

# Sodbrennen – Reflux 2024

## Eine Volkskrankheit

---

**Prof. Dr. Gerhard Treiber**

**Praxis für Gastroenterologie am Bahnhof Aarau  
Lehrbeauftragter der Universität des Saarlandes (UKS)**

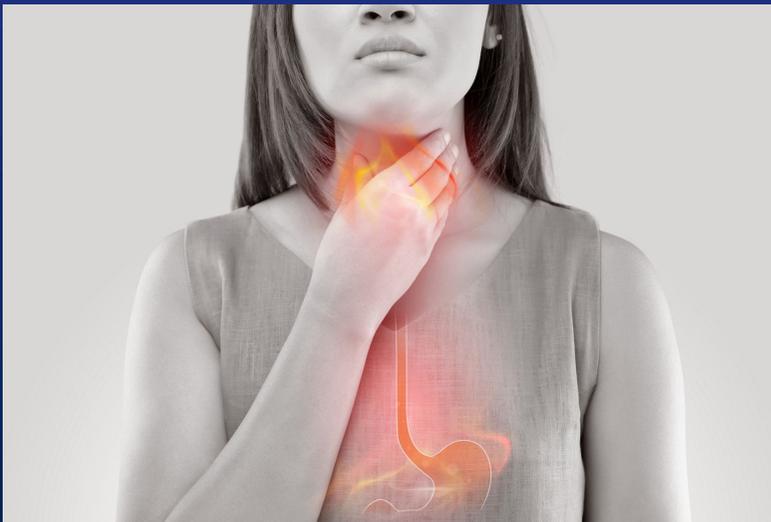
([www.gastro-aarau.ch](http://www.gastro-aarau.ch))

# RE-FLUX = “Zurück-Strömen”

## Natürlicher Reflux:

Meist kurze Episoden, vor allem nach definierten Auslösern (Völlerei, Genussmittel), bedingt durch kurzdauernde Erschlaffungen des Schliessmuskels der Speiseröhre am Mageneingang („Aufstossen“)

## Refluxkrankheit:



Der Rückfluss tritt gehäuft auf und ist mit stärkeren Beschwerden (z.B. „Sodbrennen“) verbunden. Er kann endoskopisch

- normal
- nicht-erosiv (**NERD**) oder
- erosiv (**GERD**), ausfallen



# REFLUX Symptome

*Können sich sehr verschieden äussern*

<b><u>TYPISCHE</u> Symptome</b> Nur bei 2/3 der Pat. Vorhanden !!!	<b>Fakultative Symptome in Höhe Mageneingang</b>	<b>Atypische Symptome („incl. Stiller Reflux“) oberhalb der Speiseröhre</b>
<b>Sod-/Magenbrennen</b>  (≥ 2x/Woche regelmässig)	Druck hinter dem Brustbeim (↔ Herz !), Gefühl des Steckenbleibens von bestimmten Speisen	<u>Auf Kehlkopfniveau (LPR):</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klossgefühl</li> <li>• Räusperzwang</li> <li>• Trockener Reizhusten</li> <li>• Verschleimung</li> <li>• Seifiger, bitterer oder metallischer Geschmack</li> <li>• Halsschmerzen</li> <li>• Abschluckschmerzen</li> </ul>
Regurgitation (Erbrechen)	Übelkeit, Einschnüren im Magenbereich	<u>Oberhalb des Kehlkopfs:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Abnorme Karies</i></li> <li>• <i>Mandelentzündungen</i></li> <li>• <i>NNH / Mittelohr-Entzündungen</i></li> <li>• <i>Asthma</i></li> </ul>

# Fakten zur Refluxkrankheit

- **Refluxzunahme:** in England 3x häufiger innert der letzten 30 Jahre
- **Ursachen/Einflussfaktoren:**

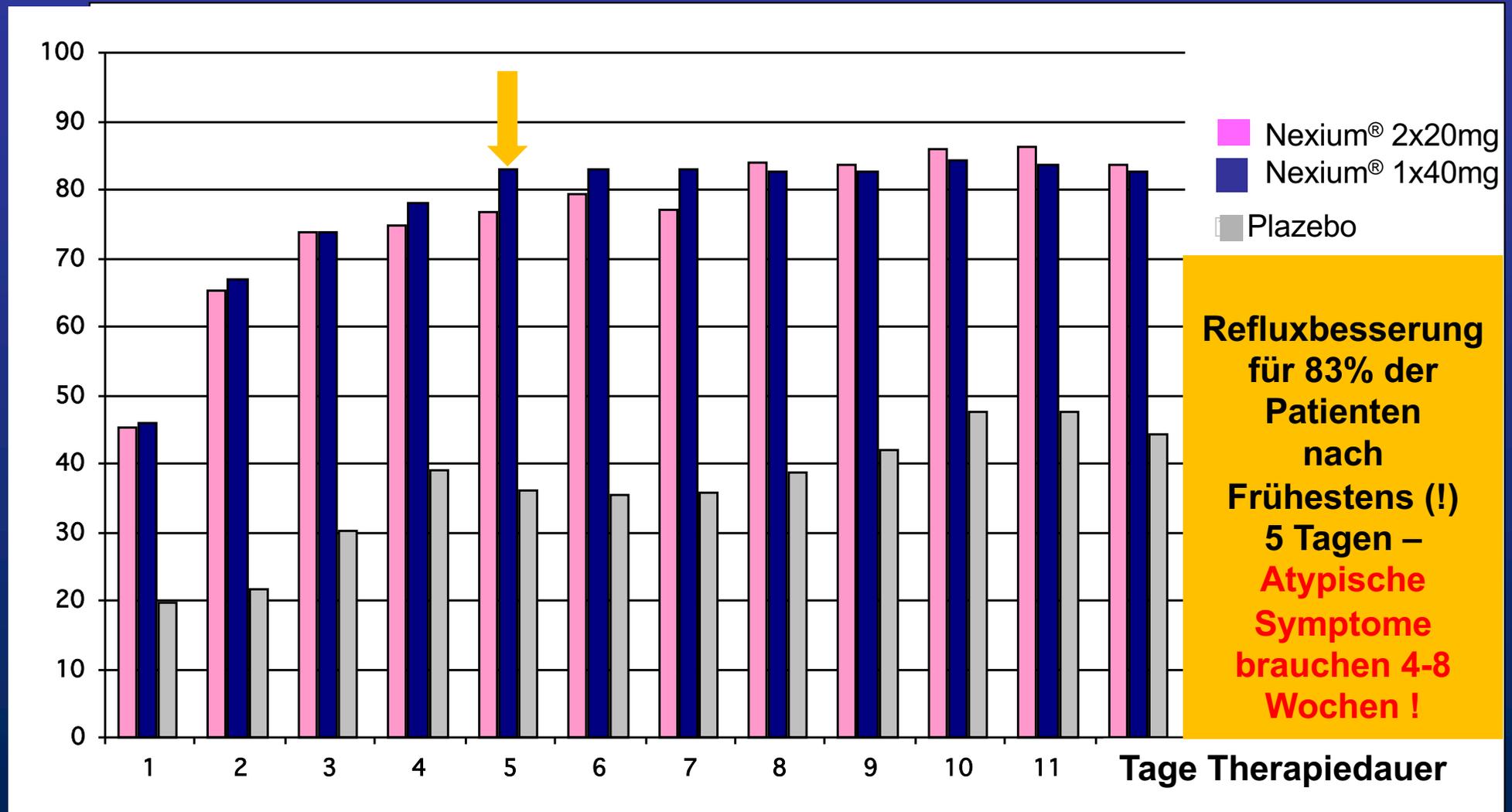
<b>Einfluss auf Refluxentstehung gesichert</b>	<b>Höheres Alter, Übergewicht (v.a. Bauchansatz), männliches Geschlecht, Bildungsstand, Einkommen, Familienstand, Einnahme von bestimmten Schmerzmitteln NSAR/ASS, Kaffee &gt; Teekonsum, Kohlensäure-Getränke</b>
<i>Einfluss unsicher/ Ausmass variabel</i>	<i>Rauchen, Alkohol, scharfe Gewürze etc., Wohnumfeld (Land vs Stadt), STRESS-Belastung</i>

