



UKM MHS

Marienhospital Steinfurt GmbH

Refluxkrankheit

Bei der gastroösophagealen Refluxkrankheit kommt es zu einem Rückfluss (Reflux) von aggressivem Magen- oder Zwölffingerdarminhalt (Duodenum) in die Speiseröhre. Es handelt sich hierbei um die häufigste Erkrankung des oberen Gastrointestinaltrakts. In der westlichen Welt leiden bis zu 40 % der Bevölkerung unter den Beschwerden der Refluxkrankheit.

Ursache:

Der krankhafte Rückfluss von Magen-/Duodenalinhalt basiert meistens auf einer gestörten Funktion des unteren Speiseröhrenmuskels (Sphinkterinsuffizienz). Weitere Ursachen sind:

- Eine gestörte Funktion der Speiseröhre
- Das Vorhandensein eines Zwerchfellbruches
- Eine verzögerte Magenentleerung

Darüber hinaus fördern Übergewicht und falsche Ernährungsgewohnheiten die Entstehung der gastroösophagealen Refluxkrankheit.

Symptome:

- Sodbrennen
- Saures Aufstoßen
- Brennende oder stechende Schmerzen hinter dem Brustbein
- Oberbauchschmerzen
- Hustenreiz
- Heiserkeit

Das Sodbrennen und die Schmerzen hinter dem Brustbein sind besonders ausgeprägt beim Liegen und bei körperlicher Anstrengung.

Die Refluxkrankheit kann unbehandelt zu schwerwiegenden Veränderungen der Speiseröhre führen:

- Speiseröhrenentzündung
- Verengung der Speiseröhre (Schluckbeschwerden)
- Schleimhautveränderungen der Speiseröhre (Barrett-Ösophagus)
- Speiseröhrenkrebs

Diagnostik:

Vor Therapiebeginn muss eine Speiseröhrenspiegelung (Endoskopie) durchgeführt werden, um das Ausmaß der Schädigung festzustellen.

Um das Ausmaß des Refluxes zu bestimmen, ist eine 24h-Säuremessung der Speiseröhre (24h-ph-Metrie) erforderlich. Für diese ambulante Untersuchung wird dem Patienten für 24 Stunden eine dünne Sonde in die Speiseröhre eingelegt, die mit einem Aufzeichnungsgerät verbunden ist. Um Motilitätsstörungen der Speiseröhre zu erfassen, kann eine Druckmessung (Manometrie) veranlasst werden. Mithilfe einer Röntgen-Kontrastmitteluntersuchung können Zwerchfellbrüche, Speiseröhrenengungen und Ausstülpungen der Speiseröhrenwand (Divertikel) diagnostiziert werden.

Die dargestellten Untersuchungen sind für das weitere therapeutische Vorgehen wichtig.

Therapie:

Die Symptome der Refluxerkrankung können in vielen Fällen mit Säureblockern (Protonenpumpeninhibitoren) erfolgreich behandelt werden. Hierzu ist allerdings meistens eine medikamentöse Dauertherapie erforderlich.

Der insuffiziente Verschlussmechanismus des Überganges von Speiseröhre zum Magen kann allerdings nur chirurgisch therapiert werden. Die Indikation zur chirurgischen Behandlung (laparoskopische Antirefluxchirurgie) besteht bei:

- Großen symptomatischen Zwerchfellbrüchen
- Auftreten von Nebenwirkungen der Säureblocker
- Fortschreiten der Erkrankung trotz medikamentöser Dauertherapie über mindestens 1 Jahr

Das Ziel der laparoskopischen Antirefluxchirurgie besteht in der Wiederherstellung des Verschlussmechanismus zwischen Speiseröhre und Magen. Hierfür wird der obere Magenanteil wie eine Manschette um die Speiseröhre gezogen und vernäht (Fundoplikatio). Ein gleichzeitig bestehender Zwerchfellbruch wird verschlossen (Hiatoplastik).

Die Langzeitergebnisse zeigen eine effektive Refluxkontrolle bei etwa 90% der Patienten. Refluxrezidive werden in etwa 3% beschrieben, Reoperationen sind in weniger als 0,7% notwendig.

Chirurgische Methoden:

Die auseinanderklaffenden Zwerchfellschenkel werden durch Nähte wieder vereinigt. Dann wird aus der oberen Magenwand, von hinten um die untere Speiseröhre herum, eine Manschette gebildet. Diese kann als vollständige Manschette (heißt dann 360° Fundoplikatio nach Nissen-Rosetti), oder inkomplette Manschette (270° Fundoplikatio nach Toupet) angelegt werden.

Wir führen routinemäßig mit Erfolg die Methode nach Toupet durch.

Ergebnisse:

Postoperativ leiden bis zu 20 % der Patienten nach klassischer Nissen-Rosetti-Fundoplikatio für etwa 4 Wochen an einer Störung beim Schlucken. Diese tritt bei der Technik nach Toupet nur bei unter 3% der Patienten auf.