

Gastroösophageale Refluxerkrankung

Die gastroösophageale Refluxerkrankung gehört zu den häufigsten Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts. Bei einigen Patienten wird mit Ernährungsumstellung und/oder Gewichtsverlust eine Besserung erreicht. Die wichtigsten Medikamente sind Antazida und Protonenpumpenhemmer. In komplizierteren Fällen können endoskopische oder chirurgische Eingriffe von Nutzen sein.

LANCET

Auch bei gesunden Personen kommt es gelegentlich zu einem Rückfluss des Mageninhalts in die Speiseröhre. Um eine gastroösophageale Refluxerkrankung handelt es sich, wenn der Reflux mit Schmerzen, einer Verletzung der Mukosa oder mit beiden Symptomen verbunden ist. Man unterscheidet die erosive und die weitaus häufigere nicht erosive Form, bei der im Rahmen endoskopischer Untersuchungen keine Auffälligkeiten festgestellt werden.

Die beiden Hauptsymptome sind Sodbrennen und Regurgitation. Zu Reflux und Sodbrennen kommt es vorwiegend tagsüber, die Beschwerden können aber auch nachts im Schlaf auftreten. Der nächtliche Reflux ist signifikant mit schwerer Ösophagitis und intestinaler Metaplasie (Barrett-Ösophagus) verbunden.

In entwickelten Ländern liegt die Prävalenz der gastroösophagealen Refluxerkrankung bei 10 bis 20 Prozent, während sie in Asien schätzungsweise weniger als 5 Prozent beträgt. Man nimmt an, dass die zunehmende Prävalenz der gastroösophagealen Refluxerkrankung mit der rasch zunehmenden Häufigkeit von Übergewicht zusammenhängt.

Merksätze

- ❖ Eine leichte Refluxsymptomatik kann nach Bedarf mit Antazida oder H₂-Antagonisten behandelt werden.
- ❖ Bei mittleren bis schweren Symptomen sind Protonenpumpeninhibitoren (PPI) die Medikamente der ersten Wahl.
- ❖ Bei unzureichendem Ansprechen auf PPI sollten Diagnose und Compliance überprüft werden.
- ❖ Die Fundoplicatio ist der Goldstandard unter den chirurgischen Behandlungsmöglichkeiten.

Pathophysiologie

Eine gastroösophageale Refluxerkrankung kann sich aufgrund einer Fehlfunktion der ösophagealen Antirefluxbarriere oder einer ösophagealen Motilitätsstörung sowie aufgrund einer verzögerten gastrischen Entleerung oder eines erhöhten intragastrischen Drucks entwickeln. Weitere Faktoren, die zur Entwicklung einer gastroösophagealen Refluxerkrankung beitragen können, sind Säuretaschen, eine ösophageale Hypersensitivität oder eine Infektion mit *Helicobacter pylori*.

Diagnose

Die diagnostische Aussagekraft der Endoskopie ist im Zusammenhang mit der gastroösophagealen Refluxerkrankung gering, denn längst nicht alle Patienten weisen sichtbare Erosionen auf. Sind jedoch Alarmzeichen wie Dysphagie, Hämatemesis oder Gewichtsverlust vorhanden, ist eine Endoskopie dringend erforderlich, da in diesen Fällen klinisch signifikante Komplikationen der gastroösophagealen Refluxerkrankung oder andere pathologische Veränderungen vorliegen können.

Eine weitere diagnostische Möglichkeit besteht in der empirischen Gabe von Protonenpumpenhemmern (PPI). Eine Symptomreduzierung um mindestens 50 Prozent wird derzeit als positives Ergebnis eines PPI-Tests gewertet. Allerdings kann der PPI-Test auch bei einer Reihe anderer Erkrankungen wie peptischer Ulzera oder funktioneller Dyspepsie positiv ausfallen, und in Studien wurde zudem ein bedeutender Placeboeffekt beobachtet. Daher ist die Spezifität dieses Verfahrens gering (24–65%) und nicht höher im Vergleich zu Placebo (38–41%). In der Primärversorgung ist der Test dennoch von Nutzen, denn bei günstigem Ansprechen und der Abwesenheit von Alarmzeichen sind keine weiteren diagnostischen Massnahmen mehr erforderlich.