- **Eingeschränkte Lebensqualität:** die Lebensqualität ist z.B. vergleichbar eingeschränkt wie bei Asthma bronchiale;

# Medikamentöse Therapie der Refluxkrankheit

- **Säureblocker:** bis 1990 H-2 Blocker (nicht mehr in CH verfügbar), seitdem **Protonen-Pumpen-Blocker (PPI),** Wirksamkeit kann variieren je nach Medi
- **Prokinetikum: Motilium (Paspertin)** beschleunigen die Magenentleerung
- **Barrierefunktion: Gaviscon(elle),** keine NW, wirkt nicht mehr bei Hernie
- **Neutralisatoren: Antazida (Riopan, Alucol etc.),** kurze Wirkdauer !
- **Ab-/Umsetzen von Ca-Antagonisten/Nitraten,**  
diese hemmen die Schliessmuskelfunktion und begünstigen somit Reflux
- **Andere Medikamente sind nicht zur Therapie der Refluxkrankheit zugelassen, können im Einzelfall erwogen werden**

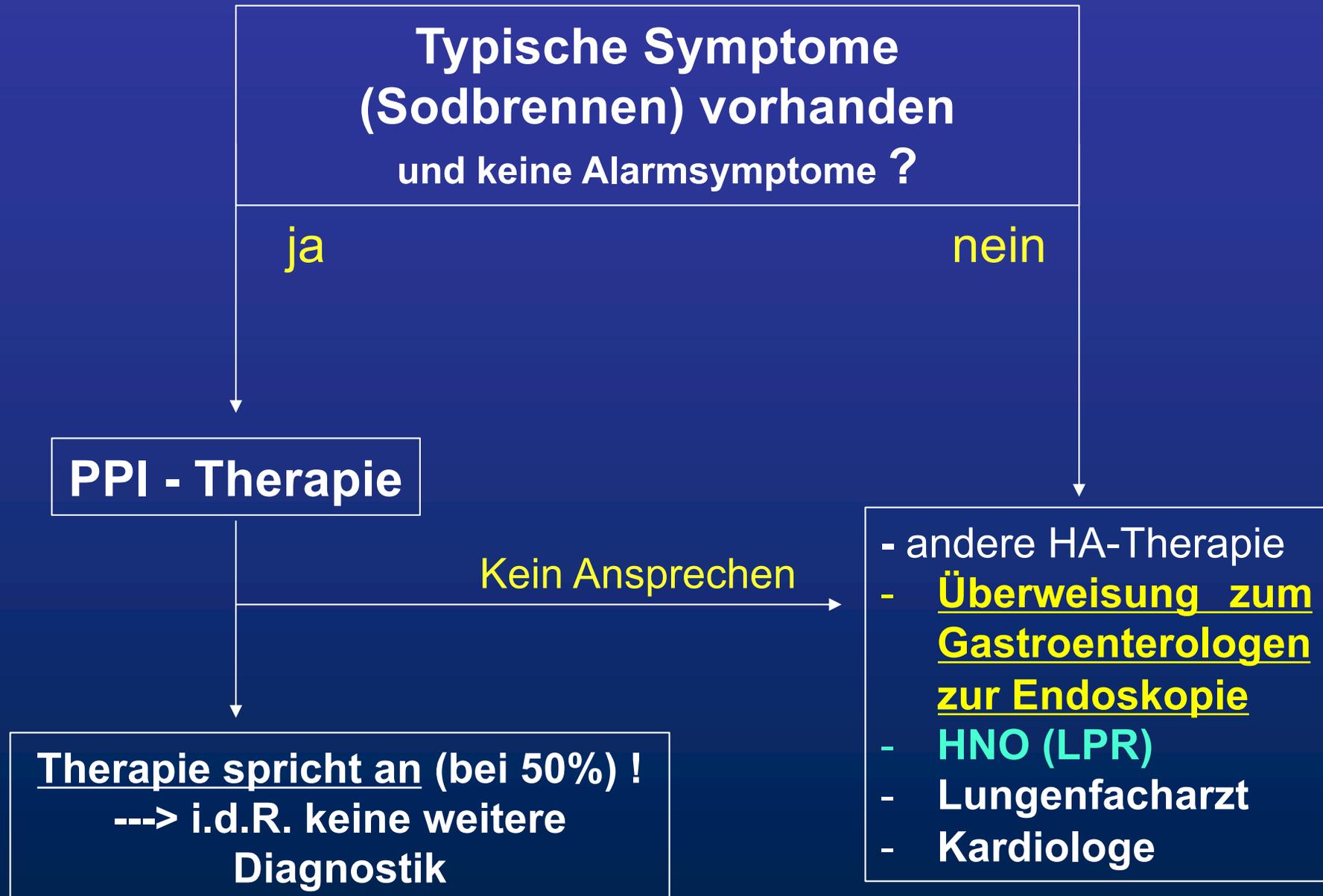
# Wie schnell wirkt das Standard Medikament - der Säureblocker (PPI) (Protonenpumpeninhibitor)



