



GASTROÖSOPHAGEALE REFLUXKRANKHEIT - LEITLINIE 2023 UND PPI-THERAPIE

Prof. Dr. med. Joachim Labenz
Medizinisches Zentrum Siegerlandflughafen, Burbach

MÖGLICHE INTERESSENKONFLIKTE

Honorare (Vorträge, Beratungen, Publikationen):

Aboca, AlphaSigma, Bayer, Cara Care, Cinclus, EndoStim, Fachingen, Falk, Implantica, Luvos, Reckitt Benckiser, Schwabe

Forschungsunterstützung:

Reckitt Benckiser, Sofar

GASTROÖSOPHAGEALE REFLUXKRANKHEIT - LEITLINIE 2023 UND PPI-THERAPIE



= klicken Sie auf dieses Symbol, um weitere Informationen zu erhalten



= klicken Sie auf dieses Symbol, um zur Übersicht der Erkrankungen zu gelangen

GASTROÖSOPHAGEALE REFLUXKRANKHEIT (GERD)

AKTUELLE LEITLINIE

Inhalte und Empfehlungen aus dieser eCME basieren auf der aktuellen Leitlinie:

Leitlinie



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

März 2023 – AWMF-Registernummer: 021 – 013

Autorinnen/Autoren
Ahmed Madisch^{1,2}, Herbert Koop³, Stephan Miehleke^{4,5}, Jessica Leers^{6,7}, Pia Lorenz⁸, Petra Lynen Jansen⁸, Oliver Pech⁹, Dieter Schilling¹⁰, Joachim Labenz¹¹

Collaborators:
Hans-Dieter Allescher, Hendrik Bläker, Karel Caca, Thomas Frieling, Frank A. Granderath, André Hörning, Stuart Hosie, Rupert Langer, Helmut Messmann, Gudrun Möller, Christian Pehl, Christoph Schlag, Anjona Schmidt-Choudhury, Ulrike von Arnim, Tobias Wenzl

► **Tab. 3** Schema zur Graduierung von Empfehlungen.

Beschreibung	Syntax
starke Empfehlung	soll
Empfehlung	sollte
Empfehlung offen	kann

soll nicht
sollte nicht

► **Tab. 4** Einteilung der Konsensstärke.

Konsens	% Zustimmung
starker Konsens	≥ 95
Konsens	≥ 75–95
mehrheitliche Zustimmung	≥ 50–75
keine mehrheitliche Zustimmung	< 50

LERNZIELE „REFLUXBESCHWERDEN UND REFLUXKRANKHEIT“



Differenzierung Refluxbeschwerden /
Refluxkrankheit



Management Refluxbeschwerden /
GERD



Pathophysiologie und Phänotypen



PPI-refraktäre Refluxbeschwerden –
und dann?



Aussagekraft diagnostischer
Verfahren für die GERD



Deeskalation von PPI

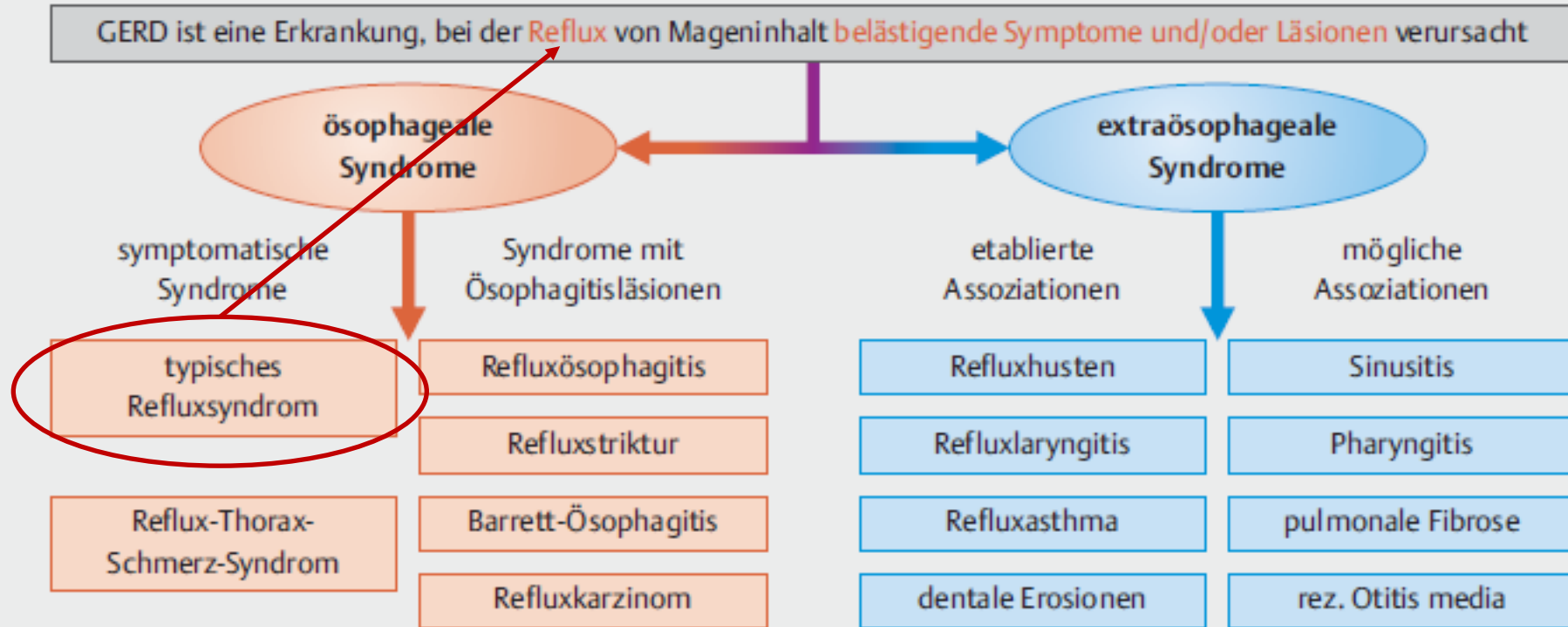


KAPITEL 1

GASTROÖSOPHAGEALE REFLUXKRANKHEIT (GERD)

MONTREAL-Definition | Epidemiologie und Risikofaktoren | Differenzierung Refluxbeschwerden / Refluxkrankheit | Pathophysiologie und Phänotypen GERD | Diagnostik der GERD

GERD: MONTREAL-DEFINITION



EPIDEMIOLOGIE UND RISIKOFAKTOREN GERD

- Die Prävalenz der GERD stieg in den letzten Jahren an
- Die Prävalenz der GERD ist in den Ländern mit hohem Lebensstandard mit ca. 15 - 25 % höher als in den ärmeren Ländern mit ca. 10 %
- Etablierte Risikofaktoren für die Entstehung der GERD:
 - Erhöhter Body Mass Index,
 - Nikotinabusus
 - Genetische Disposition
 - Hiatushernie
- Die Infektion mit *Helicobacter pylori* scheint das Risiko zu reduzieren

REFLUXBESCHWERDEN $\neq$ GERD

Empfehlung: Es **solte** zwischen der Therapie von Refluxbeschwerden (ohne gesicherte GERD) und der einer gesicherter GERD unterschieden werden.

- Nicht jeder mit GERD hat „typische Refluxsymptome“ und nicht jeder mit „Refluxsymptomen“ hat eine GERD
 - Sensitivität: 30 % - 76 %
 - Spezifität: 62 % - 96 %
- Zwischen Symptomen und Läsionen des Ösophagus besteht keine Korrelation!

