

Refluxkrankheit

Was ist Reflux?

Reflux, saures Aufstossen, Sod- oder Magenbrennen - all diese Namen stehen für dasselbe Problem: Magensäure fliesst in die Speiseröhre oder sogar bis in den Rachen- und Mundraum zurück und sorgt dort oft für ein unangenehm brennendes Gefühl. Geschieht dies in einem krankhaften Ausmass, sprechen Mediziner von einer «gastroösophagealen Refluxerkrankung» oder - auf Englisch - einer «Gastro Esophageal Reflux Disease», abgekürzt GERD.

Wie kommt es zu Reflux?

Normalerweise verhindert der Schliessmuskel zwischen Speiseröhre und Magen das Zurückfliessen (den Reflux) von Magensaft in die Speiseröhre. Der häufigste Grund für einen Reflux ist eine gestörte Funktion des Schliessmuskels zwischen Magen und Speiseröhre. Weil der Magensaft nicht nur der Verdauung, sondern auch dem Abtöten von Krankheitserregern dient, ist der Magensaft stark säurehaltig. Die Schleimhaut-Auskleidung des Magens ist hieran angepasst. Ihr kann der ständige Kontakt mit der Säure im Magensaft normalerweise nichts anhaben. Anders ist dies bei den Schleimhäuten ausserhalb des Magens, beispielsweise jener in der Speiseröhre: Sie kann Schaden nehmen.

Was sind typische Reflux-Beschwerden?

Typische Beschwerden bei einem Reflux sind Sodbrennen, ein brennendes Gefühl in der Brust oder hinter dem Brustbein. Auch saures Aufstossen oder sogar ein saurer Geschmack im Mund können Anzeichen für einen Reflux sein. Ein eindeutiges Symptom ist Magensaft, der nach oben in den Rachenraum läuft (= «Regurgitation»). Auch Magenbrennen, das heisst ein brennendes Gefühl im Oberbauch, kann auf vermehrten Reflux hinweisen. In der Regel treten Reflux-Beschwerden besonders nach dem Essen, beim Bücken oder in der frühen Nacht im Liegen auf.

Gibt es auch Symptome, bei denen man nicht automatisch an Reflux denkt?

Ja, die gibt es. Insgesamt liegt diesen Symptomen aber selbst bei Reflux-PatientInnen oft nicht der Reflux, sondern eine andere Ursache zugrunde. Zu solchen, so genannten «atypischen» Reflux-Beschwerden zählen beispielsweise Brustschmerzen, (vor allem morgendliche) Heiserkeit oder Asthma. Kleinste Mengen zurückgeflossener Magensäure können – wenn sie immer wieder eingeatmet werden – chronischen Husten auslösen. Dies kann auch durch eine Stimulation von Druckrezeptoren im unteren Teil der Speiseröhre geschehen. Die Säure im Magensaft kann möglicherweise auch Entzündungen in der Rachengegend und Zahnschmelzschädigungen verursachen.

Ist Reflux eine Krankheit?

Vor allem nach den Mahlzeiten ist es normal, dass etwas Mageninhalt in die Speiseröhre zurückfliesst. Meist spürt man das gar nicht. Gelegentlich kann es zu saurem Aufstossen bis in den Mund kommen. Solche Beschwerden sind relativ häufig: 10 bis 20 Prozent der Bevölkerung leiden ein- bis zweimal in der Woche unter solchen Symptomen, ohne dass es zu Folgeschäden kommt.

Von krankhaftem (medizinisch «pathologischen») Reflux spricht man erst, wenn die Reflux-Beschwerden häufiger, regelmässig oder über längere Zeit hinweg auftreten. Doch die Refluxkrankheit ruft nicht zwingend auffällige Symptome hervor. Sie kann sogar gänzlich unbemerkt bleiben, aber trotzdem zu Folgeschäden führen. Unter einem pathologischen Reflux leiden etwa 10 Prozent der Bevölkerung.

Welche Folgen hat ein chronischer Reflux?

Bei den meisten Betroffenen zieht selbst ein chronischer Reflux keine Folgeschäden nach sich. Er verursacht zwar unangenehme oder auch belastende Symptome, aber es kommt zu keinen sichtbaren Schäden an der Speiseröhre. Mediziner nennen diese Variante der Refluxkrankheit «nicht-erosiv».

Ein Teil der PatientInnen ist allerdings von der «erosiven» Form der Krankheit betroffen. Bei ihnen entzündet sich die Schleimhaut, die das Innere der Speiseröhre auskleidet. Diese Entzündung ist als oberflächliche Verletzung der Schleimhaut sichtbar und ähnelt einer Schürfwunde. Man spricht dann von einer «Refluxösophagitis».

