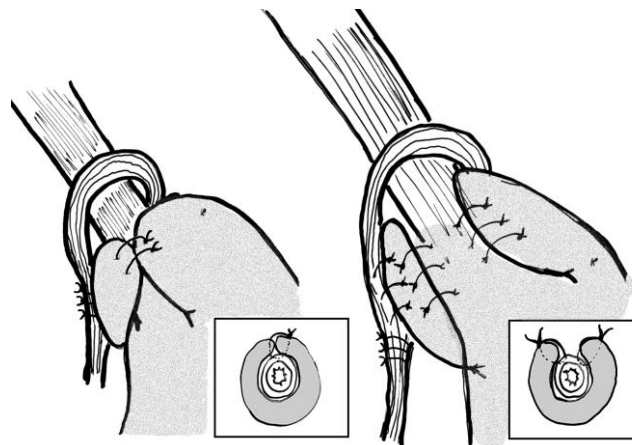




- klaus.peitgen@st-vinzenz-hospital.de
- www.viszeralchirurgie-dinslaken.de
- www.st-vinzenz-hospital.de

Patienteninformation

Die gastro-ösophageale Refluxerkrankung (Sodbrennen, Zwerchfellbruch)



Inhalt

EINLEITUNG	1
SYMPTOME BEI REFLUXKRANKHEIT	2
URSACHEN	2
FOLGEN DER REFLUXERKRANKUNG	3
BEHANDLUNG DER REFLUXERKRANKUNG	4
GRUNDSÄTZLICHE ERWÄGUNGEN: OPERATION ODER MEDIKAMENTE?	5
DIAGNOSTIK VOR DER OPERATION	5
OPERATIONSVERFAHREN	5
MÖGLICHE PROBLEME NACH DER OPERATION	7
PROGNOSE NACH REFLUXOPERATION	7
VERHALTENSREGELN NACH REFLUXOPERATION	7

Sodbrennen ist in der Bevölkerung weit verbreitet und bereitet vielen Patienten zum Teil jahrzehntelang Beschwerden. Aber auch unangenehmes Druckgefühl hinter dem Brustbein, Schmerzen im Oberbauch sowie wiederholtes Erbrechen und Schluckauf sind häufig beschriebene Beschwerden. Diese Symptome werden nicht selten als Herzschmerz fehlgedeutet, und viele Reflux-Patienten müssen ausgedehnte Herz-Untersuchungen über sich ergehen lassen, bevor der tatsächliche Grund ihres Leidens erkannt wird. - Natürlich ist eine Herzerkrankung bei Verdacht auszuschließen!

Ihr Arzt hat festgestellt, dass Sie an einem Rückfluss (=Reflux) von Magensäure in die Speiseröhre leiden, der zu einer Entzündung der Speiseröhre und vielleicht auch zu anderen Veränderungen geführt hat. Im Allgemeinen helfen Medikamente, die die Magensäureproduktion hemmen sehr gut. Kommt es aber zu Nebenwirkungen oder besteht der Wunsch, keine Medikamente mehr einnehmen zu müssen und trotzdem beschwerdefrei und ohne Einschränkung der Lebensqualität zu leben, kann eine Operation für Sie in Frage kommen.

Symptome bei Refluxkrankheit

Das häufigste Symptom der Refluxerkrankung ist das **Sodbrennen**, der dumpfe Schmerz oder Druck hinter dem Brustbein, der meist mit der Art und Menge der Nahrung zusammenhängt und häufig auch nachts im Schlaf auftritt. Durch flaches Liegen und nach vorne Beugen nehmen die Beschwerden erheblich zu. Die Magensäure kann bis in die Nase und Lunge laufen. Nicht selten werden diese Symptome als Herzleiden fehlgedeutet. Weitere Symptome können Schluckstörungen, morgendliche Heiserkeit, chronisch vermehrtes Aufstoßen sowie Bronchitis, Lungenentzündung und Asthma sein.

In selten Fällen können auch eine chronische Halsentzündung (sog. Laryngitis gastrica) Zahnfleischentzündungen und Mittelohrentzündungen durch den Reflux ausgelöst werden.

