

Refluxkrankheit und Dysphagie

Dr. med. Marc Ringelhan
II. Medizinische Klinik und Poliklinik

29. Intensivkurs Innere Medizin



Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)



S2k-Leitlinie Gastroösophageale Refluxkrankheit und eosinophile Ösophagitis der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)

August 2022 – AWMF-Registernummer: 021 – 013



Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Definition

**„Wenn der Reflux von Mageninhalt
störende Symptome und/oder Komplikationen/Läsionen
verursacht.“**

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Definition

„Wenn der Reflux von Mageninhalt störende **Symptome** und/oder **Komplikationen/Läsionen** verursacht.“

Ösophageal		Extraösophageal	
Symptome	Komplikationen	Etablierte Symptome	Mgl. Assoziiert
Typische Refluxbeschwerden	Erosionen Peptische Stenose	Husten Asthma	Sinusitis Pharyngitis
Reflux-Thoraxschmerz-Syndrom	Barrett Barrett-Karzinom	Laryngitis Dentale Erosionen	Lungenfibrose Otitis media (rez.)

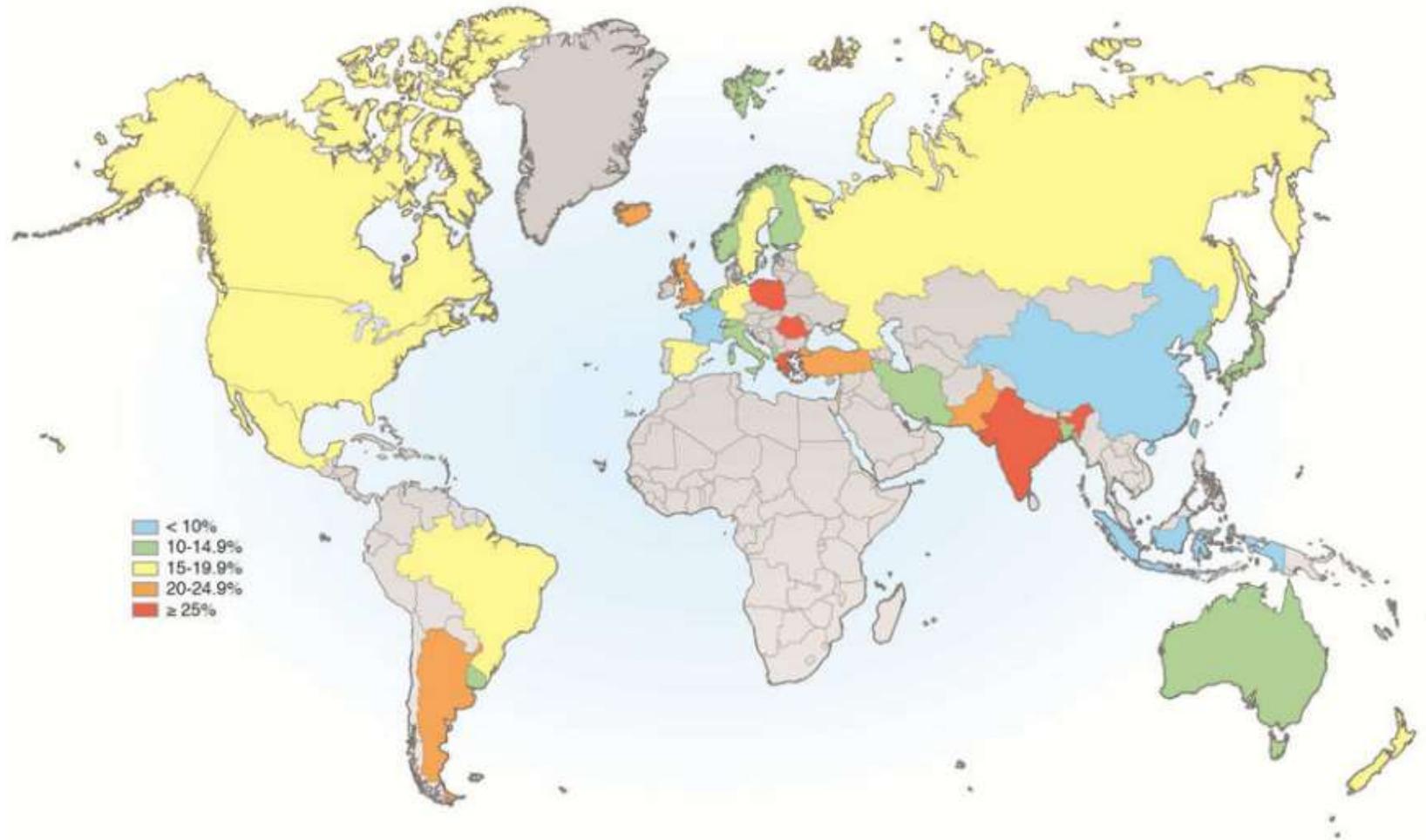
Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Terminologie

	Symptome	Ösophagitis	Pept. Striktur	Barrett
NERD (=nicht-erosiv)	+	-	-	±
ERD (= erosiv)	±	+	-	±
Peptische Stenose/Striktur	±	±	+	±
Barrett	±	±	±	+

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Epidemiologie - Prävalenz



Prävalenz Symptome
 $\geq 1x/Woche$

▲ : Südasien, Südost
 Europa (bis 25%)

▼ : Südost Asien,
 Frankreich (<10%)

DE : 15 – **20%**

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Ursachen

Schutz vor Reflux:

Extraösophageal:

- Intakte Speichelproduktion
- Intakte refluxgetriggerte Schlucke

Ösophageal:

- Intakte Peristaltik
- Intakte Tight Junctions

EGJ:

- Seltene TLESR
- Intakter UÖS-Tonus
- Keine Hernie

Magen:

- Normale Magenentleerung

Begünstigung von Reflux:

Extraösophageal:

- Xerostomie
- Eingeschränkte refluxgetriggerte Schlucke

Ösophageal:

- Eingeschränkte Peristaltik: fragmentiert, ineffektiv, fehlend
- Beeinträchtigte Tight Junctions

EGJ:

- Häufige TLESR
- Hypotensiver UÖS
- Hernie

Magen:

- Gestörte Magenentleerung
- Hypersekretion

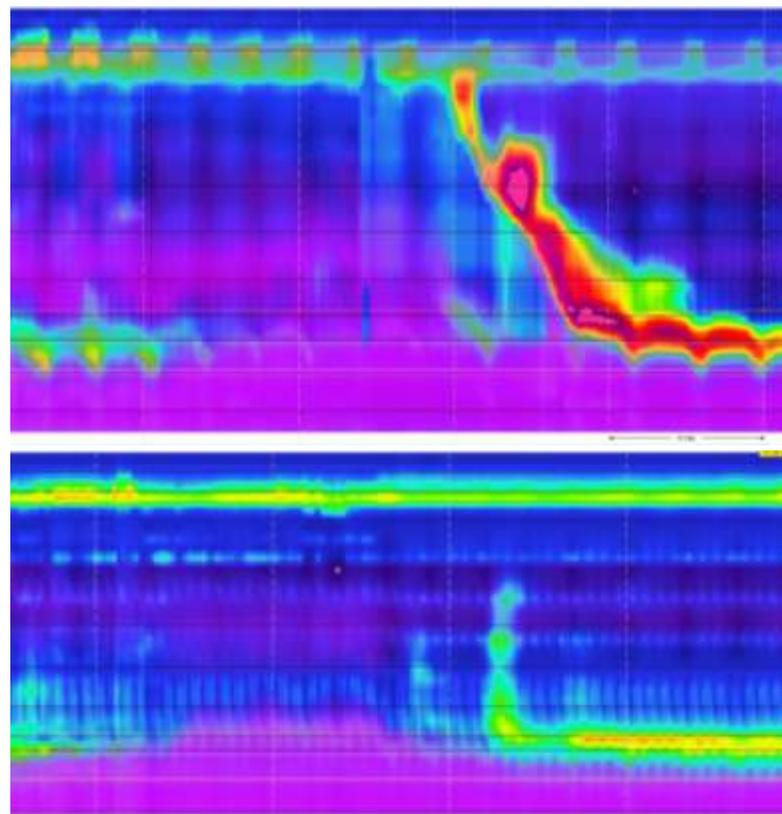
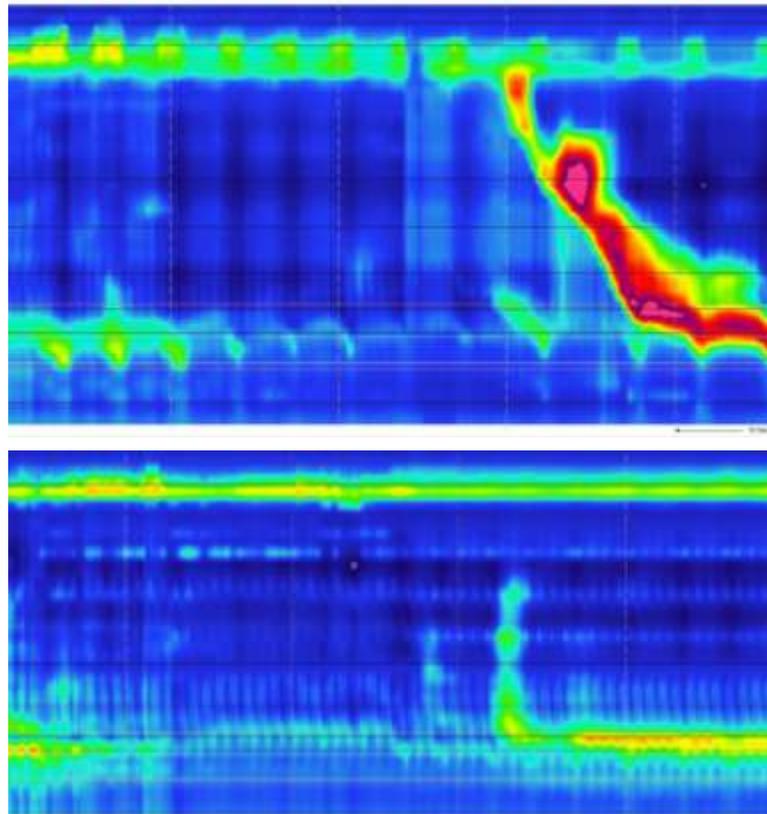


Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Transiente Relaxationen des UÖS: TLESR

=UÖS-Relaxation ohne Induktion durch Schluck

(physiologisch um Gase aus dem Magen entweichen zu lassen)

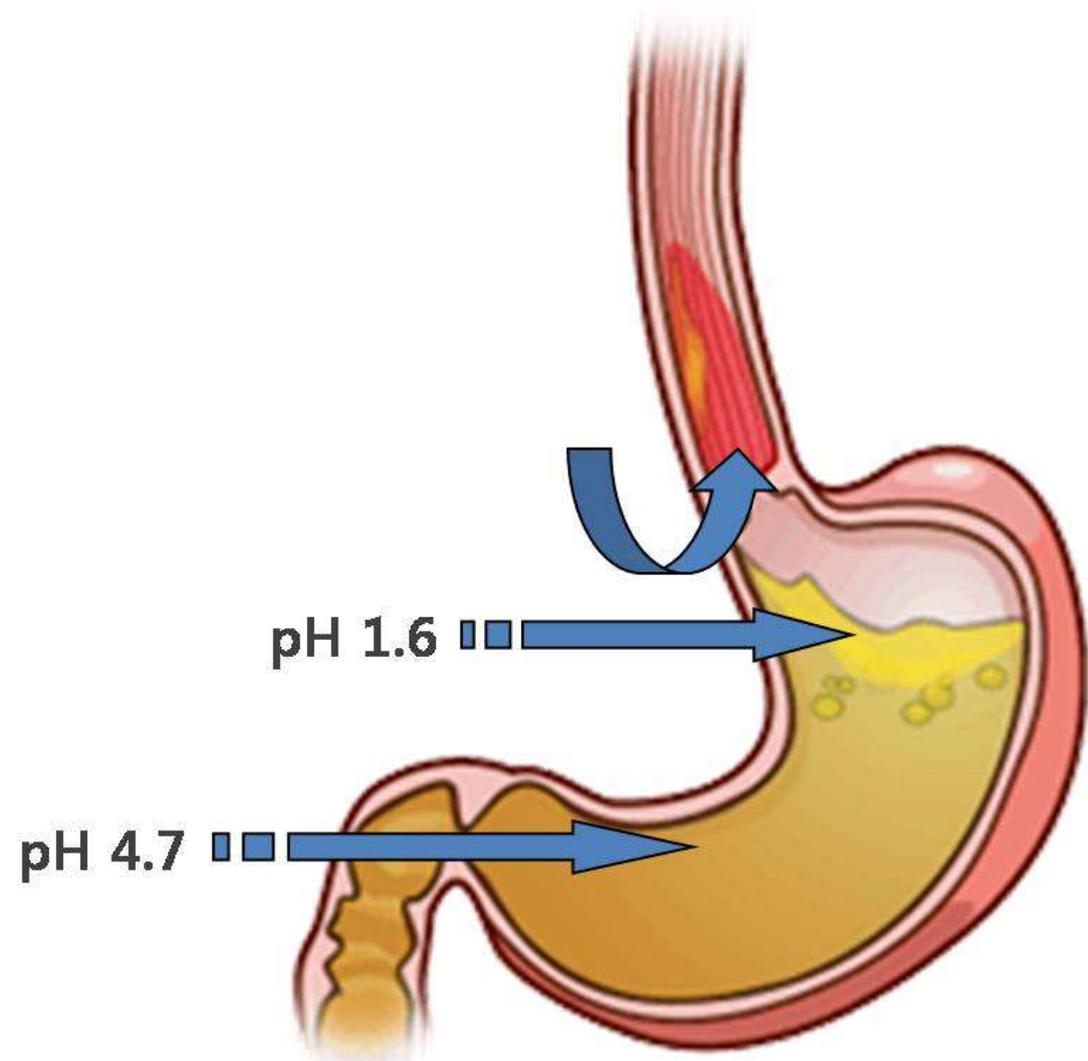


- Key player für GERD
- GERD > Gesund
- vermehrt postprandial
- vermehrt bei aufrechter Körperhaltung

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Acid Pocket

- Ansammlung von Magensäure am gastroösophagealen Übergang in der postprandialen Phase
- wichtiges Reservoir für gastroösophageale Refluxepisoden



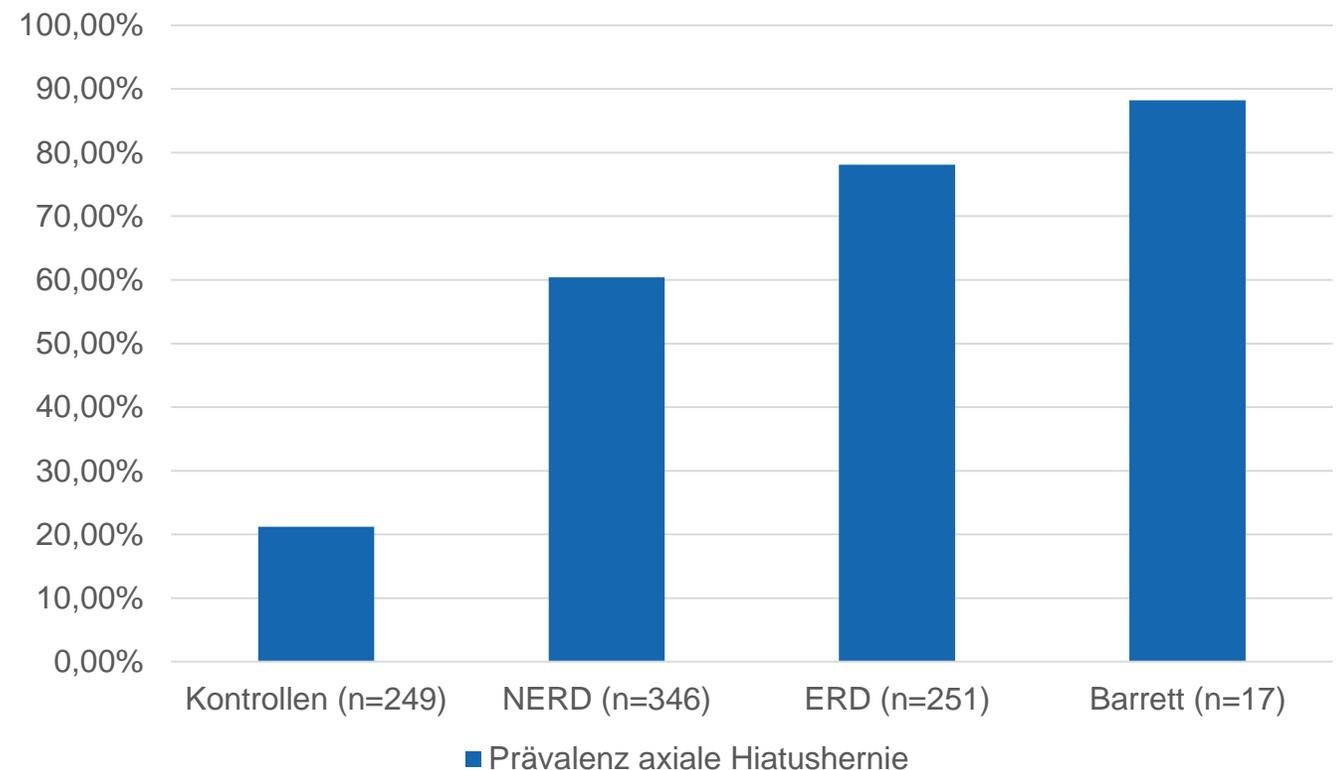
Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Fehlende Intaktheit des EGJ

Hernie

- > 3 cm häufiger assoziiert mit ERD/Barrett
- Prävalenz steigend mit Patientenalter
 - < 40J : ca. 10%
 - > 50J: ca. 50%
 - > 70 J: ca. 70%

Prävalenz axiale Hiatushernie



Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Welche Aussage trifft zu?

