ansträngningsberoende), symtom som har hög specificitet men låg sensitivitet för GERD. Patienter med likartad symtombild erbjuds oftast ett så kallat diagnostiskt test (eller snarare ett terapiförsök) med protonpumpshämmare för att värdera magsyrans roll bakom uppkomsten av symtomen. Detta test ska enligt riktlinjer pågå i 7–14 da-

HUVUDBUDSKAP

- Gastroesofageal refluxsjukdom (GERD) kräver ofta livslång behandling.
- Protonpumpshämmare är effektiva och kan ges under lång tid.
- De diagnostiska kriterierna måste stramas upp, framför allt inför långtidsbehandling med protonpumpshämmare.
- Behandlingens effekt och fortsättning måste regelbundet utvärderas.
- När behandling med protonpumpshämmare sviktar ska patienten erbjudas handläggning vid enhet med fokus på esofagussjukdomar.
- Många patienter med GERD som behandlas med protonpumpshämmare kräver handläggning med helt annan diagnos i fokus.
- Utrednings- och behandlingsalternativen är många vid bristande effekt av protonpumpshämmare.
- Indikationerna för kirurgisk behandling av GERD är väletablerade, men behandlingen är underutnyttjad.

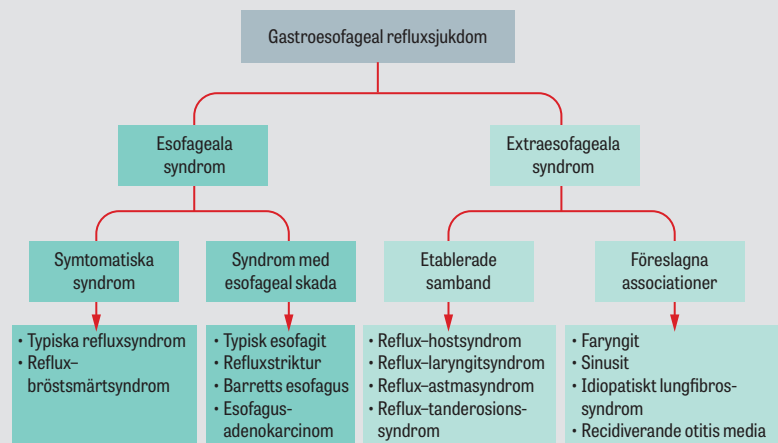
FAKTA 1. Indikationer för endoskopi vid handläggning av patienter med GERD

- Oklar diagnos som förklaring till symtomen
- Förekomst av riskfaktorer för Barretts esofagus
- Alarmsymtom
 - dysfagi
 - viktminskning
 - anemi
 - hematemes
- Led i utredning inför eventuell antirefluxkirurgi
- Behandlingssvikt med protonpumpshämmare (refraktär GERD)

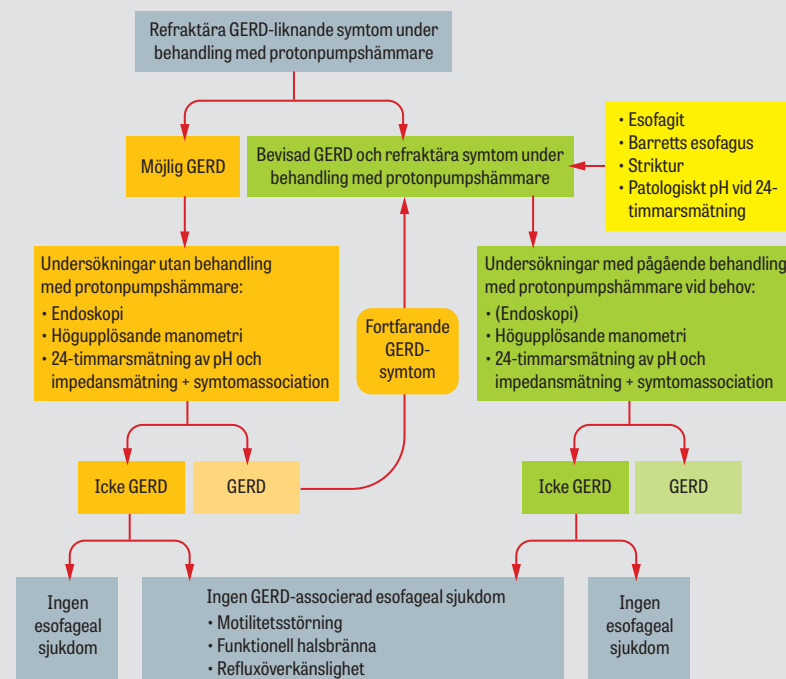
gar, och därefter ska en utvärdering göras. Ett positivt symtomsvar stödjer då GERD-diagnosen [3, 4]. Mycket talar dock för att test med protonpumpshämmare i dag inte används på detta stringenta sätt i klinisk praxis [3, 6, 8]. På samma sätt ska, om typiska symtom inte förbättras, ytterligare utvärdering/utredning initieras för att bekräfta GERD-diagnosen eller eftersöka en alternativ diagnos. Inom såväl sluten- som primärvården fortsätter dock alltför ofta förskrivningen av protonpumpshämmare utan att det sker en periodisk värdering av indikationen för fortsatt behandling, vilket sannolikt bidrar till betydande överförskrivning av protonpumpshämmare [8]. Man bör hålla i minnet att som mest endast 70–75 procent av patienter med GERD som uppvisar esofageala syndrom uppnår en tillfredsställande kontroll av refluxsymtomen med standarddosering av protonpumpshämmare. Varje läkare som konfronteras med en patient med förmodad GERD som behandlas med protonpumpshämmare sedan varierande tid ska därför alltid ställa sig frågan hur säker diagnosen är och om patienten fortsatt behöver denna kontinuerliga behandling.

