

Die Refluxkrankheit: wann konservativ – wann chirurgisch?

Über die optimale Therapie der Refluxkrankheit und die Vor- bzw. Nachteile der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten diskutierten im Freitagmorgen-Seminar Sandro Mossi, Lugano, Andreas Osterwalder, Lugano, und Martin Zogg, Cadro.

Eva Ebnöther



Zur Einführung berichtete Martin Zogg über einen Fall aus der Praxis. Danach wurden die Seminarteilnehmer aufgefordert, sich für eine Vorgehensweise beim Einführungsfall zu entscheiden. Ziel war es, nach dem Seminar auf die Entscheidung zurückzukommen und diese eventuell – in Kenntnis der neuen Informationen – zu revidieren.

Ein heute 35-jähriger Mann (172 cm, 71 kg, Raucher, wenig Alkohol) leidet seit ca. 1990 an gelegentlichem Sodbrennen. Er brauchte viele Jahre ca. 2–3 Tabletten Rennie® pro Woche. Ab Sommer 1999 Verstärkung der Symptomatologie. Im Oktober 1999 beim Hausarzt, der eine Gastroskopie veranlasst.

Diagnose: Refluxkrankheit mit Ösophagitis (Stadium II). Der Patient erhält einen Protonen-Pumpen-Inhibitor (PPI) für 6 Wochen und wird beschwerdefrei. Nach Absetzen des PPI wieder Auftreten der Symptome. Nach 4 Wochen (Februar 2000) wiederum zum Hausarzt mit den gleichen Beschwerden. Verschreibung desselben PPI (zwei Schachteln à 28 Tabletten). Im Juni 2000 nochmals telefonische Rezeptierung derselben Menge. Im September 2000 erneutes Aufsuchen des Hausarztes mit Sodbrennen. Was tun?

- erneutes Rezept des PPI?
- erneute Zuweisung an den Gastroenterologen?
- Zuweisung zum Chirurgen?

Die gastro-ösophageale Refluxkrankheit (GERD) ist ein sehr ungenau definiertes Krankheitsbild, bei dem subjektive Beschwerden und objektive Befunde nur schlecht korrelieren. 20% der Bevölkerung leiden unter wöchentlichem Sodbrennen, nur 5% gehen deswegen zum Arzt. Abgesehen von den typischen Beschwerden (retrosternales Brennen) sollte man auch an eine GERD denken, wenn der Patient über atypische Beschwerden wie «Herzbeschwerden», chronischen Husten, Heiserkeit, Atemnot (Asthma!) oder ein Globusgefühl (Pharyngitis sicca) klagt. Oft, aber längst nicht immer ist eine Hiatushernie für die Beschwerden verantwortlich.

Der Hauptbefund der GERD, die Ösophagitis, ist als Auslöser der Schleimhautmetaplasie des distalen Ösophagus (Barrett-Ösophagus) bekannt. Bei Patienten mit dieser Präkanzerose steigt das Risiko, an einem Adenokarzinom der Speiseröhre zu erkranken, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung rund 40×.

Diagnostische Massnahmen

Sandro Mossi berichtete über die Diagnostik der GERD. Über den Zeitpunkt, wann eine Endoskopie durchgeführt werden muss, besteht kein Konsens. Empfohlen wird die Endoskopie bei Patienten über 45 Jahre sowie bei Warnzeichen wie Dysphagie, Anämie oder Gewichtsverlust. Die Endoskopie ist aus verschiedenen Gründen wichtig:

- Dokumentation von Verletzungen der Ösophagusschleimhaut und Komplikationen
- Entnahme einer Biopsie
- Festlegen eines Krankheits-Stadiums (das die weitere Vorgehensweise beeinflusst)

Bei Patienten mit Sodbrennen zeigt die Endoskopie in einem Drittel der Fälle eine leichte Ösophagitis, in rund zwei Dritteln der Fälle ist die Endoskopie normal. Eine GERD ist also nicht gleich eine Ösophagitis!

Eine pH-Metrie im Ösophagus über 24 Stunden ist bei Patienten angebracht, bei denen die Endoskopie keinen auffälligen Befund zeigt, aber man in der Diagnostik weiterkommen möchte. Dies ist nur bei wenigen Patienten der Fall; in der Regel genügt nach einer normalen Endoskopie eine empirische Therapie. Niemals wird eine pH-Metrie ohne vorherige Endoskopie durchgeführt! Vor einer pH-Metrie dürfen die Pa-

tienten eine Woche lang keine Säureblocker einnehmen. Die Sensitivität der Methode beträgt 88%, die Spezifität 98%.