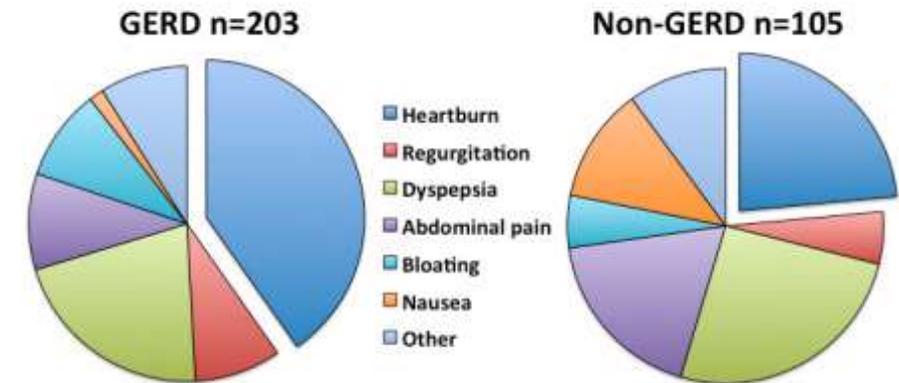
- a) Sodbrennen und Regurgitation sichern die Diagnose einer GERD
- b) Bei endoskopischem Nachweis von Erosionen im Sinne einer Refluxösophagitis LA Grad A/B ist von einer GERD auszugehen
- c) Bei Sodbrennen und einer Säureexpositionszeit von 9,4% liegt eine GERD vor
- d) Die Diagnose GERD erfordert den Nachweis einer Hiatushernie
- e) Das Ansprechen von Refluxsymptomen auf PPI macht die Diagnose GERD wahrscheinlich

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

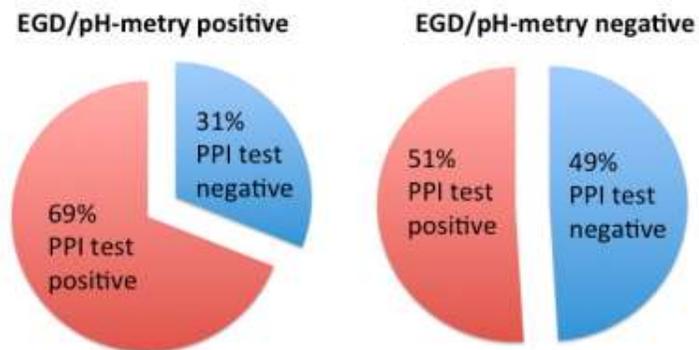
Diagnostik

Symptome (Sodbrennen/Regurgitation)

- Sensitivität: 30 – 76%
- Spezifität: 62 – 96%



Ansprechen auf PPI



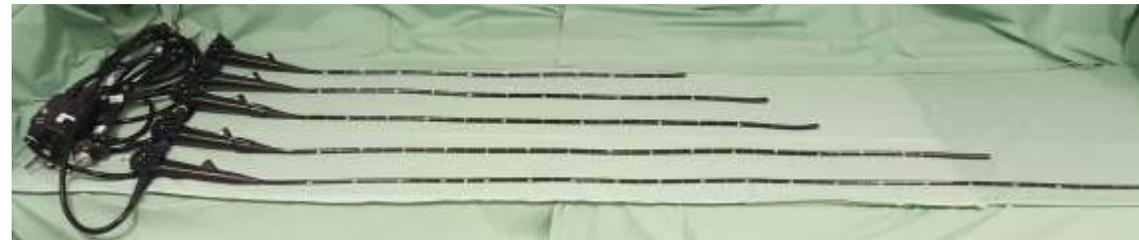
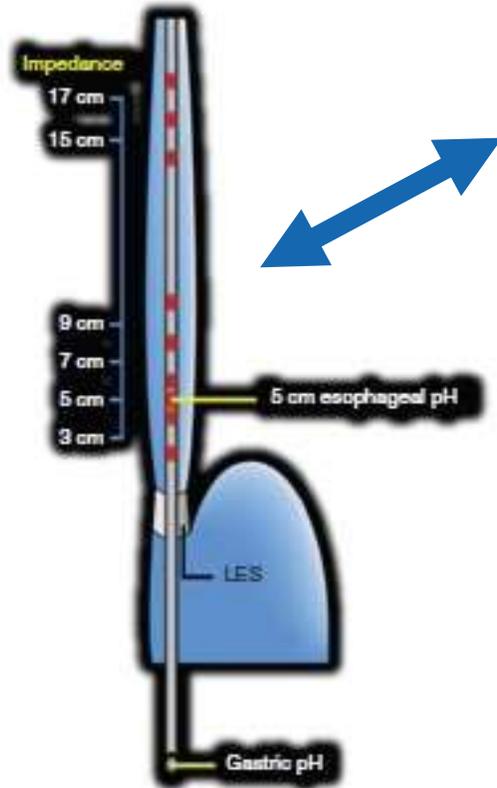
► Symptome sind weder sensitiv noch spezifisch für die Diagnostik der GERD (= unspezifische viszerale Symptome!)

► Das PPI-Ansprechen kann eine GERD weder beweisen noch ausschließen

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Diagnostik

„Goldstandard“?



Kombination von Methoden:

- Endoskopie (+ Biopsie)
- pH-Metrie/Impedanzmessung
- HR-Manometrie

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Diagnostik - Endoskopie

Los-Angeles (LA) Klassifikation

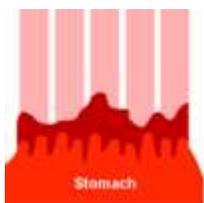
- Bei ca 30% therapienaiv
- Bei <10% unter PPI

Savarino et al., Nat. Rev gastroenterol Hepatol 2013; 10: 371-80
Poh et al., Gastrointest. Endosc 2010; 71: 28-34



Grad C:

mehrere Mukosafalten werden von den Läsionen überschritten, aber noch keine zirkulären Defekte (<75% Zirkumferenz)

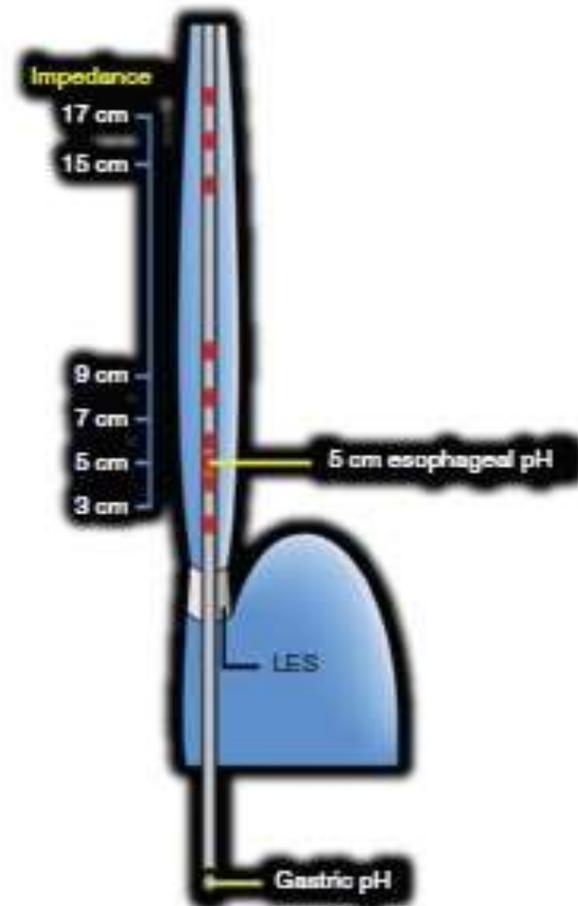


Grad D:

Nachweis zirkulärer Defekte

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Diagnostik – pH-Metrie/Impedanzmessung

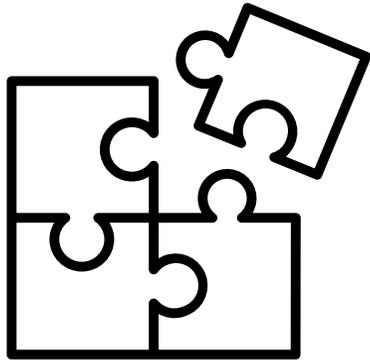


- **pH-Metrie**
 - Chemische Refluxmessung
 - Säure Expositions Zeit (AET)

 - **Impedanzmessung (MII)**
 - Physikalische Refluxmessung
 - Anzahl der Refluxepisoden
 - Art des Refluxes:
 flüssig, gas, gemischt
- Reflux-Symptom-Assoziation

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Diagnostik



	Endoskopie	pH / pH+MII	HRM
Pathologischer Reflux -> <u>beweisend</u>	ERD: LA C/D Barrett > 1 cm Peptische Stenose	6% AET = Säureexpositionszeit	
Pathologischer Reflux -> <u>nicht eindeutig/Borderline</u>	ERD: LA A/B	4-6% AET 40-80 Episoden	
Pathologischer Reflux -> <u>unterstützende Befunde</u>	Histopathologie DIS Impedanz ↓	Symptom-Assoz. > 80 Episoden MNBI PSPW-Index	Hypotensiver EGJ Hernie Hypomotilität
Pathologischer Reflux -> <u>dagegen sprechend</u>		< 4% AET < 40 Episoden	

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Welche Aussage trifft zu?

- a) Sodbrennen und Regurgitation sichern die Diagnose einer GERD
- b) Bei endoskopischem Nachweis von Erosionen im Sinne einer Refluxösophagitis LA Grad A/B ist von einer GERD auszugehen
- c) Bei Sodbrennen und einer Säureexpositionszeit von 9,4% liegt eine GERD vor
- d) Die Diagnose GERD erfordert den Nachweis einer Hiatushernie
- e) Das Ansprechen von Refluxsymptomen auf PPI macht die Diagnose GERD wahrscheinlich

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Welche Aussage trifft zu?

- a) Sodbrennen und Regurgitation sichern die Diagnose einer GERD
- b) Bei endoskopischem Nachweis von Erosionen im Sinne einer Refluxösophagitis LA Grad A/B ist von einer GERD auszugehen
- c) Bei Sodbrennen und einer Säureexpositionszeit von 9,4% liegt eine GERD vor
- d) Die Diagnose GERD erfordert den Nachweis einer Hiatushernie
- e) Das Ansprechen von Refluxsymptomen auf PPI macht die Diagnose GERD wahrscheinlich

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Welche Aussage ist falsch?

- a) Jeder Zweite Patient mit Refluxbeschwerden und PPI-Dauertherapie hat weiterhin Beschwerden.
- b) Die Empfehlung von Allgemeinmaßnahmen bei Refluxbeschwerden / GERD ist evidenzbasiert.
- c) Bei Patienten mit NERD genügt die niedrige Standarddosis eines PPI (z.B. Omeprazol 20 mg).
- d) Patienten mit einer Refluxösophagitis sollten mit einem PPI in höherer Standarddosis behandelt werden (z.B. Omeprazol 40 mg).
- e) Bei PPI-refraktären Refluxbeschwerden ist eine Antireflux-OP indiziert.

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Therapie/Management

NEU!
Empfehlung 2.1: Es sollte zwischen der Therapie von Refluxbeschwerden (ohne gesicherte GERD) und der einer gesicherten GERD unterschieden werden.

NEU!
Empfehlung 2.2: Patienten mit Refluxbeschwerden und solche mit gesicherter GERD sollen über den Stellenwert von Allgemeinmaßnahmen im Therapiekonzept beraten werden.

- Gewichtsreduktion (bei Übergewicht)
- Lifestyle Modifikation (Ernährung, Getränke, Rauchen, Aktivität)
- Schlafposition (Oberkörper erhöht, Linksseitenlage)
- Zwerchfelltraining (Bauchatmung)

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Therapie/Management

Empfehlung 2.3: Bei typischen Refluxbeschwerden ohne Alarmsymptome, ohne positive Familienanamnese für Malignome des oberen Verdauungstrakts und ohne Risikofaktoren für Komplikationen sollte ein PPI in Standarddosis verordnet werden.

Pos. Familienanamnese
 Alarmsymptome (Dysphagie, Gewicht, Blutung)
 Risikofaktoren für Komplikationen (langjährige,
 insb. auch nächtliche Refluxbeschwerden)
 Patientenwunsch



Endoskopie

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Therapie/Management

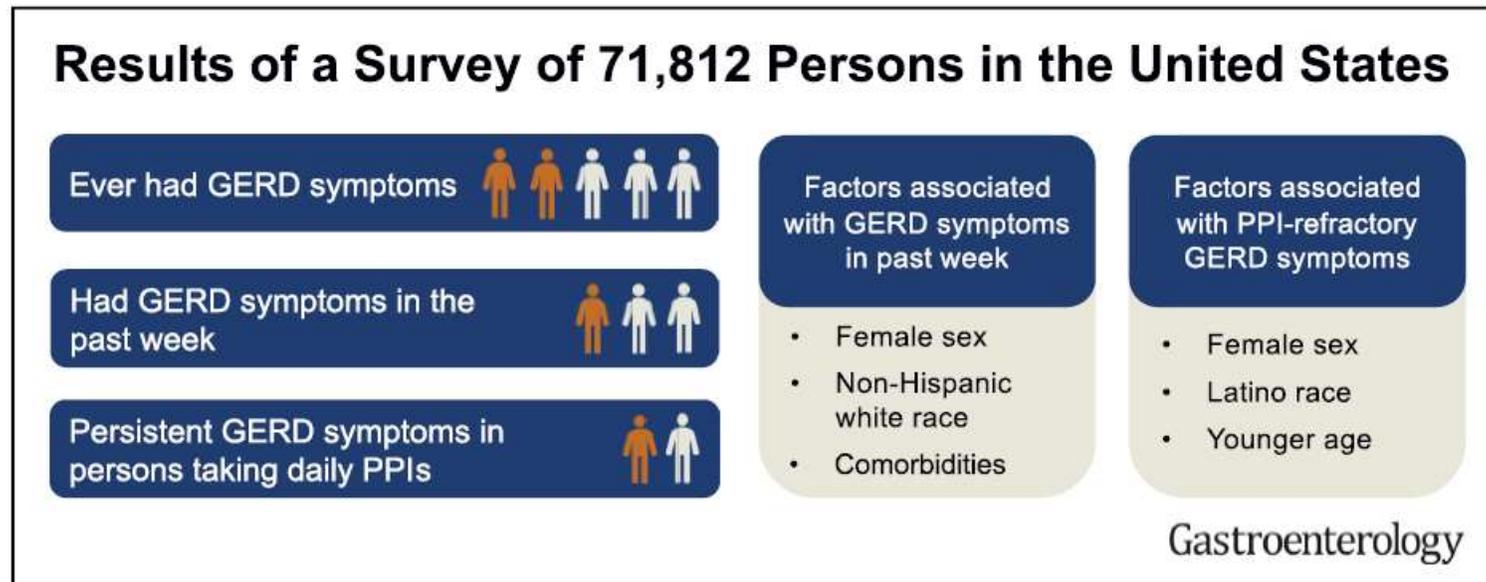
Empfehlung 2.4: Bei typischen Refluxbeschwerden ohne Alarmsymptome, ohne positive Familienanamnese für Malignome des oberen Verdauungstrakts und ohne Risikofaktoren für Komplikationen können probatorisch auch andere Antirefluxpräparate (z.B. H2-Rezeptorantagonisten, Alginat, Antazida) bei aus Patientensicht genügender Symptomkontrolle eingesetzt werden

Therapieziel: Symptomkontrolle

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Therapie/Management

Empfehlung 2.5: Bei unzureichenden bzw. fehlendem Ansprechen typischer Refluxbeschwerden ohne vorausgegangene Diagnostik auf eine über mindestens 8 Wochen adäquat durchgeführte PPI-Therapie sollte eine weiterführende Abklärung erfolgen.



Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

PPI-Nonresponder

→ **Andere Erkrankung?** Funktionell? Strukturell? Motilität?

→ **Nichtsaurer (Volumen-)Reflux?**

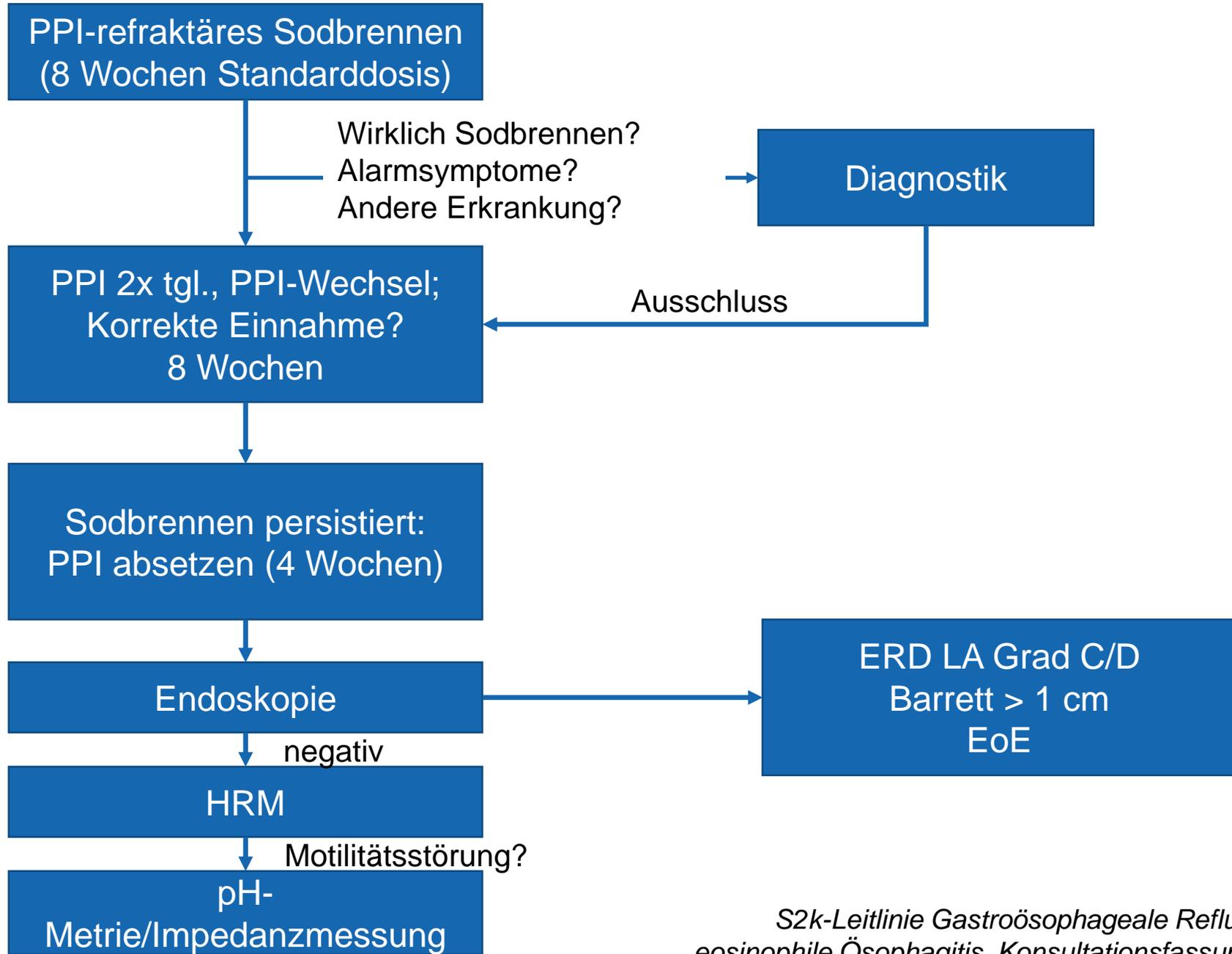
→ **Inadäquate Säurehemmung?** Compliance, Dosierung, ...

