



Faktenblatt zu Soddbrennen und Reflux

1. Soddbrennen (Pyrosis):

Klinik

- brennende retrosternale (hinter dem Brustbein gelegene) Schmerzen, gehäuft nach Mahlzeiten und im Liegen [1].
- stark saurer Geschmack im Mund und nächtlicher Husten können typischerweise im Zusammenhang mit Soddbrennen auftreten [2].

Äthiologie (Ursache)

- Rückfluss der stark sauren Magensäure in den Ösophagus (Speiseröhre), dabei wird Soddbrennen in Abhängigkeit vom Ausmaß und der Dauer des pH-Abfalls ausgelöst [3].
- Soddbrennen ist ein häufiges Symptom der gastroösophagealen Refluxkrankheit (GERD, gastroesophageal reflux disease), 75 % der GERD-Patienten leiden unter Soddbrennen [1].
- Reflux kann auch beim Gesunden gelegentlich vorkommen z. B. nach fettreicher Mahlzeit und Weinkonsum (physiologischer Reflux) [1]. Differenzierung des physiologischen Reflux zur gastroösophagealen Refluxkrankheit: Gesundheitsrisiko und/oder Störung der Lebensqualität durch Reflux [1].

2. Gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD, gastroesophageal reflux disease):

- wird als *Säurekrankheit bei Verschlussstörung des unteren Speiseröhrenschließmuskels (UÖS, unterer Ösophagusschließmuskel)* definiert [1].

Symptome:

- 75% Soddbrennen, häufig Druckgefühl hinter dem Sternum (Brustbein), 60% Luftaufstoßen, Meteorismus (Blähnauch) und Flatulenzen (Blähungen), 40% Regurgitation (Rückfluss) von Nahrungsresten, 30% epigastrische (Oberbauch) Schmerzen, selten Übelkeit und Erbrechen [1].
- extraösophageale Symptome: stenokardische Beschwerden, Refluxbronchitis, Reizhusten, Verstärkung des Asthma [1].
- 20% der Bevölkerung der westlichen Industrieländer sind betroffen [1]. → davon zeigen 60% keine endoskopisch sichtbare Schleimhautentzündung = NERD (non-erosive reflux disease) und 40% haben eine Refluxkrankheit mit Schleimhautentzündung (makroskopisch oder histologisch) = ERD (erosive reflux disease)[1].
- bis zu 5% der GERD-Patienten entwickeln ein Barrett-Syndrom [1].



Äthiologie (Ursache)

- primär: Insuffizienz des unteren Speiseröhrenschließmuskels (*UÖS, unterer Ösophagusschließmuskel*) *unklarer Genese [am häufigsten]* (zumeist *inadäquate Erschlaffung außerhalb des Schluckaktes*)
- sekundär: (im Rahmen einer anderen Erkrankung): abdominale Adipositas, Schwangerschaft (50% aller Schwangeren im letzten Trimenon), Zustand nach Achalasie-OP, Magenausgangsstenose [1].

Therapie

- Allgemeinmaßnahmen: Gewichtsnormalisierung, kleine fettarme Mahlzeiten, keine Mahlzeit am späten Abend, keine den Bauch einschnürende Kleidung, auslösende Noxen meiden (Kaffee, starker Alkohol, Nikotin, säurehaltige Säfte usw.), Schlafposition mit leicht erhöhtem Oberkörper, eher Rechtsseitenlage [1].
- PPI: bewirken totale Säuresuppression (Säureunterdrückung) --> Heilungsrate unter PPI-Therapie bei ca. 90%
Indikation: Ösophagitis (Speiseröhrentzündung), häufige Beschwerden
Häufig Step-down-Therapie: initial hohe PPI-Dosis führt zu einer raschen Abheilung der Läsionen (danach halbe therapeutische Dosis als Erhaltungsdosis) [1].
- Andere Medikamente z. B. H2-Blocker oder Antazida, NUR bei leichtem Reflux ohne Entzündung der Schleimhaut (Ösophagitis), da geringere Säuresuppression als unter PPI-Therapie [1].

Quellen:

1. Gerd Herold: Innere Medizin 2015, S434-437
2. Michael M. Kochen: Duale Reihe, Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 4.Aufl., Thieme Verlag, 2012, S. 306
3. Christian Pehl, Wolfgang Schepp: "Wie entsteht Sodabrennen? Pathomechanismen und Einflussfaktoren" Deutsches Ärzteblatt 2002 www.aerzteblatt.de/archiv/34209, 21.09.2015