Ursachen

Die Ursache der Erkrankung ist in den meisten Fällen eine Schwäche des Pförtnermuskels am Mageneingang (sogenannter unterer Ösophagussphinkter). Häufig haben die Patienten auch einen **Zwerchfellbruch (Hiatushernie)**, d.h. ein Höherentreten des Magens in den Brustkorb hinein im Bereich der Durchtrittsstelle der Speiseröhre durch das Zwerchfell. Die Größe des Zwerchfellbruchs und die Verschlusschwäche des Mageneinganges nimmt in der Regel im Laufe des Lebens zu.

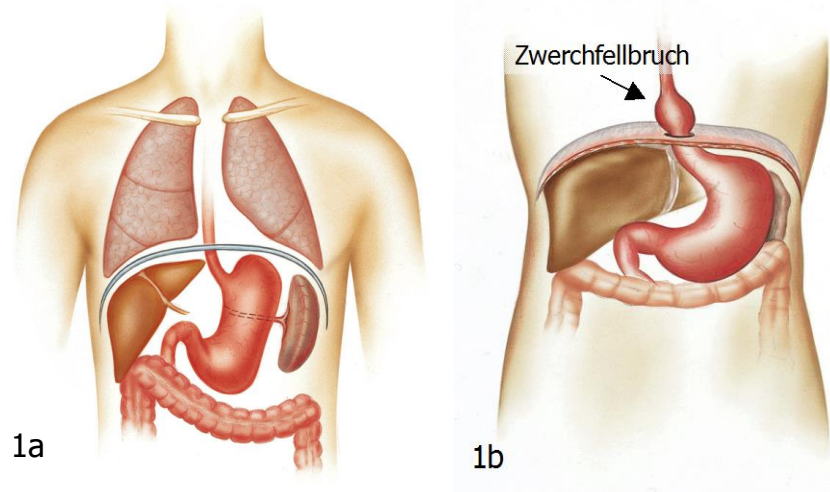


Abb. 1a + b: Die normale Lage von Zwerchfell, Speiseröhre und Magen (links). Bei einem Zwerchfellbruch tritt der Magen durch den Zwerchfellbruch hindurch in den Brustkorb ein (rechts). Dadurch wird die Funktion des Mageneingangspfortnermuskels geschwächt.

Wie bei allen anderen Brüchen der Bauchhöhle (z.B. Leistenbruch) kann auch der Zwerchfellbruch einklemmen, was häufig zu nicht entdeckten inneren Blutungen führt und eine Ursache einer chronischen Blutarmut (Anämie) sein kann. Die Größe des Bruches und Ausmaß der Mageneingangsschwäche und damit der Refluxerkrankung haben allerdings nicht immer miteinander zu tun: Es gibt sehr große Brüche (mit Teilverlagerung des Magens in die Brusthöhle) die gar keine Symptome verursachen und wiederum relativ kleine Brüche mit massiver Refluxsymptomatik. Als weitere Ursachen für die Refluxerkrankung kommen eine Pumpfunktionsstörung der Speiseröhre (Motilitätsstörung) und damit gestörte Reinigungsfunktion, sowie eine Magenentleerungsstörung in Betracht.

Folgen der Refluxerkrankung

Die Verschlusschwäche des Mageneingangs führt zu einem vermehrten Rückfluss von Mageninhalt in die Speiseröhre (=Reflux), wobei ein geringer Rückfluss einschließlich Aufstoßen völlig normal sind. Die Speiseröhre kann begrenzte Mengen des rückfließenden Sekretes durch Pumpbewegung wieder in den Magen zurücktransportieren. Ein krankhaft vermehrter Rückfluss durch eine Ventilschwäche kann aber durch diesen Selbstreinigungsmechanismus nicht kompensiert werden, so dass es zu einer verlängerten Kontaktzeit zwischen rückfließendem Sekret und Speiseröhrenschleimhaut kommt. Im Gegensatz zur Magenschleimhaut fehlen der Speiseröhrenschleimhaut Schutzmechanismen gegen den aggressiven Magensaft mit der Folge der Schädigung der Schleimhaut.

Neben der sauren Komponente des Magensaftes (Salzsäure) spielt nicht selten auch der alkalische Reflux aus dem Zwölffingerdarm mit Gallensäuren und Verdauungsfermenten der Bauchspeicheldrüse eine Rolle. Dieses Gemisch aus Säure und alkalischem Verdauungssaft ist besonders aggressiv und kann die Schleimhaut mehr noch als die reine Säure schädigen.