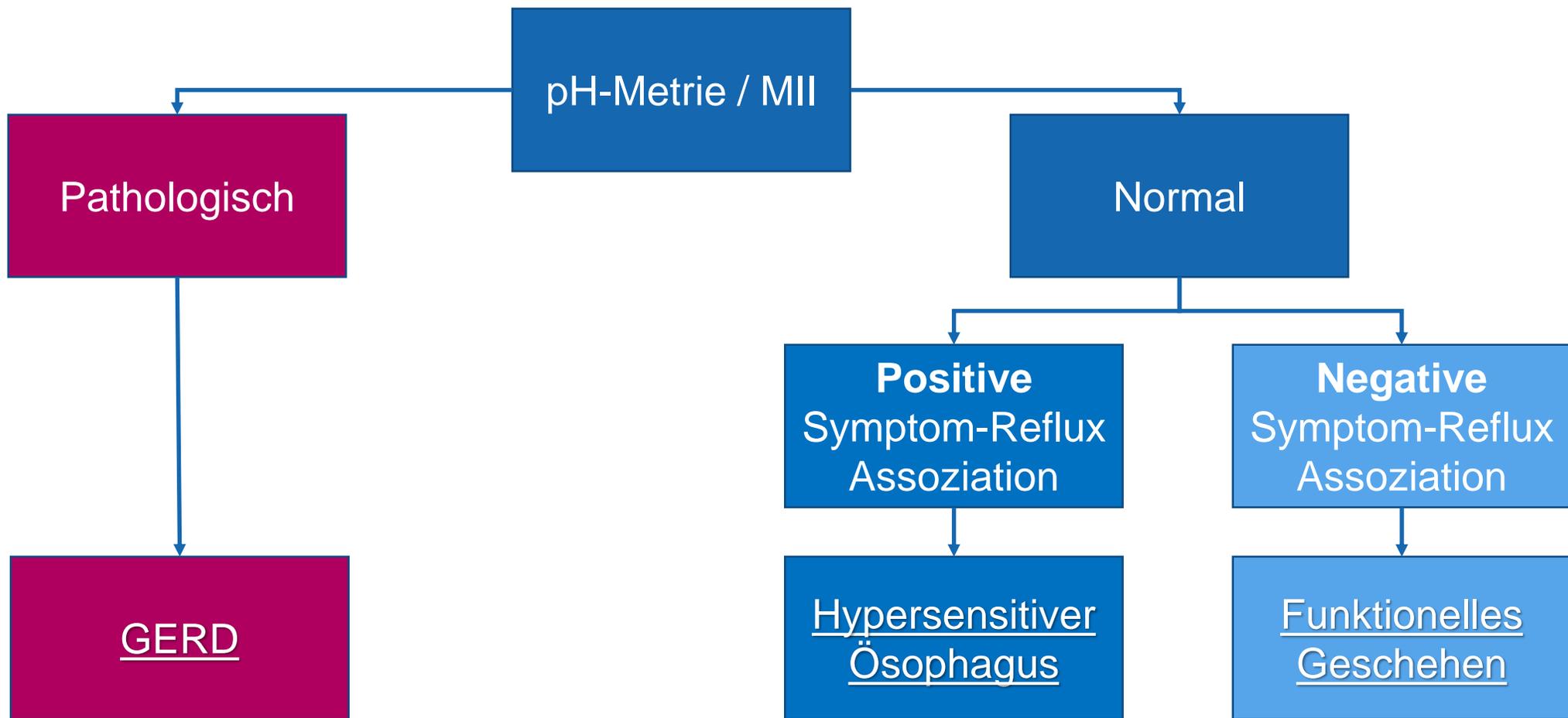
Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Therapie/Management

NEU!

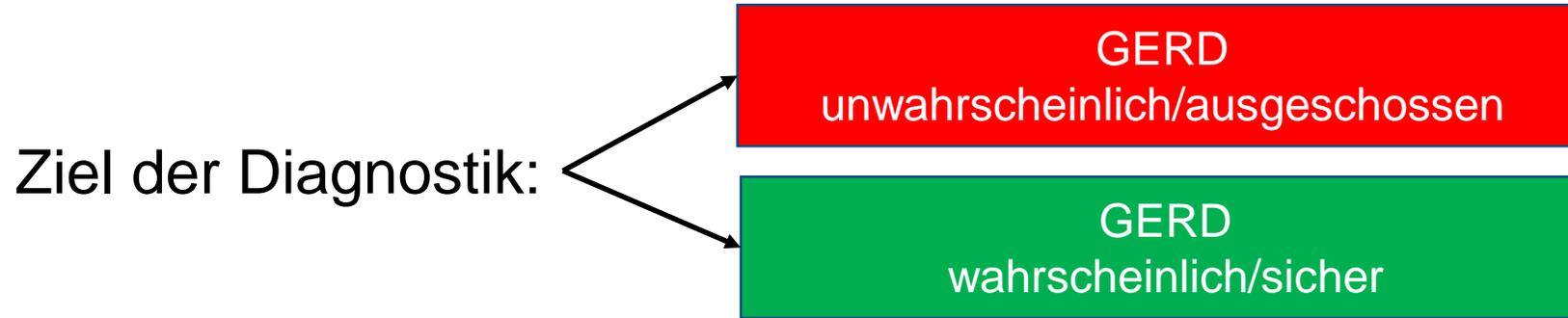
Empfehlung 2.8: Bei therapierefraktärer GERD, definiert als unzureichendes Ansprechen einer mindestens 8-wöchigen Therapie mit der doppelten Dosis eines PPI (1-0-1), soll eine weiterführende Abklärung erfolgen.





Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Therapie/Management



Empfehlung 2.6: Bei gesicherter oder wahrscheinlicher GERD soll eine PPI-Therapie für mindestens 4-8 Wochen durchgeführt werden. Die Dosierung des PPI soll sich nach dem Phänotyp der GERD und dem Zulassungsstatus des ausgewählten PPI richten.

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Therapie/Management

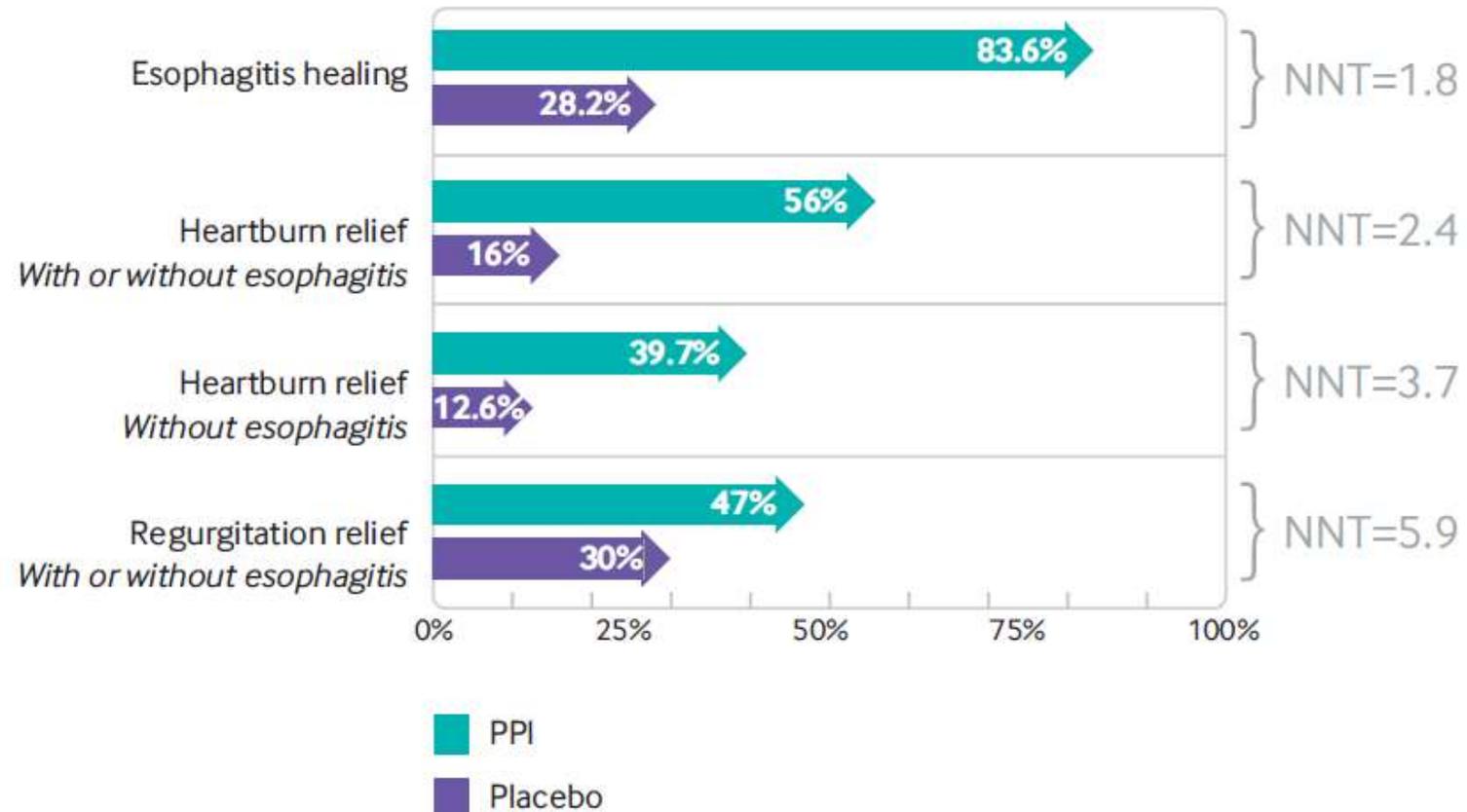
NERD: 4 Wochen – niedrige PPI-Standarddosis

ERD: 8 Wochen – hohe PPI-Standarddosis

PPI-Präparat	Niedrige Standarddosis	Hohe Standarddosis
Esomeprazol	20 mg	40 mg
Lansoprazol	15 mg	30 mg
Omeprazol	20 mg	40 mg
Pantoprazol	20 mg	40 mg
Rabeprazol	10 mg	20 mg

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Fehlendes Ansprechen auf PPI



Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Fehlendes Ansprechen auf PPI

PPI



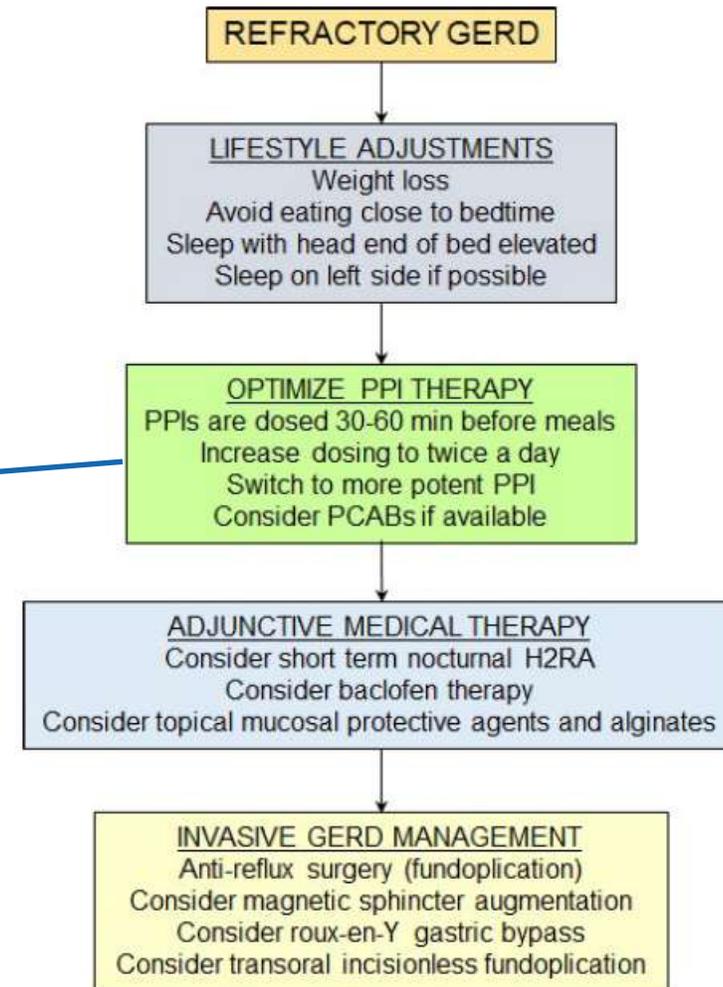
Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Fehlendes Ansprechen auf PPI

ESNM/ANMS consensus paper: Diagnosis and management of refractory gastro-esophageal reflux disease

Drug at lowest available dosage	OE
Pantoprazole 20 mg	4.5 mg
Lansoprazole 15 mg	13.5 mg
Omeprazole 20 mg	20 mg
Esomeprazole 20 mg	32 mg
Rabeprazole 20 mg	36 mg

PCAB → Kalium-kompetitive Säureblocker
→ Vonoprazan



Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Fehlendes Ansprechen auf PPI

NEU!

Empfehlung 2.6: Bei gesicherter oder wahrscheinlicher GERD und unzureichendem Ansprechen auf eine Standarddosis eines PPI kann auf einen anderen PPI gewechselt werden, die Dosis des PPI verdoppelt werden (1-0-1) oder eine Kombinationstherapie mit einem anderen Wirkprinzip (z.B. Alginat) erfolgen.

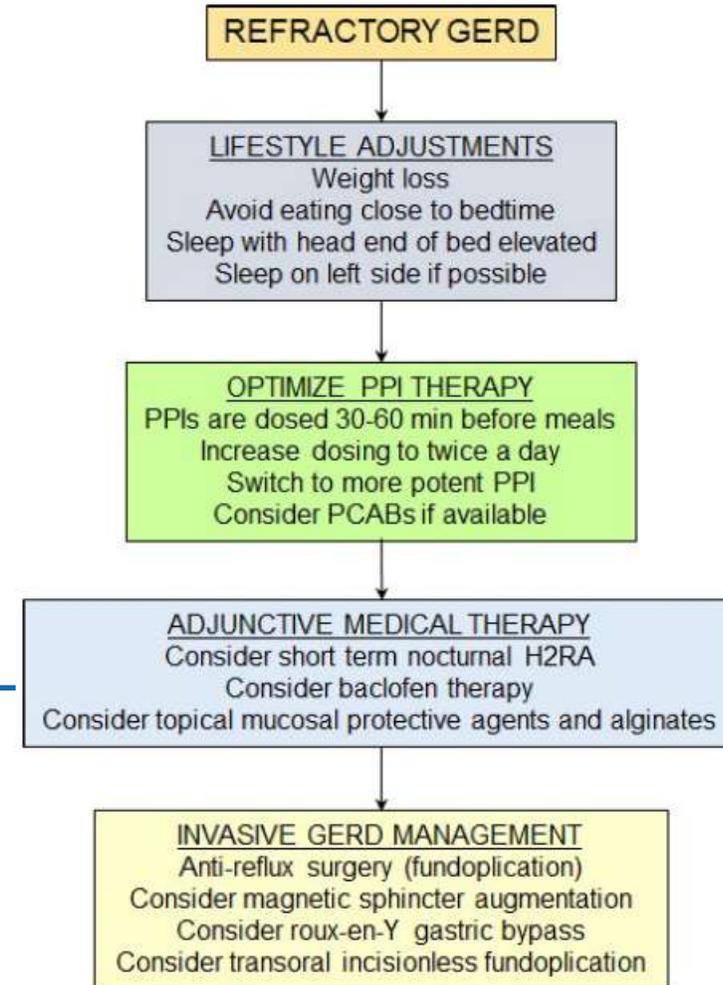
Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Fehlendes Ansprechen auf PPI

ESNM/ANMS consensus paper: Diagnosis and management of refractory gastro-esophageal reflux disease

Kombinationspartner:

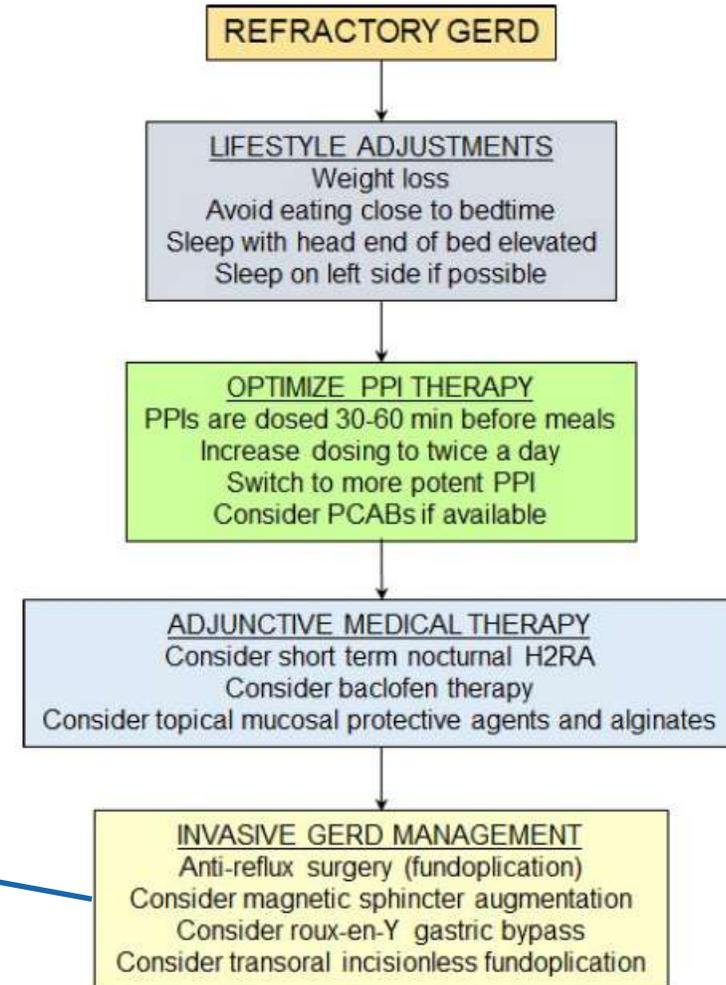
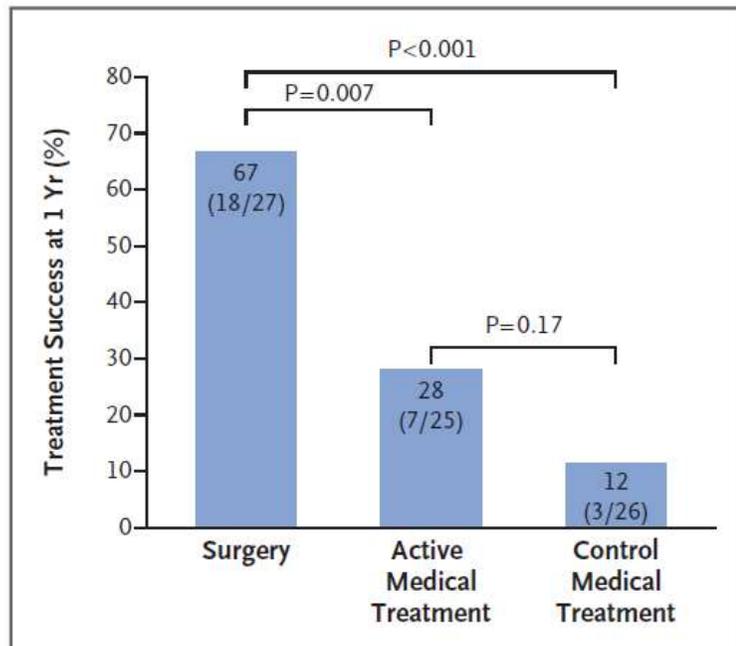
- Alginat: Acid-pocket und Schleimhautschutz
 - Baclofen: TLESR ↓ – Refluxepisoden ↓
 - Chondrotinsulfat – Hyaluronsäure: Mukosaprotektion
 - TCA, SSRI, SNRI: Neuromodulation
-
- H2-Blocker zur Nacht
 - Gallensäurebinder
 - Sucralfat
 - Antazida, Heilerde, Feigenextrakt
 - Pregabalin, Gabapentin
-
- Prokinetikum (ggf. bei Magenentleerungsstörung)



Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Fehlendes Ansprechen auf PPI

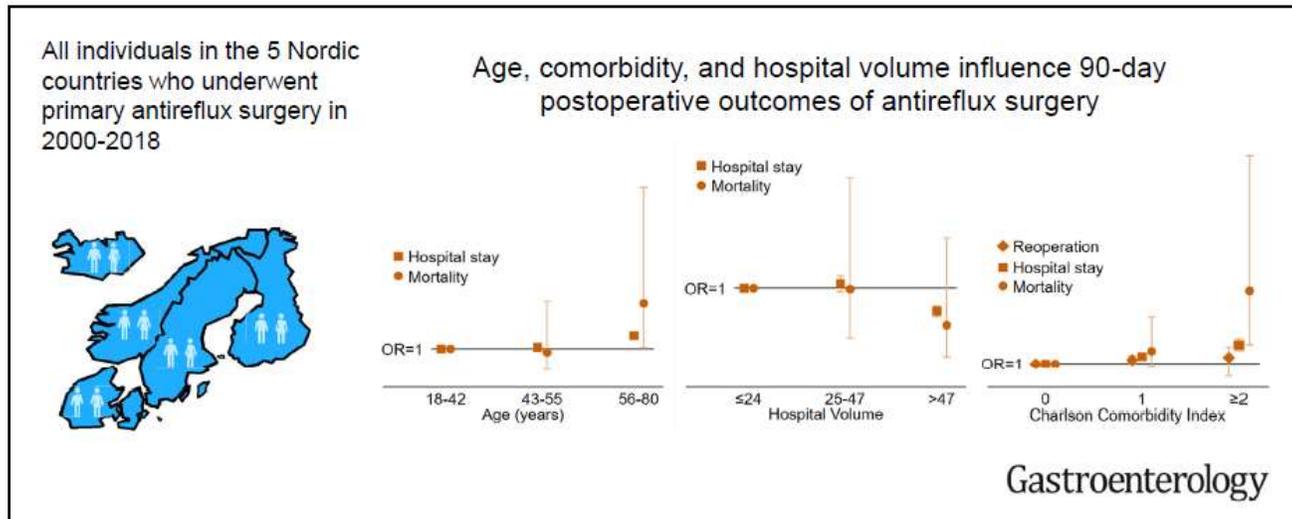
ESNM/ANMS consensus paper: Diagnosis and management of refractory gastro-esophageal reflux disease



Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

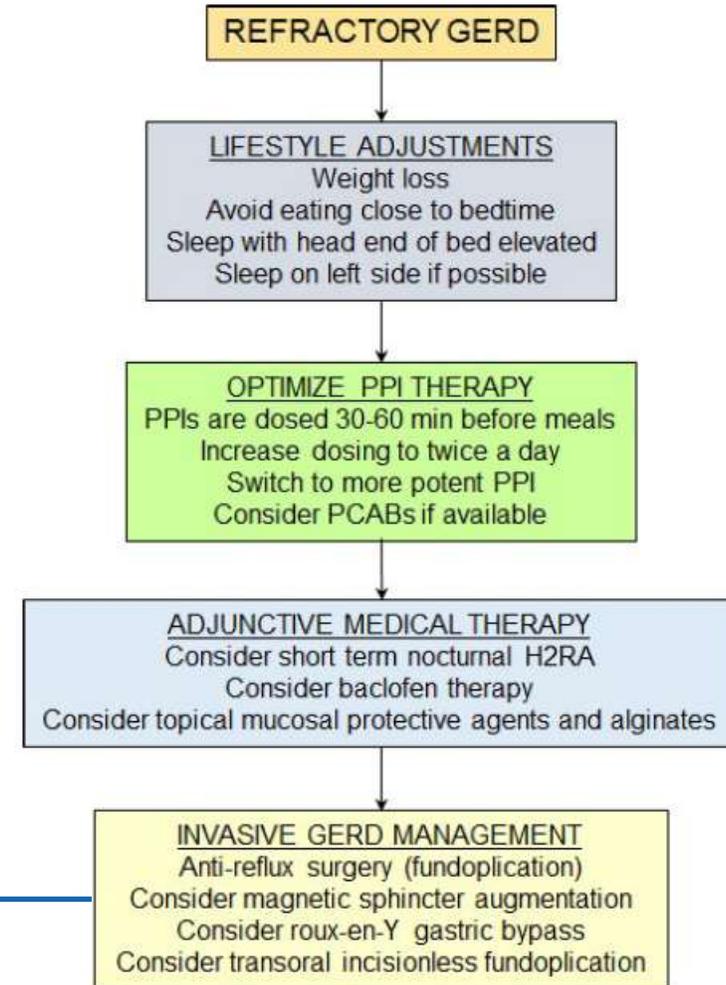
Fehlendes Ansprechen auf PPI

ESNM/ANMS consensus paper: Diagnosis and management of refractory gastro-esophageal reflux disease



Risikofaktoren für OP-Komplikationen:

Alter, Zentrumsvolumen, Komorbiditäten



Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

PPI-Langzeitmanagement

NEU!

Empfehlung 2.9: Bei unkomplizierter GERD (NERD, leichte Refluxösophagitis LA Grad A/B) sollte das langfristige medikamentöse Management an den Symptomen ausgerichtet werden.

NEU!

Empfehlung 2.10: Bei komplizierter GERD (Refluxösophagitis Grad C/D, peptische Striktur) sollte eine PPI-Dauertherapie erfolgen.

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

PPI-Langzeitmanagement

Beschriebene Nebenwirkungen:

- bakterielle Infektionen der Atemwege und des Verdauungstraktes
- Mikrobiommodulation
- Wirbelkörper- und Schenkelhalsfrakturen
- Resorptionsstörungen (Vitamin B12)
- eine Hypomagnesiämie
- Interaktionen mit anderen Medikamenten und eine
- beschleunigte Atrophieentwicklung einer unbehandelten HP-Gastritis
- erhöhtes Risiko SBP bei Leberzirrhose
- Demenz; Myokardinfarkt



Viele konfundierende Faktoren in entsprechenden beobachtenden Kohortenstudien

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

PPI-Langzeitmanagement

CV Death, MI, Stroke

➤ 3 Jahre Follow-up, 17.598 Patienten

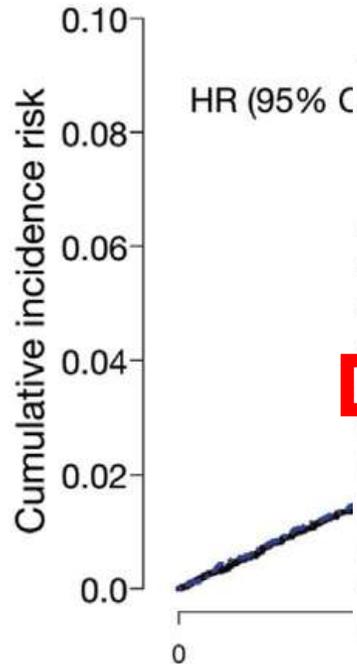


Table 3. Other Prespecified Safety Outcomes

Outcome	Incident events, n (%)		Pantoprazole, 40 mg od, vs placebo	
	Pantoprazole, 40 mg od (n = 8791)	Placebo (n = 8807)	OR (95% CI)	P value
Gastric atrophy	19 (0.2)	26 (0.3)	0.73 (0.40–1.32)	.30
<i>Clostridium difficile</i>	9 (0.1)	4 (<0.1)	2.26 (0.70–7.34)	.18
Other enteric infection	119 (1.4)	90 (1.0)	1.33 (1.01–1.75)	.04
Chronic kidney disease	184 (2.1)	158 (1.8)	1.17 (0.94–1.45)	.15
Dementia	55 (0.6)	46 (0.5)	1.20 (0.81–1.78)	.36
Pneumonia	318 (3.6)	313 (3.6)	1.02 (0.87–1.19)	.82
Fracture	203 (2.3)	211 (2.4)	0.96 (0.79–1.17)	.71
COPD	146 (1.7)	124 (1.4)	1.18 (0.93–1.51)	.17
Diabetes mellitus	513 (5.8)	532 (6.0)	0.96 (0.85–1.09)	.56

No. at Risk
Pantoprazole 8791
Placebo 8807

COPD, chronic obstructive pulmonary disease; od, once daily.

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Welche Aussage ist falsch?

- a) Jeder Zweite Patient mit Refluxbeschwerden und PPI-Dauertherapie hat weiterhin Beschwerden.
- b) Die Empfehlung von Allgemeinmaßnahmen bei Refluxbeschwerden / GERD ist evidenzbasiert.
- c) Bei Patienten mit NERD genügt die niedrige Standarddosis eines PPI (z.B. Omeprazol 20 mg).
- d) Patienten mit einer Refluxösophagitis sollten mit einem PPI in höherer Standarddosis behandelt werden (z.B. Omeprazol 40 mg).
- e) Bei PPI-refraktären Refluxbeschwerden ist eine Antireflux-OP indiziert.

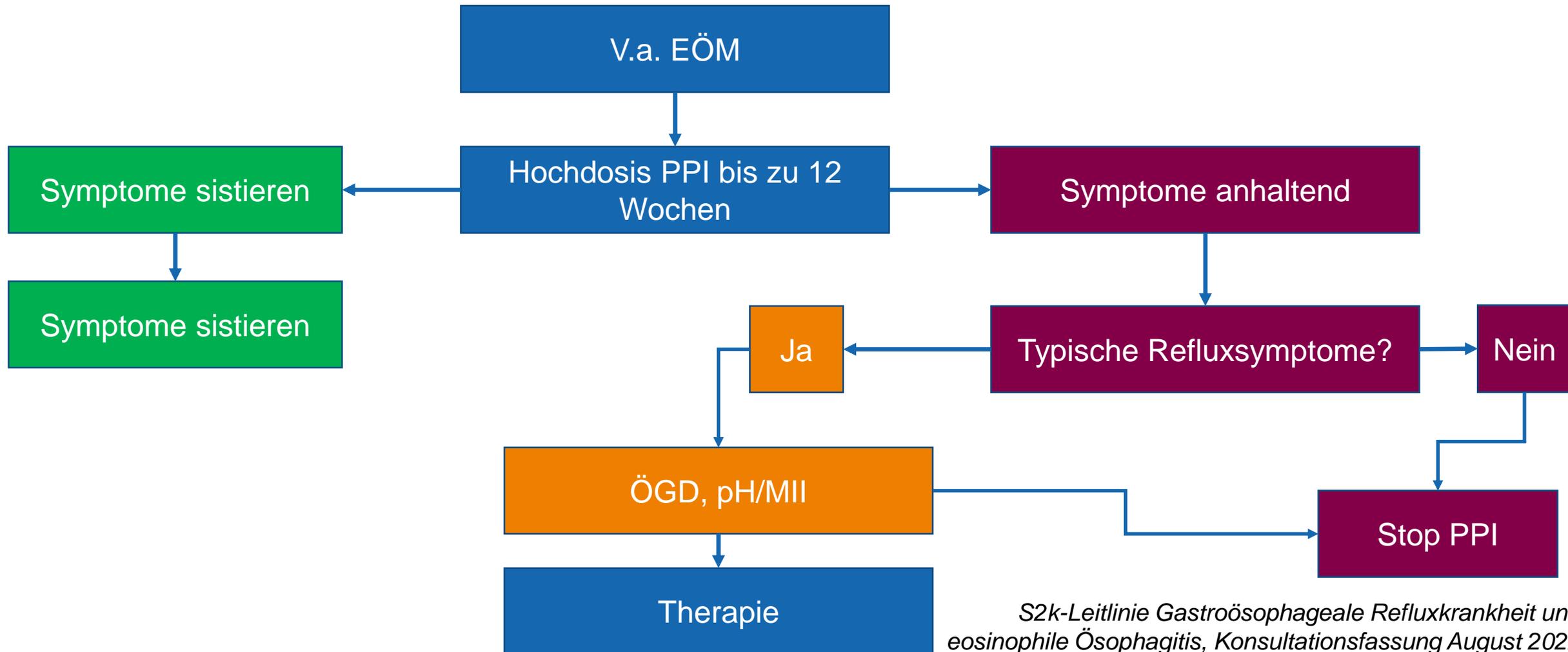
Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Welche Aussage ist falsch?

- a) Jeder Zweite Patient mit Refluxbeschwerden und PPI-Dauertherapie hat weiterhin Beschwerden.
- b) Die Empfehlung von Allgemeinmaßnahmen bei Refluxbeschwerden / GERD ist evidenzbasiert.
- c) Bei Patienten mit NERD genügt die niedrige Standarddosis eines PPI (z.B. Omeprazol 20 mg).
- d) Patienten mit einer Refluxösophagitis sollten mit einem PPI in höherer Standarddosis behandelt werden (z.B. Omeprazol 40 mg).
- e) Bei PPI-refraktären Refluxbeschwerden ist eine Antireflux-OP indiziert.

Gastroösophageale Reflux Erkrankung (GERD)

Extraösophageale Manifestation einer Refluxerkrankung



Fall

72-jähriger Patient mit langjähriger Refluxerkrankung (typ. Symptomatik)

- Gute Symptomkontrolle unter Pantoprazol 40 mg/Tag
- Wird vom Hausarzt geschickt, da noch nie eine ÖGD durchgeführt wurde und der Hausarzt dem Patienten ein relevantes Risiko für einen Barrett-Ösophagus konstatiert
- Vorerkrankungen: Art. Hypertonie, Diabetes Typ 2 (NIDDM), Z.n. Knie-TEP rechts, Adipositas (BMI 34)

Barrett-Ösophagus

Fall

Hat der Hausarzt mit seiner Risikoeinschätzung bzgl. eines Barrett-Ösophagus recht?

Risikofaktoren für Entstehung Barrett:

- Lang anhaltende Refluxsymptome (> 5 Jahre)
- Alter \geq 50 Jahre
- Weiß
- Männlich
- Adipositas
- Erstgradige Verwandte mit Barrett oder Adeno-Ca

Barrett-Ösophagus

Fall



Definition Barrett-Ösophagus:

Endoskopisch

sichtbarer („lachsfarbene“) Ausläufer
von Zylinderepithel in den distalen
Ösophagus (> 1cm !!!)