Selten bildet sich an der verletzten Schleimhaut Narbengewebe, das beim Schlucken als störender Widerstand empfunden wird. Eine weitere Spätfolge von chronischem Reflux, die etwa 20 Prozent der Betroffenen und zu einem grösseren Anteil Männer betrifft, ist der so genannte «Barrett-Ösophagus». Hierbei hat sich die Schleimhaut der Speiseröhre aufgrund der andauernden Reizung durch die Magensäure verändert. Statt der normalen Speiseröhren-Schleimhaut ist der «Barrett-Ösophagus» von einer Magen-ähnlichen Ausprägung der Schleimhaut ausgekleidet. Ein «Barrett-Ösophagus» sollte überwacht, und, falls er sich verändert, entfernt werden, da ein gewisses Risiko besteht, dass solche Veränderungen bösartig werden. Welche Form der Refluxkrankheit vorliegt – eine erosive oder nicht-erosive –, oder ob gar schon Schleimhautveränderungen bestehen, lässt sich nur mit Hilfe einer Magenspiegelung (medizinisch «Gastroskopie») beurteilen.

Wie wird Reflux diagnostiziert?

Reflux kann zu den klassischen Symptomen führen (saures Aufstossen), «atypische» Symptome haben oder auch ganz ohne Symptome auftreten. Der erste diagnostische Schritt ist die Magenspiegelung («Gastroskopie»). Zeigt sich dabei eine Entzündung im Bereich der Speiseröhre oder eine Umwandlung der oberflächlichen Haut in der Speiseröhre («Barrett-Ösophagus») ist der Reflux bewiesen. Wenn die Magenspiegelung erst durchgeführt wird, wenn man schon eine gewisse Zeit Medikamente gegen die Säure eingenommen hat, kann

es sein, dass die Entzündung nicht mehr sichtbar ist. In diesen Fällen, oder wenn Reflux ohne Entzündung vorliegt, kann es notwendig sein den Reflux der Säure vom Magen in die Speiseröhre zu messen. Das macht man durch einen Test, der über 24 Stunden erfolgt und «pH-Metrie» heisst. Gelegentlich findet der Arzt bei einer Magenspiegelung auch eine Refluxerkrankung, ohne dass die Patientin Symptome hat.

Wer bekommt Reflux?

Der Reflux ist wenig «wählerisch»: Es gibt weder einen Unterschied zwischen Frauen und Männern, noch zwischen verschiedenen Altersgruppen. Allerdings gibt es Risikofaktoren, die ihn begünstigen. Wie bereits erwähnt ist die gestörte Funktion des Verschlussapparates, der den Magen gegen die Speiseröhre hin schliesst, von wesentlicher Bedeutung. Weitere Risikofaktoren sind grosse Mahlzeiten, vor allem spät abends oder (starkes) Übergewicht.

Warum bekommt man Reflux?

Nicht immer lassen sich die Ursachen einer Reflux-Krankheit klären. Manchmal allerdings liegt der Krankheit ein so genannter Zwerchfellbruch zugrunde: Die Speiseröhre verläuft durch eine natürliche Lücke im Zwerchfell (medizinisch «Hiatus»). Diese Lücke ist normalerweise eng, liegt genau am Übergang von Speiseröhre und Magen und dient zusammen mit dem Schliessmuskel als Schutz vor zu viel Reflux. Wenn dieser Verschluss nicht funktioniert, kann dies zu einem verstärkten Reflux führen.

Kann ich einfach in die Apotheke gehen oder soll ich einen Arzt aufsuchen?

Falls Sie nach einem schweren Abendessen gelegentlich Sodbrennen haben, können Sie sich in der Apotheke beraten lassen und dort - nicht verschreibungspflichtige - Medikamente kaufen, beispielsweise so genannte Antazida oder niedrig dosierte «Säureblocker». Wenn die Refluxbeschwerden aber immer wieder auftreten oder während ein paar Tagen täglich vorhanden sind, sollten Sie Ihren Hausarzt aufsuchen.

Was sind Antazida?

Antazida wie Alucol®, Riopan® oder Rennie® sind Mittel, die Magensäure neutralisieren. Es sind schwache Basen, die meist auf Aluminium- und Magnesiumhydroxid basieren. Neuere Antazida (etwa Gaviscon®) bilden zusätzlich eine neutrale Schutzschicht auf der Oberfläche des Mageninhaltes. Diese fliesst bei einer Reflux-Episode mit in die Speiseröhre zurück und schützt deren Schleimhaut vor der Magensäure und mildert dadurch auch die Reflux-Symptome. Antazida wirken innert Minuten und werden bei Bedarf eingenommen, das heisst, wenn die Beschwerden auftreten. Nur in Einzelfällen werden sie zur Vorbeugung verwendet. Bei gelegentlicher Anwendung sind die Mittel harmlos. Vorsichtig sollten Menschen mit geschwächten Nieren sein. Insbesondere bei häufigerer Einnahme können Antazida zu Durchfall führen.

