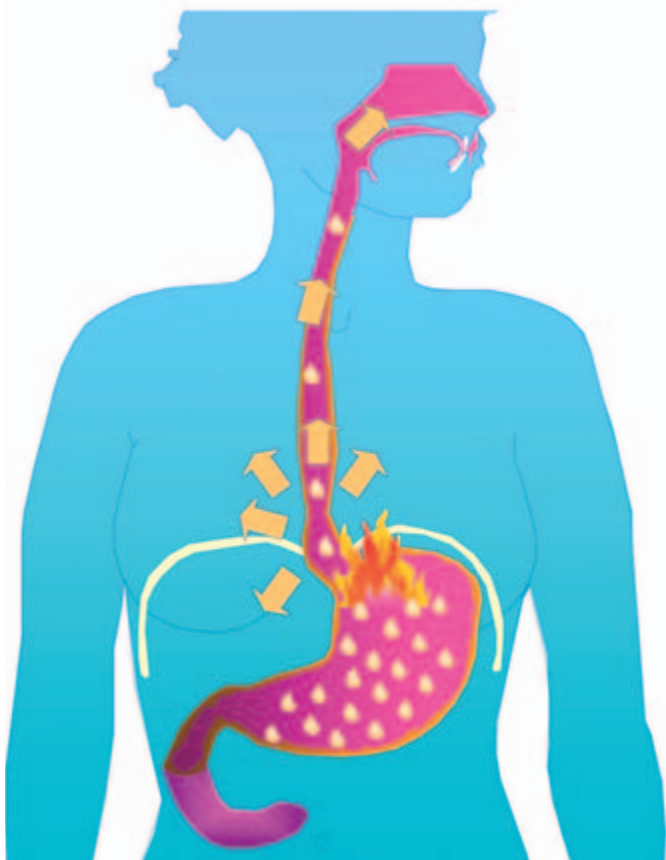

Ratgeber für Patienten

Was Sie schon immer über **REFLUX / SODDBRENNEN** wissen wollten und sollten



GASTRO  **LIGA** e.V.

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm
und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung e.V.

Titelbild, Abbildungen 2 und 5 mit freundlicher Genehmigung der Altana Pharma Deutschland GmbH, Copyright Altana Pharma Deutschland GmbH

Unter Sodbrennen werden brennende Missempfindungen verstanden, die aus dem Oberbauch oder unteren Brustkorb in Richtung Hals aufsteigen und durch Nahrungsaufnahme, körperliche Belastung oder Bücken ausgelöst oder gesteigert werden. Sodbrennen zählt zu den häufigsten Beschwerden in Deutschland, etwa 30 % der Bevölkerung klagen im Laufe eines Jahres darüber.

Davon haben bis zu 25 % zumindest einmal pro Woche Sodbrennen, 10 % sogar täglich. Bei 60-90 % der Betroffenen sind die Beschwerden chronisch, d.h. sie bestehen über Jahre. Sodbrennen wird häufig durch sauren Mageninhalt ausgelöst, der in die Speiseröhre aufsteigt (Gastroösophagealer Reflux). Sodbrennen kann jedoch auch Säure-unabhängig ausgelöst werden, z.B. durch Dehnung der Speiseröhre oder durch Nahrungsmittel, die die Speiseröhrenschleimhaut reizen. Dem Symptom Sodbrennen kann also ein breites Spektrum von Ursachen bzw. Erkrankungen zugrunde liegen (Tab. 1). Nicht selten wird der Begriff „Sodbrennen“ im Volksmund aber sehr weitläufig für verschiedene Beschwerden des Brustraumes verwendet. Manchmal wird der Arzt deswegen auch Erkrankungen anderer Organe wie von Herz und Lunge zuerst ausschließen, bevor sich Untersuchungen auf Ursachen seitens der Speiseröhre konzentrieren.

Beim Vorhandensein des Symptoms „Sodbrennen“ im engeren Sinn unterscheidet man drei Krankheitsbilder: Die **klassische Refluxkrankheit** beruht auf einem übernormal langen oder häufigen Rückstrom von saurem Mageninhalt in die Speiseröhre. Übernommen aus dem Englischen spricht man von Gastro-Esophageal Reflux Disease, im medizinischen Sprachgebrauch abgekürzt mit „GERD“. Endoskopisch, also anhand einer Magenspiegelung, unterscheidet man hierunter weiter in Patienten mit einer sichtbaren Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut (Erosive Reflux Disease, ERD) oder ohne solche Auffälligkeiten (Non-erosive Reflux Disease, NERD).

Sodbrennen kann jedoch auch die Folge eines **hypersensitiven Ösophagus** (überempfindliche Speiseröhre) sein. Auch

hier kann ein Zusammenhang zwischen Rückstrom von saurem Mageninhalt und Beschwerden hergestellt werden. Zahl und Dauer des Rückstromes sind jedoch messtechnisch nicht höher als bei beschwerdefreien Gesunden.

Schließlich spricht man von **funktionellen Beschwerden**, wenn kein Zusammenhang zwischen dem Symptom Sodbrennen und einer endoskopisch erkennbaren Speiseröhrenentzündung oder einer messbar gesteigerten Säurebelastung der Speiseröhre gefunden wird.