UND

Histologisch

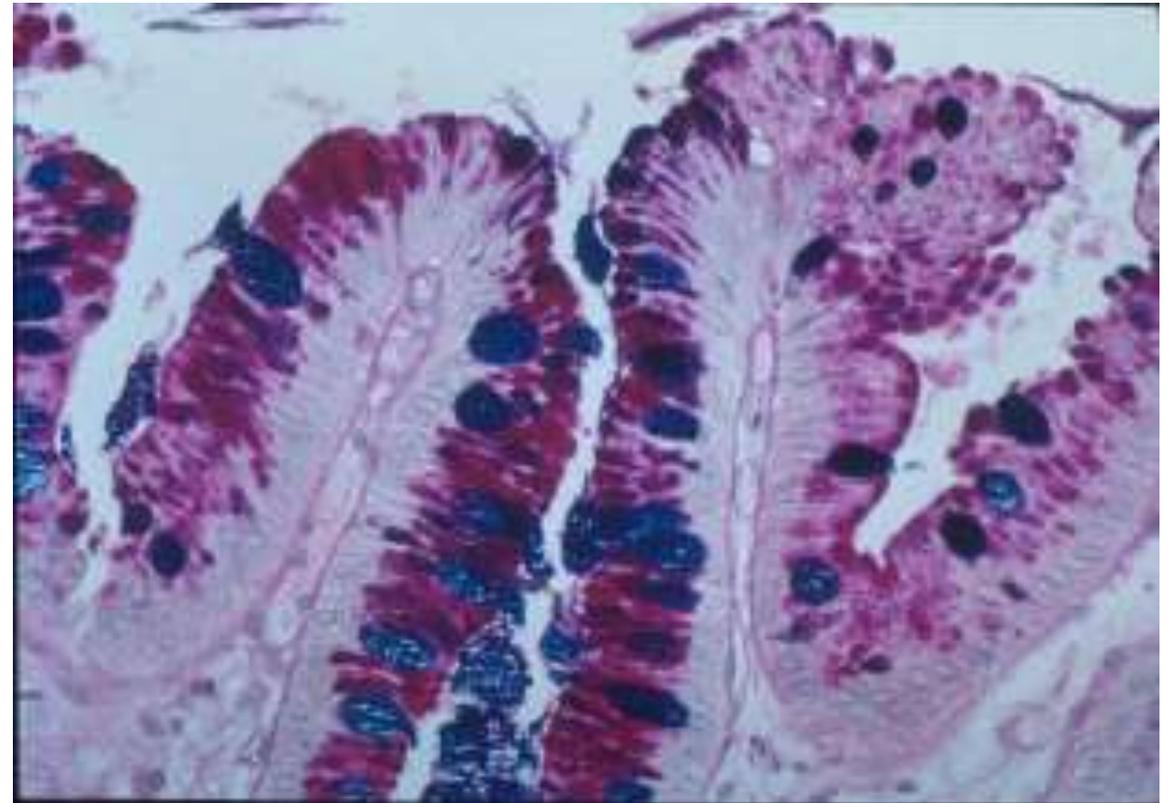
Nachweis eines spezialisierten
intestinalen Epithels
(=INTESTINALE METAPLASIE)

Barrett-Ösophagus

Fall



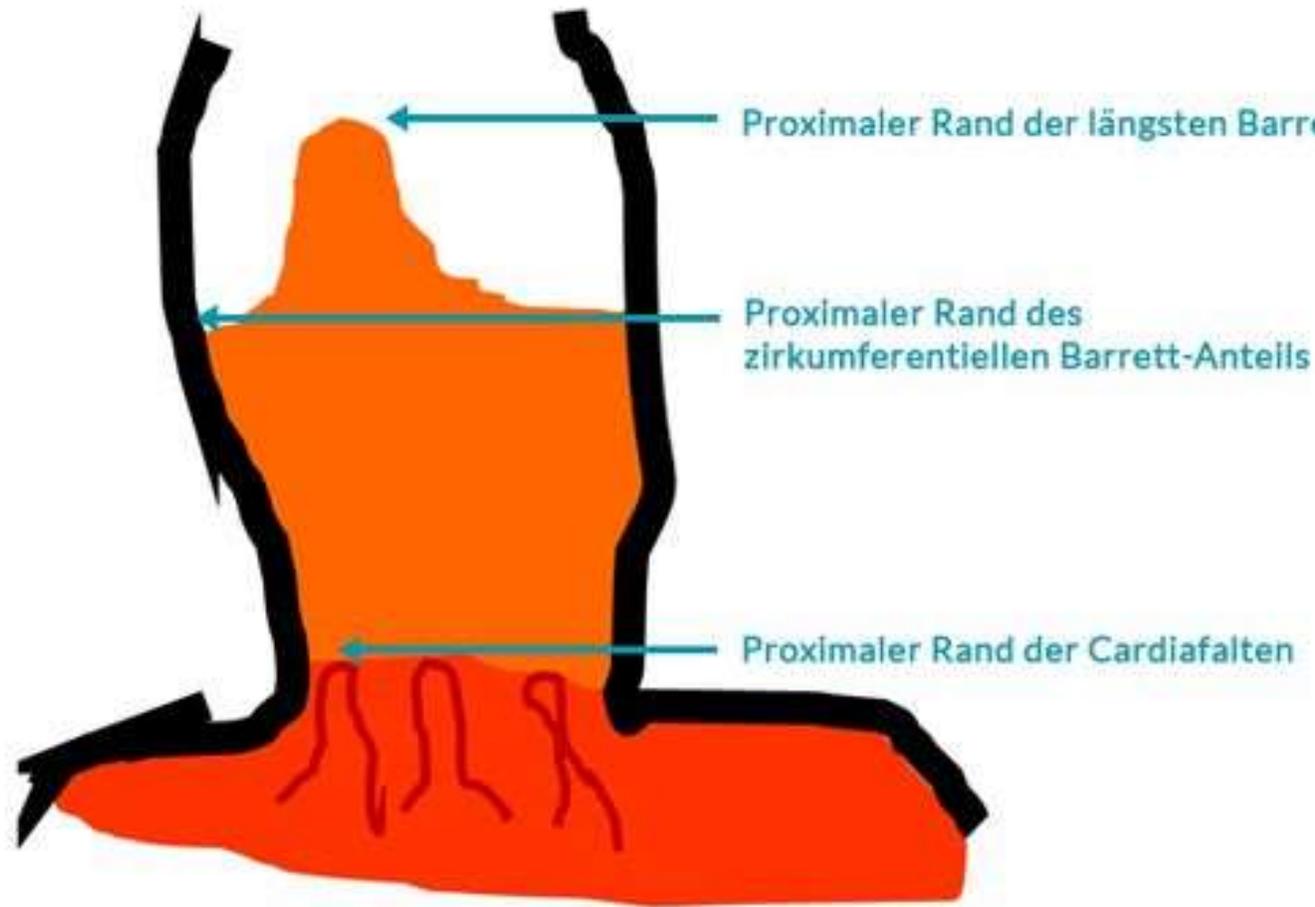
Nachweis eines Zylinderepithels mit
Becherzellen!



Pas-Alcianblau

Barrett-Ösophagus

Fall

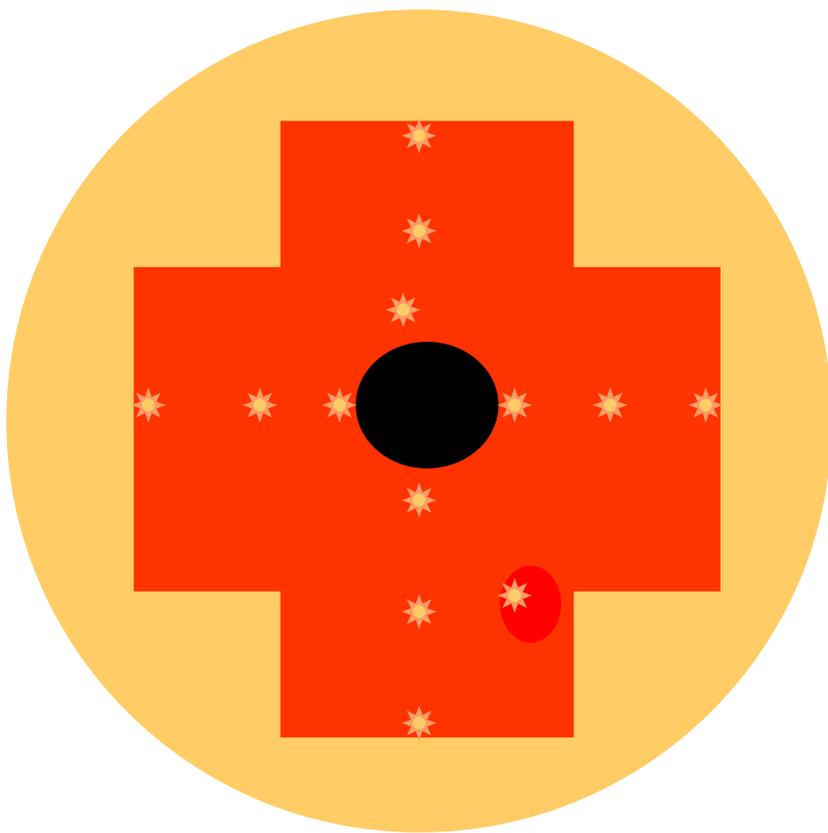


Prag Klassifikation



Barrett-Ösophagus

Fall



Seattle-Protokoll:

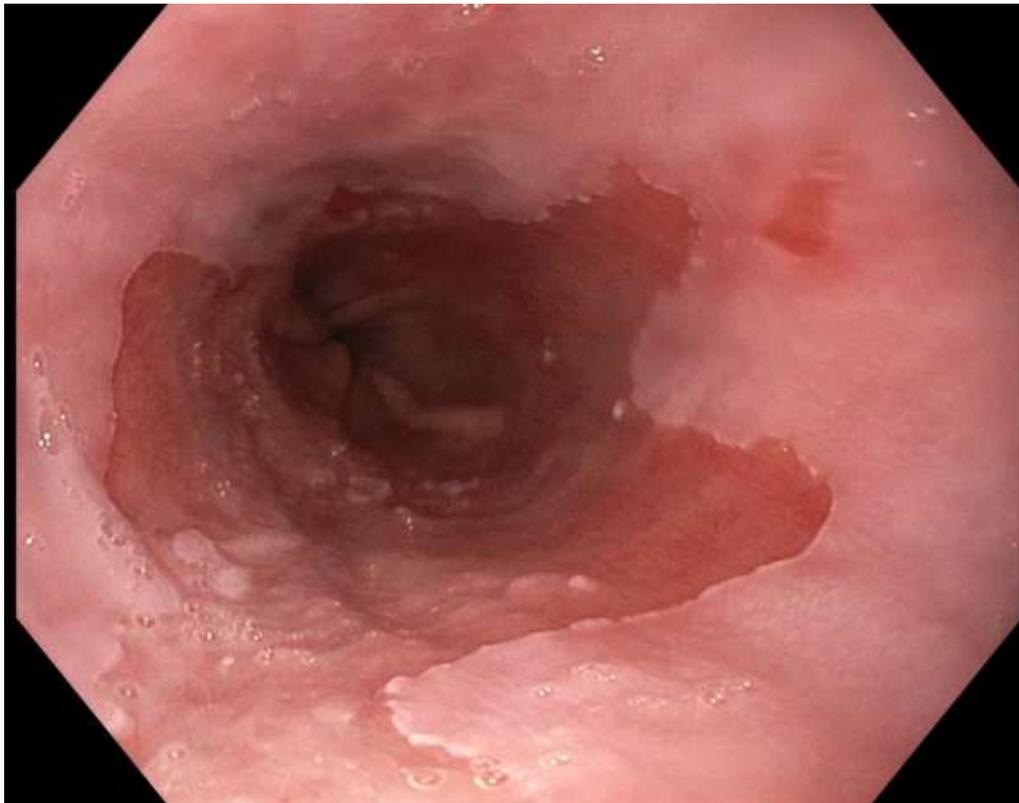
- 4-Quadrantenbiopsien alle 1-2cm

Ziel:

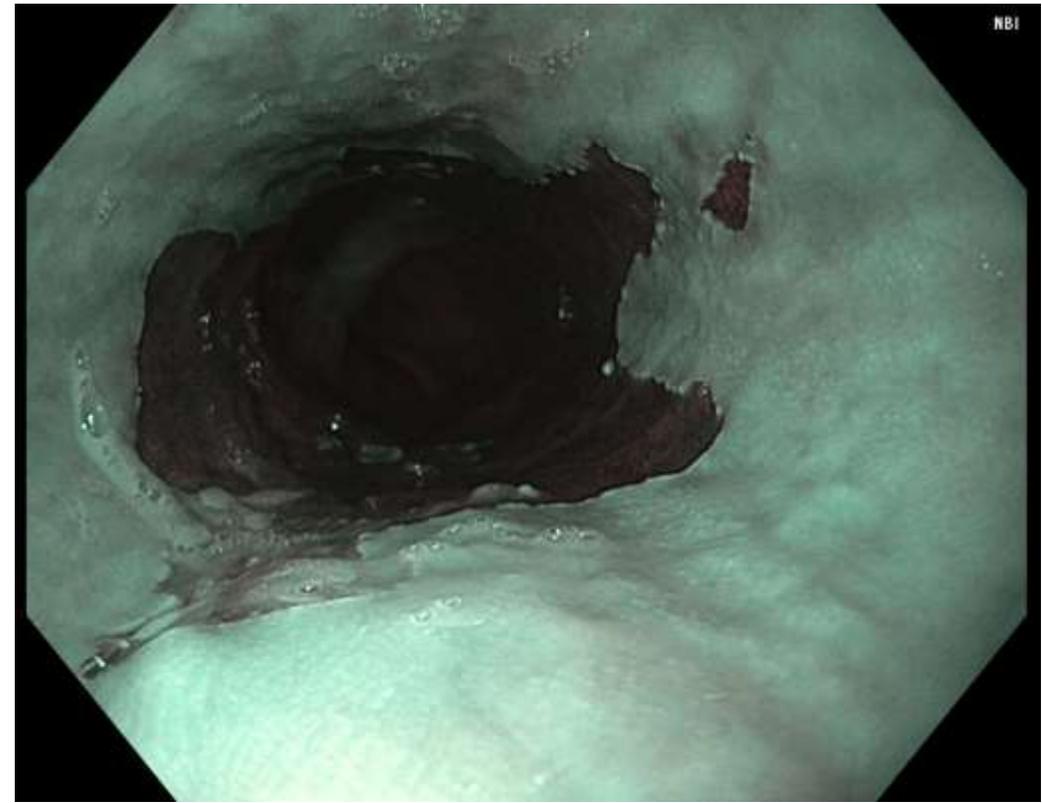
- Gezielte Biopsien auffälliger Areale
- Bzw. sofortige und vollständige endoskopische Resektion

