

Refluxkrankheit

Tipps zur optimalen Behandlungswahl

BASEL – Wenn Protonenpumpenhemmer genügend hoch dosiert werden, beseitigen sie die Beschwerden der Refluxkrankheit bei mindestens 9 von 10 Patienten. Ebenso häufig bringen sie Ösophagusläsionen zur Abheilung. Zu den Behandlungsmöglichkeiten der Refluxkrankheit äusserte sich Privatdozent PD Dr. Lukas Degen, Kantonsspital Basel, im Rahmen der 68. Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie an dem von Takeda Pharma unterstützten Fortbildungs-Symposium *Refluxkrankheit – von der Kindheit bis ins Alter* anlässlich des 5-jährigen erfolgreichen Bestehens von Takeda Pharma AG Schweiz.



PD Dr. Lukas Degen

Patienten mit leichter Refluxkrankheit, die nur gelegentlich Sodbrennen spüren und keine weiteren Symptome aufweisen, kommen oft mit Antazida und einer Änderung ihres Lebensstils gut zurecht, ohne dass sie einen Arzt aufsuchen müssen. In die Praxis kommen hauptsächlich Patienten, die mehr als zwei- bis drei-

mal wöchentlich an Refluxsymptomen leiden und schon erfolglos nicht-medikamentöse Behandlungsratschläge und Antazida ausprobiert haben. Bei solchen Patienten, teils mit teils ohne Refluxösophagitis, sind H₂-Rezeptorblocker meist ungenügend wirksam.

Therapeutisch stehen hier Protonenpumpenhemmer im Vordergrund. Grundsätzlich gilt die Regel, dass die Heilungsrate umso höher ist, je besser die Säure medikamentös supprimiert wird. Nach Abheilung der Refluxösophagitis kann die Bedarfstherapie mit einem Protonenpumpenhemmer sinnvoll sein.

Nicht-medikamentöse Behandlungsratschläge bei Refluxkrankheit

- Keine üppigen nächtlichen Snacks
- Keine fettreichen Mahlzeiten
- Kein Wein oder Schnaps
- Nikotinabstinenz
- Bettende hochstellen
- Gewichtsreduktion

Der Behandlungserfolg der bedarfsgesteuerten Einnahme hängt auch von der Zeit bis zur subjektiven Beschwerdefreiheit ab.

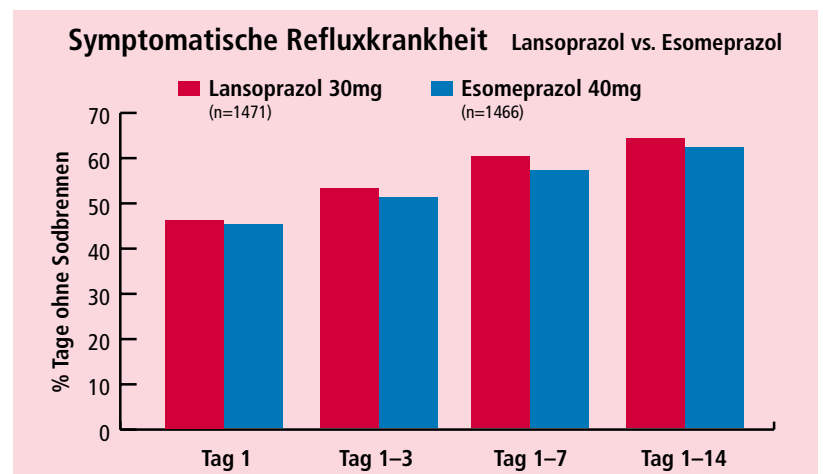
Fast die Hälfte der Patienten mit nicht-erosiver Refluxkrankheit (NERD) weist ein funktionelles Sodbrennen bei normaler Säureexposition auf. Hier gilt es, mit hohen Dosen eines Protonenpumpenhemmers die Säure möglichst weitgehend zu unterdrücken. Bei extraösophagealen Refluxbeschwerden (z. B. Thoraxschmerz, Asthma, Husten, Laryngitis) ist oft eine verlängerte Behandlung (2 bis 3 Monate) mit zwei Dosen pro Tag erforderlich. Bei der Behandlung von schweren chronischen Symptomen oder von Komplikationen (z. B.

Strikturen, Barrett-Ösophagus) haben die Protonenpumpenhemmer die H₂-Blocker völlig verdrängt.

