

# Update Sodbrennen

## So löschen Sie den Brand

**Dauerhaftes Sodbrennen wird bei einer Prävalenz von 10 bis 20 Prozent als Volkskrankheit angesehen, darüber hinaus berichten bis zu 50 Prozent der Erwachsenen über gelegentliches Sodbrennen, das keiner regelmässigen Medikation bedarf. Im folgenden Übersichtsbeitrag werden die aktuelle Therapie bei Sodbrennen beschrieben sowie das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei therapieresistentem Sodbrennen dargelegt.**

MARTIN STORR

In den letzten Jahren nahm der Anteil von Patienten zu, bei denen Sodbrennen durch eine Standarddosis eines Protonenpumpeninhibitors (PPI) nicht gebessert wurde, laut aktueller Studien handelt es sich um 10 bis 40 Prozent (3). Bis zu 40 Prozent der Patienten, die einen PPI verschrieben bekommen, ergänzen ihre Medikation durch weitere Anti-Reflux-Medikamente. Zudem hat sich in den letzten zehn Jahren der Anteil der Patienten mit Sodbrennen, denen ein PPI in doppelter Standarddosis verschrieben wurde, nahezu verdoppelt (1, 4). All diese Informationen sind Hinweise, dass die erfolgreiche Therapie des säurebedingten Sodbrennens mit PPI dazu geführt hat, dass eine andere Gruppe von Patienten mit Sodbrennen erkennbar wird. Dabei handelt es sich um Patienten mit therapieresistentem Sodbrennen.

### Was ist Sodbrennen?

Unter Sodbrennen versteht man einen brennenden Schmerz oder Druck hinter dem Brustbein, der sporadisch oder regelmässig auftreten kann. Sodbrennen, insbesondere in Kombination mit Regurgitation und saurem Aufstossen, ist ein

Leitsymptom der gastroösophagealen Refluxerkrankung (GERD) und tritt sowohl abhängig als auch unabhängig von der Nahrungsaufnahme sowie häufig nachts auf. Zusätzliche Symptome wie Schluckbeschwerden, Heiserkeit, chronischer Husten oder asthmatische Beschwerden erfordern häufig weitere Diagnostik. Sofern keine Alarmsymptome wie zum Beispiel Dysphagie, Gewichtsverlust, Anämie, Erbrechen oder Verlust des Appetits bestehen, wird entsprechend aktuellen Empfehlungen und Leitlinien zumeist eine empirische Therapie mit einem PPI über acht Wochen in einfacher Standarddosis eingeleitet (5). Wenn diese Therapie erfolgreich ist, kann eine GERD als gesichert angesehen werden und die Therapie wird je nach Schwere und Dauer der Symptome fortgeführt, oder es wird ein «step down» versucht (5).

### Was ist therapieresistentes Sodbrennen?

Unter therapieresistentem Sodbrennen versteht man Sodbrennen, das sich mit einer achtwöchigen PPI-Therapie in einfacher Standarddosis nicht ausreichend behandeln lässt (6). In diesem Fall müssen andere Erkrankungen als Ursache in Erwägung gezogen werden. Da ein häufiger Grund für ein Therapieversagen von PPI in der mangelnden Compliance liegt, sollte zunächst überprüft werden, ob der Patient die PPI-Medikation wie besprochen und regelmässig einnimmt. Auch der korrekte Zeitpunkt der Medikamenteneinnahme, der idealerweise 30 Minuten vor einer Mahlzeit liegt, sollte unbedingt erneut besprochen werden. Denn aus epidemiologischen Untersuchungen ist bekannt, dass bestenfalls 50 Prozent der Patienten einen PPI korrekt und regelmässig einnehmen. Üblicherweise erfolgt die Einnahme am Morgen, kann aber individuell auch abends oder zweimal täglich erfolgen. Weiter ist es ratsam, darauf hinzuweisen, dass die Tabletten oder Kapseln ungeöffnet und ungeteilt eingenommen werden müssen, da sonst die säureresistente Umhüllung beschädigt wird und die Medikation, bevor es zu einer Absorption im Dünndarm kommen kann, schon im Magen inaktiviert wird.

