

# DIE MINIMAL-INVASIVE OPERATIVE THERAPIE VON CHRONISCHEM SODBRENNEN (REFLUXKRANKHEIT)

## Die Refluxkrankheit - Allgemeines:

Reflux = Rückfluss (von Mageninhalt (Säure) in die Speiseröhre). Sodbrennen ist in der Bevölkerung weit verbreitet. Bei etwa 10-20% der Bevölkerung der westlichen Industrienationen treten wöchentlich mehrmals Symptome der Refluxkrankheit auf. Vielen Patienten bereitet dies zum Teil jahrzehntelang Beschwerden. Die Betroffenen verspüren häufig Sodbrennen, das nach größeren Mahlzeiten auftritt und sich im Liegen verstärkt. Auch unangenehmes Druckgefühl hinter dem Brustbein, Schmerzen im Oberbauch sowie wiederholtes Erbrechen und Schluckauf sind häufig beschriebene Beschwerden. Eine Entzündung der Speiseröhre infolge der Refluxkrankheit (Refluxösophagitis) liegt jedoch nur bei ca. 40% der von Refluxsymptomen Betroffenen vor.

Die Zahl der Betroffenen hat sich in den letzten 40 Jahren etwa verzehnfacht mit Verschiebung der Dominanz des männlichen Geschlechts von früher 80:20 auf heute 50:50, das heißt, die Frauen haben deutlich aufgeholt.

Die Ursache für die Zunahme der Refluxkrankheit ist nicht geklärt. Diskutiert werden zivilisatorische Umweltfaktoren wie Stress, Reizüberflutung und möglicherweise Änderung der Ernährungsgewohnheiten.

Die Entzündung der Speiseröhre stellt ein Risiko für Speiseröhrenkrebs dar und sollte deshalb konsequent behandelt werden.

Oft lassen sich die Symptome sowie eine Entzündung der unteren Speiseröhre durch „Säureblocker“ (Protonenpumpeninhibitoren) erfolgreich behandeln. Gelingt dies auf konservativem Wege durch Medikamente nicht, sollte eine operative Versorgung angestrebt werden.

3 organische Ursachen können der Erkrankung zugrunde liegen:

- zu hohe Magensäureproduktion
- Beeinträchtigung der Peristaltik der Speiseröhre
- Funktionseinschränkung des unteren Schließmuskels der Speiseröhre am Durchtritt durch das Zwerchfell (z.B. durch einen Zwerchfellbruch, bei dem ein Teil des Magens - oder im Extremfall sogar der gesamte Magen - durch die in diesem Falle zu weite Speiseröhrenöffnung im Zwerchfell hindurch in den Brustkorb verlagert wird) (Abb. 2)

## Operative Versorgung:

Ein in unserer Klinik häufig durchgeführter Eingriff ist die sogenannte Fundoplicatio (Magenmanschettenoperation) bzw. Hiatoraphie & Fundopexie. Wir führen diesen Eingriff laparoskopisch (minimal-invasiv in „Schlüsselloch-Technik“) mittels 4 bis 5 kleiner Hautschnitte ( $\leq 1\text{ cm}$ ) im Oberbauchbereich durch.

Grundprinzip hierbei ist die Wiederherstellung eines effektiven Verschlussmechanismus der unteren Speiseröhre am Übergang zum Magen.

Hierzu wird der Teil des Magens, welcher nach oben über das Zwerchfell verlagert ist, wieder nach unten gezogen. Um ein erneutes Hinaufgleiten zu verhindern gibt es nun unterschiedliche Verfahren, die z.T. in Kombination angewendet werden:

- Zwerchfellnaht (Vernähen und damit Verengen der beiden Zwerchfellschenkel = Hiatoraphie (Abb. 7).
- Bildung einer Manschette an der Magenkuppe (Fundus). Hierbei wird dieser in Höhe des Mageneinganges hinter der Speiseröhre vorbei geschlungen und anschließend mit sich selbst vernäht. Daraus resultiert ein elastisches Ventil, das den Übergang von Säure verhindert, die Schluckfunktion aber nicht beeinträchtigt (Abb. 3).
- Eventuell Festnähen der Magenkuppe am Zwerchfell zur zusätzlichen Stabilisierung (Fundopexie).

