



# Leitsymptom Sodbrennen

Ursache, Diagnostik und Behandlung der gastroösophagealen Refluxkrankheit (Rückfluss von Mageninhalt in die Speiseröhre)

Dr. W. Reinpold, M. Schröder, Dr. W. Holtz\*

CHIRURGISCHE ABTEILUNG und \*MEDIZINISCHE ABTEILUNG · WILHELMSBURGER KRANKENHAUS GROSS-SAND

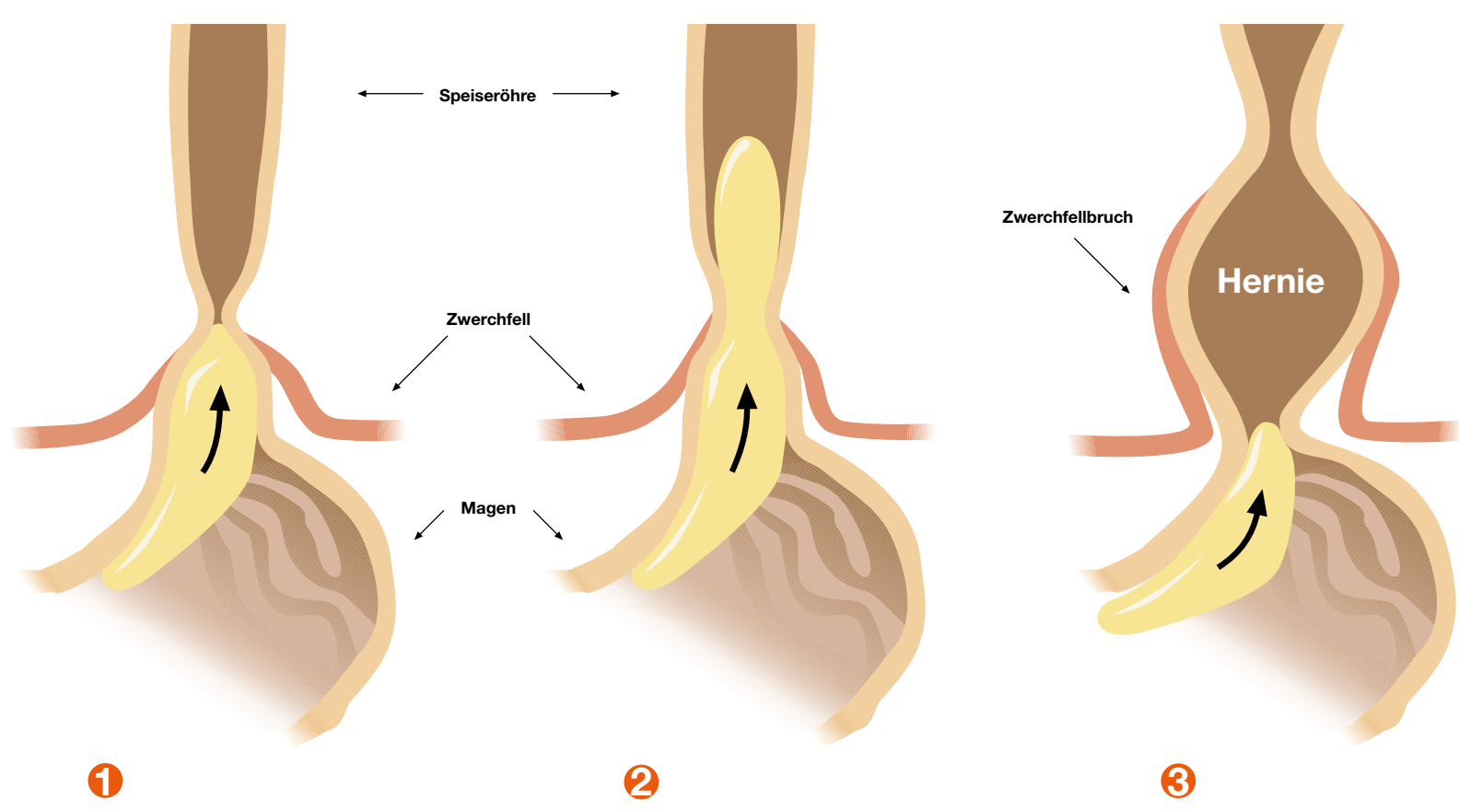
## Beschwerdebild

Etwa jeder vierte Bundesbürger leidet gelegentlich oder häufig unter so genannten Refluxbeschwerden. Frauen und Männer erkranken gleichermaßen. Bei den meisten Betroffenen sind die Beschwerden gering oder kurz anhaltend, so dass kein Arztbesuch erfolgt.

