

Dyspepsi och reflux

Systematisk litteraturoversikt från SBU

CHRISTER STAËL VON HOLSTEIN,
projektgruppens ordförande,
docent, kirurgiska kliniken,
Universitetssjukhuset Lund
ANDERS NORLUND, universitets-

lektor, projektledare, Statens
beredning för medicinsk
utvärdering, SBU, Stockholm
norlund@sbu.se

SBU-rapporten »Ont i magen« [1], som publicerades år 2000, hade fokus på handläggning av patienter som genomgått diagnostisk utredning. Den nya SBU-rapporten »Dyspepsi och reflux« [2] har mer inriktning på handläggning ur ett primärvårdsperspektiv (projektgruppens medlemmar presenteras i Fakta 1). Rapporten tar upp fem olika områden: handläggning av patienter med outhärdad dyspepsi eller outhärdad refluxsymtom, funktionell dyspepsi, ulkussjukdom och *Helicobacter pylori*, gastroesofageal refluxsjukdom (GERD), samt Barretts esofagus. Liksom den föregående rapporten baseras sammanställningen av kunskapsläget på en systematisk granskning av vetenskapliga studier.

Dyspepsi är ett sammanfattande begrepp för symtom som antas ha sitt ursprung i magsäcken eller tolvfingertarmen. Dyspepsi kallas organisk när den kan hänföras till påvisbara sjukdomar, till exempel magsår eller cancer. Om man trots utredning inte kan förklara besvären med några påvisbara organförändringar, kallar man tillståndet funktionell dyspepsi.

Halsbränna och sura uppstötningar ingår inte längre i begreppet dyspepsi utan anses vara symtom på att syra eller annat innehåll i magsäcken kommer upp i matstrupen, det vill säga gastroesofageal reflux.

Med outhärdad dyspepsi respektive outhärdad refluxsymtom avses besvär hos patienter som inte varit föremål för några diagnostiska undersökningar, till exempel gastroskopi av matstrupe, magsäck och tolvfingertarm. Det är således en mycket blandad grupp med betydande variation i symtom, och en del av dessa patienter har till exempel magsår eller esofagit, några har cancer.

Nedan redovisas en kort bakgrund samt några av de 25 kliniskt relevanta frågeställningar (Fakta 2) som bedömts vara möjliga att analysera genom systematisk litteratursökning. För granskade områden är respektive frågeställning markerad i kursiverad stil, följd av resultatet av litteratursökningen. För förklaring av begreppen bevisvärde och evidensstyrka, se Fakta 3.

Det kan redan inledningsvis framhållas att ingen av de studier som utgjort underlag till rapportens slutsatser har utförts med utgångspunkt att analysera eventuella könsskillnader.

Resultat av litteratursökningen

Uthärdad dyspepsi. Patienter med outhärdad dyspepsi kan omhändertas på flera sätt. Antingen tillämpas så kallad empirisk handläggning, vilket i praktiken ofta innebär livsstilsförändringar såsom råd om kost, lugnande besked, och/eller syrahämmande läkemedel, så utnyttjas diagnostik (gastroskopi, så kallad scope-them-all-strategi), och sedan väljs behandling på

basis av fynden. Under senare år har även handläggning baserad på att man först genomför *H pylori*-test och sedan väljer strategi för utredning och behandling introducerats. Ett sätt är då att först undersöka om patienten har bakterien och med behandling direkt ta bort *H pylori* utan ytterligare åtgärd, det vill säga ingen gastroskopi genomförs (»test-and-treat«). Den andra strategin är att endast de patienter som är *H pylori*-infekterade undersöks med gastroskopi, och endast de som har en påvisbar magsårssjukdom behandlas (»test-and-scope«). I det senare fallet avstår man således från att behandla *H pylori*-infektionen om (aktuella eller tidigare) tecken på magsårssjukdom saknas.

Går det att påvisa skillnader i graden av symtom mellan empirisk handläggning med syrahämmande läkemedel och endoskopibaserad handläggning, för patienter yngre än 50 år, som söker i primärvården på grund av dyspeptiska besvär?

De studier som hittills har gjorts av patienter med outhärdad dyspepsi visar ingen skillnad i symtomlindring mellan empirisk (erfarenhetsbaserad) handläggning med syrahämmande läkemedel och gastroskopibaserad handläggning (evidensstyrka 3).

