



Anti-Reflux-Chirurgie Prof. Ines Gockel (l.) und Dr. Stefan Niebisch operieren mit dem daVinci-Roboter am Universitätsklinikum Leipzig

Das Ende der Säure-Attacken

Eine Operation kann **ständiges Sodbrennen** lindern. Vor allem wenn sich die Beschwerden nicht bessern oder die Speiseröhre zu degenerieren beginnt, ist der chirurgische Eingriff angebracht

➔ Oft stieg der Schwall in ihrer Speiseröhre ohne Vorwarnung auf, bevorzugt, wenn Martina Hielscher auf dem Sofa lag und eine TV-Sendung schaute. Dann fluchte sie innerlich. Sie war das Sodbrennen so leid. Sie aß weniger - in der Hoffnung, das würde helfen. „Und ich hatte stets eine Großpackung Säureblocker griffbereit“, erzählt die 65-Jährige.

2019 diagnostizierten Ärzte den Grund für das Leiden der Frührentnerin aus Zwenkau bei Leipzig: In ihrem Zwerchfell klaffte ein zwölf Zentimeter großes Loch. Der Magen konnte sich frei in den Brustkorb verlagern.

Mal presste er die Säure nach oben. Mal legte er sich hinter das Herz, sodass dieses nicht mehr richtig pumpen konnte.

Gefährliche Folgen. Über Jahre verätzte die Magensäure nach und nach die Speiseröhre. Endoskopische Aufnahmen zeigten, dass sich die Zellen im unteren Abschnitt verändert hatten. Sie waren degeneriert. Fachleute sprechen vom Barrett-Syndrom. Das ist gefährlich: Zwei bis vier von 100 Betroffenen erkranken an Speiseröhrenkrebs. Häufiger jedoch treten Blutungen und Geschwüre auf.

Darunter litt Martina Hielscher. Als sie nach einem Mittagessen erbrechen musste, blickte sie auf einen schwarzen Mageninhalt. Blut hatte ihn dunkel gefärbt. „Es ist höchste Zeit für eine Operation“, riet ihr in dieser Situation Prof. Ines Gockel, Leiterin der Viszeralchirurgie am Universitätsklinikum Leipzig. Das Loch im Zwerchfell muss geschlossen und am Ende der Speiseröhre ein künstlicher Verschluss gelegt werden, damit die Magensäure nicht mehr so leicht aufsteigen kann.

Das saure Aufstoßen

Viele Menschen kennen Sodbrennen. Gelegentlich steigt die Magensäure nach dem Essen auf, oder es drückt unangenehm hinter dem Brustbein. In großen Abständen ist das eine ganz normale körperliche Reaktion. Zehn bis 20 Prozent der Menschen berichten mindestens einmal im Monat über Sodbrennen.

Doch für einige wird das zur Pein. Menschen, die an der sogenannten Reflux-Krankheit leiden, können sich oft kaum die Schuhe zuschnüren, ohne dass übel schmeckender, scharfer Magensaft in den Mund steigt. Auch genussvoll essen ist ihnen verleidet. Nach den Mahlzeiten geht es ihnen nicht gut. Laut Deutscher Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten hat sich die Reflux-Erkrankung in den letzten Jahrzehnten vom eher seltenen Phänomen zu einem weitverbreiteten Leiden entwickelt.

„Wenn man das Gefühl hat, dass die Lebensqualität wegen des Sodbrennens trotz medikamentöser Therapie schlecht ist, sollte man zu seinem Hausarzt gehen und einen eventuellen operativen Eingriff besprechen“, rät Prof. Ferdinand Köckerling, Chefarzt der Klinik für Chirurgie, Visceral- und Gefäßchirurgie am Vivantes Klinikum Spandau.

Lebensstiländerung. Oft ist die Erkrankung mit Übergewicht verbunden. Der Magen wird gequetscht, das Bindegewebe ist meist schwach. So wird Magensäure schnell in den darüber liegenden Trakt gedrückt. „Wir raten immer zuerst zur Lebensstiländerung“, sagt ➔

Eine Manschette für die Speiseröhre



Patient Peter Hartling im Uniklinikum Leipzig vor der Anti-Reflux-OP

Bereits 2006 war Peter Hartling eine Manschette gegen die aufsteigende Magensäure gelegt worden. Diese hatte sich im Laufe der Jahre gelockert. Das ist nach einer gewissen Zeit bei rund einem Drittel der Patienten der Fall.

Drei Jahre lang brauchte der heute 60-Jährige daraufhin wieder Säureblocker gegen das Sodbrennen. Besonders nachts, aber auch beim Tragen und Beugen kam ihm Magensäure hoch. Eiscreme und Steak konnte Peter Hartling nicht mehr essen. Statt Kaffee trank er grünen Tee.