Värdet av endoskopi

Gastroskopi är en undersökning som kan ge mycket värdefull information av diagnostisk art, men som ska brukas selektivt och baserat på noggranna indikationer, inte minst därför att undersökningen är kostsam och upplevs som obehaglig av många patienter. Förekomst av esofagit och/eller Barretts esofagus är en stark indikation om att patienter har GERD (dessa ska då graderas enligt Los Angeles- respektive Pragklassifikationerna [9, 10]). Endoskopifyndet är emellertid normalt hos nästan två tredjedelar av obehandlade patienter med klassiska GERD-symtom [1, 2]. Således har endoskopi hög specificitet men låg sensitivitet för GERD. Endoskopi är indicerad hos de patienter med kronisk GERD som befinner sig i riskzonen för att ha Barretts esofagus (Fakta 1). Exempel på riskprofiler är manligt kön, högt BMI, ålder ≥ 50 år och ärftlighet. Till detta kommer att rökning och hög alkoholkonsumtion förmodligen också ökar risken för Barretts esofagus. Hos patienter med misstanke om Barretts esofagus motiveras undersökningen av att definiera risken för uppkomst av körtelcancer i den omvandlade slemhinnan i distala esofagus, liksom behovet av uppföljning för att upptäcka förstadier till cancer. Endoskopi ska vidare utföras hos patienter med alarmsymtom (det vill säga dysfagi, viktminskning, anemi, hematemes) samt

FIGUR 1. Syndrom som kan kopplas till gastroesofageal refluxsjukdom

► De olika kliniska manifestationer som läkaren kan möta vid handläggning av gastroesofageal refluxsjukdom. Modifierad efter [2].

FIGUR 2. Utredningsgång och utfall vid terapivikt

► Sammanfattande algoritm över utredning, handläggning och möjliga diagnostiska utfall hos patienter med förmodad gastroesofageal refluxsjukdom som inte svarar på 8–12 veckors standarddosering av protonpumpshämmare. För övriga detaljer rörande handläggningsprinciperna se löpande text under »Scenarier av terapivikt«. Modifierad från [12, 13, 15].

hos dem med misstänkt GERD, vilkas symtom inte svarar på lämplig antisekretorisk medicinsk behandling. Inför antirefluxoperation är endoskopi också en nödvändig preoperativ undersökning. Biopsier från distala esofagus hos patienter med GERD utan Barretts esofagus tas numera sällan hos vuxna [11], då analys av dessa biopsier oftast inte ger någon betydelsefull vägledning i den vardagliga hanteringen av patienterna.