*Finns det i samma patientkategori påvisbara skillnader i symtom vid handläggning med *H pylori*-diagnostik och direkt behandling vid påvisad infektion (»test-and-treat«) jämfört med gastroskopibaserad handläggning (»scope-them-all«)?*

Det går inte att påvisa signifikanta skillnader i symtomgrad mellan patienter som handläggs med *H pylori*-testning och behandling vid påvisad infektion, jämfört med gastroskopi och riktad behandling (evidensgrad 2).

Rädsla för att missa en bakomliggande cancer vid handläggning utan gastroskopi är ett kliniskt problem, trots att cancer i magsäcken hos yngre individer är ett ovanligt tillstånd. År 2003 rapporterades 990 fall av ventrikelcancer i vårt land, varav endast 41 hos individer under 50 års ålder.

Vilket är underlaget för att ålder och »alarmsymtom« (t ex viktnedgång, svart avföring, sväljningssvårigheter) kan förutsäga ökad risk för bakomliggande cancersjukdom hos patienter som söker för dyspeptiska besvär i primärvården?

Såväl hög ålder som förekomst av alarmsymtom vid dyspepsi innebär en ökad risk för bakomliggande elakartad tumorsjukdom (evidensstyrka 3). En betydande andel av patienter med tumorsjukdom saknar dock alarmsymtom vid första konsultationstillfället (evidensstyrka 3).

Uthärdad gastroesofageal reflux. Symtom på gastroesofageal reflux ingår i varierande grad hos patienter med outhärdad dys-

SAMMANFATTAT

Värdet av *H pylori*-eradikering liksom av syrahämmande eller motorikstimulerande läkemedel vid funktionell dyspepsi är fortfarande oklart. **Långtidsbehandling med protonpumpshämmare (PPI)** är säker, och vid såväl outhärdad refluxsjukdom som påvisad erosiv refluxsjukdom ger PPI bättre symtomlindring än histamin 2-receptorantagonister (H₂RA).

Behandling mot *H pylori* minskar risken för återfall i både duodenal- och ventri-

kelsår, och vid duodenalsår påskyndar *H pylori*-eradikering dessutom sårhelningen.

Behandling som tar bort *H pylori* är effektivare än enbart syrahämmande behandling för att förhindra ny blödning efter episod av blödande magsår.

Barretts esofagus medför ökad risk för cancer i matstrupen, men kunskapsläget är ännu oklart vad gäller värdet av systematisk, återkommande endoskopiska undersökningar.

FAKTA 1. Projektgrupp och externa vetenskapliga granskare

Projektgrupp:

Lars Agréus: docent, Centrum för allmänmedicin, Karolinska institutet, Huddinge, Stockholm

Lars Engstrand: professor, Smittskyddsinstitutet, Solna

Folke Johnsson: docent, kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund

Greger Lindberg: docent, Gastrocentrum Medicin, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Lars Löf: professor, Centrum för klinisk forskning, Centrallasaret, Västerås

Olof Nyrén: professor, institutionen för medicinsk epidemiologi, Karolinska institutet, Solna, Stockholm

Bodil Ohlsson: docent, sektionen för gastroenterologi, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Henrik Sjövall: professor, institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborg

Christer Staël von Holstein: ordförande, docent, kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund

Stefan Öberg: docent, kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund

Anders Norlund: universitetslektor, projektledare, SBU, Stockholm

Anneth Syversson: projektassistent, SBU, Stockholm

Metaanalyser:

Bengt Brorsson: docent, SBU, Stockholm.

Externa vetenskapliga granskare:

Åke Danielsson: professor, medicinska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Ingvar Krakau: professor, medicinska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Lars-Åke Levin: docent, CMT, Linköpings universitet

Lars Lundell: professor, Gastrocentrum kirurgi, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Hanna Sandberg-Gertzén: docent, medicinska kliniken, Universitetssjukhuset, Örebro

Kristina Sjölund: docent, medicinska kliniken, Trelleborgs lasarett.

pepsi. Ett sätt att hantera detta är att särskilja studier på patienter med dominerande refluxsymtom från övriga. Patienter med halsbränna som huvudsymtom handläggs ofta empiriskt. Det är därför av intresse att utvärdera de idag mest använda strategierna.

Har de mest använda preparatgrupperna för symtomatisk behandling av refluxsymtom effekt på symtomen, och finns det i så fall någon skillnad mellan preparatgrupperna?