Refluxbeschwerden = Viszerale Symptome

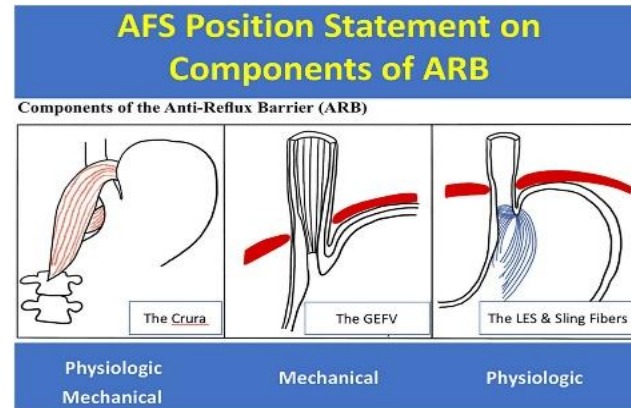
Viszerale Symptome

- nicht spezifisch für Trigger (z.B. Reflux)
- nicht spezifisch für Organe
- nicht spezifisch für Lokalisation

GERD IST EINE KOMPLIZIERTE KRANKHEIT

PATHOPHYSIOLOGIE UND PHÄNOTYPEN

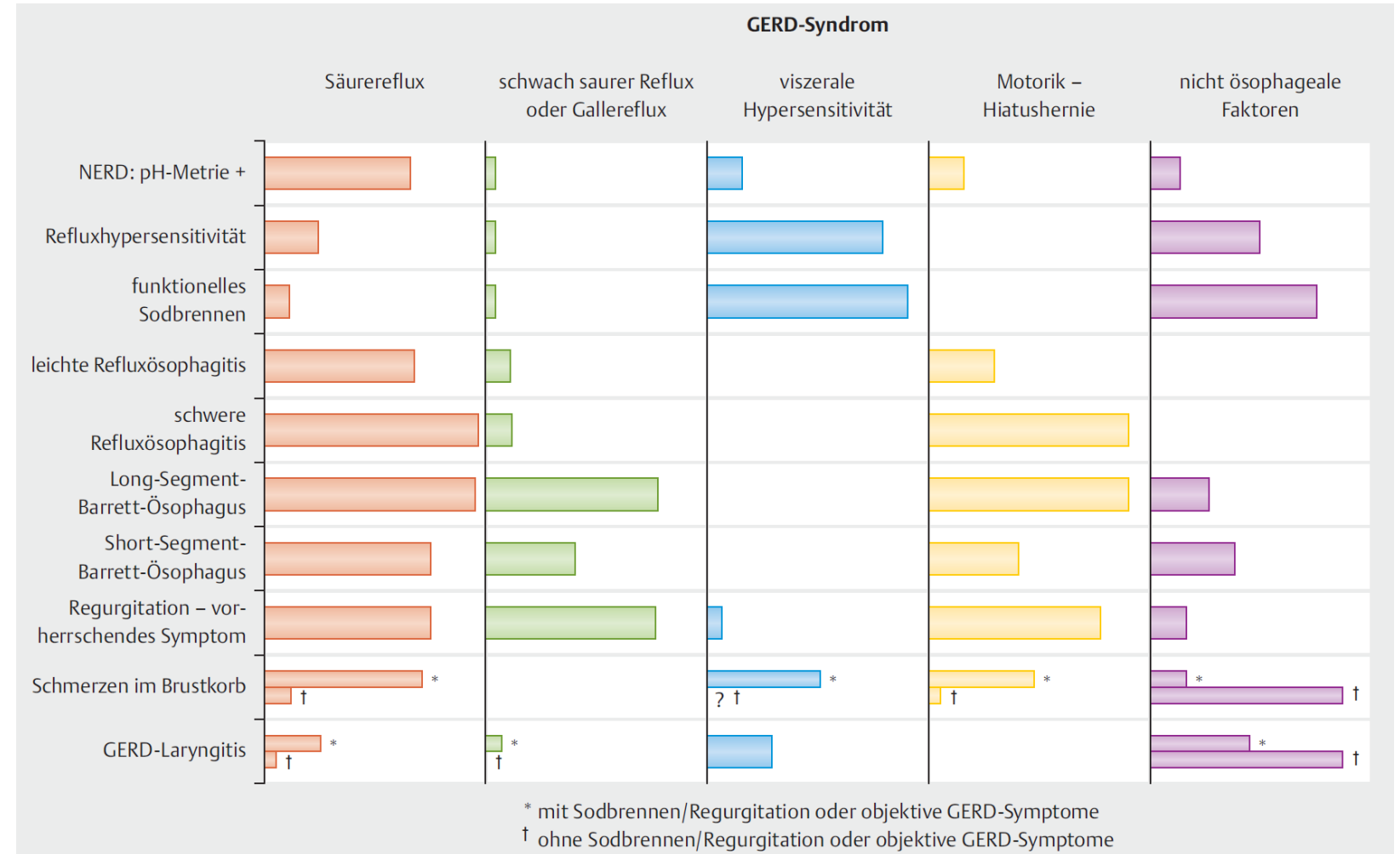
Antirefluxbarriere



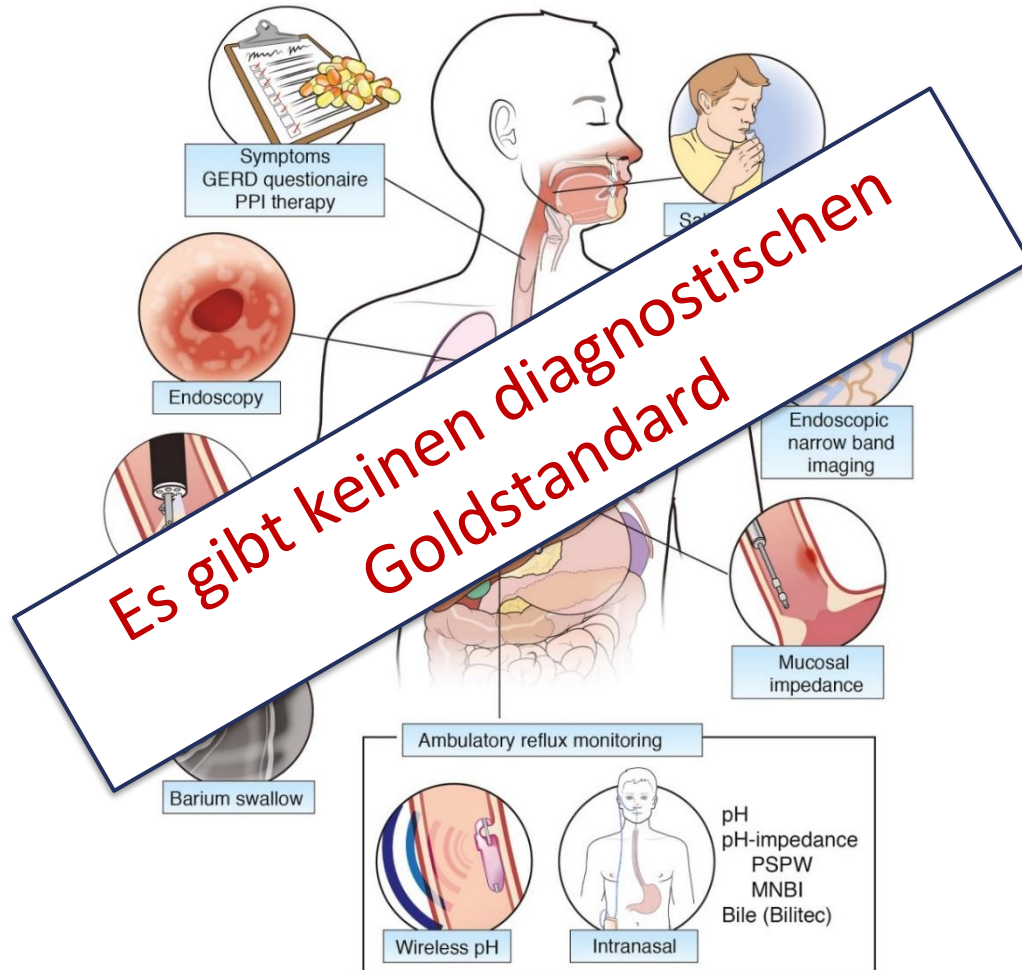
Säure / Galle (im Ösophagus)