# Die PPI – Wirksamkeit ist je nach Symptom unterschiedlich

Reflux-Parameter	PPI-Effektivität	Netto PPI-Gewinn gegenüber Placebo	Wieviele Patienten müssen behandelt werden für EINEN GEHEILTEN Refluxpatienten
<b>Sodbrennen ohne Endoskopische Diagnose (= Hausarztsituation)</b>	<b>70%</b>	<b>45%</b>	<b>2.2</b>
Endoskopisch erosive Entzündung (GERD)	86%	58%	1.8
Sodbrennen ( <u>mit</u> Erosionen)	56%	48%	2.1
Sodbrennen ( <u>ohne</u> Erosionen)	40%	27%	3.7
Regurgitation/Aufstossen (ohne Sodbrennen)	64%	18%	5.7
Brustschmerz BEI Refluxkrankheit	75%	58%	1.7
Brustschmerz OHNE Refluxkrankheit	28%	3%	30
Reizhusten	18%	9%	11.4
Sonstige Kehlkopfsymptome (LPR)	16%	1%	80

# Refluxpräsentation beim Hausarzt



# Vorgehen je nach Ergebnis der Magenspiegelung

**Erosive  
Entzündung**



**Optimierte Therapie:**

- Life-Style
- Medikamente
- Gewichtsreduktion

Oder:

- OP falls Hernie

Diagnose Reflux  
gesichert

**Nicht-Erosive  
Entzündung**



-Therapie individuell

Diagnostik fakultativ:

- **HNO (LPR)**
- Lungenfacharzt
- Kardiologe

Diagnose Reflux möglich aber nicht gesichert

**„Normal“**



**Funktionsdiagnostik  
Ohne Medikation !!!**

- Refluxmessung
- Röntgen
- Druckmessung

# Präsentation bei Magenspiegelung: beweisende Reflux-Veränderungen

Erosionen, Geschwüre Barrett-Schleimhaut

Refluxdiagnose  
gesichert

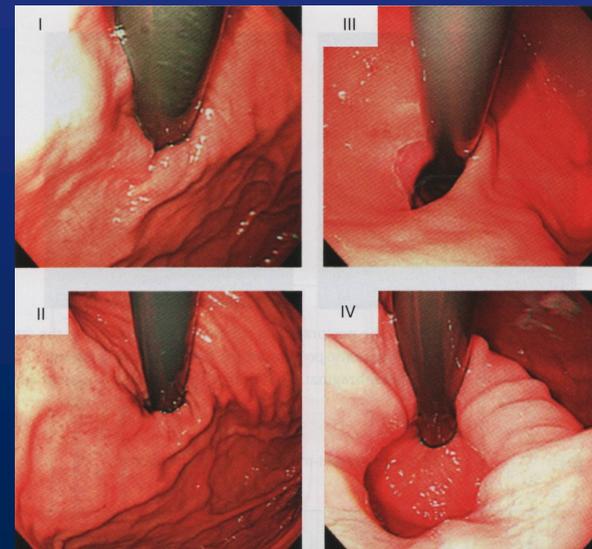
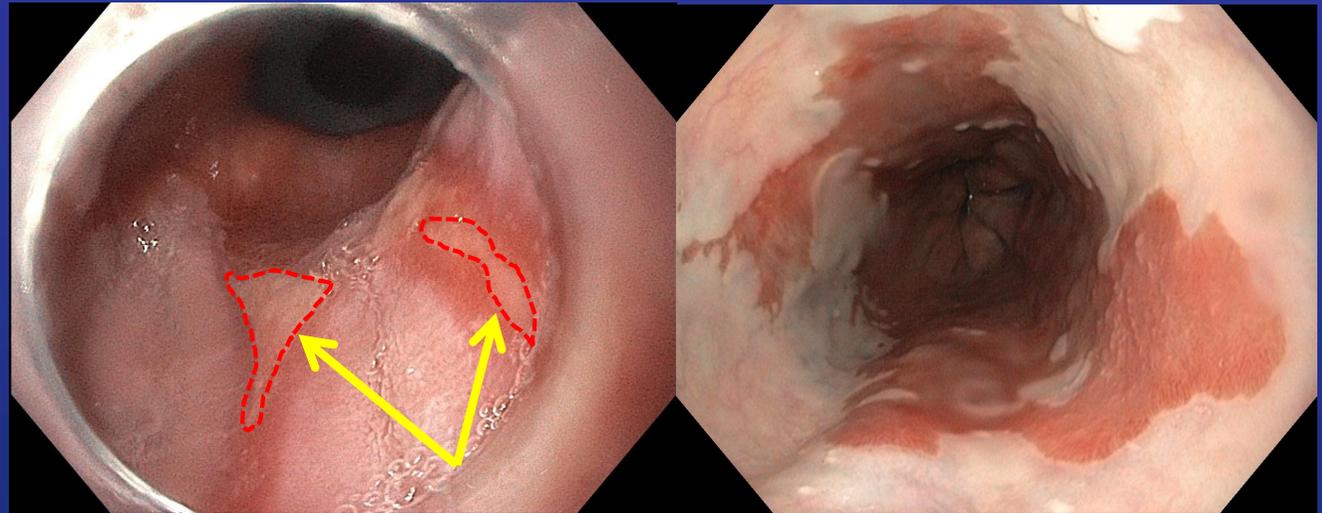


Optimierte Therapie:

- Life-Style
- Medikamente
- Gewichtsreduktion

Oder:

- OP falls Hernie  
(=Zwerchfelllücke s.re)



# Vorgehen je nach Ergebnis der Magenspiegelung

**Erosive  
Entzündung**



**Optimierte Therapie:**

- Life-Style
- Medikamente
- Gewichtsreduktion

Oder:

- OP falls Hernie

**Nicht-Erosive  
Entzündung**



-Therapie individuell

Diagnostik:

