

VOLKSKRANKHEIT: SODBRENNEN GERD (GASTRO ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE)

Saures Aufstoßen, das der Refluxösophagitis zugrundeliegende Leitsymptom, ist die häufigste Erkrankung des oberen Verdauungstraktes der westlichen Bevölkerung. 40 % haben 1 x monatlich, ein viertel davon täglich: **saures Aufstoßen**.

Weitere Symptome:

- krampfartige retrosternale Schmerzen,
- Heiserkeit,
- Globusgefühl,
- Schluckstörung,
- vermehrter Speichelfluß,
- Stimmbandulcera,
- chronischer Reizhusten bis hin zu Asthmanfällen.

Neben dem Leidensdruck der Patienten, enormen Medikamentenkosten bei konservativer Langzeit - oder Dauertherapie, sowie dem erhöhten Entartungsrisiko (Speiseröhrenkarzinom), stellt die Refluxösophagitis somit auch einen beachtlichen Gesundheitsökonomischen Faktor dar.

Pathogenese:

Eine gestörte Selbstreinigung, (Clearance) und Beweglichkeit, (Motilität)

der Speiseröhre, verbunden mit einer Inkompetenz des distalen Sphinkters ermöglicht einen Rückfluß von meist saurem Magensaft in die Speiseröhre, wodurch es zur Schädigung der Schleimhaut bis hin zu Ulcerationen, Speiseröhrenverengungen, letztendlich malignen Entartung kommen kann.

Ursächlich im Zusammenhang der Schlussunfähigkeit des unteren Ösophagussphinkters ist meist ein Zwerchfellbruch,(Hiatushernie), der häufig angeboren ist. Begünstigend für die Entstehung können unter anderem sein :

- Körperkonstitution (Fettleibigkeit),
- eine mit zunehmendem Alter auftretender Bindegewebsschwäche
- Schwangerschaft
- Leistungsportarten, die mit einer Erhöhung des intraabdominellen Druckes einhergehen
- Sogenannte Säurelocker wie: Zucker, Fette, Coffein und Alkohol

VOLKSKRANKHEIT: SODBRENNEN GERD (GASTRO ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE)

Diagnosestellung:

Bei entsprechender Anamnese und Klinik („Leidensweg“) sollte eine endoskopische Abklärung mittels Gastroskopie durchgeführt werden.

Die einfachste und gebräuchlichste Einteilung nach Savary und Miller unterscheidet vier Entzündungsgrade. Gibt die Gastroskopie keinen Aufschluß, muß an ein mögliches Passagehindernis im Dünn- oder Dickdarm gedacht, und weiter abgeklärt werden.

Um das Ausmaß der subjektiven, oftmals nicht mit dem endoskopischen Befund korrelierenden Beschwerden zu objektivieren, ist eine Ösophagus-Manometrie (Druckmessung der muskulären Aktivität) und 24-Stunden PH-Metrie (Säuremessung) erforderlich.

Therapiemaßnahmen:

Ziel jeglicher Therapie ist die möglichst rasche Verbesserung der Lebensqualität und die Verhinderung der malignen Entartung. Unterstützende Maßnahmen können sein :

- Umstellen von Ernährungsgewohnheiten,
- unterlassen später Abendmahlzeiten,
- Schrägstellen der Bettmatratze,
- Stuhlregulierenden Maßnahmen und Gewichtsreduktion.

Eine konservative Therapie der Refluxösophagitis mit modernen Medikamenten führt in der Mehrzahl in kurzer Zeit zu Beschwerdefreiheit.

Während früher die Dosis stufenweise bis zur Beschwerdefreiheit erhöht wurde,

wird heute zunehmend die „Step-down“ Therapie bevorzugt : Es wird mit hochdosierten Protonenpumpenhemmern begonnen, die nach und nach, bis zur Erhaltungsdosis reduziert werden. Vorgeschädigte Schleimhautbezirke werden damit zur Abheilung gebracht, die Ursache jedoch ist damit nicht behoben.

Wegen des großen offen-chirurgischen Zuganges, sowie der häufig schlechten postoperativen Ergebnisse hat man zumeist der medikamentösen Therapie den Vorzug gegeben.