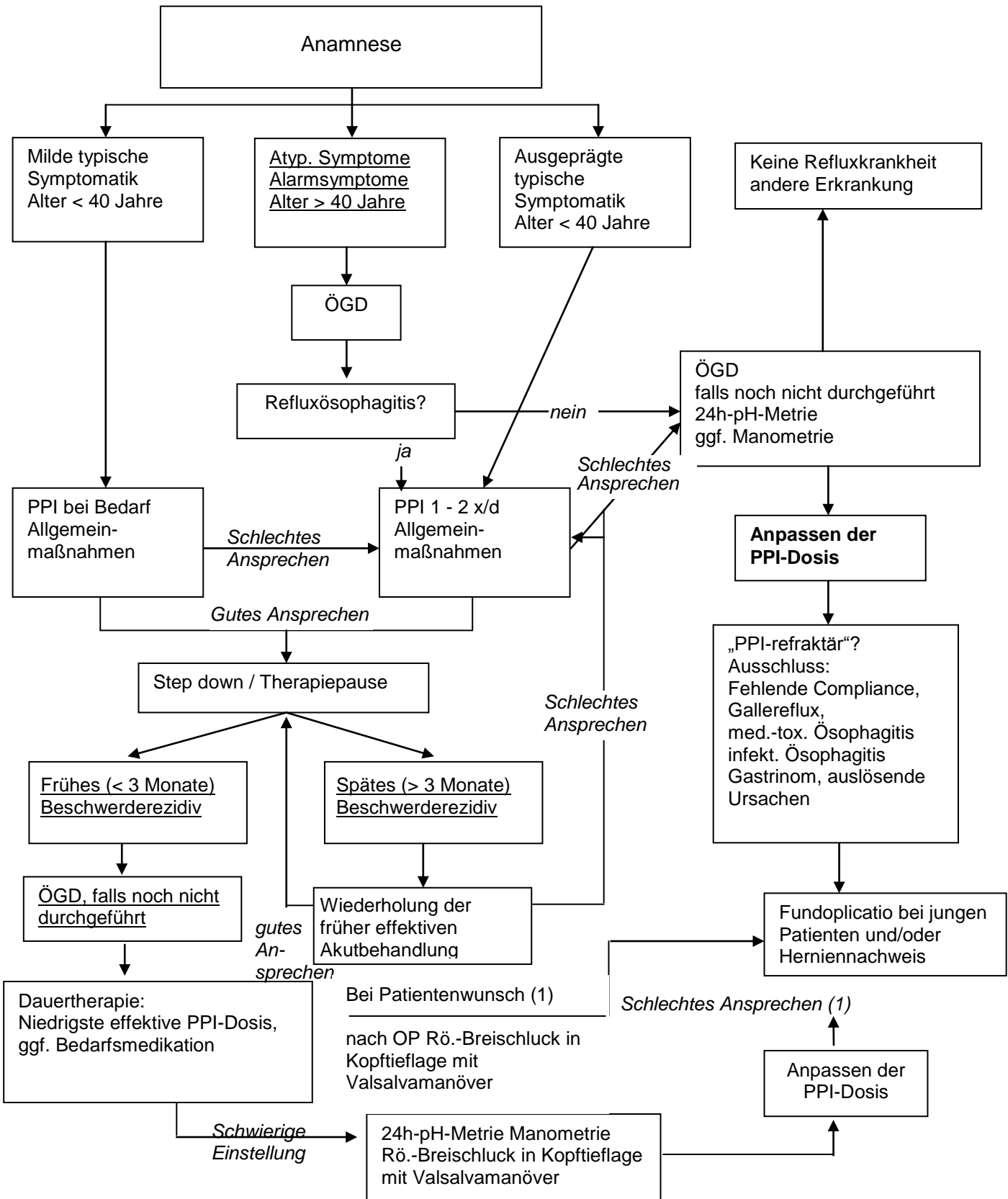


KLINIK UND POLIKLINIK FÜR INNERE MEDIZIN I				Gebiet: Gastroenterologie	
Gastrointestinale Refluxkrankheit				Ausrichtung: diagnostisch therapeutisch	
Version:	Gültig ab:	Revision:	Verfasser:	Geprüft:	Genehmigt:
3.0 (3 Seiten)	01.10.2010	01.10.2012	FKL	FKL	JS (2.0)



Erklärungen zum Ablaufdiagramm

Typische Refluxsymptome:

Retrosternales Brennen, Regurgitation von Säure

Atypische Refluxsymptome:

Retrosternaler Schmerz, Husten, Oberbauchschmerzen

Alarmsymptome:

