

Volkskrankheit Magenbrennen

Die Gastroösophageale Refluxkrankheit

Die gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD) stellt ein Risiko für organische Komplikationen dar und/oder mindert die Lebensqualität der Betroffenen deutlich. Durch Änderung der Lebensgewohnheiten lassen sich die Häufigkeit und Schwere mindern, eine medikamentöse Behandlung lässt sich damit aber oft nicht vermeiden.



Dr. med. Marcel Halama
Zürich

Etwa bis 30% der erwachsenen Bevölkerung leiden an regelmäßigen Refluxbeschwerden. Hauptsymptom der Patienten mit Säurereflux ist retrosternales Brennen (Sodbrennen). Weitere typische Beschwerden von Patienten mit einer gastroösophagealen Refluxerkrankung sind Regurgitation von Speiseresten (Volumenregurgitation), retrosternaler Druck, Luftaufstossen, Dysphagie oder epigastrisches Brennen.

Nebst den erwähnten ösophagealen Beschwerden können auch chronischer, typischerweise nächtlich auftretender Husten, Heiserkeit, asthmatische Beschwerden oder Zahnschmelzerosionen extraösophageale Manifestationen der gastroösophagealen Refluxerkrankung darstellen. Weniger gut belegt, aber denkbar, könnten auch Sinusitiden, rezidivierende Otitiden media oder eine Lungenfibrose mit Reflux assoziiert sein (Tab. 1) [1].

Prädisponierend für eine gastroösophageale Refluxerkrankung sind Hiatushernien und viszerale Adipositas. Auch eine hypotensive Oesophagusmotilitätsstörung (beispielsweise bei Sklerodermie) ist aufgrund der ungenügenden ösophagealen Clearancefunktion und konsekutiv verlängerter Exposition der ösophagealen Mukosa mit Magensäure, Gallosalzen oder Pepsin ein Risikofaktor.

Frauen und Männer sind gleich häufig betroffen. Es gibt keinen Altersgipfel im Auftreten einer Refluxerkrankung, allerdings scheint die Prävalenz mit zunehmendem Alter anzusteigen. Die wichtigsten Reflux-fördernden Faktoren sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Man unterscheidet generell zwischen sporadischen Refluxbeschwerden, welche subjektiv für den Patienten keinen Krankheitswert haben und der eigentlichen gastroösophagealen Refluxerkrankung, bei welcher die Lebensqualität des Patienten durch die Refluxbeschwerden beeinträchtigt wird.

Abklärungen

Kommt der Patient in die Praxis mit Refluxbeschwerden sollte zuerst gezielt nach Alarmsymptomen (Tab. 3) gefragt werden. Liegen Alarmsymptome vor, sollte zwingend eine zügige endoskopische Abklärung mittels Ösophagogastroduodenoskopie erfolgen. Endoskopisch können dadurch alternative Diagnosen (insbesondere natürlich Tumoren) ausgeschlossen werden. Weiter kann dadurch aber auch der Schweregrad der Refluxösophagitis beurteilt werden, was prognostisch für den weiteren Verlauf der Refluxerkrankung und das zu erwartende Ansprechen auf die Therapie mit Protonenpumpeninhibitoren wichtig ist.

Ohne Alarmsymptome ist primär eine probatorische Therapie mit einem Protonenpumpeninhibitor in einer Dosierung von 20-40 mg/d für 4 Wochen vertretbar. Bei fehlender Besserung nach 4 Wochen sollte der Protonenpumpeninhibitor auf die doppelte Standarddosis erhöht und der Patient für eine Ösophagogastroduodenoskopie angemeldet werden.

Bei unauffälligem endoskopischem Befund kann trotzdem ein pathologischer gastroösophagealer Reflux vorliegen. Man spricht dann von einer sogenannten nicht erosiven gastroösophagealen Refluxerkrankung (NERD). Diese Diagnose kann nur mittels 24h-Impedanz-pH-Metrie gestellt werden. Die 24h-Impedanz-pH-Metrie ist der Goldstandard in der Diagnostik der gastroösophagealen Refluxerkrankung. Auch mögliche extraösophageale Symptome sollten – falls die Endoskopie unauffällig ist – aufgrund der breiten Differentialdiagnose mittels einer 24h-Impedanz-pH-Metrie zur Bestätigung oder dem Ausschluss einer gastroösophagealen Refluxerkrankung abgeklärt werden.

