

Refluxbedingte Beschwerden

Hausärztliche Diagnostik und Therapie



Hubert Mönnikes

Sodbrennen kommt zustande aufgrund eines Motilitätsproblems des Ösophagus, bei dem durch eine gestörte Funktion des unteren Ösophagussphinkters vermehrt Mageninhalt in die Speiseröhre gelangt. Die Säure am falschen Platz verursacht dann die typischen retrosternalen Beschwerden. Was ist dann zu tun? Immer gleich endoskopieren, immer PPI verordnen? Der folgende Beitrag zeigt auf, wie man praxisnah das Brennen löscht.

Sodbrennen ist ein überaus häufiges Symptom. Bei einer Umfrage in Deutschland gab über ein Drittel der Befragten an, zuweilen unter Sodbrennen zu leiden. Jeder Zehnte hatte mehrmals pro Woche Beschwerden und von Letzteren nahmen 45 % Medikamente gegen Sodbrennen ein [1].

Was ist eigentlich Sodbrennen?

Sodbrennen ist eine brennende Empfindung hinter dem Brustbein und in der Magengegend [2, 3, 4]. Die häufigste, aber nicht einzige Ursache für Sodbrennen ist ein gastroösophagealer Reflux [4].

Damit ist Sodbrennen neben dem Symptom der Regurgitation eines der Leitsymptome der gastroösophagealen Refluxkrankheit [4]. Allerdings ist sein Vorliegen nicht beweisend für einen Reflux. Es kann auch durch andere Erkrankungen, wie zum Beispiel Ösophagitiden infektiöser oder medikamentöser bzw. ösophagealer Genese, hervorgerufen werden [4]. Außerdem sollte man bei Brennen oder Schmerzen hinter dem Brustbein immer auch daran denken, dass diese Symptome vielleicht nicht von der Speiseröhre, sondern vom Herzen, der Lunge oder dem Mediastinum herrühren könnten [3].

Wenn ein Patient über Sodbrennen klagt, lohnt es sich nachzufragen, wie die Beschwerden genau aussehen. Handelt es sich wirklich um Sodbrennen, so wird dieses oft von saurem Aufstoßen begleitet und tritt vor allem nach Mahlzeiten und im Liegen auf. Typisches Merkmal ist auch ein von unten aufsteigender Schmerz. Um bei Sodbrennen schlimmere Ursachen als einen Reflux auszuschließen, sollte man auf spezielle Warnzeichen achten (Übersicht 1) [3].

Ist Sodbrennen das führende klinische Symptom, so handelt es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit (75 %) um einen Reflux [5]. Dieser kommt meist durch einen unzureichenden Verschlussdruck und eine zu häufige transiente, also kurzdauernde Relaxation des unteren Ösophagus sphinkters zustande [6]. Der Ruhedruck sollte hier normalerweise 10 bis 25 mmHg über dem Mageninnen-

Warnzeichen bei Sodbrennen

Beginn > 40 J.
Schluckbeschwerden
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
Nachtschweiß, Fieber
Verminderter Allgemeinzustand
Magengeschwüre oder -tumoren in der Anamnese oder Familienanamnese
Blut im Stuhl, Hämatemesis, Anämie

Übersicht 1

druck liegen [6]. Ein hoher Magendruck etwa durch Übergewicht oder opulente Mahlzeiten begünstigt einen Reflux (vgl. Abb. 1) [3]. In seltenen Fällen können andere Krankheitsbilder oder Umstände die Ursache eines Reflux sein. In diesen Fällen spricht man von einer sekundären Refluxkrankheit. Mögliche Ursachen sind u. a. Magenausgangsstenose, Gastroparese, Schwangerschaft, perkutane Gastrostomie, Sklerodermie, Zollinger-Ellison-Syndrom und neuromuskuläre Erkrankungen [5].