Inflammation

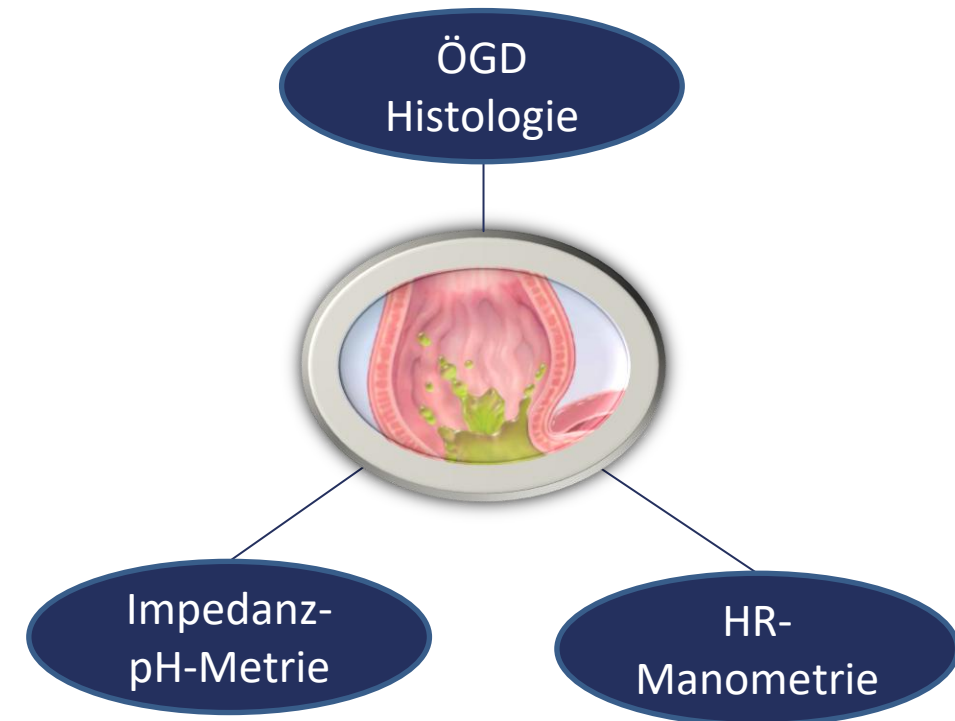
Gut-Brain-Interaktion



DIAGNOSTIK DER GERD - METHODEN



Der neue Goldstandard



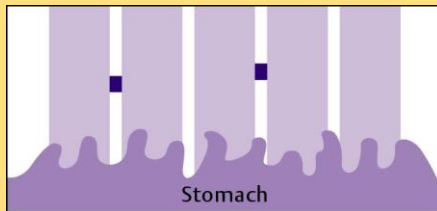
ÖGD: Ösophago-Gastro-Duodenoskopie; HR: hochauflösend

ÖSOPHAGO-GASTRO-DUODENOSKOPIE

REFLUXÖSOPHAGITIS: LOS ANGELES KLASSIFIKATION „SOLL“

Empfehlung: Die Endoskopische Klassifikation der Refluxösophagitis **soll** gemäß der Los Angeles Klassifikation erfolgen. *[starke Empfehlung, starker Konsens]*

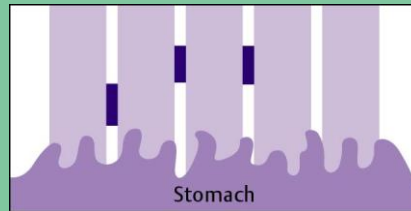
Grad A



≥ 1 Läsion* von ≤ 5 mm
Länge auf Längsfalten
begrenzt

GERD möglich

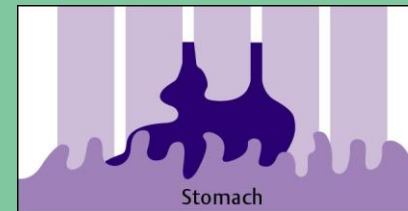
Grad B



≥ 1 Läsion* von > 5 mm
Länge auf Längsfalten
begrenzt

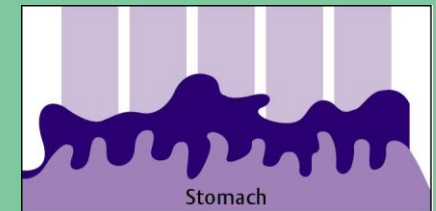
NEU: LA Grad B: seit
Herbst 2023 (Lyon 2.0):
GERD sicher

Grad C



≥ 1 Läsion* die sich
circumferentiell
zwischen mindestens
2 Falten ausbreitet,
aber < 75 % der
Circumferenz
einnimmt

Grad D



≥ 1 Läsion* die sich
circumferentiell
ausbreiten, und ≥ 75 %
der Circumferenz
einnimmt

GERD sicher

GERD - EINE SCHWIERIGE DIAGNOSE

LYON-KONSENSUS 2.0



	GERD gesichert (ohne Therapie)			GERD gesichert (mit Therapie)
	Endoskopie	pH-Metrie ± Impedanz	HRM	Endoskopie Impedanz-pH
Schlüssige Evidenz für pathologischen Reflux	Ösophagitis LA B,C&D Langsegment Barrett Peptische Striktur	Säureexposition > 6 % BRAVO: 2 Tage ≥ 6 %		Ösophagitis LA B-D Peptische Striktur AET > 4 % Refluxepisoden > 80
Grenzwerte oder nicht schlüssige Evidenz	Ösophagitis LA A	Säureexposition 4 - 6 % BRAVO: 2 Tage ≥ 4 - 6 % Refluxepisoden: 40 - 80		LA Grad A Säureexposition 1 - 4 % Refluxepisoden: 40 - 80 MNBI 1.500 - 2.500 Ω
Zusätzliche oder unterstützende Evidenz	Hiatushernie Histologie Elektronenmikroskopie	Reflux-Symptom-Assoziation Refluxepisoden: > 80 MNBI < 1.500 Ω	Hypotensiver UÖS Hiatushernie Ösophageale Hypomotilität	Hiatushernie MNBI < 1.500 Ω
Evidenz gegen pathologischen Reflux		Säureexposition < 4 % Refluxepisoden: < 40 MNBI > 2.500 Ω		Säureexposition < 1 % Refluxepisoden: < 40 MNBI > 2.500 Ω

HRM: high resolution manometry; LA: Los Angeles Klassifikation (Schweregrade A-D); SAP: symptom association probability; MNBI: mean nocturnal baseline impedance; UÖS: Unterer Ösophagussphinkter

Gyawali et al, Gut 2023



KAPITEL 2

MANAGEMENT REFLUXBESCHWERDEN / GERD

Therapieziele | Allgemeinmaßnahmen | Medikamentöse Therapieoptionen | PPI-refraktäre Refluxbeschwerden | Endoskopische Intervention | Antireflux-Operation | Management „Stiller Reflux“ | Reflux in der Schwangerschaft

REFLUXBESCHWERDEN UND GERD: THERAPIEZIELE

NEUE LEITLINIE 2023 - PARADIGMENWECHSEL

Klassische Therapieziele:

seit 1999

GERD-Kontrolle



Symptome

Läsionen

Remission

Prävention

ab 2023

Symptomkontrolle

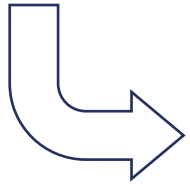
Überbewertung Los Angeles A/B

Übertherapie mit PPI

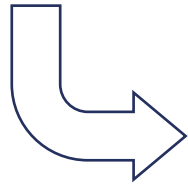
Nicht nötig (95 %) bzw. nicht möglich

REFLUXBESCHWERDEN / REFLUXKRANKHEIT - THERAPIEOPTIONEN

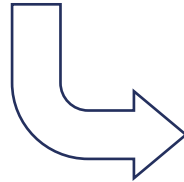
01 Allgemeinmaßnahmen



02 Medikamente



03 Endoskopische Intervention



04 Antireflux-Operation



Empfehlung: Patienten mit Refluxbeschwerden und solche mit gesicherter GERD **sollen** über den Stellenwert von Allgemeinmaßnahmen im Therapiekonzept beraten werden.

