

VOLKSKRANKHEIT REFLUX:

DEFINITION:

Pathologischer Rückfluss von saurem Mageninhalt in die Speiseröhre. Bereits unter physiologischen Umständen kommt es bei Gesunden immer wieder zu kurzem Rückfluss von saurem Mageninhalt in die Speiseröhre. Durch Selbstreinigungsprozesse wird das saure Refludat beim Gesunden rasch wieder in den Magen zurückbefördert.

HÄUFIGKEIT:

Etwa die Hälfte aller Erwachsenen in Deutschland hat schon einmal Refluxbeschwerden gehabt. 20% dieser Erwachsenen sind als refluxkrank einzuordnen. 5-10% leiden täglich unter Refluxbeschwerden. Etwa 75% der Patienten haben nur leichte Beschwerden, bei etwa 10 % der Betroffenen sind die Beschwerden mäßig oder stark.

Die Refluxkrankheit kommt bei Männern und Frauen gleich häufig vor, eine ausgeprägte Refluxerkrankung in Form von schweren entzündlichen Speiseröhreveränderungen betrifft 2-3mal mehr Männer. Der Barrett-Oesophagus (siehe Komplikationen) ist bei Männern 10-mal häufiger als bei Frauen.

URSACHEN:

Die Schwäche oder Funktionsstörung der Antirefluxbarriere des unteren Speiseröhrenschließmuskels spielt die zentrale Rolle in der Entstehung der Refluxerkrankung. Der untere Speiseröhrenschließmuskel, der normalerweise unterhalb des Zwerchfells liegt, trennt den Bauchraum mit seinem höheren Druck vom Brustraum mit einem niedrigeren Druck. Dadurch wird der krankhafte Rückfluss von saurem Mageninhalt in die Speiseröhre verhindert. Bei den meisten Refluxkranken ist der Druck des unteren Speiseröhrenschließmuskels erniedrigt. Eine weitere anatomische Ursache stellt der Zwerchfellbruch dar.

Nahrungsmittel, Genussmittel und Medikamente können zu einer Reduktion des Drucks des unteren Speiseröhreschließmuskels und dadurch zur Begünstigung einer Refluxerkrankung führen: *fette Speisen, Schokolade, Pfefferminz(tee), Betablocker, Calciumantagonisten, Anticholinergika, Weisswein (>Rotwein)*.

Neben Funktionsstörungen des unteren Speiseröhreschließmuskels können auch Bewegungsstörungen der Speiseröhre (Motilitätsstörungen) mitverantwortlich zeichnen und zu einem verlängerten und gehäuften Säurekontakt oder auch Gallenflüssigkeitkontakt in der Speiseröhre führen. Eine vermehrte Säureproduktion, z.B. durch Nikotinkonsum, exzessiven Kaffeekonsum, vermehrter Alkoholkonsum und/oder Magenentleerungsstörungen können zu Reflux führen.

Übergewicht spielt nach neuen Studien ebenfalls eine Rolle in der Ursachenforschung. Die Erhöhung des Bauchdrucks kann auch in der Schwangerschaft zu Refluxbeschwerden führen. Eine obstruktive Schlafapnoe oder die Aufhebung des His'schen Winkels begünstigen ebenfalls einen Reflux.

BESCHWERDEBILD:

Durch Rückflüsse von saurem Mageninhalt in die Speiseröhre können eine Vielzahl von Symptomen auftreten. Unter Sodbrennen verstehen wir ein hinter dem Brustbein lokalisiertes Brennen, Drücken oder Hitzegefühl, welches vom mittleren Oberbauch bis hinter das Brustbein und bis in die Halsgrube aufsteigen kann. Die Beschwerden können von unterschiedlicher Schmerzintensität und Dauer sein. Die Beschwerden können spontan, tagsüber, nachts oder im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme auftreten.

- Sodbrennen
- Heiserkeit
- Mundgeruch
- Chronische Bronchitis
- Räsperzwang
- Engegefühl hinterm Brustbein
- Asthma
- Luftnot
- Belegte Stimme
- Zahnschmelzdefekte
- Aufstoßen
- Erbrechen
- Schluckbeschwerden
- Oberbauchdruck

Das Symptom Sodbrennen bedeutet nicht unbedingt, dass die Schleimhaut der Speiseröhre bereits entzündlich verändert ist. Leider korreliert die Beschwerdesymptomatik, deren Intensität und Häufigkeit nicht mit dem Grad der diagnostizierten entzündlichen Veränderungen. Wir unterscheiden eine NERD (nicht entzündliche Refluxerkrankung) von einer ERD (entzündlichen (erosiven) Refluxerkrankung). Die ERD wird aktuell in Klinik und Praxis meist noch nach Savary und Miller in IV Stadien eingeteilt, die das Ausmaß der entzündlichen Veränderungen in der Speiseröhre beschreiben. Ebenfalls werden die LA- Klassifikation und die Montreal-Definition angewandt.