Unter Reflux leidet die Lebensqualität

Kommt es öfter zu Refluxbeschwerden, so kann dies die Lebensqualität und das gesundheitsbezogene Wohlbefinden erheblich stören. Zusätzlich besteht meist ein Risiko für organische Komplikationen wie z. B. Erosionen. In diesen Fällen wird aus einem gelegentlichen Reflux eine gastroösophageale Refluxkrankheit, die heute üblicherweise nach der englischen Bezeichnung Gastroesophageal Reflux Disease mit GERD abgekürzt wird. Eine GERD ist als wahrscheinlich anzusehen, wenn Refluxsymptome mindestens ein- bis zweimal pro Woche auftreten. Man geht davon aus, dass 10

Symptome einer GERD

Sodbrennen (75 %)
Regurgitationen = (saurer) Aufstoßen (40 %)
Schluckbeschwerden (50 %)
Luftaufstoßen (60 %)
Epigastrische Schmerzen und Brennen (30 %)
Modifiziert nach [6]

Übersicht 2

bis 20 % der Menschen in den westlichen Industrieländern an einer GERD leiden [5].

Neben Sodbrennen und Regurgitationen gibt es eine Reihe weiterer Symptome einer GERD (siehe Übersicht 2).

Die Beschwerden werden häufig durch Bücken, Pressen, Rückenlage, Anstrengung, längere Nüchternphasen und Stress verstärkt. Auch bestimmte Nahrungs- und Genussmittel sowie Medikamente können zu verstärkten Beschwerden führen [6]. Die Beschwerden treten episodisch, intermittierend oder kontinuierlich auf. Oft verschwinden sie

Extraösophageale Manifestationen einer GERD

Organ	Symptomatik
Mund	<ul style="list-style-type: none"> • Säurebedingte Zahnschmelzschäden
Larynx	<ul style="list-style-type: none"> • Heiserkeit • Posteriore Laryngitis • Globusgefühl
Lunge	<ul style="list-style-type: none"> • Reizhusten • Asthmaanfälle • Chronische Bronchitis • Nächtliche Aspiration von Magensaft
Herz	<ul style="list-style-type: none"> • Stenokardien
Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> • Nächtliche Schlafstörungen • Schlafapnoe
Modifiziert nach [6]	

Übersicht 3

für einen längeren Zeitraum von selbst und treten im Zeitverlauf wieder auf. Ein komplettes dauerhaftes Verschwinden ohne Therapie ist jedoch sehr selten [5]. Andererseits ist auch keine wesentliche Progredienz zu erwarten. Das Stadium einer GERD bleibt bei über 95 % der Patienten über viele Jahre stabil. Regelmäßige endoskopische Verlaufskontrollen nach Absetzen der Therapie sind daher nicht erforderlich. Eine unkomplizierte GERD hat keinen Einfluss auf die Lebenserwartung [5].

Eine GERD betrifft allerdings nicht nur die Speiseröhre, sondern kann auch an ganz anderen Organen zu Beschwerden führen (Übersicht 3). Anders als die Magenschleimhaut verfügt das Ösophagus-

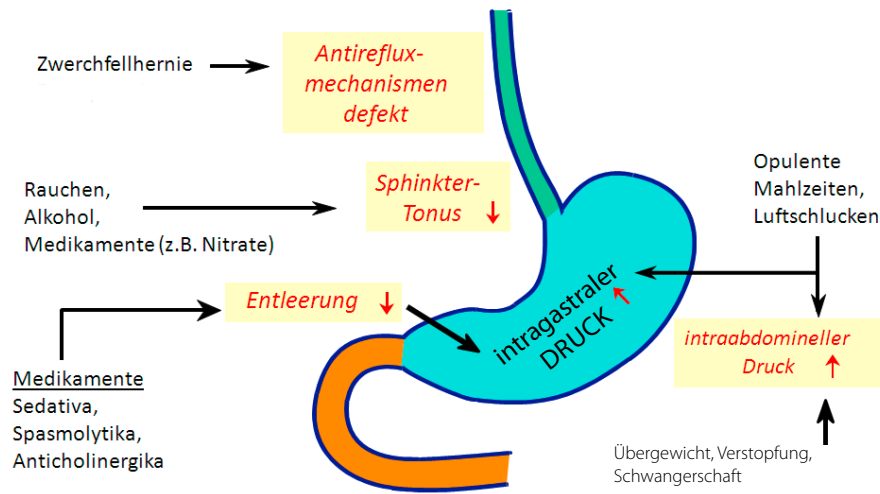


Abb. 1: Ursachen für einen Reflux [3]

