

Medizinische Informationsdienstleistung

**Gastroösophageale
Refluxkrankheit**

Steckbrief - Gastroösophagealer Reflux	3
Krankheitsentstehung	5
Symptome	8
Komplikationen	10
Diagnose	13
Therapie	15
Prävention	18
Leben mit	19
Quellen	21

Steckbrief - Gastroösophagealer Reflux

Gastroösophageale Refluxkrankheit (engl. Gastroesophageal Reflux Disease, kurz GERD) ist die Bezeichnung für einen über das Normalmaß gesteigerten Rückfluss von Magenflüssigkeit in die Speiseröhre sowie die damit verbundenen organischen Beschwerden. Als häufigstes Erkrankungszeichen tritt dabei das so genannte Sodbrennen auf.ⁱ

Krankheitsentstehung



Die Ursachen für die Entstehung der gastroösophagealen Refluxkrankheit sind vielfältig und teilweise noch unbekannt. Einerseits sind bestimmte organische Erkrankungen ursächlich wie zum Beispiel krankhaftes Übergewicht oder Diabetes mellitus und andererseits spielt die Lebens- und Ernährungsweise eine große Rolle.^{ii,iii} >>*alles über Krankheitsentstehung*

Symptome



Die gastroösophageale Refluxerkrankung äußert sich hauptsächlich durch das Auftreten von Sodbrennen, Schluckstörungen, Druckgefühl im Brustbereich und das Aufstoßen von Magensaft und Speisebrei. Besonders im Liegen und nach den Mahlzeiten nehmen die Beschwerden in der Regel zu.^{vii} >>*alles über Symptome*

Komplikationen



Eine Reihe von leichten bis drastischen Komplikationen kann durch die gastroösophageale Refluxkrankheit entstehen: Zum Beispiel Zahnschmelzverlust, Bildung von Geschwüren oder hochgradige Verengungen der Speiseröhre.^{ii,vii,iv} >>*alles über Komplikationen*

Diagnose



Dem Arzt stehen verschiedene diagnostische Möglichkeiten zur Verfügung, um die Refluxkrankheit festzustellen. Neben der Schilderung auftretender Symptome (wie Sodbrennen) durch den Patienten, ist die Endoskopie die wichtigste Methode, um das Vorliegen und den Schweregrad der Refluxkrankheit sowie deren Folgen zu bestimmen.^v >>*alles über Diagnose*

Therapie



Je nach Schweregrad und Krankheitszustand sind verschiedene Therapiemaßnahmen notwendig. Diese reichen von allgemeinen wie Gewichtsreduktion über medikamentöse bis hin zu operativen Maßnahmen.ⁱⁱ >>*alles über Therapie*

Prävention



Die Entstehung des gastroösophagealen Reflux kann durch bestimmte Verhaltensregeln vermieden werden. Insbesondere der Reduktion von Übergewicht kommt in der Prävention eine große Bedeutung zu. >>*alles über Prävention*

Leben mit



Betroffene sollten ihr Leben entsprechend den Empfehlungen ihres behandelnden Arztes umstellen. So sollte auf ein normales Körpergewicht und den Verzicht auf Speisen bzw. Getränke, die Sodbrennen auslösen, geachtet werden. >>*alles über Leben mit*

Krankheitsentstehung

Der untere Schließmuskel der Speiseröhre (auch unterer Ösophagusphinkter/Kardia) verhindert bei normaler Funktion das Zurückfließen des sauren Mageninhalts in die Speiseröhre. Ist diese Funktion gestört, kann der Mageninhalt ungehindert den sonst verschlossenen unteren Speiseröhrenschließmuskel passieren und in die Speiseröhre zurückfließen.ⁱⁱ

Ursächlich dafür ist eine krankhafte (pathologische) Erschlaffung des unteren Speiseröhrenschließmuskels. Diese führt wiederum zum Verlust der Druckdifferenz zwischen dem unteren Speiseröhrenschließmuskel und dem Mageninneren, welche normalerweise den Rückfluss verhindert. Somit ist die Schleimhaut der Speiseröhre aggressiven chemischen Verbindungen schutzlos ausgesetzt. Wenn dieser Zustand langfristig anhält, führt dies zu erhöhter Schleimhautempfindlichkeit, Schädigung der Speiseröhrenschleimhaut, Entzündungsreaktionen (Ösophagitis) bis hin zur Geschwürbildung (Ulzerationen).ⁱⁱ

