

HNO-Manifestationen bei Refluxkrankheit

POSTGRADUATE MEDICINE

Husten, Heiserkeit, Globusgefühl, Ohrschmerz – manchmal steckt eine gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD) dahinter. Die Assoziation ist jedoch nicht ohne weiteres nachzuweisen.

Pathophysiologie

Da den Strukturen proximal des Magens dessen spezialisierte Schutzmechanismen zur Neutralisierung des sauren, Pepsinhaltenigen Mageninhalts fehlen, können die Schleimhautoberflächen dort geschädigt werden. Dies betrifft neben der Speiseröhre den Pharynx und Larynx, die Zähne, die Luftröhre sowie den Bronchialbaum und die Lunge. Die Schädigungen hängen ab von der Zusammensetzung des Refluxmaterials, von der Refluxhäufigkeit und der Kontaktdauer.

Die Abwehrmechanismen, die einen gastroösophagealen Reflux normalerweise verhindern, umfassen den unteren Speiseröhrensphinkter und die Zwerchfellschenkel, die aboral gerichtete Speiseröhrenmotorik, den oberen Speiseröhrensphinkter und die oberhalb des Ösophagus lokalisierten Reflexe. Tabak, Schokolade, Minze, fettreiche Speisen und Alkohol können den intrinsischen Tonus des unteren Sphinkters senken und so einen Reflux verstärken.

Der physiologischerweise auftretende Reflux wird durch ein oder zwei Peristaltiksequenzen der Speiseröhrenmuskulatur zu 90 Prozent evakuiert, den Rest neutralisiert verschluckter Speichel. Eine Beeinträchtigung der Ösophagusmotilität und eine Xerostomie können daher Refluxschäden verstärken.

Der obere Speiseröhrensphinkter besteht aus dem Musculus cricopharyngeus und dem oberen Ösophagus. Er erschlafft während des Schluckakts, um die Boluspassage zu erlauben, und kontrahiert sich wieder, um einen Reflux zu verhindern. Eine Abnahme der Compliance des M. cricopharyngeus soll bei der Entstehung des Zenker-Divertikulums eine Rolle spielen. Zur Abnahme des Ruhetonus im oberen Speiseröhrensphinkter kommt es normalerweise während des Schlafs sowie auch mit zunehmendem Alter.

Zur Verursachung extraösophagealer pathologischer Veränderungen durch sauren Mageninhalt gibt es zwei Hypothesen. Die erste, durch verschiedene Tiermodelle gestützte geht davon aus, dass eine direkte Einwirkung von Säure und Pepsin den Larynx und umgebende Gewebe schädigt. Beim Menschen wurde beobachtet, dass Individuen mit refluxassoziierter Laryngitis ebenso viele Refluxepisoden in der distalen Speiseröhre haben wie GERD-Patienten ohne Larynxsymptome, dass aber Refluxat den proximalen Ösophagus und Hypopharynx prozentual häufiger erreicht. Die zweite Hypothese schlägt vor, dass Säure im distalen Ösophagus vagal vermittelte Reflexe stimuliert, die zu Bronchokonstriktion, chronischem Räuspern und Husten führen, was schliesslich Schleimhautläsionen hervorruft. Denkbar ist, dass diese beiden Mechanismen zusammen die pathologischen extraösophagealen Veränderungen hervorgerufen.

Merkpunkte

- Refluxkrankheit kann an der Speiseröhre verschiedenste, bekannte Veränderungen hervorrufen, aber auch zu mannigfachen, weniger bekannten Störungen im HNO-Bereich führen.
- Bei atypischen GERD-Manifestationen ist eine aggressive, initial sehr hoch dosierte Säuresuppression mit Protonenpumpenhemmern (PPI) indiziert.