Im Juli 2020 wurde die Manschette dann erneuert. Für die Anti-Reflux-Operation war der seit einigen Jahren in Pakistan stationierte Bundespolizist eigens zurück nach Deutschland gekehrt. Jetzt ist er wieder bereit für neue Auslandseinsätze.



Moderne Technik
Von der Kontrollkonsole aus steuert der Chirurg die Arme des OP-Roboters, führt so den Eingriff durch

➔ Prof. Ines Gockel vom Uniklinikum Leipzig: „Mehr bewegen, weniger und gesünder essen.“ Das Kopfteil des Bettes hochstellen und nicht unmittelbar vorm Zubettgehen noch etwas zu sich nehmen. Überdies können Protonenpumpenhemmer die Säureproduktion drosseln. Bei rund 75 Prozent der Betroffenen geht das Sodbrennen mit Medikamenten und einem gesünderen Lebensstil auf ein erträgliches Maß zurück.

Viele Patienten quälen sich jahrelang

Rund 30 Prozent bekommen die Reflux-Krankheit dagegen nicht in den Griff. Das kann organische Ursachen haben: Einige produzieren schlicht zu viel Magensäure, bei anderen ist die Funktion der Speiseröhre eingeschränkt. Sie transportiert nicht mehr gut, und der Schließmuskel, der die Speiseröhre zum Magen hin abschließt, ist erlahmt.

„Viele Betroffene haben auch noch einen Bruch im Zwerchfell, wodurch sich der Magen in den Brustraum verlagert. Oft sehen wir das bei älteren Frauen, die nach dem Essen würgen und erbrechen müssen, weil der Magen vollkommen verdreht hinter dem Herz liegt“, erklärt Prof. Dieter Birk, Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie im Krankenhaus Bietigheim-Vaihingen. „Für diese sorgsam ausgewählten Patienten kommt der Anti-Reflux-Eingriff infrage“, ergänzt Prof. Gockel. Der Eingriff kann Betrof-

fene mit schweren Symptomen von jahrelangen Qualen befreien. Laut einer Studie arrangieren sie sich oft über Jahre mit Medikamenten, ohne dass diese das Leiden wirklich lindern.

Der Gastroenterologe Prof. Joachim Labenz vom Diakonie Klinikum Jung-Stilling in Siegen deckte dieses Phänomen 2016 in der LOPA-Studie auf. LOPA steht für „lost patients“ (dt.: verlorene Patienten). Etwa 70 Prozent der Patienten, so das Ergebnis der Untersuchung, profitierten nicht von der medikamentösen Therapie und hätten trotz der Behandlung weiter erhebliche Beschwerden. Jeder Fünfte etwa beklagte Schlafstörungen wegen des Sodbrennens. Prof. Labenz spricht von einer Unterversorgung und fordert, die Patienten müssten häufiger als bisher üblich operiert werden. Doch eine OP will wohlüberlegt sein.

Verschiedene OP-Methoden

Bei der Anti-Reflux-Chirurgie reichen die Erfahrungen Jahrzehnte zurück. Heute erfolgt der Eingriff mit der modernen Schlüssellochtechnik. Chirurgen dringen dabei über winzige, erbsengroße Schnitte mit Sonden zum Ende der Speiseröhre vor.

Zwei Verfahren. Hauptsächlich kommen zwei Techniken zur Anwendung. Die 360-Grad-Methode, bei der die Magenfalte vollständig um die Speiseröhre gelegt wird, geht auf den deutschen Arzt Rudolf Nissen (1896-1981) zurück. Inzwischen bevorzugen Chirurgen die 270-Grad-Technik, die der Franzose André Toupet 1963 veröffentlichte. Neueren Metaanalysen zufolge unterdrückt die vollständige Schlinge das Sodbrennen zwar etwas effektiver, aber es kommt auch öfter zu unangenehmen Nebenwirkungen. „Einige Patienten können nicht mehr richtig schlucken. Dann würgen oder erbrechen sie und verlieren Gewicht“, weiß Viszeralchirurgin Prof. Gockel. Manchmal sind auch Magen- und Darmentleerung beeinträchtigt: Der Bauch bläht sich schmerzhaft auf. Erst nach Tagen entleert sich der Verdauungstrakt mit Sturzdurchfällen.

Bei der nebenwirkungsärmeren Toupet-Methode mit nicht vollständig umschließender Manschette sei sehr akkurate Arbeit wichtig, damit das Essen problemlos in den Magen gelangt. Prof. Gockel schiebt einen Schlauch in die Speiseröhre, ehe sie die Schlinge anlegt, sodass garantiert ein ausreichend großer Durchlass bleibt.