Dysphagie, Gewichtsverlust, Hämatemesis,
pos. Familienanamnese für Ca des oberen GI-Trakts

Ziele der Therapie:

Beschwerdefreiheit des Patienten und Verhinderung von Komplikationen

Dauer der Initialtherapie mit PPI vor Auslassversuch:

4 - 8 Wochen

Gleichzeitig: Allgemeinmaßnahmen (Life Style, Diätetische Modifikationen)

Indikation zu weiterer als im Ablaufdiagramm angegebener Diagnostik:

Atypische Refluxsymptome:

Ausschluss kardialer, pulmonaler oder abdomineller Ursachen

Alarmsymptome:

- bei Dysphagie: Siehe dort
- bei Hämatemesis: Siehe dort
- bei Gewichtsverlust: Ursachenklärung

Vor Fundoplicatio/endoskopischer Therapie:

Gastroskopie

Manometrie

pH-Metrie

Röntgenbreischluck in Kopftieflage

Barrett-Ösophagus:

Überwachung: im 1. Jahr zweimalige ÖGD mit Biopsie, bei fehlendem Dysplasienachweis dann alle 3 - 4 (short Barrett: 4, long Barrett: 3) Jahre, bei Low-Grade-Dysplasien 2 x im Abstand von 6 Monaten, dann jährlich, bei High-Grade-Dysplasien ablativ Therapie (endoskopisch oder operativ)
(CAVE: histologische Bestätigung nötig zur Diagnosestellung! Bei endoskopischem Verdacht ohne histologischer Sicherung „ESEM“ (△ endoscopically suspected esophageal/metaplasia) verwenden!

Ulcus ösophagei:

Endoskopische Kontrolle der Abheilung

Auslösende Ursachen:

Schwangerschaft, Magenausgangsstenose, Sklerodermie, Z. n. Eingriffen am unteren Ösophagussphinkter, Magenentleerungsstörungen, diabetische Neuropathie, Reflux-begünstigende Medikamente (z. B. Anticholinergika, Beta-Adrenergika, Kalziumantagonisten, Nitropräparate, Theophyllin u. a.) (DD: medikamentös-toxische Ösophagitis z. B. durch Tetracykline, Kaliumtabletten, Acetylsalicylsäure, Bisphosphonate, Eisenpräparate u. a.), axiale Hernie.

Los Angeles-Klassifikation

- St. A:** eine oder mehrere Erosionen <5 mm Durchmesser, die sich nicht zwischen den Kuppen der Mukosafalten erstrecken.
- St. B:** Wie A, aber Erosionen >5 mm Durchmesser
- St. C:** Erosionen erstrecken sich zwischen zwei oder mehr Kuppen der Mukosafalten, erfassen aber <75% der Zirkumferenz
- St. D:** Wie C, aber >75 % der Zirkumferenz betroffen

MUSE-Klassifikation

Schweregrad	Metaplasie	Ulkus	Striktur	Erosion
0 Keine	0	0	0	0
1 gering	1 Streifen	Übergangsulcus	> 9 mm Durchmesser	1 Faltenkuppe
2 mäßig	≥ 2 Streifen	Barrettulcus	≤ 9 mm Durchmesser	≥ 2 Faltenkuppen
3 schwer	zirkulär	Beide Ulkustypen	mit Ösophagusverkürzung	Zirkulär

Einteilung nach Savary und Miller

- 0° Reflux ohne Schleimhautveränderungen
- I° Isolierte Schleimhauterosionen, Rötung
- II° Longitudinal konfluierende Erosionen
- III° Zirkulär konfluierende Erosionen
- IV° Komplikationen: Ulkus, Striktur, Stenose, (Cave: je nach Variante auch Barrett-Metaplasie)

Anmerkung:

Nicht-erosive Refluxerkrankung häufig, Diagnosestellung durch Ösophagus-pH-Metrie (nach mind. 7d Therapiepause mit PPI/H2-RA) oder positiven PPI-Behandlungsversuch („Omeprazol-Test“)

© Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I des Universitätsklinikums Regensburg, 08.09.2010	
Verfasser	
E-mail:	frank.klebl@uni-regensburg.de
Hausfunk:	1501
Literatur	
<u>AWMF Leitlinien:</u>	Z Gastroenterol 2005; 43: 163-194.
<u>Internationale Leitlinien:</u>	Z Gastroenterol 2007; 45: 1125-1140.
<u>Aktuelle Übersichtsartikel:</u>	J Gastroenterol Hepatol 2008; 23: 8-22. Digestion 2009; 80: 74-88.

Empfehlungen ohne Gewähr, Verantwortung liegt bei behandelnder Ärztin/Arzt!