

Hiatushernien und gastro- ösophageale Refluxkrankheit: Diagnostik und Therapieoptionen

Prof. Dr. med. Christoph A. Maurer
Chirurgie FMH, spez. Viszeralchirurgie
EBSQ Hepato-Pancreato-Biliary Surgery



**Fortbildungsveranstaltung
für niedergelassene Ärzte
PKO, 5. November 2015**

Chirurgie bei GERD

Hiatale (Patho-)Physiologie

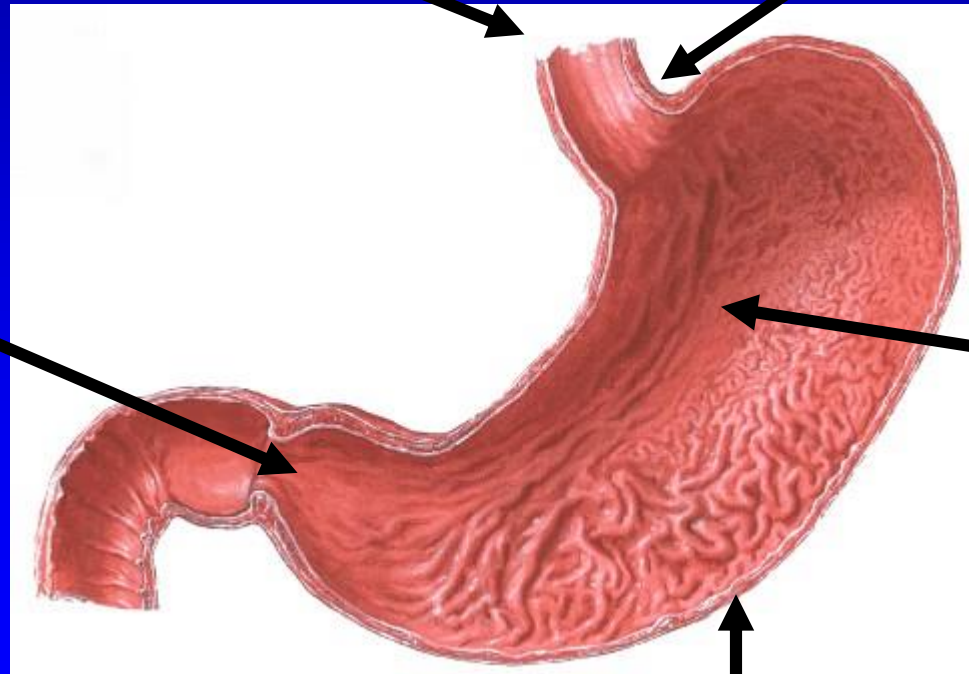


Hiatushernien und GERD

Ursachen für Reflux

Verminderte Oesophagus-Clearance
(Motilitätsstörung)

Defekter unterer
Oes.- Sphinkter
Hiatushernie



Gesteigerte
Säuresekretion

Übergewicht/Intraabdominaldruck

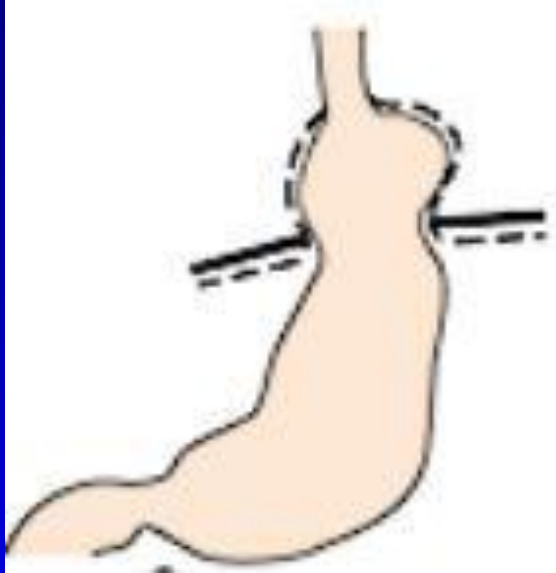
Gestörte
Magenmotilität
(mechanisch,
funktionell)