Zwerchfelltraining
(Bauchatmung)

Gewichtsreduktion
(bei Übergewicht)

Schlafposition
(Oberkörper erhöht, Linksseitenlage)

Lifestyle-Modifikation
(Ernährung, Getränke, Rauchen,
Alkohol, körperliche Bewegung)



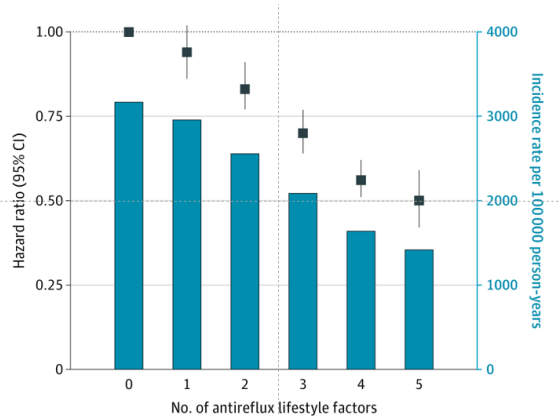
REFLUXBESCHWERDEN UND GERD - GEWICHTSABNAHME: PROSPEKTIVE POPULATIONSTUDIE

29.610 Norweger 1995-1997 und 2006-2009

	Keine Antirefluxmedikation		Antirefluxmedikation $\geq 1x/Wo$	
	Sistieren GERS, OR	Sistieren schwere GERS, OR	Sistieren GERS, OR	Sistieren schwere GERS, OR
BMI Zunahme $\geq 0,5$	0,67 (0,57-0,78)	0,72 (0,43-1,19)		
BMI Änderung $< 0,5$	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)	1,0 (Referenz)
BMI Abnahme 0,5 - 1,5	1,14 (0,92-1,40)	0,83 (0,41-1,67)	1,29 (0,75-2,19)	0,94 (0,36-2,48)
BMI Abnahme 1,5 - 3,5	1,25 (0,99-1,56)	1,13 (0,56-2,31)	1,79 (1,05-3,05)	0,91 (0,32-2,55)
BMI Abnahme $> 3,5$	1,98 (1,45-2,72)	0,90 (0,32-2,55)	3,95 (2,03-7,65)	3,11 (1,13-8,58)

GERS: Gastroösophageale Refluxsymptome

- Nurses Health Study II (ca. 43.000 Frauen – mittleres Alter 52 J)
- GERD baseline ausgeschlossen
 - In 392.000 Personenjahren FU ► 9.291 Frauen GERD-Symptome ($\geq 1x/Wo$)
 - Entscheidende *unabhängige* Lifestyle-Faktoren:

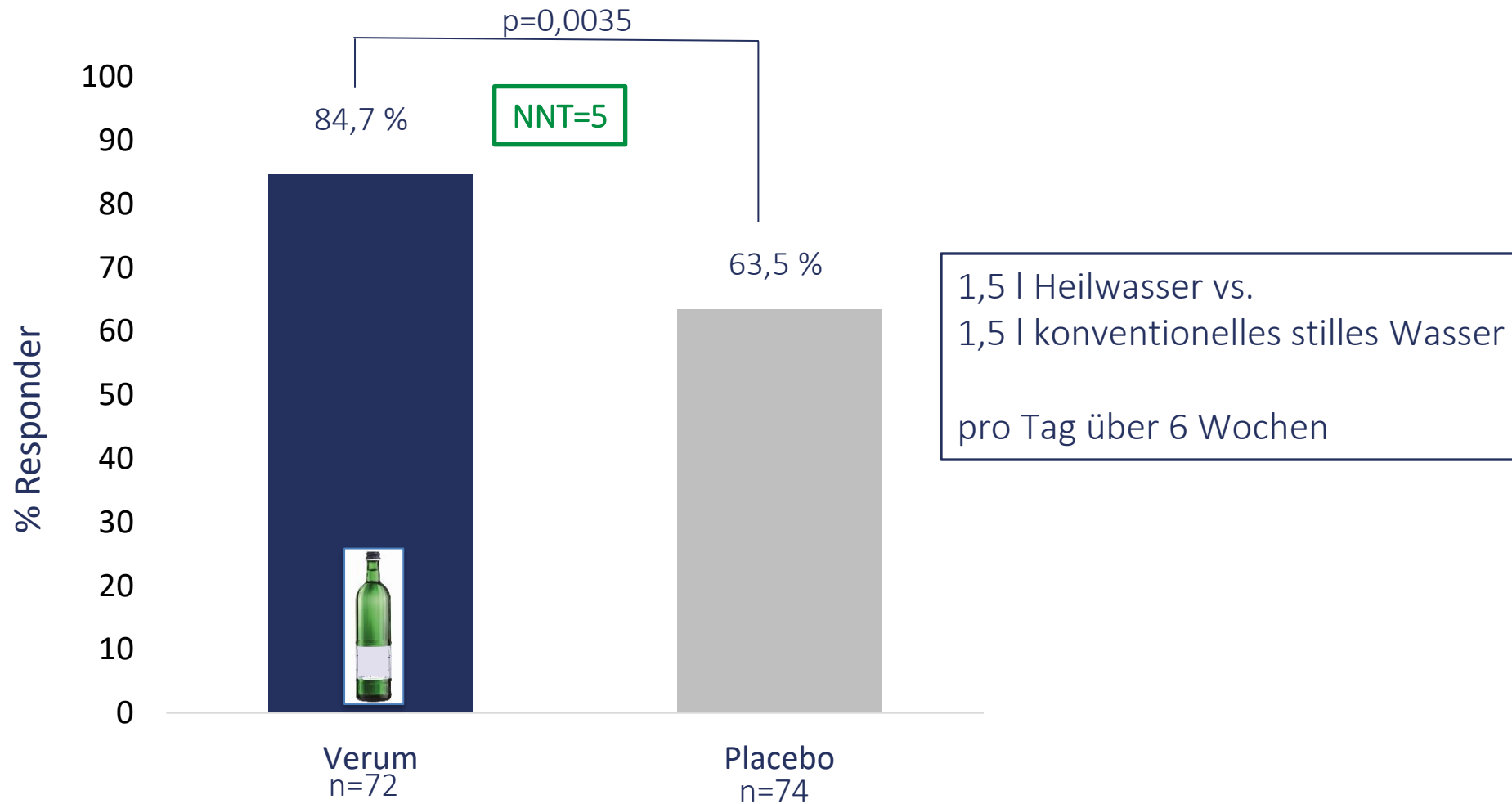


- Normalgewicht behalten
- Nichtrauchen
- Täglich mindestens 30' moderate / starke körperliche Aktivität
- Nicht mehr als 2 Tassen Kaffee, Tee oder Mineralwasser / Tag
- Gesunde Ernährung (mediterrane Kost, v.a. Obst + Gemüse)