Was sind «Säureblocker»?

Neben den Antazida gibt es ohne Rezept auch Medikamente, die die Säuresekretion verringern und dadurch die Refluxsymptome lindern oder sogar ganz zum Verschwinden bringen. Zwei Arten solcher so genannter «Säureblocker» stehen zur Verfügung: «H2-Rezeptor Antagonisten» und «Protonenpumpenblocker». Beide Medikamentengruppen bewirken, dass der Magen weniger Säure produziert. Die Protonenpumpenblocker (abgekürzt als «PPI») sind potenter als die «H2-Rezeptor Antagonisten», die zudem nach einiger Zeit Ihre Wirksamkeit verlieren. Beide wirken erst nach Aufnahme in den Blutkreislauf, nicht lokal im Magen, und sollten deshalb auf nüchternen Magen eingenommen werden, im idealen Fall etwa 15 bis 30 Minuten vor einer Mahlzeit. Säureblocker gibt es nur in kleinen Mengen und niedriger Dosis rezeptfrei. Wie die Antazida sollte man auch sie nur über kurze Zeit oder bedarfsweise einnehmen. Hilft dies nicht, sollten Sie mit Ihrem Arzt sprechen.

Kann man Säureblocker beliebig lange einnehmen?

Beide Arten von «Säureblockern», die «H2-Rezeptor Antagonisten» und die «Protonenpumpenblocker», sind sichere Medikamente und eignen sich auch für eine Dauertherapie. Dies ist bei PatientInnen mit Refluxkrankheit oft notwendig. Eine lebenslange tägliche Einnahme muss beispielsweise zwingend sein, wenn es bereits einmal zu einer schweren Entzündung der Speiseröhre gekommen ist. Hierfür greift man zu den stärker wirkenden Protonenpumpenblockern.

In anderen Fällen kann auch eine bedarfsorientierte Therapie ausreichen, bei der die Betroffenen – nach vorheriger Absprache mit dem Arzt - selbst entscheiden können, wie häufig sie den Säureblocker einnehmen.

Gibt es andere Behandlungsmöglichkeiten als Medikamente?

Auch die Ernährungs- und Lebensgewohnheiten haben einen Einfluss auf die Reflux-Beschwerden. Deshalb sind auch nicht-medikamentöse Massnahmen erfolgversprechend und können helfen, den Bedarf an Medikamenten zu reduzieren.

Die wichtigsten Punkte hierbei sind:

- Bei Übergewicht abnehmen: Übergewicht steigert den Druck in der Bauchhöhle, so dass Teile des Mageninhaltes eher in die Speiseröhre zurückfliessen.
- Nicht rauchen: Rauchen verschlechtert die Funktion des unteren Schliessmuskels der Speiseröhre.
- Lebensmittel meiden, die den Druck im unteren Schliessmuskel der Speiseröhre senken: Hierzu gehören fettreiche Nahrungsmittel, Alkohol, Kaffee oder Tee.
- Insbesondere am Abend auf grosse und fettreiche Mahlzeiten verzichten: Je fetter und voluminöser die Mahlzeit, zu desto mehr Reflux-Episoden kommt es.
- Früher zu Abend essen: Eine späte Mahlzeit führt in Rückenlage – im Bett – zu vermehrtem Reflux.

- Schlafen mit erhöhtem Kopfe (Kissen oder Aufbocken des Bettes): Dies hilft, den Rückfluss aus dem Magen in die Speiseröhre zu reduzieren.

Wann muss ich eine Magenspiegelung durchführen lassen?

Falls die Reflux-Beschwerden trotz medikamentöser Therapie nach zwei Wochen nicht verschwunden sind oder zusätzlich zu den Reflux-Beschwerden Alarmsymptome vorliegen, sollte zwingend eine Magenspiegelung (Gastroskopie) durchgeführt werden. Nur so lässt sich eine Erkrankung der Speiseröhre oder des Magens, wie beispielsweise ein Barrett-Ösophagus, ein Tumor oder eine Komplikation der Refluxösophagitis ausschliessen.

Alarmsymptome sind beispielsweise eine Blutarmut (Anämie), Fieber, Nachtschweiss oder Gewichtsverlust, sowie Schluckschwierigkeiten oder -schmerzen. Auch wenn in der nahen Verwandtschaft Krebserkrankungen aufgetreten sind, sollte man dies mit einem Arzt besprechen.