Såväl protonpumpshämmare (PPI) som histamin 2-receptorantagonister (H2RA) ger förbättring av symtom vid refluxsjukdom (evidensstyrka 1), men PPI är bättre än H2RA när det gäller att helt eliminera symtom eller att lindra dem (evidensstyrka 1).

Finns hos patienter med outhärliga refluxsymtom skillnader i symtom eller patienttillfredsställelse mellan kontinuerlig syrahämmande behandling och behandling med lägsta dos (intermittent eller kontinuerligt) som behövs för att hantera symtomen?

En betydande andel av de patienter som behandlas empiriskt för outhärliga refluxsymtom är nöjda med medicinering vid behov med PPI eller med kontinuerlig behandling med H2RA (evidensstyrka 3).

Funktionell dyspepsi. Funktionell dyspepsi betecknar sådana tillstånd av smärta, värk eller obehag i övre delen av buken som efter utredning inte har kunnat förklaras av några iakttag-

bara organförändringar. Vanligen finns en relation mellan symtom och intag av föda. Förutom smärta upplever patienter med funktionell dyspepsi ofta även illamående, tidig mättadskänsla, uppkördhet och känsla av uppspändhet i övre delen av buken. Tidigare omfattade begreppet funktionell dyspepsi även symtomen halsbränna och sura uppstötningar. I samband med upprättandet av de så kallade Rom I-kriterierna för funktionella mag-tarmsjukdomar uteslöts dessa symtom från begreppet funktionell dyspepsi. Anledningen var att halsbränna och sura uppstötningar sågs som uttryck för gastroesofageal refluxsjukdom. De bakomliggande orsakerna till funktionell dyspepsi är okända. Behandling med läkemedel har enligt tidigare SBU-rapport ett mycket begränsat värde vid funktionell dyspepsi.

Ger syrahämmande läkemedel bättre symtomlindring än placebo?

Medel som hämmar saltsyraproduktionen i magsäcken har enligt metaanalyser en positiv effekt på symtomen vid funktionell dyspepsi (evidensstyrka 3). Det finns emellertid en överlappning i symtbild mellan funktionell dyspepsi och refluxsjukdom utan esofagit som gör det svårt att värdera effekter av syrahämmande medel vid funktionell dyspepsi.

Har behandling med motorikstimulerande medel en bättre symtomlindrande effekt än placebo?

Medel som stimulerar motoriken i magsäcken har ingen säkerställd positiv effekt på symtomen vid funktionell dyspepsi (evidensstyrka 3). De effekter som noteras i metaanalyser kan, enligt analys med så kallad funnel plot, vara en följd av selektiv publicering av studier med positivt utfall.

Har behandling av samtidig infektion med H pylori en bättre symtomlindrande effekt än placebo?

Behandling som tar bort H pylori kan ha en liten positiv effekt på symtomen vid funktionell dyspepsi (evidensstyrka 3). Flertalet patienter med funktionell dyspepsi har emellertid ingen effekt av sådan behandling eller är inte infekterade med H pylori (evidensstyrka 2).

H pylori och behandling av ulkussjukdomen. H pylori-infektionen överförs som regel i tidig barndom. Infektionen är livslång utan behandling, och i vuxen ålder är den något vanligare bland män än bland kvinnor. Däremot ser man ingen könsrelaterad skillnad hos barn.

Infektionen förekommer hos cirka 30 procent av svenska patienter i 30–50-årsåldern. Den anses orsaka 95 procent av alla duodenalsår, 70 procent av alla ventrikelsår och minst 70 procent av all magsäckscancer. Av de infekterade individerna beräknas 10–20 procent utveckla ett magsår någon gång under sin livstid.

Ett huvudproblem är att det idag inte går att avgöra vilka av de infekterade som kommer att förbli symtomfria och vilka som kommer att utveckla magsårssjukdom eller cancer. Till skillnad mot magsäckscancer är magsår fortfarande ett vanligt tillstånd.

