

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

Autorinnen/Autoren

Ahmed Madisch^{1, 2}, Herbert Koop³ 

Institute

- 1 Centrum Gastroenterologie Bethanien, Agaplesion Krankenhaus Bethanien, Frankfurt am Main, Deutschland
- 2 Klinik für Gastroenterologie, interventionelle Endoskopie und Diabetologie, Klinikum Siloah, Klinikum Region Hannover, Hannover, Deutschland
- 3 ehem. Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, Helios-Klinikum Berlin-Buch, Berlin, Deutschland

Schlüsselwörter

gastroösophageale Refluxkrankheit, GERD, Ösophagus, Eosinophile Ösophagitis, Refluxösophagitis, Diagnostik, Therapie

eingereicht 20.03.2023

akzeptiert 21.03.2023

Bibliografie

Z Gastroenterol 2023; 61: 797–798

DOI 10.1055/a-2060-1142

ISSN 0044-2771

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Ahmed Madisch

Centrum Gastroenterologie Bethanien, Agaplesion Krankenhaus Bethanien, Im Prüfling 23, 60389 Frankfurt, Deutschland

madisch@gastroenterologie-frankfurt.de

Die Gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD) stellt eine der häufigsten Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes dar und gilt als Volkskrankheit [1]. Neben der hohen Prävalenz und der deutlichen Einschränkung der Lebensqualität liegt die Bedeutung der Erkrankung im breiten klinischen Spektrum an Symptomen, Komplikationen und Folgeerkrankungen. Die zahlreichen neuen Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie der GERD mit zum Teil Paradigmenwechsel waren die Beweggründe für eine Aktualisierung der GERD-Leitlinie. Im Gegensatz zur Leitlinie 2014 [2] wird bei der vorliegenden Aktualisierung das Krankheitsbild der Eosinophilen Ösophagitis integriert, so dass mit der vorliegenden Leitlinie die beiden häufigsten Krankheitsbilder der Speiseröhre abgehandelt werden. Neben der Federführung durch die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) sind bei der vorliegenden Leitlinie auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e. V. (DGAV), die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH), die Deutsche Gesellschaft für Pathologie e. V. (DGP)/Bundesverband Deutscher Pathologen e. V. (BDP) sowie die Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e. V. (GPGE) beteiligt. Den Koordinatoren war es ein wichtiges Anliegen neben der Aktualisierung auch eine Konzentration der Empfehlungen auf die wesentlich klinischen und versorgungsrelevanten Aspekte vorzunehmen. Die aktualisierte Leitlinie ist online abrufbar und ersetzt die Leitlinie von 2014 [2].

Während die Manifestationsformen der GERD weiterhin durch die Montreal-Klassifikation abgebildet werden [3], soll bei der Behandlung und Charakterisierung zwischen Refluxbeschwerden ohne oder mit einer gesicherten GERD unterschieden werden. Diese Feststellung spielt für die initiale und probatorische Therapie bei Patienten mit typischen Refluxbeschwerden nur eine untergeordnete Rolle, bekommt aber eine Bedeutung, wenn die Patienten auf eine Standardtherapie mit einem Protonenpumpenblocker (PPI) nicht ansprechen. Auch ein Ansprechen der Refluxbeschwerden auf einen PPI beweist nicht das Vorliegen einer GERD. Für die Diagnosesicherung einer GERD gibt es keinen diagnostischen Goldstandard, da keine singuläre Methode für sich allein das Vorliegen einer GERD beweisen oder ausschließen kann. In Anlehnung an den Lyon-Konsensus [4], der anhand der Endoskopie und funktionsdiagnostischen Methoden mit hochauflösender Manometrie und pH-Metrie-Impedanz, Kriterien für das Vorliegen oder den Ausschluss einer GERD entwickelt hat, besteht eine konklusive Evidenz für das Vorliegen einer GERD, wenn eine ausgeprägte Refluxösophagitis LA C und D, ein Barrett-Ösophagus (> 1 cm) oder eine peptische Stenose vorliegt. In allen anderen Fällen müssen Befunde der Endoskopie und Funktionsuntersuchungen kombiniert werden, um die Diagnose einer GERD zu stellen oder sie auszuschließen.

Der Protonenpumpenblocker (PPI) ist nach wie vor der Therapiestandard bei allen Manifestationsformen der GERD. Insbesondere Patienten mit einer ausgeprägten Refluxösophagitis LA C/D sowie einer peptischen Strikturen bedürfen einer langfristigen PPI-

Therapie. Zwar stellen PPI auch für die anderen Patienten (Nicht-erosive Refluxkrankheit, Refluxösophagitis LA/B), die mit über 90 % die größte Gruppe darstellen, die bevorzugte Substanzklasse dar, jedoch kommen auch alternative Therapien (Alginat, Antazida, H₂-Rezeptor-Antagonisten) infrage, insbesondere vor dem Hintergrund, dass in dieser Patientengruppe die Symptomkontrolle das alleinige Therapieziel darstellt. Es wird dabei ausdrücklich betont, dass auch Übertherapien insbesondere im Langzeitmanagement vermieden werden sollten. Alle Patienten sollen darüber hinaus über den Stellenwert der Allgemeinmaßnahmen aufgeklärt werden, da diese einen evidenten Einfluss auf den Verlauf einer GERD besitzen [5].

