

*Ratgeber*

# *Sodbrennen*

*Prof. Dr. Joachim Labenz*

*Prof. Dr. Gerald Holtmann*



**GASTRO LIGA** e.V.  
Gesundheit für Magen, Darm & Co.

## Einleitung

Das Symptom Sodbrennen beschreibt ein brennendes Gefühl hinter dem Brustbein, das häufig – aber nicht immer – von unten nach oben aufsteigt. Im englischsprachigen Raum wird für Sodbrennen der Begriff *heartburn* (Herzbrennen) verwandt, ein brennendes Gefühl in der Herzgegend. Meist ist das Symptom Sodbrennen harmlos; die Beschwerden treten nur sehr selten auf, beeinträchtigen die Lebensqualität kaum, und es liegt keine lebensbedrohliche Erkrankung vor. Von Patienten wird mitunter nur von „zu viel Magensäure“ gesprochen. Diese Patienten erleben dabei manchmal ein Aufsteigen von saurem Mageninhalt bis in die Mundhöhle. Dementsprechend ist es insbesondere bei dem ersten Kontakt mit dem Arzt unerlässlich, ihm die Beschwerden eingehend zu beschreiben und auch auslösende Umstände (z. B. fettreiche Mahlzeiten, körperliche Belastung, Bücken), nächtliche Beschwerden und Begleitsymptome zu schildern. Häufigkeit und Dauer der symptomatischen Episoden sowie ihre subjektiv empfundene Intensität bestimmen das Ausmaß der Krankheit aus Patientensicht und damit die Behandlungsnotwendigkeit. Ein- bis zweimal mildes Sodbrennen pro Woche wird von den meisten Personen auch ohne spezifische Behandlungsmaßnahmen toleriert oder kann durch den Verzicht auf bestimmte Nahrungs- und Genussmittel, die das Auftreten der Beschwerden begünstigen, verhindert werden. Häufigere und/oder stärkere Beschwerden gehen dagegen mit einer eingeschränkten Lebensqualität einher und bedürfen einer Therapie und einer weitergehenden diagnostischen Abklärung.

Dieser Patientenratgeber richtet sich an Interessierte und hat zum Ziel, Sie übersichtlich und verständlich über die wichtigsten Fragen zu Sodbrennen bzw. zur Refluxkrankheit zu informieren. Ein Glossar, das die wichtigsten medizinischen Begriffe erklärt, finden Sie am Ende des Ratgebers. Dieser Ratgeber ersetzt nicht das persönliche Gespräch mit dem Arzt<sup>1)</sup>, an den Sie sich bei gesundheitlichen Fragen, Zweifeln und Sorgen wenden sollten, und dem die individuelle Diagnostik und Therapie in Absprache mit Ihnen vorbehalten ist.

Sodbrennen ist lediglich ein Symptom und keineswegs immer eine Krankheit. Sodbrennen tritt zudem oft als Teil eines Symptomenkomplexes (Syndrom) auf. Sodbrennen tritt oft gemeinsam mit anderen Symptomen wie saures Aufstoßen und Rückfluss von Mageninhalt bis in den Rachen bzw. Mundbereich auf (Regurgitation). Dann ist Sodbrennen Teil des typischen Refluxsyndroms.

Die mit Abstand häufigste Ursache dieser Symptome ist die sogenannte gastroösophageale Refluxkrankheit, GERD (**g**astro**e**sophageal **r**eflux **d**isease). Es gibt aber auch noch andere Erkrankungen, die Sodbrennen hervorrufen können (z. B. eosinophile Ösophagitis – allergisch bedingte Entzündung der Speiseröhre), die insbesondere bei therapeutischen Schwierigkeiten in Betracht gezogen werden müssen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Patienten mit einer Refluxerkrankung auch typische Refluxbeschwerden haben. Die Refluxerkrankung kann mit charakteristischen Oberbaubeschwerden einhergehen. Zusammenfassend erlaubt das Symptom Sodbrennen nicht die zuverlässige Diagnose Refluxer-

1) Aus Vereinfachungsgründen wurde unabhängig vom Geschlecht nur die männliche Formulierungsform gewählt. Die Angaben beziehen sich auf Angehörige jedweden Geschlechts.

krankung und das Fehlen von Sodbrennen schließt eine Refluxerkrankung der Speiseröhre nicht aus.

Zwischen Schweregrad bzw. Häufigkeit von Sodbrennen (und anderen Refluxsymptomen) und endoskopisch nachweisbaren Schäden in der Speiseröhre (Entzündung, Barrett-Ösophagus) besteht kein Zusammenhang, d.h. Patienten mit leichtem und seltenem Sodbrennen können durchaus schwerwiegende Veränderungen in der Speiseröhre aufweisen und Patienten mit heftigem Sodbrennen endoskopisch einen Normalbefund aufweisen. Dies wird erklärt durch die individuelle Empfindlichkeit der Schleimhaut. Bei manchen Patienten kann ein geringfügiger (physiologischer oder normaler) Reflux bereits heftige Beschwerden auslösen, die aber praktisch nie mit langfristigen Komplikationen einhergehen. Vor allem nächtlich auftretendes Sodbrennen ist häufiger mit stärkeren Schädigungen der Speiseröhrenschleimhaut verbunden, auch sind diese bei Männern häufiger als bei Frauen.

## ***Gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD)***

In den letzten Jahren wurden verschiedene nationale und internationale Leitlinien und Definitionen veröffentlicht. Die aktuelle deutsche Leitlinie für die Diagnose und Therapie, die für Ärzte entwickelt wurde, findet sich auf der Webseite der Fachgesellschaft ([www.dgvs.de](http://www.dgvs.de)).

Wenn die Symptome relevant oder gar schwerwiegend sind, d.h. die normale Lebensführung beeinträchtigen, und/oder durch die Einwirkung von saurem Mageninhalt die Schleimhaut der Speiseröhre geschädigt wird, spricht man von einer Refluxer-

krankung. Es ist dabei zu beachten, dass sowohl die Symptome als auch die Schäden allein (ausschließlich schwerwiegende Beschwerden ohne erkennbare Schädigung der Schleimhaut oder keine/minimale Beschwerden mit relevanten Läsionen der Schleimhaut) oder in Kombination vorkommen können. Das heißt, dass das wahre Ausmaß der Erkrankung nur durch eine umfassende Erhebung aller Symptome und durch eine Spiegelung der Speiseröhre festgestellt werden kann.