Zu gängigen diagnostischen Verfahren für eine weitere Abklärung des Beschwerdebildes gehören ambulantes Refluxmonitoring, Manometrie und histologische Untersuchungen.

Änderungen des Lebensstils und der Ernährung

Als erster Schritt des Managements wird meist eine Änderung des Lebensstils und der Ernährung empfohlen. Ein hoher Fettanteil in der Nahrung ist mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer gastroösophagealen Refluxerkrankung verbunden, während ein hoher Faseranteil dieses Risiko senkt. Das Einstellen des Rauchens ist eine sinnvolle allgemeine Empfehlung, in Studien wurde dadurch jedoch keine Verbesserung der Refluxsymptomatik beobachtet. Im Gegensatz dazu weist eine umfassende Evidenz auf die

Wirksamkeit einer Gewichtsreduktion hin, zumindest bei übergewichtigen Patienten.

Antazida und Alginat

Antazida werden am häufigsten in der Primärversorgung und zur Selbstbehandlung verwendet. Sie werden üblicherweise bei Bedarf eingenommen, da sie rasch und kurzfristig wirken. Je nach Zusammensetzung des Präparats kann ein exzessiver Gebrauch zu Durchfall oder Verstopfung oder bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion zu Hypermagnesie oder Hyperaluminämie führen.

Bei Alginaten handelt es sich um Polysaccharide, die aus Algen gewonnen werden. Alginat binden die Magensäure, wobei sich ein viskoses Gel bildet, das sich oben auf den Mageninhalt legt und die Säuretasche verkleinert. Einige Präparate enthalten zusätzlich ein Antazidum.

Medikamentöse Unterdrückung der Säureproduktion

Obwohl die Pathogenese der gastroösophagealen Refluxerkrankung vor allem mit fehlerhaften anatomischen Gegebenheiten und/oder motorischen Fehlfunktionen zusammenhängt, besteht die verlässlichste medizinische Option zur Linderung der Beschwerden in einer Reduzierung der Säuresekretion im Magen. Damit wird jedoch keine endgültige Lösung des Problems erreicht. Sobald die Medikamente abgesetzt werden, kehren die Symptome zurück, denn die Menge der produzierten Magensäure ist bei Patienten mit gastroösophagealer Refluxerkrankung meist mit der Säuremenge gesunder Kontrollpersonen vergleichbar.

Patienten mit leichten Symptomen, die nicht öfter als einmal pro Woche auftreten, können nach Bedarf mit Antazida oder frei verkäuflichen Histamin-Rezeptor-Typ-2-(H₂-)Antagonisten behandelt werden. Bei mittleren bis schweren Symptomen oder bei erosiver Ösophagitis sollten PPI die Medikamente der ersten Wahl sein. Zwischen gängigen PPI wie Omeprazol (Antramups® und Generika), Pantoprazol (Pantozol® und Generika), Lansoprazol (Agopton® und Generika), Rabeprazol (Pariet® und Generika) oder Esomeprazol (Nexium Mups® und Generika) wurden bei unterschiedlichen Ausprägungen der gastroösophagealen Refluxerkrankung nur geringfügige Unterschiede beobachtet. Spricht ein Patient auf die PPI-Standarddosierung nicht ausreichend an, kann die Dosis verdoppelt oder auf zwei Applikationen pro Tag verteilt werden. Die Zugabe eines H₂-Blockers zum PPI vor dem Schlafengehen hemmt die nächtliche Sekretion, allerdings schwächt sich diese Wirkung innerhalb weniger Wochen ab. Die PPI-Behandlung gilt als sehr sicher. Bezüglich einer langfristigen Säuresuppression bestehen jedoch gewisse Bedenken im Hinblick auf potenzielle unerwünschte Wirkungen. Dazu gehören ein höheres Infektionsrisiko, eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine atrophische Gastritis und ein erhöhtes Risiko für eine Diarrhö im Zusammenhang mit *Clostridium difficile*. Des Weiteren könnte es unter einer Langzeitbehandlung zu einem erhöhten Risiko für Knochenbrüche und Hypomagnesiämie sowie zu Vitamin-B₁₂- oder Eisenmangel und einer erhöhten Säureproduktion nach Absetzen der Medikamente kommen. Klinisch bedeutende Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sind selten. Bei unzureichendem Ansprechen auf PPI sollten Diagnose und Compliance überprüft werden.