Olika scenarier av terapivikt

När det gäller patienter med förmodad GERD som inte svarar på ett tillfredsställande sätt på behandling med

FAKTA 2. Hantering vid otillräcklig syrahämning

- Bedöm ordinationsföljksamhet gällande protonpumpshämmare.
- Är ordinationen optimal? Protonpumpshämmare ger bäst syrahämmande effekt om dosen tas före måltid [12-15].
- Dubblera dosen protonpumpshämmare till två gånger dagligen (före frukost och middag) om GERD-diagnosen bedöms säker. Utvärdera effekt på symtom efter ytterligare 8-12 veckor.
- Prova eventuellt en annan typ av protonpumpshämmare.
- Addera eventuellt histamin-2-receptorantagonister och/eller alginat vid sänggående om nattliga symtom förekommer.

FAKTA 3. Andra orsaker till terapivikt vid behandling med protonpumpshämmare

- Typiska eller atypiska GERD-symtom kan orsakas av annan sjukdom, till exempel akalasi eller eosinofil esofagit.
- Funktionell esofagussjukdom är vanlig, och där kan två diagnoser definieras:
 - Refluxhypersensitivitet. Symtom kan kopplas till objektivet uppmätt gastroesofageal reflux (vid 24-timmars pH-registrering) trots att den totala mängden reflux till esofagus under dygnet är inom normalområdet.
 - Funktionell halsbränna. Symtomen saknar koppling till gastroesofageal reflux eller annan, med dagens diagnosmetoder, påvisbar orsak.
- Psykosocial samsjuklighet, ångest, depression och stress ökar risken för mer intensiv symtomnivå även vid GERD, och bör adresseras och behandlas samtidigt med syrahämningen som vid svårbehandlad GERD.

protonpumpshämmare, måste man vara medveten om att det inom detta område ryms ett antal problem såväl av klassifikationskaraktär som av diagnostisk och terapeutisk art. Exempelvis har ett flertal studier visat att endast en minoritet av dessa patienter (vilka oftast stått på behandling under lång tid), som undersöks enligt ett strukturerat protokoll, verkligen har en behandlingsbar GERD [12-14].

I en nyligen presenterad konsensusrapport föreslår de europeiska (ESNM) och amerikanska (ANMS) neurogastroenterologiföreningarna följande grupper av terapivikt, som baserar sig på i vilken grad diagnosen GERD bygger på symtom som kan kopplas till objektiva undersökningsfynd i diagnos- eller uppföljnings-skedet av sjukdomen [15]. En sammanfattning av utredningsgång och utfall finns i Figur 2.

1. Refraktär GERD. Dessa patienter har i samband med att de erhållit en GERD-diagnos genomgått gastroskopi och/eller 24-timmars pH-registrering som styrker de vanligtvis typiska refluxsymtomens koppling till GERD. Sådana fynd är esofagit, peptisk striktur eller Barretts esofagus vid gastroskopi eller förhöjd syraexponering i distala esofagus vid pH-registrering, med eller utan symtomkorrelation. I denna patientgrupp kan man förvänta sig att 20-30 procent har kvarstående symtom och/eller kvarstående esofagusskada efter 8-12 veckors behandling med protonpumpshämmare en gång per dag. Otillräcklig syrahämning är här en vanlig orsak till behandlingssvikt (Fakta 2).

2. Refraktära GERD-symtom. Om GERD-symtom kvarstår trots utläkt esofagusskada och uppnådd god syrahämning hos dem som diagnostiserats med hjälp av objektiva fynd, ökar andelen patienter som har annat

än syrarelaterade orsaker till sina symtom. Exempel på sådana patienter är de som störs av volymreflux (icke sur-reflux), men även andelen patienter som har atypiska refluxsymtom som sitt huvudbekymmer hör till denna grupp. Detta gäller således oavsett om diagnosen initialt är ställd med objektiva fynd i samband med gastroskopi och/eller 24-timmars pH-registrering.

3. Refraktära refluxliknande symtom. Slutligen finns också en grupp patienter som har refluxsymtom, där det diagnostiska underlaget inte styrkts av objektiva undersökningsfynd, vilket således betydligt ökar osäkerheten i GERD-diagnosen. Denna grupp utgör, med dagens kliniska handläggning, sannolikt den största andelen av dem med terapivikt. Ofta är behandlingen inledd av patienten själv, och sjukvården ställs då inför bedömningen av vad de nuvarande symtomen verkligen kan bero på. I denna grupp är det exempelvis vanligare att patienten är en kvinna, har nattliga symtom, har mer utbredda och diffusa gastrointestinala symtom innefattande irritabel tarm (IBS) och dyspepsi samt snarast är normal- eller underviktig jämfört med patienter som har väldokumenterad GERD.

