

# 6. Zürcher oberländer Gastro-Meeting 2006

Update und praxisrelevante  
Aspekte der Gastroenterologie

- 17.30      Refluxkrankheit  
            Dr. Alf Karpf
- 17.55      Obstipation – ein schweres Leiden  
            3 Fälle  
            Dr. Gerold Münst
- 18.20      Pause
- 18.30      Ikterus - Fallbeispiele  
            Dr. Hansueli Ehrbar
- 18.55      Neue endoskopische Techniken  
            Dr. Marco Bernardi
- 19.20      Roundtable – Diskussion
- 19.45      Nachtessen

# Refluxkrankheit

Dr. Alf G. Karpf


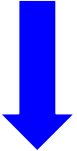

Facharzt Gastroenterologie FMH

Facharzt Innere Medizin FMH

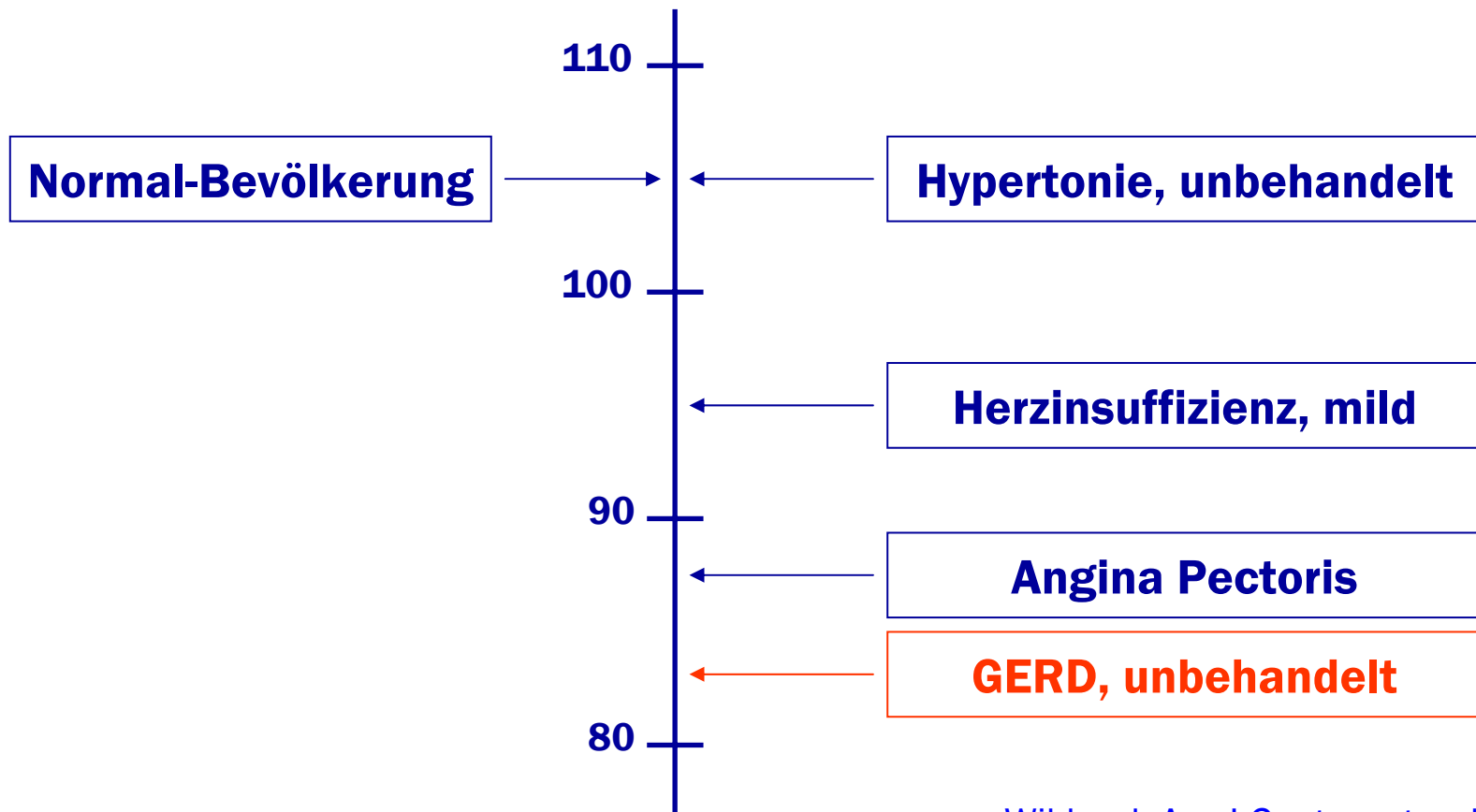
# Refluxkrankheit



# Refluxkrankheit

- Prävalenz 
- Lebensqualität 
- Sozioökonomische Bedeutung 

# Psychological General Well-being Score



# Refluxkrankheit – Lebensqualität

## **Reflux Disease Questionnaire ?**

## **ReQuest-Fragebogen ?**

- Beschwerden vom Arzt meist unterschätzt
- Symptomlast – Intensität – Häufigkeit
- Variabilität und Vielfalt der Symptome
- Therapieansprechen - Symptombefreiung