Typische Symptome sind Sodbrennen (brennendes Gefühl entlang der Speiseröhre) und häufiges saures Aufstoßen. Auch chronische Brustschmerzen, Oberbauchschmerzen, chronische Heiserkeit und wiederholt auftretende Lungenentzündungen, für die zunächst keine Ursache gefunden werden kann, sind oft auf den Rückfluss von Magensäure in die Speiseröhre zurückzuführen.

**Folgende Faktoren begünstigen Refluxbeschwerden:** eine liegende oder gebückte Körperhaltung, Übergewicht, Schwangerschaft, übermäßiger Genuss von Nikotin, Alkohol, Kaffee, fettbackene Speisen, Hülsenfrüchte, Räucherwaren, Zitrusfrüchte, stark gewürzte und üppige Mahlzeiten.

## Ursache



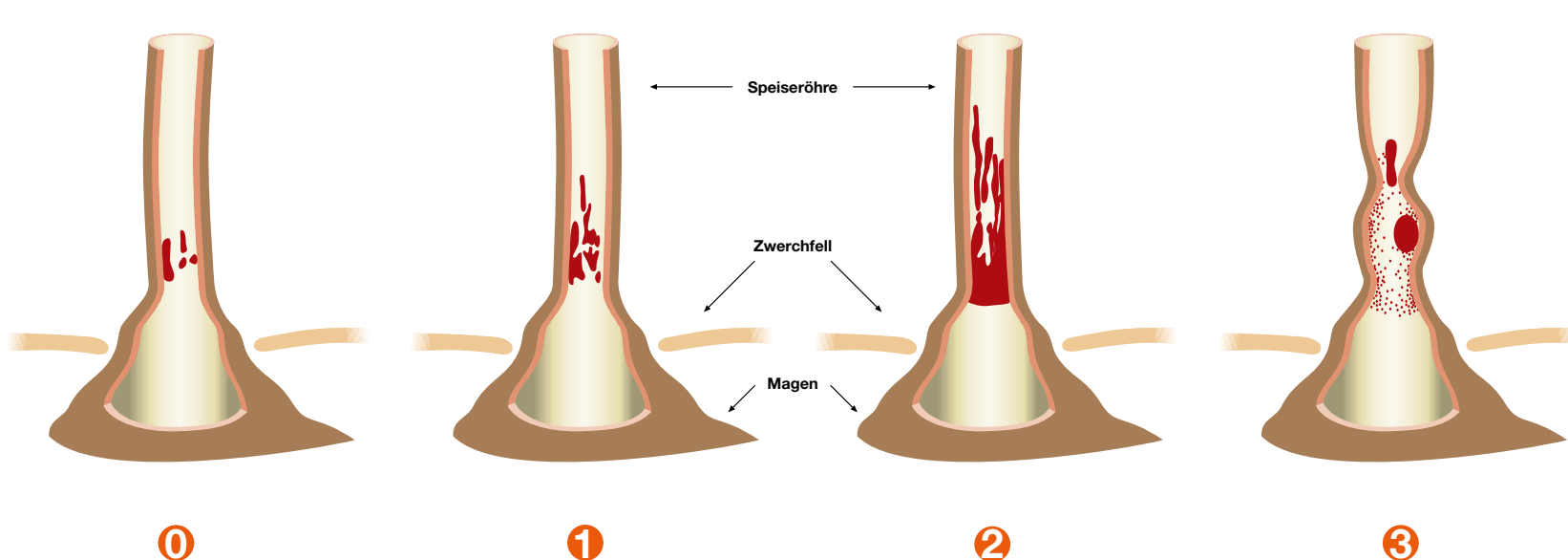
• Abb. 1: Reflux von Mageninhalt in die Speiseröhre