Orsaker till terapivikt

Otillräcklig syrahämning. Till denna grupp hör vanligtvis patienter med typiska refluxsymtom, med eller utan objektiv diagnosgrund. Hos dessa patienter kan det vara användbart att kontrollera de faktorer och pröva de åtgärder som specificeras i Fakta 2.

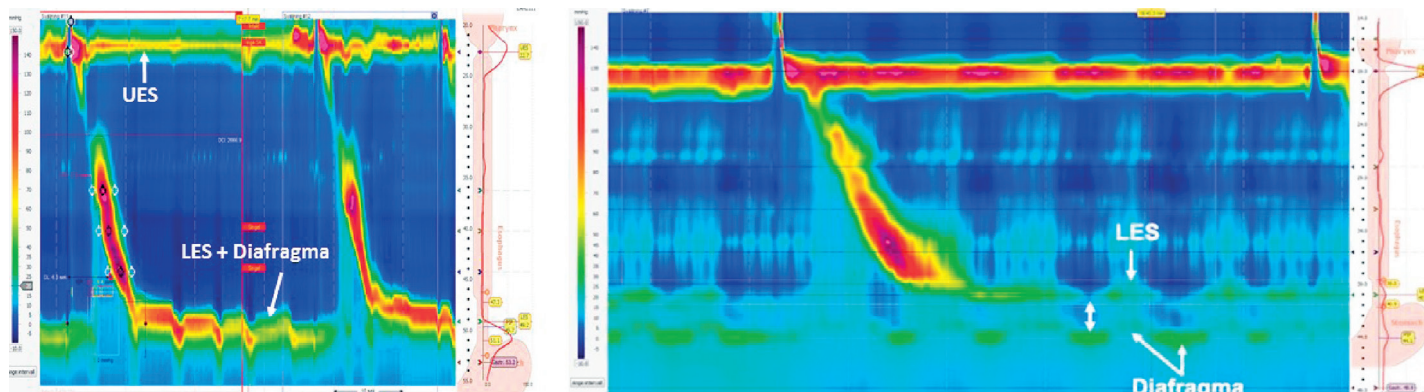
För de patienter med säkerställd GERD där syrahämning inte ger tillfredsställande lindring, och där andra bidragande diagnoser till terapivikten övertygande utesluts eller behandlats, bör man överväga att erbjuda information om och utredning inför kirurgisk behandling.

Otillräcklig kontroll av volymreflux. Detta är en patientgrupp som trots optimal syrahämning störs av den gastroesofageala refluxens volym och utbredning. Det nästan alltid förekommande diafragmabräcket (hiatushernia) storlek korrelerar till risken för svår GERD i form av till exempel esofagusskada (esofagit, Barretts esofagus) eller volymreflux. Denna patientgrupp bör erbjudas information om och, om så önskas, utredning inför kirurgisk behandling.

Andra orsaker. Både hos patienter med och utan en objektiv diagnosgrund kan annan orsak till terapivikt vid behandling med protonpumpshämmare föreligga. Vid dessa diagnoser bygger behandlingen på andra principer än att höja eller modifiera dosen. Det gäller att diagnostisera dessa tillstånd korrekt så att optimal handläggning ska kunna erbjudas (Fakta 3).

Undersökningar vid terapivikt

1. Gastroskopi med esofagusbiopsi. Påvisad esofagusskada i form av svårare grad av esofagit (grad C-D enligt Los Angeles-klassifikationen), striktur eller Barretts esofagus motiverar långtidsbehandling med protonpumpshämmare. Gastroskopi ska också genomföras vid terapivikt för att värdera möjligheten av annan sjukdom, till exempel eosinofil esofagit (biopsi krävs



Figur 3. Högupplösande manometri som visar en normal sväljningsinducerad peristaltikvåg väg genom esofagus från övre sfinktern (UES) ned till magsäcken, som svar på vattensväljning (bilden till vänster). I bilden till höger finns angivet en undersökning av en GERD-patient med dels lågt tonus i nedre esofagussfinktern (LES), dels hiatushernia med separation mellan LES och diafragma. Tryckprofilernas storlek i mm Hg

representeras av respektive färger (skala till vänster i bildkanten) under respektive tryckvågors propagation genom esofagus. Mörk violett färg motsvarar 150, rött 110, gult 60, grönt 40 och blått 0 mm Hg. På Y-axeln finns de olika förutbestämda nivåerna inom esofagus där respektive trycksensor är placerad. X-axeln representerar tiden från vattensväljningen som markeras av relaxationen i UES.

för diagnostik), retention i esofagus kopplad till akalasi eller cancerutveckling där refluxliknande symtom kan föreligga initialt. Undersökningen ger också möjligheten att diagnostisera patologiska tillstånd i magsäcken, till exempel tecken till ventrikelretention av organisk orsak eller sekundärt till motorikstörning. Genomförd gastroskopi är vidare en förutsättning för att esofagusmanometri och pH-registrering ska kunna tolkas korrekt.