Epithel über keinen Säureschutz. Rezidivierender Reflux kann daher nicht nur zu Symptomen, sondern auch zu Veränderungen in der Speiseröhre führen. Solche Veränderungen reichen von einer leichten Refluxösophagitis über Erosionen bis hin zur Umwandlung des Plattenepithels im Ösophagus in ein Zylinderepithel, wie es im Dünndarm vorkommt (intestinale Metaplasie). Letzteres wird auch als Barrett-Ösophagus oder Barrett-Syndrom bezeichnet und ist eine fakultative Präkanzerose, aus der ein Adenokarzinom entstehen kann. [6]. Weder die Art noch die Schwere der Symptome lassen einen

Die GERD ist eine sehr häufige Erkrankung in den Industrienationen der westlichen Welt.

Rückschluss darauf zu, ob im Ösophagus bereits eine Entzündung oder gar Schlimmeres vorliegt. Das zu klären, kann nur eine Gastroskopie leisten. Je nach Befund der Endoskopie teilt man die GERD daher in eine nicht erosive (NERD) und eine erosive Refluxkrankheit (ERD) ein. Die häufigste Manifestationsform ist mit einem geschätzten Anteil von ca. 60 % die NERD [5].

Differenzialdiagnostisch sollte bei Vorliegen von Refluxsymptomen an eine KHK, Ösophagitis, Karzinome, Divertikel, Achalasie oder andere Motilitätsstö-

örungen des Ösophagus gedacht werden. Auch eine Ösophagusreizung durch an der Schleimhaut festklebende Tabletten (z. B. Bisphosphonate, Doxycyclin oder Kaliumkapseln) kann GERD-ähnliche Symptome hervorrufen. Weiterhin kommen Magenerkrankungen wie Reizmagern, Ulkus oder Karzinom infrage [6].

Diagnostik

Die deutschen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Gastroösophagealen Refluxkrankheit werden derzeit überarbeitet. Die Fassung von 2005 empfiehlt eine probatorische Therapie mit PPI nur in Ausnahmefällen und eine Endoskopie auch bei eindeutiger Refluxsymptomatik und fehlenden

Alarmzeichen [5]. Eine aktuelle Fassung liegt bislang nicht vor, weshalb im Folgenden auf die aktuelle amerikanische Leitlinie eingegangen werden soll.

Die in diesem Jahr erschienene Leitlinie des American College of Gastroenterology (ACG) empfiehlt bei typischen Symptomen wie Sodbrennen und Regurgitationen die Verdachtsdiagnose GERD zu stellen und zwecks Verifizierung dieser Diagnose eine empirische Therapie mit einem systemisch wirkenden Protonenpumpeninhibitor einzuleiten (siehe Übersicht 4). Diese Maßnahme lässt sich auch in der Allgemeinarztpraxis gut durchführen. Allerdings wird einschränkend erwähnt, dass eine solche probatorische Behandlung mit PPI nur eine Sensitivität von 78 % und eine Spezifität von 54 % aufweist. Ein positives Behandlungsergebnis ist also nicht unbedingt beweisend für eine Refluxkrankheit, während ein negatives Ergebnis eine GERD nicht ausschließt. Bei Patienten mit Brustschmerzen sollte vor Beginn der probatorischen Behandlung eine kardiale Ursache ausgeschlossen werden.

Mal reinschauen?