DIAGNOSTIK:

Anamnese (Krankengeschichte)

PPI Test

Refluxspezifische Fragebögen

Endoskopie mit oder ohne Probeentnahme

PH- Metrie

THERAPIE:

Der Goldstandard der Therapie ist primär abhängig vom Grad der entzündlichen Veränderungen in der Speiseröhre, deren Komplikationen und der subjektiv empfundenen Intensität der Beschwerden. Allerdings sollten diese ggf. durch eine 24 Stunden pH-Metrie (Säuremessung in der Speiseröhre) objektivierbar sein.

Wir unterscheiden sichtbare (makroskopische) Befunde von den histologischen (feingeweblichen) Befunden. Bei entsprechender Symptomatik ohne sichtbare und ohne signifikant pathologische Befunde in den Gewebeproben der Speiseröhre sprechen wir von einer nicht erosiven Refluxerkrankung (NERD).

Zunächst sollte versucht werden durch Anpassung der Lebensumstände, (ggf. Gewichtstreduktion, meiden von späten Mahlzeiten, nicht unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme hinlegen, Nikotin- und Alkoholkarenz, Kaffeekonsum, meiden von übermäßig fetten oder scharfgewürzten bzw. süßen Speisen, meiden von Fruchtsäften, Tomatensäften- bzw. Tomatensuppen, Pfefferminze, Hochlagerung des Oberkörpers beim Schlafen, die Beschwerdesymptomatik positiv zu beeinflussen.

Nach Möglichkeit sollte auf Medikamente, die den Druck des UÖS senken verzichtet werden (Anticholinergika, Kalziumantagonisten, Nitropräparate, Theophyllin, Pfefferminze, Betaadrenergika u.a.).

Bleiben diese Maßnahmen ohne Erfolg wird eine PPI Therapie (Protonenpumpenhemmertherapie/Säureblockertherapie) eingeleitet. Bei der NERD wird zunächst empfohlen mit 20 mg PPI (Omeprazoläquivalent) 15 min. vor dem Frühstück zu therapieren. Diese Therapie sollte über 4 Wochen fortgesetzt werden und im Anschluss in eine bedarfsangepasste PPI Therapie übergehen.

Sind erosive Veränderungen in Form von Schleimhautläsionen nachweisbar wird eine PPI Therapie mit 40 mg (Omeprazoläquivalent) empfohlen. Auch diese Therapie sollte über 4 Wochen fortgesetzt werden und im Verlauf in eine bedarfsangepasste Therapie übergehen. Nicht immer korreliert das Ausmaß der Entzündung und der Schleimhautveränderung mit den subjektiv empfundenen Beschwerden.

Bei Nachweis von Barrettschleimhaut in der Speiseröhre besteht ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung eines Oesophaguskarzinoms (Speiseröhrenkrebs). Patienten mit Barrettschleimhaut ohne Zellveränderungen sollten zur Vorsorge einer jährlichen Kontrollendoskopie mit Histologiegewinnung (Probeentnahme), bevorzugt unter Anwendung eines speziellen Färbeverfahrens, welches Zellveränderungen besser sichtbar machen kann (der virtuellen Chromoendoskopie mit hochauflösenden Geräten), zugeführt werden. In zuletzt publizierten Studien wird auf einen mutmaßlich protektiven Effekt einer PPI Therapie bei Patienten mit Barrettschleimhaut hingewiesen. Eine allgemeine Therapieempfehlung der DGVS (Deutsche Gesellschaft für Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten) ist daraus bisher nicht abgeleitet worden.

Eine Therapiealternative bietet die operativ chirurgische Intervention, die allerdings nur bei jungen Patienten und Therapieversagern empfehlenswert ist. (Fundoplikatio nach Nissen). Immerhin 40-60% der operierten Patienten sind nach derzeitiger Studienlage nach einer Operation weiterhin auf eine PPI Therapie angewiesen.

Eine Reihe unterschiedlicher endoskopischer Antirefluxtherapien befinden sich seit Jahren in klinischer Erprobung, bisher mit enttäuschenden Ergebnissen.

Mit dem Grad der adäquaten Säuresuppression steigt die Heilungsrate der ERD bzw. NERD.

KOMPLIKATIONEN:

Erosionen und Ulcerationen (oberflächliche und tiefe Schleimhautläsionen), in deren Folge ggf. Stenosen (Einengungen), ggf. mit Schluckstörungen, Schmerzen beim Schlucken, Erbrechen, Blutungen, Blutarmut (Anämie), Barrettschleimhaut, chronischer Husten, ggf. mit nächtlicher Aspiration von Magensaft in die Lunge, Motilitätsstörungen der Speiseröhre, Speiseröhrenkrebs (hier speziell distales Oesophaguskarzinom auf dem Boden eine Adeno-(Barrett)- Karzinoms).

Als Medikamente 2. Wahl sind H2- Blocker zu nennen, sie spielen wie Motilitätstherapeutika (z. B. MCP, Domperidon, Bromoprid), und Antazida heute nur noch eine untergeordnete oder additive Rolle.

PROGNOSE:

Entgegen früheren Einschätzungen erfährt die ERD bei den meisten Patienten über die Zeit keine Verschlechterung. Dennoch hat die Häufigkeit des Adenokarzinom/Barrettkarzinom (Speiseröhrenkrebs) der unteren Speiseröhre in den letzten zwei Jahrzehnten zugenommen.