

pelblinde, bizenrische Studie über drei Jahre durchgeführt. Eingeschlossen wurden 100 Patienten mit refluxytypischen Symptomen, die eine tägliche Einmaldosis PPI über acht Wochen mit guter Compliance eingenommen hatten und darunter noch nicht beschwerdefrei waren. Nicht eingeschlossen wurden Patienten, die lediglich extraösophageale Refluxsymptome aufwiesen oder an einer Ösophagitis vom Los-Angeles-Grad C oder D litten.

Die Teilnehmer wurden nun angehalten, eine Woche PPI-frei zu bleiben, und erhielten danach eine 96-Stunden-pH-Metrie. Dafür wurde unter Sedierung ein funkgebundenes Reflux-Testsystem endoskopisch oberhalb des unteren Ösophagusphinkters platziert. Während der viertägigen Messung gingen die Teilnehmer ihrem normalen Alltag nach.

Primäres Outcome war die Fähigkeit, zwei weitere Wochen ohne PPI auszukommen. Dies gelang 34 der 100 Teilnehmer. Der stärkste Prädiktor für den möglichen PPI-Verzicht war die Zahl der Tage mit hoher Säureexposition der Speiseröhre (pH-Wert mehr als 4% der Zeit unter 4,0). Patienten ohne solche Tage

hatten eine zehnmal höhere Chance auf einen PPI-Verzicht als Patienten mit vier solcher Tage.

MMW-Kommentar

Die neue Leitlinie Reflux empfiehlt bei refraktärem Sodbrennen nach acht Wochen PPI-Standarddosis ein Innehalten, um das Sodbrennen noch einmal sicher festzustellen und an Alarmsymptome zu denken. Sodann rät sie einen PPI-Wechsel, die zweimal tägliche Einnahme und die Compliance-Überwachung für weitere vier bis acht Wochen an.

Dies ist die erste Studie, die zur pH-Metrie an dieser Stelle Evidenz bietet. Sie ist nicht placebokontrolliert, hat aber sehr wohl bei den Einschlusskriterien die eher untypischen Beschwerden ausgeklammert und besitzt somit eine gute klinische Aussagekraft.

Die Upfront-Langzeit-pH-Metrie ermöglicht eine frühe Option der Phänotypisierung der Patienten mit inadäquatem PPI-Ansprechen. Sie kann Ressourcen sparen und sollte in unserem klinischen Alltag durchaus auch in die Differenzialtherapie und Differenzialdiagnostik eingebunden werden. ■

Quelle: Yadlapati R, Masihi M, Gyawali CP et al. Ambulatory reflux monitoring guides proton pump inhibitor discontinuation in patients with gastroesophageal reflux symptoms: a clinical trial. *Gastroenterology*. 2021;160:174–82.e1

Vor zwei Wochen war er noch völlig gesund!



Einige der Symptome waren Keratoderma blenorrhagicum an den Fußsohlen (A) Glossitis (B), Knieschwellungen (C) und Balanitis circinata (D).

Ein 40-jähriger, für gewöhnlich gesunder Mann hatte sich gerade von einer kurzen Episode mit Durchfall und Harnröhrenausfluss erholt, als sein Körper auf einmal völlig verrücktspielte. Innerhalb weniger Tage entwickelte er gelbliche, hyperkeratotische Pusteln an den Fußsohlen, psoriatische Hautläsionen an Kopfhaut, Stamm und Händen, Kreuzschmerz, Bindehautentzündung, wandernde Glossitis und Balanitis circinata. Mehrere Nägel begannen, sich abzulösen, und beide Knie sowie ein Sprunggelenk schwellen merklich an. Die Konzentration von C-reaktivem Protein wurde mit 59 mg/l bestimmt (normal < 5 mg/l), im Urin fand sich Eiter. Tests auf Rheumafaktor sowie Chlamydien und andere Erreger blieben allerdings negativ.

Die Ärzte diagnostizierten eine reaktive Arthritis. So bezeichnet man eine Gelenkentzündung, die in der Folge einer Urethritis oder einer Enteritis auftritt. Die Haut- und Schleimhautveränderungen gehören zum Vollbild der Erkrankung. Nicht immer wird der ursprüngliche Infekt wie in diesem Fall überhaupt bemerkt. Bei einem späteren Test stellte sich heraus, dass der Patient Träger des HLA-B27-Proteins und somit besonders anfällig für entzündlich-rheumatische Erkrankungen war.

Nach fünfmonatiger Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika, systemischen Glukokortikoiden und Sulfasalazin waren die Symptome abgeklungen. ■

C. Heyer

Quelle: Vičić M, Pripic Massari L. Reactive arthritis. *N Engl J Med*. 2022;386:2035