

Helicobacter pylori

Vad rekommenderas?

Karin Rystedt

Strama Västra Götaland

Distriktsläkare Närhälsan Vara vårdcentral





REKlistan 2026

Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen

Hp-eradikering

Hp-eradikering ska ske vid aktuellt duodenalsår eller tidigare duodenalsår då eradikeringsbehandling ej utförts eller vid Hp-associerat ventrikelsår.

omeprazol 20 mg x2

amoxicillin 1 g x2

klaritromycin 500 mg x2

ges i kombination i 7 dagar.

Protonpumpshämmare (PPI)

Fastställd augusti 2025 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. augusti 2027.

Regional medicinsk riktlinje Läkemedel – Protonpumpshämmare (PPI)

Eradikeringsbehandling ska genomföras vid aktuellt eller tidigare obehandlat duodenalsår eller Hp-associerat ventrikelsår.

Huvudbudskap

- PPI är en etablerad behandling av duodenalsår, ventrikelsår och refluxsjukdom. Dessutom används PPI förebyggande mot ventrikel- och duodenalsår vid behandling med COX-hämmare hos riskpatienter.
- PPI är inte indicerat vid funktionell dyspepsi (diffusa smärtor i övre delen av buken med normal gastroskopi utan samtidiga refluxbesvär). Vid normal gastroskopi finns ett pedagogiskt tillfälle att avbryta pågående terapi. För många patienter med funktionell dyspepsi är behandling med PPI på försök inget bra alternativ eftersom placebo ger lika god effekt. Risk finns att man fastnar i långtidsbehandling.
- Långtidsbehandling (> 1 månad) ska endast ske på godkända indikationer. Hos patienter med oklar indikation och som saknar refluxsymtom ska behandlingen utvärderas genom utsättningsförsök.
- Vid långtidsbehandling bör man beakta att det finns en viss risk för allvarliga biverkningar

var tredje dag kan också prövas. Effekten måste utvärderas innan fortsatt behandling övervägs. Placeboeffekten är uttalad.

Endoskopiverifierad refluxesofagit

Behandlingen bör individualiseras efter sjukdomens svårighetsgrad. För läkning av refluxesofagit är omeprazol 20 mg 1–2 x i 4–8 veckor tillräckligt i de flesta fall. Vid svår esofagit krävs i regel underhållsbehandling med PPI. Lägsta möjliga dos bör då eftersträvas.

Dyspepsi

Lågriskpatienter (< 50 år och utan alarmsymtom) med outredd dyspepsi kan testas för Hp och eradikeras vid positivt test, utan att gastroskopi behöver genomföras. (Se riktlinje om outredd dyspepsi på svenskgastronterologi.se)

Eradikeringsbehandling ska genomföras vid aktuellt eller tidigare obehandlat duodenalsår eller Hp-associerat ventrikelsår.

Duodenalsår

Behandlingen utgörs av Hp-eradikering i form av en veckas trippelterapi med PPI i kombination med två olika antibiotika.

Förstahandsval:

- omeprazol 20 mg x2
 - klaritromycin 500 mg x2
 - amoxicillin 1000 mg x2
- i 7 dagar

Andrahandsval:

- omeprazol 20 mg x2
 - klaritromycin 500 mg x2
 - metronidazol 400–500 mg x2
- i 7 dagar

Vid interaktionsproblematik eller överkänslighet mot klaritromycin kan följande rekommenderas:

- omeprazol 20 mg x2
 - doxycyklin 100 mg x2
 - metronidazol 400–500 mg x2
- i 14 dagar

Gastroskopikontroll behöver inte göras efter behandling av okomplicerade duodenalsår. Vid terapivikt bör odling med resistensbestämning göras vid förnyad gastroskopi.

Behandling

Symtomatisk behandling av refluxbesvär utan esofagit

Behandling kan ges i perioder vid behov, med omeprazol 10–20 mg dagligen till symtomfrihet, i regel 4–8 veckor. Behandling varannan eller

Hp-associerade ventrikelsår

En veckas eradikeringsbehandling med PPI och antibiotika (se Duodenalsår ovan). Därefter fortsatt behandling med PPI (omeprazol 20 mg x1) till sårhäkning, bekräftad med gastroskopikontroll.

Sår inducerade av COX-hämmare (NSAID) och icke-Hp-associerade ventrikelsår

Behandling i 6–8 veckor med omeprazol 20–40 mg x1, med efterföljande gastroskopikontroll. COX-hämmare bör inte återinsättas.