Mönnikes Digestion 2005

McColl Am J Gastroenterol 2005

Nocon Eur J Gastroenterol Hepatol 2005

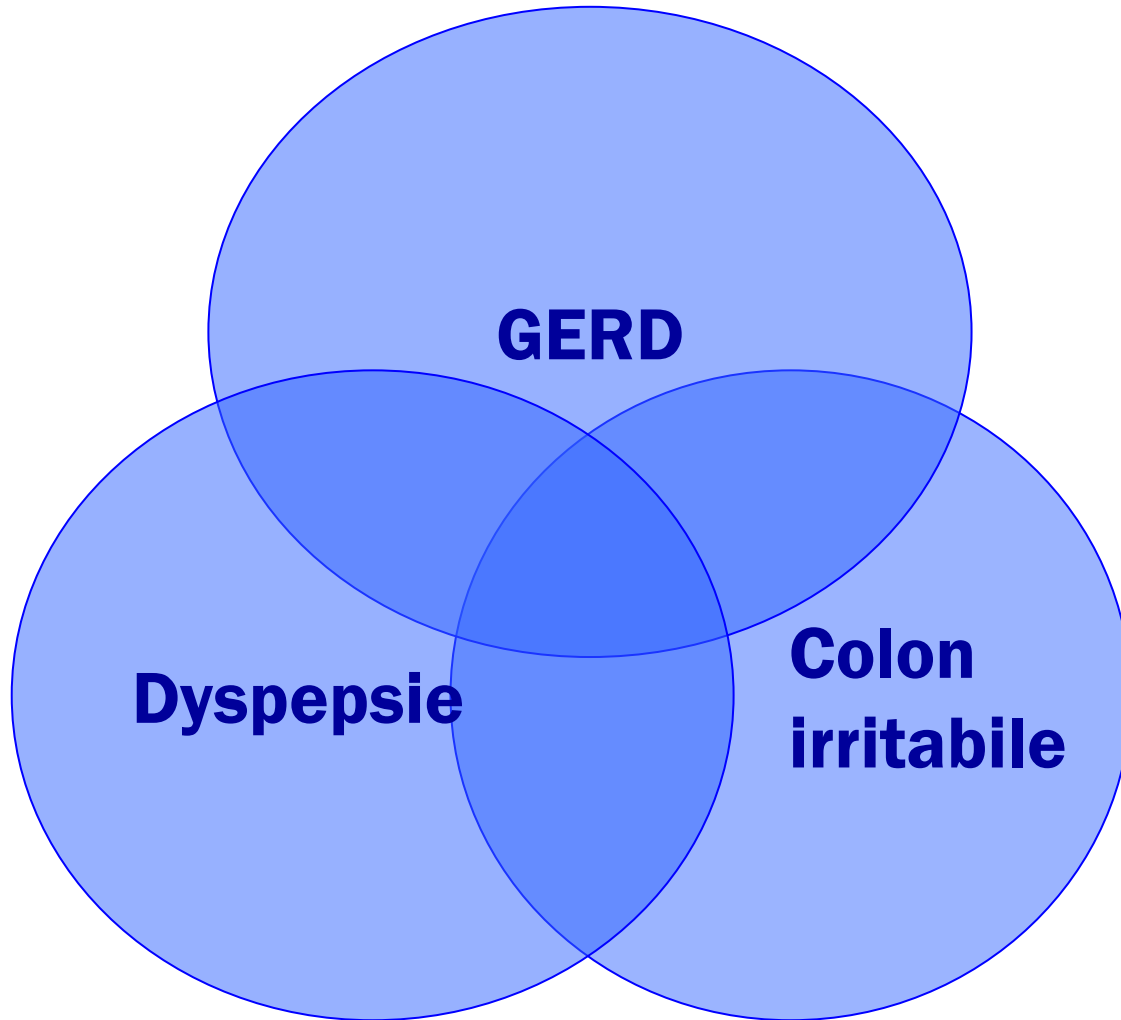
# Refluxkrankheit – Symptome

- Retrosternales Brennen
- Retrosternale Schmerzen
- Aufstossen
- Regurgitation
- Saurer Reflux
- Sodbrennen
- Epigastrisches Druckgefühl
- Globusgefühl



**Fragen Sie sich durch!**



# Refluxkrankheit - Symptome



# Refluxkrankheit - Epidemiologie

	Peptische Läsionen 	Reflux 	Funktionelle Dyspepsie
1990	20 - 30 %	10 - 30 %	> 50 %
2005	10 %	20 - 40 %	> 50 %

# Refluxkrankheit - Epidemiologie

## Prävalenz

- |                        |        |
|------------------------|--------|
| • Refluxsymptome       | 40 %   |
| • Erosive Oesophagitis | 15.5 % |
| - asymptomatisch       | 5 %    |

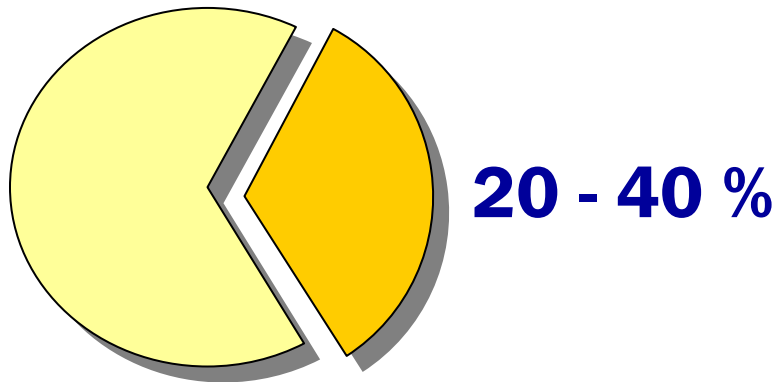
## Risikofaktoren

- Hiatushernie
- Übergewicht

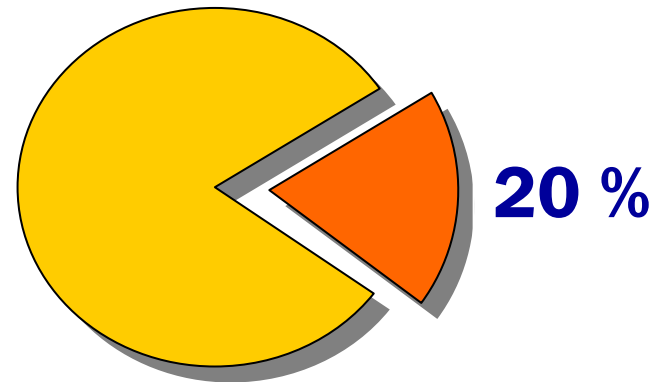
Keine Korrelation: Symptome – erosive Oesophagitis