Hiatushernien und GERD

Hiatushernien Typ I – IV: Symptome

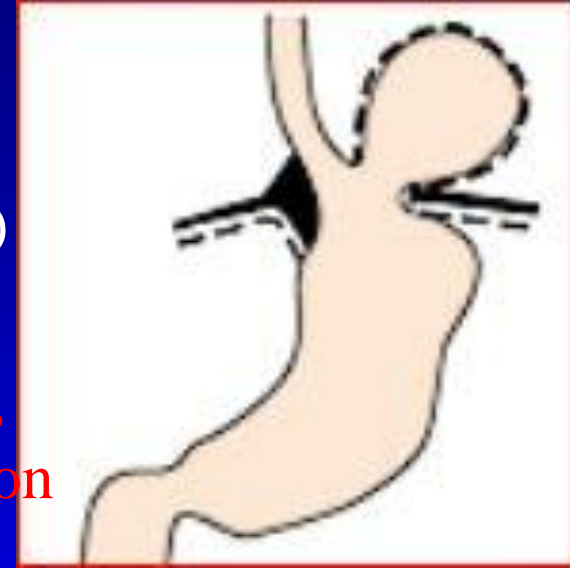
Axiale
HH
(Typ I)

Reflux,
Oes.-itis,
Barrett

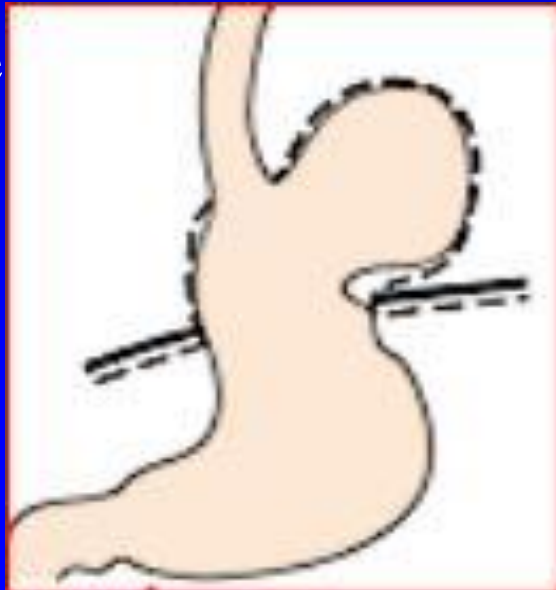


Paraösophageale
HH (Typ II)

Anämie,
Dysphagie,
Incarceration

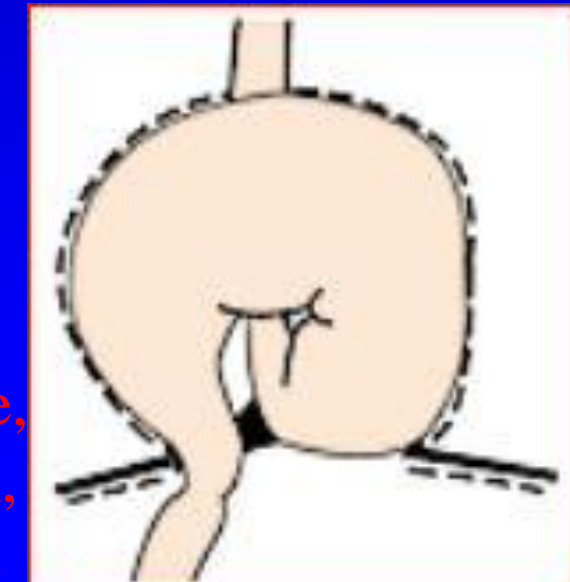


Gemischte
HH
(Typ III)



Upside-
Down-
Stomach
(Typ IV)

Dysphagie,
Erbrechen,
Roemheld



Hiatushernien und GERD

Operationsindikation und Operationstyp

Axiale Hiatushernie (Typ I)

OP nur bei Versagen der kons. Therapie:

Cruroraphie + Fundoplicatio

Hiatushernien Typ II- IV

OP grundsätzlich:

Magenresposition, Bruchsackresektion,

Cruroraphie, hiatale Netzverstärkung

und Gastropexie

(selten zusätzlich Fundoplicatio)

Hiatushernien und GERD

Refluxsymptome

Epigastrische Schmerzen

Sodbrennen

Säurereflux bis in Mund

Übelkeit

Chron. Husten/ nächtl. Husten

Heiserkeit

Asthma

Karieszunahme

Hiatushernien und GERD

Notwendige Abklärungen

- 1. Oesophagogastroskopie:** Refluxoesophagitis, Metaplasie, Dysplasie
- 2. 24-Impedanz-pH-Metrie:** Quantifizierung des Refluxes
- 3. Oesophagusmanometrie:** UÖS-Druck, Oes.-Motilität
- 4. KM-Schluck:** Topographie des Oesophago-gastralen Übergangs, Magenentleerung, (Refluxdokumentation, Oesphagus-Motilität)

Hiatushernien und GERD

Refluxsymptome und Oesophagitisausmass

Keine Korrelation!!!

Refluxerkrankung mit Oesophagitis (GERD)

Refluxerkrankung ohne Oesophagitis (NERD)

Refluxoesophagitis ohne Symptome

Hiatushernien und GERD

Konservative Reflux-Therapie

Bettende kopfseitig hochstellen

Üppige Mahlzeiten meiden

Letzte Mahlzeit ≥ 3 h vor dem Schlafen/Liegen

Saure Nahrungsmittel/Getränke meiden

Fettige und scharfe Speisen meiden

Nikotin- und Coffeinkonsum sistieren

Alkoholkonsum reduzieren

Gewichtsreduktion

Medikamente

Hiatushernien und GERD

Medikamentöse Therapie des Refluxes

PPI (Pantoprazol, Omeprazol): Start 20 – 40mg

Beginn vor dem Essen

PPI Steigerung: bis 2 x 40mg

Kombination div. PPI: z.B. Pantoprazol 20 – 40mg morgen
plus Dexlansoprazol (Dexilant) 30 – 60mg abends

Evtl. zusätzlich Gaviscon (Ca-Alginat): 5 – 10ml ca. 22.00h

Hiatushernien und GERD

Nebenwirkungen der PPI

Esomeprazol: Cave Interaktion mit Tc-Aggregationshemmer
spez. cardio-vasc. Stent-Patienten

Lansoprazol: mikroskopische Colitis
Bakterielle Fehlbesiedlung des Darmes
Clostridium difficile Infektion

Osteoporose/erhöhtes Frakturrisiko bei
postmenopausalen Frauen mit Nikotinkonsum

Vit.- B12- und Mg-Mangel

Hiatushernien und GERD

Reflux: Wer qualifiziert für Chirurgie ?

- „High volume“ - Reflux
- Medikamentenunverträglichkeit/-überdrüssigkeit (Compliance)
- „Asthma-Beschwerden“, nächtliche Aspirationen,
- Patientenwunsch
- Barrett-Oesophagus in jüngeren Patienten (CA-Prophylaxe)

Hiatushernien und GERD

Ergebnisse der laparoskopischen Fundoplicatio

Wenig Schmerzen und kurzer Spitalaufenthalt
Weniger Komplikationen

Morbidität **6 - 12%**

Letalität **< 0.2%**

Versagen **5% - 15%**

(technische Fehler und / oder falsche Indikation)

Symptome bei Versagen

Reflux **61%**

Dysphagie **24%**

beides **6%**

sonstige **9%**

Catarci M, Ann Surg 2004; 239: 325

EAES, Surg Endosc 2014; 28: 1753-73

Hiatushernien und GERD

Zusammenfassung

Hiatushernientyp: entscheidend für Symptome und Therapie

Typ I und GERD: primär konservativ/medikamentös

OP bei Therapieversagen (Fundoplicatio)

Typ II – IV: operativ (meist ohne Fundoplicatio)