Für Patienten mit PPI-refraktären Refluxbeschwerden gibt die Leitlinie einen dezidierten Algorithmus vor, wie im klinischen Alltag vorgegangen werden sollte. Diese betrifft neben der Optimierung der PPI-Therapie vor allem die Ösophagogastroduodenoskopie mit Stufenbiopsien im Bereich der Speiseröhre sowie im Anschluss daran die entsprechende Funktionsdiagnostik mit Impedanz-pH-Messung und ggf. hochauflösender Manometrie. Auch bei Vorliegen von vermeintlichen extraösophagealen Manifestationen, die deutlich seltener sind als früher angenommen, wurde ein Algorithmus erarbeitet, der in erster Linie pragmatisch die probatorische hochdosierte PPI-Therapie über 8–12 Wochen vorsieht.

Mit sehr guter Datenbasis bleibt die laparoskopische Fundoplicatio die Methode der Wahl bei der operativen Behandlung der GERD [6]. Die gute Selektion der Patienten, die eine Funktionsdiagnostik präoperativ obligat vorsieht, entscheidet maßgeblich über das Outcome der Patienten nach einem operativem Eingriff.

Die eosinophile Ösophagitis (EoE) als zweithäufigste Speiseröhrenerkrankung erhält ein eigenes Kapitel, in dem alle relevanten Aspekte des Krankheitsbildes systematisch abgehandelt werden. Die EoE, die heute als eine chronisch immunvermittelte Erkrankung der Speiseröhre mit ösophagealer Dysfunktion und prädominanten eosinophilen Inflammation der Ösophagus-schleimhaut verstanden wird, ist eine progrediente Erkrankung, die bei verzögerter Diagnostik und Behandlung durch einen zunehmenden strikturierenden Verlauf zu vermehrten Komplikationen führen kann [7]. Aus diesem Grund ist bei entsprechenden Leitsymptomen Dysphagie und Bolusobstruktion die Abklärung im Hinblick auf eine EoE obligat, so dass eine konsequente Behandlung erfolgen kann. Der Therapiealgorithmus gibt vor dem Hintergrund der entsprechenden Evidenz eine gewisse Hierarchisierung vor, wobei zur Remissionsinduktion die Evidenz unter Berücksichtigung entsprechender Nebenwirkungen derzeit für den Einsatz topischer Steroide höher ist als für hoch dosierte PPI, während Eliminationsdiäten vorzugsweise bei pädiatrischen Patienten eine größere Rolle spielen. Obligat ist die Therapieerfolgskontrolle

mit einer Ösophagogastroduodenoskopie inkl. Biopsie nach 8 bis 12 Wochen, da die Symptomatik nicht immer mit endoskopischen Befunden und Histologie korreliert. Die Langzeitbehandlung im Sinne der Remissionserhaltung erfolgt mit der Therapie, mit der die Remission erreicht wurde. Jedoch sind die Selektionskriterien, welche Patienten einer langfristigen Therapie bedürfen, noch nicht abschließend definiert. Unumstritten ist die Notwendigkeit einer Rezidivprophylaxe mit topischen Steroiden bei strikturierendem Phänotyp. Auch sieht der Management-Algorithmus vor, dass Patienten mit EoE alle 1–2 Jahre klinisch, gastrokopisch und histologisch untersucht werden sollten.

Da sowohl die GERD als auch die EoE auch Patienten im Kindes- und Jugendalter betreffen, haben die beteiligten Pädiater sicher gestellt, dass für diese Altersgruppe immer dann spezifische Empfehlungen gegeben werden, wenn sich Abweichungen zu den Therapiemaßnahmen bei Erwachsenen ergeben. Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Datenlage für pädiatrische Patienten oft weniger fundiert ist als für Erwachsene.

Da es sich bei der EoE um eine noch „junge“ Erkrankung mit hoher Forschungsaktivität handelt, müssen zukünftige Studienergebnisse stets zusätzlich zu den Empfehlungen in der überarbeiteten Fassung der Leitlinie beachtet werden.

Interessenkonflikt

Die Übersicht über die Interessenkonflikte der Autorinnen und Autoren sind im Leitlinienreport veröffentlicht.

Literatur

- [1] Richter JE, Rubenstein JH. Presentation and epidemiology of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2018; 154: 267–276
- [2] Koop H, Fuchs KH, Labenz J et al. S2k-Leitlinie: Gastroösophageale Refluxkrankheit unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS). *Z Gastroenterol* 2014; 52: 1299–1346
- [3] Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P et al. The Montreal Definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence-based consensus. *The American Journal of Gastroenterology* 2006; 101: 1900–1920
- [4] Gyawali CP, Kahrilas PJ, Savarino E et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut* 2018; 67: 1351–1362
- [5] Mehta RS, Staller K, Chan AT. Review of gastroesophageal reflux disease. *JAMA* 2021; 325: 1472
- [6] Csendes A, Orellana O, Cuneo N et al. Long-term (15-year) objective evaluation of 150 patients after laparoscopic Nissen fundoplication. *Surgery* 2019; 166: 886–894
- [7] Miehke S, von Arnim U, Schlag C et al. Treatment of eosinophilic esophagitis – advancements and perspectives. *Z Gastroenterol* 2021; 59: 869–878

Versionsnummer:	4.1
Erstveröffentlichung:	2005
Überarbeitung von:	07/2022
Nächste Überprüfung geplant:	07/2027

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online