Ein besonderes Augenmerk muss zudem auf die Lebens- und Ernährungsweise gelegt werden. Der häufige Konsum von Genussmitteln wie Zigaretten (Nikotin), Alkohol und Kaffee ist genauso wie fettreiche und zuckerreiche Speisen für die Ausbildung einer gastroösophagealen Refluxkrankheit mitverantwortlich.^{ii,v}

Wohingegen ein gelegentlich auftretender und geringer Reflux nach einer fetthaltigen, voluminösen oder zuckerreichen Mahlzeit normal (physiologisch) und deswegen von einem krankhaften (pathophysiologischen) Reflux abzugrenzen ist.ⁱⁱ

Funktionieren des unteren Speiseröhrenschließmuskels unter Normalbedingungen

Der untere Speiseröhrenschließmuskel (Ösophagusphinkter) stellt bei intakter Funktion eine Druckbarriere zwischen Speiseröhre und Magen dar. Dabei ist der Ruhedruck im unteren Speiseröhrenschließmuskel höher als der Druck im Inneren des Magens. Lediglich während des Schluckreflexes erschlafft und öffnet sich der untere Ösophagusphinkter kurzzeitig. Danach zieht er sich wieder zusammen (kontrahiert) und verhindert das Zurückfließen des Mageninhalts in die Speiseröhre.

Zusammen mit der Selbstreinigungsfunktion der Speiseröhre (ösophageale Clearance) sorgt der untere Speiseröhrenschließmuskel also für den Weitertransport des Nahrungsbreis in den Magen und stellt gleichzeitig ein Verschlussmechanismus der unteren Speiseröhre dar.ⁱⁱ

Funktionsstörungen des unteren Speiseröherschließmuskel

Verschiedene Krankheitsbilder werden unter dem Begriff der gastroösophagealen Refluxkrankheit zusammengefasst. Dazu zählen u. a. verschiedene Ausprägungen der Krankheit mit oder ohne Schädigung der Speiseröhenschleimhaut bzw. der umliegenden Gewebe. Ursächlich für die gastroösophageale Refluxkrankheit ist eine gestörte Verschlussfähigkeit des unteren Schließmuskels der Speiseröhre. Daraus resultiert in der Regel ein schmerzhaft brennendes Druckgefühl im Magen- und Brustbereich, das sog. Sodbrennen (engl. heart-burn).

Ursachen und Auslöser der primären und sekundären Refluxkrankheit

Prinzipiell wird zwischen primärer und sekundärer gastroösophagealer Refluxkrankheit unterschieden. Dabei gilt für die erste Form, dass die Ursachen der Erkrankung nicht bekannt sind und bei der zweiten Form eine Reihe anderer organischer Erkrankungen ursächlich ist. So können z.B. krankhaftes Übergewicht (Adipositas), Nervenschädigungen als Folge eines Diabetes mellitus oder chronisch entzündliche Erkrankungen zu einem Reflux führen.

Obwohl die primäre (idiopathische) Refluxkrankheit meist ohne erkennbare Ursachen entsteht, können folgende Faktoren den primären Reflux auslösen oder verstärken:

- Schwächung des unteren Speiseröherschließmuskels durch Nahrungsmittel (Fett, Pfefferminztee, Süßspeisen), Genussmittel (Nikotin und Alkohol) oder Medikamente (z.B. Azetylsalizylsäure, Verhütungsmittel oder Anticholinergika)
- Psychischer Stress
- Mit zunehmendem Alter kann es zu Störungen des Abtransportes des Speisebreis in den Magen kommen (Presbyösophagus)
- Veränderte Hormonlage während der Schwangerschaft
- Übergewicht (Adipositas) und Verstopfung (Obstipation) erhöhen den Druck auf den unteren Speiseröherschließmuskel und können somit dessen Spannungszustand senken.^{ii,vi,vii}

Hingegen ist die sekundäre Refluxkrankheit die Folge einer anderen organischen Erkrankung. Deren Ursachen können sein:

- Einengung des Magenausgangs (Magenausgangsstenose)
- Schädigung des unteren Speiseröherschließmuskels durch Operationen (Myotomie, Kardiaresektion)
- Unterentwicklung des unteren Speiseröherschließmuskels bei Frühgeborenen

- Zerstörung des unteren Speiseröhrenschließmuskels durch chronisch-entzündliche Erkrankungen wie Sklerodermie
- Nervenerkrankungen als Folge eines Diabetes mellitus (diabetische Neuropathie)
- Verlagerung der oberen Magenanteile durch das Zwerchfell in den Brustraum (Hiatushernie); muss aber nicht zwangsläufig zu einer Refluxkrankheit führen.^{ii,vi,vii}

