

Refluxkrankheit: Kinder versus Erwachsene

Die extraösophagealen Refluxerkrankungen bei Kindern: Diagnostik und Therapie

von Priv.-Doz. Dr. med. Peter Ahrens, Darmstadt

Autor: Priv.-Doz. Dr. med. Peter Ahrens, Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret, 64287 Darmstadt

E-Mail: peter.ahrens@kinderkliniken.de

Zusammenhänge zwischen gastroösophagealem Reflux und Erkrankungen der oberen und unteren Atemwege sind seit mehr als einhundert Jahren bekannt und haben bis heute immer wieder zu kontroversen Diskussionen geführt. Probleme entstehen einerseits durch die ungewöhnliche Variabilität der refluxassoziierten Krankheitsbilder – andererseits durch ein nur begrenzt zielführendes diagnostisches Methodenarsenal.

Die klinische Präsentation refluxassoziiierter Erkrankungen reicht von der chronischen Otitis, Laryngitis und Bronchitis, Asthma bronchiale, rezidivierend Pneumonien und Bronchiektasie bis zur pulmonalen Fibrose, emphysematischen Lungenerkrankungen und neurologischen Krankheitsbildern wie dem Sandifer Syndrom. Darüber hinaus werden Zusammenhänge mit der Vocal Cord Dysfunction (VCD), dem chronischen Singultus und dem Sudden Infant Death Syndrom (SIDS) vermutet.

Chronische Erkrankungen der Atemwege entstehen überwiegend auf dem Hintergrund des „stillen Refluxes“. Es kommt zu einem vom Patienten unbemerkten Eintrag von Nahrung in die Atemwege. Über „Gasreflux“ kann Magensekret bis in das Mittelohr gelangen. Symptome im Bereich des Ösophagus oder des Magens entstehen bei stillen Refluxen jedoch nicht. Es liegt bei diesen Patienten damit eher eine nur schwach ausgeprägte pathologische Refluxsituation vor – nicht jedoch eine Refluxkrankheit im engeren – gastroenterologischen – Sinn. Die an der gastroenterologischen Refluxkrankheit orientierten diagnostischen Methoden (ultrasonografische Untersuchung, pH-Metrie mit nur einem magennahen Messpunkt, DeMeester-Score) sind daher in der Regel nicht in der Lage, den ursächlichen Zusammenhang einer für den Atemweg pathologischen Refluxaktivität zu belegen oder zu beweisen. Auch bei der Ösophago-Gastroskopie werden in der Regel nur gering pathologische Befunde erhoben.

Die Diagnose einer refluxassoziierten Erkrankung des Atemweges muss daher als eine Herausforderung interdisziplinärer ärztlicher Arbeit angesehen werden.

Als Lösungsansatz dieser Problematik bietet sich der kombinierte Einsatz zielführender diagnostischer Instrumente an. Informativ Daten werden durch eine sorgfältige Anamnese, eine Zweipunkt-pH-Metrie bzw. eine Impedanz-pH-Metrie, eine oropharyngeale pH-Metrie, eine Bronchoskopie mit bronchoalveolärer Lavage und Quantifizierung der fettbeladenen Makrophagen und durch eine Ösophagogastroskopie mit ösophagealer Biopsie erhalten. Diese Untersuchungen müssen gelegentlich noch durch eine Ösophagusmanometrie zum Ausschluss einer Achalasie bzw. einer schweren ösophagealen Motilitätsstörung ergänzt werden. Dieser diagnostische Algorithmus kann im Prinzip auch bei Erwachsenen angewendet werden.

Allerdings erfordern die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems bei erwachsenen Patienten eine organisierte Zusammenarbeit zwischen HNO-Ärzten, Pneumologen, Gastroenterologen und Chirurgen, die in der notwendigen Form nahezu nirgends in Deutschland vorhanden ist.

