



© iStockphoto / Thinkstock

**Sodbrennen ist ein Leitsymptom bei Reflux.**

**S**odbrennen ist das häufigste Symptom der gastroösophagealen Refluxkrankheit. Endoskopisch oder histologisch finden sich meist sichtbare Veränderungen der Speiseröhren-Schleimhaut: eine Refluxösophagitis. Man geht davon aus, dass in westlichen Industrienationen bis zu 10 % der Bevölkerung unter einer Refluxösophagitis leiden.

Die Behandlung mit Säureblockern, den Protonenpumpeninhibitoren (PPI), bringt meist sofortige Besserung. PPI zählen mit einem globalen Umsatz von 26,5 Mrd. USDollar (2008) zu den weltweit am häufigsten verordneten Medikamenten. Doch ist ihr Einsatz immer sinnvoll?

### **Chronischer nächtlicher Reflux kann Asthma vortäuschen**

Sodbrennen ist ein brennender Schmerz im Oberbauch hinter dem Brustbein in Verbindung mit einem sauren und bitteren Geschmack, der die Speiseröhre bis zum Hals hochsteigt. Sodbrennen entsteht durch Rückfluss (Reflux) von Mageninhalten, einer Mischung aus Speise und Magensäure. Die Speiseröhre mit ihrer empfindlichen Schleimhaut, wird von der Säure angegriffen, es entstehen Entzündungen und Wunden, die äußerst

# Reflux – ein Fall für den Chirurgen?

Dahinter steckt meist ein Zwerchfellbruch!

## **DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE**

**Die häufigste Ursache von gastroösophagealem Reflux ist ein Zwerchfellbruch. Zunächst sollte eine symptomatische Therapie mit Protonenpumpenhemmern versucht werden. Wenn diese allerdings auch bei mehreren Auslassversuchen keine dauerhafte Beschwerdefreiheit bringt, dann sollte eine minimal invasive chirurgische Intervention in Betracht gezogen werden.**

von Bernd Ablassmaier

schmerzhaft sein können und ein brennendes Gefühl hervorrufen.

Ebenfalls typisch für einen Reflux sind Symptome wie Luftaufstoßen, Schluckbeschwerden, Aufstoßen von Nahrungsresten, saurer Geschmack im Mund, krampfartige Schmerzen im Oberbauch oder hinter dem Brustbein, Übelkeit und Erbrechen. Auch nächtliche Hustenattacken oder Anfälle von Luftnot können durch Magensaft-Rückfluss in die Speiseröhre und durch Übertritt in die Luftröhre verursacht werden. Oft erfolgt in diesen Fällen (fälschlicherweise) eine über Jahre dauernde Asthmabehandlung. Bei Reizung der Stimmbänder konsultieren die Patienten nicht selten den Hals-Nasen-Ohren-Arzt. Häufig ist es dann, der den Patienten zur ersten weiterführenden Diagnostik, zur Gastroskopie, überweist.

### **Oft steckt eine anatomische Ursache hinter dem Sodbrennen**

Normalerweise verhindert ein Verschlussmechanismus am Ende der Speiseröhre den Rückfluss von Mageninhalten. Dieser kann durch Medikamente z. B. durch blutdrucksenkende Mittel oder eine üppige Mahlzeit sowie durch fett- und alkoholreiche Kost in seiner Funk-

tion gestört sein. Diese Form der Funktionsstörung ist durch Verzicht auf die auslösenden Faktoren leicht zu beheben.

Wenn Umwelt- und alimentäre Faktoren (Stress, Nikotin, Kaffee, scharfe Gewürze, Alkohol, süße Speisen) ausgeschlossen sind, bleibt als häufigste Ursache ein insuffizienter Verschluss am Mageneingang. Diesem liegt fast immer eine Hiatushernie zugrunde: Die Speiseröhre verläuft durchs Zwerchfell und wird von diesem fest umschlossen. Ist die Durchtrittsstelle der Speiseröhre im Zwerchfell erweitert, spricht man von einem Zwerchfellbruch, einer Hiatushernie (**Abb. 1**).

Andere Ursachen des ösophagealen Refluxes wie Sklerodermie, Achalasie oder eine echte Übersäuerung des Magens beim Zollinger-Ellison-Syndrom sind äußerst selten. Ebenfalls selten findet sich bei der endoskopischen Untersuchung eine ektope säureproduzierende Magenschleimhaut im zervikalen Ösophagusabschnitt.

Die jahrelange Säure-Exposition der Ösophagusschleimhaut führt zu Langzeitschäden und birgt die Gefahr, Metaplasien und Dysplasien (Barrett-Schleimhaut) mit Krebsrisiko (0,5 % pro Jahr) zu entwickeln.

