

SEMINAR

Gastro-ösophageale Beschwerden

Refluxerkrankung – eine „bunte“ Symptomatik

J. Schedel, O. Pech

Die gastro-ösophageale Refluxkrankheit (GERD) wird häufig vom Hausarzt diagnostiziert. Sie liegt gemäß Montreal-Klassifikation vor, wenn ein Reflux von Mageninhalt störende Symptome und/oder Komplikationen verursacht. Viele Patienten brauchen zunächst keine Endoskopie – man muss aber wissen, wann der Punkt gekommen ist.



© eggeggiew / Getty Images / iStock

— Die Definition der GERD umfasst sowohl die klinische Symptomatik als auch den unabhängig hiervon nachweisbaren Reflux sowie seine Folgen. Verschiedene Krankheitsbilder sind eingeschlossen:

- die erosive Refluxösophagitis (ERD),
- die nicht-erosive Refluxerkrankung (NERD),
- ein hypersensitiver Ösophagus,
- extra-ösophageale Manifestationen,
- funktionelle Refluxbeschwerden,
- Komplikationen der GERD sowie
- der Barrett-Ösophagus.

Diagnostik

Typische Symptome sind Sodbrennen und saures Aufstoßen. Zusätzlich sollte auch nach atypischen Beschwerden wie epigastrischen Schmerzen, thorakalen Schmerzen, Dysphagie, Odynophagie, Brennen im Rachen und Räuspern gefragt werden.

Bei Fehlen von Alarmzeichen wie Anämie, Dysphagie oder einer B-Symptomatik kann allein aufgrund der Anamnese von einer GERD ausgegangen werden, wenn die typischen Symptome Sodbrennen und saure Regurgitation mindestens ein- bis zweimal pro Woche auftreten und die Lebensqualität dadurch beeinträchtigt wird. Dann kann auch ohne Endoskopie eine proba-



PD Dr. med.
Jörg Schedel
Krankenhaus der
Barmherzigen Brüder
Regensburg

MMW-Fortbildungsinitiative:
Gastroenterologie für den Hausarzt
Regelmäßiger Sonderteil der
MMW-Fortschritte der Medizin.



Herausgeber:

Gesellschaft für Gastroenterologie in Bayern e. V.
Schusterweg 34, D-82054 Sauerlach
Tel.: 081 04/888-746 Fax: -749
E-Mail: saskia.hannig@gfgb.org
Internet: www.gfgb.org

Redaktion:

Prof. Dr. med. W. Scheppach, Würzburg
Prof. Dr. med. R. M. Strauch, München
Prof. Dr. med. D. Strobel, Erlangen
Prof. Dr. med. H. S. Fießl, München

torische Therapie mit Protonenpumpenhemmern (PPI) eingeleitet werden.

Endoskopie

In allen anderen Fällen sollte eine Ösophago-Duodeno-Gastroskopie (ÖDG) durchgeführt werden. Hierbei können erosive Veränderungen im distalen Ösophagus im Sinne einer erosiven Refluxösophagitis diagnostiziert und somit eine GERD bestätigt und andere schwerwiegende Erkrankungen wie Malignome des Ösophagus oder des Magens ausgeschlossen werden. Die Refluxösophagitis sollte nach den Los-Angeles-Kriterien klassifiziert werden (Tab. 1).

Weitere Diagnostik

Bei klinischer Dysphagie und/oder endoskopischem Verdacht auf eine eosinophile Ösophagitis sollten Stufenbiopsien aus allen Anteilen des Ösophagus entnommen werden. Bei inkonsistenter Symptomatik sollte zur weiteren Abklärung eine 24-Stunden-pH-Metrie kombiniert mit einer Impedanzmessung durchgeführt werden. Neben der eosinophilen Ösophagitis sind auch Motilitätsstörungen (z. B. die Achalasie oder der hyperkontraktile Ösophagus) wichtige Differenzialdiagnosen mit einer ähnlichen Symptomatik.

Tab. 1 Los-Angeles-Klassifikation der Refluxösophagitis

Klasse	Mukosaläsionen
A	in distaler Speiseröhre, ≤ 5 mm
B	in distaler Speiseröhre, > 5 mm
C	konfluierend, ≤ 75% der Zirkumferenz der Speiseröhre
D	konfluierend, > 75% der Zirkumferenz der Speiseröhre

Therapiemöglichkeiten

Allgemeinmaßnahmen sind eine Gewichtsreduktion bei Übergewicht, die Erhöhung des Kopfes bei nächtlichen Symptomen sowie der Verzicht auf unverträgliche und späte Mahlzeiten.

Vorgehen ohne Endoskopie

Wenn bei typischen Reflux-Symptomen kein Endoskopie-Befund vorliegt, weil Alarmsymptome und Risikofaktoren fehlen, sollte eine empirische Therapie mit einem PPI in Standarddosis über 4 Wochen durchgeführt werden. Das Mittel wird ca. 30 Minuten vor den Mahlzeiten eingenommen. Alternativ zu PPI können bei leichter Symptomatik auch Alginat angewandt werden.

Hat die PPI-Therapie angesprochen, kann sie in halber Standarddosis nach Bedarf fortgeführt werden. Ist hingegen weiterhin eine höhere PPI-Dosis erforderlich, ist eine ÖDG angezeigt.