Die Leitlinie zur Behandlung der Reflux-Krankheit von 2014 spricht kein Votum für oder gegen die Toupet- oder Nissen-Variante aus. Die Daten waren damals noch zu widersprüchlich. Aktuell befindet sich die Leitlinie

jedoch in Überarbeitung, und Experten erwarten eine Präferenz für das Toupet-Verfahren mit der Dreiviertelmanschette.

Reversibler Eingriff. Abgesehen davon können Chirurgen seit rund zehn Jahren einen Magnetring am Ende der Speiseröhre befestigen. Chirurg Prof. Birk wendet diese Methode bei jungen Männern ohne Zwerchfellbruch an. Diese Patienten besitzen eine kräftige Muskulatur um die Speiseröhre, sodass sie auch mit diesem Verschluss gut schlucken können. „Bei anderen Patienten mangelt es manchmal an Kraft. Sie müssen dann mitunter würgen. In so einem Fall muss das eingesetzte Implantat wieder entfernt werden“, erläutert er.

Vereinzelt umwuchert unelastisches Narbengewebe den Magnetring, sodass dieser sich nicht mehr öffnen und schließen kann. Im Unterschied zu den anderen OP-Verfahren ist dieser Eingriff allerdings rückgängig zu machen. „Die Langzeitdaten, ob die Methode sinnvoll ist, müssen wir noch abwarten“, gibt Prof. Birk zu bedenken. Es fehlt hier noch die nötige Evidenz.

Auch nach seelischen Ursachen fahnden

So oder so kann eine operativ hergestellte Manschette am Speiseröhrende den Reflux deutlich lindern. 80 bis 85 Prozent der Operierten haben danach kein leidvolles Sodbrennen mehr. „Unter den übrigen 15 Prozent benötigen einige noch Medikamente, um die Magensäurespitzen abzufangen“, erläutert Prof. Birk. Nur bei einem kleinen Teil bestehen die Beschwerden weiter fort, ohne dass dies organisch zu erklären wäre. „Dann muss man

nach anderen, vielleicht auch seelischen Ursachen für das Brennen im Brustraum schauen“, empfiehlt der Chirurg.

Lange Zeit hatten Anti-Reflux-OPs keinen guten Ruf. Eine Studie an US-Veteranen von 2001 legte dar, dass drei Viertel schon nach zehn Jahren wieder Säureblocker brauchten. Eine neuere Langzeitstudie aus Schweden zeigt jedoch, dass die Erfolgsprognosen nach einem chirurgischen Eingriff deutlich besser sind. Die Studie umfasst 2655 Patienten, die zwischen 2005 und 2014 operiert wurden. Die Forscher analysierten, wie es den Betroffenen fünf Jahre später ging. Nur rund 17 Prozent, also knapp jeder Sechste, benötigten in diesem Zeitraum wieder Medikamente oder eine zweite Operation. Die Mehrzahl der Patienten kam ganz ohne Arzneien aus.

Geringeres Krebsrisiko. Gut gesichert ist die Erkenntnis, dass Speiseröhrenkrebs äußerst selten auftritt, wenn das Reflux-Problem operativ korrigiert wurde. „Die Schäden in der Schleimhaut lassen sich zwar nicht beheben“, bedauert Prof. Gockel, „aber dadurch, dass sie nicht weiter angegriffen wird, sind bösartige Tumoren dann die Ausnahme.“

Patientin Martina Hielscher bemerkte bereits kurz nach der OP einen großen Unterschied. Nicht ein einziges Mal litt sie seither an Sodbrennen. „Meinem Magen geht es glänzend. Ich kann sogar die Luft anhalten und spüre keinen Magendruck. Das Gefühl kannte ich gar nicht mehr.“ Nun freut sie sich darüber, zu Hause „richtig schön“ zu kochen und gemeinsam mit ihrem Mann wieder gemütlich essen zu können.

Der Anti-Reflux-Eingriff kommt für sorgsam ausgewählte Patienten infrage



Univ.-Prof. Dr. med. Ines Gockel, Leiterin der Viszeralchirurgie am Uniklinikum Leipzig

40 %
der Reflux-Patienten entwickeln eine Entzündung der Speiseröhre

Quelle: Techniker Krankenkasse

Verwendungszweck: FEMALAC® Bakterien-Blocker dient zur Unterstützung der Behandlung von durch E. coli Bakterien verursachten Harninfektionen in der Blase sowie zum Schutz vor wiederholt auftretenden Harnwegsinfektionen (Blaseninfektionen oder Zystitis). Zusammensetzung: D-Mannose, Maltodextrin, Zitronensäure, Waldfrüchtgeschmack, Traubengeschmack, Siliziumdioxid, Lactobacillus reuteri, Lactobacillus rhamnosus, Rote Beete-Saftpulver, Sucralose. Medizinprodukt. Vertriebt Deutschland: APOGEPHA Arzneimittel GmbH; 01309 Dresden, info@apogepha.de