Tab. 1: Spektrum der Ursachen und Erkrankungen, die dem Symptom Sodbrennen zugrunde liegen können

Sodbrennen					
Refluxkrankheit (GERD)		Hyper-sensitive Speiseröhre	Funktionelle Speiseröhrenbeschwerden		
Nicht-erosive Refluxkrankheit (NERD)	Erosive Refluxkrankheit (ERD)		Funktionelles Sodbrennen	irritable („reizbare“) Speiseröhre	Nicht-ulzeröse Dyspepsie

Wodurch wird der Rückfluß (Reflux) aus dem Magen in die Speiseröhre ermöglicht?

Der Reflux wird durch eine Unterfunktion des Schließmuskels ermöglicht, der die Speiseröhre vom Magen abgrenzt. Durch diesen unzureichenden Muskelschluss kann Sekret aus dem unter Überdruck stehenden Magen in die Speiseröhre aufsteigen, in der der Unterdruck des Brustkorbs wirksam ist (Abb. 1).

Die Unterfunktion des Schließmuskels hat vielfältige Ursachen. Besondere Bedeutung kommt den kurzfristigen Erschlaffungen des Schließmuskels zu, die vor allem nach dem Essen auftreten. Auch eine große Öffnung im Zwerchfell, durch die die Speiseröhre aus dem Brustkorb in den Bauchraum übertritt (Hiatushernie), erleichtert den Reflux. Übergewicht steigert den bereits physiologisch vorhandenen Über-

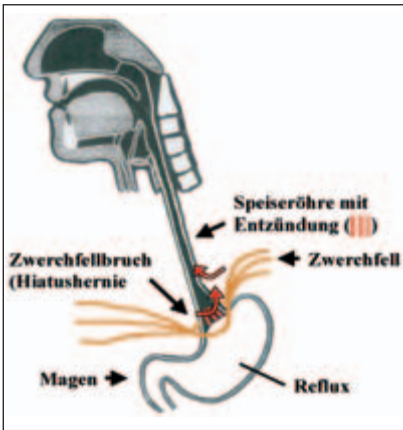


Abb. 1: Schematische anatomische Darstellung eines Patienten mit Refluxkrankheit

druck im Bauchraum und begünstigt auf diese Weise wahrscheinlich das Entstehen einer Hiatushernie und den Reflux von Mageninhalt in die Speiseröhre.

Saurer Reflux

Der klassische Mechanismus, der die Empfindung von Sodbrennen auslöst, ist die Reizung säureempfindlicher Nerven, die im Inneren der Speiseröhrenschleimhaut verborgen sind. Die aus dem Magen aufsteigende Säure löst eine Entzündungsreaktion der Speiseröhrenschleimhaut aus und lockert dadurch deren dichten Zellverband. Erst hierdurch werden die säureempfindlichen Nerven in der Schleimhaut freigelegt und für den schmerzerregenden Säurerückfluss zugänglich. Ob und wie stark schmerzhaftes Sodbrennen empfunden wird, ist nicht nur vom Säuregrad des zurückfließenden Mageninhalts abhängig, sondern auch von der Dauer des Kontaktes der Speiseröhrenschleimhaut mit der Magensäure und davon, wie weit die Säure große Flächen der Schleimhaut angreift. Ein in kurzen Abständen wiederholter Säurerückfluss steigert die Empfindlichkeit der Speiseröhre, die dann auf immer geringere oder kürzere Säurebelastung mit Sodbrennen reagiert. Die Schmerzwahrnehmung durch säureempfindliche Nerven der Speiseröhre wird durch entzün-

dungsfördernde Botenstoffe (Zytokine) verstärkt, die von Entzündungszellen in der säuregeschädigten Schleimhaut freigesetzt werden.

Nicht jedes Refluxereignis löst jedoch Sodbrennen, geschweige denn eine endoskopisch erkennbare Speiseröhrenentzündung aus. Refluxereignisse kommen nämlich auch beim beschwerdefreien Gesunden häufig vor, vor allem nach dem Essen. Selbst bei Refluxkranken rufen weniger als 20 % der Refluxereignisse Sodbrennen hervor.

Nicht-saurer Reflux

Sodbrennen kann jedoch auch durch den Reflux nicht-sauren Mageninhaltes ausgelöst werden, z.B. durch Gallensäuren und/oder das Sekret der Bauchspeicheldrüse. Diese können aus dem Zwölffingerdarm in den Magen aufsteigen und von dort allein oder mit Magensäure kombiniert in die Speiseröhre gelangen. Auch aus dem Magen aufsteigendes Gas (Volumenreflux) vermag über einen Dehnungsreiz der Speiseröhre Sodbrennen auszulösen.

Nahrungsmittel

Unabhängig von oben beschriebenen Ursachen kann Sodbrennen auch durch eine lokale Reizung der Speiseröhrenschleimhaut ausgelöst werden, durch die die schmerzempfindlichen Nerven freigelegt werden. Dies ist für eine Vielzahl von Nahrungsmitteln und Getränken bekannt (Tab. 2).

Darüber hinaus lösen verschiedene Getränke, insbesondere Alkoholika und umfangreiche Mahlzeiten den Reflux von Mageninhalt in die Speiseröhre aus (Tab. 2).