Die Symptome und Folgen einer Refluxerkrankung sind jedoch nicht auf die Speiseröhre beschränkt (Abb. 1). Es liegt dann eine Refluxerkrankung vor, wenn die Symptome aus Patientensicht belästigend sind und/oder sichtbare Schäden in der Speiseröhre vorhanden sind.

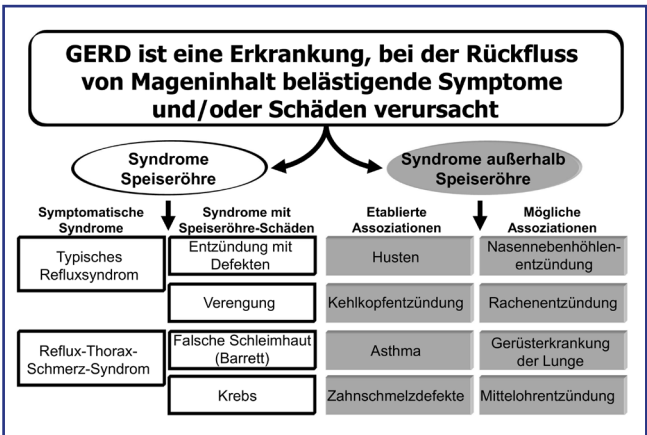


Abb. 1: MONTREAL-Definiton und -Klassifikation der Refluxkrankheit. Alle Manifestationen der Krankheit in und außerhalb der Speiseröhre können alleine oder in Kombination vorkommen. Typisches Refluxsyndrom: Sodbrennen, saures Aufstoßen, Rückfluss von Mageninhalt bis in Rachen oder Mund; Reflux-Thoraxschmerz-Syndrom: Schmerzen im Brustkorb wie bei herzbedingten Schmerzen (Angina pectoris)

In Deutschland und Mitteleuropa ist die häufigste Form der GERD (ca. 70 %) belästigende Symptome ohne Schäden in der Speiseröhre. Dann spricht man

von NERD (**n**on-**e**rosive **r**eflux **d**isease). Dabei kann nur bei etwa der Hälfte der Patienten mit NERD ein krankhaft vermehrter Rückfluss von saurem Mageninhalt in die Speiseröhre nachgewiesen werden; ein Viertel aller Betroffenen hat eine überempfindliche Speiseröhre (hypersensitiver Ösophagus), d.h. verspürt auch normale Refluxereignisse, die bei den meisten Menschen nicht zu Beschwerden führen. Bei einem weiteren Viertel wird das Symptom „Sodbrennen“ nicht durch Reflux hervorgerufen (funktionelles Sodbrennen). Etwa 30 % der Patienten haben eine endoskopisch sichtbare Entzündung der Speiseröhre (Refluxösophagitis) (Abb. 2a). Diese Form der GERD wird auch als ERD (**e**rosive **r**eflux **d**isease) bezeichnet. Der Schweregrad der Entzündung wird endoskopisch erfasst. Bevorzugt wird heute die sogenannte Los Angeles Klassifikation, die die Schweregrade A-D unterscheidet (A und B: leichte Entzündung, C und D: schwere Entzündung). In Einzelfällen kann sich aus einer schweren Entzündung eine Verengung der Speiseröhre (Stenose) entwickeln (Abb. 2b).



Abb. 2a: Entzündung der Speiseröhre (Refluxösophagitis)

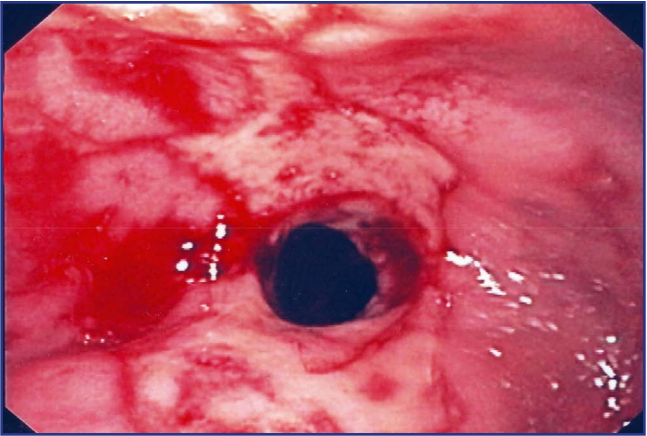


Abb. 2b: Verengung (Stenose) der Speiseröhre bei schwerer Entzündung

## ***Was ist die Ursache der Refluxerkrankung?***

Die Refluxerkrankung der Speiseröhre ist durch einen vermehrten Übertritt von der im Magen gebildeten Salzsäure in die Speiseröhre gekennzeichnet. Bei Patienten, bei denen aufgrund einer Operation der Magen ganz oder teilweise fehlt, können auch Gallensäuren, die aus dem Dünndarm in die Speiseröhre aufsteigen, Sodbrennen und eine Refluxerkrankung der Speiseröhre auslösen. In Abhängigkeit von der individuellen Empfindlichkeit der Schleimhaut in der Speiseröhre können bereits geringe Mengen von Säure die typischen Symptome auslösen. Insofern sind für die Entstehung einer Refluxerkrankung einerseits Faktoren wichtig, die den Übertritt von Mageninhalt in die Speiseröhre und die Dauer der Einwirkung auf die Speiseröhrenschleimhaut beeinflussen und andererseits die Empfindsamkeit der Speiseröhre (Sensorik). Es gilt heute als gesichert, dass eine Vielzahl von Faktoren den Übertritt von saurem Mageninhalt in die Speiseröhre beeinflusst. Ein Faktor sind

sogenannte spontane Erschlaffungen des Muskels, der als Verschluss zwischen Speiseröhre und Magen dient. Andere Faktoren sind der Druck im Bauchraum (z. B. erhöht bei Übergewicht) oder die Magenentleerungsgeschwindigkeit. Bestimmte Mahlzeiten (insbesondere hochkalorische und fetthaltige) verweilen lange im Magen und können entsprechend Reflux auslösen oder begünstigen. Auch die Kraft und die Geschwindigkeit, mit der die Speiseröhre die zurück gelaufene Säure wieder in den Magen transportieren kann, spielt eine Rolle bei der Auslösung der Erkrankung.