Medikamente richtig einsetzen

Die GERD hat im allgemeinen einen gutartigen Langzeitverlauf. Ein Drittel der Patienten braucht nur eine minimale Therapie. Eine *Helicobacter-pylori*(Hp)-Eradikation ist bei einer GERD nicht sinnvoll, da Hp als Schutzfaktor der Magenschleimhaut gilt. Hp sollte nur bei einer eindeutigen Indikation eradiziert werden. Andreas Osterwalder drückte es so aus: «Im Zweifelsfall behalte ich meine *Helicobacter*, so wie auch meine Tonsillen.»

Die Therapieziele sehen wie folgt aus:

- bei GERD: Beschwerdefreiheit
- bei Ösophagitis: Beschwerdefreiheit, Heilung von Epitheldefekten, Vermeiden von Komplikationen

Zum Erreichen dieser Ziele führen drei Schritte: allgemeine Massnahmen (Lebensstiländerung), Medikamente sowie Operation oder Langzeitbehandlung.

Bei Patienten mit leichten bis moderaten Refluxbeschwerden führt eine Änderung des Lebensstils und die Einnahme von Antazida oft schon zu Beschwerdefreiheit (Tab. 1). Auch eine Kurzbehandlung mit H₂-Blockern und Protonenpumpen-Inhibitoren (PPI) ist vertretbar. Bei schweren Symptomen einer GERD und erosiver Ösophagitis sollten PPI verschrieben werden, nicht H₂-Blocker. Bei nächtlichen Beschwerden kann der Patient zusätzlich auf die Nacht Zantic[®] einnehmen.

Tabelle 1:
Therapeutische Änderung des Lebensstils bei GERD

- Gewichtsreduktion
- Leichte und keine späten Abendmahlzeiten
- Bett-Kopfende anheben
- Keine fetten Speisen, Zitrone, Pfefferminze, Alkohol, Kaffee (erniedrigen den Druck im distalen Ösophagus-Sphinkter)

Tabelle 2: Indikationen für eine Operation bei GERD

- Häufige Rezidive nach medikamentöser Therapie oder Therapieresistenz
- Komplikationen der GERD wie Strikturen, Blutung, Barrett-Ösophagus, Lungenkomplikationen (Aspiration, Asthma, chronischer Husten, Heiserkeit)
- Junge Patienten, Patientenwunsch (fehlende Bereitschaft zur Langzeittherapie)

Bei der Frage, ob man bei schweren Symptomen eine Operation oder eine Langzeitbehandlung mit PPI durchführen soll, scheiden sich die Geister. Punkto Langzeitbehandlung weiss man heute, dass eine Therapiedauer von über 10 Jahren sehr sicher ist: Es treten weder Verdauungsstörungen auf, noch erhöht sich das Karzinomsisiko der betroffenen Patienten. Bei älteren Patienten mit erhöhtem Operationsrisiko stellt die Langzeitbehandlung eine sichere und gute Therapieoption dar.

Wann operieren?

Zum Thema Operation bei Refluxösophagitis referierte Andreas Osterwalder. Es bestehen verschiedene Indikationen für eine Operation (Tab. 2), besonders dringlich stellt sich die Frage bei jungen Patienten. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis spricht für eine Operation. Seit den 70er Jahren, als Medikamente zur Säureblockade eingeführt wurden, hat die Inzidenz von Adenokarzinomen des Ösophagus um 31% zugenommen. Es gibt die Theorie, dass die Ursache dafür in einem verstärkten Rückfluss der aggressiven Galle liegt, die normalerweise von der Magensäure «zurückgedrängt» wird. Mit einer Operation behandelt man – im Gegensatz zur Behandlung mit Medikamenten – den Reflux, nicht die Säurebildung.

Osterwalder plädierte ausdrücklich dafür, die Patienten von einem erfahrenen Chirurgen laparoskopisch operieren zu lassen, da die Ergebnisse deutlich besser seien (Erfolge 85–90%). Die Morbidität einer laparoskopischen Fundoplikatio beträgt ca. 5% (vor allem Lungenkomplikationen), die Mortalität beinahe 0%. Die Operation dauert etwa anderthalb Stunden. Im Idealfall können die Patienten am Tag nach dem Eingriff wieder essen und am nächsten Tag nach Hause. Die Arbeitsunfähigkeit beträgt rund eine Woche. Vor der Operation muss man den Patienten darüber aufklären, dass nachher eine Dysphagie auftreten kann und der Patient die Nahrung besser kauen muss. In der Regel müssen die Patienten nach einer Fundoplikatio weniger rülpsen und aufstossen, dafür treten vermehrt Meteorismus und Winde auf.