Eine sorgfältige Anamnese ermöglicht in der Regel, die richtige Diagnose zu stellen. Die Patienten schildern die Symptome und die auslösenden Faktoren immer sehr klar. Wenn bereits ein Therapieversuch mit Protonenpumpenhemmern erfolgt ist und danach eine eindeutige Besserung auftrat, ist dies ein weiterer Beweis dafür, dass die Beschwerden durch Magensäure im Ösophagus verursacht werden. Nur bei unklaren Symptomen ist eine weiterführende Diagnostik, 24-Stunden pH-Metrie, Ösophagus-Magen-Röntgen mit Kontrastmittel und in seltenen Fällen eine Manometrie erforderlich.

### Protonenpumpenhemmer – eher kurzfristige Hilfe

Es gibt kein Medikament, das den Rückfluss von Mageninhalt in die Speiseröhre verhindert. Existierende Medikamente verhindern lediglich, dass sich in der zurückfließenden Flüssigkeit Säure befindet. Kurzfristig ist die Behandlung mit PPI die Therapie der Wahl. Wenn sich allerdings nach mehreren Auslassversuchen abzeichnet, dass eine medikamentöse Dauertherapie erforderlich ist, so muss bedacht werden, dass dies eine rein symptomatische Therapie mit Nebenwirkungen ist. So ändert diese Behandlung erstens nichts am Rückfluss von Speise in den Ösophagus, zweitens steht im Magen keine Säure mehr für die Verdauung zur Verfügung.

Die Magensäure ist jedoch ein wichtiger Bestandteil unseres Immunsystems. Sie ist als erste Barriere für die Vernichtung von schädlichen Bakterien und Parasiten zuständig. Die Minderung der Säurebarriere des Magens kann zu einem moderaten bis deutlich erhöhten Risiko für gastrointestinale Infektionen führen, wie bakterielle Dünndarmfunktionsstörungen, bakterielle Diarrhöen, Infektionen mit Salmonellen, Campylobacter, Clostridium difficile und Parasiten (z. B. Giardia lamblia). Darüber hinaus besteht ein moderates Risiko für „ambulante“ Pneumonien.

Die marginale Beeinflussung der Resorption von Vitamin B12, Vitamin C und Eisen durch PPI spielt in der klinischen Routine keine Rolle. Eine Beziehung zwischen Säurehemmung und dem