Die Folge der Schädigung ist eine sogenannte Refluxösophagitis (Schleimhautentzündung der Speiseröhre), die wiederum Blutungen und entzündliche Geschwüre (Ulkus/Erosion) nach sich ziehen kann. Als längerfristige Folgen einer chronischen Refluxösophagitis können narbige Einengungen der Speiseröhre und eine irreversible Umwandlung (Metaplasie) der Speiseröhrenschleimhaut in Magen-Darm-Schleimhaut (sogenannte Barrett-Schleimhaut) entstehen. Die Barrett-Schleimhaut gilt als Krebs-Vorstufe, das heißt, das Risiko einer bösartigen Entartung ist im Vergleich zur Normalbevölkerung um ein vielfaches höher.

Behandlung der Refluxerkrankung

Leichte Beschwerden lassen sich in der Regel durch eine Umstellung der Lebensgewohnheiten gut in den Griff bekommen - z.B durch

- Vermeidung von
 - Süßigkeiten (insbesondere Schokolade)
 - Weißwein
 - fettigen Speisen
 - Nikotin
- Einnehmen kleinerer Mahlzeiten über den Tag verteilt
- Letzte Nahrungsaufnahme vor der Bettruhe um 18.00 Uhr
- Gewichtsreduktion
- Oberkörperhochlagerung zur Nacht

Sollten diese Maßnahmen zu keinem Erfolg führen oder nicht durchführbar sein, können säurebindende oder säureproduktions-reduzierende Medikamente (sogenannte Protonenpumpeninhibitoren, z.B. Omeprazol oder Pantoprazol) eine Linderung der Beschwerden bis hin zur vollständigen Beschwerdefreiheit führen. Diese Medikamente sollten dann aber konsequent je nach Schwere der Erkrankung einen bis drei Monate eingenommen werden. Treten die Beschwerden nach Absetzen der Medikamente in kurzer Zeit wieder auf, kann man von einem chronischen Krankheitsgeschehen (Chronische Refluxerkrankung) ausgehen, wobei zwei Therapiealternativen zur Verfügung stehen: Dauermedikation mit den bereits erwähnten "Säureblockern", „PPI´s“, eventuell in Kombination mit der Einnahme von Medikamenten, die die Pumpfunktion der Speiseröhre verbessern (sog. Prokinetika). Diese Art der Therapie kann aber lediglich die Säurekomponente des Refluxes ausschalten, den Reflux selbst aber nicht.

Grundsätzliche Erwägungen: Operation oder Medikamente?

Grundsätzlich ist die Entscheidung, welche Therapie für den jeweiligen Patienten die vorteilhafteste ist sehr individuell, verschiedene Aspekte sollten gegeneinander abgewogen werden.

Letztendlich bleibt die Entscheidung selbstverständlich dem Patienten überlassen. Die betreuenden Mediziner werden durch eine ausführliche Beratung die Vor- und Nachteile der operativen oder medikamentösen Möglichkeiten mit den Betroffenen besprechen und Entscheidungshilfen mit an die Hand geben.

Grundsätzliche Aspekte:

	Medikamentöse Therapie	Operative Therapie
Symptomkontrolle	ja	ja
Heilung der Speiseröhrentzündung	ja	ja
Korrektur der Ursache der Erkrankung	nein	ja
Blockierung der Magensäureproduktion	ja	nein
Operations-Risiko	nein	ja
Lebenslange Medikamenteneinnahme	ja	nein

Diagnostik vor der Operation

Vor der Operation werden eine Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm, eine Ultraschalluntersuchung des Bauches und manchmal eine Röntgendarstellung von Speiseröhre und Magen durchgeführt. Darüber hinaus wird die Säure in der Speiseröhre und im Magen (sogen. **24-Stunden-pH-Metrie**) gemessen. Eine Druckmessung in der Speiseröhre (**Manometrie**) liefert unter anderem Informationen über mögliche Schluckstörungen.