Barrett-Ösophagus

Fall



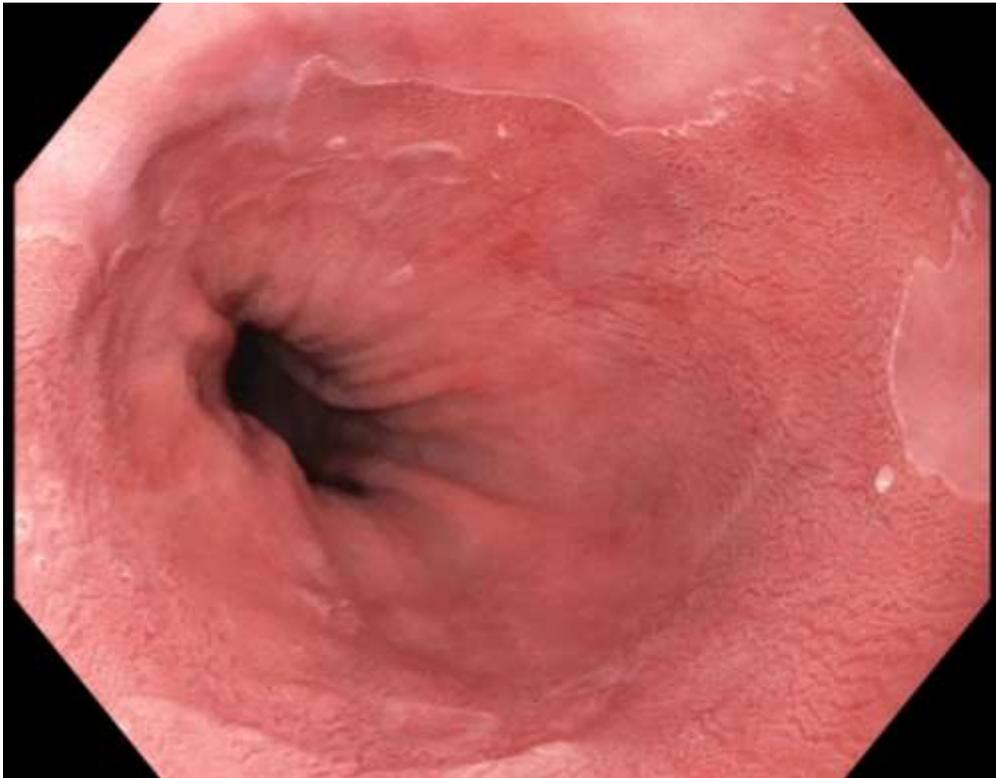
Weißlicht



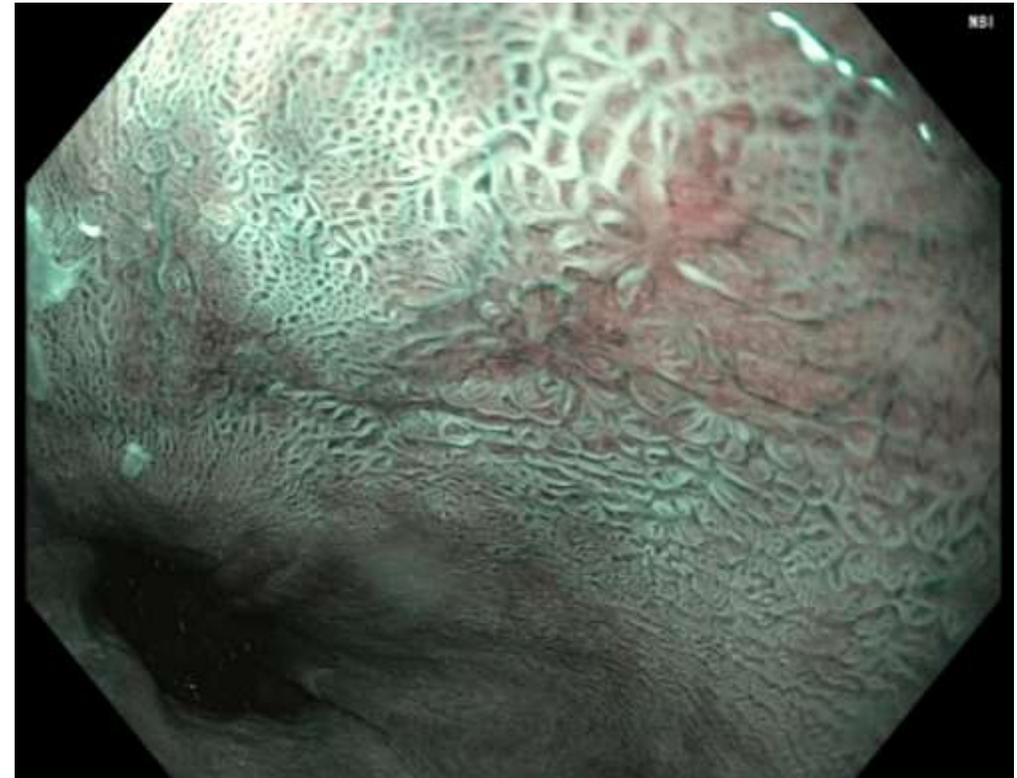
NBI-Modus

Barrett-Ösophagus

Fall



Weißlicht + Essigsäure

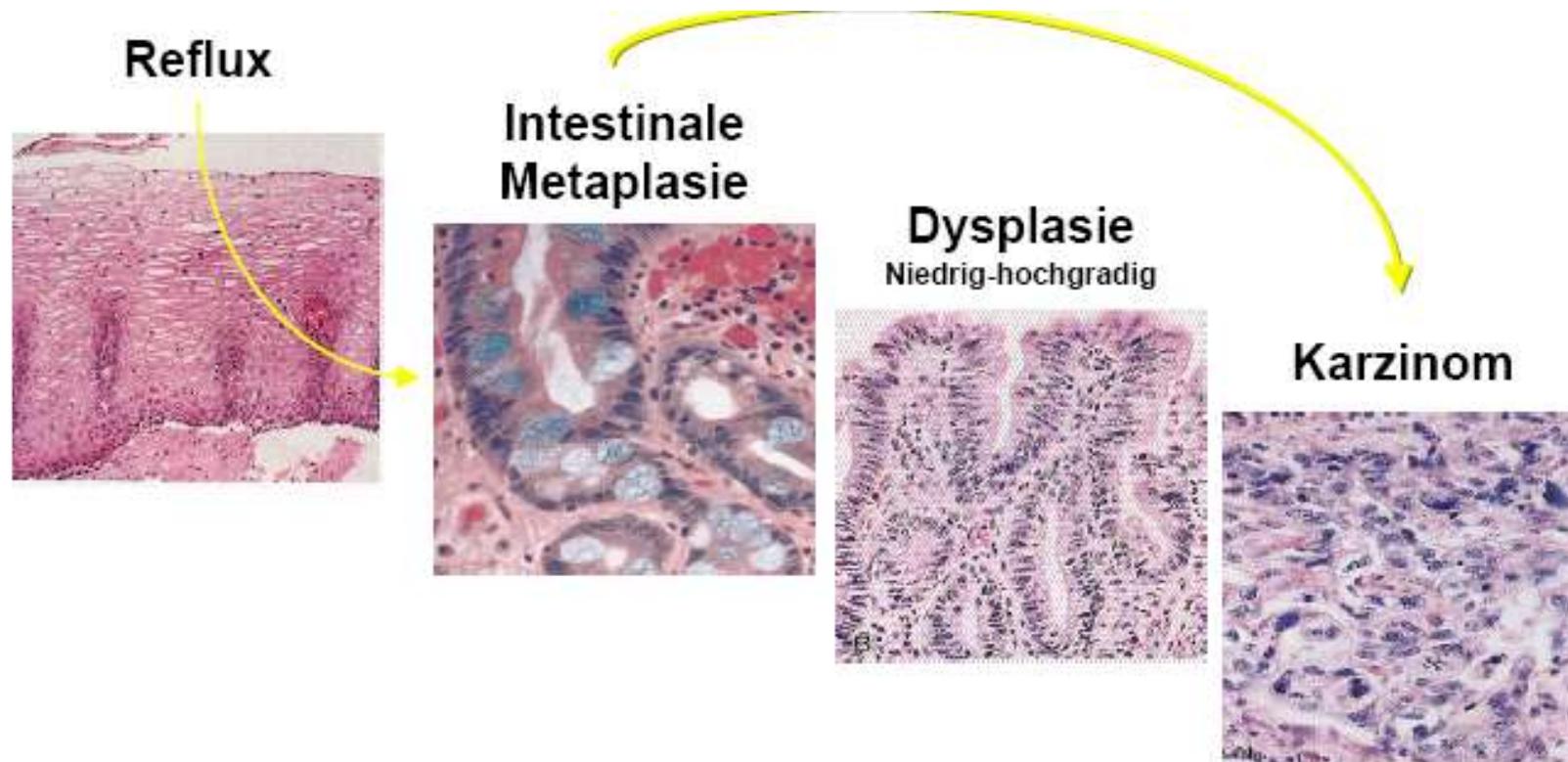


NBI-Modus + Essigsäure

Barrett-Ösophagus

Fall

Metaplasie-Dysplasie-Karzinom-Sequenz



Risiko HG-Dysplasie / Adeno-Ca:

Refluxerkrankung:

➤ 0,24% in 10 Jahren

Barrett ohne IEN:

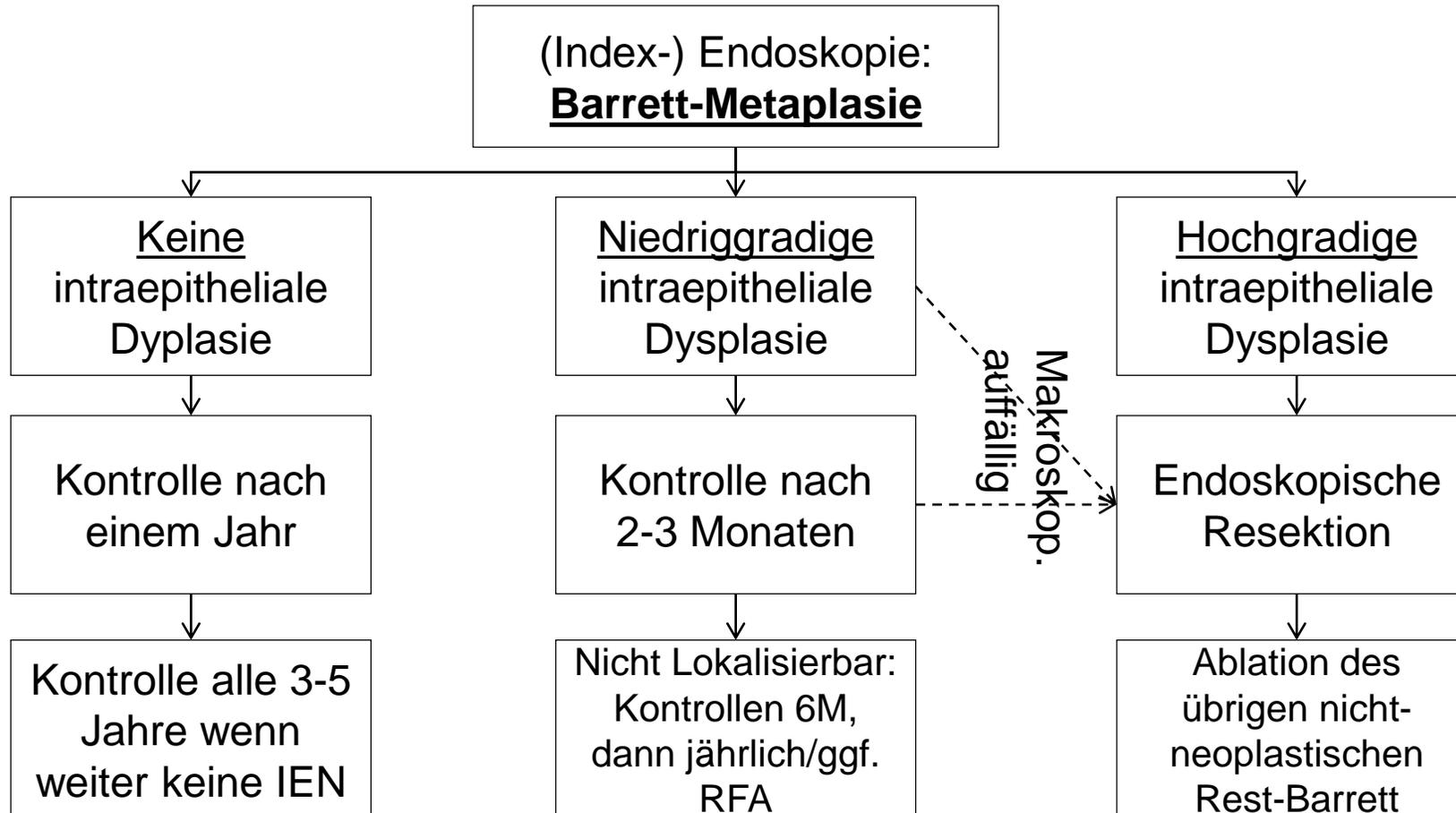
➤ 0,12 bis 0,33 % /Jahr

Barrett mit (LG-)IEN:

➤ 13,4% / Jahr

Barrett-Ösophagus

Histopathologischer Befund: Barrett-Metaplasie ohne intraepitheliale Neoplasie



Dysphagie

Definition

- Subjektives Gefühl einer Schluckstörung/gestörten Boluspassage
- Schwierigkeiten beim Schlucken von fester/flüssiger Nahrung

Aphagie = Komplette Unfähigkeit zu essen oder zu schlucken

Abzugrenzen:

Odynophagie = Schmerzen beim Schlucken ohne wesentliches Passagehinderniss

Globusgefühl = Fremdkörpergefühl pharyngeal (>3 Monate), Ø Dysphagie/Schmerzen

Dysphagie

Multidisziplinäre Diagnostik

HNO /
Phoniatrie

Logopädie

Chirurgie

Neurologie

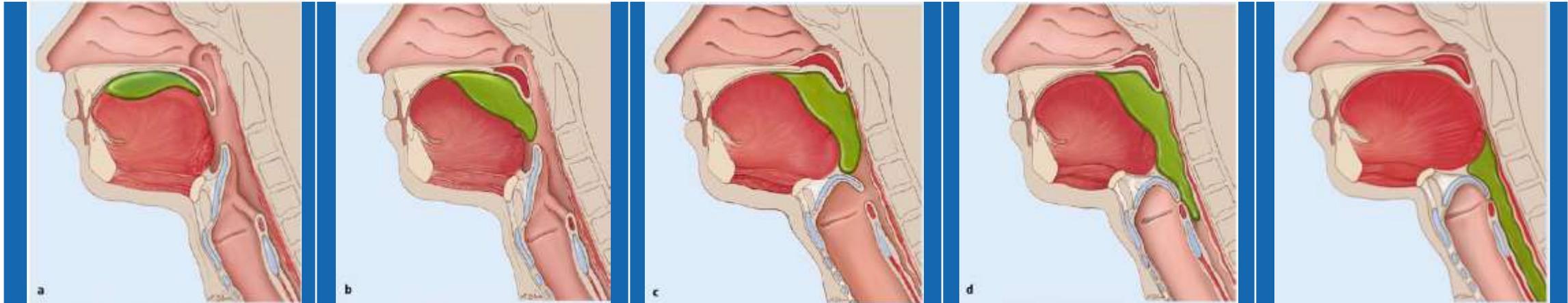
Radiologie

Gastroenterologie

...

Dysphagie

Orale – pharyngeale Phase des Schluckens



**Orale
 Vorbereitungspha
 se**

**Orale
 Transportphase
 (<1s)**

Pharyngeale Phase (ca. 0,7s)

Willkürlich

Unwillkürlich = Schluckreflex

Zentral gesteuert

Dysphagie

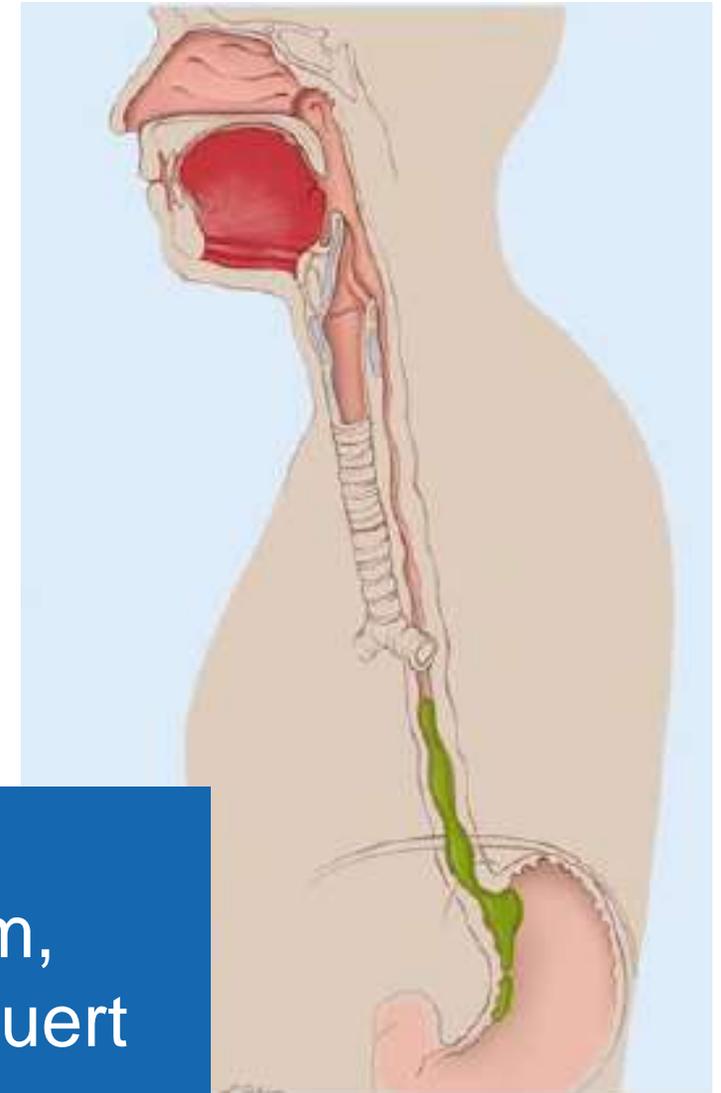
Ösophageale Phase des Schluckens

Beginnt wenn die pharyngeale Kontraktionswelle den oberen Ösophagussphinkter erreicht

Primäre peristaltische Welle des tubulären Ösophagus folgt initialer Lumenerweiterung

Relaxation des unteren Ösophagussphinkters

Hauptsächlich von enterischem,
autonomen Nervensystem gesteuert



Dysphagie

Ursachen

Oropharyngeale Dysphagie	Ösophageale Dysphagie
<p><u>Beispiele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Infekte • Neurogen/Neurodegenerativ (Apoplex, Demenz, Parkinson, SHT) • Oropharyngeale Malignome (post Tx) • Medikamente • Zenker Divertikel • (Ösophageale Motilitätsstörungen) 	<p><u>Beispiele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastroösophageale Refluxerkrankung • Eosinophile Ösophagitis • Achalasie, Motilitätsstörungen • Sklerodermie, Dermatomyositis • Webs • Ösophaguskarzinom • Infektiös (Soor, Herpes/CMV)

Ösophageale Dysphagie

Stufendiagnostik

Ösophago-Gastro-
Duodenoskopie (ÖGD)



Funktionsdiagnostik

Strukturelle Ursache ?

Funktions-/Motilitätsstörung ?

Ösophageale Dysphagie

Endoskopie



Ösophageale Dysphagie

Fall 1

24-jährige Patientin

- Seit 5 Jahren progredient zunehmend:
 - Gefühl des „**Staus**“ in der **Speiseröhre** bei fester Nahrung
 - z.T. **Regurgitation** von (unverdauter) Nahrung (liegend, Nachts)
 - Retrosternales Drücken
 - Beschwerdebesserung z.T. durch Nachtrinken
 - Beschwerdebesserung z.T. durch Aufstehen, Überstrecken des Hals
 - **Gewichtsverlust** 5 kg im letzten Jahr, keine B-Symptomatik
 - Kein Sodbrennen, früher hin und wieder
- Anamnestisch vor 2 Monaten ÖGD hier V.a. Soor, V.a. kleine Hernie

Ösophageale Dysphagie

Fall 1

Erste Verdachtsdiagnose?

Weitere Diagnostik?

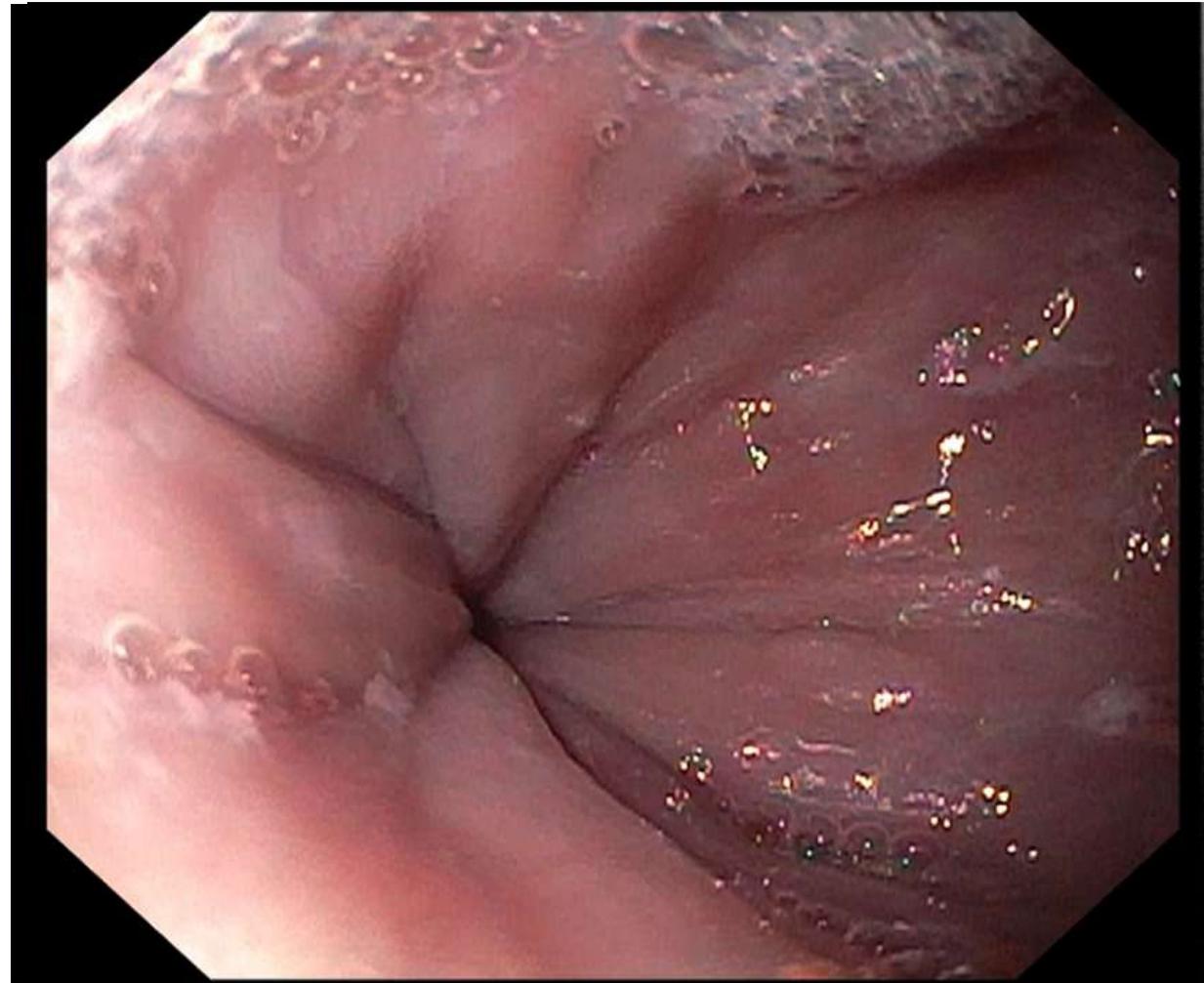
Ösophageale Dysphagie

Fall 1

Erneute ÖGD:

Dysphagie = Alarmsymptom

Komplettierung / Kontrolle
initiale ÖGD



Ösophageale Dysphagie

Fall 1

**Ösophagografie /
Breischluck**



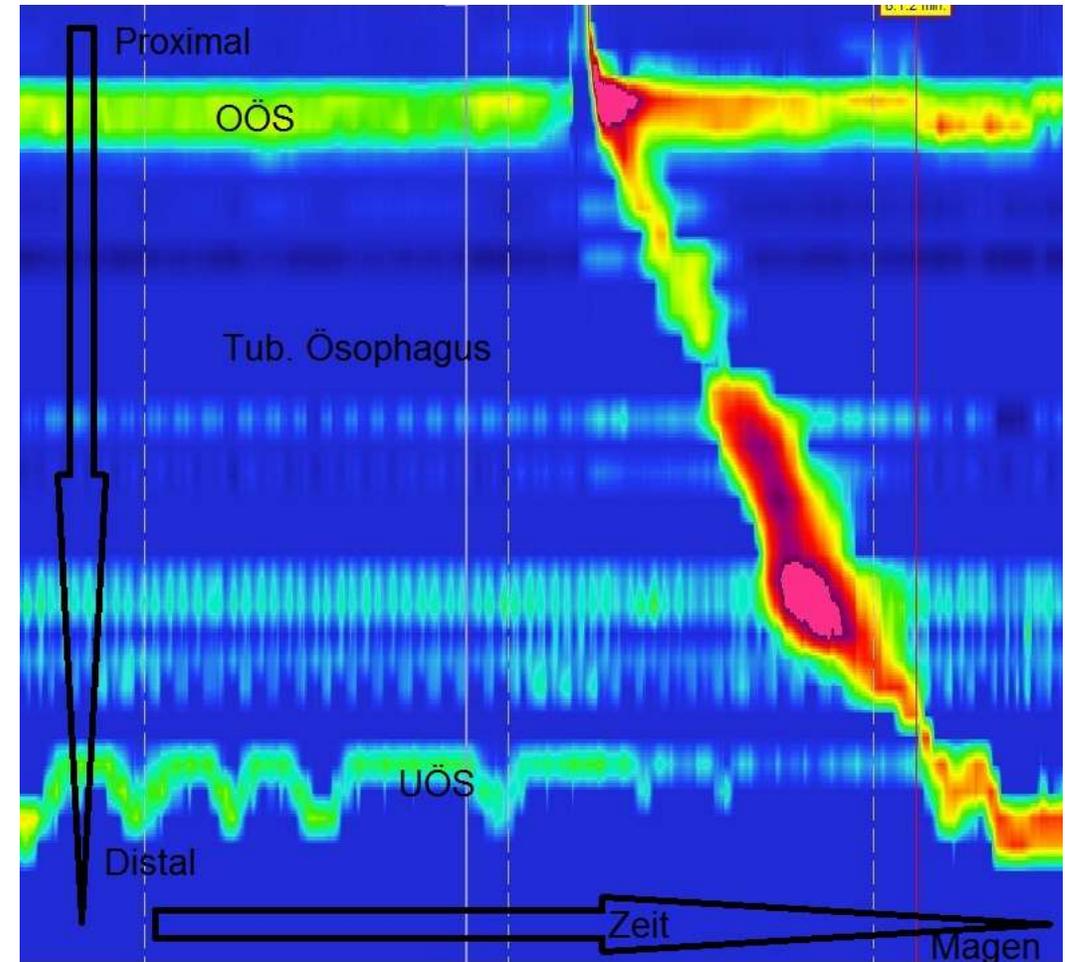
Ösophageale Dysphagie

Fall 1

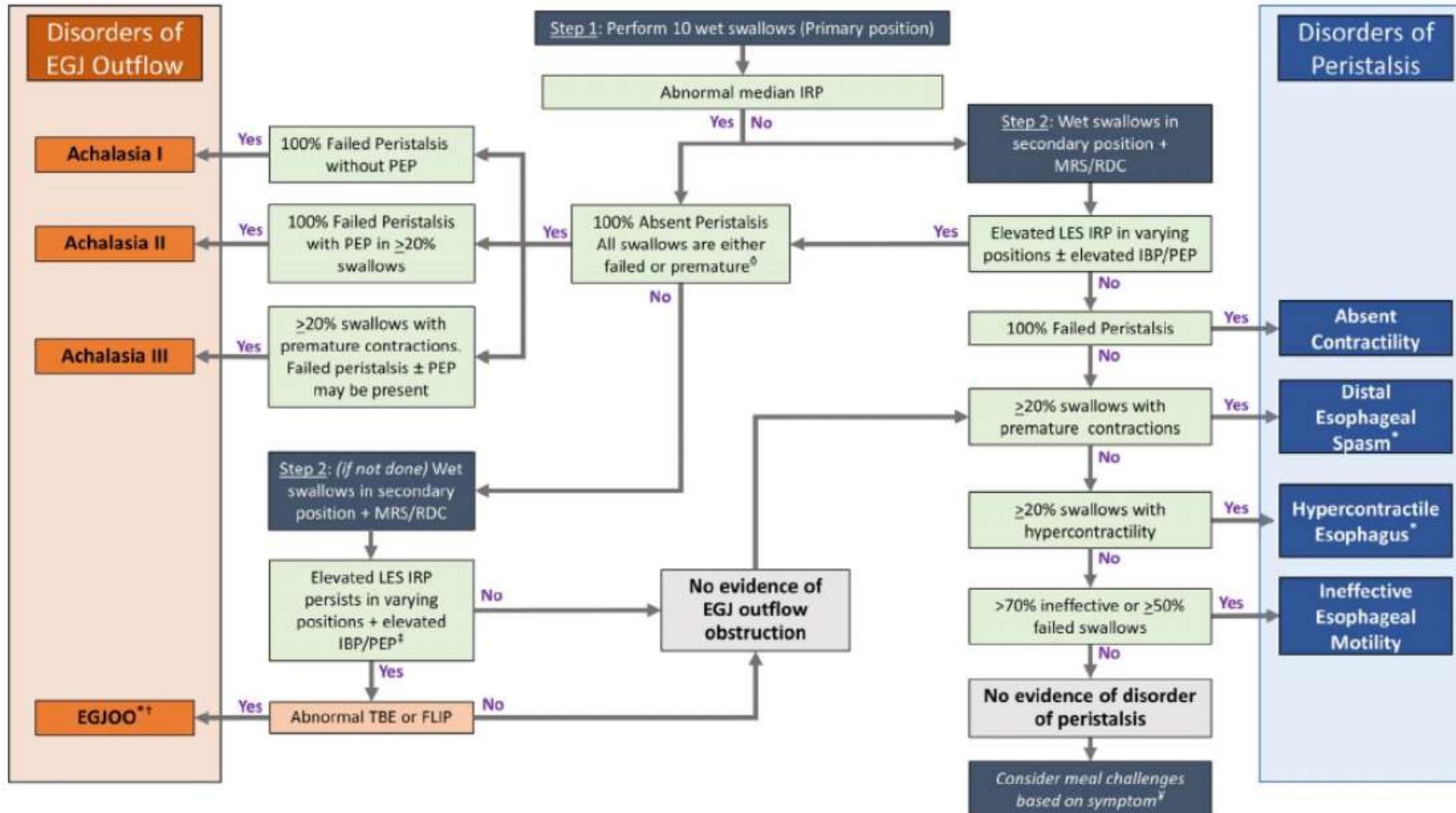
HR-Manometrie



Normalbefund:



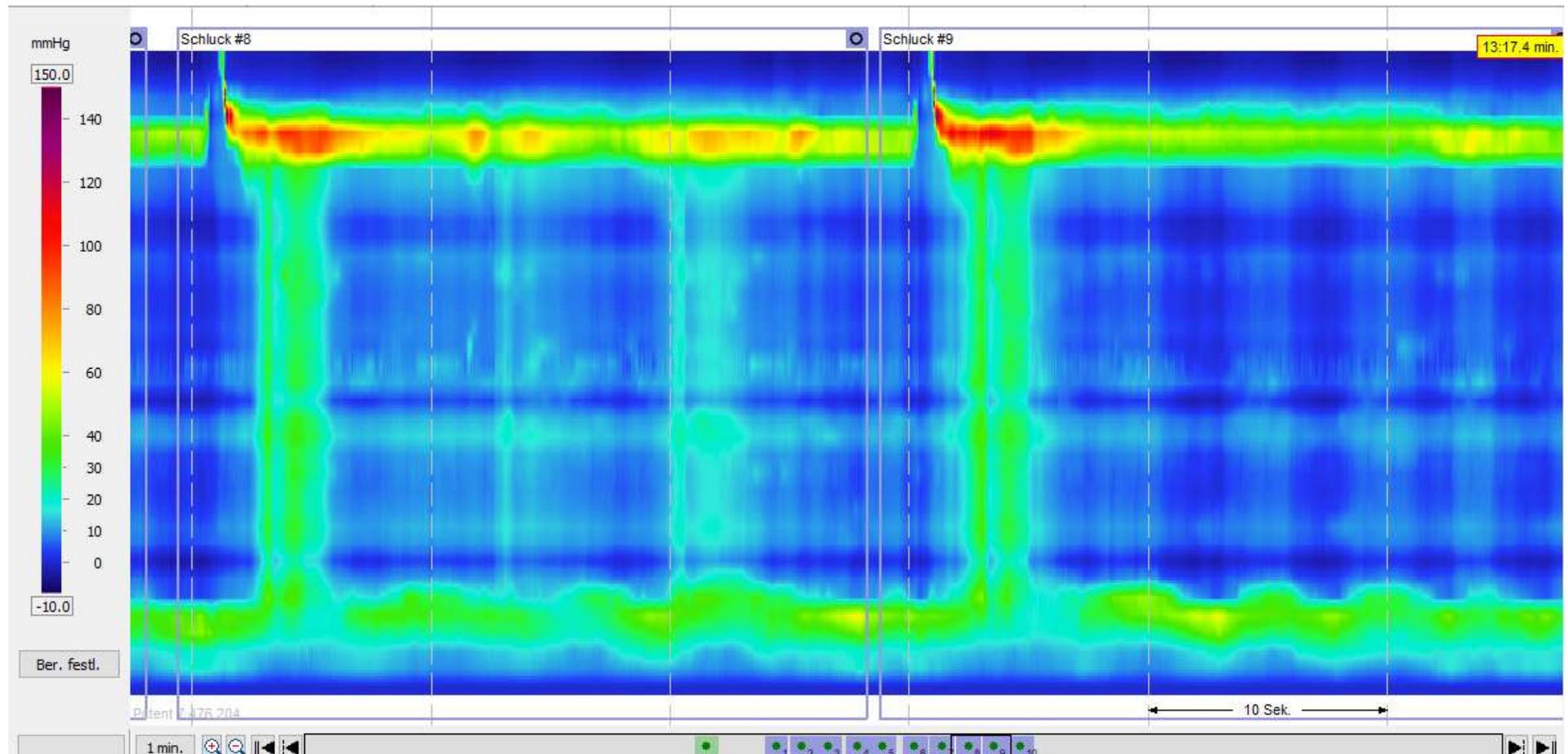
Ösophageale Dysphagie



Ösophageale Dysphagie

Fall 1

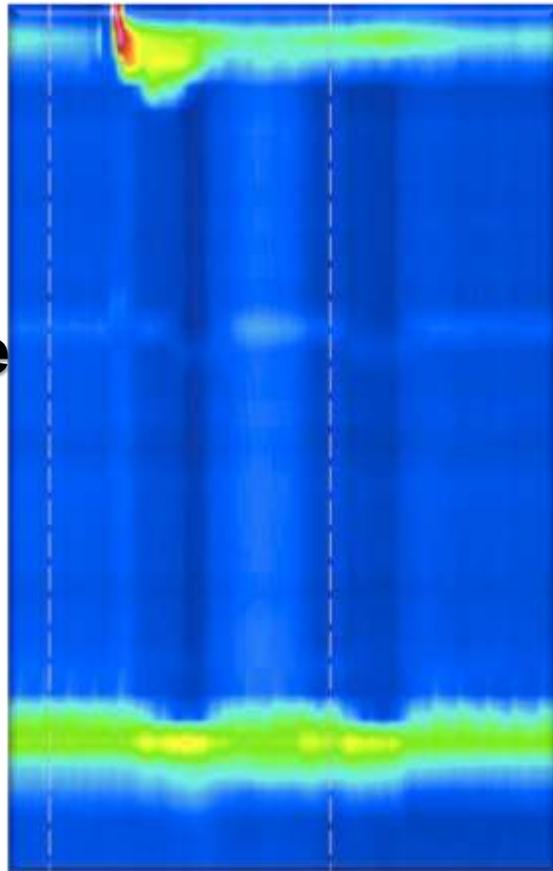
HR-Manometrie



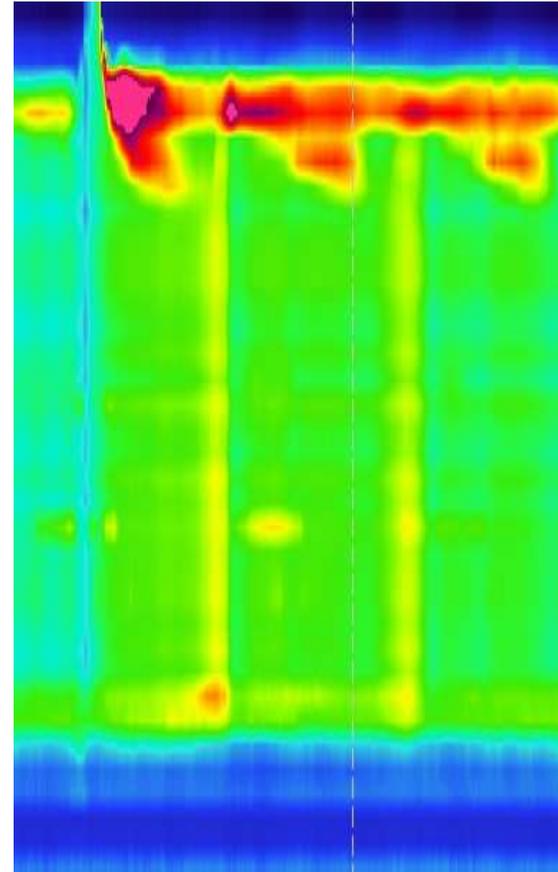
Ösophageale Dysphagie

Fall 1

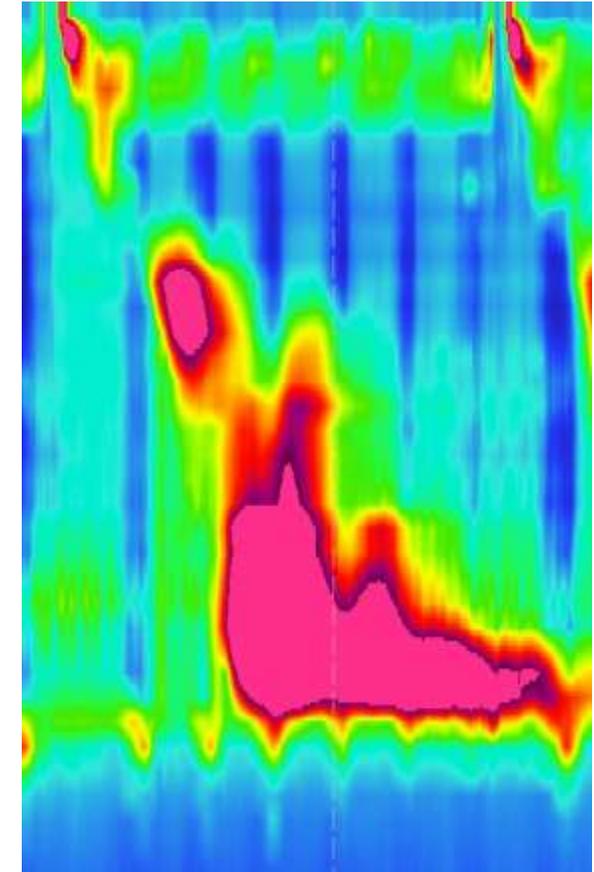
HR-Manometrie



Typ I



Typ II



Typ III

Ösophageale Dysphagie

Fall 1

Diagnose?

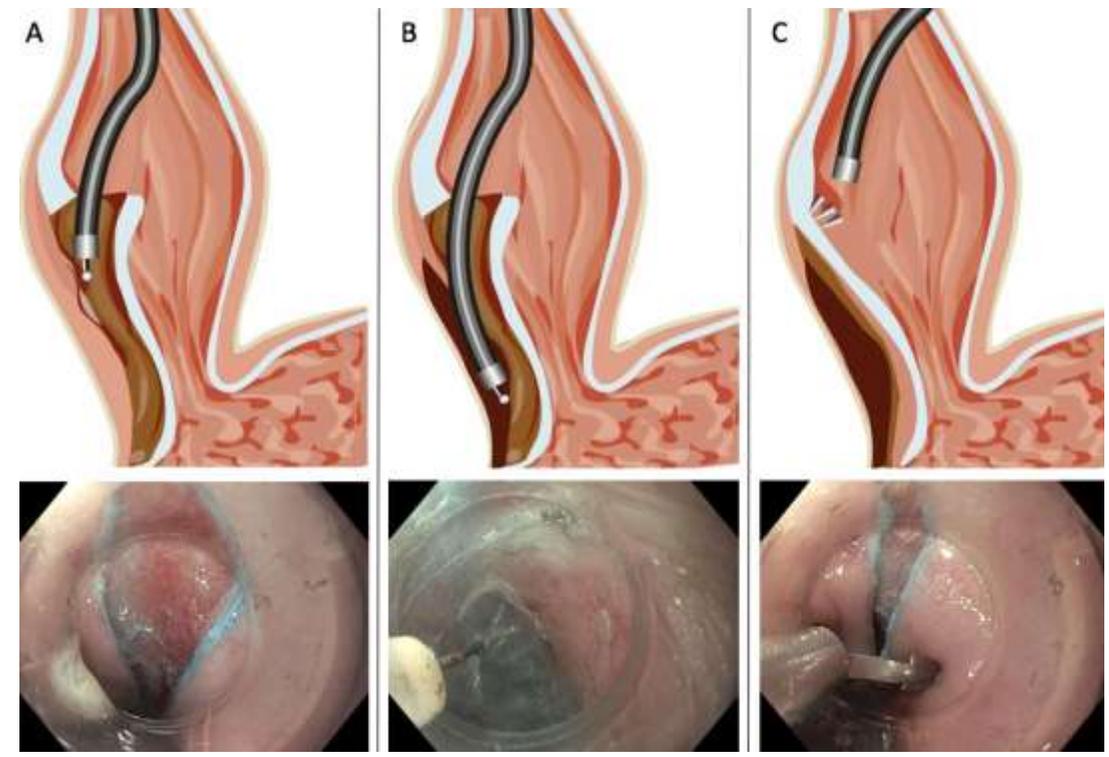
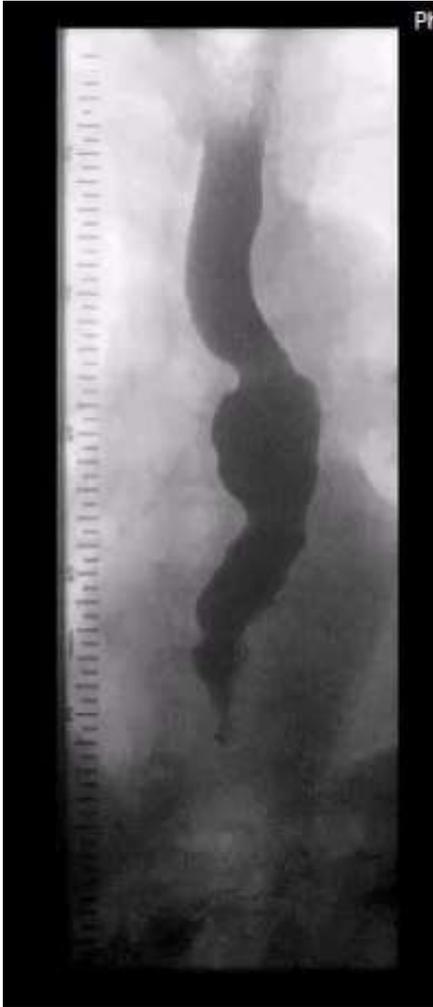
- Achalasie (Typ II nach Chicago Klassifikation)

Therapie?