Eine Refluxerkrankung der Speiseröhre ist nicht gleich zu setzen mit einem Zwerchfellbruch (Hiatushernie). Hierunter versteht man eine Erweiterung der Durchtrittsöffnung des Zwerchfells für die Speiseröhre mit der Folge, dass Teile des Magens in den Brustkorb verlagert werden. Da das Zwerchfell Teil des Verschlussmechanismus zwischen Speiseröhre und Magen ist (Antirefluxbarriere), wird durch eine Hiatushernie das Risiko für die Entwicklung einer Refluxerkrankung erhöht. Aber nicht jeder Patient mit einer Refluxerkrankung hat eine Hiatushernie und nicht jeder Mensch mit einer meist harmlosen Hiatushernie wird eine Refluxerkrankung entwickeln.

## ***Helicobacter pylori*** ***und Refluxerkrankung***

Das Magenbakterium *Helicobacter pylori* ist nicht Ursache einer Refluxerkrankung. Der behandelnde Arzt wird im Einzelfall entscheiden, ob die entsprechende Diagnostik notwendig ist. Hierbei beeinflussen mögliche Begleiterkrankungen, wie z. B. ein vorliegendes Zwölffingerdarmgeschwür, die Entscheidung, ent-



sprechende Untersuchungen durchzuführen und ggf. eine antibiotische Therapie zur Entfernung des Bakteriums einzuleiten.

## ***Wie kann die Diagnose gestellt werden?***

Bei den meisten Personen, vor allem bei denen, die nur ein gering ausgeprägtes Sodbrennen verspüren, ist unter Abwägung von Nutzen und Risiken keine spezielle Diagnostik erforderlich. Allein anhand der Beschwerden (und ggf. anhand des Ansprechens auf eine bestimmte Behandlung) kann die Diagnose hinreichend zuverlässig gestellt werden.

Für die Diagnose einer Refluxerkrankung der Speiseröhre gibt es keine Methode, die in der Lage ist, in jedem Fall diese Krankheit nachzuweisen bzw. auszuschließen. Das bedeutet, dass individuell entschieden werden muss, welche Schritte eingeleitet werden, um die Diagnose zu sichern.

Den Symptomen kommt eine wichtige Rolle zu, wenn der Verdacht auf eine Refluxerkrankung besteht. Der behandelnde Arzt wird die Symptome genau erfragen oder speziell entwickelte Fragebögen einsetzen. Bei typischer Symptomatik und Fehlen von Alarmsymptomen (wie z. B. ausgeprägtem Gewichtsverlust oder Schluckstörungen) und Risikoindikatoren kann man zunächst mit einem sogenannten Protonenpumpeninhibitor (PPI) behandeln. Ein Ansprechen belegt zwar nicht zwingend, dass es sich tatsächlich um eine Refluxkrankheit handelt, ist aber eine pragmatische Lösung, um die Diagnose wenig eingreifend zu erhärten. Bei unzureichendem Ansprechen auf diese Therapie oder auch bei primär schon vorhandenen Alarmsymptomen bzw. Risikoin-

dikatoren (Schluckstörung, Gewichtsverlust, Blutungshinweise, Krebserkrankungen von Speiseröhre und Magen in der Familie) und Patientenwunsch sollte eine Spiegelung (ÖGD) durchgeführt werden. Kann hierdurch die Diagnose nicht gesichert werden und findet sich auch keine anderweitige Erklärung, wird bei unzureichendem Effekt eines PPI eine direkte Messung der aus dem Magen in die Speiseröhre zurückgeflossenen Salzsäure empfohlen. Bestehen darüber hinaus aufgrund der Symptome, dem fehlenden bzw. unzureichenden Ansprechen auf eine Therapie und des endoskopischen Befundes Zweifel an der Diagnose einer Refluxkrankheit, wird ebenfalls eine direkte Refluxmessung empfohlen. Das beste Verfahren ist die *Impedanz-pH-Metrie*, bei der über eine Sonde in der Speiseröhre über 24 Stunden alle (saure und nicht-saure) Refluxereignisse erfasst und mit den Symptomen korreliert werden können. Steht diese Methode nicht zur Verfügung, kann ersatzweise eine *pH-Metrie* der Speiseröhre erfolgen, mit der Anzahl und Dauer von Refluxereignissen mit einem pH <4 erfasst werden können (saurer Reflux).

Nicht geeignet zur Diagnose GERD ist die *Röntgenkontrastuntersuchung der Speiseröhre (Ösophagus-Breischluck)*. Bei speziellen Fragestellungen wird noch eine *Manometrie* der Speiseröhre durchgeführt (z. B. vor einer Operation), womit sich die Druckverhältnisse im Bereich der Speiseröhre selbst und des Schließmuskels erfassen und beurteilen lassen.

## **Wie häufig ist die Erkrankung?**

Die GERD ist eine der häufigsten Erkrankungen überhaupt mit weiterhin steigender Tendenz. Das Symptom Sodbrennen kennt jeder zweite Erwach-

sene. Man schätzt, dass in den Industrienationen der westlichen Welt jeder 4. Erwachsene an einer GERD erkrankt ist, d.h. mindestens einmal pro Woche belästigende Symptome hat und/oder endoskopisch nachweisbare Schäden in der Speiseröhre.

## ***Wer ist besonders gefährdet?***

Ein besonderer Risikofaktor für die Entwicklung einer Refluxerkrankung ist das Übergewicht; je höher der Körper-Masse-Index (body mass index, BMI), desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für Refluxsymptome und Schäden in der Speiseröhre. Darüber hinaus gibt es auch eine erbliche Veranlagung, wie Zwillingstudien gezeigt haben. Die Refluxkrankheit kann in jedem Lebensalter auftreten, es ist unklar, ob das Risiko mit dem Alter zunimmt. Mit zunehmendem Lebensalter nimmt allerdings die Intensität der Symptome zumeist ab, der Schweregrad der Schleimhautschädigungen und Komplikationen dagegen zu. Die Erkrankung ist bei Männern und Frauen gleich häufig anzutreffen; Männer haben allerdings häufiger endoskopisch sichtbare Schäden der Speiseröhre als Frauen. Rauchen ist ein weiterer Risikofaktor für die Erkrankung.