In einer kürzlich publizierten, randomisierten, multizentrischen Doppelblindstudie wurden die Therapieresultate verglichen, die mit zwei Protonenpumpenhemmern erzielt wurden. Mehr als 3000 Patienten mit Refluxkrankheit wurden während zwei Wochen täglich einmal entweder mit 30 mg Lanso-

prazol oder mit 40 mg Esomeprazol behandelt.¹ Das niedriger dosierte Lansoprazol erwies sich als ebenso gut wirksam wie das höher dosierte Vergleichsmittel (siehe Grafik).

¹ William Chey et al.: Lansoprazole and Esomeprazole in Symptomatic GERD. Clinical Drug Investigation 2003; 23: 69–84.



Lansoprazol ist in geringer Dosierung ebenso gut wirksam wie das Vergleichsmittel Esomeprazol¹.

Reflux bei Kindern

Häufiges Problem in der Praxis

BASEL – Die Refluxkrankheit kommt bei Kindern wesentlich häufiger vor als bisher angenommen wurde. Erwachsene mit Refluxkrankheit berichten oft über eine Vorgeschichte von Refluxbeschwerden in ihrer Kindheit. Frühzeitige Behandlung mit Protonenpumpenhemmern ist empfehlenswert. Über Reflux bei Kindern berichtete Professor Dr. Christian Braegger, Universitäts-Kinderklinik Zürich, am Symposium *Refluxkrankheit – von der Kindheit bis ins Alter*.



Professor Dr. Christian Braegger

In der Praxis wird der Arzt sehr oft mit der Problematik des gastroösophagealen Reflux bei Kindern konfrontiert. Im Gespräch mit den Eltern ist der Hinweis wichtig, dass die überaus häufigen Regurgitationen bei Säuglingen ein normales Phänomen darstellen. Im Alter von 4 bis 6 Monaten regurgitieren fast 70 % einmal pro Tag, jeder vierte Säugling sogar mehr als viermal täglich! Bei der Säuglings-Regurgitation, beim „Gütscheln“, fliesst Mageninhalt passiv in den Mund zurück und die zuvor getrunkene Milch läuft wieder zum Mund heraus. Säuglinge müssen grosse Flüssigkeitsmengen zu sich nehmen, um ihren Kalorienbedarf zu decken. Ihr Ösophagusvolu-

men ist aber mit 5 ml vergleichsweise sehr klein (bei Erwachsenen 180 ml). Anders als beim Reflux der Erwachsenen, der in der Regel nur den distalen Ösophagusabschnitt erreicht, wird bei Säuglingen fast jede Refluxepisode am Mund sichtbar, ohne dass dies als pathologisch zu werten ist. Physiologische Refluxepisoden kommen auch bei Klein- und Schulkindern häufiger vor als bei Erwachsenen.

Oft berichten erwachsene Patienten mit Refluxkrankheit, dass sie bereits in der Kindheit Refluxbe-

Welche Kinder neigen zur Refluxkrankheit?

- Geistig behinderte Kinder mit psychomotorischer Retardierung
- Kinder mit chronischem Husten (Chronische Bronchitis, Asthma bronchiale, Zystische Fibrose)
- Kinder mit Fehlbildungen (Hiatushernie, Status nach Ösophagusatresie-Operation)
- Adipöse Kinder

schwerden hatten. Bei 3- bis 9-jährigen Kindern stehen epigastrische Bauchschmerzen im Vordergrund, bei 10- bis 17-jährigen sind auch retrosternale Schmerzen nicht selten. Wenn ein Säugling bereits nach ein paar Schlückchen aus der Brust oder der Flasche zu schreien beginnt und die Nahrung verweigert, kann dies auf eine Refluxösophagitis hinweisen. Bei kleinen Kindern gehören neben Inappetenz, Nahrungsverweigerung und ungenügender Gewichts- und Längenzunahme (Gedeihstörung) auch Irritabilität, Weinerlichkeit und Schlafstörungen zu den Symptomen einer Refluxösophagitis.

Plötzlicher Kindstod kommt bei Kindern mit vermehrtem Reflux nicht gehäuft vor. Der Reflux kann jedoch eindruckliche, aber ungefährliche Apnoe-Ereignisse mit intensiver Zyanose auslösen. Weitere respiratorische Refluxkomplikationen sind pfeifende Atmung (Stridor), Husten, Bronchitis, Asthma, Aspirationspneumonie.

Folgende Behandlungsformen der Refluxkrankheit finden in der Pädiatrie Verwendung:

- Häufigere, kleinere Mahlzeiten. Dadurch bessern sich nachweislich Regurgitationen und die pH-Metrie-Werte. Ob sich auch Komplikationen verhindern lassen, steht nicht fest.