# Refluxkrankheit - Epidemiologie

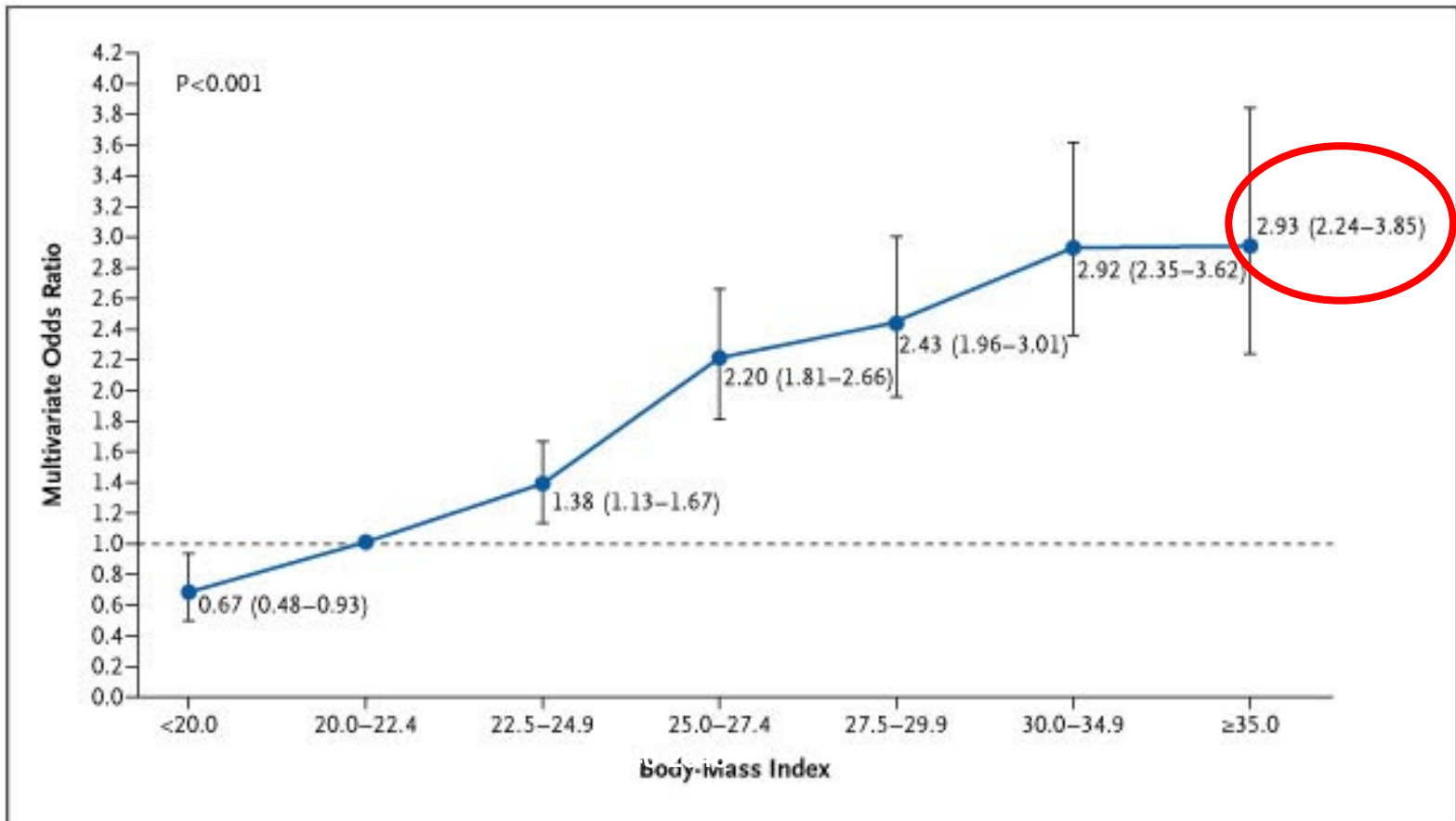
Prävalenz



Hausarzt-  
besuch



# Body-Mass Index und Reflux



Body-Mass Index and Symptoms of  
Gastroesophageal Reflux in Women  
B.C. Jacobsen et.al. NEJM 2006



The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

# Body-Mass Index und Reflux

**Table 3. Association between Weight Change (between 1984 and 1998) and Frequent Symptoms of Gastroesophageal Reflux Disease.\***

Variable	No. of Women	Decrease in BMI			No Weight Change <sup>†</sup>	Increase in BMI			P for Trend
		>3.5	>1.5 to 3.5	0.5 to 1.5		0.5 to 1.5	>1.5 to 3.5	>3.5	
No. of women with symptoms of GERD	1886	42	113	132	202	285	548	564	
No. of controls	3176	122	278	299	534	561	825	557	
Multivariate odds ratio (95% CI)		0.64 (0.42–0.97)	0.90 (0.67–1.20)	1.13 (0.86–1.49)	1.00	1.23 (0.98–1.54)	1.55 (1.26–1.91)	2.29 (1.84–2.86)	<0.001
Multivariate odds ratio for women with a BMI <25.0 in 1984 (95% CI) <sup>‡</sup>		0.76 (0.4–1.45)	0.88 (0.59–1.31)	1.08 (0.75–1.54)	1.00	1.13 (0.84–1.52)	1.26 (0.94–1.70)	2.80 (1.63–4.82)	0.002

\* Symptoms of gastroesophageal reflux disease were defined as heartburn, acid regurgitation, or both. Frequent symptoms were those occurring at least weekly. GERD denotes gastroesophageal reflux disease, and CI confidence interval. Multivariate odds ratios have been adjusted for age; BMI in 1984; smoking status; total activity; daily caloric intake; intake of alcohol, coffee, tea, and chocolate; use of postmenopausal hormone therapy; use of anti-hypertensive and asthma medication; and presence or absence of diabetes mellitus.

<sup>†</sup> Women with no weight change served as the reference population.

<sup>‡</sup> Analysis restricted to women with a BMI of less than 25.0 in 1984 included 613 women with symptoms of gastroesophageal reflux disease and 1704 controls.

Body-Mass Index and Symptoms of Gastroesophageal Reflux in Women  
B.C. Jacobsen et.al. NEJM 2006



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

# Body-Mass Index und Reflux

## Risikofaktoren: BMI und Rauchen

### BMI

- „lineare“ Abhängigkeit
- „Dosis-Wirkung-Beziehung“
- BMI > 30: Risiko 3x erhöht

Body-Mass Index and Symptoms of  
Gastroesophageal Reflux in Women  
B.C. Jacobsen et.al. NEJM 2006

# Refluxkrankheit

## SYMPTOMATIC GASTROESOPHAGEAL REFLUX AS A RISK FACTOR FOR ESOPHAGEAL ADENOCARCINOMA

	Adenokarzinom	Kardiakarzinom
		<i>Odds-Ratio</i>
Chronischer Reflux (1x Woche)	7.7	2.0
Nächtlicher Reflux	10.8	2.0
Schwerer Reflux	43.5	4.4
Adenokarzinom	62% Barrett-Oesophagus	



# Gastro-Oesophageale Refluxkrankheit

## Begriffe und Definitionen

**GERD**

Gastro-Esophageal Reflux Disease

**ERD**

Erosive Refluxkrankheit  
Symptome mit Epitheldefekten

**NERD**

Negativ-Endoscopic Reflux Disease  
Symptome ohne Epitheldefekte  
Nicht erosive Refluxkrankheit

# Refluxkrankheit – NERD vs. (G)ERD

- Klinik identisch
- Schweregrad der Symptome identisch
- Dauer der Symptome identisch
- Wirksamkeit PPI-Therapie identisch
- Nur mittels Endoskopie erkennbar