Profylaktisk behandling vid pågående behandling med COX-hämmare (NSAID) och/eller lägdos-ASA

Behandling med COX-hämmare ökar risken för ulcus och gastrointestinal blödning. Detta gäller såväl klassiska COX-hämmare (NSAID) som selektiva COX2-hämmare och lägdos acetylsalicylsyra (ASA) som alla påverkar ventrikelslemhinnan. Dessa läkemedel ska om möjligt undvikas hos patienter med förekomst av en eller flera riskfaktorer. Om detta inte är möjligt bör profylaktisk behandling med PPI övervägas.

Riskfaktorer för ASA/COX-hämmarrelaterade sår/blödning är: Samtidig behandling med SSR1, antikoagulantia eller glukokortikoider samt hög ålder. Risken ökar med stigande ålder, antal riskfaktorer och steroiddos.

Patienter som tidigare haft ulcus ska behandlas profylaktiskt med PPI vid fortsatt intag av ASA eller COX-hämmare.

Observera att enbart steroidbehandling inte utgör indikation för PPI. Primärprofylax med PPI bör undvikas till patienter utan riskfaktorer.

Omeprazol 20 mg x1 är förstahandsval vid profylaktisk behandling med PPI.

Utsättning av PPI

Långtidsbehandling (> 1 månad) med PPI ska alltid utvärderas genom utsättningsförsök hos patienter med oklar behandlingsindikation och som saknar refluxsymtom. Utsättning av PPI kan försäras hos enstaka patienter redan efter kort tids behandling genom uppkomst av hypersekretion av saltsyra, s.k. reboundfenomen. Patienten bör informeras om detta. Stegvis utsättning bör övervägas vid behandlingstid längre än en månad. Nedtrappning kan göras genom att först halvera dosen, därefter genom att ge denna dos varannan och sedan ev. var fjärde dag. Nedtrappningens längd individualiseras utifrån behandlingstid och dos. 2–4 veckor på varje steg är rimligt.

Använd gärna patientinformation som finns på terapigruppens hemsida: [Att sluta med omeprazol eller andra protonpumpshämmare](#).

Vid utebliven effekt av omeprazol bör diagnosen omvärderas och gastroskopi övervägas.

Protonpumpshämmare (PPI)

Fastställd augusti 2025 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. augusti 2027.

Huvudbudskap

- PPI är en etablerad behandling av duodenalsår, ventrikelsår och refluxsjukdom. Dessutom används PPI förebyggande mot ventrikel- och duodenalsår vid behandling med COX-hämmare hos riskpatienter.
- PPI är inte indicerat vid funktionell dyspepsi (diffusa smärtor i övre delen av buken med normal gastroscopi) eller samtidigt refluxbesvär hos yngre patienter.
- Hos yngre patienter med funktionell dyspepsi kan behandling med PPI på försök vara ett alternativ eftersom placebo ger lika effekt. Risk finns att man fastnar i långtidsbehandling.
- Långtidsbehandling (> 1 månad) ska endast ske vid välkända indikationer. Hos patienter med oklar indikation och som saknar refluxsymtom ska behandlingen utvärderas genom utsättningsförsök.
- Vid långtidsbehandling bör man utvärdera om det finns en viss risk för allvarliga biverkningar.
- Samtliga PPI har likvärdig klinisk effekt. Omeprazol 20 mg x1 rekommenderas som basbehandling vid de flesta tillfällen. Omeprazol kräver syrahämmande läkemedelsstöd för att ge tillräcklig effekt av omeprazol 20 mg x1. Dosökning görs till 20 mg x2 vid behov 1–2 veckor på försök.

Bakgrund

Protonpumpshämmare (PPI) är potenta hämmare av H⁺K⁺-ATPas (syrapump). Indikationer är behandling och förebyggande av ventrikel- och duodenalsår, reflux och eradikering av *Helicobacter pylori*.

Utredning

Typiska refluxbesvär kan behandlas med hämmande medel ex juvantibus, men dyspepsi som inger misstanke om ulcus, esofagit eller annan organisk genese ska utredas med gastroscopi. Hos yngre patienter ska dyspepsi utan indikation för gastroscopi övervägas hos yngre patienter utan alarmsymtom.