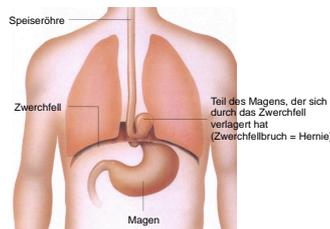


Abb. 2: Zwerchfellbruch

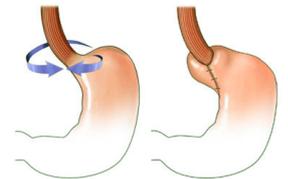


Abb. 3: Magenmanschette



Abb. 4: Blick von unten auf den Magen. Man sieht den nach oben durchs Zwerchfell hindurchgleitenden Magenanteil.

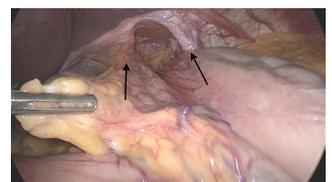


Abb. 5: Zug am Magen nach unten. Man erkennt die zu weite Öffnung zwischen den beiden Zwerchfellschenkeln.

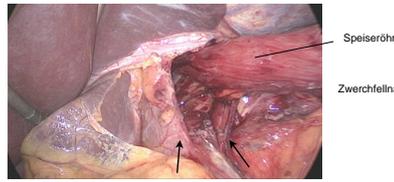


Abb. 6: Nach Freipräparation der Zwerchfellschenkel

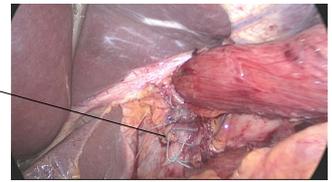


Abb. 7: Die beiden Zwerchfellschenkel wurden vernäht und die Öffnung somit verengt.



Abb. 8: Situation am Ende der OP

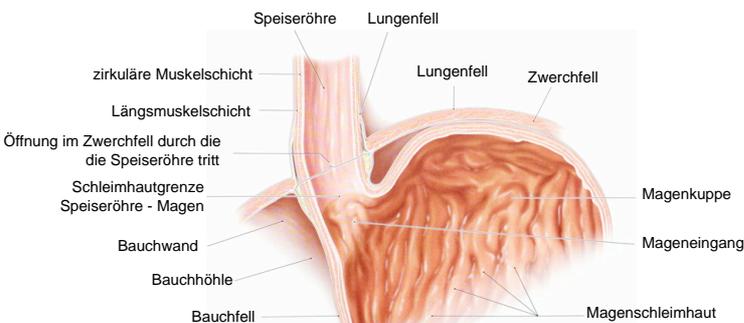


Abb. 1: Normale Anatomie  
Aus Prometheus, LernAtlas der Anatomie, Georg Thieme Verlag

Die Ergebnisse nach Operation sind sowohl aus medizinischer Sicht als auch im Hinblick auf die kosmetischen Resultate sehr erfreulich: Im Regelfall können unsere Patienten am 3. Tag nach Operation beschwerdefrei entlassen werden und brauchen keine Säureblocker mehr einzunehmen. Die Refluxbeschwerden verschwinden meist schon am ersten Tag nach Operation. Ein erneutes Auftreten der Erkrankung ist selten (weniger als 8%). Nach der Operation muss der Schluckakt neu „antrainiert“ werden. Dies gelingt meist innerhalb weniger Stunden, in manchen Fällen braucht dies einige Tage. Grundsätzlich ist in der unmittelbaren Phase nach OP langsames Essen und Trinken angezeigt. Bereits nach 3 Wochen ist die volle körperliche Belastung wieder möglich.