

Gastroösophageale Refluxkrankheit

Inhaltsübersicht

1. Was ist eine Gastroösophageale Refluxkrankheit (GORD)?
2. Was sind die Ursachen?
3. Wie äußert sich eine Refluxkrankheit?
4. Was sind die Folgen?
5. Wieviel Diagnostik ist notwendig?
6. Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Was ist eine Gastroösophageale Refluxkrankheit (GORD)?

Die gastroösophageale Refluxkrankheit ist ein multifaktorielles Geschehen. Bedingt ist sie durch einen übermäßigen Rückfluss (Reflux) von saurem Mageninhalt in die Speiseröhre (Ösophagus). Dadurch kommt es zu einer Reizung oder in fortgeschrittenen Fällen zu einer Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut. Es wird geschätzt, dass in der westlichen Welt ca. 10% der Bevölkerung in stärkerem Maße davon betroffen sind.

Was sind die Ursachen?

Bei der Entstehung der gastroösophageale Refluxkrankheit spielen viele Faktoren (meist in Kombination) eine Rolle:

- Ungenügender Verschlussdruck des unteren Ösophagussphinkters (Schließmuskel zwischen Speiseröhre und Magen)
- Vorübergehende Erschlaffung (transiente Relaxationen) des unteren Ösophagussphinkters
- Ungenügende Selbstreinigungsfunktion der Speiseröhre durch gestörte Bewegungsabläufe
- Gestörte Funktion der Schleimhaut der Speiseröhre
- Ungenügende Speichelqualität (quantitativ und qualitativ)
- Gestörte Magenentleerung
- Nikotinkonsum
- Bestimmte Medikamente
- Bestimmte Bestandteile in der Nahrung

Neben der klassischen Refluxkrankheit mit in der Ösophagus-ph-Metrie nachweisbarem erhöhtem Reflux aus dem Magen in den Ösophagus existiert noch eine Patientengruppe, die auch den physiologischen Reflux als schmerzhaft empfinden. Bei ihnen scheint eine **viszerale Hyperalgesie** (Schmerzüberempfindlichkeit) vorzuliegen. Sie ähneln hier den Patienten mit Reizmagen und Reizdarm.

Wie äußert sich eine Refluxkrankheit?

Die häufigsten Symptome der Reflux-Erkrankung sind:

- Sodbrennen

- Schmerzen oder Druckgefühl hinter dem Brustbein (wie bei Angina pectoris)
- saures Aufstoßen
- Oberbauchschmerzen

Daneben kann sich eine gastroösophageale Refluxkrankheit auch außerhalb des Ösophagus manifestieren und zwar in Form von:

- Asthma
- Husten
- Heiserkeit (infolge einer Kehlkopftzündung)
- Schlafproblemen und
- Defekten des Zahnschmelzes.

In mehreren wissenschaftlichen Studien konnte gezeigt werden, dass die gastroösophageale Refluxkrankheit zu einer Verschlechterung der Lebensqualität bei den betroffenen Patienten führt.

Was sind die Folgen?

Durch die dauernde Reizung der Speiseröhrenschleimhaut kann es zu einer Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut (Ösophagitis) kommen. Durch häufige Entzündungen kann es schließlich zu Komplikationen kommen wie:

- Geschwüren (Ulzera)
- narbigen Schrumpfungen mit Einengung (Stenosen) der Speiseröhre und
- Umwandlung (Metaplasie) des Plattenepithels der Speiseröhre in ein Zylinderepithel (sog. Barrettepithel). Im Extremfall kann diese Barrettmetaplasie über eine Dysplasieentwicklung auch zu einem Adenokarzinom entarten. Es konnte gezeigt werden, dass Patienten, die mehr als einmal in der Woche Sodbrennen und/oder Regurgitation sauren Mageninhalt verspüren, ein 7,7fach erhöhtes Risiko für ein Ösophaguskarzinom
- Die extraösophagealen Manifestationen der gastroösophagealen Refluxkrankheit wie z.B. an der Lunge oder im HNO-Bereich werden oft verkannt und nicht richtig gedeutet.

Wieviel Diagnostik ist notwendig?

Bei Patienten mit gelegentlichen Beschwerden bzw. bei Erstvorstellung des Patienten beim Arzt ist es meist ausreichend, ein Medikament zu verschreiben, das effektiv die Magensäure unterdrückt, und seine Wirkung abzuwarten. Bei Patienten mit häufigen Beschwerden oder mit fortdauernden Symptomen trotz Therapie sowie in jedem Falle Alarmsymptomen wie Schluckstörung und Gewichtsabnahme ist eine Endoskopie (Magenspiegelung) notwendig. Die Fragen an den Endoskopiker sind hierbei:

- Liegt schon eine Ösophagitis vorliegt bzw. wie ausgeprägt ist diese? Es sind mehrere endoskopische Klassifikationen der Refluxösophagitis in Gebrauch,

wobei die nach Savary und Miller am verbreitetsten ist.