Alkohol erhöht vermutlich nicht das Risiko für das Auftreten von Sodbrennen oder einer Refluxkrankheit. Allerdings können bestimmte alkoholische Getränke (z. B. Weißwein) das Auftreten von Beschwerden begünstigen. Hoch konzentrierte Alkoholika können zudem die Speiseröhre auch direkt schädigen. Auch bestimmte Medikamente (wie z. B. Nitrate oder andere Medikamente, die bei Herzerkrankungen eingesetzt werden) können Reflux-fördernd sein.

## Wie verläuft die Krankheit?

Bei den meisten Patienten verläuft die Refluxkrankheit chronisch. Dabei kann es sich um einen kontinuierlichen oder auch um einen schubweisen Verlauf handeln. Spontanheilungen kommen allerdings vor. In der medizinischen Literatur ist es umstritten, ob die Schäden in der Speiseröhre im Laufe des Lebens zunehmen. Unter Berücksichtigung aller verfügbaren Daten ist dies bei etwa 25–30 % der Patienten der Fall, die übrigen verbleiben in dem Stadium, wie es bei der Erstdiagnose vorgefunden wurde. Viele Patienten fürchten eine Krebserkrankung. Unter Berücksichtigung großer Studien der letzten Jahre kann man davon ausgehen, dass nur 4 von 10.000 Patienten mit GERD an einem Speiseröhrenkrebs erkranken. Besonders gefährdet sind Patienten, die eine „falsche Schleimhaut“ in der Speiseröhre entwickeln (Barrett-Ösophagus). Das Risiko der Krebsentwicklung liegt bei Patienten mit dieser Schleimhautveränderung bei etwa 0,10–0,15 % pro Jahr. Das Risiko steigt mit der Längsausdehnung des Barrett. Wegen des Krebsrisikos werden bei Patienten mit Barrett-Ösophagus Überwachungsendoskopien empfohlen. Das Untersuchungsintervall richtet sich nach dem individuellen Risikoprofil des Patienten. Insgesamt aber haben Patienten mit einer Refluxkrankheit eine normale Lebenserwartung.

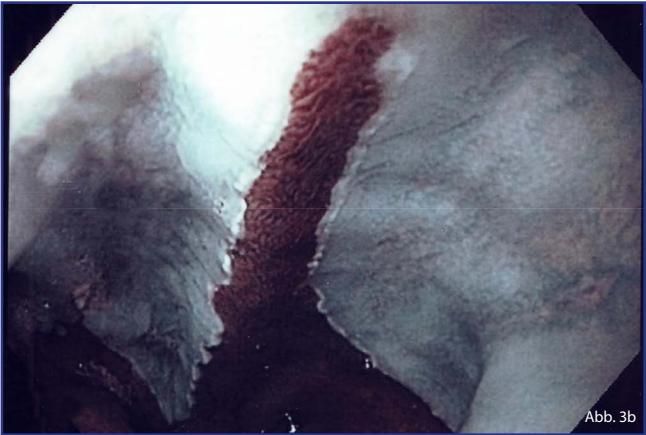


Abb. 3: Endoskopisches Bild einer Barrett-Metaplasie (rote Schleimhaut in der normalerweise blass rosa-farbenen Speiseröhrenschleimhaut) im Weißlichtmodus (3a) und im NBI-Modus (3b; NBI = Narrow Band Imaging zur besseren Darstellung oberflächlicher Gefäßstrukturen)

## ***Wie kann die Krankheit verhindert werden?***

Eine Störung des komplizierten Verschlussmechanismus zwischen Speiseröhre und Magen, der auf der einen Seite eine Passage von Flüssigkeiten und Speisen in den Magen erlaubt und auf der anderen Seite einen unkontrollierten Rückfluss verhindert,

ist die wichtigste Ursache für die Entstehung einer Refluxerkrankung der Speiseröhre (Abb. 4). Warum diese Funktionsstörung im Einzelfall auftritt, ist weitgehend unbekannt. Dementsprechend gibt es auch keine verlässlichen Empfehlungen zur sicheren Verhinderung dieser Krankheit. Übergewicht, insbesondere wenn es mit vermehrtem Bauchfett einhergeht, und Druckerhöhungen im Bauchraum (z. B. in der Schwangerschaft, bei starker Belastung der Bauchmuskulatur, chronischer Verstopfung) begünstigen die Entwicklung einer GERD. Auch übergroße, insbesondere fettreiche Mahlzeiten, bestimmte Nahrungsmittel und Getränke, Medikamente mit Wirkung auf den Schließmuskel zwischen Speiseröhre und Magen und Nikotinkonsum können die Entstehung einer Refluxerkrankung der Speiseröhre fördern. Dementsprechend kann man durch eine entsprechende Lebensweise das Risiko für das Auftreten der Erkrankung mindern.

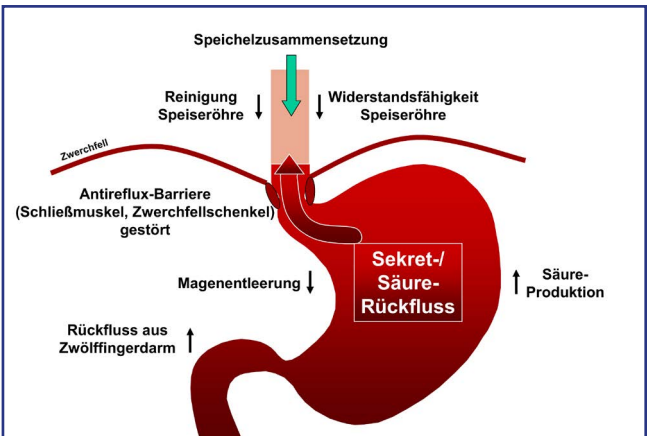


Abb. 4: Entstehungsmodell der GERD: Voraussetzung ist eine Funktionsstörung der Antireflux-Barriere bestehend aus dem unteren Schließmuskel in der Speiseröhre und den von außen anliegenden Zwerchfellschenkeln; die Probleme können verstärkt werden durch verminderte Speichelproduktion, gestörte Reinigungsfunktion der Speiseröhre, verminderte Widerstandsfähigkeit der Speiseröhrenschleimhaut, vermehrte Magensäureproduktion, eine verzögerte Magenentleerung und einen vermehrten Rückfluss von Dünndarmsaft in den Magen.