Für alle weiteren Untersuchungen zur Abklärung einer GERD muss der Allgemeinarzt in der Regel an einen Facharzt überweisen. Sie sind aber auch nur in Ausnahmefällen notwendig. So ist beispielsweise eine Endoskopie im

GERD-Diagnostik		
Test	Indikation	Anmerkung
Probatorische PPI-Behandlung	• Bei klassischer Symptomatik	Negatives Ergebnis schließt GERD nicht aus
Endoskopie	• Bei Vorliegen von Warnzeichen • Bei Brustschmerzen • Zum Screening von Hochrisikopatienten	Früher Einsatz bei: • Älteren • Barrett-Risiko-Patienten • Patienten ohne Ansprechen auf PPI
pH-Metrie	• Therapierefraktäre GERD • Fragliche GERD-Diagnose • Präoperativ bei NERD	Dokumentiert Säureexposition, korreliert die Symptome mit dem Reflux
Ösophageale Manometrie	• Präoperative Abklärung	Nicht für die Primärdiagnostik geeignet

Modifiziert nach [7]

Übersicht 4

Endoskopische Stadieneinteilung	
Stadium	Befund
0 (NERD)	keine Schleimhautveränderungen
1	einzelne Schleimhauterosionen, nicht konfluierend, mit Rötung
2	konfluierende Erosionen (nicht über die ganze Zirkumferenz), streifenförmige Läsionen
3	zirkumferente Läsion, ohne Stenosezeichen
4	Komplikationen z. B. Ulzera, Strikturen, Barrett-Ösophagus

nach Savary und Miller

Übersicht 5

Normalfall entbehrlich. Sie wird nur dann empfohlen, wenn Alarmzeichen vorliegen, wenn Brustschmerzen vorhanden sind oder wenn der Patient ein hohes Komplikationsrisiko aufweist oder nicht auf die Therapie anspricht. Eine Endoskopie ist hervorragend geeignet, um Entzündungen, Erosionen und einen

Wenn typische GERD-Symptome vorliegen und Komplikationen ausgeschlossen werden können, ist eine Endoskopie für die Diagnose nicht zwingend erforderlich.

Barrett-Ösophagus zu identifizieren und den Schweregrad der Veränderungen zu beurteilen (siehe Übersicht 5). Da die meisten GERD-Patienten mit Sodbrennen und Regurgitationen solche Veränderungen jedoch nicht aufweisen, ist die Aussagekraft einer Endoskopie zur initialen Diagnose von frühen Stadien einer GERD limitiert. Bei den Endoskopien sind Biopsien nur sinnvoll, wenn pathologische Veränderungen erkennbar sind. Eine wiederholte Endoskopie ist nötig zur Kontrolle, wenn neue Symptome auftreten oder der Patient einen Barrett-Ösophagus aufweist [7].

Ein ambulantes Refluxmonitoring mittels pH-Metrie der Speiseröhre kommt vor allem bei nichterosiver GERD zum

Einsatz. Es ist immer dann hilfreich, wenn die Diagnose fraglich ist, wenn GERD-Symptome therapierefraktär sind oder zur präoperativen Abklärung einer NERD [7].

Eine ösophageale Manometrie ermöglicht es, durch Messung des Drucks sowohl die Funktion des unteren Ösophagussphinkters als auch die peristaltische Funktion der Speiseröhre abzuklären. Zur Primärdiagnose einer GERD ist diese Untersuchung nicht notwendig. Allerdings kann sie vor Operationen eine Achalasie oder schwere Hypomotilität der Speiseröhre ausschließen.

Ein Screening auf *Helicobacter pylori* wird bei einer GERD nicht empfohlen. Auch ist eine *H. pylori*-Eradikation nicht als routinemäßiger Teil einer Refluxtherapie anzusehen [7].

Therapiemöglichkeiten

Alleiniges Ziel einer Therapie bei NERD ist die Beschwerdefreiheit des Patienten. Bei einer ERD ist ein weiteres Ziel die Abheilung der Läsionen. Die Therapie sollte sich vor allem am Beschwerdebild und gegebenenfalls am endoskopischen Ergebnis orientieren.