Symptome

Häufigstes und eindeutigstes Krankheitsanzeichen ist Sodbrennen, welches sich als ein Druck- oder Schmerzgefühl im Magen- und Brustbereich besonders nach dem Essen und im Liegen bemerkbar macht.^{ii,vii}

Weitere Beschwerden können sein:

- Saures Aufstoßen von Magensaft und Speisebrei
- Schluckstörungen
- Luftaufstoßen
- Husten und Heiserkeit
- Brennendes Gefühl im Rachenraum
- Übelkeit und Erbrechen

Zu beachten ist, dass sich die Beschwerden bei körperlicher Anstrengung, bückenden Tätigkeiten, in Rückenlage, in Stresssituationen, durch den Konsum von Alkohol oder Zigaretten und die Einnahme bestimmter Arzneimittel verstärken können.^{vii}

Symptome der gastroösophagealen Refluxkrankheit im Detail

Das Haupt- und Leitsymptom der gastroösophagealen Refluxkrankheit ist Sodbrennen. So wird bei 75% aller Patienten, die an Sodbrennen leiden, später durch den Arzt auch ein krankhafter Reflux diagnostiziert.^{viii}

Hinzukommend können folgende meist unspezifische Krankheitsanzeichen auftreten:^{ii,vii}

- Schluckstörungen
- Husten
- Brennendes Gefühl im Rachenraum
- Saures Aufstoßen von Magensaft und Speisebrei
- Verschlucken von Luft, welche durch Aufstoßen (Rülpsen) wieder abgegeben wird (Aerophagie)
- Schmerzen in der Oberbauchgegend
- Plötzlich auftretende Schmerzen hinter dem Brustbein (durch krampfartiges Zusammenziehen der Speiseröhrenmuskulatur)
- Übelkeit und Erbrechen
- Salziger Geschmack nach Aufstoßen
- Blähungen (Flatulenz)

Unter Umständen kann es auch außerhalb der Speiseröhre in den umliegenden Organen und Geweben zu Gesundheitsstörungen kommen. Folgende chronische und wiederkehrende Beschwerden können sich entwickeln: ^{ii,iii,v,vi,vii,viii}

- Entwicklung eines Bronchialasthmas
- Reizhusten (Refluxbronchitis)
- Asthmaanfälle
- Kehlkopfezündung (Laryngitis)
- Atemwegserkrankungen wie z.B. Lungenentzündungen
- Chronische Heiserkeit
- Nächtliche Atemaussetzer (Schlafapnoesyndrom)
- Nächtliche Schlafstörungen

Wenn die Beschwerden lange Zeit anhalten und zunehmend Schluckstörungen auftreten, kann es zu sehr drastischen Komplikationen kommen. Unter anderem kann es zu hochgradigen Verengungen der Speiseröhre kommen (Strikturen).ⁱⁱ Sie sollten also nicht zu lange zögern, bevor Sie einen Arzt aufsuchen. Auch wenn Sie nur einzelne Symptome bei sich feststellen, empfiehlt sich ein rechtzeitiger Arztbesuch.

Auslöser der Beschwerden

Die Beschwerden können durch bestimmte Faktoren ausgelöst bzw. verstärkt werden. Dazu zählen: ^{ii,vii}

- Abendlicher Alkohol- und Kaffeekonsum
- Üppige Mahlzeiten mit zucker- und fettreichen Speisen
- Gebeugte Körperhaltung
- Horizontale Körperlage (Wegfall der Schwerkraft)
- Medikamente (z.B. Azetylsalizylsäure, Anticholinergika, Kontrazeptiva)
- Druck auf den unteren Speiseröhrenschließmuskel (zu enge Kleidung, Gürtel, etc.)

Komplikationen

Die gastroösophageale Refluxkrankheit kann zahlreiche organische Komplikationen auslösen. Die nachfolgende Übersicht fasst die wichtigsten Komplikationen und Beschwerden zusammen:

- Erosionen des Zahnschmelzes (Verlust von Zahnhartsubstanz durch Magensäureeinwirkung^{iv})
- Schleimhautentzündung der Speiseröhre (Ösophagitis)
- Geschwürbildung (Ulzerationen)
- Blutungen (selten)
- Nächtliches Einatmen von Mageninhalt (Aspiration)
- Ein- und Verengungen der Speiseröhre (Stenose, Strikturen)
- Krebsvorstufen (Barrett-Ösophagus)

