

## 4. Krankheitsbilder und Operationstechniken

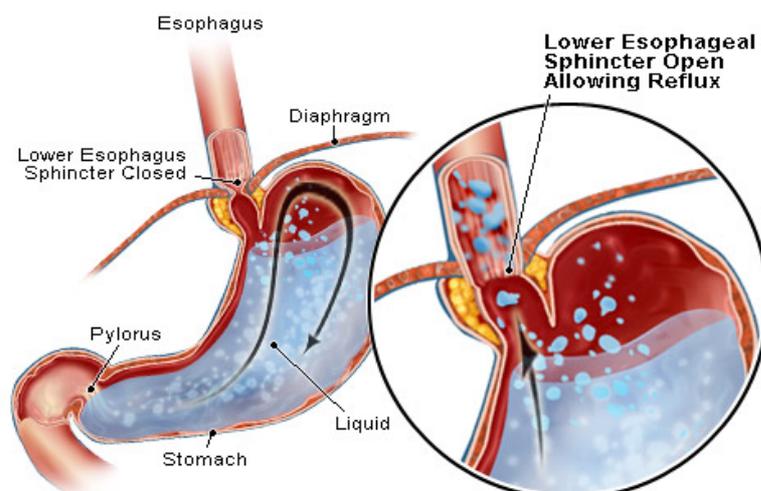
### Die Refluxerkrankung



"Yep, you've got oesophagitis".

### Was versteht man unter Refluxerkrankung und wie häufig tritt sie auf?

Im Volksmund bezeichnet man die gastroösophageale Refluxerkrankung mit Sod- oder Magenbrennen. Verursacht wird diese Erkrankung durch einen Rückfluss (Reflux) von Magensaft in die Speiseröhre aufgrund eines fehlerhaften Verschlusses des unteren Speiseröhrenschliessmuskels. Dies verursacht die typischen Refluxsymptome wie Magenbrennen, Schmerzen hinter dem Brustbein und Schluckbeschwerden. Daneben gibt es aber auch atypische Symptome der Refluxerkrankung, welche sich in chronischem Hustenreiz, Räsperzwang oder wiederholter Lungenentzündungen zeigen können. In unseren Breitengraden leiden etwa 10-15% der Bevölkerung an den Symptomen der Refluxerkrankung. Bei etwa 40% der Patienten mit Refluxerkrankung entwickeln sich entzündliche Schleimhautveränderungen in der Speiseröhre (Oesophagitis). Bei etwa 10% aller Patienten kommt es durch wiederholte Entzündungen der Schleimhaut der Speiseröhre zur Umwandlung derselben in Zylinderzellnarben. Diese Umwandlung wird als Barrett-Oesophagus bezeichnet. Diese Veränderung ist als Präkanzerose (Krebsvorstufe) einzustufen, da ca. 10% dieser Patienten ein Karzinom der unteren Speiseröhre entwickeln werden.



© MedicineNet.com 2004

### Gastroesophageal Reflux

Ursache: Rückfluss von Mageninhalt in untere Speiseröhre

### Welche Abklärungen sind durchzuführen?

Um eine Refluxerkrankung nachweisen zu können, muss eine Spiegelung der Speiseröhre und des Magens (Oesophagogastroskopie) durch einen Gastroenterologen durchgeführt werden. Dabei kann das Ausmass der Entzündung der Speiseröhre festgestellt werden, sowie mit Hilfe von Gewebsbiopsien aus der Speiseröhrenschleimhaut festgestellt

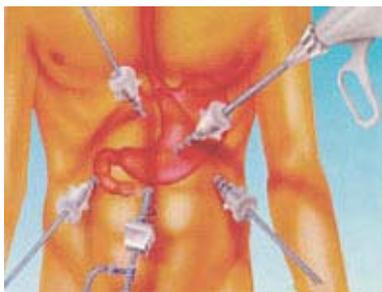
werden, ob bereits eine Umwandlung der Schleimhaut in einen Barrett-Oesophagus stattgefunden hat. Der Schweregrad der Refluxerkrankung kann durch eine 24-h-pH-Metrie gemessen werden. Dabei wird eine pH-Messsonde durch die Nase bis in den Magen vorgeschoben. Kann eine Expositionszeit der unteren Speiseröhre mit  $\text{pH} < 4$  in über 4.5% der Gesamtmesszeit nachgewiesen werden, entspricht dies einer zu langen Säureexposition der Speiseröhre, sodass von einer Refluxerkrankung ausgegangen werden kann.



Endoskopisches Bild einer durch Säurerückfluss bedingten Entzündung der unteren Speiseröhre.