Üblicherweise werden bei Sodbrennen zunächst nichtmedikamentöse Maßnahmen empfohlen. Folgende Empfehlungen können gegeben werden, wobei nur für die Reduktion des Gewichts valide Daten vorliegen und die übrigen Maßnahmen empirisch basiert sind:

- Gewichtsreduktion bei Patienten, die in letzter Zeit zugenommen haben oder die übergewichtig sind.
- Vermeidung von Mahlzeiten zwei bis drei Stunden vor dem Schlafengehen.
- Erhöhung des Kopfendes des Bettes.

Zudem ist eine routinemäßige Eliminierung von Speisen und Getränken, die einen Reflux auslösen können, in der Diskussion. Für Tabak, Schokolade und kohlenstoffhaltige Getränke konnte ein verminderter Verschlussdruck des unteren Ösophagussphinkters nachgewiesen werden, für Alkohol, Kaffee, Zitrusfrüchte sowie fette oder scharfe Speisen hingegen nicht. Auch konnte bislang in keiner

Studie nachgewiesen werden, dass der Verzicht auf die genannten Genuss- und Nahrungsmittel die klinischen Symptome einer GERD verbessert. Somit kann man den Patienten nur empfehlen, jene individuellen Genuss- und Nahrungsmittel zu meiden, die er als Auslöser seiner GERD kennt oder vermutet [7].

Auch einige Medikamente stehen im Verdacht, eine GERD zu verschlimmern. Zu diesen gehören z. B. Anticholinergika, Kalziumantagonisten, Nitrate, Theophyllin und Pfefferminze [6].

Protonenpumpenhemmer

Derzeit sind fünf unterschiedliche Protonenpumpenhemmer (PPI) auf dem Markt. Alle diese Wirkstoffe blockieren die H⁺/K⁺ ATPase (Protonenpumpe) irreversibel. Eine Enzymregeneration ist nur durch Neubildung möglich. Die Wirkung hält daher trotz relativ kurzer Halbwertszeit im Plasma ein bis drei Tage an. Mit Protonenpumpenhemmern kann eine fast vollständige Unterdrückung der Salzsäureproduktion erreicht werden [8]. Einen Einfluss auf die Druckverhältnisse in Magen und Speiseröhre haben sie hingegen nicht. Das bedeutet, dass Protonenpumpenhemmer einen gastroösophagealen Reflux und damit das Funktionsproblem zwar nicht vermeiden, wohl aber dessen durch Säurekontakt bedingte unangenehme Konsequenzen wie Sodbrennen, Ösophagitis und Erosionen. Dennoch werden sie aufgrund ihrer signifikanten Säurereduktion trotz fehlenden Einflusses auf das Motilitätsproblem als Mittel der ersten Wahl bei GERD in den Leitlinien empfohlen.

PPI führen bei ERD häufiger zu einer kompletten Symptomfreiheit als bei NERD.

Bei allen PPI handelt es sich um Prodrugs, die erst in ihre aktive Form überführt werden müssen, was in stark saurem Milieu geschieht. Daher hat ein voller Magen einen ungünstigen Einfluss auf den Wirkungseintritt. Denn im Nüchternzustand ist der pH-Wert des Magens am sauersten und steigt mit Aufnahme von Nahrung an. Daher sollte

der PPI 30 Minuten vor einer Mahlzeit eingenommen werden. Die Behandlung sollte zunächst mit einer einmal täglichen Gabe vor der ersten Mahlzeit des Tages begonnen werden. Bei Patienten, die auf diese Vorgehensweise nur ein partielles Ansprechen zeigen oder die nächtliche Symptome aufweisen, kann eine zweimal tägliche Einnahme beziehungsweise ein anderer Einnahmezeitpunkt erwogen werden.