Die Ursache der Refluxkrankheit besteht in einer defekten Ventilfunktion des unteren Speiseröhrenschließmuskels (Abb. 1 2), so dass es zu einem vermehrten Rückfluss von meist saurem Mageninhalt in die Speiseröhre kommt. Im Gegensatz zur Magenschleimhaut ist die Speiseröhrenschleimhaut einem längeren Kontakt mit aggressivem Magensaft schutzlos ausgeliefert. Die Entzündungszeichen sind um so ausgeprägter, je länger die Speiseröhrenschleimhaut dem Magensaft ausgesetzt ist. Auch eine gestörte Pumpfunktion der Speiseröhre (Peristaltik) kann den Verbleib von Magensaft in der Speiseröhre und somit die Entstehung einer Refluxkrankheit begünstigen.

Die Refluxkrankheit ist häufig vergesellschaftet mit einem Zwerchfellbruch (Hiatushernie), bei dem Anteile des Magens durch eine erweiterte Zwerchfellücke (Abb. 1 3, Abb. 3) in den Brustraum gleiten können. Andererseits lässt sich bei vielen Patienten mit einer Hiatushernie keine Refluxkrankheit nachweisen. Der alleinige Nachweis einer Hiatushernie rechtfertigt ohne weitere Diagnostik keine operative Therapie.

Der Schweregrad der Erkrankung reicht von gelegentlich milden Symptomen ohne eine Speiseröhrenschleimhautentzündung (Ösophagitis) bis zur ausgeprägten Schleimhautentzündung mit narbiger Einengung der Speiseröhre und Umwandlung der Schleimhaut in einen so genannten Barrett-Ösophagus (siehe Abb. 2), aus dem sich im weiteren Verlauf der Krankheit sogar ein Speiseröhrenkrebs entwickeln kann.

• Abb. 2: Endoskopische Klassifikation der Refluxösophagitis nach Savary und Miller



Grad	Definition
0	Normale Schleimhaut, fleckförmige rote Läsionen
1	Streifenförmige rote Läsionen
2	Befall der gesamten Zirkumferenz der Speiseröhre
3	Narbige Einengung, Geschwür, Barrett-Ösophagus