- HNO (LPR)
- Lungenfacharzt
- Kardiologe

**„Normal“**



**Funktionsdiagnostik  
Ohne Medikation !!!**

- Refluxmessung
- Röntgen
- Druckmessung

Falls Reflux weiterhin  
zu vermuten



# Präsentation bei Magenspiegelung: mutmassliche Reflux-Veränderungen

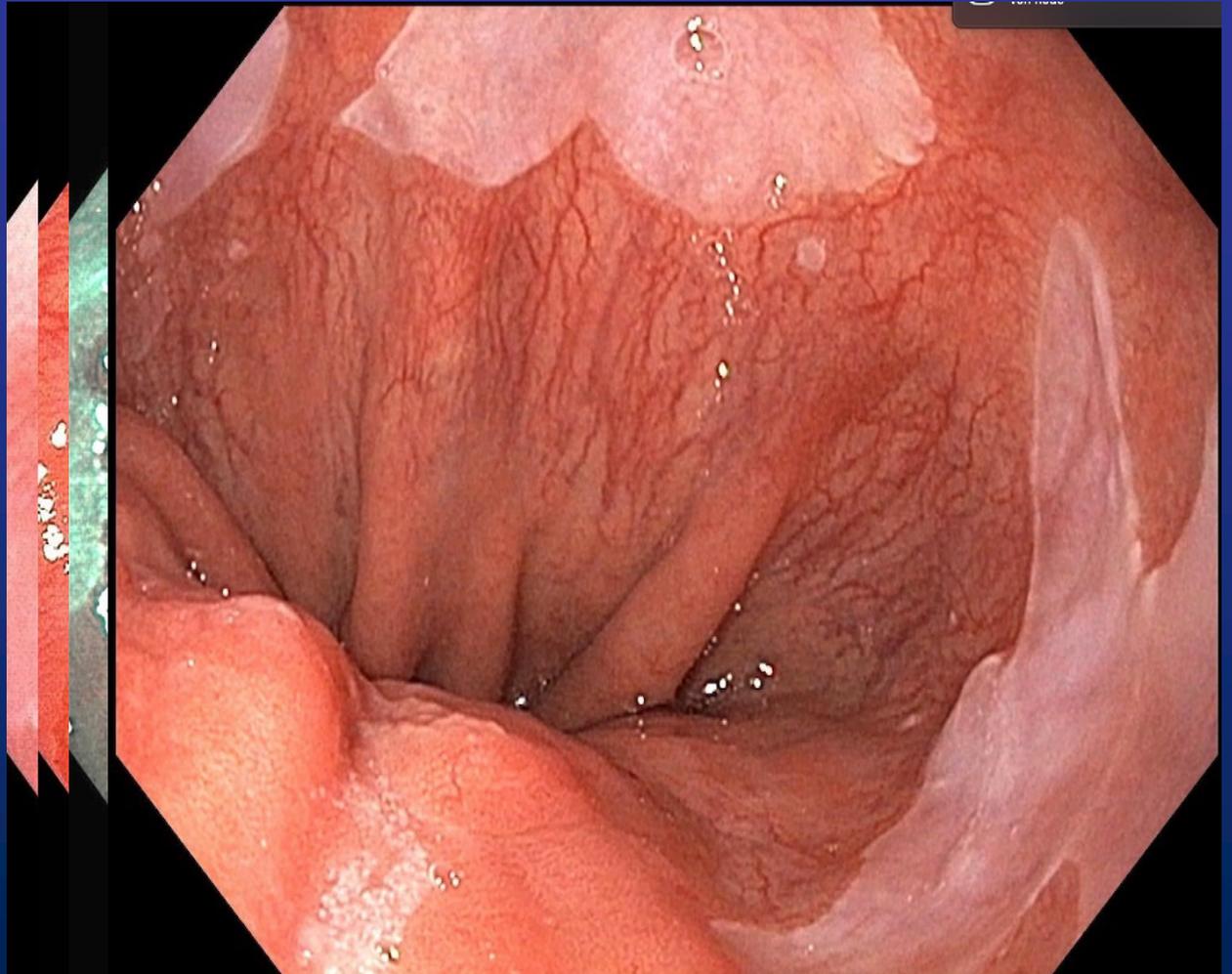
Nicht-erosive  
Refluxtypische  
Veränderungen (Indizien)

**Refluxdiagnose  
möglich, aber  
Nicht gesichert**



**Optimierte Therapie wie  
bei gesichertem Reflux.**

**Problem: was tun falls  
keine Besserung ???**



# Vorgehen je nach Ergebnis der Magenspiegelung

**Erosive  
Entzündung**



**Optimierte Therapie:**

- Life-Style
- Medikamente
- Gewichtsreduktion

Oder:

- OP falls Hernie

**Nicht-Erosive  
Entzündung**



-Therapie individuell

Diagnostik:

