

Knoflach P

Gastroösophageale Refluxkrankheit

Journal für Ernährungsmedizin 2011; 13 (2), 28-30

Homepage:

www.aerzteverlagshaus.at

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

MIT NACHRICHTEN DER



**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig





GASTROÖSOPHAGEALE REFLUXKRANKHEIT

In gleichem Maße, in dem es uns nach dem genialen Konzept der nunmehrigen Nobelpreisträger J. Warren und B. Marshall gelungen ist, die Infektionskrankheit verursacht durch *Helicobacter pylori* und damit das peptische Ulcusleiden zu besiegen, hat sich die gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD) als Erkrankung mit hoher Prävalenz und Morbidität, ja sogar Mortalität, in den Vordergrund geschoben. Es soll im Folgenden versucht werden, Ursachen und Zusammenhänge sowie neue Fakten und Aspekte von GERD zu beleuchten.

Peter Knoflach

Ein wesentlicher Grund für die Zunahme des Refluxes liegt sicher in der Tatsache, dass diese Krankheit ursprünglich als rein gastroenterologisch galt und auf Sodbrennen und Regurgitation beschränkt war. Zudem war die Behandlung auf kaum befolgte Ratschläge zum Lebensstil (z. B. Gewichtsabnahme) und rein symptomatische, wenig wirksame Therapien wie Antazida beschränkt. Heute verfügen wir mit den Protonenpumpenhemmern (PPI) über eine potente medikamentöse Therapie, die bei über

90 % der Patienten zur Beschwerdefreiheit führt und eine – allerdings in vielen Fällen auch notwendige – weitgehend sichere Langzeittherapie, ermöglicht. Allerdings sind in den letzten Jahren in epidemiologischen Untersuchungen einige neue Nebenwirkungen von PPIs nachgewiesen worden, deren zahlenmäßige Bedeutung aber noch in Diskussion steht: erhöhte Frequenz nosokomialer Pneumonien, Vermehrung von Clostridienbefall des Colon bis zu pseudomembranöser Colitis, mögliche Förderung von Osteoporose und Nahrungsmittelallergien. Ein weiterer, rezent vieldiskutierter Aspekt ist die Interaktion von PPIs (gilt wahrscheinlich nur für Omeprazol) mit Clopidogrel, was im Zeitalter der Plättchenhemmung nach Stentapplikation in den Herzkranzgefäßen durchaus klinische Relevanz besitzt.

Jedenfalls scheint ein deutlicher „Overuse“ von PPIs, vor allem in der griffigen Indikation „Magenschutz“, vorzuliegen. Als operative Alternative zur Behandlung von GERD stellt die laparoskopische Fundoplikation den aktuellen chirurgischen Standard dar. Endoskopische Anti-Reflux-Verfahren sind ebenso schnell verschwunden wie gekommen (endgültig?). Sie erwiesen sich sowohl technisch als auch therapeutisch unbefriedigend. Nach der Konsensusdefinition des Weltkongresses für Gastroenterologie in Montreal 2005 (siehe auch Tab.1, nach Am. J. Gastroenterol. 2006;101:1900) liegt

DIE MONTREAL-DEFINITION

Ösophageale Syndrome	
Symptomatische Syndrome	Syndrome mit Läsionen
<ul style="list-style-type: none"> • Typisches Refluxsyndrom • Reflux-Thoraxschmerz-Syndrom 	<ul style="list-style-type: none"> • Refluxösophagitis • Refluxstriktur • Barrett-Ösophagus • Refluxkarzinom
Extraösophageale Syndrome	
Etablierte Assoziationen	Mögliche Assoziationen
<ul style="list-style-type: none"> • Refluxhusten • Refluxlaryngitis • Refluxasthma • Dentale Erosionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sinusitis • Pulm. Fibrose • Pharyngitis • Rez. Otitis media

Tabelle: Montreal-Definition der gastroösophagealen Refluxkrankheit.

Endoskopiebilder*



Abbildung 1: Barrett-Ösophagus mit Adenokarzinom im Vordergrund.



Abbildung 2: Nach endoskopischer Mucosaresektion eines T1-Adenokarzinoms des Ösophagus.



Abbildung 3: Endoskopische Radiofrequenztherapie des Barrett-Ösophagus.

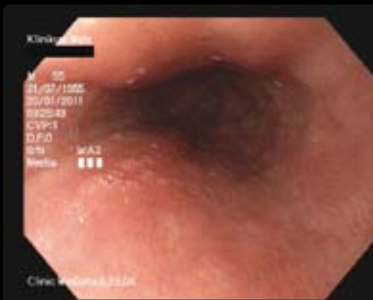


Abbildung 4: Nach endoskopischer Radiofrequenztherapie – erfolgreiche Reepithelialisierung des tubulären Ösophagus mit Plattenepithel.