Saurer, nicht-saurer und Volumenreflux von Mageninhalt in die Speiseröhre treten bevorzugt nach dem Essen auf, da die Dehnung des Magens durch die aufgenommene Nahrung zu einer kurzzeitigen Erschlaffung des unteren Schließmuskels der Speiseröhre führt, um das Aufstoßen verschluckter Luft

Tab. 2: Nahrungsmittel/Getränke und Reflux

Nahrungsmittel/Getränke, die nach Angaben des Patienten Sodbrennen auslösen:

scharf gewürzte Speisen, fettreiche Mahlzeiten, Hefengebäckenes, Zitrusgetränke, Tomatensaft, Kohlensäurehaltige Getränke, alkoholische Getränke, Kaffee

Nahrungsmittel/Getränke, die nachweisbar durch Reizung Sodbrennen auslösen:

Chili, Tabasco, Tomatensaft, Orangensaft, röststoffreicher Kaffee

Nahrungsmittel/Getränke, die nachweisbar sauren Reflux aus dem Magen in die Speiseröhre auslösen:

Zwiebeln, Schokolade, großvolumige Mahlzeiten, Weißwein, Rotwein, Bier, Whisky, Wodka, röststoffreicher Kaffee

zu ermöglichen. Auch die Entleerung von Nahrungsfetten aus dem Magen in den Zwölffingerdarm erhöht die Schmerzempfindlichkeit der Speiseröhre, wahrscheinlich unter Vermittlung von aus dem Zwölffingerdarm freigesetzten Hormonen.

Individuelle Faktoren

Patienten mit einer hypersensitiven Speiseröhre verspüren Sodbrennen bereits während der physiologischen, also normalen Refluxereignisse, die nach einer Mahlzeit bei nahezu jedem Menschen auftreten. Die Diagnose der hypersensitiven Speiseröhre ist durch Messung des Säurerückflusses (pH-Metrie) möglich. Eine enge Beziehung zwischen Refluxereignissen und gleichzeitiger Schmerzangabe untermauert die Diagnose.

Umgekehrt berichten bis zu 25 % der Patienten, bei denen schwerstgradiger Säurerückfluss zu einer entzündlichen Verengung (Stenose) oder zu einem dünn darm-ähnlichen Schleimhautumbau (Barrett-Metaplasie) der Speiseröhre geführt hat, dass sie niemals oder nur sehr selten Sodbrennen verspürt

haben. Auch nimmt im Alter trotz stärkerer Säurebelastung und Entzündung die Schmerzwahrnehmung in der Speiseröhre ab.

Ein gesteigertes Wahrnehmen von Sodbrennen findet sich auch bei Stress und psychischer Belastung, obwohl der tatsächlich messbare Rückfluss von Magensäure nicht häufiger auftritt. Wahrscheinlich klagen deshalb vereinzelt auch Menschen über Sodbrennen, bei denen weder eine klassische Refluxkrankheit noch eine hypersensitive Speiseröhre nachgewiesen werden können. Vielmehr werden die Beschwerden dieser Patienten als funktionelles Sodbrennen bezeichnet. Führt dagegen eine Volumenbelastung, z.B. durch eine probeweise Ballondehnung der Speiseröhre, zu einem Dehnungsschmerz oder zu Sodbrennen, wird eine irritable (reizbare) Speiseröhre diagnostiziert. Eine Säurebelastung der Speiseröhre steigert nicht nur die Empfindlichkeit von Nervenenden, die Säure wahrnehmen, sondern auch derjenigen, die Dehnungsschmerz durch Volumenbelastung registrieren. Dadurch verspüren Patienten mit hypersensitiver oder irritabler Speiseröhre bereits bei geringeren Dehnungsvolumina Schmerzen.

Wodurch ist die Refluxkrankheit definiert?

Gelegentliches Sodbrennen kommt auch bei gesunden Menschen vor. Erst wenn es häufiger als ein Mal pro Woche auftritt, die subjektive Lebensqualität dadurch nachhaltig beeinträchtigt wird und ein Krankheitsgefühl auslöst, ist Sodbrennen als Symptom einer Refluxkrankheit anzusehen. In diesem Fall sollte die Diagnose gesichert werden und gegebenenfalls anderweitige Ursachen von Schmerzen hinter dem Brustbein, z.B. eine Verengung der Herzkranzgefäße, ausgeschlossen werden.

Wie wird die Refluxkrankheit diagnostiziert?

Statt der früher üblichen optischen Glasfaserendoskope werden heute moderne Videoendoskope bei der Magenspiegelung eingesetzt, die nach jedem Einsatz hygienisch völlig unbedenklich aufbereitet werden. Diese Endoskope haben nur noch einen Durchmesser von 0,7 – 1,0 cm. Nach einer Nüchternphase von 6 Stunden kann das Endoskop unter örtlicher Betäubung des Rachens gefahrlos durch die Speiseröhre und den Magen hindurch bis in den oberen Zwölffingerdarm vorgeführt werden (Abb.2).