## ***Welche Behandlungen gibt es?***

Vor jeder medizinischen Behandlung sollte das Therapieziel oder die Therapieziele festgelegt werden. Aus Patientensicht kommt es in erster Linie auf eine zufriedenstellende Symptomkontrolle an. Eine Abheilung einer Entzündung der Speiseröhre ist wünschenswert, leichtere Entzündungen kann man bei guter Symptomkontrolle aber ohne wesentliche Folgen für den Patienten tolerieren. Die Verhinderung schwerwiegender, mitunter sogar lebensbedrohlicher Komplikationen (z. B. Krebs) ist ein wünschenswertes Therapieziel. Es ist bis heute aber unklar, ob dies durch die zur Verfügung stehenden Therapieoptionen überhaupt möglich ist. Nach dem gegenwärtigen Stand des Wissens ist eine Behandlung nur mit dem Ziel der Komplikationsverhütung (z.B. Blutungen oder Krebs) bei beschwerdefreien Patienten nicht gerechtfertigt. Insbesondere verhindert auch eine Operation nicht eine Krebsentstehung.

Grundsätzlich gibt es drei Möglichkeiten der Behandlung:

- Allgemeinmaßnahmen
- Medikamente
- Operation

### **Allgemeinmaßnahmen**

Der erste Schritt in der Behandlung der Refluxerkrankung der Speiseröhre sind Allgemeinmaßnahmen. Gut belegt ist eine Gewichtsreduktion bei Übergewicht. Hierdurch können Symptome per se, aber auch das Ansprechen auf Medikamente (PPI) verbessert werden. Das Hochstellen des Kopfendes des Bettes (im Sinne einer schiefen Ebene, nicht nur 2 Kissen unter den Kopf!) kann nächtliche Refluxbe-

schwerden lindern. Nikotinverzicht und Reduktion der Alkoholzufuhr sind immer zu empfehlen, ihre therapeutische Wirksamkeit bei GERD ist aber ungesichert. Darüber hinaus sollten individuell unverträgliche Nahrungsmittel und Getränke (z. B. Zitrusfrüchte, fette Speisen, Pfefferminz) ebenso gemieden werden wie besonders große und späte Mahlzeiten (Tab. 1). In aktuellen Studien wurde auch ein Zwerchfelltraining (Bauchatmung) als Maßnahme zur Verbesserung einer Refluxsymptomatik und zur Reduktion des Medikamentenverbrauchs identifiziert.

Tabelle 1: Allgemeinmaßnahmen bei GERD

Maßnahme	Effekt auf Refluxkrankheit
Gewichtsabnahme	<u>Verbesserung</u> von Symptomen und Säurereflux
Erhöhung des Kopfendes des Bettes	Verbesserung von Symptomen und Säurereflux
Vermeidung von Spätmahlzeiten	Weniger nächtliche Säurebelastung
Beendigung des Rauchens Alkoholreduktion	<u>Kein</u> gesicherter Effekt auf Symptome und Säurereflux
Verzicht auf Schokolade, Koffein, scharfe Speisen, Zitrusfrüchte, kohlen-säurehaltige Getränke	Hilft möglicherweise, aber keine spezifischen Studien durchgeführt



## Medikamente

Medikamente kommen zur Behandlung von Refluxsymptomen dann zum Einsatz, wenn Allgemeinmaßnahmen nicht ausreichend wirken oder nicht durchgeführt werden können. Bei nachgewiesener Entzündung der Speiseröhre (Endoskopie) ist eine wirksame medikamentöse Behandlung mit dem Ziel der Abheilung der entzündlichen Schäden immer angezeigt.

*Antazida* (säurebindende Substanzen) sind geeignet, akute Refluxsymptome zu lindern. Es ist dabei unklar, ob dieser Effekt über den Spüleffekt eines Glas

### Empfehlung

### Belegt durch

Für Patienten mit Übergewicht bzw. Gewichtszunahme in der letzten Zeit

Studie

Für Patienten mit nächtlichen Refluxbeschwerden

Studie

Für Patienten mit nächtlichen Refluxbeschwerden

Studie

Keine spezielle Therapie für GERD Symptome, allgemein gute Empfehlung

Studie

Keine generelle Empfehlung; Rat zum Verzicht bei individueller Unverträglichkeit

Klinische Erfahrung

Wassers hinausgeht. Eine Heilung von Läsionen der Speiseröhrenschleimhaut kann dagegen nicht erzielt werden. Antazida sind bei selten auftretenden Refluxbeschwerden ein probates Mittel, sollte der Bedarf allerdings hoch sein (z. B. tägliche Einnahme), ist eine weitere Abklärung und zumeist auch eine andere Therapieform geboten.

*Alginate* reagieren chemisch nach Kontakt mit Säure und bilden so eine mechanische Refluxbarriere auf dem Mageninhalt, zudem auch einen Schutzfilm auf der Speiseröhrenschleimhaut. Sie sind zur Behandlung von Refluxsymptomen geeignet und auch eine Option bei unzureichendem Effekt von Säureblockern (Protonenpumpenhemmer, PPI).

*H<sub>2</sub>-Rezeptorantagonisten* binden an sogenannte Histamin Rezeptoren und reduzieren damit die Magensäuresekretion. Sie sind bewährt sowohl für die akute als auch langfristige Behandlung von Refluxbeschwerden. Im Vergleich zu den sogenannten Protonenpumpeninhibitoren (PPI) ist die Wirkung weniger stark; allerdings spricht nichts dagegen, sie zu verwenden, wenn sie eine ausreichende Linderung der Beschwerden bewirken.

Die erwähnten *Protonenpumpeninhibitoren (PPI)* werden vom Arzt häufig als Mittel der ersten Wahl angesehen. Die Säureproduktion im Magen kann soweit reduziert werden, dass der Mageninhalt seine Aggressivität weitgehend verliert. Dies ist der wesentliche Grund für die Wirksamkeit bei der Behandlung von Refluxbeschwerden, wenngleich andere zusätzliche Effekte wie eine Abnahme des Magensaftvolumens ebenfalls hilfreich sein dürften. Die Art der Anwendung (kontinuierlich oder nach Bedarf), die Auswahl und Dosierung des Präparates, der Einnah-

mezeitpunkt und die Dauer der Therapie hängen von individuellen Gegebenheiten ab. All das sollte mit dem behandelnden Arzt besprochen werden.