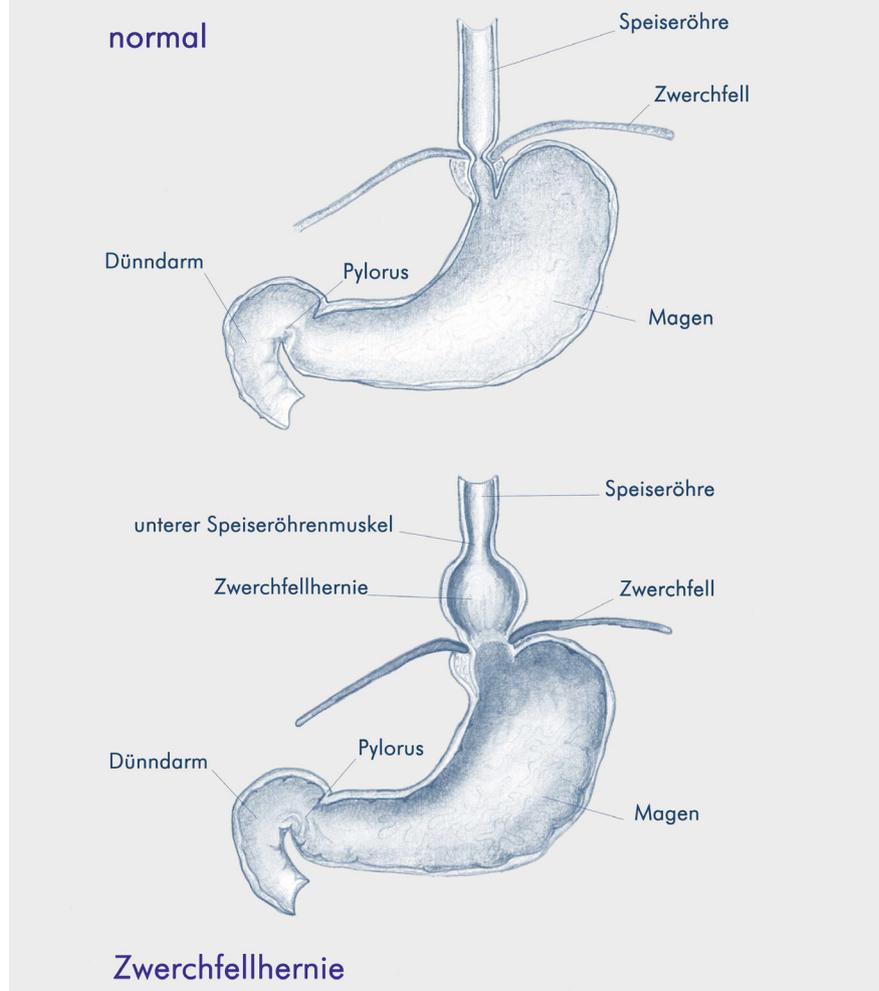


Abb. 1: Schema bei Normalbefund und Hiatushernie.

Auftreten einer eosinophilen Ösophagitis oder von Nahrungsalergien durch verminderten Abbau bzw. vermehrte Allergenaufnahme aufgrund einer erhöhten Permeabilität der Mukosa während der Säuresuppression wird vermutet, ist aber bisher nicht schlüssig nachgewiesen. Über Jahrzehnte eingenommen kann es zur Ausbildung einer Osteoporose kommen. Nicht selten finden sich nach jahrelanger PPI-Therapie multiple „Pseudopolypen“ im Magen.

### Vorsicht vor „Säure-Rebound“

Säureblocker machen abhängig, wie eine dänische Studie zeigte: 120 völlig gesunde Teilnehmer, die nie zuvor Refluxbeschwerden gehabt hatten, erhielten entweder täglich 40 mg des PPI Esomeprazol über acht Wochen oder zwölf Wochen lang ein wirkstofffreies Placebopräparat. Im Anschluss nahmen beide Gruppen jeweils vier Wochen lang ein Placebo ein. Bei den mit PPI behandelten Versuchspersonen traten in den ersten Wochen nach Absetzen der Medikation gehäuft Symptome wie Sodbrennen, saures Aufstoßen oder Dyspepsie auf. 44 % der Stu-

dienteilnehmer aus dieser Gruppe gaben mindestens eines dieser Symptome an. In der Kontrollgruppe litten nur 15 % der Teilnehmer unter säurebezogener Symptomatik. Der Unterschied war statistisch hochsignifikant.

Die dänischen Wissenschaftler führen das Auftreten von Refluxbeschwerden bei bis dahin völlig Gesunden auf einen sogenannten Säure-Rebound infolge der PPI-Therapie zurück. Dieses auch von anderen Säureblockern wie den H<sub>2</sub>-Rezeptorenblockern schon seit Jahrzehnten bekannte Phänomen führt zu einer überschießenden Säurebildung im Magen nach Ende einer Säureblocker-Behandlung.

### Minimalinvasive Verfahren – noch keine Routine

Die endoskopischen Antireflux-Verfahren zeichnen sich dadurch aus, dass sie komplett endoskopisch transoral durchgeführt werden können und keine Inzisionen nötig sind. Sie lassen sich in Injektions- und Implantationsverfahren, Radiofrequenzablation und Nahtverfahren unterteilen. Nachteil aller dieser trans-

oral-endoskopischen Verfahren ist, dass keine Hiatoplastik erfolgen kann. Das heißt die eigentliche Ursache, der erweiterte Hiatus oesophageus wird nicht behandelt. Keines dieser Verfahren ist derzeit routinemäßig einsetzbar.

Um den Druck auf den unteren Teil der Speiseröhre zu erhöhen, wurde bereits vor 35 Jahren versucht, Silikon-gefüllte Kissen (Angelchick-Prothese) um die Cardia zu legen. Die Langzeitergebnisse waren schlecht, da die Fremdkörper nicht am vorbestimmten Ort blieben. Derzeit wird ein ähnliches Verfahren stark beworben, bei dem ein Magnetring um die Cardia gelegt wird. Die ersten Ergebnisse sind zwar ermutigend, Langzeitergebnisse stehen aber noch aus. Zudem erfolgt auch bei diesem Verfahren keine Reparatur der Zwerchfellhernie mittels Hiatoplastik.

### „Anti-Reflux-Operation“: Wann sollte daran gedacht werden?

Wenn mittels sorgfältiger Anamnese, Gastroskopie und eventuellen Zusatzuntersuchungen als Ursache des gastroösophagealen Reflux eindeutig eine insuffiziente Verschlussfunktion festgestellt wurde, dann sollte an eine Anti-Reflux-Operation gedacht werden. Über diese Möglichkeit sollte der Patient in folgenden Situationen aufgeklärt werden:

#### Mechanisch defekter Speiseröhren-Magen-Verschluss

Bei Patienten mit defizientem gastroösophagealem Sphinkter können Medika-

mente zwar die säurebedingten Schleimhautschäden kontrollieren; ständige Rückfälle und die hieraus folgende Notwendigkeit einer lebenslangen medikamentösen Behandlung lassen die Antireflux-Operation jedoch besonders sinnvoll erscheinen.