Selten liegt ein unzureichender PPI-Effekt zugrunde, dieser kann durch ein vorübergehendes Verdoppeln der PPI-Dosis für acht Wochen oder idealerweise durch eine 24-Stunden-pH-Metrie oder eine Ösophagus-Impedanz-pH-Metrie unter fortgesetzter PPI-Medikation nachgewiesen werden (7). Für ein therapieresistentes Sodbrennen sind pharmakokinetische Probleme wie reduzierte Bioverfügbarkeit, beschleunigter Metabolismus des PPI oder eine PPI-Resistenz verantwortlich. Wechsel des PPI, Steigerung der PPI-Dosis sowie Nachweis der weiter bestehenden Säureproduktion durch eine

## Merksätze .....

- ❖ Häufig liegt therapieresistentem Sodbrennen mangelnde Compliance oder fehlerhafte Einnahme von PPI zugrunde.
- ❖ Bei «funktionellem Sodbrennen» bestehen refluxtypische Beschwerden, ohne dass sich ein saurer Reflux nachweisen lässt.

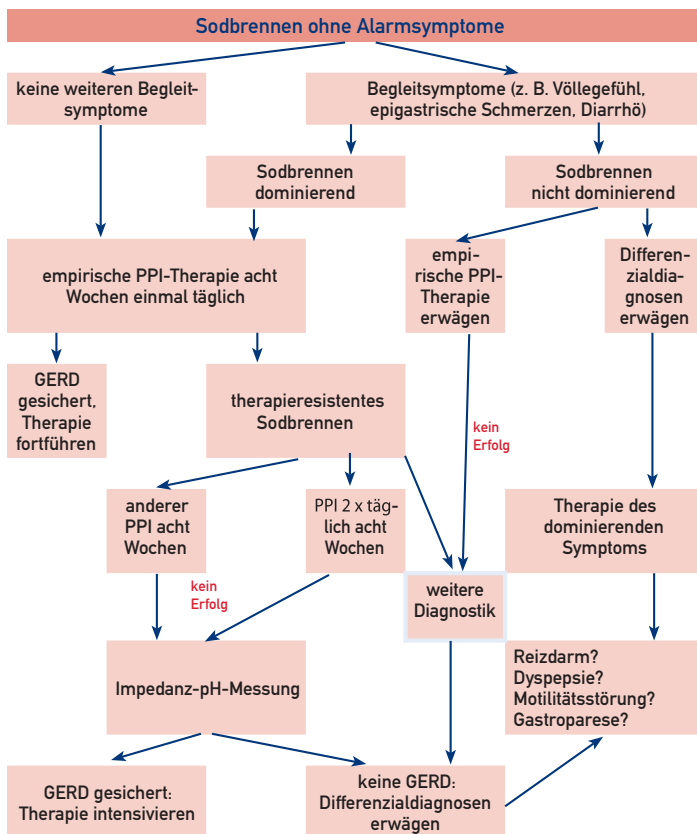


Abbildung 1: Algorithmus zur Behandlung von Patienten mit Sodbrennen ohne Alarmsymptome

pH-Metrie unter fortgesetzter PPI-Medikation sind in solchen Fällen geeignete Massnahmen.

Häufiger liegen bei Patienten mit therapieresistentem Sodbrennen aber andere Erkrankungen vor, denn Sodbrennen kann auch bei anderen gastrointestinalen sowie kardialen, psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen vorkommen. Unter den gastrointestinalen Differenzialdiagnosen sind ösophageale Ursachen wie nicht saurer Reflux, funktionelles Sodbrennen oder Ösophagiden anderer Genese zu nennen (8). Es ist aber auch zu bedenken, dass Sodbrennen ein Begleitsymptom der Dyspepsie, der Gastroparese, einer Ulkuserkrankung, des Zollinger-Ellison-Syndroms oder der Reizdarmerkrankung sein kann, sodass eine intensiviertere Anamnese und weitere Diagnostik hilfreich sein können.

#### Welche Diagnostik ist bei Sodbrennen erforderlich?

Falls das Sodbrennen gut auf eine PPI-Therapie anspricht und keine anderweitigen gastrointestinalen oder alarmierenden Symptome vorliegen, ist keine weitere Diagnostik erforderlich. Bei alarmierenden Symptomen oder Zweifel an der Diagnose kann eine Endoskopie des oberen Gastrointestinaltrakts die Diagnose GERD sichern, zum Beispiel bei Vorliegen einer Ösophagitis. Wenn keine Ösophagitis vorliegt, können das endoskopische Bild sowie die Histologie einer Biopsie wegweisend sein. Im Zusammenhang mit dem Symptom Sodbrennen sind hier insbesondere infektiöse Ösophagiden (Soor-Ösophagitis) und die eosinophile Ösophagitis zu bedenken. Zum Nachweis oder Ausschluss von saurem Reflux in die Speiseröhre wird eine Langzeit-

pH-Metrie oder eine kombinierte Impedanz-pH-Metrie des Ösophagus durchgeführt. Je nach zusätzlichen Symptomen können weitere diagnostische Massnahmen wie zum Beispiel eine Ösophagusmanometrie zum Nachweis einer Motilitätsstörung oder eine Magenentleerungsszintigrafie zum Nachweis einer Gastroparese notwendig sein.