Sju frågeställningar avseende H pylori-behandling och ulkussläkning, symtomkontroll och återfallsrisk har analyserats och givit följande slutsatser:

Behandling mot H pylori-infektion minskar betydligt risken för återfall i både duodenalsår och ventrikelsår (evidensstyrka 1). Det finns ingen skillnad i risken för återfall i duodenalsår om man jämför H pylori-eradikering utan efterföljande kontinuerlig underhållsbehandling med kontinuerlig underhållsbehandling med syrahämmande medicin utan föregående H pylori-eradikering (evidensstyrka 1). Det saknas evidensunderlag för att dra slutsatser angående risken för återfall i ventrikelsår. Vid duodenalsår men inte vid ventrikelsår påskyndas sår-

FAKTA 2. Frågeställningar

Handläggning av outhärliga refluxsymtom och outhärlig dyspepsi

- Har de idag mest använda preparatgrupperna för symtomatisk behandling av refluxsymtom någon effekt på symtomen, och finns det i så fall någon skillnad mellan preparatgrupperna?
- Finns hos patienter med outhärliga refluxsymtom några skillnader i symtom eller patienttillfredsställelse mellan kontinuerlig syrahämmande behandling och behandling med lägsta dos (intermittent eller kontinuerligt) som behövs för att hantera symtomen?
- Hos patienter yngre än 50 år som söker i primärvården på grund av dyspeptiska besvär: Går det att påvisa några skillnader i symtomgrad mellan empirisk handläggning med syrahämning och gastroscopibaserad handläggning?
- Hos patienter yngre än 50 år som söker i primärvården på grund av dyspeptiska besvär: Finns skillnader i symtom mellan handläggning med *Helicobacter pylori*-diagnostik och -behandling vid påvisad infektion (»test-and-treat«) och gastroscopibaserad handläggning?
- Hos patienter som söker för dyspeptiska symtom i primärvården: Vilket är underlaget för att man på basen av ålder och »alarmsymtom« kan förutsäga en ökad risk för bakomliggande cancersjukdom?

Funktionell dyspepsi

- Bland patienter med funktionell dyspepsi: Har behandling med syrahämmande medel en bättre symtomlindrande effekt än placebo?
- Bland patienter med funktionell dyspepsi: Har behandling med motorikstimulerande medel en bättre symtomlindrande effekt än placebo?
- Bland patienter med funktionell dyspepsi: Har behandling av samtidig infektion med *H pylori* en bättre symtomlindrande effekt än placebo?

H pylori

- Ökar eradikeringsfrekvensen vid ökad syrahämning i trippelterapi mot *H pylori*?
- Skiljer sig eradikeringsfrekvensen vid ekvipotenta doser av

protonpumpshämmare (PPI) i trippelbehandling mot *H pylori* om behandlingen utsträcks från en till två veckor?

Behandling mot *H pylori* vid ulkussjukdom

- Ger behandling mot *H pylori*, jämfört med enbart syrahämmande terapi, bättre effekt avseende sårsläkning vid ulcus duodeni?
- Ger behandling mot *H pylori*, jämfört med enbart syrahämmande terapi, bättre effekt avseende sårsläkning vid ulcus ventriculi?
- Ger behandling mot *H pylori* vid ulcus duodeni minskad risk att återinsjukna i ulkus?
- Ger behandling mot *H pylori* vid ulcus ventriculi minskad risk att återinsjukna i ulkus?
- Kan behandling mot *H pylori* efter episod av blödande ulkus minska risken att på nytt insjukna i ulcusblödning?

Gastroesofageal refluxsjukdom (GERD)

- Ger råd om livsstilsförändringar förväntade effekter?
- Vilken är den bästa medicinska behandlingsstrategin?
- Finns indikation för livslång syrahämning oavsett ålder?
- Ska man kontrollera utläkning av esofagit?

Barretts esofagus

- Hur stor är prevalensen av Barretts esofagus?
- Hur stor är risken att utveckla adenokarcinom i esofagus hos individer med Barretts esofagus?
- Finns kliniskt användbara riskfaktorer för adenokarcinom i esofagus hos individer med Barretts esofagus?
- Vad är värdet av systematiska endoskopiska undersökningar av personer med refluxsymtom (= screening) för att finna individer med Barretts esofagus?
- Vad är värdet av återkommande endoskopiska kontroller (= surveillance) av individer med Barretts esofagus?
- Kan behandling mot gastroesofageal reflux av individer med Barretts esofagus påverka risken för cancer?

Ekonomiska aspekter

Kostnadseffektivitetsanalys avseende utredning eller behandling enligt ovanstående frågeställningar (när det är tillämpligt).

ningen av 1–2 veckors behandling mot *H pylori* jämfört med om endast syrahämmande terapi givits (evidensstyrka 1). När det gäller att förhindra en ny blödning efter en episod med blödande magsår, är behandling som tar bort *H pylori* effektivare än enbart syrahämmande behandling med eller utan påföljande kontinuerlig syrahämmande underhållsterapi (evidensstyrka 1). Analysen har genomförts på patienter med ingen eller låggradig samtidig behandling med NSAID, och slutsatsen kan därför inte utsträckas till att gälla patienter med samtidig NSAID-terapi.