2. Högupplöst esofagusmanometri. Vid denna undersökning kan den funktionella anatomin i gastroesofageala övergångszonen bedömas, till exempel vilotryck och funktion i nedre esofagussfinktern och tryckprofil som vid hiatushernia (Figur 3). Förekomsten av dysmotilitet, baserad på den så kallade Chicago-klassifikationen [16], och dessa fynd kan avgöra om symtomen kan vara en följd av akalasi eller annan signifikant motorisk dysfunktion. Vidare används esofagusmanometri för att säkerställa att mätpunkten vid pH-registrering hamnar på rätt nivå i esofagus enligt praxis.

3. Ambulatorisk 24-timmars pH-registrering med eller utan impedansregistrering. Vid denna undersökning kan relationen mellan symtom och objektiv förekomst av olika typer av gastroesofageal reflux dokumenteras. Om det inte föreligger några objektiva diagnostiska fynd vid gastroskopi ska undersökning ske utan samtidig syrahämmande behandling (7-10 dagars frånvaro av syrahämmande medicin). Vid terapivikt hos patient, där en objektiv diagnosgrund finns, ska undersökning ske under pågående behandling med protonpumpshämmare och med en kateter som både registrerar pH och ger en impedanssignal, genom vilken man inte bara kan bedöma om reflux föreligger utan även klassificera refluxen som sur, svagt sur eller icke-sur. Impedanssignalen kan dessutom särskilja om regurgitationen består av vätska eller enbart luft. Detta ger möjlighet att utreda och karakterisera en eventuell rapningsproblematik och dess relation till samtidig reflux. Sannolikt är så kallat ruminationssyndrom och inslag av supragastrisk eller gastrisk rapningsproblematik [12, 13] underdiagnosti-

FAKTA 4. Faktorer som stärker indikationen för antirefluxkirurgi hos patienter med kronisk GERD

- Behov av kontinuerlig medicinsk behandling (»beroende« av protonpumpshämmare)
- God symtomlindring av behandling med protonpumpshämmare
- Väldokumenterad refraktäritet vid behandling med protonpumpshämmare, men med kliniskt säkerställd GERD som förklaring till symtomen
- Hiatusbräck > 4 cm
- Objektivt påvisad gastroesofageal reflux vid 24-timmars pH-registrering med eller utan samtidig impedansmätning
- Volymreflux
- Patientens egna önskemål

FAKTA 5. Prognostiskt gynnsamma faktorer vid operation för GERD

- Manligt kön
- Yngre ålder
- Symtom som tydligt förbättras av protonpumpshämmare
- Volymreflux
- Positiv 24-timmars pH-registrering (ökad mängd sur reflux) med typiska symtom som tidsmässigt associeras till påvisbar reflux
- Hiatusbräck
- Typ av fundoplikation – bakre partiell fundoplikation har färre biverkningar
- Operation utförd på expert-/högvolymcentrum

serade i många grupper av patienter med terapivikt. Patienter med sådana symtom som dominerande problematik är olämpliga att remittera för bedömning inför eventuell operation med en fundoplikation. Diagnostisk vägledning avseende dessa diagnoser fås således via en kombination av en god anamnes, manometri och 24-timmars pH-/impedansregistrering.