#### Was ist nicht saurer Reflux?

Nicht saurer Reflux kann ebenso wie saurer Reflux Sodbrennen hervorrufen, dessen genaue Prävalenz ist aber noch unbekannt (6, 9). Sofern nach einer achtwöchigen Therapie mit einem PPI immer noch refluxtypische Symptome bestehen, kann nichtsaurem Reflux mithilfe einer kombinierten Impedanz-pH-Metrie des Ösophagus diagnostiziert werden.

#### Was versteht man unter funktionellem Sodbrennen?

Unter funktionellem Sodbrennen leiden Patienten, die über sogenannte «refluxtypische» Beschwerden klagen, bei denen aber kein pathologischer gastroösophagealer Reflux nachgewiesen werden kann (Abbildung 2) und bei denen auch keine anderweitige Ursache der Beschwerden gefunden wird. Nach den Rom-III-Kriterien wird ein funktionelles Sodbrennen diagnostiziert, wenn in den letzten zwölf Monaten in mindestens zwölf Wochen Sodbrennen und/oder retrosternale Schmerzen bestanden, die über diesen Zeitraum verteilt sein können und die nicht durch eine anderweitige Erkrankung, wie gastroösophagealen Reflux oder eine Motilitätsstörung der Speiseröhre, erklärt werden können (10). Bei Patienten mit solch einem funktionellen Sodbrennen führt die regelmässige PPI-Einnahme nur in weniger als 50 Prozent der Fälle zu einer ausreichenden Besserung der Beschwerden.

Die Differenzierung von Patienten mit funktionellem Sodbrennen zu Patienten mit anderen funktionellen Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes wie funktionellen Thoraxschmerzen, funktioneller Dyspepsie oder Reizdarmsyndrom ist oft schwierig. Insbesondere die funktionelle Dyspepsie, die nochmals in eine Dyspepsie vom Ulkustyp, eine Dyspepsie vom Dysmotilitätstyp und eine nicht klassifizierte Dyspepsie unterschieden wird, sowie das Reizdarmsyndrom sind aufgrund ihrer hohen Prävalenz zu bedenken (10, 11). Auch bei diesen Störungen wird oft über Sodbrennen geklagt. Hilfreich ist dann der Versuch, das Hauptsymptom der Patienten zu identifizieren.

#### Was ist ein hypersensitiver Ösophagus?

Ein hypersensitiver Ösophagus liegt bei Patienten vor, die formal eine normwertige Belastung der Speiseröhre mit Säure haben, bei denen aber Sodbrennen oder andere Refluxsymptome in direktem Zusammenhang mit einem physiologischen Refluxereignis auftreten. Dieser Zusammenhang kann zum Beispiel mit einer pH-Metrie des Ösophagus festgestellt werden. Patienten mit einem hypersensitiven Ösophagus sprechen zumeist sehr gut auf eine symptomatische Therapie mit einem PPI oder einem Antazidum an.

#### Kann die Ursache des Sodbrennens im Magen liegen?

Bei PPI-refraktärem Sodbrennen kommt als Ursache auch eine Gastroparese oder eine andere Motilitätsstörung des Magens infrage. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn Patienten über grossvolumige Regurgitationen berichten

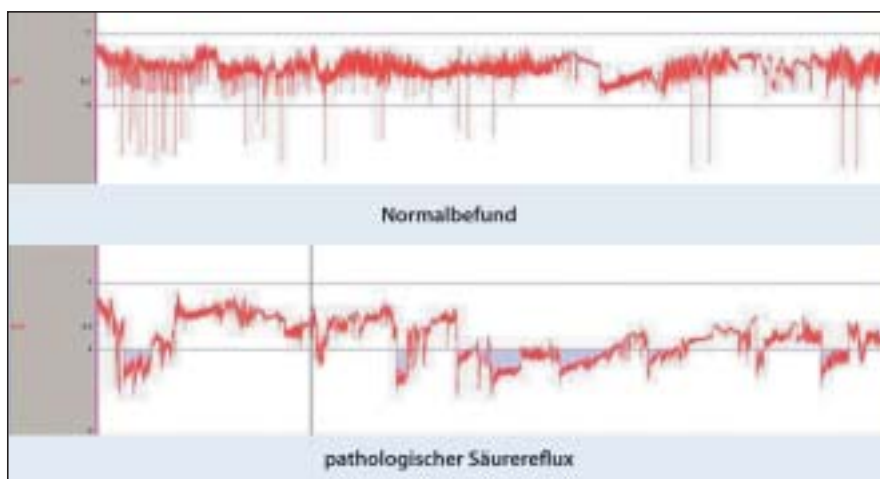


Abbildung 2: Ösophagus-pH-Metrie – Ergebnisse von Patienten ohne und mit pathologischem Säurereflux