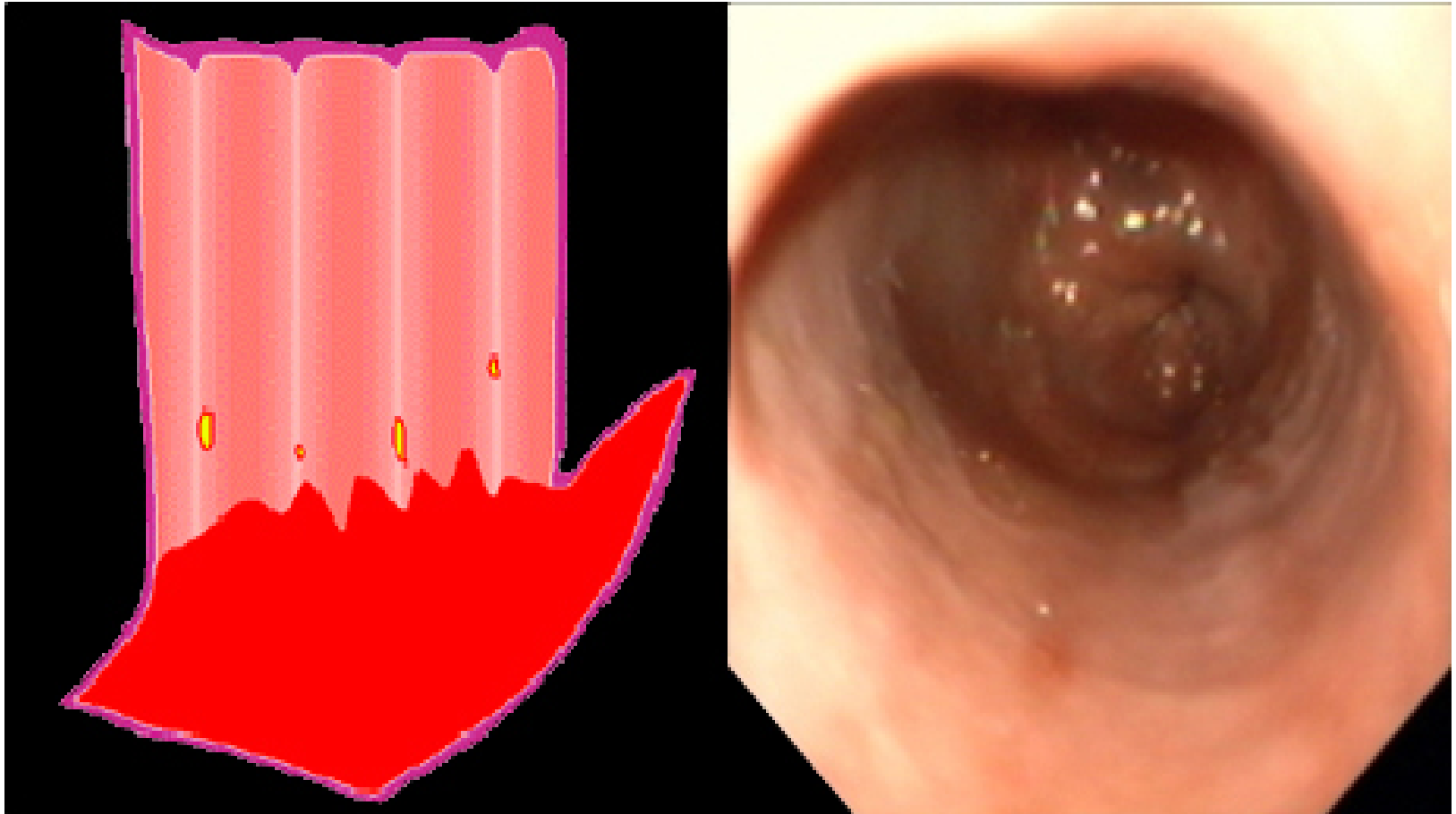
# Refluxkrankheit

## **Endoskopische Klassifikationen**

- Savary-Miller I - IV
- MUSE X (0 - 2)
- **Los Angeles Klassifikation A - D**

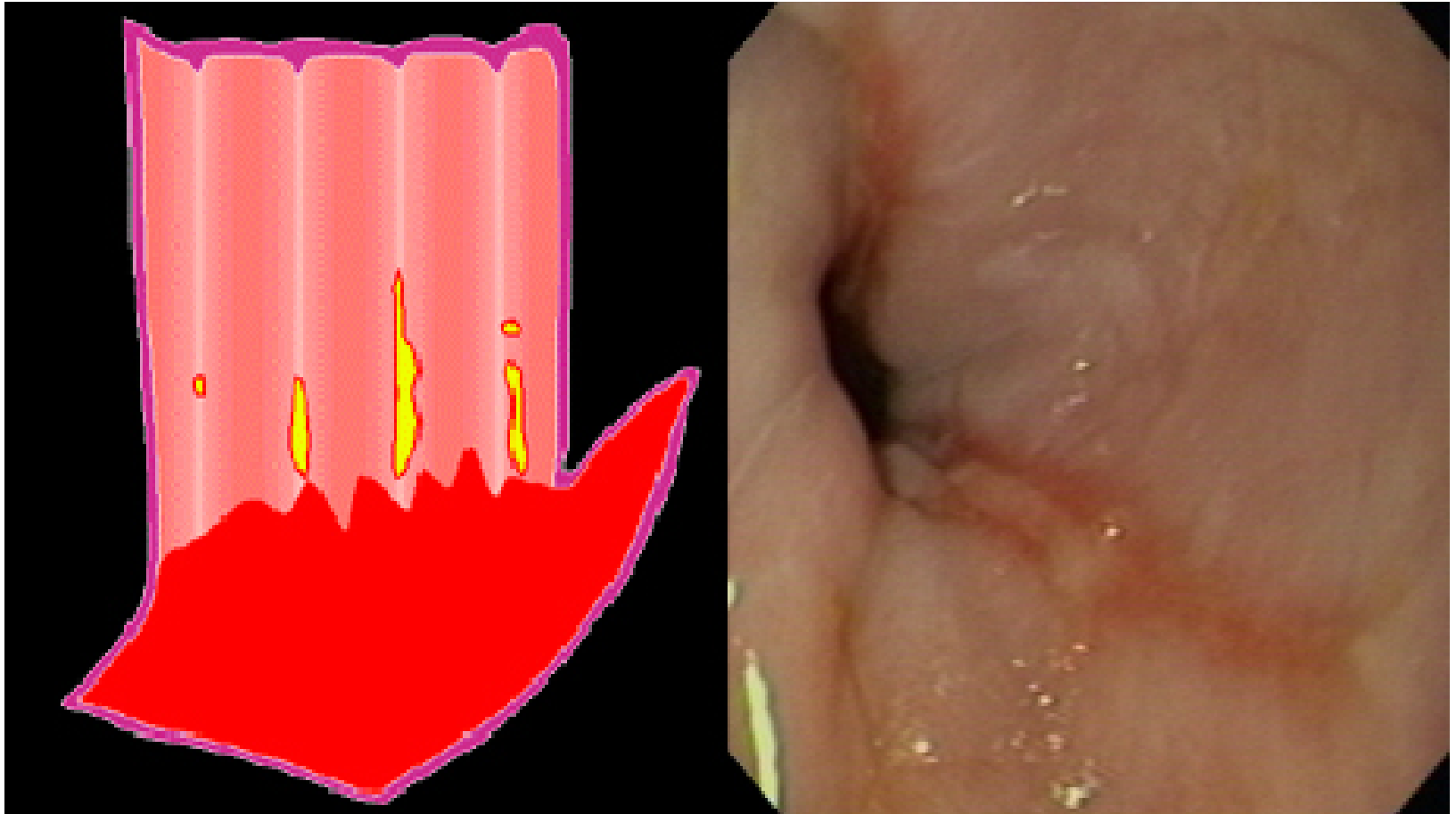
# Los Angeles Klassifikation

## Refluxoesophagitis Stadium A



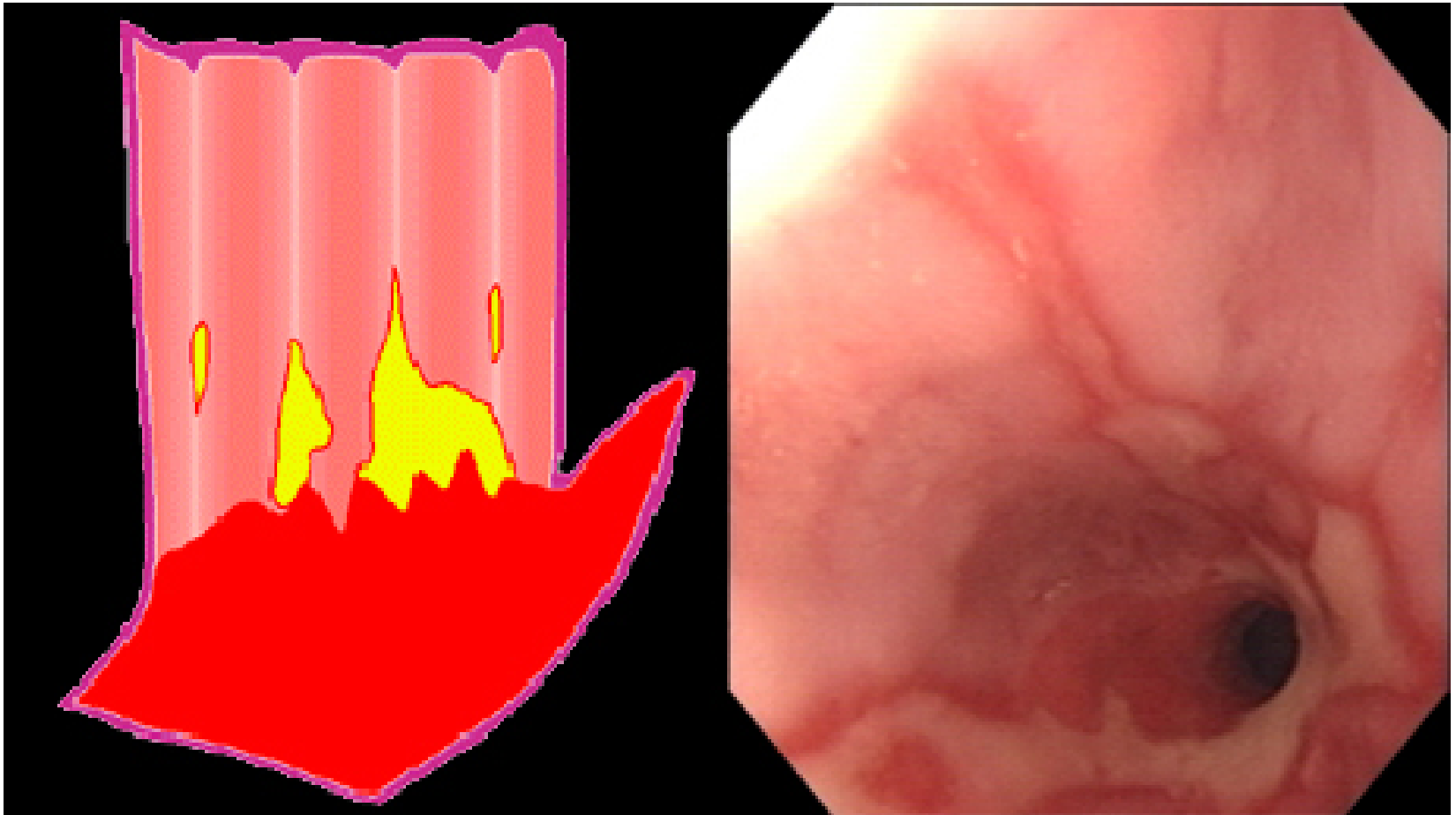
# Los Angeles Klassifikation

## Refluxoesophagitis Stadium B



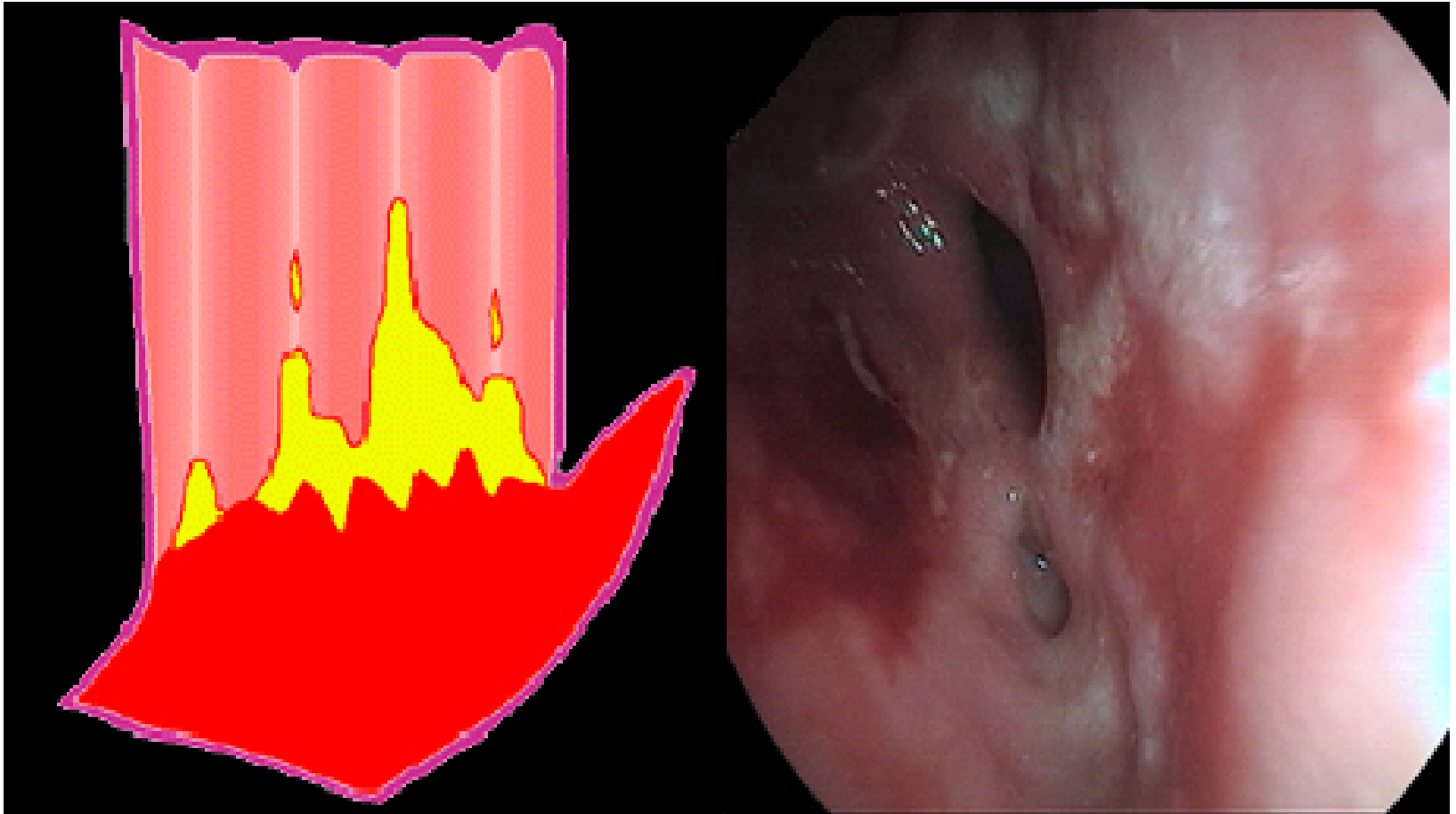
# Los Angeles Klassifikation

## Refluxoesophagitis Stadium C

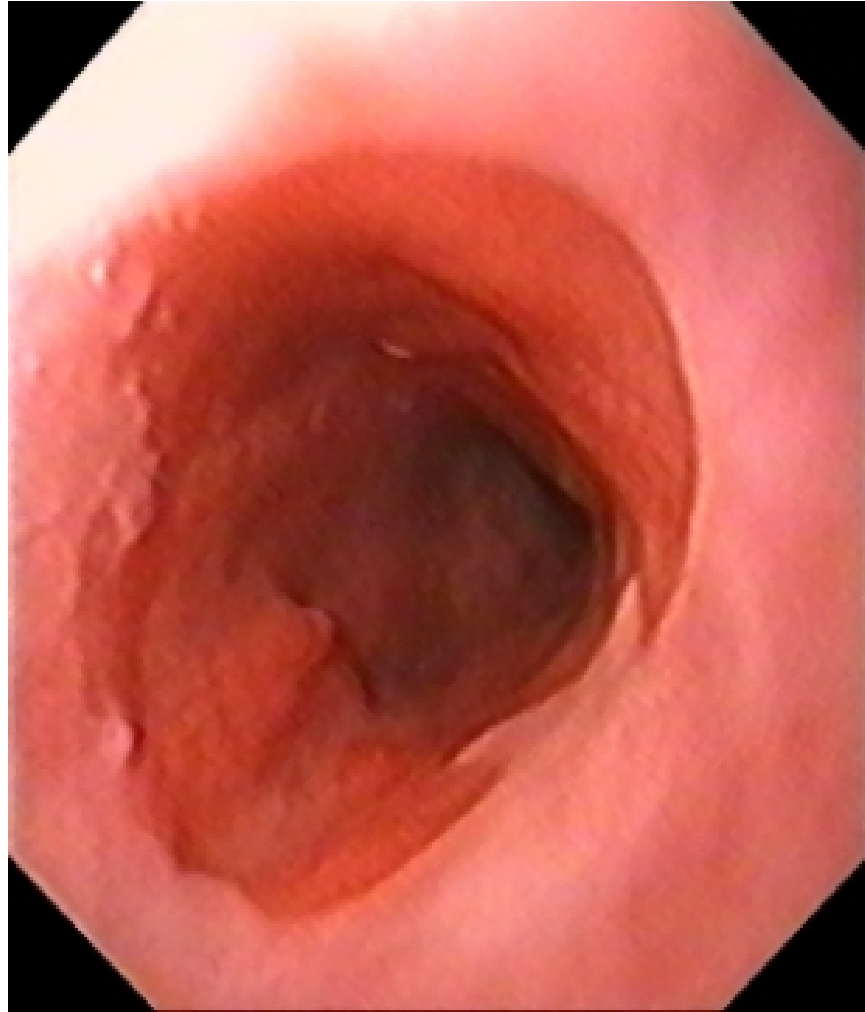


# Los Angeles Klassifikation

## Refluxoesophagitis Stadium D



# Barrett-Oesophagus

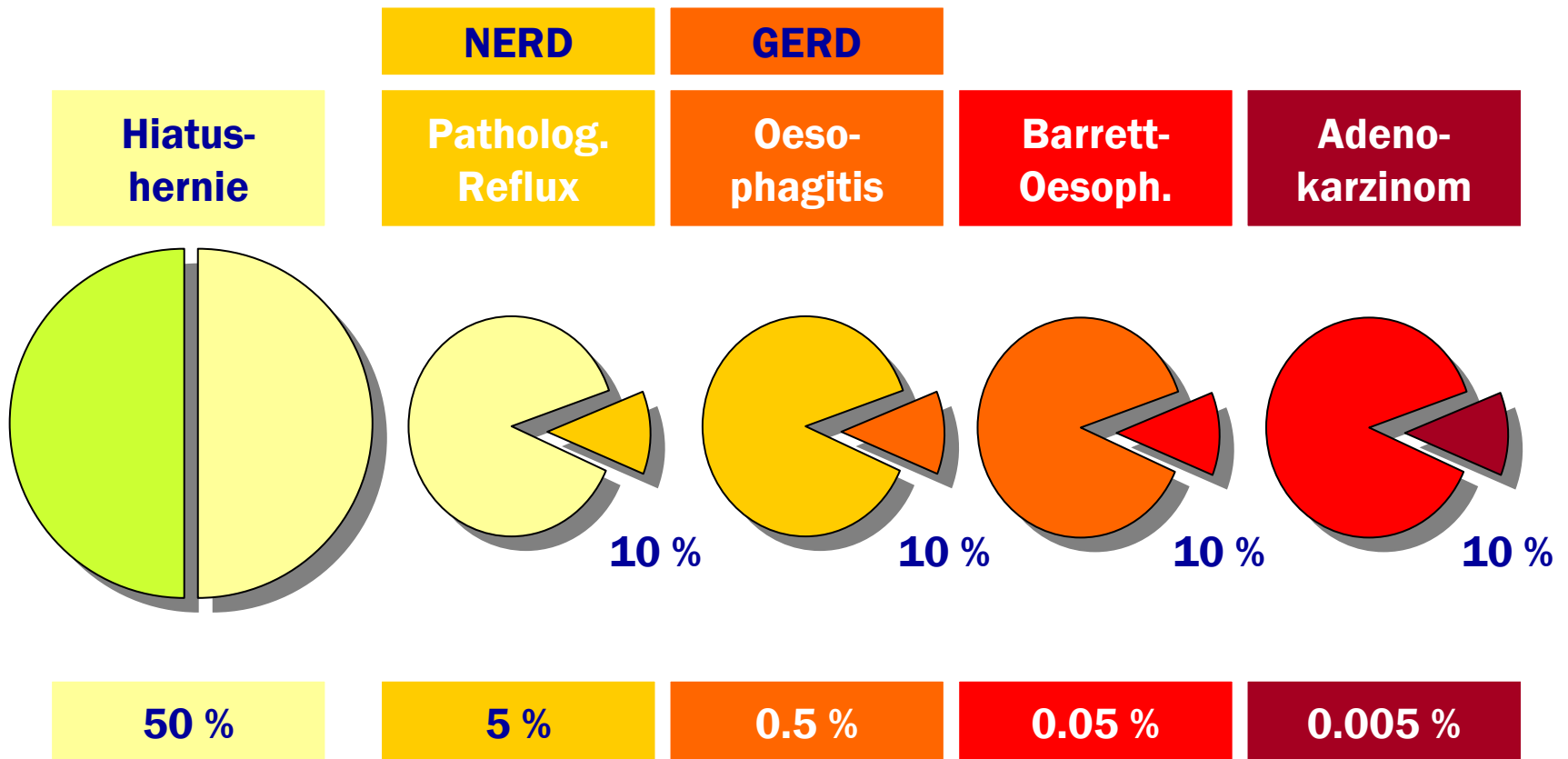




# Barrett-Oesophagus-Nachkontrollen

Unklare Dysplasie und schwere Entzündung	8-12 Wochen intensive medikamentöse Therapie (PPI), Kontroll-Endoskopie
Keine Dysplasie	2-jährliche Kontroll-Endoskopien mit Biopsien ‚short‘ und ‚long‘ Segment-Barrett
‚Low grade‘ Dysplasie	3- bis 12-monatliche Kontrollen, intensive Antirefluxtherapie (PPI)