Kirurgins plats vid behandlingen av GERD

Frågan är vilken plats som kirurgisk behandling av GERD (fundoplikation) ska ha då effektiv medicinsk behandling finns så lätt tillgänglig. Det är viktigt att poängtera att operationen långsiktigt rekonstruerar

inte bara anatomin i hiatusområdet (nedtagning av hiatushernia + crura-plastik) utan också fysiologin i viktiga refluxskyddande mekanismer [17]. Ingreppet utförs numera med minimalinvasiv teknik (laparoskopi), och data från stora randomiserade multicenterstudier [18-20] visar att resultaten är likvärdiga eller bättre jämfört med modern medicinsk behandling avseende förmågan att kontrollera GERD även vid långtidsuppföljning (5-15 år). Risk för komplikationer vid kirurgi, även om dessa är sällsynta, måste dock alltid tas med i den samlade bedömningen. Baserat på befintliga resultat från prospektiva studier och klinisk uppföljning är det därför rimligt att patienter med välutredd kronisk GERD, som av olika anledningar är intresserade av att diskutera alternativ till fortsatt livslång behandling med protonpumpshämmare, ges möjlighet till kirurgkonsultation (för etablerade operationsindikationer samt prognostiskt gynnsamma faktorer, se Fakta 4 och 5). Utöver denna grupp av patienter med kronisk GERD ska de med dominerande symtom på volymreflux erbjudas diskussion kring kirurgisk behandling. Beträffande patienter med extraesofageala symtom är det fortfarande tveksamt om kirurgisk behandling effektivt kontrollerar annat än de klassiska GERD-symtomen. Minimikrav på utredning inför operation är endoskopi samt manometri och 24-timmars pH-registrering.

När det gäller gruppen med refraktär GERD vid behandling med protonpumpshämmare har det till helt nyligen saknats övertygande evidens för att anti-refluxkirurgi verkligen är ett effektivt behandlingsalternativ. Detta är anmärkningsvärt eftersom refraktär GERD tas upp som en etablerad operationsindikation i de flesta läroböcker. I en nyligen publicerad studie [14] studerades patienter med noggrant utredd refraktär GERD, där reflux säkerstälts som orsak till symtomen. Patienterna randomiserades till antingen laparoskopisk fundoplikation, omeprazol + refluxreducerande läkemedel (baklofen) +/- nervmoduleran-

de läkemedel (desipramin) eller enbart dubblerad dos omeprazol. I denna mycket selekterade grupp av patienter var utfallet avseende symptomkontroll överlägset bäst i den kirurgiska behandlingsarmen under den endast 12 månader långa uppföljningen. Dessa resultat talar för att patienter med typiska refluxsymtom, som inte svarar på behandling med protonpumpshämmare och där de kvarvarande symtomen efter en noggrann utredning bevisats bero på reflux, bör erbjudas diskussion med specialintresserad kirurg.

Sammanfattningsvis finns det mycket som talar för att dagens handläggning av patienter med gastroesofageala refluxsymtom kan optimeras. Efter en glansperiod med stort intresse för GERD och andra syra-relaterade sjukdomar, i anslutning till de stora farmakologiska landvinningar som gjordes då effektiva syrahämmande läkemedel uppfanns, har intresset för denna patientgrupp stadigt minskat. Detta har bidragit till risken för suboptimal handläggning av en stor grupp individer i vårt samhälle. Vår bedömning är att antalet patienter med GERD som i dag erbjuds bedömning avseende exempelvis kirurgisk behandling i Sverige är väl låg och att dessa patienter inte sällan är otillräckligt utredda inför en sådan bedömning [21-23]. Därtill kommer att den patientgrupp som uppvisar terapivikt vid behandling med protonpumpshämmare bör erbjudas bedömning och utredning vid gastroenterologisk specialistmottagning för utvidgad diagnostik. För att uppnå tillfredsställande symptomkontroll krävs att handläggningen baseras på en eller flera preciserade diagnoser som skapar underlag för en fördjupad förståelse hos både patient och sjukvård för en ibland sammansatt orsak till besvären. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2022;119:21177