Therapie der ERD

Bei einer endoskopisch nachweisbaren leichtgradigen ERD hingegen wird mit einer 4-wöchigen PPI-Therapie in Standarddosis begonnen, die bei guten klinischen Ergebnissen auf eine Bedarfsgabe umgestellt werden kann. Die schwergradige ERD wird 8 Wochen lang mit PPI behandelt, bevor eine Dosisreduktion angestrebt werden kann (Tab. 2).

Bei insuffizienter Symptomkontrolle und/oder einer nicht-heilenden Ösophagitis nach 8 Wochen PPI in Standarddosis und weiteren 8 Wochen in doppelter Standarddosis ist von einem Therapieversagen auszugehen. In diesem Fall sollten zunächst die Therapie-Adhärenz des Patienten überprüft werden und die weitere Abklärung durch eine Endoskopie mit Biopsieentnahme und/oder Funktionsuntersuchungen erfolgen.

Bei Persistenz der Beschwerden kann auf einen alternativen PPI gewechselt oder ein Split auf eine morgendliche und eine abendliche Dosis vorgenommen werden. Ggf. kann auch ein zusätzliches Therapieprinzip, etwa ein H₂-Rezeptorblocker, ein Prokinetikum oder ein Alginat, versucht werden – auch wenn es hierfür keine größere Evidenz durch Studienergebnisse gibt.

Procedere bei NERD

Patienten mit typischen Refluxsymptomen, aber endoskopischem Normalbefund (NERD), sollten mit PPI in halber Standarddosis therapiert werden. Sollte dies insuffizient sein, kann die Therapie nach 4 Wochen bis zur doppelten Standarddosis gesteigert werden. Auch ein Wechsel des PPI ist möglich.

Längerfristig bestehen mehrere Therapieoptionen: PPI bei Bedarf, intermittierende Therapie (wie Initialtherapie) oder auch eine Bedarfstherapie mit weniger potenten Medikamenten (H₂-Rezeptorantagonisten, Antazida).

Bei Therapieversagen nach 12-wöchiger Therapie in der doppelten Standarddosis eines PPI sollte eine differenzierte Diagnostik inklusive ÖDG mit Biopsieentnahme und funktionellen Untersuchungen (pH-Metrie plus Impedanzmessung) durchgeführt werden.

Chirurgische Optionen

Die Standardoperation ist noch immer die laparoskopische Fundoplikatio. Hier ist die richtige Selektion der Patienten entscheidend, die in Zentren mit ausreichender Expertise nach Durchführung einer Impedanz-/pH-Metrie und HR-Manometrie durchgeführt wird.

Barrett-Ösophagus

Die Diagnose eines Barrett-Ösophagus kann erst bei Vorliegen eines Zylinderepithelmetaplasie-Areals > 10 mm und dem histologischen Nachweis von Becherzellen gestellt werden. Areale < 10 mm sollen nur bei suspekten Läsionen biopsiert werden.

Makroskopisch wird der Barrett-Ösophagus anhand der Prag-Klassifikation beschrieben. Hierbei wird der Oberrand der zirkumferenziellen Ausdehnung („C“) und die maximal nach proximal reichende Ausdehnung („M“) in Bezug auf den gastro-ösophagealen Übergang angegeben.

Wichtig ist eine sorgfältige Suche nach suspekten Arealen, die an mukosalen und vaskulären Unregelmäßigkeiten, diskreten Einkerbungen, Ulzerationen oder Rötungen mit auffälligem Gefäßmuster erkannt werden können. In seltenen Fällen (ca. 0,5% pro Patientenjahr)

Tab. 1 **Medikamentöse Therapie der erosiven Refluxösophagitis**

Klasse	Therapie
A/B (leichte Ösophagitis)	PPI in Standarddosis für 4 Wochen, dann bedarfsorientiert/intermittierend
C/D (schwere Ösophagitis)	PPI in Standarddosis für 8 Wochen, dann Versuch der Dosisreduktion
Standarddosen verschiedener PPI: Esomeprazol 40 mg, Lansoprazol 30 mg, Omeprazol 20 mg, Pantoprazol 40 mg, Rabeprazol 20 mg	

kann sich über eine leichtgradige intraepitheliale Neoplasie (LGIEN) und eine hochgradige intraepitheliale Neoplasie (HGIEN) ein Barrett-Adenokarzinom entwickeln. Bei Verdacht auf neoplastische Läsionen sollten gezielte Biopsien entnommen werden, anschließend werden 4-Quadranten-Biopsien alle 1–2 cm empfohlen.

→ **Literatur:** springermedizin.de/mmw

→ **Title and Keywords:** **Reflux disease – a diverse set of symptoms**

Reflux disease / acid reflux / heartburn / regurgitation / PPI / Barrett's esophagus

→ **Für die Autoren:**

Prof. Dr. med. Oliver Pech

Klinik für Gastroenterologie und Interventionelle Endoskopie, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Regensburg, Prüfeninger Str. 86, D-93049 Regensburg
E-Mail: joerg.schedel@barmherzige-regensburg.de

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Die gastro-ösophageale Refluxerkrankung (GERD) ist eine häufige Erkrankung mit klassischen und atypischen Symptomen.
2. Bei suggestiver Symptomatologie ist bei Fehlen von Alarmsymptomen eine medikamentöse Ex-juvantibus-Therapie mit PPI möglich.
3. Standard-Diagnostik ist eine Ösophago-Duodeno-Gastroskopie. Die Differenzialdiagnostik umfasst pH-Metrie/Impedanzmessung und Ösophagusmanometrie.