

Aus kritischer Sicht

Therapie der gastroösophagealen Refluxkrankheit

Prof. Dr. med. Christian Alexander Gutschow

Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie, UniversitätsSpital Zürich



Christian A. Gutschow

Die gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD) ist eine der häufigsten Erkrankungen in der westlichen Welt. Doch obwohl die therapeutischen Optionen in den letzten Jahrzehnten mit der Einführung der Protonenpumpenhemmer (PPI) enorm verbessert wurden, nimmt ihre Prävalenz ständig weiter zu. Die Ursachen dieser Entwicklung sind unklar; neben der klassischen Lifestyle-Trias aus Stress, falscher Ernährung und Übergewicht ist hierfür möglicherweise auch die erhöhte Aufmerksamkeit, die dieser Erkrankung nicht zuletzt durch die umfangreiche Bewerbung entsprechender Medikamente zuteilwird, mitverantwortlich.

PPI-Präparate gehören heute zur Standardmedikation sehr vieler Patienten. Sie werden regelrecht mit dem Füllhorn und häufig nur fraglich indiziert verschrieben – beispielsweise vorbeugend als Magenschutz oder bei unklarer beziehungsweise nicht sicher nachvollziehbarer Symptomatik. Sie sind klassische Goldesel der Pharmaindustrie; die Umsätze steigen parallel zur Inzidenz der GERD und trotz potentieller schwerer Nebenwirkungen sind sie hierzulande mittlerweile ohne Rezept und in einigen Ländern sogar im Supermarkt frei erhältlich. Man könnte den Eindruck gewinnen, dass sich hier ein lukrativer Markt selbst erschaffen hat und mittlerweile völlig ausser Kontrolle geraten ist. Wohlgermerkt, PPI sind hochwirksame Präparate, die aus der Behandlung der GERD nicht mehr wegzudenken wären: Schwere Folgen, wie die peptische Stenose, sind mit ihrer Einführung zu Raritäten geworden. Nicht geringer geworden durch den massiven Einsatz säuresupprimierender Medikamente ist allerdings die Inzidenz der Barrett-Metaplasie und ihrer weiteren Eskalationsstufen in Richtung Adenokarzinom.

In der im aktuellen *Swiss Medical Forum* publizierten Übersichtsarbeit von Seewald et al. [1] bleiben aus unserer Sicht einige Aspekte der aktuellen Therapie der GERD unberücksichtigt. Die Gabe säuresupprimierender Medikamente als erste Wahl bei klarer Refluxsymptomatik ist sicherlich unbestritten. Dennoch gilt es festzuhalten, dass ein grosser Prozentsatz (etwa 30%) der unter PPI stehenden Patienten mit ihrer Therapie nicht wirklich zufrieden ist [2]. Insbesondere fortbestehende Regurgitationen führen bei vielen Patienten

zu einer relevanten Einschränkung der Lebensqualität [3]. Es ist unstrittig, dass die Antirefluxchirurgie in diesem Zusammenhang einen wertvollen Beitrag liefern kann, da sie im Gegensatz zur medikamentösen Behandlung einen kausalen Therapieansatz bietet. Durch die Rekonstruktion der Barrierefunktion des Sphinkterapparates werden sowohl azider und nicht-azider Reflux als auch die häufigen und für die Betroffenen sehr unangenehmen Volumenregurgitationen zuverlässig unterbunden. Die langfristige Wirksamkeit und auch die Verbesserung der Lebensqualität nach Antirefluxchirurgie sind in vielen hochrangigen Studien gut belegt. Es verwundert daher, dass diese bewährte therapeutische Option in dem aktuellen Übersichtsartikel nicht erwähnt wird.

Auch die Empfehlung, PPI als Prophylaxe der malignen Degeneration bei Barrett-Metaplasie ohne dysplastische Veränderungen einzusetzen, darf nicht unwidersprochen bleiben. Die von den Autoren zitierte Arbeit zeigt zwar eine signifikante Reduktion der Progression in Richtung Barrett-Karzinom [4], ist aber nicht unumstritten. Neuere Arbeiten aus den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich konnten weder einen protektiven Effekt von PPI, noch von Statinen oder nicht-steroidalen Antirheumatika nachweisen [5]. Dies gilt im Übrigen auch für die chirurgische Option: Es gibt in der Literatur keinen Hinweis darauf, dass eine Antirefluxoperation in dieser Situation das Karzinomrisiko zuverlässig senken könnte. Eine allgemeine Empfehlung zur PPI-Gabe in dieser Situation ist allerdings unseres Erachtens anhand der aktuellen Evidenz ebenfalls nicht begründbar.

Bei Nachweis eines Frühkarzinoms im Barrett-Ösophagus, insbesondere bei multifokalen Befunden in langstreckigen und entzündlich veränderten Barrett-Segmenten, sollten die Vorzüge der endoskopischen Therapie mit denen einer kurativen chirurgischen Resektion sorgfältig abgewogen werden. Für die endoskopische Therapie sprechen sicherlich die niedrigere eingriffsspezifische Morbidität und auch die kurzfristig geringeren Kosten. Diese Vorteile müssen allerdings mit dem grundsätzlichen Fortbestehen des Karzinomrisikos erkauft werden. Selbst wenn es nach Ablation

eines Barrett-Segmentes zu einer vollständigen Reepithelialisierung mit normalem Plattenepithel kommt, sind unter der makroskopisch unauffälligen Mukosa häufig noch Nester metaplastischer Mukosa erhalten, die maligne entarten können. Hieraus resultiert auch die Notwendigkeit einer lebenslangen endoskopischen Surveillance mit entsprechender psychischer Belastung der Patienten.

Nichtsdestotrotz bietet die aktuelle Arbeit der Kollegen Seewald et al. einen äusserst lesenswerten und informativen Überblick. Diagnostik und konservative Therapie der gastroösophagealen Refluxkrankheit, der Barrett-Metaplasie, ihrer dysplastischen Formen sowie der Barrett-Frühkarzinome werden anhand der aktuellen Literatur und vielfältiger Diagramme sehr anschaulich diskutiert. Es ist anzuerkennen, dass es den Autoren in besonderer Weise gelungen ist, diese umfangreiche Thematik zu ordnen und übersichtlich zu vermitteln.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Christian
Alexander Gutschow
Klinik für Viszeral- und
Transplantationschirurgie
UniversitätsSpital Zürich
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich
christian.gutschow[at]usz.ch

Disclosure statement

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Seewald S, Bannwart F, Müller A, Sauter B, Bertschinger P. Refluxerkrankung und Barrett-Ösophagus. *Schweiz Med Forum.* 2016;17(6):135–142.
- 2 El-Serag H, Becher A, Jones R. Systematic review: persistent reflux symptoms on proton pump inhibitor therapy in primary care and community studies. *Aliment Pharmacol Ther.* 2010;32:720–37.
- 3 Kahrilas PJ, Jonsson A, Denison H, et al. Impact of regurgitation on health-related quality of life in gastroesophageal reflux disease before and after short-term potent acid suppression therapy. *Gut.* 2014;63(5):720–6.
- 4 Singh S, Garg S, Singh P, et al. Acid-suppressive medications and risk of esophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's esophagus: a systematic review and meta-analysis. *Gut.* 2014;63(8):1229–37.
- 5 Masclee GMC, Coloma PM, Spaander MCW, et al. NSAIDs, statins, low-dose aspirin and PPIs, and the risk of oesophageal adenocarcinoma among patients with Barrett's oesophagus: a population-based case-control study. *BMJ Open.* 2015;5:e006640.