- **HNO (LPR)**
- Lungenfacharzt
- Kardiologe

**„Normal“**



**Funktionsdiagnostik**

- Refluxmessung
- Röntgen
- Druckmessung

**Ohne Medikation !!!**

Falls funktionelle  
Störung und kein Reflux  
---> alternative Therapie

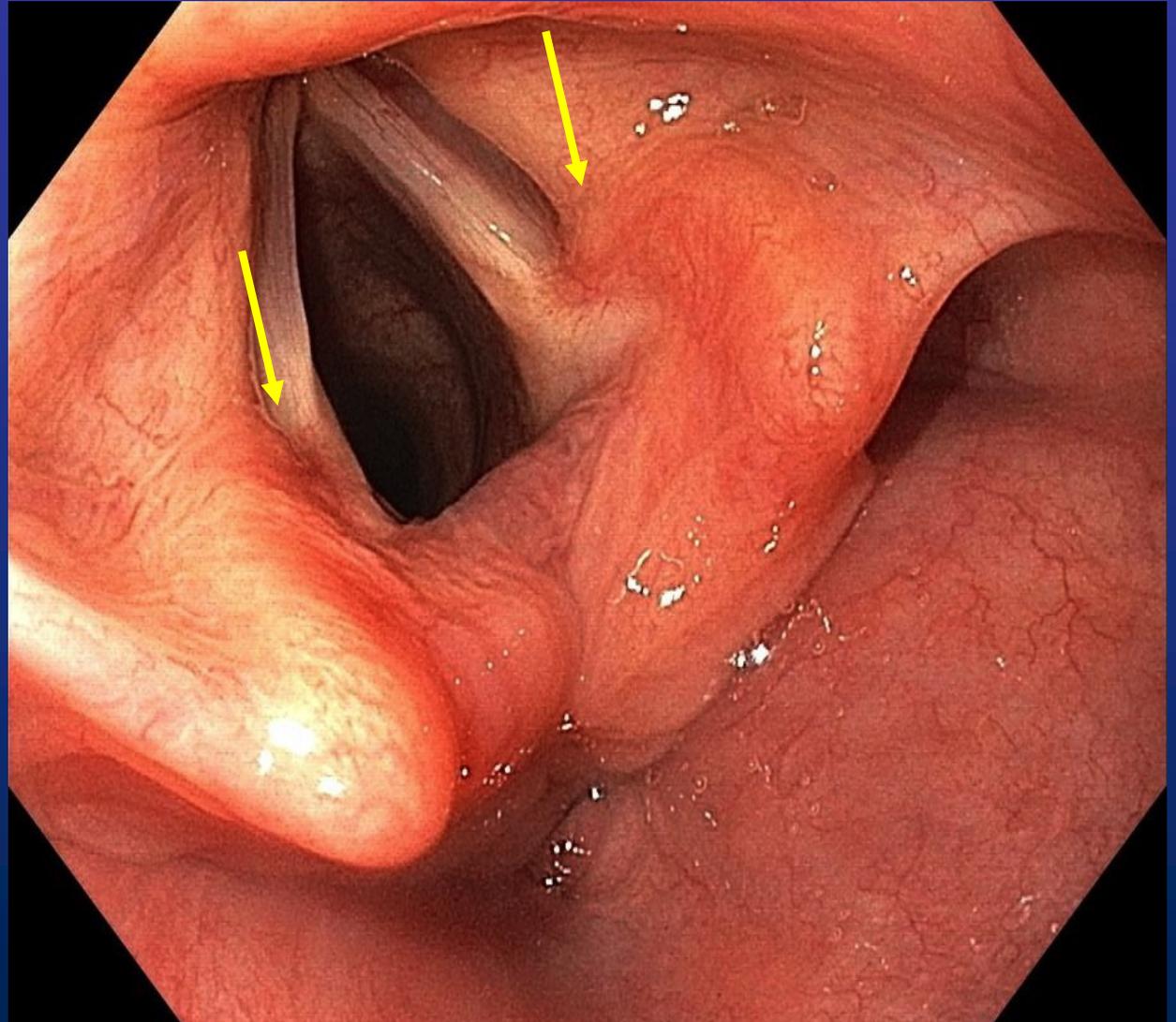
# Präsentation bei Magenspiegelung: Keine sicheren Reflux-Veränderungen

ÖGD „normal“, aber z.B.  
Kehlkopfentzündung oder  
typische Symptome

**Refluxdiagnose  
nicht zu stellen !**  
*Therapie ???*



**Gemäss neuer  
medizinischer Leitlinie  
„Lyon Consensus 2024“  
sollte dann eine **24-  
Stunden Refluxmessung  
OHNE (!)  
Medikamente** erfolgen**





# Zusatzuntersuchungen

Bei Schluckbeschwerden (Dysphagie/Odynophagie), Hernienklärung oder vor einer OP ist eine Röntgenuntersuchung sinnvoll, ...

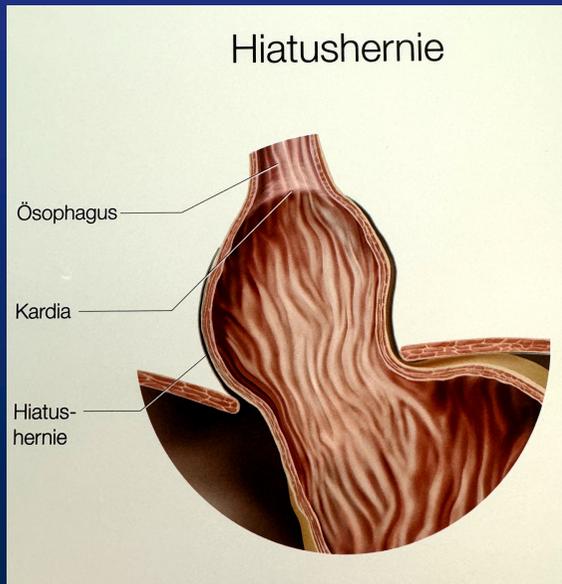
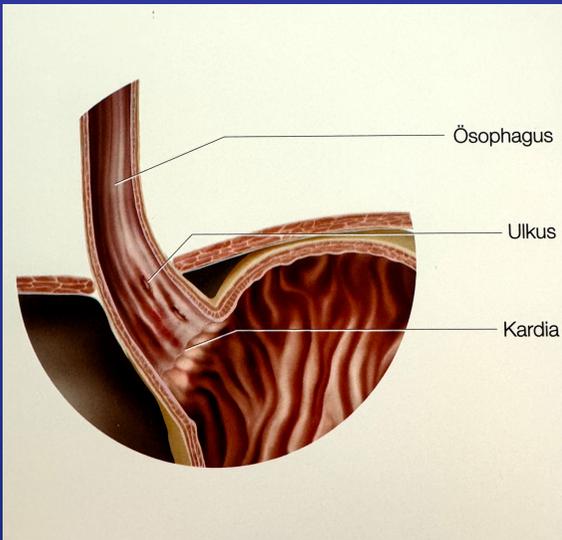
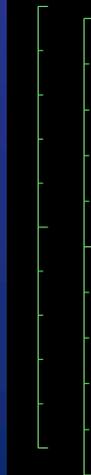
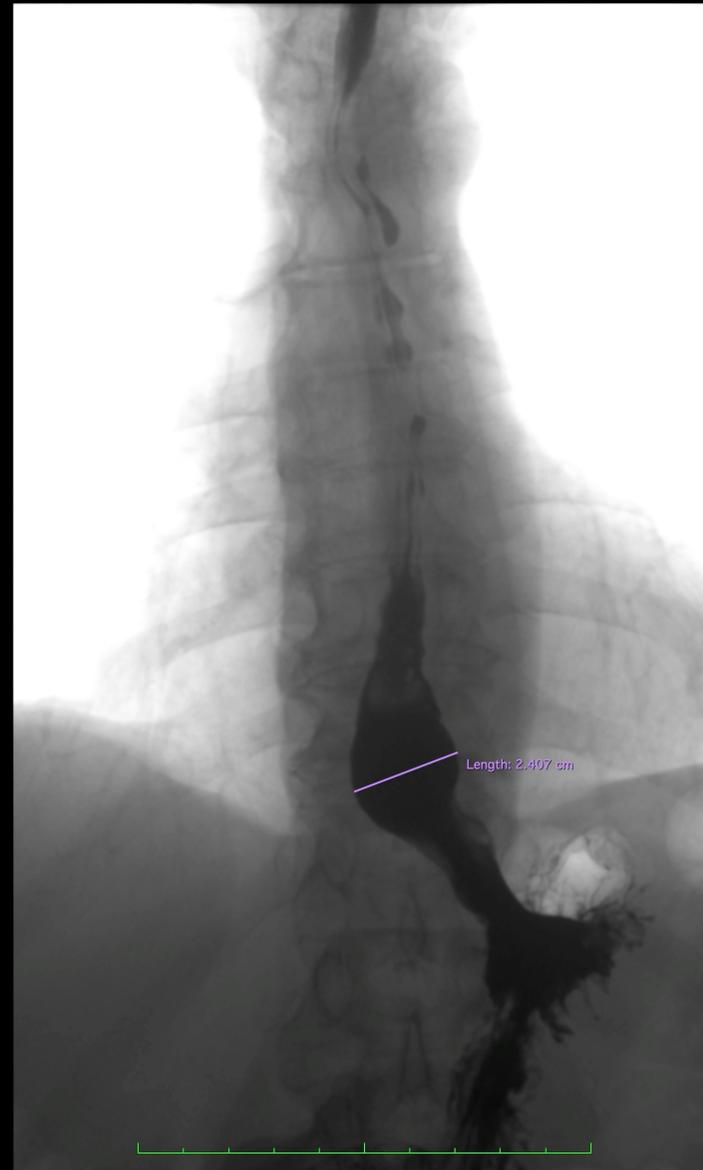