‚High grade‘ Dysplasie	Biopsien wiederholen, Endosonographie. Bestätigte Diagnose: Phototherapie, Argonbeamer, Endosk.Mukosektomie, Multipolar-Elektrokoagulations-Therapie, evtl. Oesophagektomie oder 3-monatliche endoskopische Kontrolle

# Refluxkrankheit - Epidemiologie



# Refluxkrankheit - Komplikationen

**NERD**



**Nicht progressiv,  
extraösophageale  
Manifestationen**

**GERD**



**Striktur, Ulkus,  
Blutung,  
extraösophageale  
Manifestationen**

**Barrett-  
Oesophagus**



**Adeno-  
karzinom**

# Refluxkrankheit - Komplikationen

- Oesophagitis (LA A-D)
- Ulkus
- Blutung
- Strikturen/Stenose
- Barrett-Oesophagus
- Adenokarzinom
- Extraoesophageale Manifestationen

# Refluxkrankheit –

## Extraoesophageale Manifestationen

Chronischer Husten

Chronische Heiserkeit

Asthma

Sinusitis

Stenokardien, NCCP (non cardiac chest pain)

Schlafstörungen

# GERD und Schlaf

- Schlafstörungen: Prävalenz 2-4%
- Reflux 7% täglich, 14 % wöchentlich
- GERD häufig bei Schlafstörungen
