

Reflux im COVID-19-Zeitalter



Die COVID-19-Pandemie hat Auswirkungen auf die Versorgung von Patienten mit Refluxbeschwerden. Dies betrifft sowohl die haus- als auch die fachärztliche Versorgung – insbesondere, wenn persönlicher Kontakt erforderlich ist.

Seit Beginn der COVID-19-bedingten Schutzmaßnahmen scheinen viele Menschen Arztbesuche zu vermeiden. Kardiologen und Onkologen verzeichnen einen Terminrückgang von 30–50 %, die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen von 50 %. Mit den aktuellen Lockerungen ist zwar eine Entspannung erkennbar, dennoch ist die Versorgungssituation geändert. Video- und Telefonsprechstunden sind eine zentrale Maßnahme für Anamnese und Beratung, Schutzmaßnahmen bei aerosolbildenden diagnostischen Maßnahmen (Endoskopie, pH-Metrie, Manometrie) für die fachärztliche Seite. Insbesondere bei selbst-vermuteten oder selbst-diagnostizierten,

nicht schwerwiegenden Erkrankungen wie Refluxbeschwerden stellen Patienten Arztbesuche zurück. Unter Berücksichtigung der Schutzmaßnahmen wie Kontaktbeschränkungen sollten daher die Praxisabläufe angepasst werden, um Reflux nicht unbehandelt und ernsthafte Komplikationen nicht undiagnostiziert zu lassen. Dabei gilt weiterhin: Spätestens bei Auftreten von Alarmzeichen sollte eine Überweisung erfolgen (siehe Infobox). Die folgende Auflistung hilft Ihnen bei der Entscheidung, welche Maßnahmen bei Refluxbeschwerden hilfreich sind und wann eine Überweisung an einen Spezialisten erfolgen sollte – auch unabhängig von der COVID-19-Situation.

1. Milder Reflux:

Klassische Refluxsymptome weniger als dreimal pro Woche

Konservative Maßnahmen:

- Gewichtsreduktion bei erhöhtem BMI, Refluxdiät, keine Nahrungsaufnahme 3–4 Stunden vor dem Schlafengehen

Medikamentöse Maßnahmen:

- Alginat/Antazidum nach Bedarf
- ggf. diagnostischer Therapieversuch mit PPI in Standarddosis über 2 Wochen

Überweisung an Spezialisten:

- Bei Alarmzeichen (siehe Infobox)
- Bei Nichtansprechen nach 2 Wochen PPI

2. Schwerer Reflux:

Klassische Refluxsymptome fast täglich

Konservative Maßnahmen:

- Gewichtsreduktion bei erhöhtem BMI, Refluxdiät, keine Nahrungsaufnahme 3–4 Stunden vor dem Schlafengehen, Anheben des Bett-Kopfendes

Medikamentöse Maßnahmen:

- PPI über 4–8 Wochen, dann step-down
- Langzeitbehandlung bei rezidivierenden Beschwerden oder bekannter Ösophagitis > II°
- Bei Volumenregurgitationen und Symptomen trotz Säuresuppression: ergänzend regelmäßig Alginat/Antazidum prophylaktisch nach Mahlzeiten und vor dem Schlafengehen
- Regelmäßige Symptomkontrolle mit Medikationsanpassung
- Endoskopische Nachkontrolle zur Bestätigung der Heilung einer höhergradigen Ösophagitis

Überweisung an Spezialisten:

- Falls noch keine Endoskopie erhalten (Indexendoskopie, auch mit Frage nach Barrett-Ösophagus)
- Bei Alarmzeichen
- Bei Nichtansprechen nach 2 Wochen hochdosiert PPI
- Bei geplanter Langzeitbehandlung mit PPI

3. Symptomatische Hiatushernie:

Schwere Refluxprobleme, rezidivierende Volumenregurgitation, nächtliche Beschwerden, Ess-Schwierigkeiten

Medikamentöse Maßnahmen:

- Diagnostischer Therapieversuch mit hochdosiert PPI über 2 Wochen
- Nach Bedarf ergänzend intermittierend oder regelmäßig Alginat/Antazida

Überweisung an Spezialisten:

- Falls bisher keine Endoskopie erhalten (Indexendoskopie, auch mit Frage nach Barrett-Ösophagus)
- Bei Alarmzeichen
- Bei großer, symptomatischer Hiatushernie (> 5 cm) wird auch OP in Erwägung gezogen

4. Laryngopharyngealer Reflux:

Refluxbeschwerden in Kombination mit extraösophagealen Symptomen (z. B. Husten, Heiserkeit, Globus – können auch ohne typische Refluxbeschwerden auftreten)

Konservative Maßnahmen:

- Wie bei Refluxbeschwerden, sobald Refluxgenese durch PPI-Test oder diagnostische Maßnahmen gesichert ist

Medikamentöse Maßnahmen:

- Diagnostischer Therapieversuch mit PPI in doppelter Standarddosis über 4–8 Wochen
- Alginat/Antazidum nach Bedarf oder regelmäßig nach Mahlzeiten (unterdrücken proximalen Reflux und bilden Schutzschicht über pharyngealer Schleimhaut)

Überweisung an Spezialisten:

- Bei persistierenden Refluxbeschwerden/unzureichender Symptomkontrolle
- Bei Verdacht auf laryngopharyngealen Reflux ohne klassische Refluxsymptome

Alarmzeichen bei Reflux-Anamnese

- Hinweise auf gastrointestinale Blutung
- Anämie
- Dysphagie
- Gewichtsverlust
- Rezidivierendes Erbrechen
- Erstmaliges Auftreten von Reflux oder dyspeptischen Symptomen bei über 45-Jährigen

5. Hypersensitiver Ösophagus (HÖ) und funktionelle Refluxbeschwerden (FR):

Refluxbeschwerden (klassisch oder atypisch), Endoskopie unauffällig, Funktionsdiagnostik HÖ: normwertige Anzahl von Refluxereignissen, hohe Symptom-Reflux-Korrelation, Funktionsdiagnostik FR unauffällig

Maßnahmen:

- Diagnostischer Therapieversuch mit PPI über 2 Wochen
- Alternativ bei fehlenden Alarmzeichen Alginat/Antazida

Überweisung an Spezialisten:

- Bei unklarer Diagnose
- Bei persistierenden, therapierefraktären Beschwerden
- Medikamentöse Therapie bei FR oft nicht erfolgreich, daher psychosomatische Abklärung erwägen



Prof. Dr. Martin Storr – Starnberg