oder wenn sie andere Erkrankungen angeben, die für eine Gastroparese prädisponieren (z.B. Diabetes mellitus). Zur Diagnostik einer Gastroparese kann eine Magenentleerungsszintigrafie oder ein C13-Atemtest dienen.

**Trägt der Lebensstil zu Sodbrennen bei?**

Von zahlreichen Lebensmitteln ist bekannt, dass sie den unteren Schliessmuskel des Ösophagus schwächen und dadurch den Reflux von Mageninhalt fördern. Lebensmittel, die mit gastroösophagealem Reflux in Zusammenhang gebracht werden, sind im *Kasten* aufgeführt. Weiterhin trägt ein Lebensstil geprägt von voluminösen und abendlichen oder nächtlichen Mahlzeiten, Rauchen und Adipositas zu vermehrtem Reflux bei (2). Für die Gewichtsabnahme konnte in klinischen Studien ein positiver Effekt auf säureassoziierte Symptome gezeigt werden. Darüber hinaus sollte bedacht werden, dass auch nicht säureassoziiertes Sodbrennen durch diverse Nahrungsmittel oder Verhaltensweisen sowie durch Stress und psychische Belastung getriggert werden kann. Gelegentlich lassen sich die Beschwerden bessern, wenn solche Trigger wegfallen.

**Welche Therapie steht zur Verfügung?**

Wenn ein Patient über Sodbrennen klagt, sollte man zunächst eruieren, ob Alarmsymptome vorliegen. Ist das der Fall, ist entsprechende Diagnostik zur weiteren Abklärung zu veranlassen. Diese Diagnostik sollte zumindest eine Endoskopie

beinhalten. Wenn keine alarmierenden Symptome vorliegen, kann entsprechend dem Algorithmus in *Abbildung 1* verfahren werden. Es bietet sich an, die Patienten zunächst anhand des Vorliegens oder Fehlens von Begleitsymptomen in zwei Gruppen zu unterteilen. Patienten, bei denen das Sodbrennen das dominierende Symptom ist, erhalten zunächst einen achtwöchigen Therapieversuch mit einem PPI in Standarddosis.

Sofern die achtwöchige Therapie mit einem PPI in einfacher Standarddosis nicht erfolgreich ist, kann auf ein anderes PPI-Präparat gewechselt oder die Therapie auf die doppelte Standarddosis gesteigert werden. Obwohl sich die erhältlichen PPI in ihrer Wirksamkeit kaum unterscheiden, kann ein Präparatewechsel im

Einzelfall erfolgreich sein. Spätestens bei Versagen einer achtwöchigen PPI-Therapie in doppelter Standarddosis ist die Diagnose einer gastroösophagealen Refluxerkrankung fraglich, und die Diagnose sollte mit geeigneter Diagnostik überprüft oder ausgeschlossen werden. Zu diesem Zweck können eine Endoskopie und bei weiteren Zweifeln eine pH-Metrie des Ösophagus, eine Manometrie und eventuell eine kombinierte Impedanz-pH-Metrie des Ösophagus wegweisend sein.

Wenn Sodbrennen nicht das dominierende Symptom ist, kann entweder eine empirische Therapie mit einem PPI versucht werden, oder über das dominierende Symptom kann eine andere funktionelle oder strukturelle Erkrankung des Gastrointestinaltraktes vermutet werden. Während der Verdacht auf eine andere strukturelle Erkrankung entsprechende Diagnostik nach sich zieht, ist bei Verdacht auf eine anderweitige funktionelle Erkrankung ein entsprechender Therapieversuch des dominierenden Symptoms angezeigt.