Erosionen von Zahnschmelz

Bei einem regelmäßig auftretenden Rückfluss von saurem Mageninhalt in Speiseröhre, Rachenraum und Mundhöhle kann der Zahnschmelz erheblich angegriffen werden. Dies macht sich vor allem in einem vermehrten Verlust von Zahnhartsubstanz bemerkbar. Wenn Sie diese Veränderungen an Ihren Zähnen feststellen, suchen Sie bitte Ihren Haus- und Zahnarzt auf und sprechen Sie beide gezielt auf Therapiemöglichkeiten an.^{iv}

Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut (Refluxösophagitis)

Videofile, welches die Entstehung einer Refluxösophagitis zeigt

Charakteristisch für die gastroösophageale Refluxkrankheit ist, dass sie immer mit einer Störung des Bewegungsvermögens (Motilität) und der Selbstreinigungsfunktion der Speiseröhre (ösophageale Clearance) einhergeht.ⁱⁱ Dies führt dazu, dass die Speiseröhrenschleimhaut extrem aggressiven chemischen Verbindungen schutzlos ausgeliefert ist. Sie reagiert nach einer gewissen Zeit mit einer Entzündungsreaktion, der so genannten Refluxösophagitis. 50-60% aller Patienten mit einem Reflux entwickeln eine Refluxösophagitis.ⁱⁱⁱ

Geschwüre (Ulzerationen)

Als Folge des Auftretens einer Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut können sich Geschwüre bilden. Diese entstehen häufig im Bereich des unteren Teils der Speiseröhre beim Übergang zum Magen (Übergangssulkus).ⁱⁱ

Peptische Striktur

Durch das langfristige, refluxbedingte Einwirken von Magensäure kommt es zu Verätzungen der Speiseröhrenschleimhaut. Dies führt über Narbenbildungen zu einem "Zusammenziehen der Speiseröhre" bis hin zu einer hochgradigen Verengung (Striktur).^{ix}

Einengungen der Speiseröhre (Stenosen)

Einengung des Hohlraumes der Speiseröhre durch refluxbedingte Narben und entzündliche Strikturen bis zu einem vollständigen Verschluss der Speiseröhre.^{ix} Dabei können Schmerzen beim Schlucken und Störungen des Schluckreflexes auftreten.^{vii}

Barrett-Ösophagus

Ebenfalls als Folge der Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut kann sich ein so genannter Barrett-Ösophagus bilden. Dieser entsteht durch die Umwandlung (intestinale Metaplasie) des Oberflächengewebes der Speiseröhre (Plattenepithel) in die des Dünndarms (Zylinderepithel). Der Barrett-Ösophagus stellt eine Krebsvorstufe dar und ist somit ein erheblicher Risikofaktor für die Bildung von Speiseröhrenkrebs (Barrett-Karzinom). Bei erheblichen Veränderungen der Speiseröhrenschleimhaut ist eine endoskopische Entfernung der betroffenen Bereiche anzustreben. Weiterhin sind endoskopische Kontrollen des Verlaufes ungefähr alle 3 Jahre zu empfehlen, um vermeintlich auftretende Gewebsneubildungen (Neoplasien; mögliche Krebsvorstufen) rechtzeitig zu erkennen.^{viii,iii}

Blutungen

Es kann zu Blutungen aus Geschwüren und oberflächlichen Abtragungen der Speiseröhrenschleimhaut kommen. Diese können sowohl akut als auch chronisch auftreten. Bei chronischen Blutungen können sich ein Eisenmangel und daraus eine Blutarmut entwickeln. In diesem Fall kann es notwendig sein, Eisen z.B. in Form von Nahrungsergänzungsmitteln zusätzlich zuzuführen.^{viii}

Sprechen Sie gegebenenfalls mit Ihrem Arzt eine mögliche Vorgehensweise ab.

Durchbruch der Speiseröhre (Perforation)

Bei einem tiefen Geschwür kann es im Extremfall zu einem Durchbruch (Perforation) der Speiseröhre in die Brusthöhle kommen. Diese ernsthafte Komplikation tritt allerdings sehr selten auf.^{viii}

Wie häufig treten Komplikationen auf?

Insgesamt sind ca. 20% der Bevölkerung der westlichen Industrieländer von einem krankhaften Reflux (GERD) betroffen. Wiederum 60% davon zeigen keine mittels des Endoskops sichtbaren Verletzungen der Speiseröhrenschleimhaut (NERD). Die restlichen 40% leiden an einer Refluxösophagitis (ERD). Von diesen Patienten entwickelt jeder Zehnte mit der Zeit ein Barrett-Ösophagus und davon wiederum jeder Zehnte Speiseröhrenkrebs (Barrett-Karzinom). Bedauerlicherweise nehmen sowohl die Refluxkrankheit an sich als auch die Krebserkrankungen des unteren Teils der Speiseröhre seit den letzten Jahrzehnten in den westlichen Industrieländern stetig zu.^{iii,vii}

Diagnose

Für den behandelnden Arzt gilt es zur Diagnosestellung wesentliche Fragen abzuklären.