Es ist davon auszugehen, dass nach dieser Behandlung 70 bis 80 % der Patienten mit ERD und 50 bis 60 % der Patienten mit NERD komplett symptomfrei sind. Bei Non-Respondern sollte zunächst eine Optimierung der PPI-Therapie versucht werden. Diese besteht in Verbesserung der Compliance und Verdoppelung der Dosis. In seltenen Fällen kann auch die Umstellung auf ein anderes Präparat zielführend sein [7]. Wenn auch unter doppelter bis dreifacher PPI-Dosis bzw. Präparatewechsel keine Symptombesserung zu erzielen ist, muss auch an die Möglichkeit gedacht werden, dass es sich um Beschwerden durch einen hypersensitiven Ösophagus oder einen nicht sauren Reflux handelt. Eine Limitation der Behandlung mit PPI besteht zudem darin, dass die Wirkung verzögert eintritt und damit eine Behandlung von Akutbeschwerden nicht möglich ist.

Alginat wirken mechanisch gegen den Reflux und werden nicht resorbiert.

Bei Patienten mit Komplikationen und solchen mit häufigen Rezidiven empfiehlt sich eine Erhaltungstherapie mit PPI in der niedrigsten wirksamen Dosis. Während eine kontinuierliche Therapie die Rückfallquote bei Patienten mit ERD wahrscheinlich senkt, ist bei einer unkomplizierten NERD eine intermittierende oder Bedarfstherapie ausreichend.

Eine Metaanalyse von Studien, die Bedarfstherapien mit kontinuierlichen Erhaltungstherapien verglich, kam zu dem Ergebnis, dass beide Therapieregime bei NERD, nicht aber bei ERD, eine vergleichbare Wirksamkeit aufweisen [7]. Omeprazol und Pantoprazol sind

mittlerweile in niedrigen Dosen zur On-Demand-Therapie auch rezeptfrei in der Apotheke erhältlich.

Was mögliche Nebenwirkungen der PPI angeht, so erhöhen laut den neuen ACG-Leitlinien PPI die Gefahr für eine Infektion mit *Clostridium difficile* und sollten daher bei Patienten mit entsprechendem Risiko vorsichtig eingesetzt werden. Eine kurzzeitige Verwendung von PPI scheint außerdem das Risiko für ambulant erworbene Pneumonien zu erhöhen. Bei einer Langzeitanwendung scheint das nicht der Fall zu sein. Nebenwirkungen, die bei über 2 % der Patienten auftreten, sind Kopfschmerzen, Durchfall und Dyspepsie. Wenn diese Nebenwirkungen auftreten, sollte die Verwendung einer anderen medikamentösen Therapie erwogen werden [7].

H2-Rezeptorenblocker

Bei Patienten mit NERD können alternativ zu PPI auch H2-Rezeptorenblocker zur Langzeittherapie verwendet werden. Sie hemmen die histaminstimulierte Säuresekretion und wirken weniger stark als PPI. Allerdings setzt die Wirkung schneller ein als bei den PPI. Auch H2-Rezeptorenblocker sind in niedriger Dosierung rezeptfrei in der Apotheke erhältlich. Die zusätzliche abendliche Gabe von H2-Blockern kann bei solchen Patienten versucht werden, die unter einer PPI-Therapie weiterhin unter nächtlichem Reflux leiden [7].

Antazida

Antazida kommen wegen der schwachen Säurehemmung nur bei Patienten mit leichten Refluxbeschwerden infrage. Ihr Vorteil liegt vor allem in einem raschen Wirkeintritt begründet. Bei einer On-Demand-Therapie mit PPI können Antazida sinnvoll sein, um die Latenzzeit des PPIs zu überbrücken. Bei den meisten Antazida handelt es sich entweder um Aluminium- oder Magnesiumverbindungen. Da Aluminium außer Säure auch Phosphat bindet, kann es zu einer Hypophosphatämie kommen. Außerdem kann es in Knochen und Gehirn eingelagert werden. Aluminiumhaltige Antazida sollten daher nicht länger als

sechs Wochen eingenommen werden. Magnesiumhaltige Antazida können laxierend wirken und bei Niereninsuffizienz zu einer Hypermagnesiämie führen. Wegen ihrer adsorbierenden Eigenschaften sollten Antazida immer in einem zeitlichen Abstand zu anderen Medikamenten eingenommen werden [6, 8].

