

BEI SCHWEREM SODBRENNEN: CHIRURGISCHE THERAPIE STATT LEBENSLANG TABLETTEN

Von **DR. MED. NATALIE KUCHEN**, Fachärztin Chirurgie, speziell Viszeralchirurgie

DAS SODBRENNEN GEHÖRT ZU DEN HÄUFIGSTEN ERKRANKUNGEN DES VERDAUUNGSTRAKTES. DIE BEHANDLUNG BERUHT MEIST AUF EINER MEDIKAMENTÖSEN THERAPIE. WENN DIE MEDIKAMENTE NICHT WIRKEN ODER EIN PATIENT DIESE NICHT VERTRÄGT, LÄSST SICH DIE REFLUXKRANKHEIT ABER AUCH MIT EINER MINIMAL-INVASIVEN OPERATION WIRKSAM THERAPIEREN.

Als Reflux oder saures Aufstossen bezeichnet man den Rückfluss von Mageninhalt in die Speiseröhre. Dies ist bis zu einem gewissen Grad ein normales Phänomen und kommt bei allen Menschen gelegentlich vor. Treten Refluxepisoden aber vermehrt und über längere Zeit mit entsprechenden Symptomen auf, spricht man von der Refluxkrankheit.

Es gibt verschiedene Ursachen oder Auslöser, die das Zurückfliessen von Mageninhalt in die Speiseröhre begünstigen. Dazu gehört an erster Stelle eine Schwäche des Speiseröhren-Schliessmuskels, die oft mit einem Zwerchfellbruch (Hiatushernie) einhergeht. Ein solcher liegt vor, wenn Teile des Magens durch die Öffnung im Zwerchfell in den Brustraum hochrutschen, sodass der Übergang der Speiseröhre zum Magen oberhalb des Zwerchfelldurchtritts zu liegen kommt. Weitere Risikofaktoren sind eine übermässige Produktion von Magensäure, eine eingeschränkte Beweglichkeit der Speiseröhre, starkes Übergewicht, gewisse Medikamente und Nahrungsmittel (fettiges Essen, Kaffee, Süsses und Alkohol) sowie Rauchen und Stress.

SYMPTOME UND MÖGLICHE FOLGEN

Die Refluxkrankheit ist weit verbreitet und über die letzten Jahre zu einer eigentlichen Zivilisationskrankheit geworden. Typische Symptome sind Sodbrennen, saures Aufstossen, saurer Geschmack im Mund (meist nach dem Aufstehen) und Brennen oder Schmerzen hinter dem Brustbein. Seltener treten chronischer Husten, Heiserkeit, Räsperzwang oder Schluckbeschwerden (Kloss im Hals) auf. Im extremen Fall kommt es zu Zahnschäden, verursacht durch die zurückfliessende Säure bis in den Mund hoch, besonders im Schlaf.

Bei chronischem Zurückfliessen von saurem Magensekret in die Speiseröhre wird die Schleimhaut der Speiseröhre geschädigt, was zu einer chronischen Speiseröhrenentzündung (Refluxösophagitis) führt. Rund 20 Prozent der Betroffenen entwickeln in der Folge einen so genannten «Barrett-Ösophagus». Hierbei führt die chronische Schädigung der Speiseröhrenschleimhaut zur Umwandlung der Schleimhautzellen in Magen-ähnliches Deckgewebe

(Epithel). Beim «Barrett-Ösophagus» besteht ein gewisses Risiko der Entartung (Krebsentstehung), weshalb regelmäßige Magenspiegelungen zur Überwachung notwendig sind.

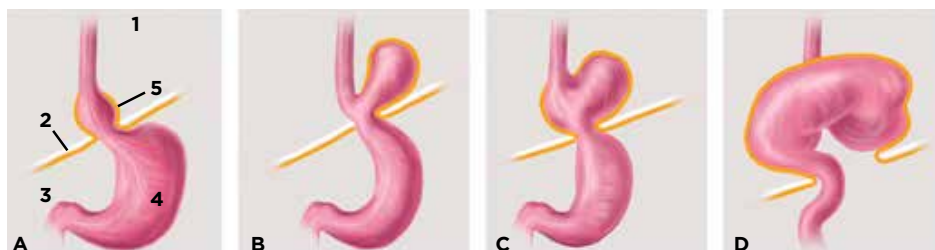
Bei typischen Refluxsymptomen wird als erster diagnostischer Schritt eine Magenspiegelung durchgeführt. Hier zeigt sich häufig eine Schleimhautschädigung (Entzündung) des unteren Speiseröhrenabschnittes. Bei Verdacht auf einen «Barrett-Ösophagus» werden für dessen Nachweis Gewebeproben entnommen.