- Liegen Komplikationen der gastroösophagealen Refluxkrankheit vor wie peptische Stenosen (Einengungen), Ulzera (Geschwüre) und eine schon vollzogene Barrettmetaplasie können dabei erfasst werden. Bei Vorliegen eines Barrett epithels sollte der Endoskopiker nach Dysplasien (prä maligne Veränderungen) fahnden und eine ausreichende Zahl von Gewebeproben zur histologischen Untersuchung entnehmen.

Die **erweiterte Diagnostik** der gastroösophagealen Refluxkrankheit umfasst:

- Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus (Säuremessung in der Speiseröhre über 24 Stunden)
- Ösophagusmanometrie (Messung der Bewegungsabläufe in der Speiseröhre und des Schließmuskeldruckes)

Diese Untersuchungen werden notwendig bei:

- Therapieversagern
- vor medikamentöser Langzeittherapie, um Therapienotwendigkeit zu dokumentieren
- Therapie einer Refluxösophagitis mit Komplikationen (Stenosen, Ulzera), um eine ausreichende Säuresuppression zu dokumentieren
- atypischen Symptomen (z.B. als Angina pectoris maskiert) oder V.a. extraösophageale Manifestationen und
- präoperativ z.B. vor Fundoplicatio und endoskopischen Therapiemaßnahmen
- V.a. Beteiligung des Ösophagus bei Symerkrankungen wie z.B. bei Sklerodermie (CREST-Syndrom) oder Myositis

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Ziel jeder Therapie der Refluxkrankheit muss eine rasch einsetzende und lang anhaltende Beseitigung der Symptome der Refluxkrankheit sein. Darüberhinaus sollte aber auch eine Prävention der Komplikationen der Refluxkrankheit sein.

Medikamente

Für die medikamentösen Therapie stehen mehrere Substanzen zur Verfügung:

- Antazida
- Prokinetika (Metoclopramid)
- H₂-Blocker (Ranitidin, Famotidin)
- Protonenpumpenhemmer (Esomeprazol, Lansoprazol, Omeprazol, Pantoprazol, Rabeprazol)

Antazida spielen nur noch eine untergeordnete Rolle in der Therapie. Sie werden nur für die symptomatische Behandlung gelegentlich auftretenden Sodbrennens verwendet. Metoclopramid zeigt bei manifester Refluxösophagitis keinen Effekt,

kann aber bei gestörter Magenentleerung von Nutzen sein. **H2-Blocker** haben nur einen mäßigen Effekt auf die Symptome der Refluxkrankheit. Die Erfolgsrate liegt hier bei 60% bis 70%. Eine höhergradige Refluxösophagitis bringen sie in der Regel nicht zur Abheilung. Darüberhinaus verlieren sie bei langfristiger Anwendung an Wirkung (Tachyphylaxie). **Protonenpumpenhemmer (PPI)** können bei adäquater Dosierung die Symptome einer Refluxkrankheit völlig beseitigen. Auch schwere Formen der Refluxkrankheit sind durch sie zur Abheilung zu bringen. Insbesondere bei höhergradigen Formen der Refluxösophagitis sind sie das Mittel der Wahl. Zwischen den einzelnen PPI bestehen keine klinisch relevanten Wirkungsunterschiede. Die medikamentöse Therapie der Refluxkrankheit ist dadurch geprägt, dass nach Absetzen der PPI zwischen 50-80% einen Rückfall erleiden. Diese Mehrzahl dieser Patienten wird mit einer on-demand-Behandlung (Bedarftstherapie) auskommen. In jedem Falle muss aber versucht werden, nach Erreichen der Remission (Abheilen der Entzündung und Verschwinden der Symptome) die Dosis des PPI zu reduzieren (sog. Step-Down).

Änderungen des Lifestyle

Änderungen der **Lebensweise und der Ernährung** spielen heute allenfalls eine adjuvante Rolle in der Therapie. Obgleich der wissenschaftliche Beweis in vielen Fällen fehlt, wird empfohlen:

- Gewichtsabnahme
- Nikotinkarenz
- keine voluminösen Mahlzeiten, keine Spätmahlzeiten
- Meiden von Schokolade, Süßigkeiten, Pfefferminz-Produkten, scharfen Gewürzen, rohen Zwiebeln sowie Zitrusfrüchten
- Verminderung des Alkoholkonsums
- Meiden bestimmter Kaffeesorten (individuell auszutesten)

Ein Patientenmerkblatt zu diesem Punkt kann als [pdf-File](#) heruntergeladen werden.

Endoskopische Antirefluxtherapien

Zur Zeit werden verschiedene endoskopische Verfahren angeboten, wobei die wissenschaftliche Evaluation hier noch nicht abgeschlossen ist:

- endoskopische Gastroplastie (Nähtechnik)
- Radiofrequenzablation (Stretta)
- Injektionsmethode mit biokompatiblen Stoffen (Enteryx)

Im Klinikum Augsburg wird derzeit (im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie) die endoskopische Gastroplastie angeboten.

Chirurgie

Das chirurgische Standardverfahren ist die Fundoplikatio nach Nissen / Rosetti, die vorzugsweise laparoskopisch erfolgt. Indikationen sind:

- Versagen der medikamentösen Therapie
- Patient möchte keine dauerhafte Medikamenteneinnahme
- Medikamentenunverträglichkeiten