Image size: 1024 x 1024  
View size: 2300 x 2300  
WL: 30080 WW: 53776



Zoon  
Im: 1  
Unco Zoom: 225% Angle: 0  
Im: 24/60  
Uncompressed

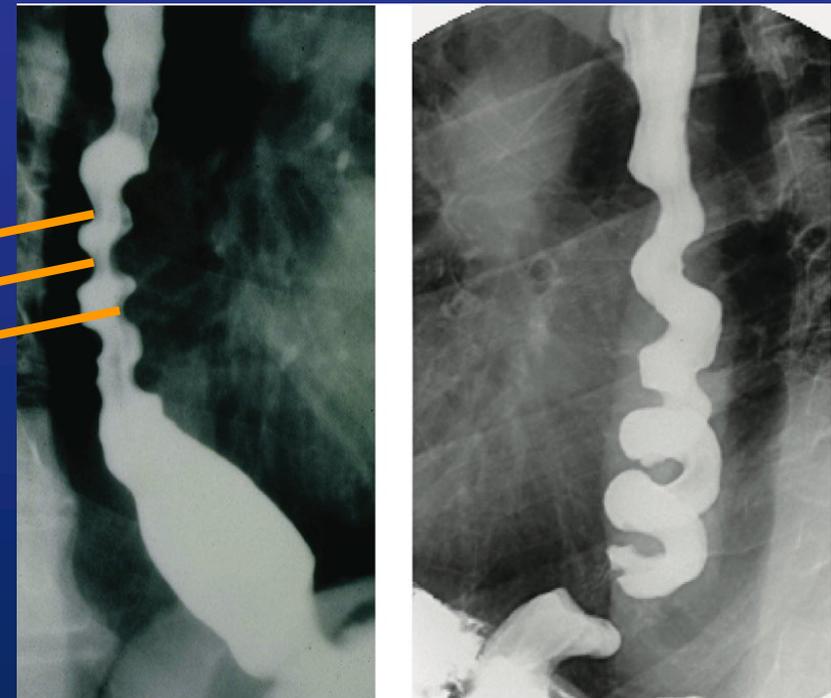
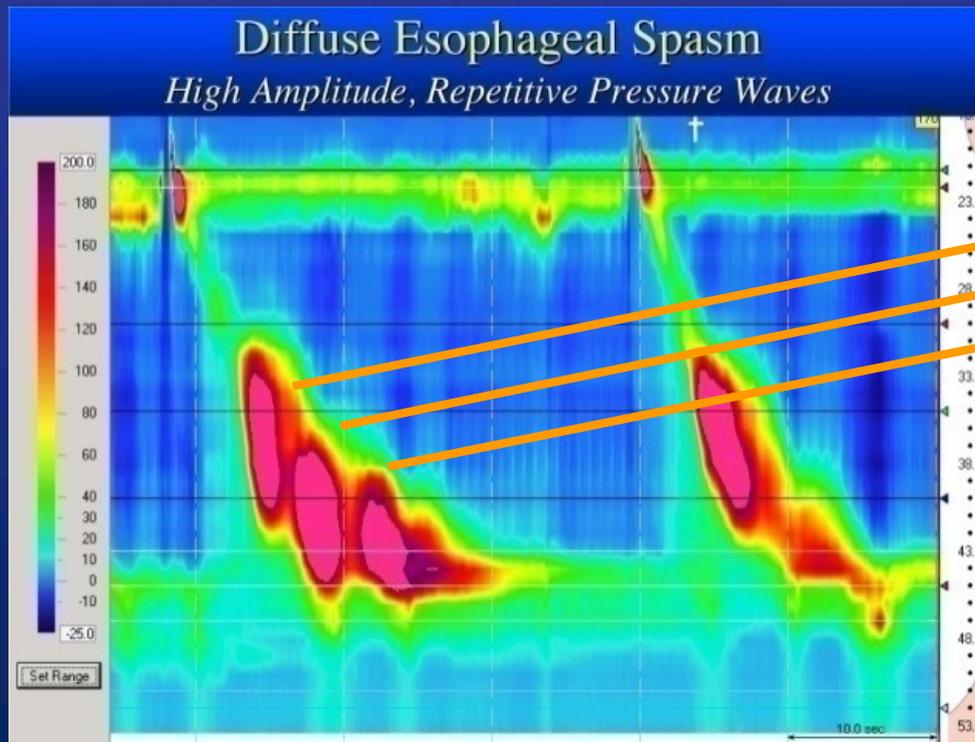


56886 ( 74 y , 72 y )  
DI Oesophaguspassage  
DFR Oesi 4 B-s Barium  
5

16.02.22, 08:42:53  
Made In Horos

# Zusatzuntersuchungen

V.a. bei Schluckbeschwerden (Dysphagie/Odynophagie) ist neben der Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel eine **Druckmessung in der Speiseröhre** sinnvoll, ...