THERAPIE

Die Therapie der Refluxkrankheit erfolgt primär konservativ, d.h. mit säurehemmender Medikation. Dies führt bei den meisten Patienten relativ rasch zur Beschwerdebesserung. Allerdings kommt es nach Absetzen der Medikation oft zu einem Rückfall. Bei ausgewählten Patienten, die auf die konservative Behandlung mit Protonenpumpenhemmern (stark säurehemmende Medikamente) nicht adäquat reagieren, diese nicht tolerieren oder keine Langzeitmedikation wünschen, bieten wir nach intensiver Abklärung eine operative Therapie an. Der Eingriff besteht aus zwei wesentlichen Schritten, um die Refluxbarriere wiederherzustellen. Der erste Schritt zielt darauf ab, den Zwerchfellbruch zu beheben bzw. den Durchtritt durch das Zwerchfell einzuengen. Im zweiten Schritt wird das Ventil am Übergang Speiseröhre/Magen wiederhergestellt (Schliessmuskelfunktion).

ZWERCHFELLBRUCH-OPERATION

Kleinere Zwerchfellbrüche (axiale Gleithernien), bei denen nur ein kleiner Teil des Magens oberhalb des Zwerchfelldurchtritts der Speiseröhre liegt, gehen häufig mit der Refluxkrankheit einher und sind für sich allein kein Grund für eine Operation. Eine solche wird meistens dann notwendig, wenn entweder eine schwere Refluxkrankheit vorliegt oder der ganze Magen oder Teile davon in den Brustkasten hochgerutscht sind (vgl. Abb. 1). Bei den paraösophagealen (neben der Speiseröhre liegenden) oder den gemischten Hiatushernien können grosse Anteile des Magens im Brustraum zu liegen kommen. Im Extremfall liegt dort sogar der ganze Magen umgedreht (Upside-down-Magen), oder es verlagern sich noch



1 Brustraum, 2 Zwerchfell, 3 Bauchhöhle, 4 Magen, 5 Bruchsack

Abb. 1
Zwerchfellbruch
A: axiale Gleithernie
B: paraösophageale Hernie
C: Mischform
D: Upside-down-Magen

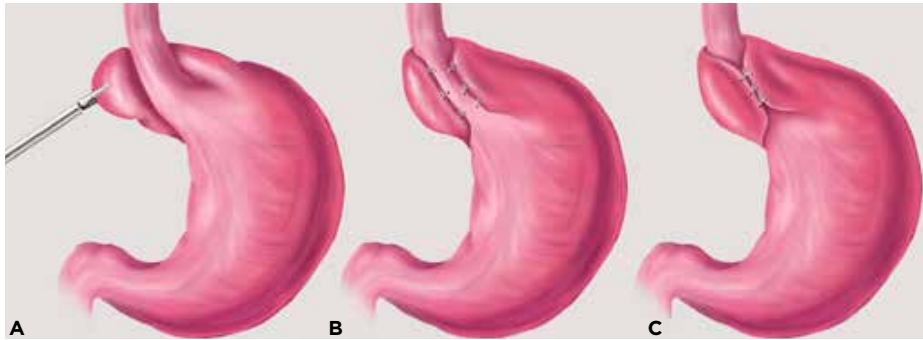


Abb. 2:
A: Fundoplicatio
B: nach Toupet (270° Manschette)
C: nach Nissen (360° Manschette)

andere Organe (z. B. der Dickdarm) durch die Bruchlücke in den Brustraum. Hier ist eine Operation aufgrund der akuten Einklemmungsgefahr klar empfohlen.

Die Zwerchfellbruch-Operation umfasst im Wesentlichen das Wieder-in-die-richtige-Position-Bringen des Magens unter dem Zwerchfell sowie die Verkleinerung der Lücke im Zwerchfell, sodass nur noch die Speiseröhre darin Platz findet. Bei grossen Zwerchfellbrüchen wird der Zwerchfellverschluss mit einem bioresorbierbaren Netz verstärkt. Es bewirkt eine vermehrte Narbenbildung, was zu mehr Stabilität führt. Je nach Implantat löst sich das Netz innert 6 bis 12 Monaten komplett auf. Diese Eingriffe werden in der Regel laparoskopisch (minimalinvasiv) durchgeführt. Der Spitalaufenthalt beträgt 4 bis 5 Tage.