Behandling

Symtomatisk behandling av refluxbesvär utan esofagit
Behandling kan ges i perioder vid behov, med omeprazol 10–20 mg dagligen till symtomfrihet, i regel 4–8 veckor. Behandling varannan eller

var tredje dag kan också prövas. Effekten måste utvärderas innan fortsatt behandling övervägs. Placeboeffekten är uttalad.

Endoskopiverifierad refluxesofagit

Behandlingen bör individualiseras efter sjukdomens svårighetsgrad. För läkning av refluxesofagit är omeprazol 20 mg 1–2 x1 i 4–8 veckor tillräckligt i de flesta fall. Vid svår esofagit krävs i regel underhållsbehandling med PPI. Lägsta möjliga dos bör då eftersträvas.

Dyspepsi

Lågriskpatienter (< 50 år och utan alarmsymtom) med outredd dyspepsi kan testas för Hp och eradikeras vid positivt test, utan att gastroscopi behöver genomföras. (Se riktlinje om outredd dyspepsi på svenskgastroenterologi.se)

Eradikeringsbehandling ska genomföras vid aktuellt eller tidigare obehandlat duodenalsår eller Hp-associerat ventrikelsår.

Sår inducerade av COX-hämmare (NSAID) och icke-Hp-associerade ventrikelsår

Behandling i 6–8 veckor med omeprazol 20–40 mg x1, med efterföljande gastroscopikontroll. COX-hämmare bör inte återinsättas.

Profylaktisk behandling vid pågående behandling med COX-hämmare (NSAID) och/eller lägdos-ASA

Behandling med COX-hämmare ökar risken för ulcus och gastrointestinal blödning. Detta gäller såväl klassiska COX-hämmare (NSAID) som selektiva COX2-hämmare och lägdos acetylsalicylsyra (ASA) som alla påverkar ventrikelslemhinnan. Dessa läkemedel ska om möjligt undvikas hos patienter med förekomst av en eller flera riskfaktorer. Om detta inte är möjligt bör profylaktisk behandling med PPI övervägas.

Riskfaktorer för ASA/COX-hämmarrelaterade sår/blödning är: Samtidig behandling med SSRI, antikoagulantia eller glukokortikoider samt hög ålder, antal

**Alarmsymtom:
Viktning
Hematemes
Anemi
Dysfagi
Kräkningar
Melena
Resistens i buken**

görs vid förnyad gastroscopi.

2–4 veckor på varje steg är rimligt.

Hp-associerade ventrikelsår
En veckas eradikeringsbehandling med PPI och antibiotika (se Duodenalsår ovan). Därefter fortsatt behandling med PPI (omeprazol 20 mg x1) till sårhäkning, bekräftad med gastroscopikontroll.

Använd gärna patientinformation som finns på terapigruppens hemsida: [Att sluta med omeprazol eller andra protonpumpshämmare](#).

Vid utebliven effekt av omeprazol bör diagnosen omvärderas och gastroscopi övervägas.

Dyspepsi

Lågriskpatienter (< 50 år och utan alarmsymtom) med outredd dyspepsi kan testas för Hp och eradikeras vid positivt test, utan att gastroscopi behöver genomföras. (Se riktlinje om outredd dyspepsi på svenskgastroenterologi.se)

Svensk Gastroenterologisk Förening
Swedish Society of Gastroenterology



SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

Nationell riktlinje

2019

På uppdrag av Svensk Gastroenterologisk Förenings styrelse
i samarbete med Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

Outredd dyspepsi, okomplicerade duodenal- och ventrikelsår samt funktionell dyspepsi

Datum för fastställande: 2015-09-01

Datum för översyn: 2016-10-11

Datum för revidering: 2019-06-11

[Outredd dyspepsi, ulkus
samt funktionell
dyspepsi](#)



OPEN ACCESS

Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis

Kentaro Sugano,¹ Jan Tack,² Ernst J Kuipers,³ David Y Graham,⁴ Emad M El-Omar,⁵ Soichiro Miura,⁶ Ken Haruma,⁷ Masahiro Asaka,⁸ Naomi Uemura,⁹ Peter Malfertheiner,¹⁰ on behalf of faculty members of Kyoto Global Consensus Conference

► Additional material is published online only. To view please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2015-309252>).