Spektrum von HNO-Erkrankungen bei GERD

Eine grosse Zahl von Symptomen und Untersuchungsbefunden im HNO-Bereich ist mit der gastroösophagealen Refluxkrankheit in Verbindung gebracht worden (Tabellen 1 und 2). Kritisch ist jedoch festzuhalten, dass für viele dieser postulierten Beziehungen bloss anekdotische Evidenz besteht, die durch einen Auswahlbias der HNO-Spezialisten verfälscht sein könnte. Am weitesten akzeptiert ist die Laryngitis als extraösophageale GERD-Manifestation. Aber selbst hier war der Nachweis einer kausalen Beziehung nicht ohne weiteres möglich. Eine erste Beobachtung stammt aus dem Jahr 1968 und konnte belegen, dass persistierende laryngeale Kontaktulzera nach einer Antirefluxtherapie verschwanden. In den Neunzigerjahren dokumentierte eine Fallserie 46 Patienten mit Refluxlaryngitis bei GERD.

HNO-Manifestationen bei Refluxkrankheit

Tabelle 1: **Symptome bei gastroösophagealer Refluxkrankheit**

Typisch:

- Sodbrennen
- saures Aufstossen

Atypisch:

- Heiserkeit oder leicht ermüdbare Stimme
- Globusgefühl
- häufiges Räuspern
- Dysphagie
- Brustschmerz
- schlechter Atemgeruch
- häufige Halsschmerzen
- chronischer Husten
- Ohrschmerzen
- Stridor

Häufigste Veränderungen waren posteriores Larynxödem (89%) und Larynxerythem (87%), ferner Stimmbandgranulome (19%) und Ulzerationen (2%). Nur 60 Prozent dieser Patienten hatten jedoch ein 24-Stunden-pH-Monitoring mit pathologischen Werten. Auch andere Untersuchungen fanden eher tiefe, variable Prozentsätze von positivem Refluxnachweis anhand der Säuremessung. Dies dürfte mit dem intermittierenden Charakter des Reflux zu tun haben, aber auch mit der Tatsache, dass Gesunde ohne jegliche GERD-Symptome durchaus häufig Episoden sauren Refluxes haben.

Atypische Symptome

Als typische Symptome der Refluxkrankheit gelten saures Aufstossen und Sodbrennen. Unspezifische Beschwerden im HNO-Bereich wie Heiserkeit, Stridor, Globusgefühl oder Ohrschmerz sind entsprechend atypische Symptome (Tabelle 1). Typische GERD-Symptome konnten bei 225 Patienten mit vermuteten HNO-Komplikationen nur in 43 Prozent eruiert werden. Bei den restlichen kommt es also

darauf an, mit einer genauen Anamnese nach Hinweisen für Refluxsymptome zu forschen. Suggestiv sind Regurgitation mit Husten nachts, erst im Erwachsenenalter einsetzendes Asthma bronchiale, nächtlicher Husten oder Wheezing, Bronchospasmus nach einem üppigen Essen. Wenn Symptome beim Vornüberbeugen oder im Liegen schlechter werden, ist das immer ein Fingerzeig in Richtung GERD.

Diagnose

Verschiedene Störungen, die sich den extraösophagealen GERD-Symptomen ähnlich manifestieren können, sind auszuschließen. Dies sind einerseits primäre Störungen der Speiseröhrenmuskulatur oder -nervenversorgung, andererseits neurologisch verursachte Schluckstörungen, Diabetes oder eine Vagusläsion. In der Abklärung müssen zudem Neoplasien von Speiseröhre, Larynx, Pharynx oder Schilddrüse ausgeschlossen werden.

Zum GERD-Nachweis stehen Bariumschluck (mit 33% ausgesprochen wenig sensitiv), Endoskopie mit Biopsie, ambulantes pH-Monitoring sowie eine probatorische Säurehemmungstherapie mit Diagnose ex juvantibus zur Verfügung.

Bei Warnsymptomen wie Gewichtsverlust, Erbrechen, Hämoptyse, Dysphagie, Odynophagie, Bauchschmerzen und so weiter ist die Indikation zur Endoskopie gegeben. Die atypischen GERD-Symptome sind aber nur bei 32 bis 72 Prozent der Betroffenen von histologisch dokumentierbaren Ösophagitisbefunden begleitet.