Eine Verstärkung mit einem bioresorbierbaren Netz gelangt auch bei Rezidiveingriffen (d.h. nach Rückfällen) zur Anwendung. Die Rezidivrate liegt bei 10 bis 20 Prozent. Grund für einen Rückfall ist meist eine zu hohe körperliche Belastung (Heben schwerer Gewichte etc.).

WIEDERHERSTELLUNG DER SCHLIESSMUSKELFUNKTION: FUNDOPLICATIO

Zur Stärkung des Speiseröhren-Schliessmuskels wird aus dem oberen Teil des Magens eine Manschette gebildet, die um die untere Speiseröhre gelegt wird. Dieser Eingriff heisst Fundoplicatio oder Anti-Reflux-Operation. Die Manschette verbessert die Funktion des Schliessmuskels, indem sie den Druck auf die Mündung der Speiseröhre erhöht. Die Manschette umschliesst 270° (Fundoplicatio nach Toupet) bis 360° (Fundoplicatio nach Nissen) der unteren Speiseröhre (vgl. Abb. 2). Bei 90 Prozent der Patienten führt dieser Eingriff zu einem langfristig guten Ergebnis. Er wird heute in der Regel laparoskopisch durchgeführt und weist eine geringe Nebenwirkungsrate auf.

Vor einer solchen Operation werden eine Säuremessung und eine Mengemessung des Refluxes durchgeführt. Dazu kommt eine Druckmessung in der gesamten Speiseröhre und im unteren Schliessmuskel am Mageneingang. Diese Untersuchungen geben Hinweise auf die Stärke der Refluxkrankheit und auf die Funktion der Speiseröhre als Pumpe beim Schluckakt. Ist die Speiseröhre in der Schluckaktivität zu schwach, kann die Anlage einer Manschette zu Schluckstörungen führen. Davon betroffene Patienten sind nicht geeignet für eine klassische Operation mit Magenmanschette.

REFLUXSTOP

Neuerdings gibt es eine Alternative zur klassischen Refluxoperation: den RefluxStop. Bei dieser Technik wird der Winkel zwischen Speiseröhre und Magen akzentuiert und der Übergang von der Speiseröhre in den Magen

tiefer gelegt. Eine Silikonkugel, die im Magen oberhalb des Schliessmuskels eingestülpt wird, dient durch Druck von aussen auf die Speiseröhre als «Rückschlagventil», das den Rückfluss in die Speiseröhre verhindert (vgl. Abb. 3). Der Vorteil dieser Methode besteht darin, dass der natürliche Schliessmuskel nicht durch eine Manschette von aussen gestört und die Speiseröhre in ihrer Pumpfunktion weniger behindert wird. Dadurch ist der RefluxStop auch bei schwacher Druckmessung noch anwendbar. Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Zwerchfellbruchs wird dieser wie bei einer Fundoplicatio verschlossen. Die Ergebnisse der klinischen Studie sind ausgezeichnet. Die Langzeit-Ergebnisse bleiben abzuwarten.



Abb. 3: RefluxStop, links vor dem Eingriff und rechts danach (Copyright Implantica)

Es ist mit einem kurzen stationären Aufenthalt von 3 bis 4 Tagen zu rechnen. Die Säureblocker können in der Regel unmittelbar nach der Operation abgesetzt werden. Zudem ist auf das Heben schwerer Lasten und auf Bauchmuskultraining für 2 bis 3 Monate zu verzichten.

GLOSSAR

- **SPEISERÖHRE:** Muskelschlauch, der vom Rachen bis zum Magen führt und durch Muskelkontraktionen Nahrung in den Magen befördert
- **SCHLISSMUSKEL:** ringförmiger Muskel, der ein Hohlorgan wie die Speiseröhre völlig abdichten kann und dadurch einen Durchfluss verhindert
- **ZWERCHFELL:** flacher, scheibenförmiger Muskel, der den Brustraum vom Bauchraum trennt

KONTAKT

CHIRURGISCHES ZENTRUM ZÜRICH

Klinik Hirslanden
Witellikerstrasse 40
8032 Zürich
T +41 44 387 37 00
n.kuchen@hin.ch
www.chirurgischeszentrum.ch