Mit der pH-Metrie kann die pathologische Säureexposition im distalen Oesophagus objektiviert werden. Meist steht der Patient je-

| TAB. 1 Mit Reflux assoziierte Symptomatik | |
|---|-----------------------------------|
| Oesophageale Syndrome | |
| ▶ | Rein symptomatisch |
| | - Sodbrennen |
| | - Nicht-kardialer Thoraxschmerz |
| ▶ | Mit Oesophagusschleimhautläsionen |
| | - Refluxösophagitis |
| | - Reflux-induzierte Strikturen |
| | - Barrettösophagus |
| | - Adenokarzinom |
| Extraösophageale Syndrome | |
| ▶ | Etablierte Assoziationen |
| | - Chronischer Husten |
| | - Chronische Laryngitis |
| | - Asthmatische Beschwerden |
| | - Zahnschmelzerosionen |
| ▶ | Mögliche Assoziationen |
| | - Pharyngitis |
| | - Sinusitis |
| | - idiopathische pulmonale Fibrose |
| | - rezidivierende Otitis media |

doch bereits unter einer PPI-Therapie, dann ist der Stellenwert der pH-Metrie nur auf Fragen nach der Wirksamkeit der Säuresuppression durch den Protonenpumpeninhibitor mittels Messung des gastralen pH beschränkt. In diesen Fällen hat sich die zusätzliche Impedanz-Messung bewährt, mit der die Bewegungsrichtung von die Speiseröhre passierenden Gas- und Flüssigkeitsboli bestimmt werden kann. So konnte mit dieser Methode gezeigt werden, dass Protonenpumpeninhibitoren zwar die Magensäure supprimieren, nicht aber die Anzahl von (nicht-sauerem) Refluxepisoden reduzieren. Diese stellen eine häufige Ursache für persistierende Symptome unter der Therapie dar.

Mehr als 50% der Patienten mit typischen Refluxbeschwerden, aber fehlendem PPI-Ansprechen und unauffälliger Endoskopie leiden nicht an einer gastroösophagealen Refluxerkrankung [2].

Wichtige Differenzialdiagnosen, welche mittels 24h-Impedanz-pH-Metrie abgegrenzt werden können, sind die ösophageale Hypersensitivität und Belching (Luftaufstossen bei Aerophagie).

Therapie

Mit Änderung der Lebensgewohnheiten kann man die Häufigkeit und Schwere von Refluxsymptomen reduzieren, eine medikamentöse Therapie lässt sich jedoch damit häufig nicht vermeiden.

Nicht-medikamentöse Therapieansätze zielen auf Gewichtsreduktion bei adipösen Patienten, Vermeiden von Mahlzeiten kurz vor dem Schlafen gehen, Oberkörperhochlagerung und individuelle Vermeidung von auslösenden Speisen und Getränken [3]. Für die empfohlenen Allgemeinmassnahmen fehlt allerdings eine klare wissenschaftliche Evidenz, wobei ein fehlender Wirksamkeitsnachweis nicht zwangsläufig bedeutet, dass diese Massnahmen wirkungslos sind!

Protonenpumpeninhibitoren (PPI) sind die Therapie der Wahl bei Patienten mit einer gastroösophagealen Refluxerkrankung. Protonenpumpeninhibitoren sind bezüglich Abheilung einer Refluxösophagitis und einer Symptomlinderung den Histamin-2-Rezeptorenblockern deutlich überlegen. Die Wirksamkeit aller verfügbaren PPI ist im Wesentlichen gleich.

Die zusätzliche Einnahme eines H2-Rezeptor-Antagonisten zu einem PPI hat keinen zusätzlichen Nutzen. Die additive oder gar alleinige Gabe von Metoclopramid bei Reflux ist aufgrund der Nebenwirkungen nicht empfohlen.