- Handelt es sich um einen krankhaften (pathologischen) oder nur um einen normalen (physiologischen) Reflux?
- Ist die Schleimhaut der Speiseröhre durch den Magensäurerückfluss bereits geschädigt worden?

Um dies festzustellen, führt der Arzt eine Endoskopie der Speiseröhre durch (Ösophagoskopie). Klagen Patienten zu dem über regelmäßig auftretendes Sodbrennen liegt mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit ein pathologischer Reflux vor. Für eine eindeutige Diagnose ist aber eine endoskopische Untersuchung notwendig.^v

Diese kann das Vorliegen von Komplikationen wie Schleimhautentzündungen (Ösophagitis) oder andere Gewebsveränderungen nachweisen und ermöglicht die Entnahme von Gewebeproben (Biopsien).^v

Krankheitsgeschichte (Anamnese)

Als häufigstes und deutlichstes Krankheitszeichen tritt beim Vorliegen einer Refluxerkrankung das so genannte Sodbrennen auf. So wird bei 75% aller Patienten, die an Sodbrennen leiden ein krankhafter Reflux diagnostiziert. Andere Symptome können Heiserkeit, Schluckstörungen (Dysphagie), Lungenerkrankungen und Schmerzen hinter dem Brustbein sein. Jedoch zeigen diese Krankheitszeichen nicht zwangsläufig eine Refluxerkrankung an. Weiterhin steht die Schwere und Häufigkeit der auftretenden Symptome nicht in unmittelbarem Verhältnis zum Schweregrad der Refluxkrankheit.^{viii}

Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre (Ösophagoskopie)

Videofle Endoskopie

Der Arzt kann bei Verdacht auf eine Refluxerkrankung eine endoskopische Untersuchung der Speiseröhre durchführen und damit Vorhandensein und Schweregrad einer Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut (Ösophagitis) feststellen.

Anhand des endoskopischen Befundes wird die gastroösophageale Refluxkrankheit in verschiedene Formen eingeteilt.

Es wird unterschieden zwischen:

- Nicht-erosive Form (NERD - Non Erosive Reflux Disease) und
- Erosive Form (ERD - Erosive Reflux Disease)

Erosiv bedeutet in diesem Zusammenhang, dass bereits ein oberflächlicher entzündlicher Schleimhautdefekt durch den Reflux entstanden ist und somit eine Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut (Ösophagitis) vorliegt.^{ix}

Die erosive Form (ERD) wird entsprechend nach Savary und Miller in 4 Stadien eingeteilt, wobei das Stadium 0 das Nichtvorhandensein von Schleimhautveränderungen anzeigt:

- Stadium 1: Vorliegen einzelner, nicht zusammenhängender Schleimhautveränderungen
- Stadium 2: Längsgerichtete, zusammenhängende Schleimhautveränderungen
- Stadium 3: Kreisförmige, zusammenhängende Schleimhautveränderungen
- Stadium 4: Auftreten von Komplikationen wie Ein- und Verengungen der Speiseröhre (Stenosen, peptische Strikturen), Geschwüren (Ulzerationen), Gewebsveränderungen (Metaplasien, Dysplasien, Barrett-Ösophagus)^{ii,iii}

Weitere Einteilungen der Ergebnisse der Ösophagoskopie sind die Los-Angeles- bzw. die MUSE-Klassifikation. Die Los-Angeles Klassifikation richtet sich im Wesentlichen nach der Größe der Erosionen und die MUSE-Klassifikation berücksichtigt auch die Komplikationen der Refluxerkrankung.^{viii}

