Reflux, Blutung, Dyspepsie

Alarmsignale von der Speiseröhre

Sollte man bei einem Barrett-Ösophagus immer einen PPI geben? Ist die Fundoplicatio eine sinnvolle Alternative für eine PPI-Therapie? Wie sieht das gastrointestinale Blutungsrisiko bei den NOAKs aus? Und muss bei einer Dyspepsie immer endoskopiert werden?

Reflux raubt die Lebensqualität – PPI sind Mittel der Wahl.

© gpointstudio / iStock

— Die Prävalenz der Refluxkrankheit liegt in Deutschland bei 10–20%, Tendenz steigend. „Die Erkrankung bedeutet für viele Betroffene eine deutliche Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität“, sagte Prof. Wolfgang Fischbach, Aschaffenburg. Die Therapie der Wahl seien weiterhin PPIs, wobei eine solche Substanz bei einer leichten Refluxösophagitis über vier Wochen, bei einer schweren über acht Wochen gegeben werden sollte.

Wann operieren?

Nach der aktuellen Leitlinie sollte die Indikation für eine Fundoplicatio nur dann gestellt werden, wenn zusätzlich zu einer langfristigen Behandlungsbedürftigkeit intolerable refluxinduzierte Restbeschwerden oder eine PPI-Unverträglichkeit vorliegen. Diese sehr zurückhaltende Empfehlung wird gestützt durch die Ergebnisse einer retrospektiven Kohortenstudie. Danach mussten fünf, zehn und 15 Jahre nach der Operation 57%, 72% und 83% zumindest gelegentlich wieder ein PPI einnehmen. „Diese Zahlen überraschen und zeigen, dass nicht immer die Richtigen operiert werden und auch die Qualität des Eingriffs nicht immer optimal ist“, so Fischbach.

Seit vielen Jahren ist der Barrett-Ösophagus als Präkanzerose anerkannt, woraus sich die Notwendigkeit für endoskopische Kontrolluntersuchungen ergibt. Bisher sah man die Indikation für eine PPI-Therapie beim Barrett-Ösophagus nur bei Refluxbeschwerden. Doch Barrett-Patienten haben oft keine Refluxbeschwerden (mehr?). Nach einer neueren Untersuchung geht die Einnahme eines PPI mit einem verminderten Risiko für eine maligne Entartung einher, d. h. die Rate an Adenokarzinomen und hochgradigen Dysplasien war unter einer PPI-Therapie niedriger. „Ich glaube wir müssen hier umdenken und allen Barrett-Patienten wieder einen PPI verordnen“, meinte Fischbach. Bezüglich der möglichen Risiken einer Langzeittherapie zeigte sich eine kausale Assoziation nur mit intestinalen Infektionen.

GI-Blutungsrisiko unter NOAKs

ASS und NSAR sind unbestrittene Risikofaktoren für Magen-Darm-Ulzera und deren Komplikationen, insbesondere Blutungen. Andere Thrombozytenaggregationshemmer (Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor) und Antikoagulanzen sind zwar nicht ulzerogen, können jedoch bei einer bestehenden Läsion eine Blutung begünstigen.

Dass neue orale Antikoagulanzen (NOAKs) im Hinblick auf intrazerebrale Blutungen den Vitamin-K-Antagonisten überlegen sind, ist gesichert. Doch wie sieht es mit dem gastrointestinalen Blutungsrisiko aus? Eine Metaanalyse von 43 Studien mit 151.578 Patienten ergab, dass das Risiko für eine gastrointestinale Blutung insgesamt unter einem NOAK um 45% und das für eine klinisch relevante Blutung um 16% erhöht ist. Eine Metaanalyse aller randomisier-

ten Phase-III-Studien, die mit den vier NOAKs durchgeführt wurden, zeigte ebenfalls, jetzt auch im Vergleich zu Warfarin, ein erhöhtes gastrointestinales Blutungsrisiko. „Auch eine Anwenderstudie mit Dabigatran bei mehr als 134.000 Patienten ergab ebenso im Vergleich mit Warfarin ein signifikant erhöhtes Risiko für eine schwere gastrointestinale Blutung“, so Fischbach.

Dyspepsie: Immer Endoskopie?

Die Frage, ob bei Patienten mit dyspeptischen Beschwerden immer oder nur bei Alarmzeichen eine endoskopische Abklärung erfolgen sollte, wird seit vielen Jahren kontrovers diskutiert. In einer Metaanalyse fand sich jetzt bei einer primären Endoskopie eine Detektionsrate maligner Läsionen von 1,3%. Davon waren 18% jünger als 45 Jahre und 3% jünger als 35 Jahre. Nur bei zwei Drittel dieser Patienten lagen Alarmsymptome vor. „Diese Daten bestätigen die offiziellen Empfehlungen, bei dyspeptischen Beschwerden initial immer eine Endoskopie durchzuführen und nicht nur symptomatisch zu behandeln“, betonte Fischbach.

Dr. Peter Stiefelhagen

■ Quelle: Praxis Update, Juni 2015, Berlin

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Auch bei asymptomatischen Patienten mit einem Barrett-Ösophagus kann ein PPI das Entartungsrisiko günstig beeinflussen.
2. NOAKs gehen im Vergleich zu Warfarin mit einem erhöhten gastrointestinalen Blutungsrisiko einher.
3. Bei dyspeptischen Beschwerden sollte zunächst immer eine Endoskopie durchgeführt werden.