Da die ambulante pH-Messung nicht überall praktikabel oder erhältlich ist und überdies keineswegs immer plausible Resultate liefert, wird bei extraösophagealen GERD-Manifestationen auch die empirische Therapie propagiert.

Therapie

Patienten mit extraösophagealen GERD-Symptomen wird man dieselben Verhaltensänderungen vorschlagen wie solchen, die nur an typischen Symptomen leiden:

Tabelle 2: **Extraösophageale Symptome bei Refluxkrankheit**

Larynx:

- Heiserkeit
- Refluxlaryngitis
- Kontaktulkus oder Granulom
- Larynxpachydermie
- endotracheale Intubationsverletzung
- subglottische Stenose
- Stridor
- Laryngospasmus
- Laryngomalazie
- Krikoarytenoid-Fixation
- Karzinom

Pharynx:

- Dysphagie
- chronische Pharyngitis
- Globus pharyngeus
- Zungengrundtonsillitis
- Zenker-Divertikel

Lunge:

- chronischer Husten
- Bronchialasthma
- chronische Bronchitis
- Aspirationspneumonie
- Lungenfibrose
- bronchopulmonale Dysplasie

andere:

- nichtkardialer Brustschmerz
- Otagie oder Otitis media
- chronische Sinusitis
- Zahnkaries
- Halitose
- Nackenschmerzen, Torticollis
- Reflexbradykardie
- plötzlicher Kindstod

- Gewichtsabnahme bei Übergewicht
- Rauchverzicht
- weit geschnittene, nicht einengende Kleidung tragen

HNO-Manifestationen bei Refluxkrankheit

- Kopfteil des Betts höher stellen
- kleine Mahlzeit essen
- drei Stunden vor dem Zubettgehen nicht mehr essen
- problematische Speisen und Getränke meiden

Die medikamentöse Therapie umfasst in absteigender Wirksamkeits-Reihenfolge Protonenpumpenhemmer (PPI) in doppelter, einfacher oder halber Dosierung sowie H₂-Antagonisten. Prokinetika oder Antazida sind jeweils allein eingenommen gegen die extraösophagealen GERD-Symptome nicht effektiv.

Während bei typischen, auf die Speiseröhre beschränkten Refluxsymptomen diskutiert werden kann, ob eine langsame Steigerung der Säurehemmung bis zur Symptomunterdrückung («Step-up»-Therapie) oder eine initial maximale Säure-

blockade mit späterer Dosisreduktion («Step-down»-Therapie) angebracht sei, ist für diese Autoren klar, dass HNO-Manifestationen bei GERD eine möglichst rasche, aggressive «Step-down»-Therapie brauchen. Sie setzen dazu PPI in doppelter Dosis ein. Kommt es nach drei Monaten maximaler Therapie nicht zu einer symptomatischen Besserung, ist eine pH-Messung unter fortgesetzter Behandlung angezeigt, um die vollständige Säureunterdrückung zu dokumentieren. Führt die PPI-Therapie in Doppeldosierung hingegen zur Symptombeseitigung, kann die Dosis alle drei Monate schrittweise bis zur niedrigsten noch effektiven Dosis gesenkt werden. Allenfalls müssen Begleiterkrankungen wie chronische Rhinosinusitis, Asthma, Allergien zusätzlich therapeutisch angegangen werden.

Bei Patienten mit schweren extraösophagealen Komplikationen wie Aspirationspneumonien, subglottischer Stenose oder schweren Asthmaexazerbationen, die nicht auf die medikamentöse Therapie ansprechen, kommt schliesslich ein chirurgischer Eingriff in Frage. ●

Larry K. Burton et al. (Mayo Clinic, Rochester/USA): Ear, nose, and throat manifestations of gastroesophageal reflux disease. Postgraduate Medicine Vol. 117 (No. 2), February 2005.

Halid Bas

Interessenlage: Die Autoren deklarieren keine Interessenkonflikte.