*eines Patienten

GERD vor, wenn durch Reflux von Mageninhalt in die Speiseröhre Symptome mit Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder Komplikationen hervorgerufen werden. Unverändert gelten Sodbrennen und Regurgitation als häufigste Symptome und die Refluxösophagitis als wichtigste Ösophagus-Pathologie von GERD. Neben den bekannten ösophagealen Syndromen sind die sogenannten extraösophagealen Syndrome, namentlich aus den Bereichen HNO und Pneumologie, vermehrt ins Licht gerückt worden. Als wichtige mögliche Symptome, die zur Abklärung Richtung GERD führen sollten, gelten auch epigastrische Schmerzen und Schlafstörungen. Zu betonen ist, dass GERD selten die einzige Ursache extraösophagealer Syndrome wie Laryngitis und Asthma darstellt. Als einfache Faustregel kann gelten: fehlen Sodbrennen oder Regurgitation, ist GERD als Auslöser von ätiologisch unklarem Asthma oder Laryngitis unwahrscheinlich. Interessanterweise ist die Datenlage zur Therapie dieser extraösophagealen Syndrome mit PPI oder Fundoplikation nach wie vor dünn, der therapeutische Erfolg im Einzelfall nur unsicher vorauszusagen.

STEIGENDE PRÄVALENZ

Die Prävalenz für GERD wird in Europa und den USA mit 10 bis 20 % angegeben; In Asien liegen die Häufigkeiten niedriger. Allerdings zeigt eine longitudinale Studie aus Singapur eine Verdoppelung der GERD-Prävalenz auf 10,5 % von 1994 bis 1999. Immer wieder vermutet, aber in Studien kontroversiell bewertet, wurde der Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Reflux(symptomen). In einer rezenten retrospektiven Untersuchung fand sich nun doch ein zweieinhalbfach erhöhtes Risiko für Barrettösophagus bei Übergewicht. In einer Befragung von mehr als 10.000 Teilneh-

mern der Nurses' Health Study wurde sogar ein linearer Zusammenhang zwischen GERD-Symptomen und Körpergewicht – sowohl bei Übergewicht als auch Normalgewicht – gefunden (NEJM 2006, 354:2340). Unverändert werfen die Komplikationen von GERD – Ösophagitis, Blutung, Strikturen, Barrett-Ösophagus und das deutlich häufiger werdende Adenokarzinom des Ösophagus – viele Fragen auf. Etwa 10 % der Patienten mit GERD entwickeln einen Barrett-Ösophagus. Dabei wird das originäre Plattenepithel der Speiseröhre durch Zylinderepithel in Form einer spezialisierten intestinalen Metaplasie ersetzt, die ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Adenokarzinoms des Ösophagus aufweist. Dieses Adenokarzinom der Speiseröhre, auch Barrett-Karzinom genannt, weist im Gegensatz zum „klassischen“ Plattenepithel-Karzinom der Speiseröhre eine stark steigende Inzidenz auf, was einen Zusammenhang mit den erwähnten Risikofaktoren der Refluxkrankheit wie z. B. Adipositas nahelegt. Nachdem auch hier eine üblicherweise langsame Progression vom Barrett-Epithel über die low-grade- und high-grade-Dysplasie zum Adenokarzinom besteht, wären Screeninguntersuchungen zur Früherkennung wichtig, sind aber bezüglich der zu untersuchenden Risikogruppen und in ihrem Erfolg noch nicht allgemeingültig definiert. Im Gegensatz dazu sind endoskopisch-interventionelle Verfahren zur Behandlung der umschriebenen hochgradigen Dysplasie und des frühen Karzinoms durch endoskopische Resektion (Abb. 1, 2) aufgrund von Langzeituntersuchungen, vor allem der Gruppe um Ell aus Wiesbaden, als Verfahren der Wahl anstatt der früher geübten Ösophagusresektion gesichert. Letztere bleibt den fortgeschrittenen Stadien des Adenokarzinoms der Speiseröhre vorbehalten, gegebenenfalls kombiniert mit Radiochemotherapie. Nach

endoskopischer Resektion gilt es, das restliche Barrett-Epithel zu entfernen und hier hat sich rezent die – ebenfalls endoskopisch anzuwendende – Radiofrequenzablation des Barrett-Ösophagus etabliert. In ein oder mehreren Sitzungen lässt sich das Barrett-Epithel über einen in den Ösophagus eingebrachten Ballon zerstören und es entsteht in der Folge wieder das ursprüngliche (ungefährliche) Plattenepithel in der tubulären Speiseröhre (Abb. 3, 4).

Literatur beim Verfasser.

Prim. a. o. Univ.-Prof. Dr. Peter Knoflach
Abteilung Innere Medizin I, Klinikum Wels
Grieskirchnerstr. 42, 4600 Wels
peter.knoflach@klinikum-wegr.at

ZUSAMMENFASSUNG

Die gastroösophageale Refluxkrankheit umschließt heute neben dem klassischen Reflux mit Sodbrennen und Refluxösophagitis auch extraösophageale Syndrome wie Laryngitis und Asthma.

Die Häufigkeit von GERD nimmt zu, mögliche Ursache neben weiter gefasstem Verständnis und besserer Diagnostik könnte die weltweite „Adipositas-Epidemie“ sein. Die äußerst wirksame und sichere Therapie mit Protonenpumpenhemmern ist das Rückgrat der Behandlung, die laparoskopische Fundoplikation stellt eine chirurgische Alternative für manche Patienten dar.

Für den Barrett-Ösophagus und das daraus entstehende Adenokarzinom der Speiseröhre haben sich endoskopische Behandlungsmethoden entwickelt, die bei Frühstadien der Operation vorzuziehen sind.