

Sodbrennen – wie weiter?

Bericht von einem Workshop am SGAM-Kongress 2006 in Basel¹

Christa Keller

Beschreibung

Anhand von drei Fällen aus der Praxis wurden die Themen Reflux mit und ohne gastrokopischen Befund, dessen Behandlung sowie die Indikation zur Abklärung erläutert. Die Fragen aus dem Publikum bezogen sich auf Reflux und Husten, auf die Wirksamkeit der verschiedenen Protonenpumpenhemmer (PPI) bzw. anderer Antazida, die Bedeutung von *Helicobacter pylori* sowie darauf, wann endoskopierte werden soll.

Die wichtigsten Botschaften

Ein Reflux ist physiologisch, die Dauer und die Empfindlichkeit des Individuums sind entscheidend für die Symptomatik, die ziemlich variabel sein kann und in 50% atypisch ist. Ungefähr 9% der Bevölkerung suchen wegen Refluxbeschwerden einen Arzt auf.

Von der Ausprägung der Symptomatik kann nicht auf den Schweregrad des Refluxes bzw. den Schaden an der Ösophagusschleimhaut geschlossen werden. Nur in 50% der Fälle ist eine Refluxösophagitis nachweisbar.

Wenn die Symptomatik durch den Säurereflux verursacht wird, helfen PPI sehr gut und führen in der Regel dazu, dass die Beschwerden innert weniger Tage sistieren. Letztere treten jedoch nach dem Absetzen der Therapie, im Durchschnitt nach etwa vier Wochen, wieder auf.

Wenn eine Dauertherapie erforderlich ist, empfiehlt sich eine Panendoskopie ebenso bei therapieresistenten und atypischen Symptomen sowie bei Alarmsymptomen wie Dysphagie, Gewichtsverlust oder

Anämie. Bei einer Refluxösophagitis ist eine Kontrollendoskopie zu empfehlen.

Durch die konsequente Behandlung können sowohl ein Barrettösophagus als auch Strikturen vermieden werden.

Bei der sogenannten NERD (non erosive reflux disease) ist eine PPI-Therapie nur sinnvoll, wenn dadurch die Symptomatik verschwindet. Es konnte mittels pH-Metrie nachgewiesen werden, dass bei 60% der Patienten mit negativer Endoskopie die Beschwerden auch nicht mit einem Säurereflux korrelieren.

In der Regel wird *Helicobacter pylori* vor allem bei jungen Patienten gesucht; wenn der Test positiv ist sollte eradiziert werden. In der Regel gelingt dies mit dem empfohlenen Therapieschema. Zur Evaluation einer erfolgreichen Eradikation ist der Atemtest am sinnvollsten.

Die Serologie ist nur zur Diagnose sinnvoll und im übrigen die billigste Methode. Sie bleibt auch nach der Eradikation positiv. *Helicobacter*-Rezidive sind extrem selten.

Durch Reflux bedingter Husten ist wahrscheinlich, wenn ein normales Thoraxbild vorliegt, der Patient nicht raucht, keinen ACE-Hemmer nimmt, einen negativen Metacholintest hat und keinen sogenannten «postnasal drip» aufweist. Die Pathogenese des Hustens bei Reflux ist unklar.

Alle PPI sind bezüglich Wirksamkeit in den Äquivalenzdosen gleich gut, Unterschiede bestehen bei der Interaktionsfreudigkeit sowie bei der Verträglichkeit, vor allem aber beim Preis.

Die Therapiedosis beträgt 40 mg, die Erhaltungsdosis 20 mg.

Die Vagotomie und Fundoplikatio weisen keinen Vorteil gegenüber den PPI auf.

Dr. med. Christa Keller
Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH
Grenzacherstrasse 80
4058 Basel

¹ Workshop A 3, 21. September 2006. Leitung:
Dr. med. Beat Meyer-Wyss und Dr. med. Christa Keller.