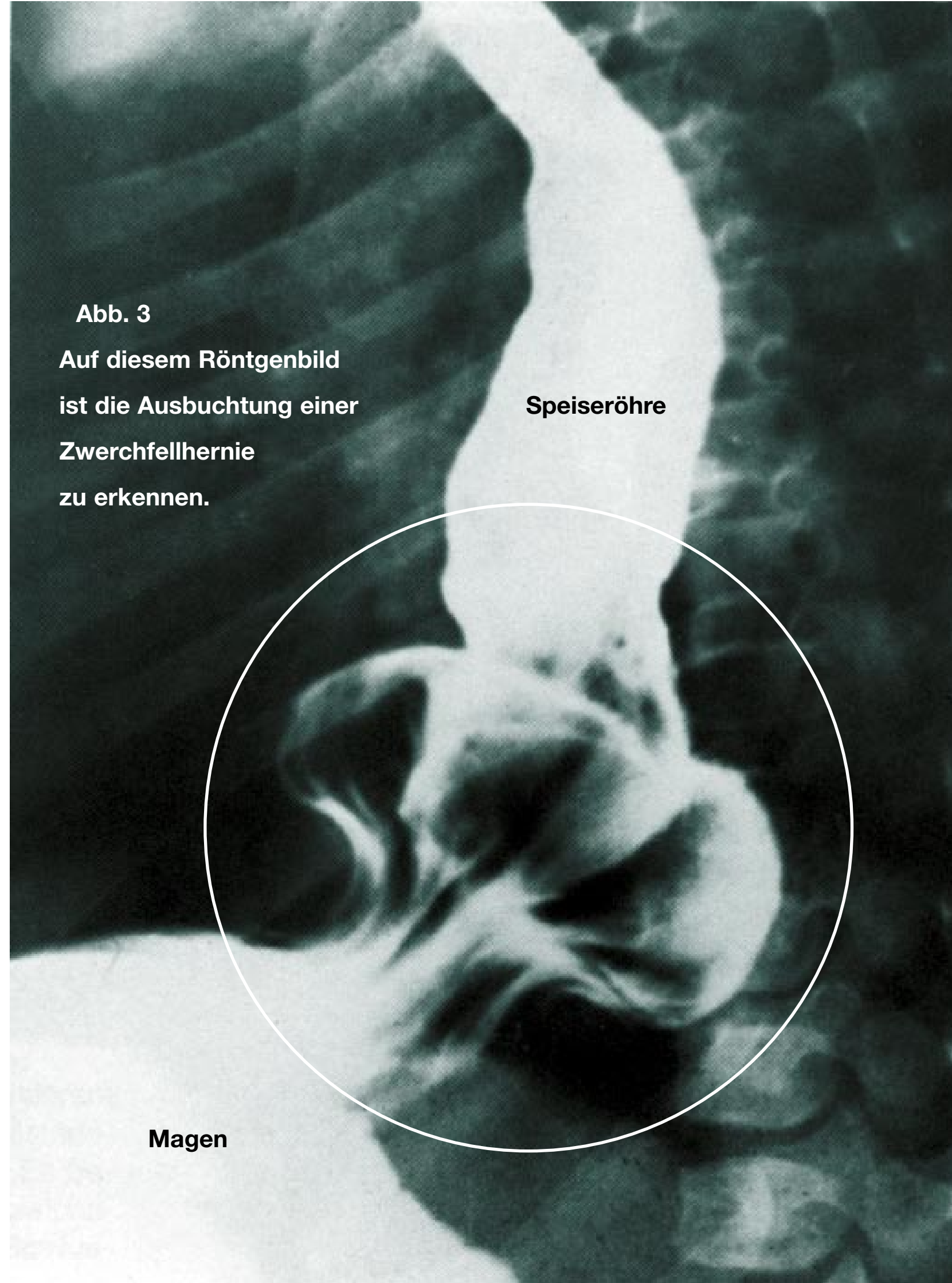