Endoskopische und chirurgische Eingriffe

Zu den derzeit verfügbaren endoskopischen Techniken gehören transmurale endoskopische Naht- und Verschlusstechniken und die Hochfrequenzablation. Diese Techniken sind jedoch im Hinblick auf die Normalisierung der Säureexposition, der Heilung der Ösophagitis und der Beseitigung der Symptome nicht so wirksam wie ein chirurgischer Eingriff. Eine häufige Anwendung dieser Eingriffe kann daher derzeit nicht empfohlen werden.

Seit 1956 stellt die Fundoplicatio den Goldstandard der chirurgischen Behandlung der gastroösophagealen Refluxerkrankung dar. Häufigste Indikationen für eine Operation sind persistierende Symptome wie die Regurgitation und gastroösophageale Refluxerkrankungen, die auf PPI nicht ausreichend ansprechen. Eine weitere häufige Veranlassung für eine Operation besteht in der Weigerung des Patienten, für den Rest seines Lebens PPI einzunehmen. Weniger häufig wird die Fundoplicatio bei Komplikationen wie intestinaler Metaplasie, Ulzeration oder Stenosen angewendet. Die Fundoplicatio hat sich zudem bei Patienten als wirksam erwiesen, bei denen ein nicht saurer Reflux für die Symptomatik verantwortlich ist. Bei sehr übergewichtigen Patienten mit gastroösophagealer Refluxerkrankung sollte auch ein laparoskopischer Roux-en-Y-Magen-Bypass in Betracht gezogen werden. Bariatrische Verfahren zur Gewichtsreduzierung sind bei stark übergewichtigen Personen auch im Hinblick auf die gastroösophageale Refluxerkrankung sehr wirksam.

Komplikationen

Aus dem Heilungsprozess der erosiven Ösophagitis kann eine peptische Strikturen resultieren, bei der Kollagenablagerungen und eine zunehmende Fibrose zur Verengung des ösophagealen Lumens führen. Die Behandlung der peptischen Strikturen richtet sich nach den Ursachen und Charakteristika und umfasst meist eine Säuresuppression mit PPI sowie eine Erweiterung der Speiseröhre, die mit einer Dehnsonde (Bougie) oder einem Ballon vorgenommen werden kann.

Beim Barrett-Ösophagus ersetzen potenziell präkanzeröse metaplastische Zellen die normale Mukosa. Das Management ist kompliziert und wird kontrovers diskutiert, was aus den unterschiedlichen Empfehlungen der British Society of Gastroenterology und der American Gastroenterology Association für das Management dieser Komplikation ersichtlich wird. In beiden Empfehlungen werden jedoch das maligne Potenzial und die Notwendigkeit einer regelmässigen Untersuchung der Betroffenen anerkannt. Beide Organisationen erachten die endoskopische Ablation als geeignete Option für Patienten mit hochgradiger Dysplasie. ❖

Petra Stölting

Quelle: Bredenoord AJ et al.: Gastro-oesophageal reflux disease. Lancet 2013; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62171-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62171-0).

Interessenkonflikte: Die Autoren sind/waren für verschiedene Pharmaunternehmen tätig und/oder haben Gelder erhalten.