

Reflux und Sodbrennen

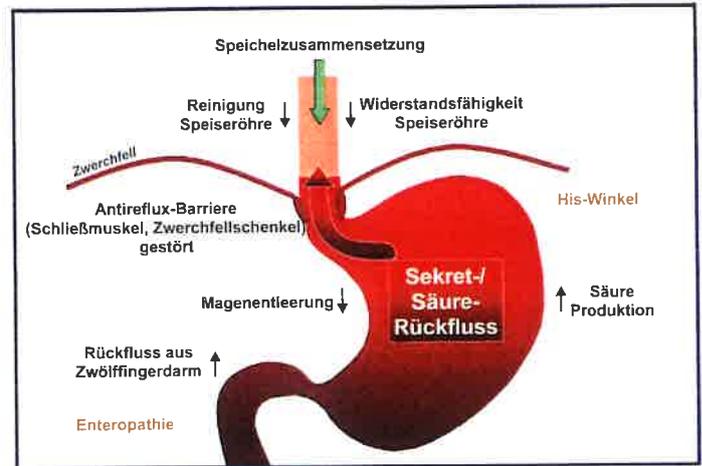
Die gastroösophageale Refluxerkrankung (GERD) will ernst genommen werden, die Patienten leiden oft jahrelang unter verschiedensten Symptomen und/oder Läsionen durch den Rückfluss von Mageninhalt. Die Einschränkungen im Alltag sind gravierend (58% beim Essen, 37% beim Schlaf, 26% in der Arbeit), und die Prävalenz ist hoch, sie liegt bei 20% der Bevölkerung.

Die typischen Symptome: Sodbren-

nen, Brennen im Rachen, Regurgitation oder Aufstoßen ohne Vorliegen von Alarmsymptomen würden nach den Leitlinien zum Einsatz von Protonenpumpenhemmern (PPI) führen. Wer mit Diagnostik und Therapie nach Mayr vertraut ist, hat hier doch noch mehrere Pfeile im Köcher!

Die Ursache der GERD ist eine Motilitätsstörung! Die wird wesentlich bestimmt durch: eine geschwächte Barrierefunktion des unteren Ösophagussphinkters,

eine verminderte Clearanceleistung der Speiseröhre und eine verzögerte Magenentleerung.



Nach: GastroLiga Juni 2017: Ratgeber Sodbrennen; Labenz, Holtmann

Dr. med. Sepp Fegerl

Die Conclusio ist: Eine oft reflexartige Therapie mit Protonenpumpenhemmern (PPI) mag teilweise effektiv sein, wirkt aber immer nur symptomatisch und geht an der Ursache vorbei. Zudem sind die Nebenwirkungen, besonders bei längerer Anwendung, doch so erheblich, dass ein ungezielter Einsatz nicht gerechtfertigt erscheint. Das zeigt auch eine Studie in deutschen Krankenhäusern, wo der Einsatz von PPIs nur in 35% gerechtfertigt war, bei 13% fraglich, in 52% klar nicht gerechtfertigt erschien. Auch die irreführende Bezeichnung „Magenschutz“ verführt zumindest die Patienten zum

weiteren, aber falschen Einsatz. Die Compliance der PPI-Therapie bei GERD nach 1 Monat liegt bei 55%, nach 6 Monaten bei 30% und spiegelt die mangelnde Zufriedenheit der Patienten (und Ärzte) wider, die gerade bei nicht-erosivem Reflux (NERD) bei nur 35-50% liegt.

Daher ist eine genauere Abklärung zur **Diagnosestellung** sinnvoll. In erster Linie eine geschickte Anamnese und Mayr'sche Untersuchung. Daraus ergibt sich ein anderes Verständnis für die Zusammenhänge der Motilitätsstörung mit einem kausalen Therapieansatz. Anhand der Leitlinien kommt bei persistierenden Refluxsymptomen die

Gastroskopie zum Einsatz. Nach dem Lyon Consensus 2017 liegt eine schlüssige Evidenz für einen pathologischen Reflux nur bei schwerer Ösophagitis (LA Grad C&D), langem Barrett-Segment oder peptischen Strikturen vor oder bei einer Säureexpositionszeit \uparrow 6% in der pH-Metrie. Ein **pH-Impedanz-Monitoring** sollte zur genaueren Differenzierung des Refluxes (gasförmig, flüssig, gemischt; schwach sauer, sauer oder basisch; Säureexpositionszeit und Refluxperioden) wesentlich öfter zum Einsatz kommen und stellt den Goldstandard dar.

GERD-Formen: In fast 70% ist eine **NERD** vorliegend (endoskopisch keine Entzündung), in etwa 30% eine erosive Refluxkrankheit (ERD) nachweisbar. Bei **hypersensitivem Ösophagus** werden die Beschwerden durch physiologischen Reflux ausgelöst, unabhängig davon sind sie bei **funktionellen Refluxbeschwerden**.

Für eine **ursächliche Therapie** müssen wir die : **Motilitätsstörung behandeln**. Eine erhöhte Sympathikusaktivität („Fight or flight“-Prinzip) reduziert jegliche Verdauungsleistung und erhöht den Pylorustonius und damit Druck im Magen. Voraussetzung für eine Normalisierung ist die Förderung des parasympathischen Ein-

flusses („rest and digest“). Besonders bei der Nahrungsaufnahme geht es um die Integration der zephalen Verdauungsphase, die immerhin 30-40% zur Verdauungsleistung des Magens beiträgt: Mahlzeit in Ruhe, Essen mit allen Sinnen, gründliches Kauen und Einspeicheln zur optimalen mechanischen und chemischen Vorbehandlung des Speisebreies als Bedingung für eine zügige Bearbeitung im Magen und den zeitgerechten Weitertransport in den Dünndarm.

Um den hemmenden und störenden Effekt durch ein vorliegendes Enteropathiesyndrom zu verhindern oder zumindest zu reduzieren, nimmt die **Therapie der 4 S** (Schonung, Säuberung, Schulung, Substitution) eine Schlüsselrolle ein. Der Einsatz von Bitterstoffen ist häufig hilfreich, sie können die Schleimhaut beruhigen, die Hypersensitivität reduzieren und prepulsiv auf die intestinale Motorik wirken.

Insgesamt hilft uns die Diagnostik nach Mayr, den Ösophagus und Magen nicht isoliert zu betrachten, sondern die Rückwirkung von Störungen im Bereich Leber, Pankreas, Dünn- und Dickdarm und deren Einfluss auf den Magen zu erkennen und in einer bewährten ganzheitlichen Therapie entsprechend zu berücksichtigen.