Alle Medikamente, einschließlich der PPI, sind ohne Rezept in der Apotheke für die Selbstmedikation erhältlich. Bei Fehlen von Alarmsymptomen (ungewollte Gewichtsabnahme, Schluckstörung, Blutungszeichen), kann eine zeitlich begrenzte Therapie auch ohne ärztliche Begleitung risikoarm durchgeführt werden. Sollte sich hierunter aber nicht die gewünschte Besserung einstellen, ist spätestens nach 2(-4) Wochen ein Arztbesuch mit dem Ziel der weiteren Abklärung erforderlich (Abb. 5). Auch sollten bei längerer Einnahme der PPIs mit dem behandelnden Arzt in regelmäßigen Abständen die Dosis und die weitere Therapienotwendigkeit besprochen werden.

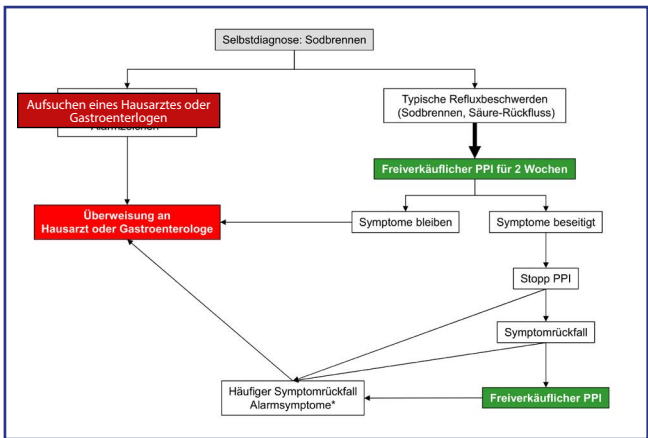


Abb. 5: Vorschlag zur Selbsttherapie mit PPI bei typischen Refluxbeschwerden

In therapeutisch schwierigen Situationen kommen gelegentlich, allein oder in Kombination, auch Medikamente mit anderen Wirkmechanismen (z. B. Beeinflussung der Reizschwelle, Stärkung des Schließ-

muskels, Beschleunigung der Magenentleerung) in Betracht. Die Verordnung sollte Spezialisten nach vorheriger Diagnostik vorbehalten bleiben.

## **Operationen**

*Klassische Antirefluxoperation:* Eine Stärkung der Antirefluxbarriere kann auch durch eine Operation erfolgen, die heute minimal-invasiv per Bauchspiegelung (laparoskopisch) in Form einer Fundoplicatio durchgeführt wird. Hierbei wird eine evtl. vorhandene Hiatushernie (Verlagerung von Magenanteilen in den Brustkorb) in die Normallage zurückgeführt und der obere Anteil des Magens (Fundus) um den unteren Teil der Speiseröhre geschlagen. Dieser Eingriff ist in den Händen eines sehr erfahrenen Chirurgen ähnlich wirksam wie eine korrekt durchgeführte PPI-Therapie. Auf der anderen Seite können als Folge gelegentlich Schluckstörungen, die Unfähigkeit aufzustoßen mit entsprechenden Luftansammlungen im Bauch (gas bloat Syndrom) und auch Verletzungen des Magennerven mit Folgen wie Magenentleerungsstörung und chronischem Durchfall auftreten. Der größte (vermeidbare) Fehler ist, einem Patienten, bei dem PPI nicht helfen, ohne weitere Voruntersuchungen eine Operation zu empfehlen.

*Linx-Verfahren:* Vor einigen Jahren wurde ein Magnetring entwickelt, der minimal-invasiv um die untere Speiseröhre gelegt wird und den Verschlussmechanismus verstärkt. Vor- und Nachteile gegenüber der klassischen Antireflux-Operation können zurzeit noch nicht abschließend bewertet werden, ebenso lassen sich langfristige Risiken noch nicht sicher einschätzen.

*EndoStim-Verfahren:* Hierbei handelt es sich um eine elektrische Stimulation in der Region des Schließ-

muskels in der unteren Speiseröhre, die zu einer besseren Funktion führt (Neuromodulation). Erste Studien mit Nachbeobachtungen bis zu 4 Jahren sind erfolgversprechend. Vorteil dieses Verfahren ist, dass die Anatomie erhalten bleibt und die typischen Nebenwirkungen der klassischen Antireflux-Operation bisher nicht beobachtet wurden.

*Endoskopische (endoluminale) Operationen:* Seit vielen Jahren wird versucht, endoskopische Verfahren (Eingriffe im Rahmen einer Magenspiegelung) zur Behandlung der Refluxkrankheit zu entwickeln, die bisher entweder fehlgeschlagen sind oder sich zurzeit noch in der Erprobung befinden und daher nicht abschließend beurteilt werden können.

## ***Welchen Arzt muss ich für eine Behandlung aufsuchen?***

Neu aufgetretene oder gelegentliche Refluxbeschwerden ohne begleitende Alarmsymptome (Schluckstörung, ungewollter Gewichtsverlust, Blutungszeichen) können zunächst selbst behandelt werden. Falls sich aber ein Problem herausstellt, das länger als 4 Wochen anhält und mit der Selbstmedikation nicht ausreichend zu kontrollieren ist, sollte zunächst der Hausarzt aufgesucht werden. Dieser entscheidet dann, ob eine medikamentöse Therapie fortgesetzt werden kann oder ob eine abklärende Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, ÖGD) erforderlich ist. Diese wird im Regelfall ambulant von einem Gastroenterologen (Spezialist für Erkrankungen des Verdauungstraktes) durchgeführt.

## ***Was muss nach einer abgeschlossenen Behandlung getan werden?***

Die Behandlung der Refluxerkrankung der Speiseröhre umfasst üblicherweise eine Akuttherapie, die je nach Krankheitssituation über 4 bis 12 Wochen durchgeführt wird. Wenn der erwünschte Therapieerfolg dann eingetreten ist, wird die Behandlung zu meist beendet. Ausgenommen hiervon sind Patienten mit schweren Entzündungen oder Verengungen der Speiseröhre, die eine Dauertherapie mit einem PPI benötigen. Allgemeinmaßnahmen (siehe Seite 15) sollten auf jeden Fall fortgeführt werden. Der weitere Verlauf wird dann zeigen, ob erneut eine Behandlung notwendig ist. Manchmal treten beim Versuch, PPI abzusetzen, rasch wieder Refluxbeschwerden auf. Dies beruht gelegentlich auf einer überschießenden Säureproduktion, die sich nach einigen Wochen wieder normalisiert. Man kann dann versuchen, die Therapie ausschleichend über mehrere Wochen abzusetzen oder diese Phase mit einem lokal wirksamen Präparat (z. B. Alginat) zu überbrücken.

