

# Kirurgisk eller medicinsk behandling mot gastroesofageal refluxsjukdom? Operera endast då medicinen inte biter



**FOLKE JOHNSSON**, docent, överläkare folke.johnsson@skane.se



**BRUNO WALTHER**, professor, överläkare; båda kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund

Frågeställningen om medicinsk eller kirurgisk behandling vid gastroesofageal refluxsjukdom är ett kärt återkommande ämne och ett, åtminstone tidigare, vanligt kliniskt problem för kirurger specialiserade på gastroesofageal sjukdom.

Frågeställningen rymmer flera dimensioner, som måste beaktas beroende på att kirurgisk och medicinsk behandling är så i grunden olika och inte alltid jämförbara.

Det finns situationer där fortsatta försök till medicinsk behandling är meningslösa. Det gäller framför allt patienter med svår volymreflux, dvs besvär av regurgitationer av ventrikelinnehåll nattetid och vid positionsförändringar. Om man inte ser någon effekt av medicinsk behandling hos dessa patienter är indikationen för antirefluxkirurgi stark.

Det finns förstås också situationer där kirurgisk behandling inte är aktuell på grund av hög ålder, samtidig svår systemsjukdom etc.

**I veckans nummer** av Läkartidningen redogör Lars Lundell för de kliniska studier han bedrivit avseende refluxsjukdom. På ett mycket ambitiöst sätt har man i dessa studier försökt besvara frågan: Hur ska de patienter som blir besvärsfria på protonpumpshämmare fortsättningsvis behandlas? En senare studie visar på ett imponerande sätt hur man kan höja kvaliteten på kirurgin genom en konsekvent genomförd standardiserad operationsteknik.

Lars Lundell finner sammanfattningsvis ingen skillnad i effekt mellan de två behandlingsalternativen ständigt be-

handling med protonpumpshämmare och fundoplikation.

Innebär då detta att behandlingarna är likvärdiga? Tittar man lite närmare på orsakerna till behandlingssvikt skiljer sig dessa avsevärt åt.

**Vid kirurgisk behandling** mot refluxsjukdom är det väl etablerat att mellan 5 och 10 procent av patienterna drabbas av svåra funktionella besvär eller mekaniska komplikationer, t ex glidning eller herniering av plastiken [1, 2], även om kirurgin är utförd vid högspecialiserade centrum.

Den första kategorin är svår att göra något åt, den andra leder ofta till reoperation, ibland flera operationer.

Alla esofaguskirurger med erfarenhet kan berätta om förfärliga patientfall som börjar med en »enkel fundoplikation« och slutar med esofagektomi och kroniskt bruk av nutritionssond.

Dessa enstaka katastrofala komplikationer är så ovanliga att de är svåra att undersöka i kliniska studier, men de förekommer alltjämt och är svåra att predicera när man står inför den enskilde patienten.

Till detta kan man lägga en liten men ofrånkomlig operativ mortalitet på 0,3 procent [3].

**Behandlingssvikt** vid medicinsk behandling kan naturligtvis vara besvärlig för patienterna men innehåller inte den potential för allvarlig morbiditet som kirurgiska komplikationer gör.

Vid kvarstående symtom på reflux trots hög dos protonpumpshämmare är det viktigt att noggrant penetrera orsaken. Patienter med volymreflux är redan nämnda. När det gäller andra kvarstående symtom måste man fråga sig om de verkligen är refluxrelaterade.

**Ovanstående resonemang** leder till svaret på frågan: Vid god effekt av medicinsk behandling, fortsätt med denna och reservera kirurgi för det fåtal patienter som verkligen har signifikanta besvär av gastroesofageal reflux trots maximal medicinsk behandling.



Illustration: David Mack/SPL

**Gastroesofageal refluxsjukdom är vanligt, men i dag behöver endast ett fåtal patienter opereras.**

**Antirefluxkirurgi** har stadigt minskat i Sverige de senaste åren [4], och allt talar för att den minskningen kommer att fortsätta i takt med förbättrade läkemedel.

Detta gör att det är viktigt att det fåtal antirefluxoperationer som behöver göras koncentreras till de centrum som utför esofaguskirurgi – där kan man också ta hand om sina egna, ofrånkomliga komplikationer.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Folke Johnsson deltar i styrgrupp för klinisk prövning sponsrad av AstraZeneca.*

#### REFERENSER

- Hayden JD, Jamieson GG. Optimization of outcome after laparoscopic antireflux surgery. ANZ J Surg. 2006;76:258-63.
- Kahrilas PJ. Gastroesophageal reflux disease. N Engl J Med. 2008;359:1700-7.
- Rantanen TK, Salo JA, Sipponen JT. Fatal and life-threatening complications in antireflux surgery: analysis of 5502 operations. Br J Surg. 1999; 86:1573-7.
- Dyspepsi och reflux. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2007. Rapport nr 185.

#### ■ SAMMANFATTAT

**Kirurgi** mot gastroesofageal refluxsjukdom bör reserveras för patienter med kvarstående symtom på reflux trots maximal medicinsk behandling.  
**Kirurgi** mot gastroesofageal refluxsjukdom bör centraliseras.