Langzeit ph-Metrie der Speiseröhre

Video- oder Audiofile zur Langzeit ph-Metrie

Die ph-Metrie der unteren Speiseröhre misst die Rückflusshäufigkeit des sauren Mageninhalts ($\text{pH} < 4$) über den Zeitraum von 24 Stunden. Dabei werden die Messungen sowohl in liegender als auch in aufrechter Position durchgeführt. Patienten mit Reflux zeigen besonders in der Nacht einen häufig auftretenden Rückfluss des Mageninhalts in die Speiseröhre. Bei Reflux-Patienten liegen mehr als 7% der pH-metrisch gemessenen Werte in einem 24-Stunden-Intervall unter pH 4, d.h. im sauren Bereich. Im Gegensatz dazu tritt bei Gesunden kein bzw. nur ein geringer Reflux in der Nacht und nach der Nahrungsaufnahme auf. Die Langzeit ph-Metrie ist geeignet für die quantitative Erfassung der Refluxkrankheit. Sie sollte bei Patienten angewendet werden, bei denen die Therapie versagt oder bei denen keine endoskopisch fassbaren Schleimhautveränderungen durch den Reflux vorliegen (Stadium 0 nach Savary und Miller Klassifikation).

ii,iii,vi,vii,viii,ix

Therapie

In Abhängigkeit vom Schweregrad der Refluxkrankheit können verschiedene Behandlungsmethoden herangezogen werden. Bei lediglich selten auftretendem Reflux sind Allgemeinmaßnahmen wie z. B. Gewichtsreduktion bis zur Erreichung des Normalgewichts, Ernährungsumstellung auf kleine, fett- und zuckerarme Mahlzeiten meist ausreichend. Wenn Patienten häufig an Refluxbeschwerden leiden oder wenn eine Entzündung der Speiseröherschleimhaut (Ösophagitis) vorliegt, ist eine medikamentöse Behandlung erforderlich.

Diese beabsichtigt hauptsächlich eine Reduzierung der Flüssigkeit die aus dem Magen in die Speiseröhre fließt (Refluat) und zwar indem die Absonderung von Magensäure reduziert wird. Operative Maßnahmen sind nur bei ganz speziellen Indikationen notwendig, z.B. wenn konservative Therapien versagen oder bei erneutem Auftreten der Beschwerden nach Abheilung (Rezidiven).^{vi,vii}

Allgemeine Grundsätze der Therapie

Oberstes Ziel der Therapie ist die Reduzierung des Refluxes durch allgemeine Maßnahmen und die medikamentöse Neutralisierung des zurückfließenden, aggressiven und sauren Mageninhalts. Weiterhin soll durch das Meiden schädigender Einflüsse wie Alkohol oder Nikotin der untere Speiseröherschließmuskel und somit seine Verschlussfunktion gestärkt werden.ⁱⁱⁱ

Allgemeine Maßnahmen

Bevor eine medikamentöse Behandlung erfolgt, sollten folgende Allgemeinmaßnahmen ergriffen werden:

- Gewichtsnormalisierung
- kleine Mahlzeiten (fett- und zuckerarm)
- Druck auf Unterleib vermeiden
- keine zu enge Kleidung
- Veränderung der Ernährungs- und Lebensweise
- Vermeidung von Mahlzeiten am späten Abend
- Refluxbegünstigende Nahrungs- und Genussmittel wie Süßspeisen, Schokolade, Zigaretten, säurehaltige Getränke wie Säfte und Wein, Alkohol, Kaffee, Tomatensoße reduzieren bzw. vermeiden

- Kopfende des Bettes erhöhen (Schwerkraft unterstützt Selbstreinigungsfunktion der Speiseröhre)
- Verzicht auf Medikamente, die den Spannungszustand des unteren Speiseröhrenschließmuskles senken (wie z.B. Anticholinergika, Kalziumantagonisten, Nitropräparate, Theophyllin, Betaadrenergika)
- Ballaststoffreiche Kost zur Vermeidung von Verstopfung (Obstipation)
- Nicht sofort hinlegen nach dem Essen ^{ii,vi,vii}

Medikamentöse Therapie

Bei häufigen Beschwerden bzw. beim Vorliegen einer Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut (Refluxösophagitis) ist eine medikamentöse Therapie notwendig. Hauptsächlich wird eine Neutralisierung des aggressiven, sauren Mageninhalts durch Medikamente angestrebt.

Protonenpumpeninhibitoren (PPI)

Protonenpumpeninhibitoren (PPI) wie Omeprazol, Lansoprazol, Rabeprazol oder Pantoprazol sind die Mittel der Wahl bei Refluxösophagitis. Sie finden sowohl bei der nicht erosiven (NERD) als auch bei erosiven Refluxösophagitis (ERD) Einsatz.