- GERD kürzere Tiefschlafphasen
- GERD häufigeres kurzes Aufwachen

# GERD – Nächtlicher Reflux

Prävalenz von Schlafstörungen 81 % !

Therapie: PPI	40mg	20mg	Placebo
Nächtlicher Reflux	53%	50%	12.7%
Schlafstörungen	71%	71%	41%

Johnson DA, Effect of Esomeprazole on Nighttime Heartburn and Sleep Quality in Patients with GERD Am J Gastroenterol 2005

# GERD – Stenokardie/NCCP

Nicht kardialer Thoraxschmerz: Prävalenz 13 %

Meta-Analyse mit 8 Studien:

PPI-Therapie: 46 % Symptombreduktion !

number needed to treat: 3!

**Fazit: Probetherapie!**



# PPI bei KHK

Reduktion:

- Thoraxschmerzen 70%
- IPS-Behandlung 55%
- Stationäre Aufenthalte 53%

PPI prognostisch unabhängiger Faktor!?

# Extraoesophageale Manifestationen

## Probetherapie

Chronischer Husten	1-2 Wochen
Chronische Heiserkeit	4-6 Wochen
Asthma bronchiale	10-12 Wochen
Stenokardien, NCCP	10-12 Wochen
Schlafstörungen	4-6 Wochen

Dosierung: PPI 2-3 x Standarddosierung

Ineffizienz:

1. Dosis steigern
2. Medikamente stopp - Diagnose ?
3. Endoskopie – ev. ph-Metrie

# Refluxkrankheit - Alarm-Symptome

- Odynophagie
- Dysphagie
- Gewichtsverlust
- Anämie
- Erbrechen (Hämatemesis)
- Meläna
- Eisenmangel

**Endoskopie!**

# Refluxkrankheit – Endoskopie ?

## **Indexendoskopie**

- ERD oder NERD
- Schweregrad
- Dysplasien
- Barrett
- Risikogastritis
- Helicobacter pylorie

# Refluxkrankheit – Endoskopie ?

## **Nutzen ? Zusatzdiagnosen ?**

- Diagnostische Sicherheit
- Kanzerophobie
- Prognostische Relevanz:  
ERD, NERD, Dysplasien, Barrett
- Strikturen, Karzinome
- Soorösophagitis, Eosinophile Oesophagitis
- ORL – Pathologie
- Pathologie im Magen oder Duodenum

# Refluxkrankheit - Therapie

## Behandlungsziel

- |                            | <b>NERD</b> | <b>GERD</b> |
|----------------------------|-------------|-------------|
| • Beschwerdefreiheit       | +++         | +++         |
| • Abheilung der Läsionen   |             | +++         |
| • Komplikationen vermeiden | (+)         | ++          |