Reflux bei Betagten



Prof. Dr. Cornel Sieber

BASEL – Die Refluxkrankheit kommt bei Betagten häufig vor, doch sind die Symptome oft abgeschwächt und nicht typisch, erläuterte Prof. Dr. Cornel Sieber, Klinikum Nürnberg.

Denken Sie an eine Refluxkrankheit bei neu aufgetretener Inappetenz oder Dysphagie, bei Gewichtsverlust, Erbrechen, hypochrom-mikrozytärer Anämie, Brustschmerz (viszerale

Hyperalgesie), Heiserkeit (Refluxlaryngitis), Husten, Asthma. Viele bei Betagten verwendete Medikamente reduzieren den Druck im unteren Ösophagussphinkter (z. B. Anticholinergika, Demenzmittel, Sedativa, Theophyllin, Kalziumantagonisten). Schluckprobleme (z. B. bei M. Parkinson oder nach Hirnschlag) verlängern nach Einnahme von Kalium, Eisen, Bisphosphonaten oder nichtsteroidalen Antirheumatika die toxische Einwirkung auf die Ösophagusschleimhaut. Protonenpumpenhemmer sind auch im Alter gut wirksam und gut verträglich. Besonders zweckmässig sind diese Medikamente, weil viele Betagte gleichzeitig unter einer Langzeittherapie mit Azetylsalizylsäure, nicht-steroidalen Antirheumatika oder Kortikosteroiden stehen.

- Fettarme, kohlehydratreiche Nahrung (Fette verzögern die Magenentleerung). Es konnte kein Einfluss auf Regurgitationen oder Komplikationen nachgewiesen werden. Diese diätetische Massnahme ist bei Säuglingen und Kleinkindern wegen Unterernährungsgefahr nicht empfehlenswert. In Betracht kommt sie bei adipösen Jugendlichen.
- Hochlagern von Säuglingen im Bett. Da diese Methode nur in fixierter Bauchlage Erfolg verspricht, aber plötzlicher Kindstod in Bauchlage gehäuft vorkommt, bleibt Hochlagern im Bett nur für spezielle Situationen (z. B. Aspirationsgefahr) reserviert.
- Eindicken flüssiger Nahrung beispielsweise mit Johannisbrotkernmehl oder modifizierter Stärke.

Diese Methode ist bei gestillten Säuglingen nicht sinnvoll. Sie kommt in Betracht zur Verminderung gewöhnlicher Regurgitationen bei gesunden, mit der Flasche ernährten Kindern. Bei Refluxkomplikationen ist sie nicht zweckmässig, weil die Ösophagus-Clearance verschlechtert wird und vermehrt längere Refluxepisoden auftreten.

- Protonenpumpenhemmer sind bei Refluxkrankheit oder Refluxösophagitis auch im Kindesalter sehr gut wirksam. Die pädiatrische Indikation von Lansoprazol, die von der FDA bereits zugelassen wurde, befindet sich in der Schweiz in Registrierung.

Agopton® (Lansoprazol): Indikationen: Refluxösophagitis, Langzeittherapie und Prophylaxe der Refluxösophagitis, Ulcus duodeni, Ulcus ventriculi, Zollinger-Elison-Syndrom, Eradikation des Helicobacter pylori bei gleichzeitiger Gabe von 2 Antibiotika über 7 Tage. Symptomatische Therapie von Oberbauchbeschwerden wie saures Aufstossen, Sodbrennen, epigastrische Schmerzen. **Dosierung/Anwendung:** Kapseln sind unzerkaut mit etwas Flüssigkeit morgens einzunehmen. Im Regelfall täglich 1 Kapsel Agopton® 30 mg oder 2 Kapseln Agopton® 15 mg. Zur Langzeittherapie 1–2 Kapseln Agopton® 15 mg oder 1 Kapsel Agopton® 30 mg. Helicobacter pylori-Eradikation- („Triple-Therapie“): während 7 Tagen Agopton® 30 mg zweimal täglich in Kombination mit zwei geeigneten Antibiotika. Symptomatische Therapie von Oberbauchbeschwerden: 15 mg 1 x täglich. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Lansoprazol. **Vorsichtsmassnahmen:** Vor einer Behandlung mit Agopton® sollte eine Bösartigkeit des Magenulcus ausgeschlossen werden. Ebenso sollten maligne Erkrankungen des Ösophagus vor Behandlung einer Refluxösophagitis ausgeschlossen werden. Über die Anwendung bei Kindern liegen keine Erfahrungen vor. Schwangerschaftskategorie B. **Unerwünschte Wirkungen:** Selten kommen vor: Kopfschmerzen, Diarrhöe, Übelkeit / Erbrechen und Obstipation. Verkaufskategorie B. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Arzneimittelkompendium der Schweiz.