Abb. 2

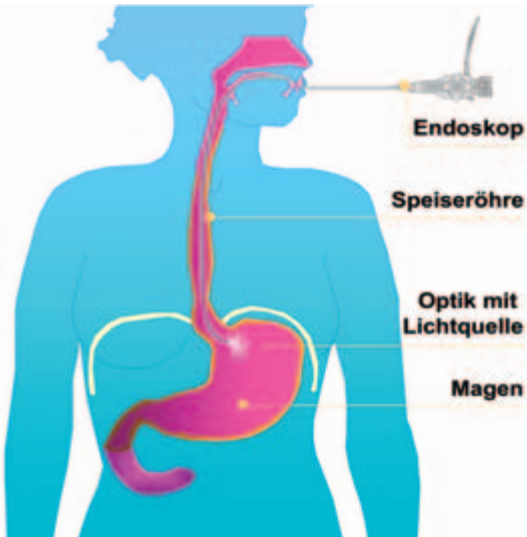


Abb. 2: Schema einer Endoskopie von Speiseröhre und Magen bis zum Dünndarm

Auf Wunsch des Patienten kann zuvor ein leichtes Beruhigungsmittel intravenös gespritzt werden, so dass die Untersuchung überschlafen wird. Die Untersuchungsdauer beträgt ca. 5-15 Minuten. Bei Patienten mit Sodbrennen wird vor allem die untere Speiseröhre auf entzündliche Veränderungen wie z.B. Schleimhautrötungen oder kleine Geschwüre

untersucht (Abb. 3a/b; Abb. 4). Darüber hinaus wird geprüft, ob eine Hiatushernie vorliegt (Abb. 1). Verdächtige Schleimhautbezirke können mit speziellen Farbstoffen markiert oder durch spezielle elektronische Bildverarbeitung (sogenanntes „**n**arrow-**b**and-**i**maging“, NBI) sichtbar gemacht werden. Dann kann man gezielt und schmerzfrei Gewebeproben durch das Endoskop entnehmen. Photographien bzw. Videoverfilmung dokumentieren auffällige Befunde und erlauben im weiteren Verlauf den Vergleich, um die Wirksamkeit einer Behandlung abschätzen zu können. Das Hauptziel der Endoskopie ist der Ausschluss von Komplikationen der Refluxkrankheit bis hin zu bösartigen Veränderungen im Bereich des Mageneinganges, die zu Sodbrennen führen können.

Weiterführende Untersuchungen sind selten erforderlich. Wenn bei Patienten mit Sodbrennen bei der Endoskopie keine Entzündung (ERD; Tab. 1) entdeckt wird, sollte zum Ausschluss einer nicht-erosiven Refluxkrankheit (NERD; Tab. 1) bzw. zur Abgrenzung gegen eine hypersensitive Speiseröhre

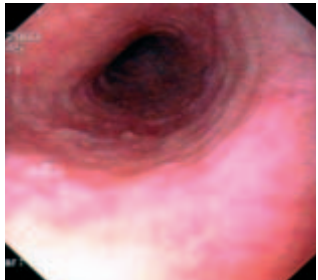
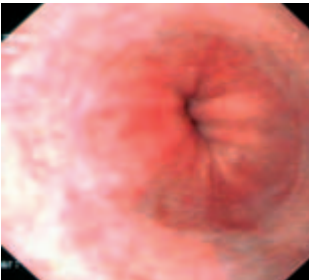


Abb. 3a/b: Magenspiegelungsbefund einer normalen Speiseröhre



Abb. 4: Magenspiegelungsbefund einer entzündeten Speiseröhre (Refluxösophagitis)

(Tab. 1) eine 24-Stunden pH-Metrie durchgeführt werden. Hierbei wird eine 2 mm dünne Sonde in die Speiseröhre vorgeschoben, die während 24 Stunden kontinuierlich die Säurebelastung der unteren Speiseröhre misst, während der Patient von der Sonde unbeeinträchtigt essen, trinken, sich frei bewegen oder auch schlafen kann, so wie es seinem normalen Tagesablauf entspricht. Eine Erweiterung der reinen Säuremessung in der Speiseröhre stellt die so genannte Impedanzmessung (auch **Multiple Intraluminale Impedanzmessung MII**) dar. Sinnvoll kann diese Untersuchung sein, wenn man bei bestätigter Refluxkrankheit trotz einer effizienten medikamentösen Säureblockade keine Beschwerdefreiheit erreicht und vermutet, dass der Rückstrom nicht-saurer Verdauungssäfte die Beschwerden erklären kann. Auch hierfür wird für 24 Stunden eine Messsonde in der Speiseröhre belassen, die jedoch zusätzlich zur Säurebelastung allgemein den Rückstrom von Verdauungssäften anhand derer elektrischer Leitungsfähigkeit aufzeichnet. Es handelt sich hierbei um eine neue Methode, deren Verbreitung noch gering ist und für die genaue Empfehlungen für den Einsatz und die diagnostische Wertigkeit noch ausstehen. Entsprechend sind wissenschaftliche Erkenntnisse, wie häufig und symptombehaftet der nicht-saure Reflux genau ist, noch im Fluss.