Machen wiederauftretende Beschwerden nach abgeschlossener Akutbehandlung eine langfristige Behandlung erforderlich, so spricht man von einer Langzeittherapie. Diese kann in der regelmäßigen Einnahme eines PPI, in der schubweisen Anwendung eines PPI (z. B. Wiederholung der Akuttherapie nach Rückfall der Erkrankung) oder in der bedarfsorientierten Anwendung eines Präparates bestehen. Dabei werden Medikamente nur dann eingenommen, wenn Beschwerden auftreten, und die Dosierung wird soweit wie möglich reduziert. Die letztgenannte Form der Therapie kommt insbesondere für Patienten in Betracht, die keine oder keine schwerwiegen-

den Schäden in der Speiseröhre haben. Auch Patienten, die bisher nicht gespiegelt wurden und auf PPI gut angesprochen haben, können bei Fehlen von Alarmsymptomen langfristig mit einer Bedarfstherapie behandelt werden. Stellt sich dabei ein hoher PPI-Bedarf heraus (z. B. tägliche Einnahmepflichtigkeit), sollte eine Spiegelung durchgeführt werden, da dann der Verdacht auf höhergradige Schäden in der Speiseröhre besteht.

## ***Wie kann ich mir selbst helfen?***

Grundsätzlich sollte man als Patient versuchen, bewährte Allgemeinmaßnahmen anzuwenden: Normalisierung des Gewichts anstreben (falls erhöht), Verzicht auf Nahrungsmittel und Getränke, die nach persönlicher Erfahrung Beschwerden hervorrufen, Einstellen des Rauchens und Verzicht auf (übermäßige) Alkoholfuhr. Bei nächtlichen Refluxbeschwerden kann versucht werden, eine Linderung durch eine leichte Erhöhung des Kopfendes des Bettes herbeizuführen – sofern dies nicht den Nachtschlaf negativ beeinflusst.

Bei akuter Symptomatik empfiehlt es sich, mit einem Glas Wasser (oder Milch) die Speiseröhre frei zu spülen. Auch die Anwendung eines lokal wirksamen Medikamentes mit raschem Wirkungseintritt (z. B. Alginat oder Antazidum) ist eine Option. Kaugummi-Kauen kann über eine vermehrte Speichelproduktion (mit säureneutralisierender Wirkung) hilfreich sein.

## **Zusammenfassung**

Die Refluxkrankheit (GERD) ist häufig. Leitsymptome sind Sodbrennen, saures Aufstoßen und Rückfluss von Mageninhalt bis in den Rachen- bzw. Mundbereich. Andere Symptome kommen allein oder in Kombination mit den Leitsymptomen vor. Knapp ein Drittel der Patienten entwickelt Schäden in der Speiseröhre, die von leichten Entzündungen bis zur Ausbildung von Geschwüren, Verengungen und Entwicklung einer falschen Schleimhaut (Barrett-Ösophagus) reichen. In seltenen Fällen kann auch Krebs entstehen. Die Lebenserwartung ist im Allgemeinen durch die Refluxerkrankung aber nicht beeinträchtigt. Typische Symptome und auch charakteristische Befunde bei der Endoskopie und, in Einzelfällen, eine ergänzende direkte Refluxmessung führen zur Diagnose. Allgemeinmaßnahmen und Medikamente sind der Grundstock der Behandlung. In ausgewählten Fällen, z.B. wenn der Patient unter sehr starkem Reflux leidet, der medikamentös nicht beherrscht werden kann, kann auch eine Operation durchgeführt werden bzw. notwendig sein.



# Glossar

## Alarmsymptome bei der Refluxerkrankung

Schluckstörungen, Gewichtsverlust, blutiges Erbrechen, schwarzer Stuhl (Teerstuhl)

## Alginate

Bildet mit dem im Fertigarzneimittel enthaltenen Antazidum ein lokal wirksames Medikament zur Behandlung von Refluxbeschwerden (allein oder auch zusätzlich bei unzureichender Wirkung eines PPI)

## Antazida

Säurebindende Medikamente, die zur Behandlung gelegentlicher Refluxbeschwerden eingesetzt werden können

## Barrett (Barrett-Ösophagus)

Ersatz der normalen Speiseröhrenschleimhaut (Plattenepithel) durch eine Schleimhaut, die der Darmschleimhaut ähnelt (Zylinderepithel mit spezialisierter intestinaler Metaplasie). Diese Veränderung, die man nur durch Spiegelung mit Gewebeentnahme nachweisen kann, geht mit einem etwas erhöhten Krebsrisiko einher. Der Name geht auf den Erstbeschreiber Norman Barrett zurück, einem australischen Chirurg aus Adelaide, der nach England auswanderte und 1950 erstmals Geschwüre in veränderter Speiseröhrenschleimhaut nachgewiesen hat.

## Barrett-Karzinom

Krebs, der in einem Barrett-Ösophagus entstanden ist.

## BMI

body-mass-index;

$$\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht in kg}}{\text{Größe in m}^2}$$

## Endoskopie

Spiegelung (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie [ÖGD]: Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm, kurz Magenspiegelung)

## Eosinophile Ösophagitis

Wahrscheinlich allergisch bedingte Entzündung der Speiseröhre mit Ansammlung von bestimmten weißen Blutkörperchen (eosinophile Granulozyten in der Schleimhaut)

## ERD

**e**rosive **r**eflux **d**isease; Refluxösophagitis (endoskopisch sichtbare Entzündung der Speiseröhre mit Schleimhautdefekten)

## Fundoplicatio

Operation, bei der der obere Teil des Magens um den unteren Teil der Speiseröhre geschlungen wird, um Rückfluss von Mageninhalt in die Speiseröhre zu verhindern

## Gasbloat-Syndrom

Völlegefühl im Oberbauch mit erschwertem Aufstoßen

## Gastroenterologe

Spezialist für Erkrankungen des Verdauungstraktes

## GERD

**Gastroesophageal reflux disease** = gastroösophageale Refluxkrankheit

## Helicobacter pylori

Stäbchenbakterium, das die menschliche Magenschleimhaut besiedelt

## Hiatushernie

Zwerchfellbruch; Erweiterung der Durchtrittsöffnung im Zwerchfell für die Speiseröhre mit der Folge, dass sich ein Teil des Magens in den Brustkorb verlagern kann