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to

Professor Kentaro Sugano, Department of Medicine, Jichi Medical University, 3311-1 Yakushiji, Shimotsuke, Tochigi 329-0498, Japan; sugano@jichi.ac.jp

Received 25 January 2015

ABSTRACT

Objective To present results of the Kyoto Global Consensus Meeting, which was convened to develop global consensus on (1) classification of chronic gastritis and duodenitis, (2) clinical distinction of dyspepsia caused by *Helicobacter pylori* from functional dyspepsia, (3) appropriate diagnostic assessment of gastritis and (4) when, whom and how to treat *H. pylori* gastritis.

Design Twenty-three clinical questions addressing the above-mentioned four domains were drafted for which expert panels were asked to formulate relevant statements. A Delphi method using an anonymous electronic system was adopted to develop the consensus, the level of which was predefined as $\geq 80\%$. Final

gastritis remain poorly understood. The discovery that *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) was a cause of gastritis² focused attention on the aetiology, natural history and prognosis of gastritis.

Worldwide the most common cause of chronic gastritis is infection with *H. pylori*. *H. pylori* causes progressive damage to the gastric mucosa and is now accepted as playing a causative role in a number of important diseases, including duodenal ulcer disease, gastric ulcer disease, gastric adenocarcinoma and gastric mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma.^{3–5} Indeed, *H. pylori*-induced gastritis is considered as the most important risk factor for peptic ulcer and its complications.

Letter to the Editor

Unacceptability of Kyoto Global Consensus Report on *Helicobacter Pylori* Gastritis

Dear Editor,

In the article published recently in the Gut, many experts in the field of *H. pylori* infection were gathered in Kyoto and agreed to a statement on eradication of *H. pylori*.¹ The experts concluded that *H. pylori* infection should be considered as an infectious disease, like tuberculosis and syphilis, and has to be eradicated in all individuals. This recommendation to deal with *H. pylori* infection can't 'be accepted not only in countries like Iran where *H. pylori* infection is almost universal in the adult population, but also in countries with a low infection rate.

Tuberculosis is beside of its high economic burden for society and the long duration of its treatment, is not a symptomless disease and comparable to the long life silent *H. pylori* infection disease: in 33 studies, the death rate of tuberculosis ranges between 1.8% to 33.3% during the time period of active treatment of patients.² Fetal death occurring in gravid women with asymptomatic syphilis infection in the general population of South America and Africa,

adenocarcinoma of cardia and distal esophagus,^{15,16} as well as with the occurrence of asthma in the children¹⁷ and adults.¹⁸ Beside these disadvantages of eradication of *H. pylori* infection, the harmful effect of treatment with two antibiotics on the human intestinal microbiota, which are essential to the health, must not be disregarded.

The cost and side effects of *H. Pylori* eradication in population of a country like Iran is also huge and it is not acceptable when compared with questionable benefit. There are plenty of arguments to avoid *H. pylori* eradication in all individual with infection not only in countries with high prevalence of *H. pylori* infection, but even in those with a low infection rate.

Sadegh Massarrat MD¹

Authors' affiliations: ¹Digestive Disease Research Center, Digestive Disease Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

•Corresponding author: Sadegh Massarrat MD, Digestive Disease Research Center, Digestive Disease Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: massarrat@ams.ac.ir.

References

Eradication of *Helicobacter pylori* for non-ulcer dyspepsia

✉ Paul Moayyedi, Shelly Soo, Jonathan J Deeks, Brendan Delaney, Adam Harris, Michael Innes, R Oakes, Sue Wilson, A Roalfe, Cathy Bennett, David Forman

Version published: 16 February 2011 [Version history](#)

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002096.pub5> ↗

⚠ This review has been withdrawn

➔ [view version history](#)

Helicobacter pylori Eradication in Functional Dyspepsia

HEROES Trial

Luiz Edmundo Mazzoleni, MD, PhD; Guilherme Becker Sander, MD, PhD;
Carlos Fernando de Magalhães Francesconi, MD, PhD; Felipe Mazzoleni, MD; Diego Mendonça Uchoa, MD;
Laura Renata De Bona, BSc; Tobias Cancian Milbradt, BSc; Pâmela Schitz Von Reisswitz, MSc;
Otavio Berwanger, MD, PhD; Mathias Bressel, PhD; Maria Isabel Edelweiss, MD, PhD; Stela Scaglioni Marini, MD;
Cynthia Goulart Molina, MD; Luciano Folador, MD; Roberta Perin Lunkes, MD; Renata Heck, MD;
Oscar Augusto Birkhan, MD; Bianca Michel Spindler, MD; Natan Katz, MD; Bruno da Silveira Colombo, MD;
Pedro Proença Guerrieri, MD; Luiza Brusius Renck, MD; Elisa Grando, MD; Bianca Hocevar de Moura, MD;
Franciele Darsie Dahmer, MD; Juliano Rauber, MD; João Carlos Prolla, MD, PhD

Background: Eradication of *Helicobacter pylori* in patients with functional dyspepsia continues to be a matter of debate. We studied eradication effects on symptoms and quality of life of primary care patients.