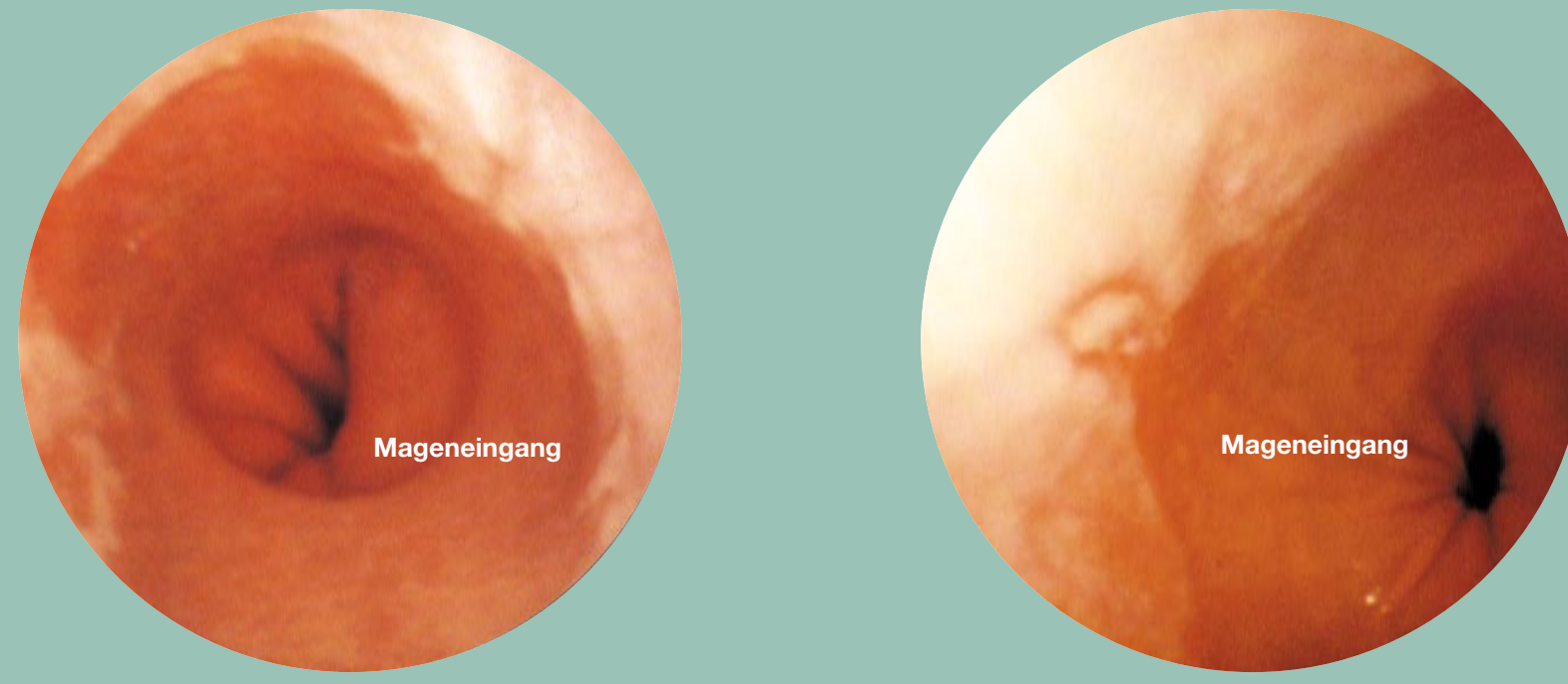