Im Gegensatz zu Protonenpumpenhemmern setzt die Wirkung von Alginaten, H2-Rezeptorenblockern und Antazida sofort ein, weshalb diese Substanzen zur Akuttherapie geeignet sind.

Refluxsuppressiva aus Algen

Alginat werden z. B. aus der speziellen Alge *Laminaria hyperborea* gewonnen. Ihr Wirkstoff Natriumalginat wird nicht resorbiert, sondern enzymatisch abgebaut und anschließend ausgeschieden. Nach der Einnahme bildet sich binnen weniger Minuten aus Alginat und Hydrogencarbonat unter Einwirkung von Magensäure ein CO₂-haltiger Gelschaum mit nahezu neutralem pH-Wert. Diese viskose oder visköse Schutzbarriere schwimmt auf dem Flüssigkeitsspiegel des Magens und verhindert dadurch mechanisch einen Reflux (vgl. Abb. 2). Alginat-Präparate werden daher teilweise auch als Refluxsuppressiva bezeichnet. Ihre Wirkung setzt sofort nach Einnahme ein, so dass sie auch zur Akuttherapie geeignet sind.

Sollte es in schwereren Fällen trotzdem zu einem Reflux kommen, so steigt anstelle von Magensäure die Alginatschutzbarriere in den Ösophagus. Die Schutzbarriere bleibt bis zu vier Stunden stabil auf dem Flüssigkeitsspiegel des Magens.

Die Präparate sind rezeptfrei in der Apotheke erhältlich und werden jeweils nach den Mahlzeiten und vor dem Schlafengehen eingenommen. Die Verwendung von Alginat-Präparaten ist auch in der Schwangerschaft zugelassen. Ein Kom-

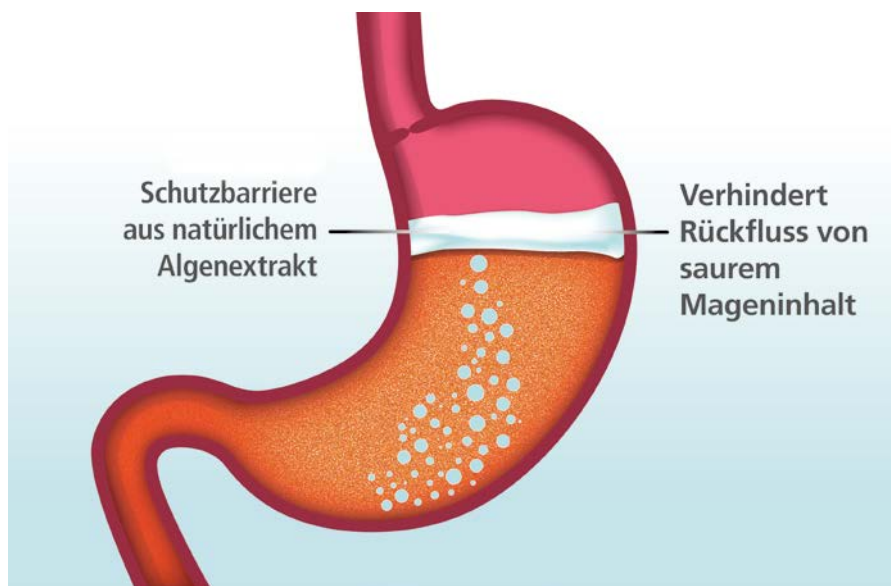


Abb. 2: Das Wirkprinzip von Präparaten mit Natriumalginat

Komplikationen

Zu den Komplikationen einer GERD gehören:

- Erosive Ösophagitis
- Vernarbungen und Strikturen
- Barrett-Ösophagus [7]

Um einen Barrett-Ösophagus auszuschließen, sollte bei allen Patienten mit konfluierenden Erosionen nach einer achtwöchigen PPI-Therapie eine Kontroll-Endoskopie durchgeführt werden.