GERD
- 37 %

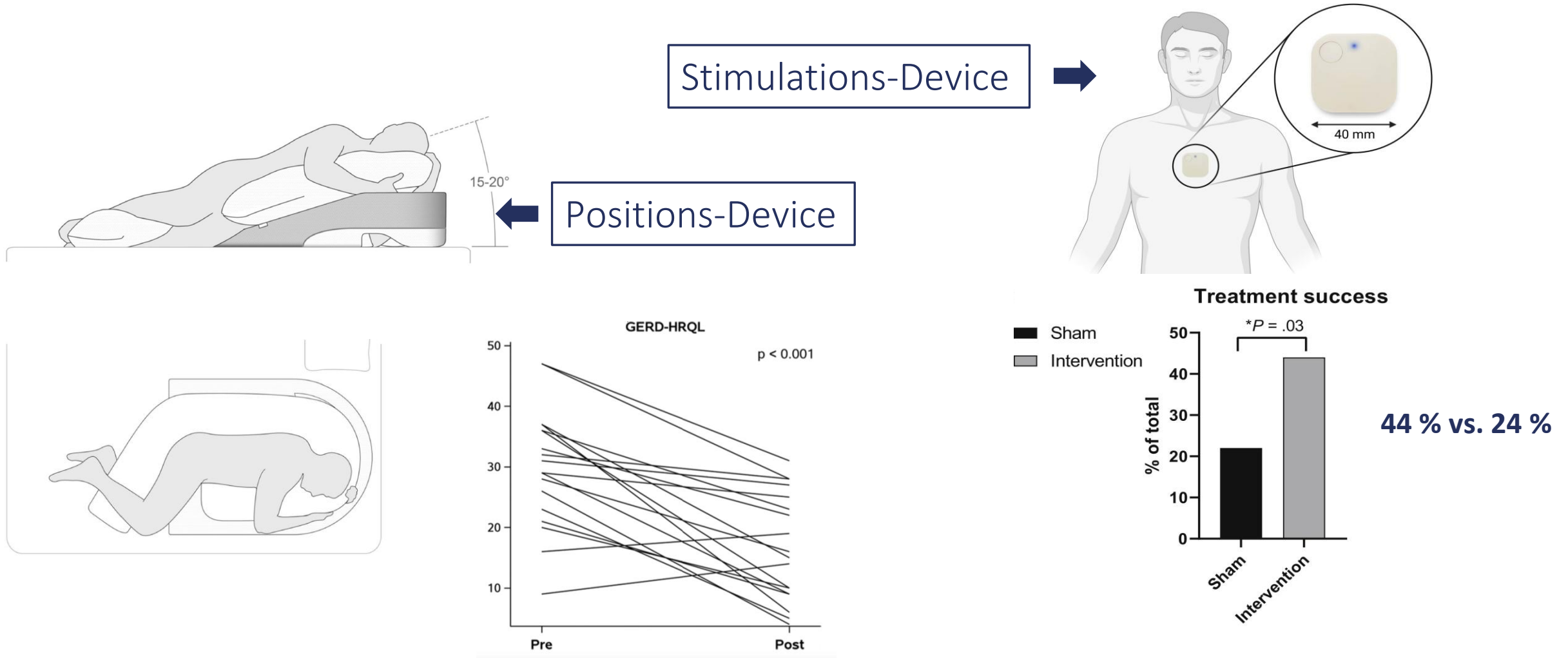
SODBRENNEN: HEILWASSER VS. KONV. MINERALWASSER

STOMACH STILL: RCT, DOPPELBLIND



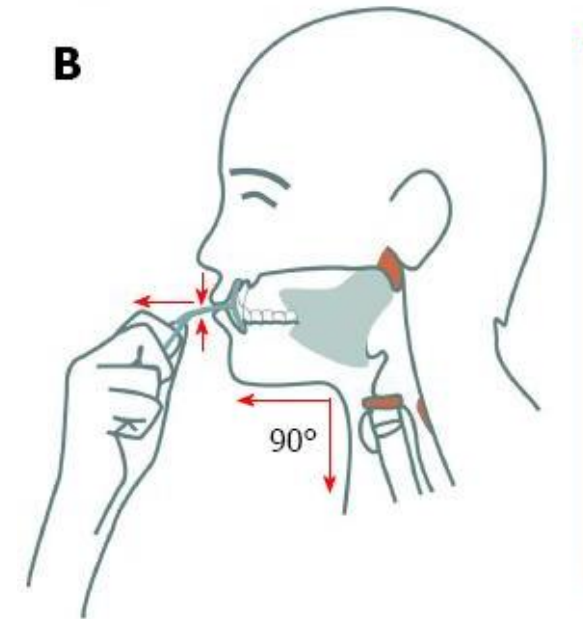
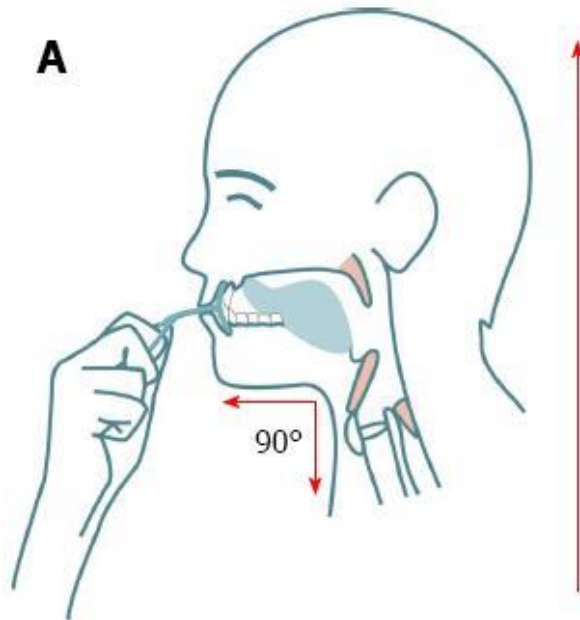
01

SCHLAFPOSITION: WIE HALTE ICH LINKSSEITENLAGE EIN?





- Orales Muskeltraining



- Säuresekreptionshemmer: PPI, H₂-Rezeptorantagonisten
- Säurebindende Substanzen: Antazida
- Mukosaprotektion: Chondroitinsulfat, Hyaluronsäure
- Multitargetprinzipien
 - Alginate: Mukosaprotektion, Elimination der Acid ± Antazidum
 - Feigenkaktusextrakt (Mukosaprotektion) + Antazidum
 - Heilerde: Schleimhautschutz + Säurebindung
 - Poliprotect: Schleimhautschutz + Säurepufferung
- Sphinktertonisierung: Baclofen (Gabapetin)
- Reduktion Schleimhautsensitivität: Neuromodulatoren (Antidepressiva)

- **Rationale**
 - Säure im Ösophagus (zu viel, zu lange) löst Symptome aus
 - Säure im Ösophagus kann zu ösophagealen Läsionen und Komplikationen führen

- **Säuretherapie**

	Direkt z.B. Antazidum	Indirekt H ₂ -Blocker	Indirekt PPI
Wirkungseintritt	sofort	verzögert	verzögert
Wirkungsdauer	Stunden	(fast) nur nachts	Tage
Tachyphylaxie	nein	Ja	Nein
W auf Symptome	+++	+ (verzögert)	+++ (verzögert)
W auf Läsionen	?	+	+++
Sicherheit	+++	++	++

- Seit Jahrzehnten bewährte topische Therapie
- Keine Sicherheitsbedenken (Anwendung in Schwangerschaft möglich)
- Wirkung:
 - Rascher Wirkungseintritt (1-4 Minuten)
 - WM: mechanische Refluxblockade + Elimination Acid Pocket + Epithelschutz
 - Wirksamkeit belegt (RCTs):
 - Wirksamer als Antazida
 - Wie OME bei Refluxbeschwerden ohne Alarmsymptome und bei NERD
 - Als Add-on bei unzureichendem PPI-Effekt

- Refluxbeschwerden ohne Risikofaktoren
- Patienten mit gesicherter NERD
- Patienten mit leichter Refluxösophagitis (Los Angeles Grad A/B)
- Schlafstörungen bei GERD
- Refluxbeschwerden in der Schwangerschaft



Voraussetzung: Gute Symptomkontrolle

Empfehlung: Bei gesicherter oder wahrscheinlicher GERD **soll** eine PPI-Therapie für mindestens 4 bis 8 Wochen durchgeführt werden. Die Dosierung des PPI soll sich nach dem Phänotyp* der GERD und dem Zulassungsstatus des ausgewählten PPI richten.