Abb. 3  
Auf diesem Röntgenbild ist die Ausbuchtung einer Zwerchfellhernie zu erkennen.

## Basisdiagnostik

### Magenspiegelung



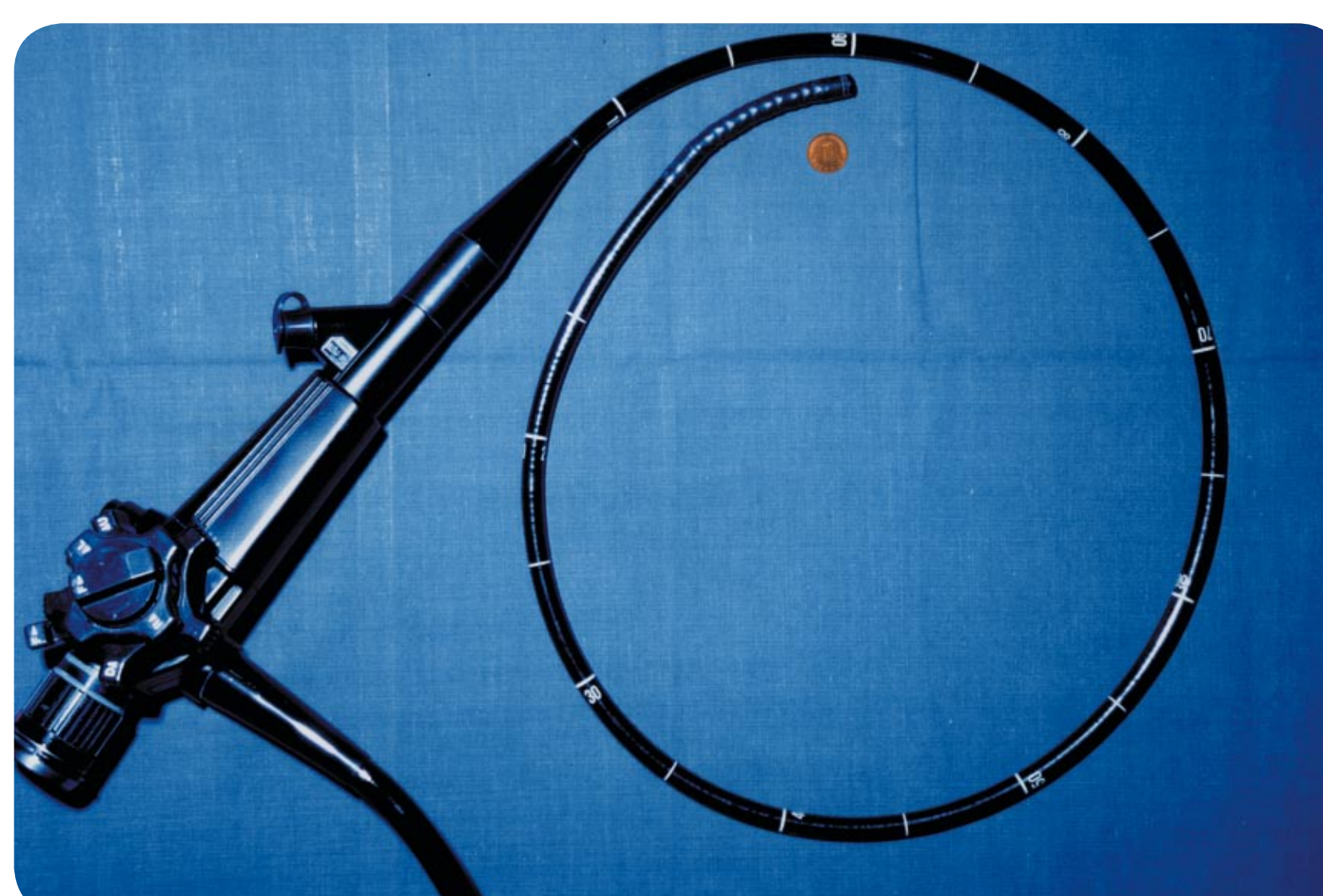
(Abb. 4) Schleimhautentzündung 1. Grades