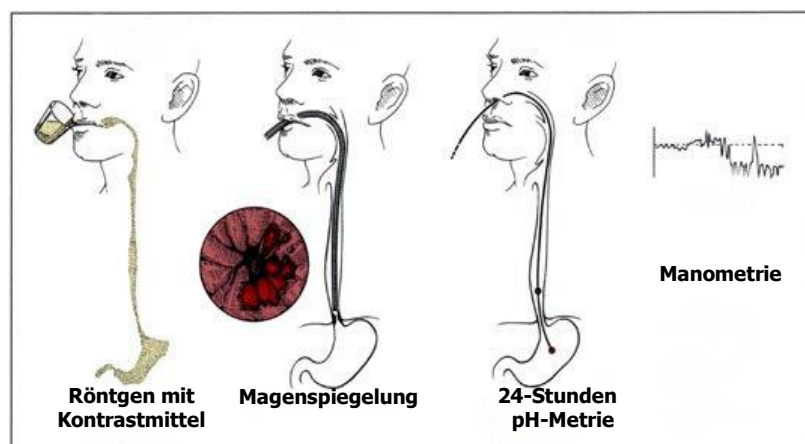


Abbildung 2: Diagnostischer Ablauf vor Refluxoperation

Operationsverfahren

Als Therapiealternative zur medikamentösen Behandlung steht die operative Rekonstruktion des Ventils (die sogenannte **Fundoplicatio**) zur Verfügung. Das Ziel der Operation ist zum einen die Beseitigung des Zwerchfellbruches mit Verkleinerung der Durchtrittspforte der Speiseröhre durch das Zwerchfell und die Rückverlagerung des häufig in den Brustkorb verlagerten Ventils zwischen Magen und Speiseröhre in die Bauchhöhle. Da diese beiden Maßnahmen aber in der Regel nicht ausreichen, muss zum anderen der Ventilmechanismus zusätzlich verstärkt werden. Hierfür verwendet der Operateur den oberen Anteil des Magens - die Magenkuppel - um aus ihr eine Manschette um den unteren Speiseröhrenanteil zu legen und das Ventil somit effektiv zu verstärken. Wenn dies gelingt ist der Reflux und die damit verbundenen Beschwerden sofort beseitigt.

Die Operation wird endoskopisch (laparoskopisch) mit der sogenannten „Schlüsselloch-Methode“ durchgeführt. Dabei wird CO₂-Gas in die Bauchhöhle geleitet, um die Bauchdecke von den Organen abzuheben. Dann wird über stabartige Instrumente, die über ca. 1 cm lange Schnitte und durch Röhren in die Bauchhöhle geführt werden, die Operation durchgeführt. Hierbei wird der oft vorhandene Zwerchfellbruch behoben und die Zwerchfellücke wieder durch eine Naht geschlossen. Dann wird der obere Magenanteil ringartig um den Mageneingang (ähnlich wie ein Rollkragen) geschlungen und vernäht.



Abbildung 3:
Das Operationsteam bei einer laparoskopischen Refluxoperation

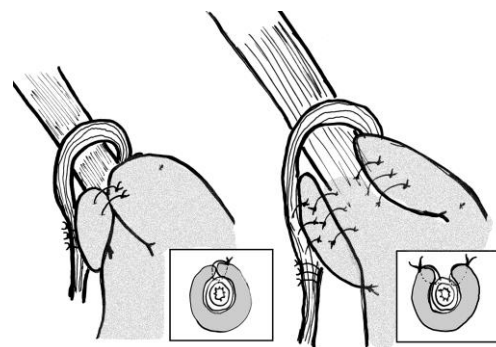


Abbildung 4:
Die beiden Varianten der Fundoplicatio:
Operation nach NISSEN (links) und TOUPET (rechts)

Für den Operateur liegt der Vorteil in der durch die Videoendoskopie ermöglichten exzellenten Übersicht über das Operationsgebiet und die in dieser Technik schonenderen Operationsinstrumente. Für den Patienten ist bei dieser Operationsform der Unterschied gegenüber der konventionellen Methode per Bauchschnitt besonders groß. Das endoskopische Verfahren ist deutlich schmerzärmer weil die Wunden sehr klein sind, auf eine Wunddrainage nach der Operation kann i.d.R. verzichtet werden, die erste flüssige Nahrungsaufnahme kann

schon am Abend des Operationstages erfolgen. Die Klinikentlassung ist meistens nach 3-6 Tagen möglich.