Ab dem 50. Lebensjahr ist bei PatientInnen mit Reflux-Beschwerden eine Magenspiegelung auch ohne weitere Symptome empfehlenswert.

Ich habe Schwierigkeiten beim Schlucken, muss man das untersuchen?

Ja. Auch bei Schluckbeschwerden - seien es Schmerzen, das Gefühl des Steckenbleibens von Nahrung oder Krämpfe - sollte auf jeden Fall eine Magenspiegelung durchgeführt werden. Haben Sie solche Symptome, sollten Sie Ihren Arzt aufsuchen und dies mit ihm besprechen.

Wie oft sollte der Magen gespiegelt werden?

Falls bereits einmal eine Magenspiegelung durchgeführt worden ist und dabei keine Entzündung der Speiseröhre und keine Folgeschäden gefunden wurden, ist eine weitere Magenspiegelung erst nötig, falls sich die Symptome verändern.

Falls in der ersten Magenspiegelung Entzündungen oder Folgeschäden diagnostiziert wurden, sind je nach Befund regelmässige Magenspiegelungen notwendig. Besprechen Sie dies mit Ihrem Arzt.

Soll ich mich operieren lassen?

Es gibt nur eine Reflux-Operation, für die genügend wissenschaftliche Daten belegen, dass sie sowohl wirkt als auch keine übermässigen Risiken birgt. Dies ist die sogenannte «Fundoplicatio». Sie soll die Funktion des unteren Schliessmuskels der Speiseröhre verbessern. Zu diesem Zweck legt der Arzt eine Manschette aus den obersten Magenanteilen um die Speiseröhre herum. Die Fundoplicatio wird heute meist in Schlüssellochtechnik («laparoskopisch») durchgeführt, das heisst, der Arzt führt die Instrumente durch kleine Einschnitte in der Haut ein.

Die Fundoplicatio ist zwar die chirurgische Standardtherapie für die Reflux-Krankheit, sie ist aber nur für einen kleinen Teil der PatientInnen tatsächlich sinnvoll. Denn die Medikamente, die zur Behandlung eines Refluxes zur Verfügung stehen, sind gut und auch bei einer Langzeitanwendung sicher. Und die Operation ist zwar etabliert, birgt aber trotzdem Risiken: So leiden etwa 20 Prozent der Operierten auch nach einer Fundoplicatio noch an Reflux-Beschwerden und sind weiterhin auf Medikamente angewiesen. Selten kann auch eine von geübten Chirurgen durchgeführte Fundoplicatio dazu führen, dass die Betroffenen nicht mehr aufstossen oder erbrechen können oder unter starken Blähungen leiden.

Ein klarer Grund für die Operation ist lediglich ein sogenannter Volumen-Reflux, bei dem der Magenverschluss völlig fehlt und der Nahrungsbrei – etwa beim Liegen oder beim Bücken – immer und in grossen Mengen in Richtung Mund fliesst.

Was ist mit neuen, experimentellen Operationstechniken?

Immer wieder hört man von neuen Techniken, die Refluxkrankheit zu behandeln. Häufig handelte es sich um neue Operationsmethoden, die aber oft nur auf einer sehr dünnen Datenlage basierten und lediglich an wenigen PatientInnen erprobt waren. Praktisch alle von ihnen verschwanden nach wenigen Jahren wieder, weil es zu schweren Komplikationen oder sogar Todesfällen gekommen war und die Wirksamkeit der Methode und Schwere des mit ihr behandelten Krankheitsbildes dieses Risiko nicht rechtfertigten – zumal es wirksame und deutlich risikoärmere medikamentöse Therapien gibt.

Magendarmliga Schweiz
Postfach 2705
3001 Bern
Tel. +41 31 301 25 21
Fax. +41 31 301 25 80
www.magendarmliga.ch

Schweizerische Gesellschaft
für Gastroenterologie SGG/SSG
www.sggssg.ch

Die Verfassung dieser Publikation und die Magendarmliga werden unterstützt von:

ABBOTT AG, Diagnostics Division	Olympus Optical (Schweiz) AG
AbbVie AG	OpoPharma Vertriebs AG
Almirall AG	Permamed AG
AstraZeneca AG	Pfizer AG
Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	Pro Farma AG
Ferring AG	Sandoz Pharmaceuticals AG
Geberit Vertriebs AG	Sucampo AG
MEDA Pharma GmbH	Takeda Pharma AG
Merck Sharp & Dohme AG	Vifor AG
Norgine AG	Stand März 2016