- BOTOX, pneumatische Dilatation, lap. Myotomie, POEM

Ösophageale Dysphagie

Fall 1: POEM = perorale endoskopische Myotomie



POEM



Ösophageale Dysphagie

Fall 2

35-jähriger Patient stellt sich in der Notaufnahme vor, nachdem seit Essen vor einer Stunde etwas hinter dem Brustbein festgesteckt und er nun nicht mehr schlucken könne.

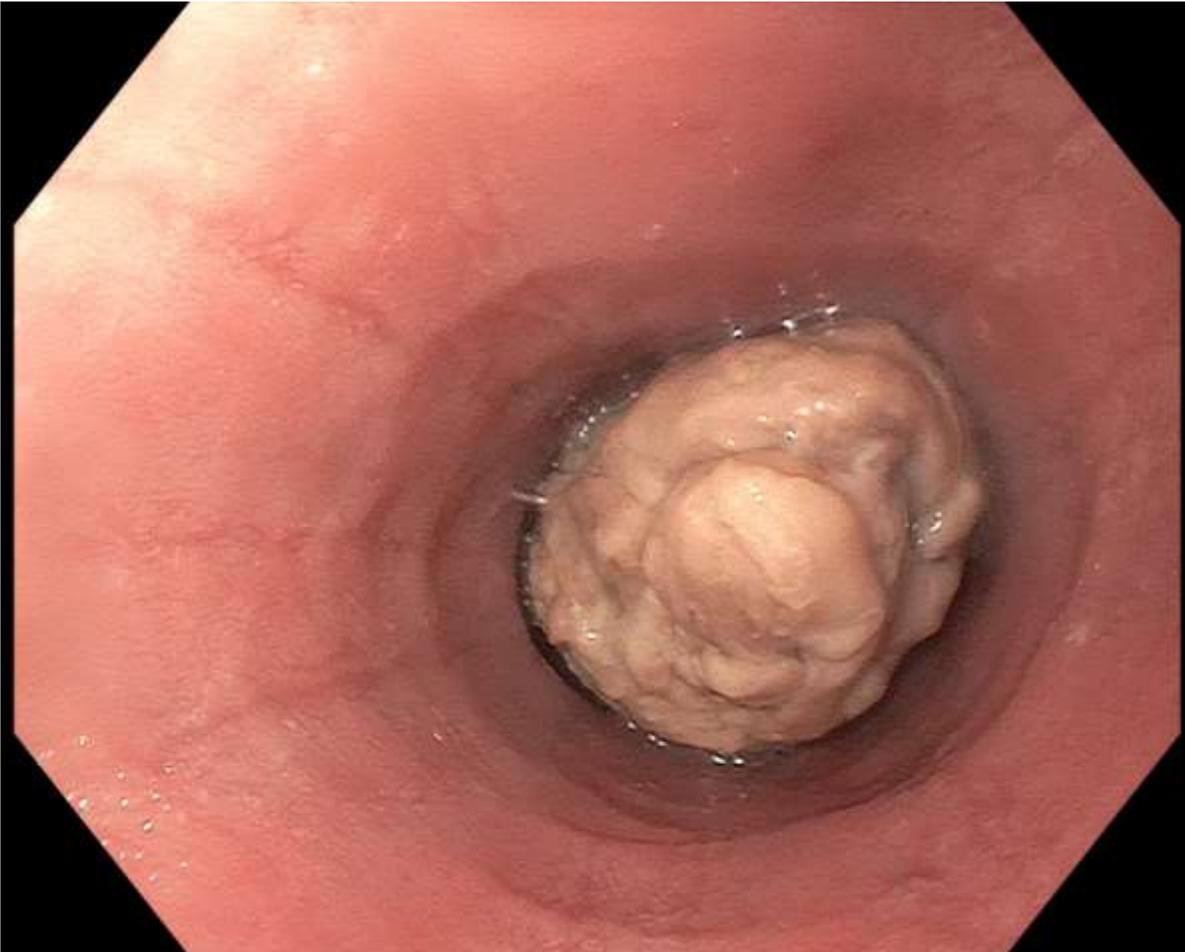
Bei genauerem Nachfragen habe er bereits seit der Jugend Probleme mit dem Essen. Die Nahrungsaufnahme erfolge generell langsam, hin und wieder sei es bereits zu einem Steckenbleiben von fester Nahrung gekommen, die sich immer bei Nachtrinken gelöst habe.

Bisher sei nie eine weitere Abklärung erfolgt, er habe sich mit den Beschwerden arrangiert nachdem er vom Hausarzt nicht so ernst genommen worden sei.

Verdachtsdiagnose? Weitere anamnestische Angaben? Procedere?

Ösophageale Dysphagie

Fall 2 - Endoskopie



E = Ödem

R = Rings

E = weißliche Exsudate

F = Längsfurchen

S = Strikturen

V.a. Eosinophile Ösophagitis (EoE)

Ösophageale Dysphagie

Fall 2 - Endoskopie

Biopsien?

- Mind. 6 Biopsien aus unterschiedlichen Lokalisationen
(z.B. 3x distal + 3x proximal oder distal-mitte-proximal jew. 2x)

Histologie?

- Nachweis von mindestens 15 Eosinophilen pro hochauflösendem Gesichtsfeld (HPF) in mindestens einer Biopsie
- eosinophile Mikroabszesse, erweiterte Intrazellularräume und Spongiose, Basalzellhyperplasie, Fibrose der Lamina propria sowie ein vermehrter Nachweis von Mastzellen und Lymphozyten

Bei unserem Patienten:

>15 eosinophile Granulozyten in allen Biopsien / Ösophagusabschnitten

Eosinophile Ösophagitis

Definition

Die Eosinophile Ösophagitis (EoE) ist eine chronische, immunvermittelte Erkrankung der Speiseröhre, die durch Symptome der ösophagealen Dysfunktion und histologisch durch eine eosinophilen-prädominante Inflammation gekennzeichnet ist. Andere systemische und/ oder lokale Ursachen für eine ösophageale Eosinophilie sollten ausgeschlossen werden.

Die unbehandelte EoE geht in der Regel mit einer chronisch-persistierenden Entzündung einher, die zu einem Umbau des Ösophagus mit Strikturen und Funktionsstörungen führen kann.

- Die EoE ist mittlerweile die häufigste Ursache für eine Bolusimpaktation!

Eosinophile Ösophagitis

Statement 5.10 (neu 2022)

Eine Eosinophilenzahl von > 15 pro hochauflösendes Gesichtsfeld (Standardgröße $0,3 \text{ mm}^2$) gilt als diagnostischer Schwellenwert für eine EoE. Die standardmäßig in der Routinediagnostik verwendete Hämatoxylin-Eosin-Färbung ist für die histologische Evaluation der EoE ausreichend.

Tabelle 8: Mögliche Differentialdiagnosen der ösophagealen Eosinophilie

- Gastroösophageale Refluxkrankheit
- Eosinophile Gastritis/Gastroenteritis/Kolitis mit ösophagealer Beteiligung
- Achalasie oder andere primäre Motilitätsstörungen des Ösophagus
- Hypereosinophilensyndrom
- Morbus Crohn mit Ösophagusbeteiligung
- Infektionen (fungal, viral, parasitär)
- Medikamentenhypersensitivität
- Pillenösophagitis
- Autoimmunerkrankungen, Vaskulitiden
- Graft-versus-Host-Erkrankung
- Hauterkrankungen mit Ösophagusbeteiligung (Pemphigus, Lichen)

Eosinophile Ösophagitis

Therapie

Drugs: Medikamente

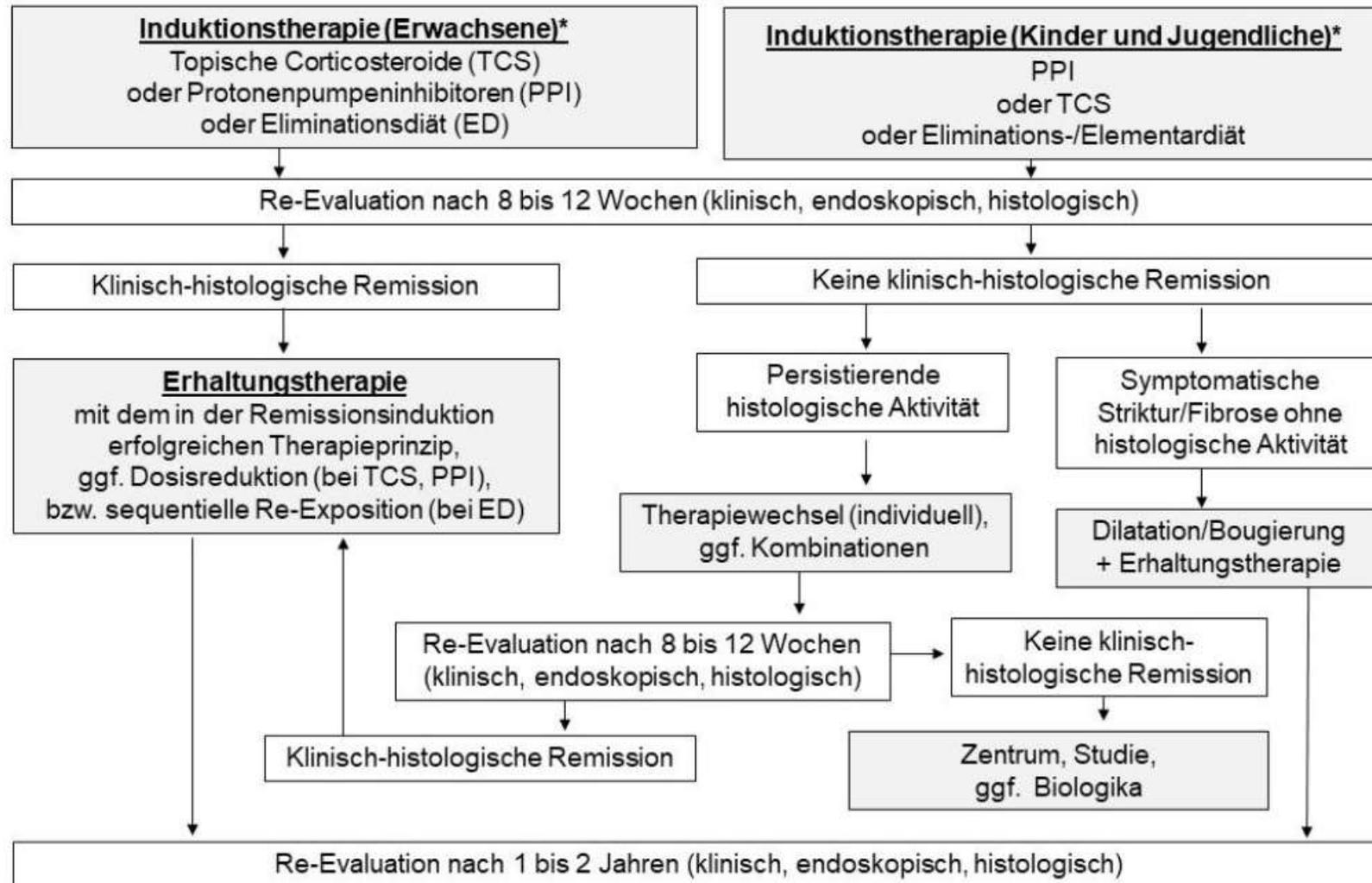
- PPI
- Topische Steroide: Budesonid (Jorveza®) 1mg 1-0-1 für 6 (-12) Wochen

Diet: Eliminationsdiäten

- Gluten, Milch, Hülsenfrüchte inkl. Soja, Eier, Nüsse/Fisch inkl. Schalentiere

Dilation: Dilation von Strikturen

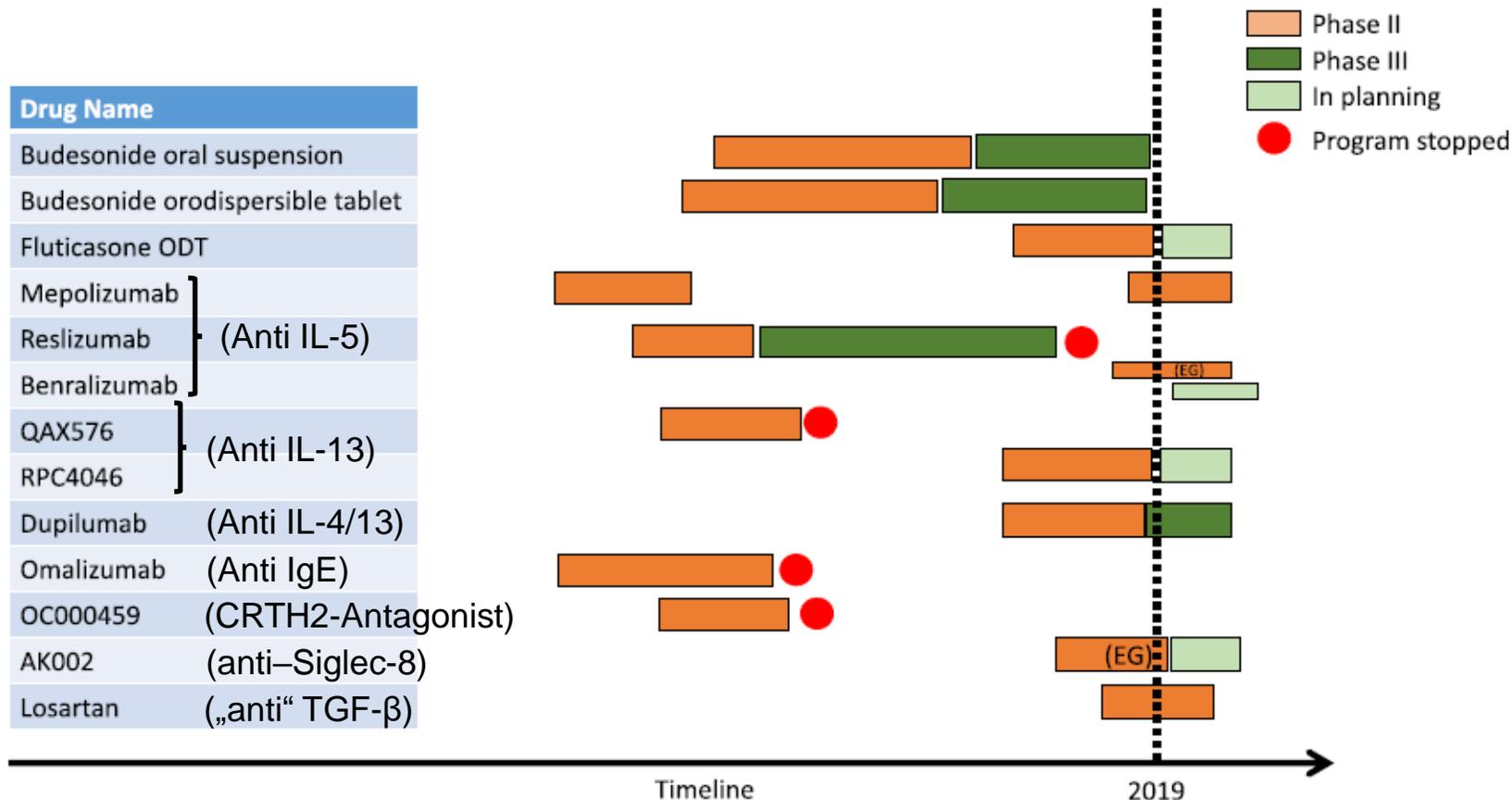
Eosinophile Ösophagitis



* Bei Strikturen: immer TCS

Eosinophile Ösophagitis

Neue Therapieansätze



Weitere...

- ... Vedolizumab
- ... Tezepelumab
- ... CCR3 Antikörper
- ... Anti IL-15
- ... Etrasimod

FIG 1. Development pipeline of EoE-specific programs over the last 2 decades with progression from phase II to phase III. EG, Eosinophilic gastritis.

Refluxkrankheit und Dysphagie

Zusammenfassung

Gastroösophageale Refluxerkrankung:

- Unterscheidung **Refluxsymptome** und **Refluxkrankheit (GERD)**
- Keine Alarmsymptome, keine RF für Komplik.: **Symptomkontrolle**
- Alarmsymptome, Risikofaktoren, Kein Ansprechen auf PPI: **Diagnostik**
- **Diagnostik:** Endoskopie, pH-Metrie/MII, HRM (mitunter schwierig!)
- **Therapie:** Standard – PPI (aber nicht mehr obligat)
- **Schwierigkeit:** PPI-refraktäre GERD
- Antireflux-OP mit höherem Stellenwert (PPI-refrakt.)

Refluxkrankheit und Dysphagie

Zusammenfassung

Barrett-Ösophagus:

- Dauer der GERD-Erkrankung als Risikofaktor
- endoskopische Surveillance, Resektion; „Entartung“ relativ selten

Dysphagie:

- Anamnese! ► multidisziplinäre Abklärung
- Diagnostik: ÖGD und Funktionsdiagnostik insb. High-Resolution Manometrie
- Eosinophile Ösophagitis:
 - Steigende Inzidenz, Bolusimpaktionen, Endoskopie mit Biopsien, Therapie: DDD

Danke für die Aufmerksamkeit

Danke für das Überlassen einiger Folien an:

PD Dr. med. Simon Nennstiel, Oberarzt Endoskopie

Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsspital Zürich