Bei gutem Ansprechen auf eine 4–6wöchige Therapie kann versucht werden, den Protonenpumpeninhibitor zu pausieren und auf eine bedarfsadaptierte „on-demand“-Therapie zu wechseln. Bei Patienten mit nicht-erosiver Refluxerkrankung oder bei solchen mit nur leichtgradiger Refluxösophagitis ist dies häufig erfolgreich. Bei Patienten mit höhergradiger erosiver Refluxösophagitis ist nach Absetzen des PPI innerhalb eines Jahres mit einer Rezidivrate von bis zu 80% zu rechnen [4]. Meist ist in diesen Fällen eine Dauertherapie mit der kleinsten möglichen wirksamen Dosis notwendig.

In einer kürzlich erschienenen Studie an Probanden mit nur sporadischen Refluxbeschwerden konnte gezeigt werden, dass es nach Absetzen des PPI zu vermehrten Refluxsymptomen gekommen ist [5]. Inwieweit dieser sogenannte „Säurerebound“ eine klinische Relevanz hat, ist gegenwärtig noch umstritten. Auch ist noch unklar, welche Dosis über welchen Zeitraum einen relevanten Säurerebound verursachen kann. Vor diesem Hintergrund sollte auch eine längere Einnahme von rezeptfrei erhältlichen niedrig-dosierten over-the-counter PPI-Präparaten (OTC-PPI) vermieden werden.

TAB. 2 Faktoren, welche zu Reflux führen können

Genetische Faktoren

- ▶ Positive Familienanamnese

Demographische Faktoren

- ▶ Alter
- ▶ Kaukasische Abstammung
- ▶ Adipositas
- ▶ Schwangerschaft

Verhaltensassoziierte Faktoren

- ▶ Rauchen
- ▶ Alkohol
- ▶ Mahlzeiten mit grossem Volumen
- ▶ Hochkalorische (fettthaltige) Mahlzeiten
- ▶ Schnelle Nahrungsaufnahme
- ▶ Hoher Salzgehalt
- ▶ Faserarme Kost

Umweltfaktoren

- ▶ Helicobacter-pylori-Infektion

Medikamentöse Therapie

- ▶ Medikamente mit relaxierendem Effekt auf den unteren Ösophagussphinkter (Kalziumantagonisten, Anticholinergika, Theophyllin, Nitrate)
- ▶ Medikamente, die eine Gastroparese verursachen (Opiate, Steroide)
- ▶ Nichtsteroidale Antirheumatika

TAB. 3 Alarmsymptome, welche zu einer raschen primären endoskopischen Abklärung führen sollten

- B-Symptomatik
- Anämie
- Alter >45–50 Jahre
- Positive Familienanamnese für Karzinome
- Odynophagie oder ausgeprägte Dysphagie
- Erbrechen

Für Refluxlaryngitis konnte kürzlich gezeigt werden, dass ösophageale Beschwerden, sowie die bekannten Risikofaktoren (axiale Hiatushernie, Adipositas) unabhängige Risikofaktoren darstellen [6]. Bei Personen mit chronischem Husten ohne relevantes Sodbrennen verbessert eine Behandlung mit hochdosierten Protonenpumpeninhibitoren weder den Husten noch die Lebensqualität [7].

Protonenpumpeninhibitoren sind insgesamt sehr gut verträglich. Die wichtigsten Nebenwirkungen sind Kopfschmerzen (10%), Blähungen (5–10%), Diarrhöe (5%) und Bauchschmerzen (5%). Im Langzeitgebrauch konnte einzig ein 2-fach erhöhtes Risiko für Clostridium difficile-Kolitiden gezeigt werden. Eine grosse retrospektive Studie zeigte, dass Patienten welche Clopidogrel und einen PPI einnehmen im Vergleich zu einer Clopidogrelmonotherapie keine vermehrten kardiovaskulären Nebenwirkungen entwickelten [8].

Ein chirurgisches Vorgehen (Funduplicatio) ist zu evaluieren, wenn 1. Patienten einen nicht kontrollierbaren Volumenreflux aufweisen oder 2. eine pH-metrisch dokumentierte fehlende gastrale Säuresuppression unter hochdosierter PPI-Einnahme besteht oder 3. ein gutes Ansprechen, aber eine schwere PPI-Unverträglichkeit besteht.