Methods: *Helicobacter pylori*-positive adult patients with functional dyspepsia meeting the Rome III International Consensus criteria were randomly assigned to re-

the primary outcome was 49.0% (94 of 192) in the antibiotics group and 36.5% (72 of 197) in the control group ($P = .01$; number needed to treat, 8). In the patient global assessment of symptoms, 78.1% in the antibiotics group (157 of 201) answered that they were better symptomatically, and 67.5% in the control group (137 of 203) said that they were better ($P = .02$). The antibiotics group had

RCT

Mazzoleni et al. Helicobacter pylori Eradication in Functional Dyspepsia. 2011.

404 personer randomiserades till
trippelbehandling eller PPI + placebo

Medelålder 46 år

39-45% rökare

40-45% < 10 års skolgång

De flesta hade mer än 5 år med symtom



RCT

Mazzoleni et al. Helicobacter pylori Eradication in Functional Dyspepsia. 2011.

Ingen signifikant skillnad i antal symtomfria personer efter ett år

49% i antibiotikaarmen jämfört med **36,5%** i PPI+placebo-armen hade minskade symptom $\geq 50\%$ efter 1 år

Det är ungefär samma effekt som vid långtidsbehandling med PPI

30% mer diarré vid antibiotika



INNEHÅLL

Bakgrund och definitioner

[Outredd/undersökt dyspepsi](#)[Funktionell dyspepsi \(FD\)](#)[Organisk orsak - Ulkus](#)

Orsaker

[Funktionell dyspepsi](#)

....

[Startsida](#) > [Medicinsk gastroenterologi och hepatologi](#) > [Dyspepsi/ulkus \(magl](#)

Författare: [Lars Agréus](#) (Professor emeritus, distriktsläkare, Sektionen för allmänmedicin och primärvård. Institutionen för NVS / Karolinska Institutet)

Granskare: [Joar Svanvik](#) (Professor. Kirurgiska kliniken / Universitetssjukhuset i Linköping)

Reviderad: 2025-11-04

Dyspepsi/ulkus (magkatarr och magsår)

Dyspepsi är ett samlingsbegrepp för symtom från övre delen av magen. Ulkus är ofta en kronisk infektionssjukdom orsakad av *H. pylori*.

Funktionell dyspepsi

Sannolikt flera faktorer där ökad sensibilitet för distension, motorikstörningar och "brain gut connection" diskuteras. Psykosociala faktorer anses kunna spela in i vissa fall. *H. pylori* har visat sig ha viss betydelse, eftersom symtom och livskvalitet förbättras avsevärt hos cirka 1 av 14 (NNT 14) hos de med funktionell dyspepsi som är infekterade och får effekt av en given så kallad eradikeringskur.

Svensk Gastroenterologisk Förening
Swedish Society of Gastroenterology



SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

Nationell riktlinje

2019

På uppdrag av Svensk Gastroenterologisk Förenings styrelse
i samarbete med Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

Outredd dyspepsi, okomplicerade duodenal- och ventrikelsår samt funktionell dyspepsi

Datum för fastställande: 2015-09-01

Datum för översyn: 2016-10-11

Datum för revidering: 2019-06-11


[Outredd dyspepsi, ulkus
samt funktionell
dyspepsi](#)

Eradication of *Helicobacter pylori* for non-ulcer dyspepsia

✉ Paul Moayyedi, Shelly Soo, Jonathan J Deeks, Brendan Delaney, Adam Harris, Michael Innes, R Oakes, Sue Wilson, A Roalfe, Cathy Bennett, David Forman

Version published: 16 February 2011 [Version history](#)

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002096.pub5> [↗](#)

 This review has been withdrawn

[→ | view version history](#)

Dyspepsi

Över 50 år?
Alarmsymtom?
Remiss för gastroskopi!

*Eradikering vid duodenalsår
och Hp-positivt ventrikelsår*

Lunch!
Åter 13.00

**Vid utredd dyspepsi:
PPI v b längre tid verkar ge
samma effekt som antibiotika**