(Abb. 5) Schleimhautentzündung im fortgeschrittenen Stadium mit so genanntem „Barrett-Ösophagus“

Zur Basisdiagnostik gehört die genaue Erhebung der Krankengeschichte, die körperliche Untersuchung und eine Ultraschalluntersuchung des Oberbauches, bei der sich nicht selten z. B. Gallensteine als Ursache der Beschwerden finden.

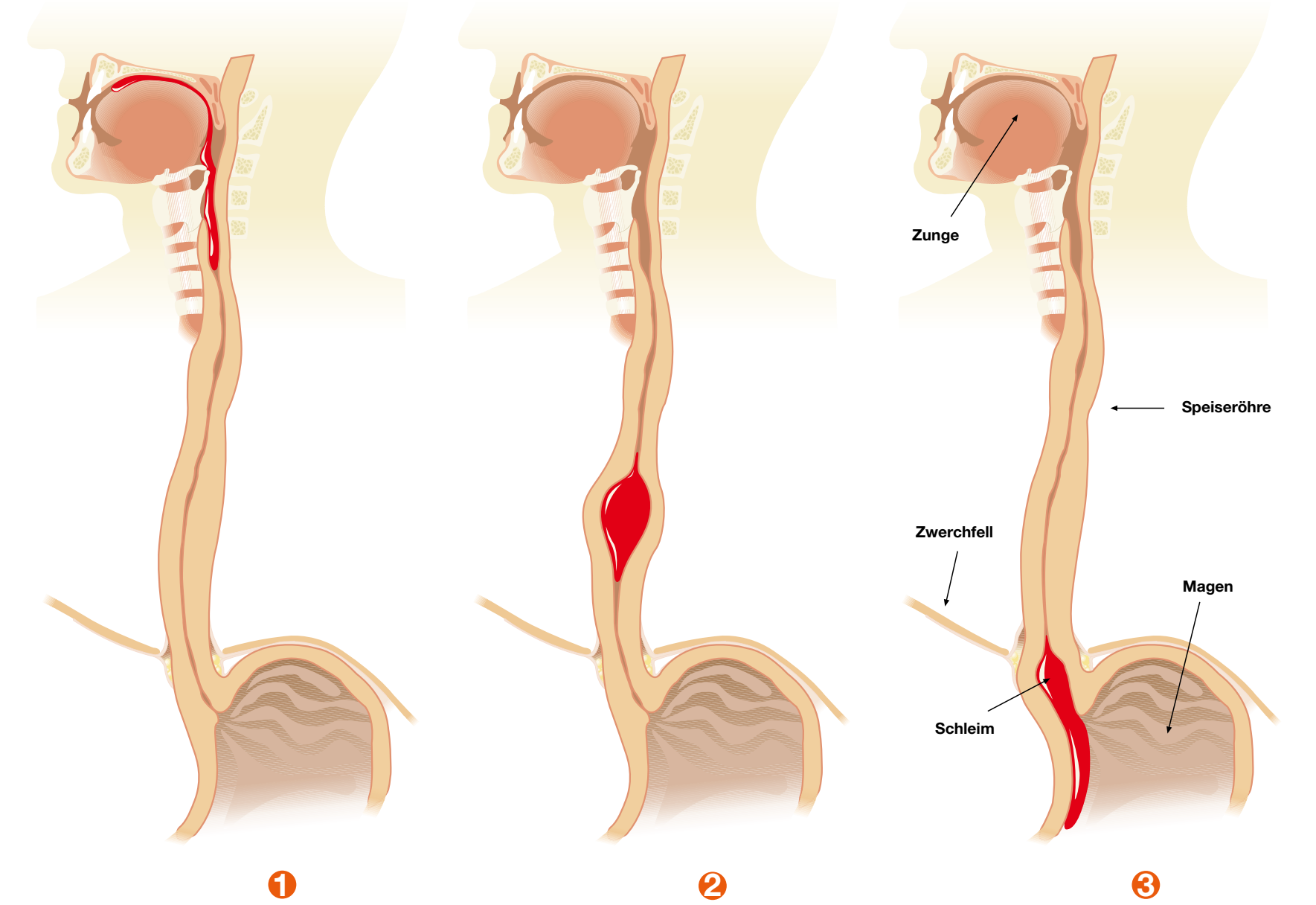
Bei wiederholten oder andauernden Beschwerden sollte eine Gastroskopie, d. h. eine Spiegelung der Speiseröhre und des Magens mit einem biegsamen dünnen Schlauch mit Minikamera (Gastroskop, siehe Abb. 6) erfolgen. Diese Untersuchung kann heute von vielen Hausärzten und Internisten ambulant durchgeführt werden. Die Gastroskopie mit Entnahme von Gewebeproben zeigt, ob eine Schleimhautentzündung vorliegt (Ausprägung siehe Abb. 4, 5), und ob weitere krankhafte Veränderungen wie z. B. eine Schleimhautumwandlung (Barrett-Ösophagus), eine narbige Enge, ein Zwerchfellbruch oder gar ein Tumor vorliegt.

Beim erstmaligen Nachweis einer Refluxösophagitis ist eine weitere Diagnostik zunächst nicht erforderlich. Kommt es trotz medikamentöser Therapie zu keiner Beschwerdebesserung oder treten nach dem Absetzen der Medikamente erneut Refluxbeschwerden auf, sollte unbedingt eine Spezialdiagnostik erfolgen.