Beim Vorliegen einer nichterosiven Refluxkrankheit (NERD) wird ein so genannter einwöchiger Protonenpumpeninhibitoren-Test (PPI-Test) durchgeführt. Wenn der Patient danach nicht beschwerdefrei ist, wird die Gabe von PPI um 2-3 Wochen in halber Standarddosierung fortgeführt. Anschließend kann der Patient je nach Beschwerden seine Einnahme von PPI steuern.ⁱⁱⁱ

Bei schweren Formen der erosiven Refluxkrankheit (ERD) ist zu Beginn meist eine 6-8-wöchige Behandlung mit Protonenpumpeninhibitoren notwendig, um die durch den Reflux verursachten Schleimhautdefekte zur Ausheilung zu bringen. Danach schließt sich meistens eine Langzeitbehandlung mit der halben Standarddosierung PPI an.

Die Heilungschancen bei der Anwendung von Protonenpumpenhemmern sind extrem hoch und liegen bei 90-95% bei einer Therapiedauer von 6-8 Wochen.

Dies ist auf die fast vollständige Unterdrückung der Magensäureabsonderung zurückzuführen, wodurch die Schleimhaut der Speiseröhre von den schädigenden Einflüssen der rückfließenden Magensäure verschont bleibt und sich auf diese Weise vollständig regenerieren kann.^{ii,vi}

Nichtsdestotrotz treten die Symptome nach Absetzen der PPI in vielen Fällen erneut auf und machen deswegen meist eine Langzeittherapie mit PPI erforderlich.

Wenn Sie Protonenpumpenhemmer einnehmen, dann sollten Sie mit Ihrem Arzt über mögliche Nebenwirkungen sprechen und den Beipackzettel gut durchlesen.

Die Dauertherapie mit Protonenpumpeninhibitoren kann in speziellen Fällen zu einer Entzündung und Rückbildung der Magenschleimhaut führen (atrophische Gastritis).^{vi}

Deswegen sollten Sie sich bei Einnahme an die von Ihrem Arzt oder Apotheker vorgegebene Anwendungsdauer halten.

Keine Einnahme von PPI (Kontraindikation)

PPI sollten nicht bei Kindern, in der Schwangerschaft und Stillzeit eingenommen werden.^{vi}

Operative Therapien

Die operative Maßnahmen finden Anwendung bei:

- Häufig wiederkehrenden Beschwerden und Komplikationen
- Nichtansprechen auf die konservative/medikamentöse Therapie
- Vorliegen von Krebsvorstufen (Barrett-Ösophagus)

Fundoplicatio nach Nissen-Rossetti ist das Verfahren der Wahl. Dabei wird ein Teil des Magens (Magenfundus) wie eine Manschette um die Speiseröhre gewunden, um so den Druck auf den unteren Speiseröhrenschließmuskel zu erhöhen.

Es gibt derzeit mehrere in Anwendung oder Erprobung befindliche endoskopische (von innen über die Speiseröhre) und laparoskopische (über eine Bauchspiegelung durchgeführte) Antireflux-Operationen. Für eine eindeutige Beurteilung dieser Verfahren stehen noch keine Langzeitergebnisse zur Verfügung.

Verhältnismäßig zu allgemeinen und medikamentösen Maßnahmen finden die operativen Therapien aber nur selten Anwendung.ⁱⁱⁱ

Prävention

Menschen, die an Reflux und damit meist auch an Sodbrennen leiden, sind oft übergewichtig. Deswegen ist es sinnvoll, ein Normalgewicht zu erreichen und somit auch den Druck auf den Magen zu senken.

Rauchen vermeiden

- Reduzieren Sie Ihr Gewicht durch mehr Bewegung und eine bedarfsgerechte Ernährung
- Hören Sie auf zu Rauchen
- Erhöhen Sie das Kopfende Ihres Bettes. So kann der Magensaft nicht zurück in die Speiseröhre fließen
- Kleine, nicht zu voluminöse Mahlzeiten einnehmen

Stress vermeiden

- Vor dem Schlafen gehen nichts mehr essen
- Reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum
- Gönnen Sie sich Ruhepausen und vermeiden Sie Stress
- Ernähren Sie sich ballaststoffreich, um Verstopfung zu verhindern
- Achten Sie darauf, dass Ihre Speisen fett- und zuckerarm sind, dafür aber hochwertiges Eiweiß enthalten
- Vermeiden Sie zu enge Kleidung (Gürtel etc.), um nicht unnötig den Druck auf die untere Speiseröhre zu erhöhen

Leben mit

Bevor Sie beginnen Ihre Ernährungs- und Lebensweise auf die Refluxkrankheit anzupassen, ist es empfehlenswert, dass Sie dies mit Ihrem Arzt und Ernährungsberater besprechen. Diese können Ihnen helfen und wertvolle Ratschläge geben, damit Sie Ihre gesetzten Ziele und so eine Verbesserung des Gesundheitszustandes auch erreichen.