Ein vorliegender Barrett-Ösophagus gilt als Präkanzerose. Das Krebsrisiko beim Long-Segment-Barrett (Länge > 3 cm) wird auf 0,5 % pro Patientenjahr geschätzt. Das Risiko beim Short-Segment-Barrett (Länge < 3 cm) ist zehnmal kleiner. Patienten mit Barrett-Ösophagus sollten regelmäßig endoskopisch und bioptisch überwacht werden [6].

Fazit

Sodbrennen ist ein Symptom, das in den meisten Fällen auf einen gastroösophagealen Reflux hinweist. Die Diagnostik und Therapie einer GERD kann im Normalfall gut vom Allgemeinarzt bewältigt werden. Lediglich bei atypischen Symptomen, Therapieresistenz gegen PPI oder bei Komplikationen ist eine Überweisung zum Facharzt notwendig. ■

Literatur unter www.allgemeinarzt-online.de/downloads

Interessenkonflikte: Prof. Mönnikes hat in den letzten fünf Jahren als Referent, Organisator und wissenschaftlicher Adviser an Veranstaltungen folgender Firmen mitgewirkt: Falk, Nycomed, Takeda, Steigerwald, Almirall, Shire, Reckitt Benckiser, Heel, Norgine.



Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.
Hubert Mönnikes
Klinik für Innere Medizin
Martin-Luther-Krankenhaus,
Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité
– Universitätsmedizin
14193 Berlin

binationspräparat bestehend aus einem Alginat und einem Antazidum steht ebenfalls zur Verfügung und ist rezeptfrei in der Apotheke erhältlich.

Was tun, wenn der Erfolg ausbleibt?

Bleiben die Symptome trotz der genannten Maßnahmen weiter bestehen, sollte der Patient zur Ursachenklärung überwiesen werden. Bei typischen Symptomen empfiehlt sich eine Endoskopie, bei atypischen Symptomen je nach Beschwerdemuster eine Überweisung zu einem HNO-Arzt, Pulmologen oder Allergologen.

Die häufigste Nebenwirkung einer Reflux-Operation ist ein „Gas bloat-Syndrom“ mit der Unfähigkeit, aufzustoßen.

Bleiben die Untersuchungen ohne Befund, so sollten zur weiteren Abklärung eine Impedanz-Messung oder eine pH-Metrie (bzw. deren Kombination) und eine Manometrie durchgeführt werden [7]. Wenn bei einer ERD im Rahmen der ersten Endoskopie ein Barrett-Ösophagus oder andere Komplikationen ausgeschlossen werden konnten, ist eine endoskopische Kontrolle der Abheilung von Erosionen nach einer PPI-Therapie nicht erforderlich [5].

Operationen

Eine chirurgische Behandlung einer GERD kann in folgenden Fällen in Erwägung gezogen werden:

- GERD mit Komplikationen
- Versagen der konservativen Therapie
- Unverträglichkeit von säuresuppressiven Medikamenten
- Rezidivierende Aspirationen [6]
- Patientenwunsch [7]

Bei Patienten ohne Hinweise auf Erosionen ist ein präoperatives ambulantes pH-Monitoring unabdingbar. Um andere ösophageale Ursachen auszuschließen, sollte bei allen Patienten vor einer Operation außerdem eine ösophageale Manometrie durchgeführt werden [7].

Die häufigste (15 – 20 %) Nebenwirkung ist ein „Gas bloat-Syndrom“ [7], bei dem es zu einer Unverträglichkeit CO₂-haltiger Getränke mit Druckgefühl im Oberbauch durch Luft im Magen oder Meteorismus kommt [6].

Endoskopische oder transorale inzisionslose Operationsverfahren wie Radiofrequenzablation, Injektion inerter Substanzen oder verschiedene endoskopische Nahttechniken werden nicht empfohlen [7]. Methode der Wahl ist eine laparoskopische Fundoplicatio nach Nissen [5].