## Akuttherapie

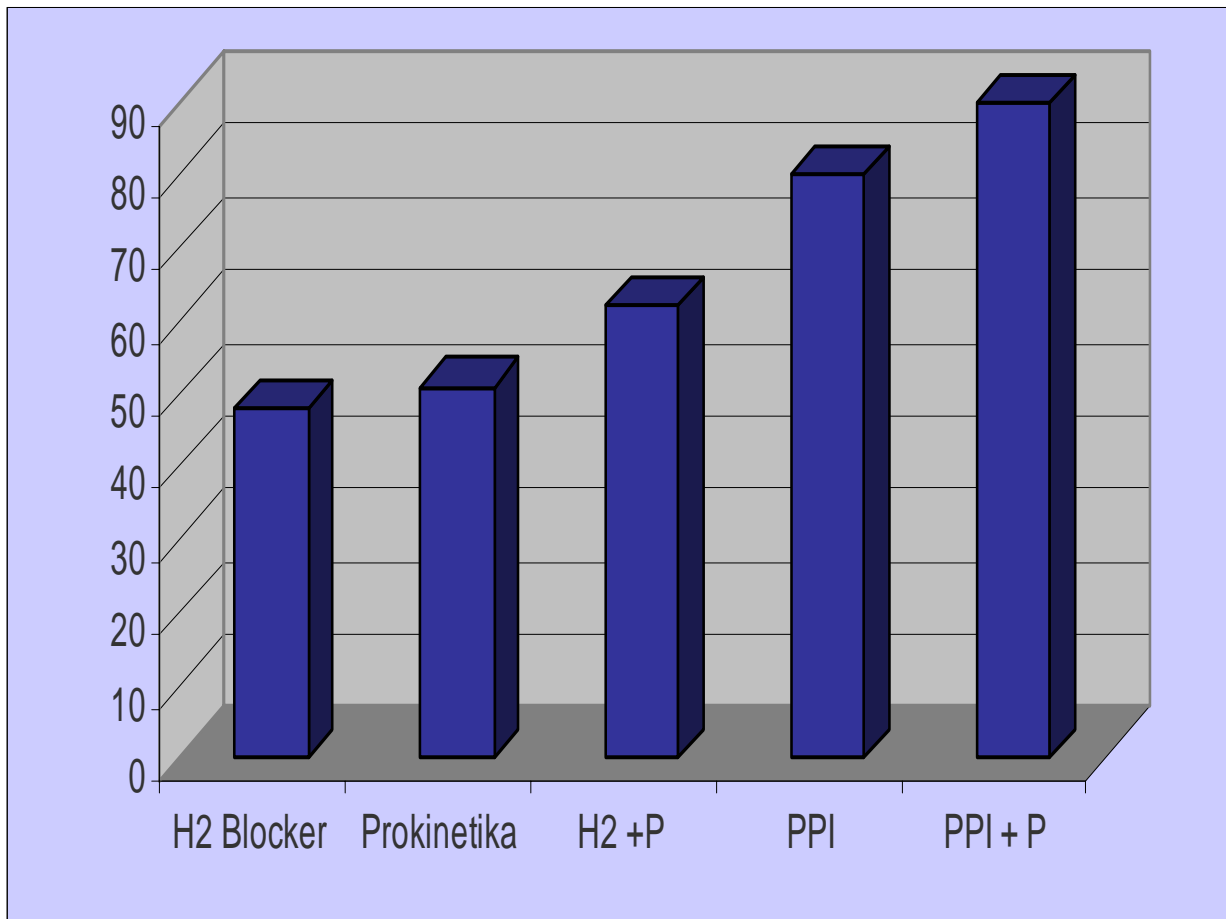
- |                         |       |       |
|-------------------------|-------|-------|
| • PPI Standarddosierung | 2-4Wo | 4-8Wo |
|-------------------------|-------|-------|

## Rezidivprophylaxe

- |                   |     |    |
|-------------------|-----|----|
| • Dauertherapie   | (+) | ++ |
| • Bedarfstherapie | +++ | +  |

# Refluxkrankheit

Remission (%) nach 1-jähriger Erhaltungstherapie von GERD mit verschiedenen Medikamenten-Kombinationen



# Refluxkrankheit-Langzeittherapie

- Sicher, keine relevanten Risiken
- Wirksam -> 85 - 90 %
- Hypergastrinämie
- Chronische Korpusgastritis
- ECL-Hyperplasie

**Helicobacter pylori Eradikation?**



# Refluxkrankheit - Therapie

	<b>NERD</b>	<b>GERD</b>
• Antazida / H2-Blocker	+	(+)
• Prokinetika	0	0
• Allgemeine Massnahmen	++	++
• Chirurgie	0	(+)
• Endoskopische Verfahren	0	0

# Refluxkrankheit - Therapie

## Allgemeine Massnahmen

- Ernährung:  
keine voluminösen und fettreichen Mahlzeiten  
individuelle Nahrungsverträglichkeit beachten  
keine Spätmahlzeiten, letzte Mahlzeit 2-3 Stunden vor dem Schlafen
- Gewichtsreduktion bei Übergewicht
- Restriktion von Nikotin und Alkohol
- Keine refluxfördernden Medikamente:  
Kalziumantagonisten, Beta-mimetika, Aminophyllin, Nitrate, Anticholinergika oder Benzodiazepine

# Refluxkrankheit





# Schlussfolgerungen Refluxkrankheit

- Die Prävalenz der Refluxkrankheit nimmt zu
- Die Prävalenz des Barrett-Osophagus nimmt zu
- Die Inzidenz des Adenokarzinoms des Oesophagus und der Kardia nehmen zu

# Schlussfolgerungen Refluxkrankheit

- Übergewicht und Hiatushernie sind die wichtigsten Risikofaktoren
- Adipositas erhöht das Risiko für NERD, ERD und das Adenokarzinom (Dosis-Wirkungs-Beziehung)
- Symptome korrelieren nicht mit dem Schweregrad der epithelialen Läsionen
- Die Refluxkrankheit hat eine hohe gesundheitsökonomische Bedeutung

# Schlussfolgerungen Refluxkrankheit

- Initial rasch wirksame Behandlung: PPI
- Keine Komplikationen:  
Step down/on demand - Strategie
- Extraösophageale Manifestationen:  
Probetherapie
- Operation vermeiden

# Schlussfolgerungen Refluxkrankheit

- Anti-Refluxtherapie verhindert Dysplasie ?
- Barrett-Oesophagus -> Adeno-Ca 3-5 x häufiger  
kontrollieren alle 2-3 Jahre
- High grade Dysplasie alle 2-3 Monate  
kontrollieren oder operieren
- Ablative Therapie nur in Studien



# Refluxkrankheit

6. Zürcher Oberländer Gastro-Meeting 31. August 2006

Dr. Alf G. Karpf

Facharzt Gastroenterologie FMH

Facharzt Innere Medizin FMH