Eine Druckmessung der Speiseröhre (Manometrie) ist nur erforderlich, wenn der Verdacht auf eine Bewegungsstörung der Speiseröhrenmuskulatur besteht, durch die der Reflux aus dem Magen begünstigt wird oder die refluxunabhängig zu krampfartigen Schmerzen in der Speiseröhre führt. Die Röntgendarstellung der Speiseröhre mit getrunkenem Kontrastmittel ist selten erforderlich. Ihr Einsatz beschränkt sich auf den Nachweis einer Aspiration, also des Aufstiegens von kleinen Mengen sauren Mageninhaltes durch Speiseröhre und Kehlkopf bis in die Lunge.

Wie ist der Verlauf der unbehandelten Refluxkrankheit?

Häufig tritt Sodbrennen als Symptom einer Refluxkrankheit jahre- bis jahrzehntelang immer wieder in Schüben auf, die von unterschiedlich langen, beschwerdearmen oder -freien Phasen unterbrochen werden (chronischer Verlauf). Die Schübe können spontan abklingen oder auch durch geeignete Medikamente beendet werden. Danach werden Rückfälle jährlich bei 2/3 aller Patienten beobachtet. Die meisten Rückfälle treten innerhalb der ersten 3 Monate nach Beendigung der medikamentösen Behandlung auf. Das gilt besonders für Patienten über 50 Jahre, bei endoskopisch gesichertem höherem Entzündungsgrad vor Behandlungsbeginn sowie bei weiterbestehendem, auch mildem Sodbrennen trotz endoskopisch gesicherter medikamentöser Heilung der Speiseröhenschleimhaut.

Welche langfristigen Risiken bestehen bei einer Refluxkrankheit?

Immer wiederkehrende Schübe mit vermehrtem, meist saurem Reflux und Sodbrennen können als Folge der Entzündung der Speiseröhenschleimhaut zu Geschwüren führen. Diese können bis zu mehrere Zentimeter groß werden und nach narbig schrumpfender Abheilung zur Verengung der Speiseröhre mit Schluckstörungen führen. Eine jahrelange Säurebelastung kann zur reaktiven Umwandlung der Speiseröhenschleimhaut in eine atypische, entartungsgefährdete Schleimhaut führen (Barrett-Ösophagus). Diese vom britischen Chirurgen Barrett erstmals beschriebene Veränderung ist die Ursache der weltweit stark zunehmenden Häufigkeit eines bestimmten Typs des Speiseröhrenkrebses (-karzinoms). Sodbrennen ist ein wissenschaftlich belegter Risikofaktor für diesen Krebs.

Auch außerhalb der Speiseröhre kann die Refluxkrankheit zu Komplikationen führen. Ein Aufstieg der Magensäure bis zum Kehlkopf kann eine chronische Entzündung mit Heiserkeit









auslösen, das Eindringen kleinster Säuretröpfchen in die Lunge (Aspiration) KANN zu Asthma führen (Reflux-Asthma).

Was kann ich selbst zur Vermeidung von Sodbrennen tun?

Bestimmte Lebensgewohnheiten fördern den sauren Reflux, ihre Änderung kann Sodbrennen vermeiden oder zumindest den Medikamentenbedarf senken. So sollte das Kopfende des Bettes erhöht werden. Dabei muß nicht nur der Kopf, sondern der gesamte Oberkörper um ca. 15-20° hochgelagert werden. Gewichtsabnahme, Reduktion des Alkoholkonsums, vor allem von Weißwein und stark kohlenensäurehaltigen Alkoholika (Weißbier, Sekt), sowie der Verzicht auf nicht-entkoffeinierten, röststoffreichen Kaffee sind ebenso ratsam wie die Vermeidung von voluminösen Mahlzeiten und Süßigkeiten (Schokolade), vor allem in den letzten zwei Stunden vor dem Zubettgehen. Auf Nahrungsmittel, die häufig Sodbrennen auslösen (Tab. 2), sollte verzichtet werden. Durch stressabbauende Verfahren wie z.B. Hypnose kann bei einzelnen Patienten das Sodbrennen gebessert werden (Abb. 5).

Maßnahmen und Therapie :

Abb. 5

	Essen: Auslöser vermeiden
	viele kleine Mahlzeiten, wenig Fett, viel Eiweiß
	nicht zu spät zu Abend essen
	Kopfteil des Bettes erhöhen
	Übergewicht reduzieren
	Vermeidung von Stress
	Rauchen einstellen
	regelmäßige Einnahme von säurehemmenden Medikamenten

Welche medizinischen Behandlungsmöglichkeiten bestehen im akuten Schub?

