



Epidemiologie des Sodbrennens

Heimtückisches Aufstossen

Betroffen vom Sodbrennen, der vom Oberbauch aufsteigenden, schmerzhaft brennenden Empfindung, sind in westlichen Ländern zwischen 10 bis 20 Prozent der Bevölkerung. Der Barrett-Ösophagus (BÖ), eine GERD-Sonderform, betrifft etwa 1% der Bevölkerung und ist heimtückisch, weil er ohne typische Symptome auftreten und sich zum Adenokarzinom entwickeln kann.

Sodbrennen ist meist vergesellschaftet mit saurem oder bitterem Aufstossen. Abzugrenzen ist es von der funktionellen Dyspepsie, die sich durch wiederkehrende Schmerzen oder Unwohlsein im oberen Bauchbereich definiert. Typischerweise ist das Sodbrennen Ausdruck einer gastroösophagealen Refluxerkrankung (GERD). In westlichen Ländern beträgt die Prävalenz von Sodbrennen 10–20%. In Asien hingegen ist es mit 5% weitaus weniger häufig. Die epidemiologischen Daten sprechen für eine Zunahme der Inzidenz in den letzten Jahrzehnten für alle Manifestationsformen, obschon prospektive Daten fehlen. Einteilen kann man die Folgen des Sodbrennens in drei Gruppen: die nicht-erosive gastroösophageale Refluxerkrankung (NERD), die erosive Form GERD sowie den Barrett-Ösophagus (BÖ).

Endoskopisch haben 60% der Betroffenen keine Zeichen einer erosiven Oesophagitis, also eine NERD. Trotz fehlendem anatomischem Korrelat ist sie für betroffene Personen sehr belastend, so beeinflusst die nächtliche NERD die Lebensqualität etwa gleich negativ wie eine Herzinsuffizienz oder koronare Herzkrankheit. Vom prognostischen Verlauf her ist die NERD hingegen weitgehend unbedenklich und bei über 95% der Patienten über viele Jahre hinweg nicht progredient. Entsprechend sind regelmässige endoskopische Verlaufskontrollen nicht erforderlich.

Die verbleibenden 40% der GERD-Betroffenen haben eine erosive GERD mit Entzündungszeichen im Bereich des gastroösophagealen Übergangs, also bei der Z-Linie, welche den Übergang vom ösophagealen Plattenepithel ins gastrische Zylinderepithel darstellt. Bei der erosiven GERD ist eine Behandlung wichtig, da sonst Komplikationen wie Ulzera, Strikturen und eine Progression zum BÖ (siehe unten) auftreten können. Die Behandlung erfolgt mit Protonenpumpenblockern (PPI), welche eine Abheilungsrate von ca. 75% nach 8 Wochen Behandlung zeigen. Da die erosive GERD in 70–80% der Fälle innerhalb eines Jahres rezidiert, ist eine Erhaltungstherapie mit einem PPI indiziert.

Die gefürchtetste Komplikation GERDs, ist der BÖ respektive dessen Folge, das Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs. Die Prävalenz für den BÖ liegt bei 1% der Gesamtbevölkerung. Er definiert sich durch eine Verschiebung der Z-Linie nach proximal in den tubulären Ösophagus, wobei das distale Ösophagus-Epithel durch intestinales Zylinderepithel ersetzt wird. Quantifiziert wird der BÖ nach der Prag-Klassifikation (CxMy, wobei beide Distanzen, – x und y, – vom gastroösophagealen Übergang aus in cm gemessen werden; x definiert den Abstand bis zur zirkumferentiellen Z-Linie und y denjenigen bis zum proximalsten Ausläufer). Die Barrett-Schleimhaut weist histologisch vier verschiedene Stadien auf: dysplasiefrei, low-grade-Dysplasie, high-grade-Dysplasie und Progress zum Adenokarzinom. Wegen des Entartungsrisikos stellt der BÖ die einzige Form der GERD dar, die regelmässig endoskopisch und bioptisch nachkontrolliert werden muss. Das Kontroll-Intervall erstreckt sich zwischen drei Monaten (high-grade-Dysplasie mit Zuwarten) und drei Jahren (dysplasiefreie Schleimhaut). Ziel ist es, das ösophageale Adenokarzinom zu verhindern. Es weist eine jährliche Inzidenz von 0.3–0.6% auf. Untersucht man die Risikofaktoren für das ösophageale Adenokarzinom so geben lediglich 60% der Betroffenen Sodbrennen an, dies erstaunt nicht, da gerade der BÖ asymptomatisch verlaufen kann. Einen BÖ findet man hingegen nur bei 62% aller Adenokarzinom-Betroffenen, sodass von 38% BÖ-unabhängigen Adenokarzinomen des Ösophagus auszugehen ist.

Zusammenfassend ist das Sodbrennen häufig und für die Betroffenen belastend. In der Mehrzahl der Fälle kann symptomatisch behandelt werden, da anatomisch keine Veränderungen vorliegen. Die erosive GERD ist, um Spät-komplikationen zu verhindern, mit einem PPI zu behandeln. Der BÖ hat ein Entartungsrisiko von 0.3–0.6% pro Jahr, und bedarf daher neben einer PPI-Therapie regelmässiger endoskopischer Kontrollen.