Eine Kombination dieses Verfahrens mit anderen endoskopischen oder konventionellen Operationen (z.B. laparoskopische Gallensteinoperation, Sterilisation, Schilddrüsenoperation, etc.) ist problemlos möglich.

**Weitere Informationen, Illustrationen und Videos
zu dieser Operations-Methode und den Angeboten unserer Klinik
finden Sie unter www.viszeralchirurgie-dinslaken.de**

Mögliche Probleme nach der Operation

Auch bei größter Sorgfalt und Sachverstand sind Komplikationen in der Chirurgie immer möglich.

Neben den Risiken einer Allgemeinnarkose können bei der Operation in seltenen Fällen Blutungen auftreten, die unter Umständen dazu führen, dass Blut transfundiert werden muss und evtl. auch ein Bauchschnitt mit Eröffnung der gesamten Bauchhöhle erfolgen muss, um die Blutung zu stillen. Ist eine bei der Operation Milzverletzung (ca. 0,5-1%) aufgetreten, muss die Milz häufig entfernt werden. Treten Verletzungen von Hohlorganen (Speiseröhre, Magen, Darm, weniger als 1%) auf, müssen diese wieder vernäht werden. Hierbei kann es auch zu Bauchfellentzündungen kommen. Selten treten bei oder nach der Operation Thrombosen (0,5 - 1%) auf, die wiederum in seltenen Fällen auch einmal zu gefährlichen Lungenembolien führen können.

Nach der Operation kann es selten (in ca. ca. 2-4%) zu Schluckbeschwerden kommen, die aber meist von alleine verschwinden. Nur in wenigen Fällen muss durch eine Magenspiegelung der Mageneingang erweitert (sogenannte Bougierung) werden.

Prognose nach Refluxoperation

Die Heilungsergebnisse nach der endoskopischen Refluxoperation sind sehr gut, die meisten Patienten verlassen 3-4 Tage nach der Operation beschwerdefrei die Klinik und brauchen keine Magenmedikamente mehr einzunehmen. Die Refluxbeschwerden verschwinden meist schon am ersten Tag nach der Operation.

Ein erneutes Auftreten der Krankheit ist nach endoskopischer Fundoplicatio sehr selten (weniger als 8%).

Verhaltensregeln nach Refluxoperation

- Nach der Operation sollten Sie bedenken, dass Ihr Schluckakt erst wieder neu antrainiert werden muss. Dies geht bei den meisten Patienten innerhalb weniger Stunden, selten dauert dies aber auch einmal einige Tage.
- Grundsätzlich sollten Sie bei den ersten Mahlzeiten vorsichtig essen und schlucken und nach jedem Bissen immer einen Schluck Wasser nachtrinken.
- Normalerweise brauchen Sie nach der Refluxoperation keine Medikamente mehr einzunehmen, bitte sprechen Sie dies aber mit Ihrem Arzt ab, da Medikamente evtl. auch aus anderen Gründen erforderlich sein könnten.

Haben Sie weitere Fragen ? Bitte wenden Sie sich an uns :

Dr. med. Klaus Peitgen
Chefarzt
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
-Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie -



St. Vinzenz-Hospital Dinslaken
Dr.-Otto-Seidel-Straße 31 - 33
46535 Dinslaken

- Tel. 02064 44-1022
- Fax 02064 44-1068
- klaus.peitgen@st-vinzenz-hospital.de
- www.st-vinzenz-hospital.de

Ihr Weg zum St. Vinzenz Hospital Dinslaken

Angaben für das Navigationssystem:

- Ort Dinslaken
- Strasse Dr. Otto Seidelstrasse 31-33

Wegbeschreibung:

Aus Richtung Düsseldorf/Duisburg kommend nehmen Sie die BAB A59 bis zur Abfahrt Dinslaken West. Rechts abbiegen (BAB-Ende) Richtung Wesel auf die B8, immer geradeaus bis zur Ampelkreuzung mit Beschilderung St. Vinzenz-Hospital. Rechts abbiegen in die Dr. Otto-Seidel Straße.

Die Parkplätze P1 und P2 befinden sich auf der rechten Seite. Den Parkplatz P3 erreichen Sie weiter rechts auf der Marktstraße am Krankenhaus vorbei über die Zufahrt und Schrankenanlage an der Sr.-Euthymia Straße.