Wenn Sodbrennen trotz der o.g. Maßnahmen weiterbesteht, sollten Medikamente eingenommen werden. Vor 1970 standen hierfür nur Antazida zur Verfügung, Medikamente, die lediglich die bereits produzierte Säure im Magen neutralisieren. Ihre Wirkung ist nur sehr kurzfristig und unbefriedigend. Bei nur sporadisch auftretendem Sodbrennen kann die Gabe von Antazida ausreichend und hilfreich sein. Bei allerdings häufiger auftretenden diesbezüglichen Beschwerden sind diese Medikamente heute nicht mehr Mittel der ersten Wahl. Es wurden neuartige Medikamente entwickelt, die erstmals die Produktion von Magensäure hemmen konnten. Zwischen 1970 und 1980 waren dies vor allem „H₂-Blocker“, die den Histaminrezeptor auf den säureproduzierenden Magenschleimhautzellen hemmen. Die Wirkung dieser Medikamente läßt aber bereits nach wenigen Wochen deutlich nach. Daher stehen seit 1990 neue, überlegene Medikamente zur Verfügung, sogenannte Protonenpumpenhemmer, die das säureproduzierende Enzym in der Magenschleimhaut ohne Wirkungsverlust auch nach jahrelanger Einnahme hemmen. Auch Protonenpumpenhemmer verhindern nicht den Reflux von Mageninhalt in die Speiseröhre, sie nehmen ihm jedoch die Säure, also den Bestandteil, der für die Entzündung und das Sodbrennen verantwortlich ist. Die medikamentöse Verringerung der Magensäureproduktion ist ungefährlich und bedingt keine Verdauungsstörungen. Auch nach jahrelanger Einnahme von Protonenpumpenhemmern sind keine Nebenwirkungen bekannt, die eine Beendigung dieser Behandlung erforderlich machen.

Üblicherweise wird heute die Behandlung mit einem Protonenpumpenhemmer mit der Standarddosis begonnen; bei Ineffektivität kann diese Dosis gesteigert werden, während ansonsten für die langfristige Behandlung die Dosis soweit als möglich reduziert wird („Step-down-Dosierung“). Hierdurch wird bei nahezu allen Patienten mit klassischer Refluxkrankheit (ERD und NERD, s. Tab. 1) sowie mit hypersensitiver

Speiseröhre (s. Tab. 1) innerhalb von 4-8 Wochen das Sodbrennen vollständig beseitigt. Bei den meisten beschwerdefrei gewordenen Patienten mit einer endoskopisch erkennbaren Speiseröhrenentzündung (ERD) ist diese dann auch abgeheilt. Funktionelle Beschwerden sprechen dagegen zumeist nicht auf eine säurehemmende Behandlung an.

Wie können Rückfälle verhindert werden?

Nach Heilung eines akuten Schubes der Refluxkrankheit mit Sodbrennen treten jährlich bei 65 % aller Patienten ein oder mehrere Rückfälle auf, vor allem, wenn vor Behandlungsbeginn endoskopisch eine intensive Entzündung der Speiseröhre zu erkennen war. Rückfälle werden am besten durch fortgesetzte Einnahme säurehemmender Medikamente verhindert, auch hier sind Protonenpumpenhemmer den H₂-Blockern überlegen. Die tägliche Einnahme einer reduzierten Dosis hat sich gegenüber Behandlungsplänen mit freien Tagen (z.B. Wochenend-Therapie, Einnahme lediglich freitags, samstags und sonntags) als überlegen erwiesen.

Patienten mit fehlender oder geringgradiger Entzündung der Speiseröhre können nach medikamentöser Heilung des akuten Schubes einen Auslassversuch machen und die Protonenpumpenhemmer bedarfsweise einnehmen, sobald sie erneut an Sodbrennen leiden. Auf diese Weise bleibt 1/3 der Patienten dauerhaft beschwerdefrei, ein weiteres Drittel erleidet bis zu 3 Rückfälle pro Jahr, wird jedoch durch erneute Einnahme von Protonenpumpenhemmern umgehend wieder beschwerdefrei. Lediglich das übrige Drittel der Patienten muss von dieser bedarfsabhängigen Intervallbehandlung auf eine Dauertherapie mit Protonenpumpenhemmern umgestellt werden.

Patienten mit höhergradiger Speiseröhrenentzündung, die durch die Erstbehandlung ihrer Refluxkrankheit kein Sodbrennen mehr verspüren, sollten dagegen gar nicht erst versuchen, ihre Medikamente auszulassen. Sie sollten vielmehr

auf Dauer eine Standarddosis eines Protonenpumpenhemmers pro Tag einnehmen, bei unzureichender Unterdrückung des Sodbrennens wird die Beschwerdefreiheit nahezu immer durch die Verdoppelung oder Verdreifachung der Dosis erreicht.

Gibt es chirurgische Alternativen zur Dauerbehandlung mit Medikamenten?

Durch eine spezielle Operation (Fundoplication) kann die mangelhafte Funktion des Schließmuskels, der die Speiseröhre gegen den Magen abschließt, verbessert werden. Anders als mit säurehemmenden Medikamenten ist es dabei chirurgisch möglich, die Ursache des sauren Rückflusses aus dem Magen in die Speiseröhre zu beheben und nicht nur die Säure als entzündungs- und schmerzfördernden Bestandteil des Refluxes zu beseitigen. Operativ wird daher aus den obersten Magenanteilen eine Manschette geschaffen, die als Ventilverschluss wirkt. Inzwischen ist die schonende Durchführung dieses Eingriffs mittels Schlüsselloch-Chirurgie (Laparoskopie) verbreitet.

Trotz ihres grundsätzlichen Vorteils hat sich die chirurgische Behandlung der Refluxkrankheit nicht als Standard durchgesetzt, weil operierte Patienten häufig weiter an Sodbrennen leiden und säurehemmende Medikamente benötigen.