• Abb. 6: Gastroskop

## Normaler Schluckvorgang



• Abb. 7

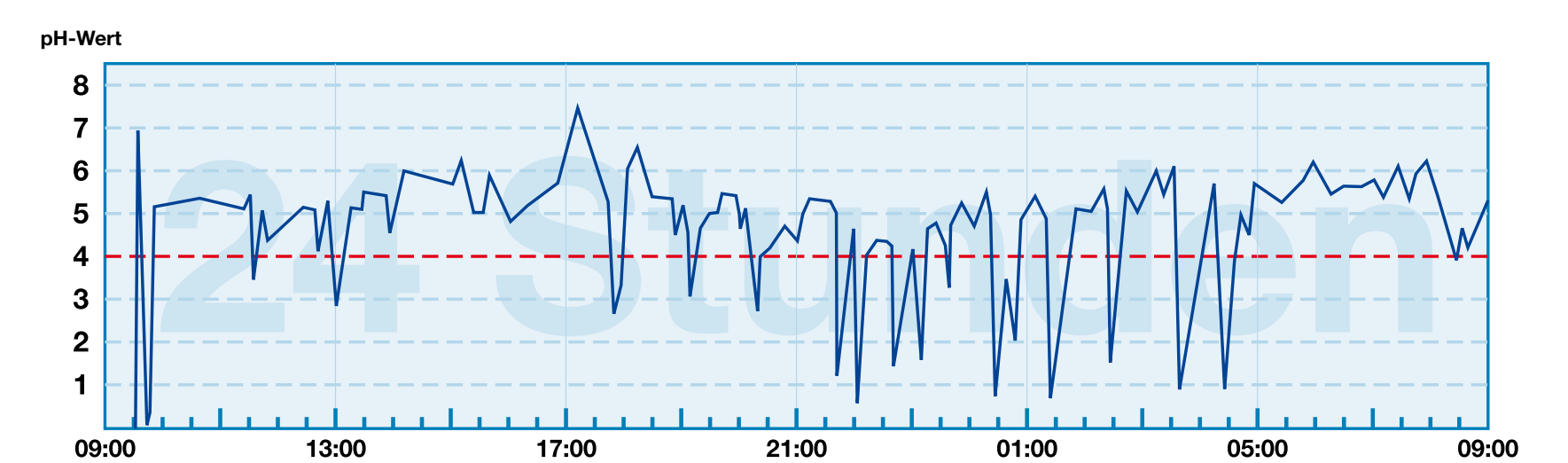
## Spezielle Diagnostik

### 24-Stunden-Säuremessung (24h-pH-Metrie) und Speiseröhrendruckmessung (Ösophagusmanometrie)

Zur weiteren Präzisierung der Diagnose Refluxkrankheit und zur Klärung, ob eine Operation in Betracht kommt, sind diese beiden für den Patienten wenig belastenden aber technisch aufwendigen Spezialuntersuchungen unverzichtbar. Die 24h-pH-Messung und die Ösophagusmanometrie können ambulant durchgeführt werden.

a) Die 24-Stunden pH-Messung: Eine 2 mm dünne Sonde wird über den Nasenrachenraum in die Speiseröhre eingebracht und misst über 24 Stunden den pH-Wert (Säurekonzentration) direkt in der Speiseröhre. Die Sonde wird an einen kleinen Computer angeschlossen, welcher problemlos z. B. am Hosengürtel oder in der Hosentasche vom Patienten mit nach Hause genommen werden kann. Die Auswertung zeigt exakt, wann, wie oft und wie ausgeprägt es im Tages- und Nachtverlauf zu einem Säurerückfluss in die Speiseröhre kommt. (Tab.2: pH-Metrie)

• Abb. 8: Diagramm einer 24-Stunden-Säuremessung in der unteren Speiseröhre



Die zahlreichen Kurvenzacken unterhalb der roten Linie zeigen Episoden einer Speiseröhrenübersäuerung bei einer Refluxkrankheit.

b) Die Druckmessung in der Speiseröhre (Ösophagusmanometrie) erfolgt ebenfalls mit einer in Magen und Ösophagus eingebrachten 5 mm dünnen Sonde. Die Untersuchung dauert ca. 30 Minuten und zeigt, ob die Pumpfunktion der Speiseröhre (Peristaltik) und die Ventilfunktion des unteren Speiseröhrenschließmuskels intakt sind.

In einigen Fällen, z. B. bei dem Verdacht auf krankhafte Veränderungen im Bereich des Magens und Dünndarms, sind weitere Untersuchungen wie z. B. Kontrastmittelröntgen des oberen Verdauungstraktes erforderlich.

Ab Juni 2005 kann die 24-Stunden-Säuremessung (24h-pH-Metrie) und die Speiseröhrendruckmessung in der Medizinischen Abteilung des Wilhelmsburger Krankenhauses Groß-Sand durchgeführt werden.