Eine diagnostische Schlüsselfunktion kommt der pH-Metrie in ihren verschiedenen Varianten zu. Aktuell wird ein Verfahren mit einem Messpunkt auf Uvulahöhe (Restech-Dx-pH-Measurement-System™) sehr propagiert, das den Säurewert der Ausatemluft bestimmt. Ebenso scheint auch die

Impedanz pH-Metrie – also eine säureunabhängige Detektion von Refluxereignissen – unser diagnostisches Instrumentarium zu erweitern.

Für beide Techniken liegen allerdings noch keine befriedigenden Normwerte im Kindesalter vor, so dass aktuell der diagnostische Beitrag beider Verfahren zur Klärung eines ursächlichen Zusammenhanges noch als eingeschränkt angesehen werden muss.

Die Bronchoskopie wird zum Ausschluss einer Vielzahl von Differenzialdiagnosen (Fistel, Fehlbildungen, Stenosen, aspirierte Fremdkörper, primäre ciliäre Dyskinesie) durchgeführt. Die bronchoalveoläre Lavage erlaubt neben der infektiologischen Untersuchung die Quantifizierung fettbeladener Makrophagen als Marker der Aspiration.

Die Ösophago-Gastroskopie zeigt bei Patienten mit refluxassoziierten Erkrankungen ohne gastroenterologische Symptome erwartungsgemäß in der Regel nur diskrete Befunde. Dies begründet den Wert der ösophagealen Biopsie. Differenzialdiagnostisch erlaubt die Biopsie den Ausschluss einer eosinophilen Ösophagitis. Diese Erkrankung wird meist durch eine Lebensmittel-Allergie ausgelöst und bedarf einer entsprechend spezifischen Therapie.

Zunehmende Bedeutung im Gesamtkonzept der Diagnostik bekommt aktuell die funktionelle Videopanendoskopie.

Die hochauflösende manometrische Analyse des Ösophagus generiert funktionelle Daten sämtlicher ösophagealer Markerzonen und erlaubt den sicheren Ausschluss einer Achalasie.

Differenzialdiagnostisch zu erwägen ist häufig auch eine primäre ciliäre Dyskinesie, deren Abklärung durch Hochfrequenz-Video-Mikroskopie erfolgen muss.

Das therapeutische Repertoire ist eng begrenzt. Wirklich gut wirksame Prokinetika stehen nicht zur Verfügung. Protonenpumpeninhibitoren (PPI) sind seit einigen Jahren die Mittel der Wahl – allerdings fehlt der Empfehlung bei extraösophagealer Manifestation die Rationale: unbeeinflusst durch PPI bleiben andere aggressive Bestandteile des Refluats wie z. B. Verdauungsenzyme und die ösophageale Motilitätsstörung, so dass mit Therapieversagern gerechnet werden muss. Mehrere Studien im Kindesalter ergeben begründeten Zweifel an der Effektivität einer Therapie mit PPI bei extraösophagealer Refluxmanifestation. Die konservative Therapie ist jedoch bei der isolierten Laryngitis gastrica häufig erfolgreich, bei der chronischen Bronchitis, bei Asthma, rezidivierenden Otitiden und den weiteren refluxassoziierten pulmonalen Erkrankungen wie Bronchiektasie, Fibrose und Emphysem enttäuschend.

Die laparoskopische Antirefluxchirurgie stellt in erfahrenen Zentren und bei sorgfältiger Auswahl der Patienten eine kurative Therapieoption dar, die immer in therapeutische Überlegungen einbezogen werden sollte. Wir führen bei nachgewiesener refluxassoziierte pulmonaler Symptomatik bei Kindern eine laparoskopische Hemifundoplikatio nach Thal durch.

1. PACHECO-GALVAN A (2011); Relationship between Gastro-Oesophageal Reflux and Airway Diseases. Arch Bronconeumol.2011;47(4): 195-203
2. VANDENPLAS Y (2009); Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines JPGN 49:498-547
3. GALMICHE JP (2011); Laparoscopic antireflux surgery vs Esomeprazol treatment (the LOTUS randomized clinical trial); JAMA 18;305(19)1969-77