REFERENSER

- El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, et al. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*. 2014;63(6):871-80.
- Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, et al; Global Consensus Group. The Montreal Definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*. 2006;101(8):1900-20.
- National Institute for Health and Care Excellence. NICE guideline CG184. Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management, guidance and guidelines. 3 sep 2014 [uppdaterat 18 okt 2019]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg184>
- Dyspepsi och reflux. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2007. SBU-rapport nr 185.
- Borgquist L, Lundell L, Lindgren S. Magsårssjukdomens paradigmskiftet - från högspecialiserad vårdorganisation till egenvård. *Läkartidningen*. 2018;115:E7UF.
- Savarino V, Marabotto E, Zentilin P, et al. Proton pump inhibitors: use and misuse in the clinical setting. *Exp Rev Clin Pharmacol*. 2018;11(11):1123-34.
- Vaezi MF, Katzka D, Zeribib F. Extraesophageal symptoms and diseases attributed to GERD: where is the pendulum swinging now? *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018;16(7):1018-29.
- Agréus L, Borgquist L, Tsoposidis A, et al. Stor överförskrivning och ökat bruk av protonpumpshämmare. *Läkartidningen*. 2021;118:20220.
- Lundell LR, Dent J, Bennett JR, et al. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. *Gut*. 1999;45(2):172-80.
- Sharma P, Dent J, Armstrong D, et al. The development and validation of an endoscopic grading system for Barrett's esophagus: the Prague C & M criteria. *Gastroenterology*. 2006;131(5):1392-9.
- Mastracci L, Fiocca R, Engström C, et al. The dynamics of the oesophageal squamous epithelium »normalisation« process in patients with gastro-oesophageal reflux disease treated with long-term acid suppression or anti-reflux surgery. *Aliment Pharmacol Ther*. 2017;45(10):1339-49.
- Sifrim D, Zeribib F. Diagnosis and management of patients with reflux symptoms refractory to proton pump inhibitors. *Gut*. 2012;61(9):1340-54.
- Scarpellini E, Ang D, Pauwels A, et al. Management of refractory typical GERD symptoms. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016;13(5):281-94.
- Spechler SJ, Hunter JG, Jones KM, et al. Randomized trial of medical versus surgical treatment for refractory heartburn. *N Engl J Med*. 2019;381(16):1513-23.
- Zeribib F, Bredenoord AJ, Fass R, et al. ESNM/ANMS consensus paper: diagnosis and management of refractory gastro-oesophageal reflux disease. *Neurogastroenterol Motil*. 2021;33(4):e14075.
- Bredenoord AJ, Fox M, Kahrilas PJ, et al; International High Resolution Manometry Working Group. Chicago classification criteria of esophageal motility disorders defined in high resolution esophageal pressure topography. *Neurogastroenterol Motil*. 2012;24(Suppl 1):57-65.
- Watson DI, Bright T. For proton pump inhibitor-dependent gastro-oesophageal reflux, laparoscopic fundoplication is superior to medical therapy at 5 years of follow-up. *Evid Based Med*. 2014;19(1):31.
- Lundell L, Miettinen P, Myrvold HE, et al; Nordic GERD Study Group. Comparison of outcomes twelve years after antireflux surgery or omeprazole maintenance therapy for reflux esophagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009;7(12):1292-8; quiz 1260.
- Galmiche JP, Hatlebakk J, Attwood S, et al; LOTUS Trial Collaborators. Laparoscopic antireflux surgery vs omeprazole treatment for chronic GERD: the LOTUS randomized clinical trial. *JAMA*. 2011;305(19):1969-77.
- Catarci M, Gentileschi P, Papi C, et al. Evidence-based appraisal of antireflux fundoplication. *Ann Surg*. 2004;239(3):325-37.
- Sanberg Ljungdahl J, Rubin HK, Durup J, et al. Treatment of newly-diagnosed gastroesophageal reflux disease: a nationwide register-based cohort study. *Scand J Gastroenterol*. 2019;54(7):830-7.
- Pauwels A, Boecxstaens V, Andrews CN, et al. How to select patients for antireflux surgery? The ICARUS guidelines (international consensus regarding preoperative examinations and clinical characteristics assessment to select adult patients for antireflux surgery). *Gut*. 2019;68(11):1928-41.
- Maret-Ouda J, Wahlin K, El-Serag HB, et al. Association between laparoscopic antireflux surgery and recurrence of gastroesophageal reflux. *JAMA*. 2017;318(10):939-46.

SUMMARY

Management of patients with gastroesophageal reflux disease can be optimized

Gastroesophageal reflux disease (GERD) often requires lifelong treatment to return to and maintain a normal quality of life. Proton pump inhibitors (PPIs) offer effective medical treatment and can be used for a long time with good safety margins. The diagnostic criteria for GERD must be strictly based on current guidelines and the need for maintained treatment must be regularly evaluated. When medical treatment fails (> 20%), the patient should be offered a consultation with a specialist in the field. Too many patients who are currently treated with PPI for suspected GERD ultimately require treatment with a completely different diagnosis in focus. The investigation and treatment options are several and well-defined in the event of PPI failure in patients with well documented GERD. The indications for surgical treatment are well established, but this treatment option is likely underused today.