Folgende Tipps können Ihnen helfen:

- Versuchen Sie Ihr Leben entsprechend den in Kapitel Prävention genannten Selbsthilferegeln zu verändern
- Motivieren Sie sich indem Sie Freunden und Verwandten von Ihrer geplanten Ernährungs- und Lebensumstellung erzählen, um sich so die nötige Unterstützung zu holen
- Informieren Sie sich, ob es in Ihrer Nähe eine Selbsthilfegruppe gibt
- Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, Apotheker und Ernährungsberater

Allgemeine Hinweise

Foto Sprechstunde beim Arzt

Wenn Sie die im Kapitel Prävention genannten Selbsthilferegeln beachten und lernen Ihre Lebens- und Ernährungsgewohnheiten dementsprechend zu verändern, werden Sie die meisten Folgeerkrankungen des Refluxes vermeiden und Beschwerden lindern können. Um diese Ziele zu erreichen, ist es ratsam das Gespräch mit Ihrem Arzt und Angehörigen zu suchen, um sich die nötige Unterstützung zu holen.

Verlauf und Prognose

Auch wenn die Beschwerden der Refluxkrankheit sehr unangenehm und schmerzhaft sind lässt sich die Erkrankung heutzutage sehr gut behandeln. Mit gezielten medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen (s. a. Kapitel Therapie) kann in den meisten Fällen eine schnelle und anhaltende Linderung der Beschwerden erzielt werden. Nur in wenigen Fällen kommt es zu wirklich schwerwiegenden Komplikationen (s.a. Kapitel Komplikationen), die dann allerdings massiv die Lebensqualität beeinträchtigen können (z.B. Verengung der Speiseröhre) oder lebensgefährlich sein können (z.B. Barrett-Karzinom). Rechtzeitiges Erkennen und Behandeln hilft, solchen Komplikationen vorzubeugen.

Ernährungsberatung

*Foto von
Ernährungspyramide*

Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, ob Sie Ihnen eventuell professionelle Ernährungsschulungen anbieten bzw. fördern kann. Ausgebildete Ernährungsfachleute können Ihnen helfen, Ihre Ernährungsweise im Hinblick auf die Refluxkrankheit anzupassen und positiv zu beeinflussen.

Selbsthilfegruppen

Informieren Sie sich, ob es in Ihrer Nähe eine Selbsthilfegruppe gibt. Der Austausch mit anderen Betroffenen über die Krankheit und deren Behandlung kann Ihnen sehr helfen, die Krankheit in den Griff zu bekommen. Zudem werden meist auch Informationsveranstaltungen organisiert, zu denen häufig Ärzte eingeladen werden, die fachkundig auf Ihre individuellen Fragen antworten können.

Weiterführende Links

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen:
<http://www.dgvs.de/>

Gastro-Liga e.V.: <http://www.gastro-liga.de/>

KEKS e.V. (Patienten und Selbsthilfeorganisation für Kinder und Erwachsene mit kranker Speiseröhre): <http://www.keks.org>

Refluxkinder e.V. (Gastroösophagealer Reflux bei Säuglingen und Kindern): <http://www.refluxkinder.de/>

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ):
<http://www.arztbibliothek.de>

Quellen

- ⁱ Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS), *S3-Leitlinie Gastroenterologie: Gastroösophageale Refluxkrankheit*, Zeitschrift für Gastroenterologie, (43), 2005, 163-164.
- ⁱⁱ MLP, *Duale Reihe Innere Medizin*, Thieme Verlag, 2009, S. 465ff.
- ⁱⁱⁱ Greten, H., Schettler, G., *Innere Medizin*, Thieme Verlag, 2002, S. 697ff.
- ^{iv} Pace, F., Pallotta, S., Tonini, M., et al: *Systematic review: gastro-oesophageal reflux disease and dental lesions*, Alimentary Pharmacology & Therapy, (27), 2008, S. 1179-86.
- ^v Furger, P., *Innere quick*, Thieme Verlag, 2009.
- ^{vi} Zöllner, N., *Innere Medizin*, Springer Verlag, 1991, S. 8ff.
- ^{vii} Herold, G., *Innere Medizin 2010*, Gerd Herold Verlag, 2010, S. 416ff.
- ^{viii} Piper, W., *Innere Medizin*, Springer Verlag, 2007.
- ^{ix} Psychrembel, W., *Psychrembel Klinisches Wörterbuch*, Walter De Gruyter Verlag, 2003.