

Handläggning av gastroesofageal refluxsjukdom

Dessa riktlinjer gäller för patienter med konstaterad GERD och för patienter med outredda refluxbesvär. För gradering av evidensstyrka 1-3* samt gradering av rekommendationer A-C** se nedan.

Vid typiska refluxbesvär

(halsbränna, sura uppstötningar och brännande smärta bakom bröstbenet);

1. Informera om livsstilsfaktorer (C).

Det saknas bra interventionsstudier som stödjer användandet av livsstilsförändringar. Effekt av viktnedgång stöds av epidemiologiska data.

2. Behandla med PPI i normaldos i 4 veckor. Utvärdera effekten av behandlingen (A).

Normaldos PPI är mer effektivt än H2RA vid läkning av esofagit (Evidensstyrka 1) och vid behandling av outredda refluxbesvär (Evidensstyrka 1).

3. Vid god effekt av 1. och 2., fortsatt med behandling med PPI vid behov alternativt kontinuerlig H2RA i lägsta dos som ger symptomfrihet. Utvärdera årligen. (A)

En betydande andel av de patienter som behandlas empiriskt för outredda refluxsymptom är nöjda med vid behovsmedicinering med PPI eller med kontinuerlig behandling med H2RA (Evidensstyrka 3). Behandling med PPI vid behov är effektivare än placebo och likvärdigt med kontinuerlig PPI vid långtidsbehandling av endoskopinegativ refluxsjukdom (Evidensstyrka 1).

4. Vid dålig effekt av 1. och 2., remiss för gastroskopi (C). Handlägg därefter enligt 6-9 nedan.

Vid atypiska refluxbesvär eller alarmsymptom

(svårigheter att svälja, viktnedgång, svart avföring, blodig kräkning):

5. Remiss för gastroskopi (C)

6. Vid normalfynd behandla enligt 1. och 2.. Vid god effekt fortsatt enligt 3. Vid dålig effekt dubbla dosen PPI alternativt remittera för pH-mätning. Överväg annan genes (C).

7. Vid fynd av esofagit behandla enligt 1. och 2.. Vid god effekt ge kontinuerlig behandling med PPI i lägsta dos som ger symptomfrihet. Utvärdera årligen. Vid dålig effekt dubblera dosen PPI alternativt remittera för pH-mätning(A).

Kontinuerlig behandling med PPI är mer effektivt än PPI vid behov vid långtidsbehandling av refluxsjukdom med esofagit (Evidensstyrka 1). Längre behandlingstid och högre dos syrahämning ger större andel läkt esofagit (Evidensstyrka 1).

8. Läkningkontroll bör göras vid esofagit grad C och D, ulcus och striktur (C).

Det saknas publicerade artiklar som studerat betydelsen av kontroll av utläkning av esofagit.

9. Kirurgi mot GERD reserveras för patienter med kvarstående besvär av GERD trots hög dos PPI t.ex. regurgitationer(A).

Det finns vetenskapligt underlag för långtidsbehandling med PPI även hos unga individer eftersom behandlingen är säker (Evidensstyrka 1), och har likvärdig effekt som kirurgi (Evidensstyrka 2). Vid kirurgisk behandling finns dödlighet rapporterad och biverkningar förekommer ofta (Evidensstyrka 1).

Evidensgradering*:

Evidensstyrka 1:	En bra metaanalys eller två enskilda studier med högt bevisvärde
Evidensstyrka 2:	Två metaanalyser med medelhögt bevisvärde eller en enskild studie med högt bevisvärde
Evidensstyrka 3:	En metaanalys av medelhögt bevisvärde eller två enskilda studier med medelhögt bevisvärde

Gradering av rekommendationer:**

A	Det finns evidens i litteraturen som stödjer rekommendationen
B	En samlad bedömning av litteraturen stödjer rekommendationen med försiktighet
C	Evidens saknas, rekommendationen stöds av koncensus

Referenser:

Dyspepsi och reflux. SBU-rapport maj 2007
Dyspepsia. NICE-rapport 2004

Algoritm