*NERD, Refluxösophagitis

NERD (keine Läsion): 4 Wochen – niedrige PPI-Standardddosis*

Refluxösophagitis: 8 Wochen – hohe PPI-Standardddosis*

*Standardddosis (niedrig/hoch):

Esomeprazol 20/40 mg, Lansoprazol 15/30 mg, Omeprazol 20/40 mg, Pantoprazol 20/40 mg, Rabeprazol 10/20 mg

Empfehlung: Bei unkomplizierter GERD (NERD, leichte Refluxösophagitis Los Angeles Grad A/B) **sollte** das langfristige medikamentöse Management an den Symptomen ausgerichtet werden. Eine Übertherapie **soll** vermieden werden.



Bei aus Patientensicht genügender Symptomkontrolle:
Non-PPI-Therapie genügend

Empfehlung: Bei komplizierter GERD (Refluxösophagitis Grad C/D, peptische Striktur) **sollte** eine PPI-Dauertherapie erfolgen.

- Schwere Ösophagitis (Los Angeles Grad C/D) 5 %
- Peptische Striktur < 1 %
- Barrett-Ösophagus mit hohem Dys-/Neoplasie-Risiko < 1 %
 - Esomeprazol 2x40 mg *plus* ASS
 - Status nach endoskopischer Therapie einer Barrett-Dysplasie bzw. -Neoplasie

Results of a Survey of 71,812 Persons in the United States

Ever had GERD symptoms

Had GERD symptoms in the
past weekPersistent GERD symptoms in
persons taking daily PPIsFactors associated
with GERD symptoms
in past week

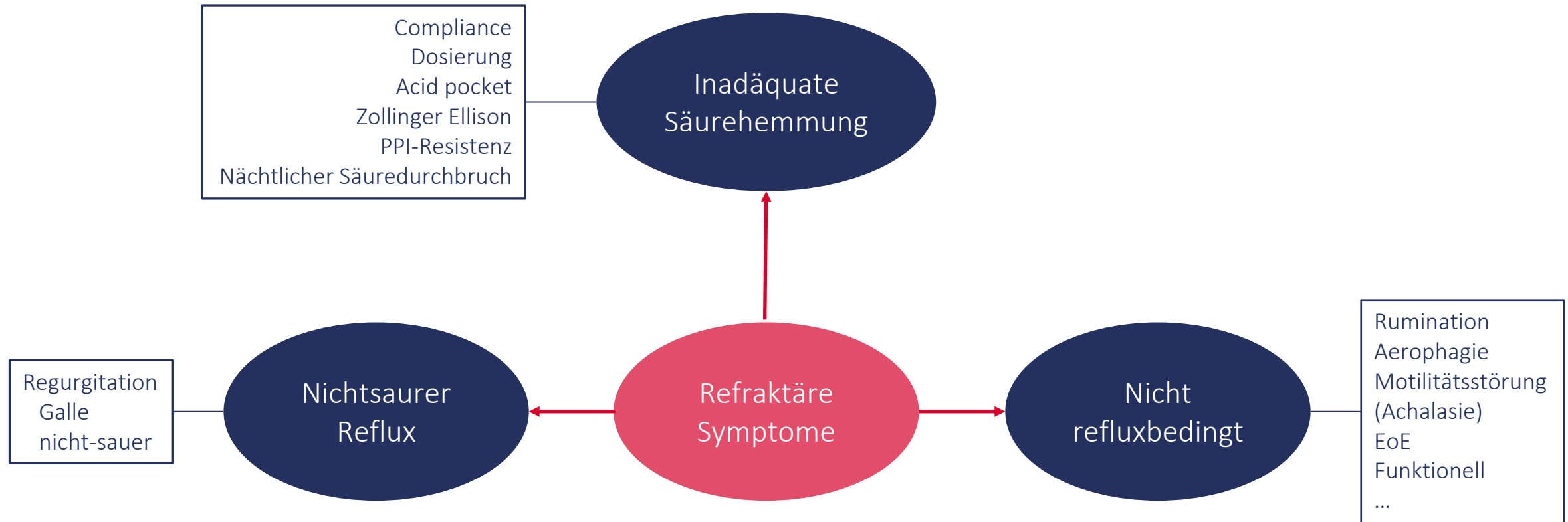
- Female sex
- Non-Hispanic white race
- Comorbidities

Factors associated
with PPI-refractory
GERD symptoms

- Female sex
- Latino race
- Younger age

333 Patienten aus 16 Hausarztpraxen mit Diagnose GERD und PPI-Dauertherapie ≥ 1 Jahr:
46 % ≥ 2 x pro Woche Symptome - 20 % unzufrieden

Kein genügendes Ansprechen auf 8 Wochen PPI 1-0-1



*hochwirksamer PPI (z.B. Esomeprazol 40 mg)

GERD Phänotypen

Erosive Ösophagitis (LA A-D)
NERD (pH-Metrie +)
Refluxhypersensitivität
Funktionelles Sodbrennen
Nichtkardialer Thoraxschmerz
Extraösophageale GERD
Komplikative GERD
(Barrett, Karzinom, Striktur)