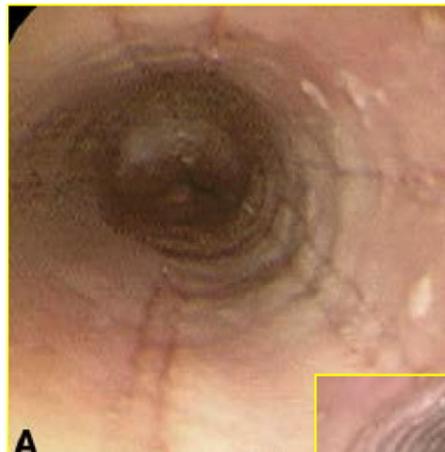


Aus: Harrisons Innere Medizin, 18. Auflage (Copyright: ABW Wissenschaftsverlag GmbH)

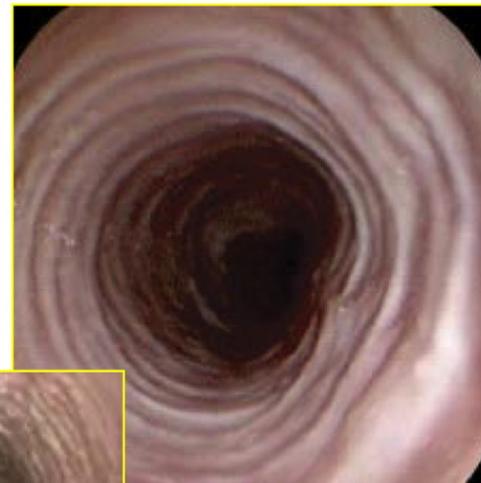
# Zusatzuntersuchungen

V.a. bei Schluckbeschwerden (Dysphagie/Odynophagie) und bei möglicher allergischer Ursache des Sodbrennens (eosinophile Ösophagitis, Zöliakie/Gluten) braucht es ausgiebige **Gewebsproben** während der Magenspiegelung

## Eosinophilic Esophagitis (EoE) Endoscopy



- Ulzera/Stenosen
- Lineare Risse
- Weiße Exsudate



- Ringbildung
- „Webs“
- „Krepppapier“



# Fazit zur Refluxkrankheit / Sodbrennen

- Bei typischen Beschwerden (SODBRENNEN) ist die Diagnosestellung/Therapie von Reflux meist einfach
- Atypische oder fehlende Beschwerden schliessen eine Refluxkrankheit nicht aus,  
Säureblocker wirken hier meist nicht !
- Erosive entzündliche Veränderungen [GERD] in der Speiseröhre ( $\pm$  Zwerchfellbruch) definieren die Diagnose Reflux eindeutig
- Nicht-erosive Veränderungen in der Magenspiegelung [NERD] können ein Hinweis auf eine Refluxkrankheit sein, von Fall zu Fall braucht es aber Zusatzdiagnostik um die Diagnose zu klären

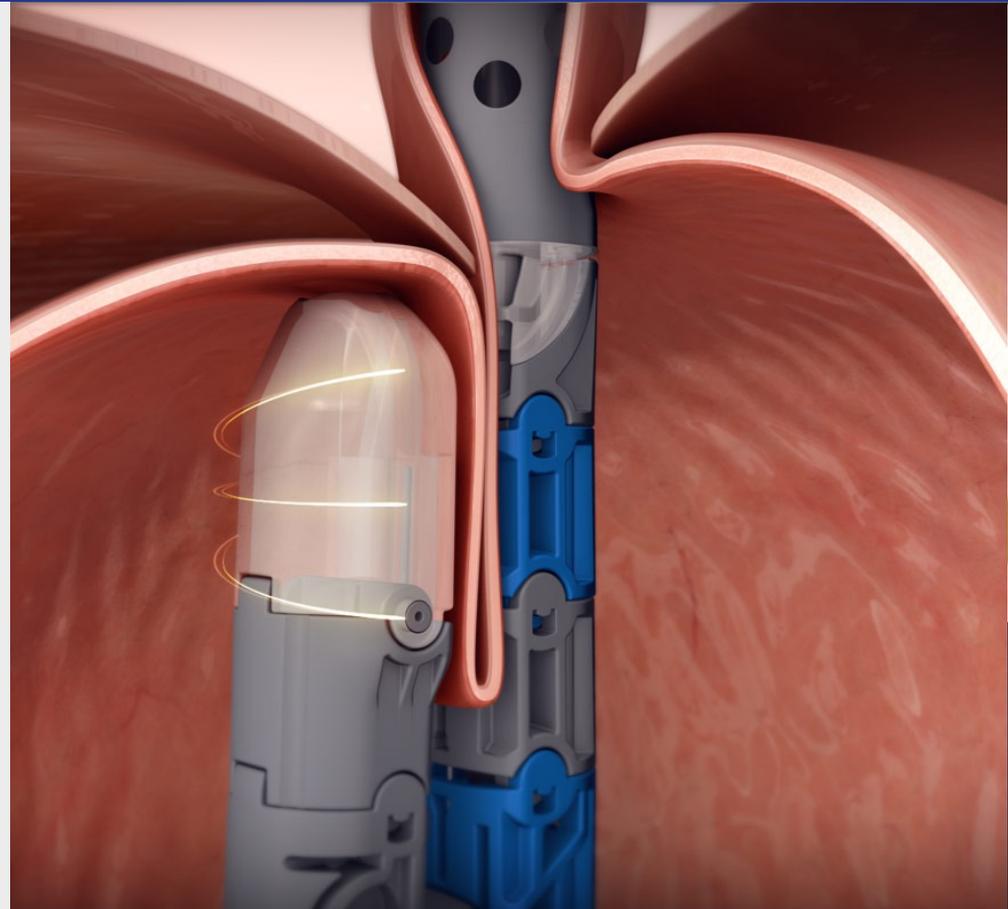
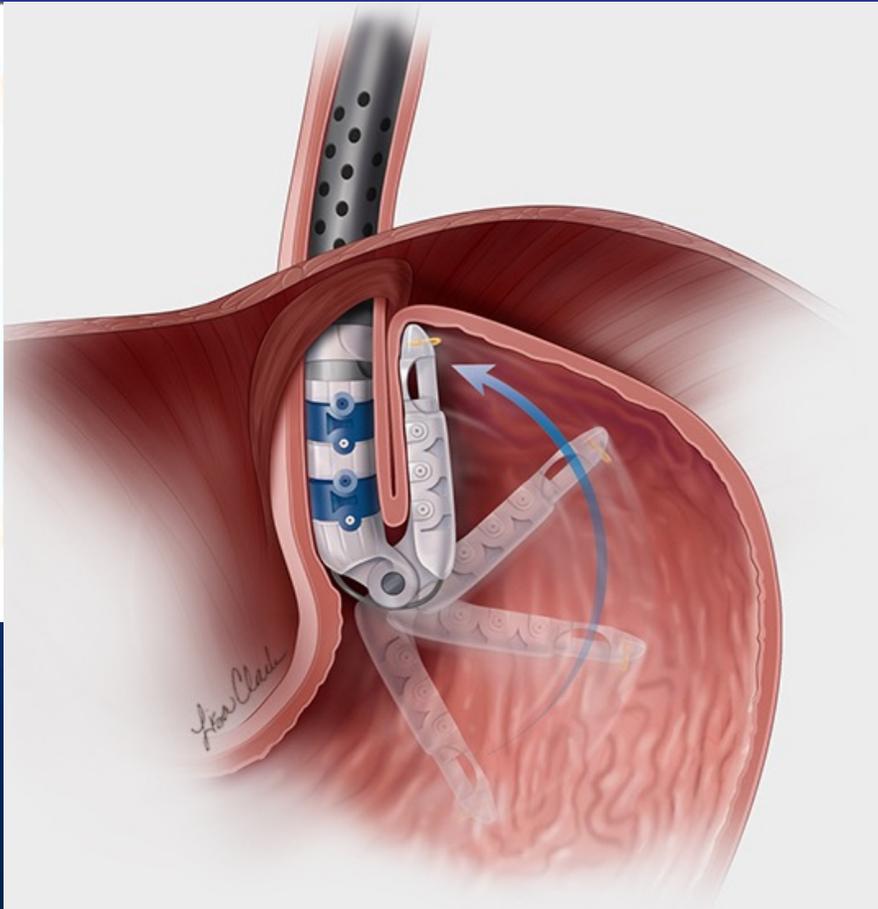
# Fazit zur Refluxkrankheit / Sodbrennen