Schluckstörungen und die Unfähigkeit, aufzustoßen oder zu erbrechen, sind weitere mögliche Nachteile. Die Operation ist vor allem für sehr junge Patienten, die nicht jahrzehntelang säurehemmende Medikamente einnehmen wollen, eine Alternative, ferner für Patienten mit großer Hiatushernie, die unter großem Refluxvolumen leiden, möglicherweise in Verbindung mit chronischem Husten, Heiserkeit oder Reflux-Asthma.

Mitgliedschaft in der Gastro-Liga e.V.

Ich möchte Mitglied in der Gastro-Liga e.V. werden.
Nachfolgend mein Aufnahmeantrag:

Name _____

Vorname _____

Beruf _____

Straße _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

Datum _____

Unterschrift _____

.....
 Mit der Abbuchung des jährlichen Mitgliedsbeitrags in
Höhe von _____
(Mindestbeitrag € 30/Jahr)

Betrag in Worten _____

bei _____

(Bank, Sparkasse, Postgiroamt)

BLZ _____ Konto-Nr. _____

bin ich einverstanden

Datum _____ Unterschrift _____

.....
Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an
Dritte weitergegeben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben
elektronisch gespeichert werden.

Den ausgefüllten und unterzeichneten Antrag senden Sie
bitte an:

Gastro-Liga e. V. • Friedrich-List-Straße 13 • 35398 Gießen
Telefax 06 41-9 74 81 - 18



GASTRO-LIGA e.V.
Friedrich-List-Straße 13
35398 Giessen



Gibt es endoskopische Alternativen zur Dauerbehandlung mit Medikamenten oder zur Operation?

Seit kurzem werden endoskopische Techniken erprobt, die die Funktion des unteren Schließmuskels der Speiseröhre wiederherzustellen versuchen. Im Gegensatz zum chirurgischen Eingriff kommen die endoskopischen Techniken ohne Intubationsnarkose (maschinelle Beatmung mit Narkosegas) und Bauchschnitt aus; sie müssen jedoch bei manchen Patienten mehrfach wiederholt werden, ehe sie wirksam sind. Endoskopische Nahtverfahren in verschiedenen technischen Bauarten (z.B. EndoCinch®, Plicator® und andere) sollen den Mageneingang durch Raffung oder Bildung ventilartiger Falten abdichten. Andere Verfahren zielen darauf ab, durch Einspritzung von zähflüssigen Substanzen oder Einbringung von festen biokompatiblen Fremdkörpern unter die Schleimhaut den Mageneingang zu verengen. Eine abdichtende Schrumpfung des Mageneingangs kann auch durch kontrollierte Anwendung von Hitze über endoskopische Radio-Frequenz-Sonden erreicht werden.

Mit diesen Verfahren liegen erst begrenzte, kurzfristige Erfahrungen an vergleichsweise wenigen Patienten vor, die überwiegend eine lediglich geringgradige Speiseröhrentzündung aufwiesen. Komplikationen sind beschrieben worden. Die breite Anwendung der endoskopischen Behandlung des sauren Refluxes ist daher zur Zeit außerhalb von wissenschaftlichen Studien noch nicht gerechtfertigt.

Gibt es gesicherte Zusammenhänge zwischen Sodbrennen und dem Magenbakterium Helicobacter pylori?

Bislang konnten keine Zusammenhänge gesichert werden. Helicobacter pylori führt nicht zur Refluxkrankheit und fördert Sodbrennen nicht. Dagegen wurde nach Beseitigung des Bakteriums durch Antibiotika über gesteigertes Sodbren-

nen berichtet. Diese Beobachtungen konnten in nachfolgenden Untersuchungen aber nicht bestätigt werden. Ein erhöhtes Risiko für Magenkrebs bzw. seine Vorstufen war für Helicobacter pylori-infizierte Patienten befürchtet worden, die gleichzeitig an einer Refluxkrankheit leiden und dauerhaft säurehemmende Medikamente einnehmen, um einen Rückfall des Sodbrennens zu vermeiden. Auch diese Befürchtung konnte in nachfolgenden Untersuchungen nicht bestätigt werden. Eine Behandlung der Helicobacter-pylori-Infektion mit Antibiotika wird vor Beginn einer langfristigen medikamentösen Säurehemmung nicht generell empfohlen.

Was bedeutet die Diagnose „Barrett-Ösophagus“?

Nach langjähriger Säurebelastung infolge eines unzureichenden Schlusses des Mageneingangs kommt es in der unteren Speiseröhre zu einem Umbau der für dieses Organ üblichen Schleimhaut in einen Typ, der dem des Dünndarms ähnelt. Endoskopisch erkennt der Arzt lachsrote Schleimhautzungen, die aus dem Magen heraus weit in die Speiseröhre hinaufreichen (Abb. 6).

Den auf dieses Bild gegründeten Verdacht des Endoskopikers auf einen „Barrett-Ösophagus“ bestätigt der Pathologe mikroskopisch an Gewebeproben. Geschwüre und entzündlich-narbige Verengungen sind häufige Komplikationen

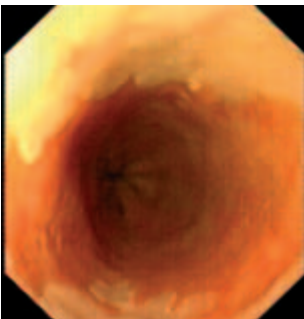


Abb. 6:
Magenspiegelungsbefund eines „Barrett-Ösophagus“

eines Barrett-Ösophagus, die durch langfristige Einnahme säurehemmender Medikamente behandelt bzw. verhindert werden können.