## Histologie

Untersuchung von Gewebeproben mit dem Mikroskop

## H<sub>2</sub>-Rezeptorantagonisten (H<sub>2</sub>-Blocker)

Medikamente zur Hemmung der Magensäureproduktion. Binden an die sogenannten Histamin-2-Rezeptoren (z. B. Cimetidin, Ranitidin), schwächer wirksam als PPI

## Impdanz-pH-Metrie (pH-Metrie)

Verfahren, mit dem über eine Sonde in der Speiseröhre für 24 Stunden alle Refluxereignisse erfasst und mit Symptomen korreliert werden können

## Läsion

Defekt, z. B. Schleimhautdefekt

## Manometrie

Messung der Druckverhältnisse und der Druckverläufe in der Speiseröhre und im Bereich der Schließmuskel (zwischen Rachen und Speiseröhre und zwischen Speiseröhre und Magen; empfohlen: hochauflösende Manometrie)

## Minimal-invasiv

Adjektiv für sehr schonenden Eingriff (wenig eingreifend)

## Motorik (der Speiseröhre)

Muskelbewegung (der Speiseröhre)

## NERD

**non-erosive reflux disease**, belästigende Refluxsymptome mit endoskopischem Normalbefund der Speiseröhre.

## ÖGD

siehe Endoskopie

## Ösophagus

Speiseröhre – Muskelschlauch, der den Rachen mit dem Magen verbindet und sowohl oben als auch unten einen Schließmuskel (Sphinkter) hat

## pH-Metrie

Messung des Säuregehaltes in der Speiseröhre

Messung (24 – 96 Stunden) von sauren Refluxereignissen aus dem Magen in die Speiseröhre; es gibt hierzu Sonden-Systeme, die über die Nase in die Speiseröhre eingelegt werden, und Sensoren, die an der Speiseröhrenwand befestigt werden und die Messungen kabellos auf ein Empfangsgerät übertragen (BRAVO System)

## PPI = Protonenpumpeninhibitor

Medikament, dass die Magensäureproduktion vermindert (z. B. Omeprazol, Pantoprazol)

## Refluxösophagitis

Bei der Endoskopie sichtbare Entzündung der Speiseröhre mit Schleimhautdefekten

## Regurgitation

Rückfluss von Mageninhalt (ohne Erbrechen) bis in den Mund-Rachenbereich

## Sensorik

Sinneswahrnehmung

## Sphinkter

Schließmuskel

## Symptom

Zeichen/Erscheinung einer Erkrankung

## Symptomatik

Beschwerdebild

## Syndrom

Gleichzeitiges Vorliegen verschiedener Krankheitszeichen

## Autoren:

Prof. Dr. Joachim Labenz

Innere Medizin | Diakonie Klinikum – Jung-Stilling-Krankenhaus  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Marburg  
Wichernstr. 40 | 57074 Siegen

Prof. Dr. Gerald Holtmann, MD, PhD, MBA, FRACP, FRCP

Department of Gastroenterology & Hepatology | Princess  
Alexandra Hospital

Faulty of Medicine and Biomedical Sciences & Faculty of Health  
and Behavioural Sciences University of Queensland, Brisbane  
Ipswich Rd

Brisbane, Woolloongabba, QLD 4102

Australien

Interessenkonflikte Prof. Labenz:

Forschungsunterstützung, Fortbildungsveranstaltungen, Beratungs-, Vortrags- und Autorenhonorare: Almirall, Aptalis, Astella, AstraZeneca, Bayer, Celgene, Covidien, EndoStim, Falk, Janssen, Kibion, Marpinion, Merz, MSD, Nordmark, Norgine, Pfizer, Reckitt Benckiser, Recordati, Schwabe, Shire, Storz, Takeda, Torax Medical

Interessenkonflikte Prof. Holtmann:

Prof. Dr. G. Holtmann hat Forschungsunterstützung, Fortbildungsveranstaltungen, Beratungs-, Vortrags- und Autorenhonorare von folgenden Unternehmen erhalten: Bayer, Schwabe, Takeda, Falk-Foundation, Pfizer, Princess Alexandra Hospital Research Foundation, Nestle, SFI, National Health and Medical Research Council (NHMRC)



Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftenmandats für die Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages

## **SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

### **Zahlungsempfänger/Gläubiger:**

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung (Gastro-Liga) e.V., Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen, Deutschland

### **Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE19ZZZ00000452908

### **Mandatsreferenz-Nr.:** \* (s.u.)

Ich/Wir ermächtige/n die Gastro-Liga e.V. Zahlungen vom u. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Gastro-Liga e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen

\* Die Mandatsreferenz wird mir separat mitgeteilt. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis Lastschrift wird mich die Gastro-Liga e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

IBAN: DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

BIC:

Name Kreditinstitut:

Datum und Unterschrift

# Aufnahmeantrag

an Gastro-Liga e.V. , Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen



Ich möchte in die Gastro-Liga e.V. als Mitglied aufgenommen werden

Name

Vorname

Beruf

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon / Fax

E-Mail

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von €  
(jährlicher Mindestbeitrag € 30,00)

Betrag in Worten  
wird jährlich per Lastschrift erhoben.

Datum und Unterschrift

Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben elektronisch gespeichert werden.

## **Weitere Informationen:**

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie,  
Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen  
([www.dgvs.de](http://www.dgvs.de))

Leitlinie für Ärzte: [http://www.awmf.org/leitlinien/  
detail/II/021-013.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/021-013.html)

Die Ratgeber-Reihe der Gastro-Liga e.V. wurde erstellt in Kooperation mit Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS).





Gefördert durch die Ernst und Berta Grimmke - Stiftung



Stand: Juni 2017

**Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung (Gastro-Liga) e.V.**

Friedrich-List-Straße 13 | 35398 Gießen | Germany  
Telefon: +49 641 - 9 74 81 - 0 | Telefax: +49 641 - 9 74 81 - 18  
Internet: [www.gastro-liga.de](http://www.gastro-liga.de) | E-Mail: [geschaeftsstelle@gastro-liga.de](mailto:geschaeftsstelle@gastro-liga.de)