

# Behandling med protonpumpshämmare i tre månader ger diagnosen reflux till svalget

Laryngofaryngeal reflux (LPR) anses numera vara en av de viktigaste orsakerna till inflammation i övre luftvägarna. Problemet med diagnostiken är att LPR orsakar symtom som skiljer sig från de klassiska refluxsymtomen – sura uppstötningar och halsbränna. Det råder också skilda uppfattningar om hur reflux till svalget skall behandlas. En amerikansk studie, som presenteras i JAMA, har sammanställt material från två olika databaser med syfte att ange rekommendationer vad gäller diagnostik och behandling av reflux till svalget.

Artikeln bekräftar att det inte finns patognomona symtom eller larynxfynd hos LPR-patienter. De flesta rapporterade symtom – sekretstagnation, harklingsbehov, hosta, heshet och klumpkänsla – är ospecifika och kan inte ensamma utgöra grund för diagnostik av refluxrelaterade besvär. Som differentialdiagnostiska alternativ nämns akuta laryngiter, sinuiter, allergier och benigna och maligna stämbandförändringar men inte t ex fonasteni och kronisk laryngit, som också är vanliga orsaker till heshet.

**Trots att det** inte finns patognomona förändringar för LPR anger man att för tjockning, rodnad och ödem i glottis bakvägg, dvs bakre laryngit, är det vanligaste fyndet. Andra laryngeala fynd som relateras till LPR är ödem på stämbandens membranösa del, kontaktgranulom och pseudosulkus, dvs infraglottalt ödem, som förekommer hos upp till 90 procent av LPR-patienterna. För att stärka diagnosen ytterligare föreslår författaren användning av Reflux Finding Score (RFS), en fyrgradig skala för bedömning av åtta olika larynxfynd. Summan av poängen varierar från 0 (normal) till 26 (högsta möjliga). Resultat i tidigare stu-

dier visar med 95 procents säkerhet att patienten har LPR om RFS är 7 eller högre. Problemet med denna skala är att larynxfynden inte är entydigt definierade. Vidare har andra tidigare studier visat att patienter med LPR kan ha ett normalt larynxstatus, vilket enligt RFS ger 0 poäng.

**Förutom med laryngoskopi** finns det enligt artikeln ytterligare två sätt att bekräfta LPR: symtomrespons till 3-månaders behandling med protonpumpshämmare (PPI) samt kombinerad 24-timmars pH-registrering och impedansmätning, i denna ordning. Av dessa betraktas empirisk tre månaders PPI-behandling som en stöttepelare och rekommenderas för alla med misstänkt LPR. Endast om symtomen inte förbättras föreslås utredning med pH-registrering och impedansmätning.

Esofagoskopi anses vara indicerad enbart när esofagit eller Barretts sjukdom misstänks, eftersom endast 20 procent av patienterna med LPR har esofagit. Om patienten inte blir symptomfri med PPI, trots att man bevisat avvikande reflux med pH-registrering samt inkompetent nedre esofagussfinkter, kan man överväga antirefluxkirurgi. Resultaten av kirurgi hos LPR-patienter är dock underlägsna resultaten hos patienter med gastroesofageal refluxsjukdom.

Artikeln ger en relativt bra översikt över forskningsområdet och upplyser också om de kontroverser och problem som fortfarande är olösta, nämligen att det är svårt att bekräfta diagnosen och

erbjuda adekvat behandling. Laryngoskopiska fynd kan vara missvisande, eftersom bakre laryngit har upptäckts hos symptomfria personer. Lindriga symtom och fynd blandas ihop med laryngiter av annan etiologi. Patienter med utvecklad faryngeal refluxsjukdom och bakre laryngit skiljer sig sannolikt från patienter med lindrig LPR. Ytterligare ett problemområde är avsaknaden av gemensamma gränsvärden för normal och patologisk reflux. Gränsvärdet pH 4 tillämpas precis som inom gastroenterologin, men även »low acidic reflux« (pH 5–7) kan orsaka skada i hypofarynx.

**Om larynxsymtomen** inte blir bättre på tre månaders PPI-behandling är det rimligt att misstänka annan etiologisk orsak än reflux till patientens symtom. Å andra sidan har användning av PPI inom laryngologin ökat markant under senare år och lett till ökade läkemedelskostnader. Detta trots att varierande behandlingseffekter, -tider och -doser gör det nästan omöjligt att dra pålitliga slutsatser. Samtidigt leder försenad diagnostik till ökad inflammation i hypofarynx och larynx och möjligen ökad skaderisk, t ex vid intubering, eller utveckling av subglottisk stenosis. Därmed borde man i framtida behandlingsstudier använda strikta inklusions- och exklusionskriterier, stratifiera patienter i olika behandlingsgrupper beroende på graden av refluxsjukdom, välja kontroller noggrant och samla in tillräckligt stora patientkohorter.

**Riitta Ylitalo**

öron-, näs- och halskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Ford CN. Evaluation and management of laryngopharyngeal reflux. JAMA. 2005;294:1534-40.

»Problemet med denna skala är att larynxfynden inte är entydigt definierade.«

## Litet intresse för att få resultat från kliniska studier

Intresset från studiedeltagarna i kliniska studier för att få ta del av resultat från studien de ingått i är litet. Det konstaterar forskare från Storbritannien i en studie som presenteras i BMJ. Forskarna har erbjudit deltagarna i en studie kring antibiotikabehandling av gravida kvinnor att få ta del av resultatet av studien. Färre än var femte kvinna var intresserad av detta. Deltagare i kliniska studier inom onkologi, framför allt föräldrar till

barn som ingick i studier inom barnonkologi, visade däremot större intresse för att ta del av studieresultatet. Många kvinnor i antibiotikastudien var intresserade av att få ta del av personliga data från studien till skillnad från en övergripande sammanställning av studieresultatet. Det är viktigt att sådan information förmedlas personligen och inte bara i form av ett skrivet blad skriver forskarna. BMJ skriver på ledarplats att informa-

tion om kliniska studier kan vara emotionellt påfrestande att ta del av för deltagarna. Det kan t ex vara jobbigt att påminnas om en traumatisk händelse eller att få veta att man tillhör en grupp som fått placebo.

**Anders Hansen**

AT-läkare, Stockholm anders.hansen@sciencecap.se

BMJ. 2006;332:188-9.