Das Risiko des Barrett-Ösophagus vor allem in seiner Neigung zur bösartigen Entartung (0,5 % pro Jahr entsprechend ein Karzinom pro 259 Patientenjahre) in einen Speiseröhrenkrebs. Dieser Tumor hat weltweit eine der höchsten Zuwachsraten. Daher sollen sich Patienten mit Barrett-Ösophagus regelmäßigen endoskopischen Kontrollen mit gezielter ausgiebiger Entnahme von Gewebeproben unterziehen. Ziel ist die Erfassung von Vorstufen des Speiseröhrenkarzinoms (Dysplasien), um diese vor der Umwandlung in ein Karzinom rechtzeitig zu entfernen. Sind keine Dysplasien nachweisbar, können nach zwei unauffälligen Kontrollspiegelungen im ersten Jahr Abstände von drei Jahren gewählt werden – bei kurzem, sogenanntem „Short-Barrett-Ösophagus“ sogar von vier Jahren. Finden sich geringgradige Dysplasien, wird nach zwei sechsmonatigen Abständen das Kontrollintervall meist auf 12 Monate erhöht. Hochgradige Dysplasien, wenn sie von einem unabhängigen zweiten Pathologen bestätigt wurden, oder Karzinome, die auf die oberste Schleimhautschicht beschränkt sind, bedürfen einer sofortigen Behandlung. In günstigen Fällen muss das nicht unmittelbar einen operativen Eingriff bedeuten, sondern kann in erfahrenen Zentren auch als endoskopische Resektion (Entfernung) erfolgen.

Dadurch wird auch die Behandlung alter Patienten möglich, denen ein chirurgischer Eingriff nicht mehr zugemutet werden kann. Die langfristige dauerhafte Einnahme von Protonenpumpenhemmern in höheren Dosen kann zwar die weitere Ausdehnung der Barrett-Schleimhaut in die obere Speiseröhre verhindern, nicht jedoch diese atypische Schleimhaut in die normale, für die Speiseröhre typische Schleimhaut zurückverwandeln.

RATGEBER FÜR PATIENTEN

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

SPEISERÖHRE

- Sodbrennen und säurebedingte Magenbeschwerden

MAGEN

- Der Magen
Aufgaben und Erkrankungen – ein Überblick
- Entzündungen (Gastritis) und Geschwüre des Magens und Zwölffingerdarms
- Reizmagen (funktionelle Dyspepsie) – ein häufiges Krankheitsbild
- Kampf dem Magenkrebs
Auch Sie können selbst dazu beitragen
- Schmerzmittel und Magen

LEBER

- Fettleber
- Funktion der Leber / Galle
- Was Sie schon immer über Gelbsucht wissen wollten und sollten!
- Was Sie über Leberzirrhose wissen sollten!
- Leberkoma – Hepatische Enzephalopathie
- Was Sie schon immer über Gallensteine wissen wollten!

DARM

- Obstipation (Verstopfung)
- Kampf dem Darmkrebs
Auch Sie können selbst dazu beitragen
- Blähsucht – Meteorismus
Was Sie selbst zur Behebung Ihrer Beschwerden beitragen können
- Pilze im Stuhl
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen – Morbus Crohn und Colitis ulcerosa
- Was Sie schon immer zum Reizdarmsyndrom wissen wollten
- Divertikelkrankheit des Dickdarms
- Milchzuckerunverträglichkeit (Laktoseintoleranz)

-
- Blinddarm und Blinddarmentzündung
 - Hämorrhoiden
 - Juckreiz im Analbereich (Pruritus ani)

BAUCHSPEICHELDRÜSE

- Die Bauchspeicheldrüse und ihre Erkrankungen
- Die Funktion der Bauchspeicheldrüse

DIAGNOSTISCHE VERFAHREN

- Die Computertomographie des Bauchraumes (Abdomen-CT)
- Magnetresonanztomographie in der Gastroenterologie
- Ultraschall (Sonographie)
- Färbeverfahren und Laserdiagnostik in der Gastroenterologie

WEITERE THEMEN

- Schutzimpfungen im Erwachsenenalter
- Probiotika
- Was Sie schon immer über Operationsverfahren wissen wollten und sollten
- Verdauung – Über den Aufbau und die Funktion des Magen-Darm-Kanals
- Der Stoffwechsel – Was in unserem Körper passiert
- Gesunde Ernährung

Verfasser:

Dr. med. Holger Seidl

Priv. Doz. Dr. med. Christian Pehl

Prof. Dr. med. Wolfgang Schepp

Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und

Gastroenterologische Onkologie

Klinikum Bogenhausen, Städtisches Klinikum München GmbH

Englschalkinger Strasse 77

81925 München

GASTRO  LIGA e.v.

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm
und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung e.V.

Friedrich-List-Straße 13 · 35398 Giessen · Germany

Tel. +49-6 41- 9 74 81 - 0 · Fax +49-6 41-9 74 81 - 18

Internet: www.gastro-liga.de

E-Mail: geschaeftsstelle@gastro-liga.de