### Welches sind die Therapiemöglichkeiten der Refluxerkrankung?

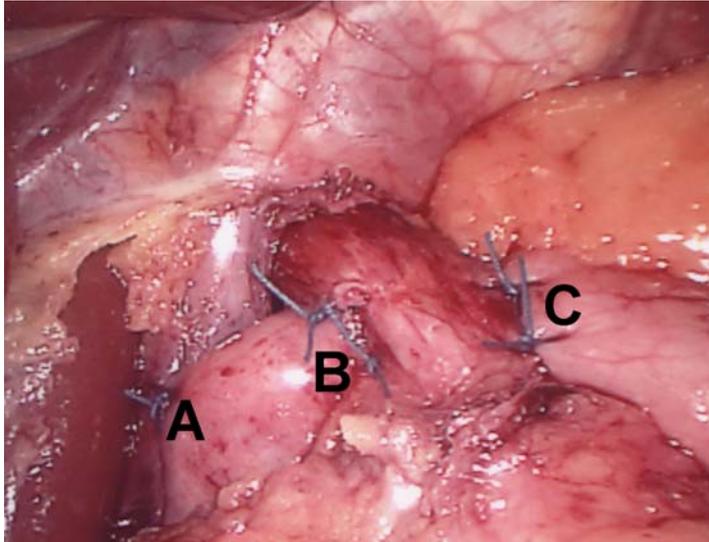
Die **medikamentöse Therapie** der Refluxerkrankung mit säureblockenden Medikamenten stellt die erste therapeutische Massnahme dar, welche in ca. 85% zu einer Abheilung der Schleimhautentzündung der unteren Speiseröhre nach ca. 8-12 Wochen Behandlungszeit führt. Dadurch verschwinden auch die Symptome und die Patienten fühlen sich geheilt. Die medikamentöse Therapie ändert jedoch nichts an den Ursachen der Erkrankung (fehlerhafte Schliessfunktion des unteren Schliessmuskels) weswegen bei Absetzen der Medikamente sich die Beschwerden bei rund 50% der Patienten erneut einstellen. Als Alternative zur lebenslänglichen Medikamenteneinnahme bietet sich die **laparoskopische Antirefluxchirurgie (Fundoplikatio)** an. Vor allem junge Patienten mit typischen Reflux-Symptomen, einer positiven pH-Metrie und gutem Ansprechen auf die medikamentöse Therapie eignen sich für die chirurgische Behandlungsmöglichkeit. Bei diesen Patienten liegt die zu erwartende Erfolgswahrscheinlichkeit des operativen Eingriffes bei über 95%. Bei der laparoskopischen Fundoplikatio wird mit Hilfe einer Bauchspiegelung eine ringförmige Magenmanschette um den unteren Anteil der Speiseröhre geformt, um damit die natürliche Barriere zwischen Speiseröhre und Magen wiederherzustellen. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, eine Zwerchfellhernie, welche bei ca. 75% der Patienten mit Refluxerkrankung vorliegt, durch Aneinandernähen der beiden Zwerchfellschenkel zu verschliessen. Durch die Vorteile der minimal-invasiven Chirurgie konnte die Hospitalisationszeit im Vergleich zur offenen Operationstechnik stark verkürzt werden. Sie liegt heute im Schnitt bei 2-3 Tagen.



Arbeitszugänge zur Durchführung einer laparoskopischen Fundoplikatio



Bilden der Magenmanschette



Intraoperative Ansicht bei laparoskopischer Fundoplikatio nach Toupet: Die hintere Magenmanschette ist durch Nähte (A und B) an die untere Speiseröhre fixiert.

#### **Welche Beschwerden können nach der Operation auftreten?**

Die Wirksamkeit der laparoskopischen Fundoplikatio im Hinblick auf die Refluxbeschwerden wurde in zahlreichen Studien durch Heilungsraten von 89-98% belegt. In den ersten Wochen nach der Operation können in bis zu 50% Schluckbeschwerden auftreten, welche sich jedoch ohne Behandlung rasch bessern. Bei etwa 5% der Patienten bleiben diese Schluckbeschwerden über längere Zeit bestehen, sodass eine endoskopische Dilatationsbehandlung nötig wird. Als weitere Nebenwirkung der Operation kann es zum sogenannten „Gas-bloat“-Syndrom kommen, bei dem die Patienten durch starke Gasbildung im Magen gestört sind, wobei sie nicht mehr in der Lage sind, sich durch Rülpsen Linderung zu verschaffen. Die Beschwerden können gelegentlich so ausgeprägt sein, dass man sich gezwungen sieht, die Magenmanschette durch einen Re-Eingriff wieder aufzulösen und neu anzulegen. In ca. 30% berichten die Patienten postoperativ über ein vermehrtes Völlegefühl nach dem Essen und in ca. 10% über häufigeren Wind- und Stuhlabgang. In einer selbst durchgeführten Studie wiesen rund die Hälfte der operierten Patienten gewisse postoperative Nebenwirkungen auf. Trotzdem zeigten sich alle Patienten mit dem durch die Operation erzielten Resultat zufrieden und würden, vor einer erneuten Therapiewahl gestellt, der laparoskopischen Behandlung der Refluxerkrankung gegenüber einer medikamentösen Langzeitbehandlung den Vorzug geben.