Gastroesofageal refluxsjukdom. Gastroesofageal reflux innebär att magsäcksinnehåll stöts upp i matstrupen. Reflux förekommer normalt framför allt efter måltider och vid fysisk aktivitet. Sådana episoder är kortvariga, och det uppstötta innehållet (refluxatet) återförs i normala fall snabbt till magsäcken av muskelfunktionen i matstrupen. Skadliga effekter av refluxatet motverkas också av skyddsfaktorer i matstrupens slemhinna och i saliven samt av salivens buffrande effekt.

Om gastroesofageal reflux ökar eller om skyddsfaktorerna sviktar kan detta ge upphov till symtom eller skador i matstrupen. Gränsen mellan vad som är friskt och sjukt är otydlig. Det är väl dokumenterat att symtom som kan hänföras till gastroesofageal reflux är vanliga i befolkningen och av en sådan art

att många aldrig söker hjälp för dem. Å andra sidan kan en del patienter ha uttalad reflux utan några symtom eller med endast ringa symtom. I vissa fall uppdragas sjukdomen först om striktur eller i ovanliga fall cancer i matstrupen utvecklas.

Refluxsjukdom är mycket vanligt förekommande i befolkningen och stabil över tid varför råd och behandling måste ha långsiktig inriktning.

Lönar det sig att ge råd om livsstilsförändringar?

Frågan kan inte besvaras då det saknas bra interventionsstudier.

Är normaldos PPI mer effektivt än H2RA i normaldos vid behandling upp till åtta veckor av patienter med diagnostiserad erosiv refluxsjukdom?

Den medicinskt sett bästa behandlingsstrategin vid refluxsjukdom med esofagit (inflammation och ytliga sår i matstrupen) är behandling upp till åtta veckor med PPI i normaldos, vilket är mer effektivt än H2RA (evidensstyrka 1). Såväl längre behandlingstid med PPI som högre dos av PPI leder till att esofagiten läks hos fler patienter (evidensstyrka 1). Det finns däremot inga publicerade artiklar som studerat frågan om man ska kontrollera utläkning av esofagit.

Ger längre behandlingstid med PPI, och högre dos av PPI, större andel patienter med läkt esofagit?

Vid långtidsbehandling av refluxsjukdom med esofagit är

■ FAKTA 3. Bevisvärde och evidensstyrka

- **Bevisvärdet** avser den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.
- **Evidensstyrkan** uttrycker det sammanlagda vetenskapliga underlaget för en slutsats, det vill säga hur många högkvalitativa studier som stöder slutsatsen.
- **Evidensstyrka 1:** starkt vetenskapligt underlag. En slutsats med evidensstyrka 1 stöds av en god systematisk litteraturöversikt med metaanalys eller minst två studier med högt bevisvärde i det samlade vetenskapliga underlaget. Om det finns studier som talar emot slutsatsen kan evidensstyrkan dock bli lägre.
- **Evidensstyrka 2:** måttligt starkt vetenskapligt underlag. En slutsats med evidensstyrka 2 stöds av en systematisk litteraturöversikt med metaanalys som i något avseende inte uppfyller kraven för god systematisk översikt eller av minst en studie med högt bevisvärde och två studier med medelhögt bevisvärde i det samlade vetenskapliga underlaget. Om det finns studier som talar emot slutsatsen kan evidensstyrkan dock bli lägre.
- **Evidensstyrka 3:** begränsat vetenskapligt underlag. En slutsats med evidensstyrka 3 stöds av en systematisk litteraturöversikt med metaanalys som i flera avseenden inte uppfyller kraven för god systematisk översikt eller av minst två studier med medelhögt bevisvärde i det samlade vetenskapliga underlaget. Om det finns studier som talar emot slutsatsen kan det vetenskapliga underlaget anses som otillräckligt eller motsäggande.
- **Otillräckligt vetenskapligt underlag:** När det saknas studier som uppfyller kraven på bevisvärde anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt för att dra slutsatser.
- **Motsäggande vetenskapligt underlag:** När det finns olika studier som har samma bevisvärde men vilkas resultat går isär anges det vetenskapliga underlaget som motsäggande, och inga slutsatser kan dras.

kontinuerlig behandling med PPI mer effektivt än PPI vid behov (evidensstyrka 1). Däremot saknas vetenskapligt stöd för att PPI är mer effektiva än H2RA vid initial behandling av endoskopinegativ refluxsjukdom (refluxsjukdom utan patologiska fynd vid endoskopi). Vid långtidsbehandling av endoskopinegativ refluxsjukdom är PPI vid behov effektivare än placebo och likvärdigt med kontinuerlig PPI-behandling (evidensstyrka 1).