#### Unzureichende Compliance

Die Refluxerkrankung ist eine chronische, oft lebenslange Erkrankung. Viele Patienten schaffen es nicht (oder sind nicht dazu bereit), gewissenhaft säurehemmende Medikamente einzunehmen und gravierende Veränderungen und Einschränkungen in ihrem Lebensstil vorzunehmen.

#### Aspirationsschäden

(Stiller) Reflux von Mageninhalt, auch wenn er säurefrei ist, kann Kehlkopf, Bronchien, Lunge und sogar die Zähne schädigen. Die Kontrolle der säurebedingten Symptomatik durch Medikamente darf dabei nicht über den persistierenden Reflux hinwegtäuschen. Erst eine Anti-Reflux-Operation kann diese Situation beenden.

#### Versagen der medikamentösen Therapie

Ein kleiner Anteil der Patienten spricht auf die Behandlung mit säurehemmenden oder anderen Medikamenten nicht an. Hier erscheint, sofern andere Beschwerde-Ursachen ausgeschlossen sind, die Operation indiziert.

#### Barrett-Ösophagus

Chronischer Reflux von Mageninhalt führt zu bestimmten Schleimhautveränderungen in der Speiseröhre, die eine Krebs-Vorstufe darstellen. Obwohl die mechanische Wiederherstellung der Sphinkterfunktion den Rückfluss verhindert, ist noch nicht zweifelsfrei belegt, ob dies tatsächlich das Krebsrisiko verringert. Wichtig ist daher, diese Patienten auch nach der Operation weiterhin kontinuierlich endoskopisch zu überwachen.

#### Zwei bis fünf Tage in der Klinik

Die Operation besteht aus zwei Teilen:

- Beseitigung des Zwerchfellbruchs,
- Bildung eines Ventilmechanismus am unteren Ende der Speiseröhre, wodurch der Rückfluss verhindert wird.

Die Operation erfolgt laparoskopisch während eines zwei- bis fünftägigen Aufenthaltes in der Klinik. Über vier bis fünf Hautschnitte mit einer Länge von fünf bis zwölf Millimetern werden die Instrumente eingebracht und über den Operationsmonitor geführt.

Seit 1992 haben wir rund 1100 Patienten aufgrund von Reflux minimal invasiv operiert. Im Rahmen einer Doktorarbeit an der Charité Berlin wurden 51 im Jahr 2002 operierte Patienten sorgfältig nachkontrolliert. In dieser Arbeit bewerten 91 % der Patienten das operative Ergebnis als sehr gut oder gut, und 94 % der Patienten würden sich diesem Eingriff zur Verbesserung ihrer Lebensqualität erneut unterziehen. Über 90 % der Patienten sehen sich in ihrer Lebensqualität nicht mehr eingeschränkt; ebenso viele können aufgrund der Operation auf die Einnahme von Säureblockern ganz oder größtenteils verzichten. Derzeit erfolgt eine weitere Nachkontrolle von 320 Patienten. Die ersten Auswertungen bestätigen die Ergebnisse aus dem Jahr 2002.

*Literatur beim Verfasser*

PD Dr. med. Bernd Ablassmaier  
Reflux-Zentrum München  
Wolfratshauser Strasse 44 a  
82049 Pullach  
info@reflux-zentrum-muenchen.de



Mögliche Interessenkonflikte: keine deklariert

## FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Ein Zwerchfellbruch (Hiatushernie) ist die häufigste Ursache von gastroösophagealem Reflux. Ähnlich wie ein Leistenbruch oder Narbenbruch sollte auch dieser „Bruch“ nicht nur symptomatisch über Jahre, sondern kausal mittels minimal invasiver Hiatoplastik und Teilfundoplikatio behandelt werden.
- Die Säuresekretion der Magenzellen ist bei den meisten Patienten mit einer Refluxerkrankung völlig normal. Eine dauerhafte Säureblockadetherapie lässt die Säuresekretion anormal gering werden.
- Bei akuter Entzündung der Speiseröhre ist eine sofortige Besserung mit PPI die Therapie der Wahl. Zeigt sich bei mehreren Versuchen der Step-Down-Therapie aber, dass eine medikamentöse Dauertherapie erforderlich wird, so sollte dem Patienten eine kausale Therapie als Alternative angeboten werden, damit er sich selbst nach umfassender Aufklärung entscheiden kann.