Spätestens wenn das Sodbrennen nicht auf eine Therapie mit einem PPI anspricht, sind die Differenzialdiagnosen funktionelles Sodbrennen, funktionelle Dyspepsie und Reizdarm zu bedenken, da es sich bei diesen Erkrankungen um häufige Volkskrankheiten mit hohen Prävalenzen handelt. Je nach den Ergebnissen der angeordneten Untersuchungen und den vorherrschenden Begleitsymptomen kann eine empirische Therapie mit anti-dyspeptischen Medikamenten oder Medikamenten, die gegen die Symptome einer Reizdarmerkrankung gerichtet sind, eingeleitet werden. Nationalen und internationalen Leitlinien folgend kommen hier unter anderem Prokinetika (Metoclopramid und Domperidon), Phytopharmaka (Iberogast®), Carminativa (Simeticon [z.B. Flatulex®]) und Spasmolytika (Butylscopolaminiumbromid, Mebeverin) zum Einsatz.

Trizyklische Antidepressiva sowie Antidepressiva vom SSRI-Typ werden zur Behandlung der viszeralen Hyperalgesie bei Symptomen der Reizdarmerkrankung eingesetzt, eine solche Therapie sollte aber dem Facharzt vorbehalten bleiben. Von einigen Autoren wird ein Einsatz von Antidepressiva auch bei funktionellem Sodbrennen oder bei Patienten mit einem hypersensitiven Ösophagus vorgeschlagen.

Antazida sind insbesondere zur raschen symptomatischen Behandlung von sporadisch auftretendem Sodbrennen

**Kasten:**

**Nahrungsbestandteile, die zumeist durch eine Schwächung des unteren Ösophagussphinkters den Reflux von Mageninhalt in die Speiseröhre fördern und dadurch Sodbrennen verstärken**

- ❖ Alkohol
- ❖ fettreiche Speisen
- ❖ Minze
- ❖ kohlenensäurehaltige Getränke
- ❖ Kaffee
- ❖ Schokolade
- ❖ säurehaltige Fruchtsäfte
- ❖ voluminöse Mahlzeiten

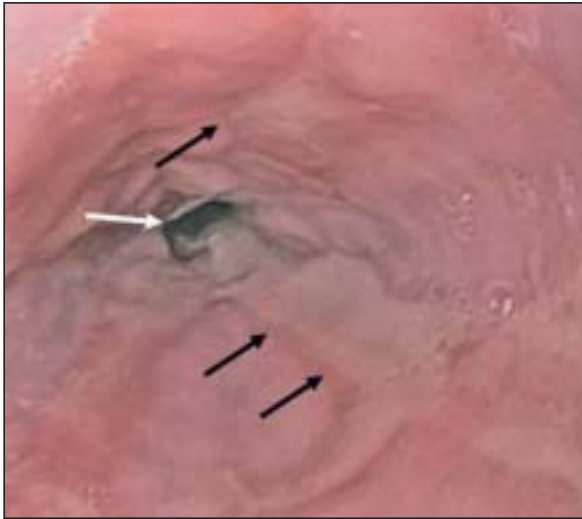


Abbildung 3: Endoskopischer Befund bei einem Patienten mit einer Refluxösophagitis Grad 4 mit fibrinbelegten Erosionen (schwarze Pfeile) und einer peptischen Stenose (weisser Pfeil).

hilfreich, in der Behandlung einer Refluxerkrankung oder anderer funktioneller gastrointestinaler Beschwerden spielen Antazida keine wesentliche Rolle.

### Zusammenfassung

Wenn dem Symptom Sodbrennen ein pathologischer Säure-reflux zugrunde liegt, stellt eine Therapie mit einem PPI die Therapie der ersten Wahl dar. Sofern eine PPI-Therapie aber nicht zum Erfolg führt und auch eine Steigerung der PPI-Dosis oder ein Präparatewechsel die Symptome nicht lindert, sollten entsprechende diagnostische Schritte initiiert werden, um eine unnötige und frustrane Weitertherapie mit PPI zu vermeiden. Eine Vertiefung der Anamnese reicht häufig schon aus, um anderweitige funktionelle gastrointestinale Erkrankungen zu vermuten und zielgerichtete diagnostische und therapeutische Schritte einzuleiten. ❖

**Prof. Dr. med. Martin Storr**

Medizinische Klinik II

der Ludwig Maximilians Universität München

Klinikum Grosshadern

D-81377 München

Interessenkonflikte: Der Autor erhielt Honorare für Vorträge und Beratungstätigkeiten sowie Drittmittel aus klinischen Studien von den Firmen Abbott Laboratories, Steigerwald GmbH, Neurim LTD und Johnson & Johnson.

Literatur unter [www.allgemeinarzt-online.de/downloads](http://www.allgemeinarzt-online.de/downloads)

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 17/2011.

Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.