Finns indikation för livslång syrahämning oavsett ålder? Långtidsbehandling med PPI är säker, även för unga (evidensstyrka 1), och har lika god effekt som kirurgi (evidensstyrka 2). Vid kirurgisk behandling finns dödsfall rapporterade, liksom en hög andel biverkningar (evidensstyrka 1).

Barretts esofagus. Barretts esofagus är ett tillstånd i vilket matstrupens normala slemhinna till följd av kronisk reflux av magsäcksinnehåll genomgått en omvandling, så kallad intestinal metaplasi. Diagnosen kan inte ställas vid enbart endoskopisk undersökning utan kräver granskning och analys av vävnadsprov. Det ökande kliniska intresset för Barretts esofagus under de senaste decennierna beror på sambandet mellan gastroesofageal reflux och Barretts esofagus och på att en viss typ

av esofaguscancer (adenokarcinom) har blivit vanligare.

Personer med Barretts esofagus har sämre skydd mot reflux, och matstrupen utsätts mer för magsaft än vid andra typer av refluxsjukdom. Utbredningen av den förändrade, så kallade Barrettslemhinnan hänger samman med refluxsjukdomens svårighetsgrad. Förekomsten av Barretts esofagus i befolkningen är ofullständigt känd, men hos personer som genomgår esofago-gastroskopi på grund av refluxsymtom rapporteras tillståndet förekomma hos cirka 1–29 procent.

Slutsatser från litteraturgranskningen är att risken för patienter med Barretts esofagus att drabbas av cancer (adenokarcinom) i matstrupen är förhöjd (evidensstyrka 3), men graden av riskökning är ofullständigt känd. Kliniskt intressanta riskfaktorer för adenokarcinom i esofagus hos personer med Barretts esofagus är utseendemässigt avvikande fynd i Barrettslemhinnan vid endoskopi.

Det saknas väl utformade studier som har analyserat värdet av systematiska endoskopiska undersökningar av personer med refluxsymtom för att finna personer med Barretts esofagus. Det saknas också sådana studier av effekten av återkommande endoskopiska kontroller för patienter med Barretts esofagus. Det saknas också stöd för att risken att utveckla adenokarcinom hos personer med Barretts esofagus påverkas signifikant av behandling med syrahämmande medicinering eller antirefluxkirurgi.

Behov av fortsatt forskning

Orsakerna till funktionell dyspepsi är okända. Detsamma gäller de faktorer som avgör dess fortsatta förlopp, och i stora delar även uppkomst av refluxsjukdomen. Trots kunskapen om den avgörande betydelsen av H pylori finns det stora kunskapsluckor angående magsårssjukdomens orsaker och förlopp och vilka faktorer som avgör om livshotande komplikationer utvecklas.

Det saknas i stort sett kunskap om betydelsen av könstillhörighet vid dessa tillstånd. Även betydelsen av livsstilsrelaterade faktorer (t ex kost och fysisk aktivitet) för utvecklingen av refluxsjukdom och möjligheterna att påverka dess förlopp behöver belysas. Det vore dessutom av värde att i kliniska studier undersöka betydelsen av utläkning av esofagit, liksom långtidseffekter av både medicinsk och kirurgisk behandling vid refluxsjukdom.

Det behövs fler studier som belyser effekter av H pylori-eradikering i en större skala under vardagssjukvårdens förutsättningar.

Avseende Barretts esofagus behövs bättre kunskap om cancerrisken storlek, liksom om betydelsen av återkommande endoskopiska kontroller. Man måste också arbeta vidare med att försöka fastställa kliniskt användbara indikatorer eller markörer för risken att utveckla cancer.

Samhällsfinansierad obunden forskning är för hela dyspepsi-/refluxområdet särskilt angelägen, och det finns behov av såväl övergripande som mer riktade hälsoekonomiska studier.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Ont i magen – Metoder för diagnos och behandling av dyspepsi. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2000. SBU-rapport nr 150.
2. Dyspepsi och reflux. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2007. SBU-rapport nr 185.