Typisches Refluxsyndrom
Unzureichender PPI-Response

Ausschluss anderer Krankheiten

Optimierung PPI-Therapie*
8 Wochen 1-0-1

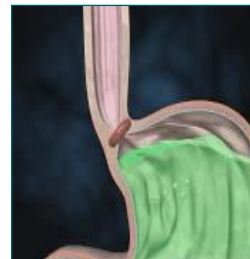
Symptom
kontrolliert

Dosisreduktion auf die niedrigst wirksame Dosis

Symptome unkontrolliert

Absetzen des PPI
2-4 Wochen

ÖGD +
Histologie

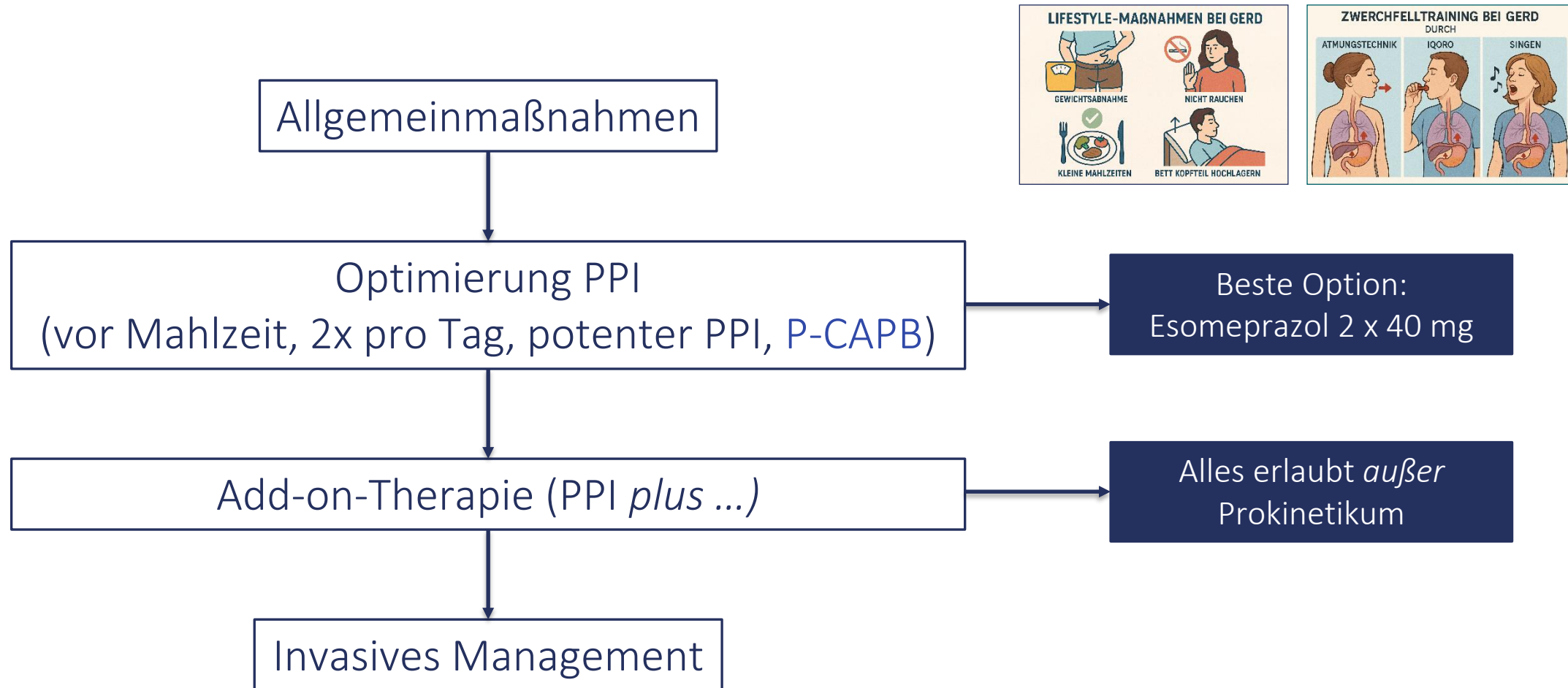


Phänotyp GERD
Differentialdiagnose

HRM

Impedanz-pH-Metrie

BRAVO pH-Metrie
(96 Stunden)



Low dose		High dose	
	OMEPRAZOL-Äquivalent		OMEPRAZOL-Äquivalent
Pantoprazol 20 mg	4-5 mg	Pantoprazol 40 mg	9 mg
Lansoprazol 15 mg	13,5 mg	Lansoprazol 30 mg	27 mg
Omeprazol 20 mg	20 mg	Omeprazol 40 mg	40 mg
Esomeprazol 20 mg	32 mg	Esomeprazol 40 mg	64 mg
Rabeprazol 20 mg	36 mg	Rabeprazol 20 mg	36 mg

Wirksamste Option: 2x40 mg Esomeprazol

P-CAB (potassium competitive acid blocker): Volle Wirkung ab der 1. Tablette, wirken stärker als PPI, werden kommen (in einigen Ländern bereits zugelassen)

- **Sinnvolle Kombinationspartner (= pathophysiologisch + kontrollierte Studie)**
 - Alginat (Acid Pocket + Schleimhautschutz)
 - Baclofen (Tonisierung unterer Ösophagussphinkter – Reduzierung Refluxepisoden)
 - Mukosaprotektion (Chondroitinsulfat – Hyaluronsäure)
 - Neuromodulation (TCA, SSRI, SNRI)
- **Theoretisch ja, aber ... noch keine (genügende) Evidenz verfügbar**
 - H₂-Blocker zur Nacht
 - Gallensäurebinder
 - Sucralfat
 - Antazida, Heilerde, Feigenkaktusextrakt
 - Pregabalin, Gabapentin
- **Nicht sinnvoll (= kontrollierte Studien haben keine Wirksamkeit gezeigt)**
 - Prokinetika (ggf. Versuch bei verzögerter Magenentleerung)



Ösophageales Problem	Substanz (Substanzklasse)	Dosis
Funktioneller Thoraxschmerz	Imipramin (TCA) Sertralin (SSRI) Venlafaxin (SNRI)	25-50 mg 50 mg-200 mg
Hypersensitiver Ösophagus	Citalopram (SSRI)	20 mg
Refraktäre GERD	Fluoxetin (SSRI)	20 mg
Globus	Amitryptilin (TCA)	25 mg

SSRI: Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

SNRI: Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer



- Eine endoskopische Therapie der GERD kommt in Ausnahmefällen in Betracht mit folgenden Voraussetzungen:
 - gesicherte GERD,
 - Patient wünscht keine medikamentöse Dauertherapie und auch keine Antireflux-Operation
 - es liegt keine relevante Hiatushernie vor.
- Verfügbare Optionen (in Deutschland):
 - Endoplikatio – Nachweis der Wirkung in scheinkontrollierter Studie¹
 - Alle anderen Verfahren sind entweder nicht wirksam, nicht verfügbar oder experimentell

1. Kalapala R, Karyampudi A, Nabi Z, et al. Gut 2022;71:686–694

Voraussetzungen

- Nachgewiesene GERD (gemäß Lyon Konsensus)
- Reflux ist (sehr wahrscheinlich) die Ursache des Problems
- Chronische Krankheit mit Notwendigkeit PPI-Dauertherapie ($\geq 6-12$ Mo)
- Ausschluss Kontraindikationen (allgemein und ösophageal)
- Vorhandensein einer Hiatushernie (kontrovers)



Gute Kandidaten für Operation

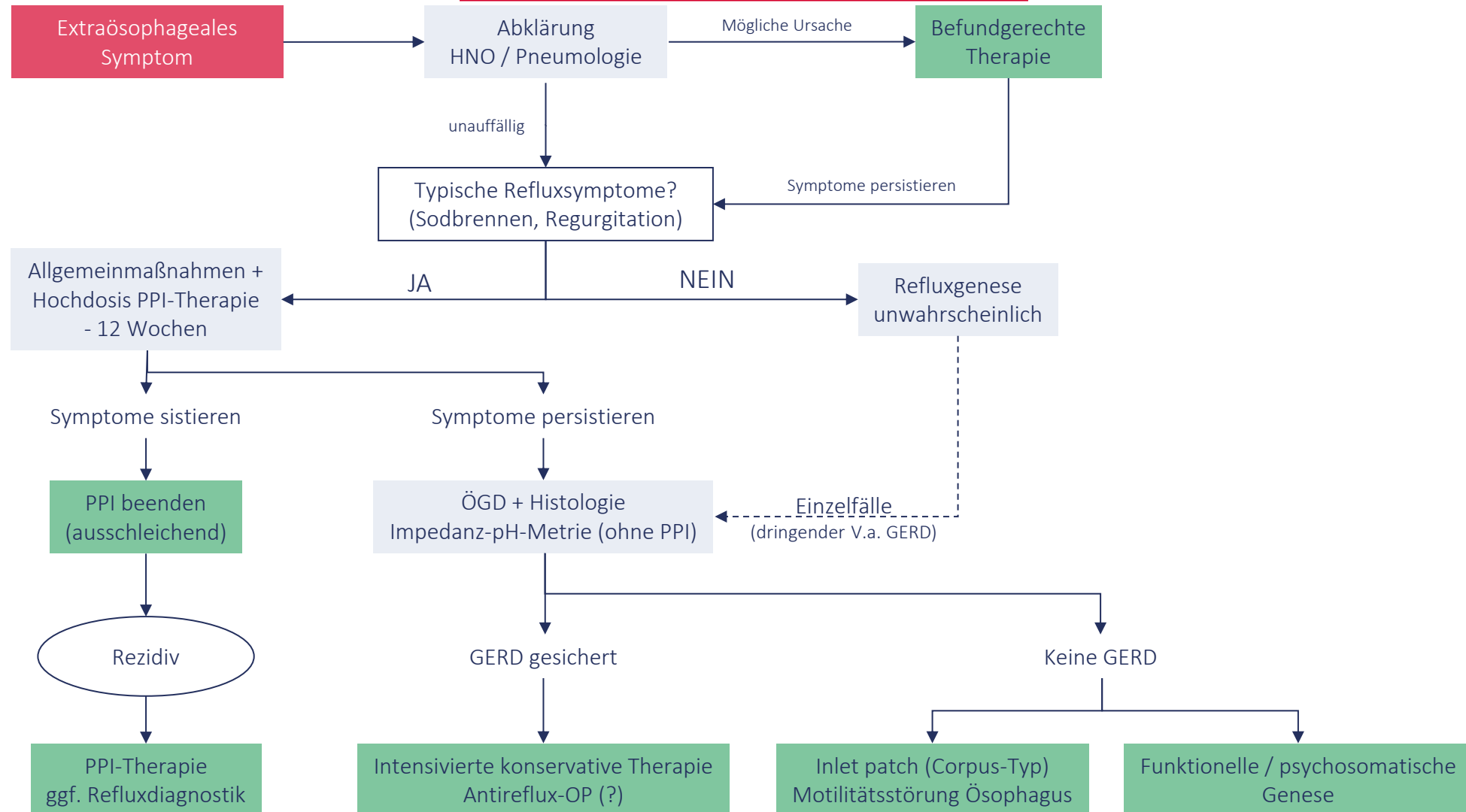
- Patienten mit typischen Refluxbeschwerden und gutem Ansprechen auf PPI
- Intoleranz einer *effektiven* PPI-Therapie
- Patient möchte keine *effektive* PPI-Therapie (auf Dauer)