- Für die Durchführung und korrekte Interpretation von Röntgen, 24-h Refluxmessung und Druckmessung in der Speiseröhre braucht es den dafür erfahrenen Radiologen/Gastroenterologen
- Die Therapiebasis besteht in der Optimierung der Lebensgewohnheiten und medikamentös (meist Säureblocker)
- Eine Operation ist beim Vorliegen eines Zwerchfellbruchs (axiale Hernie) eine gute Alternative
- Andere Therapieoptionen (besondere Medikamente, endoskopische anti-Refluxtherapie) müssen individuell besprochen werden

# Endoskopische Therapieoptionen

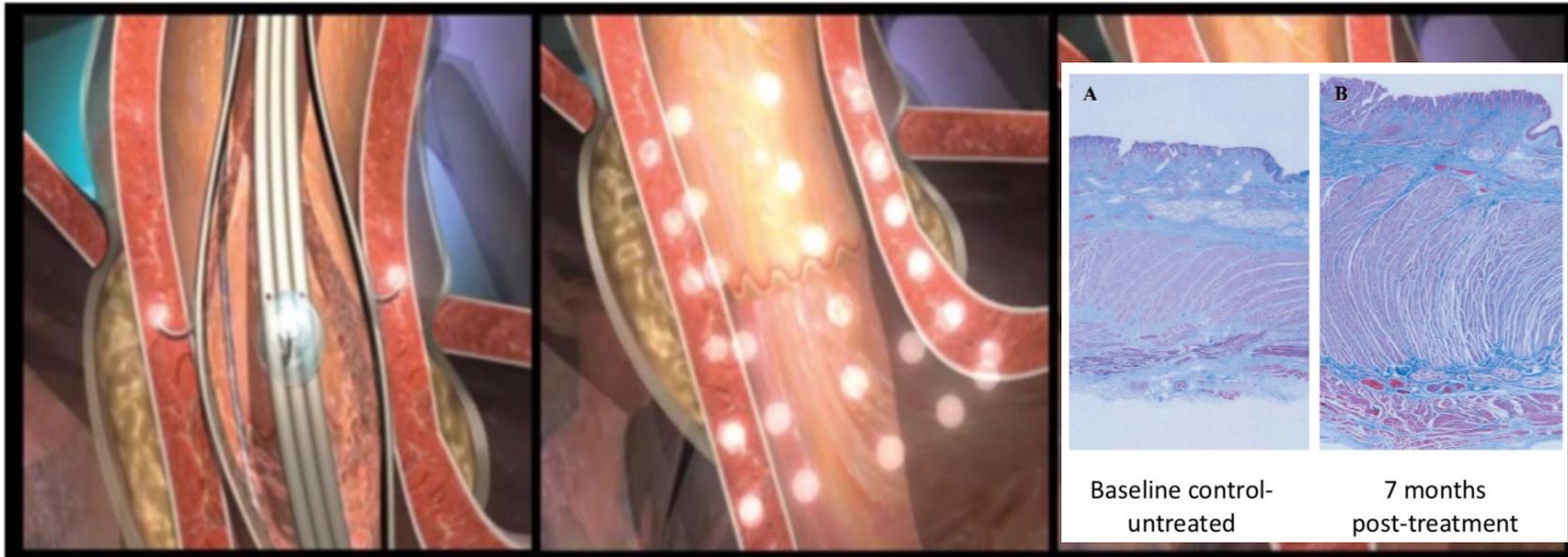
## Transorale Endoskopische („incisionless“) Fundoplicatio (TEF/TIF), Medigus-MUSE / Esophyx

Film: MUSE Prozedur



# Endoskopische Therapieoptionen

## Endoskopische RFA-Sphinkteraugmentation (STRETTA)



Low power RF energy delivered to tissue

Film: Stretta Prozedur

Multi-level treatment regenerates muscle of LES and Gastric Cardia

Barrier function improved, reduced compliance, fewer TLESRs

Stretta Prozedur

Ablationsorte

Therapieeffekt

**Seit 2025 NICHT (!) mehr verfügbar,  
Erfahrungen in meiner Praxis seit 2020 grösstenteils nicht  
befriedigend**