Kontroverse Evidenz

- Refluxhypersensitivität (viele haben Somatisierung, Angststörung, ...)
- Extraösophageal Syndrome (ohne typisches Refluxsyndrom)
- Patienten mit Obesitas
- Patienten mit progredienter GERD

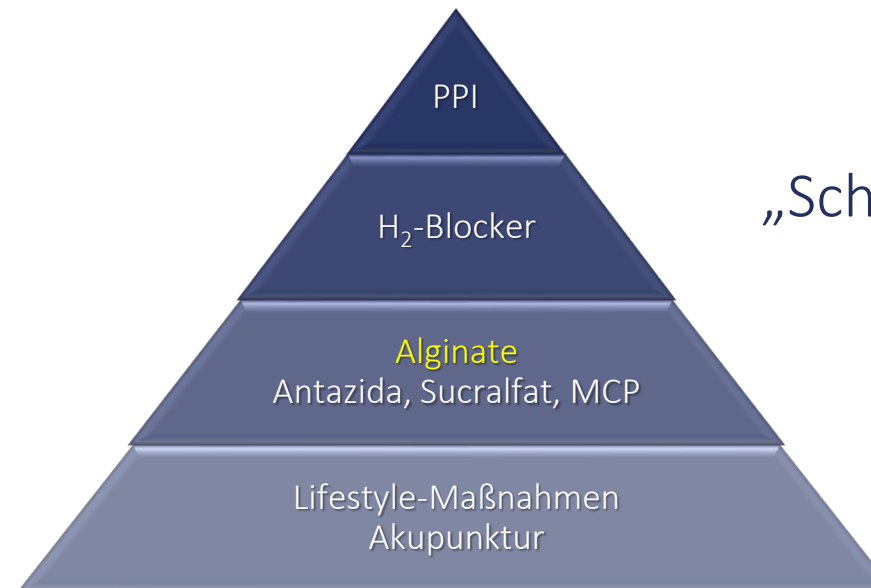
„STILLER REFLUX“ MANAGEMENT-ALGORITHMUS

Siehe Folie 7



THERAPIE VON REFLUXBESCHWERDEN IN DER SCHWANGERSCHAFT

Empfehlung: Bei Refluxbeschwerden in der Schwangerschaft **sollte** ein Step-up Management erfolgen: Allgemeinmaßnahmen, Antazidum, **Alginat**, Sucralfat, H₂-Rezeptorantagonist, PPI.



„Schwangerschaftspyramide“



KAPITEL 3

PPI-THERAPIE

Fakten | Sicherheit | Indikationen zur PPI-Therapie |
PPI-Fehlversorgung | Deeskalation von PPI

PPI-THERAPIE - DIE FAKTEN

AUSWAHL

- PPI sind „spezifische Hemmer der Säureproduktion“ – nicht mehr!
- PPI sind daher indiziert bei Krankheiten, bei denen zu viel Säure oder Säure am falschen Platz pathogenetisch relevant ist
- PPI haben ein gutes Sicherheitsprofil – unerwünschte Wirkungen erklären sich weitgehend aus der Wirkung (Säurehemmung)
- Die auf dem Markt befindlichen PPI unterscheiden sich z.T. in pharmakodynamischer und/oder –kinetischer Hinsicht relevant

PPI SICHERHEIT

WAS SAGT DIE AKTUELLE LEITLINIE?

STATEMENT 2.16 (NEU 2022)

Das absolute Nebenwirkungsrisiko für PPI ist gering. Bei einer GERD überwiegt der Nutzen das Risiko.

[Starker Konsens]



INDIKATIONEN ZUR PPI-THERAPIE

Gesichert und zugelassen:

GERD (alle Manifestationen)
Ulkus / Ulkuskrankheit
Ulkusprävention (ASS, NSAR)
H. pylori-Eradikation
Zollinger-Ellison-Syndrom

Gesichert, aber nicht zugelassen

Eosinophile Ösophagitis
Reizmagensyndrom

PPI

Vielleicht wirksam, nicht zugelassen

Therapie / Prävention:

- Clopidogrel, SSRI, Bisphosphonate,
Chemotherapeutika

Stressblutungsprophylaxe

Skleroulzera im Ösophagus

Resektionsulzera Ösophagus /
Magen

Prävention von Anastomosen-
stenosen

nach Ösophagusresektion

Pankreasfermentsubstitution

...

PPI-THERAPIE

PPI „FEHLVERSORGUNG“

- PPI-Therapie ohne Indikation (ambulant und stationär ca. 50 %)
- Falsche Dosierung (Überdosierung!)
- Falsche Einnahme (Relation zu Mahlzeiten)
- Inadäquate Therapiedauer
- Unbefristete Therapie
- Inadäquate Versuche der Beendigung („Deprescribing“)

PPI-THERAPIE -

ABSETZEN, ABER BEI WEM UND WIE?

- **WER:** Patienten ohne (weiterbestehende) Indikation soll!
- **WIE:**
 - Ein Versuch „kalter Entzug“
 - **Risiko für Versagen:** weiblich – HP-negativ – hohe PPI-Dosis – hoher Gastrin-Spiegel
 - Falls Absetzen „nicht möglich“ – shared decision making
 - Information, dass über Wochen Symptome auftreten können, die harmlos sind, sistieren werden und einer symptomatischen Therapie zugänglich sind (z.B. Alginat) → erneuter Versuch mit Rescue Medikation
 - Schrittweise Dosisreduktion (theoretisch, keine Evidenz): z.B. alle 14 Tage Dosis halbieren – dann 14 Tage alternierend – dann beenden (Acid Rebound dauert 8 – 26 Wochen!)
 - Kombination aus beiden Ansätzen
 - Bei Refluxsymptomen: anhand der Ergebnisse einer BRAVO-pH-Metrie



KAPITEL 4

Vorgehen im Praxisalltag

Zusammenfassung & Fazit

ZUSAMMENFASSUNG I

- 1 Refluxsymptome sind häufig, aber GERD ist nicht die alleinige Ursache.
- 2 Bei Patienten ohne Risikofaktoren für Komplikationen ist die Symptomkontrolle das neue Therapieziel.
- 3 Bei PPI-Resistenz oder Risikofaktoren sollte eine Diagnostik durchgeführt werden.
- 4 Der diagnostische Goldstandard umfasst ÖGD – Impedanz-pH-Metrie – HRM.

ZUSAMMENFASSUNG II

5

In der Therapie sind PPI weiterhin Standard, aber nicht mehr obligat - hoher Stellenwert für Allgemeinmaßnahmen.

6

Besondere Herausforderungen sind PPI-refraktäre GERD und „stiller Reflux“.

7

Höherer Stellenwert für Antireflux-Operationen.

8

50 % der PPI-Verordnungen sind nicht indiziert, diese sollten abgesetzt werden (mit Verstand)!

TRANSPARENZINFORMATION

Die CME ist leitliniengerecht und praxisrelevant und wurde ohne Industrie-Sponsoring für Sie realisiert.

Diese Fortbildung ist Teil der CME-Serie „Allgemeinmedizin“ der MedLearning AG, die Sie unter https://cme.medlearning.de/cme-fortbildung-partner.htm?partner=allgemeinmedizin_medlearning finden.

MedLearning AG
Plinganserstr. 8
81369 München
cme.medlearning.de