

Themenkomplex V: Extraösophageale Manifestationen

G. Micklefield, D. Jaspersen, K. Rasche, H. Hildmann

Chronischer Husten, Asthma bronchiale und Laryngitis sind Erkrankungen, die als extraösophageale Manifestationen der gastroösophagealen Refluxkrankheit auftreten können. Obwohl es sich um häufige Erkrankungen handelt, scheint nur ein kleiner Anteil der Patienten diese Erkrankungen als Folge ihrer Reflux-

krankheit zu haben. Erschwert wird die Beurteilung der Symptomursache dadurch, dass manche Patienten kaum typische Refluxsymptome aufweisen. Die meisten Patienten mit refluxassoziierten Atemwegserkrankungen scheinen mehrere Ursachen für ihre respiratorischen Symptome zu haben.

Diagnostisches Zielkriterium der Probetherapie bei der Frage „Ursächlichkeit von Reflux für respiratorische Symptome“

Konsens

Die Probetherapie (Definition im Kapitel „Diagnostik der Refluxkrankheit“) gilt als erfolgreich (d.h. die Ursächlichkeit von Reflux für die respiratorischen Symptome als gesichert), wenn weit gehende Besserung der respiratorischen Symptome erzielt

wird (z. B. 75% Besserung auf einer VAS oder Reduktion auf Grad 1 oder 2 auf einer 5-Punkte-Likert-Skala) oder eine messbare Verbesserung der respiratorischen Symptome erzielt wird, soweit geeignete Verfahren zur Verfügung stehen (z. B. Peak-Flow-Verbesserung um mindestens 20%) (C).

Kommentar

Ein anderer Goldstandard als die symptomatisch erfolgreiche Refluxtherapie der respiratorischen Symptome ist nicht verfügbar. Die entsprechenden Studien bei Patienten mit unerklärtem chronischen Husten und posteriorer Laryngitis legen einen solchen kausalen Zusammenhang in ein bis zwei Drittel der vorselektierten Patienten nahe [1–3]. Da komplette Beschwerdefreiheit nicht zu erwarten ist, wird eine „weit gehende Besserung“ als Kriterium empfohlen. Zu Dokumentationszwecken erscheint der Versuch einer Quantifizierung mittels der genannten Instrumente empfehlenswert.

Chronischer Husten

Konsens

Bei Verdacht auf refluxassoziierten Husten soll eine Probetherapie durchgeführt werden (B).

Kommentar

Bei Verdacht auf chronischen refluxassoziierten Husten ist neben Anamnese und klinischem Befund die Besserung der Beschwerden während der Probetherapie diagnostisch wegweisend [2, 4]. Diese Therapie sollte mindestens ein bis zwei Wochen durchgeführt werden [5]. Bevor eine Probetherapie bei chronischem Husten begonnen wird, sollten andere Ursachen wie Asthma bronchiale, „post nasal drip syndrome“, Husten durch Arzneimittel oder eine chronische Bronchitis ausgeschlossen werden [6]. Nach Ausschluss dieser Ursachen steht vor Einleitung der Probetherapie die Durchführung einer Ösophago-Gastro-Duodenoskopie. Bis zu 60% aller Patienten mit refluxassoziiertem Husten haben eine weitere Ursache des Hustens, die einer entsprechenden Therapie bedarf [7, 8]. Die Probetherapie sollte nach den Standards erfolgen. Bei jüngeren Patienten und therapierefraktärem refluxassoziierten Husten kann die Anlage einer Fundoplicatio in Erwägung gezogen werden [9, 10].

Chronische Laryngitis

Konsens

Bei Verdacht auf refluxassoziierte Laryngitis soll eine Probetherapie durchgeführt werden (B).

Kommentar

Voraussetzung für eine Probetherapie ist das Fehlen von Alarmsymptomen, die auf eine maligne Erkrankung des Kehlkopfes hinweisen würden [3]. In der Therapie gelten die Standards. Die Therapie sollte mindestens vier bis sechs Wochen durchgeführt werden [11–13]. Im Falle eines Rezidivs kann eine erheblich längere Behandlungsdauer notwendig sein. Bei therapierefraktären Fällen kann eine operative Therapie erwogen werden [14, 15].

Asthma bronchiale

Konsens

Bei Verdacht auf refluxassoziiertes Asthma bronchiale soll eine Probetherapie durchgeführt werden (B).

Kommentar

Der pH-metrisch nachgewiesene Reflux beim Asthmatiker belegt nur die Assoziation, nicht aber die Kausalität. Sprechen die Asthmasymptome auf eine Probetherapie an, legt dies eine Kausalität nahe [16–18]. Welche Patienten mit Asthma bronchiale von einer PPI-Therapie profitieren, ist bisher unzureichend geklärt. Geringe oder fehlende ösophageale Symptome oder eine nichterosive Form der Refluxkrankheit (NERD) kann die Evaluierung einer möglichen refluxassoziierten Atemnot beim Asthmatiker erschweren [19]. PPI sind in der Therapie des refluxassoziierten Asthma bronchiale wirksam [20]. Die optimale Therapiedauer ist nicht eindeutig definiert; sie muss vermutlich längerfristig (Minimum drei Monate) durchgeführt werden [21]. Der Therapieerfolg kann anhand der Peak-Flow-Messung sowie anhand der Reduzierung der Anfallshäufigkeit beurteilt werden [34].

Nichtkardialer Thoraxschmerz

Konsens

Da die Refluxsymptomatik eine der wesentlichen Ursachen des nichtkardialen Thoraxschmerzes darstellt, ist bei Verdacht nach entsprechender kardiologischer Diagnostik eine Probetherapie sinnvoll (B).

Kommentar

Die Anamnese lässt nur in wenigen Fällen die sichere Differenzierung zwischen ösophagealer und kardialer Genese der Schmerzen zu [23]. Zu den Ursachen zählen die Refluxkrankheit, Motilitätsstörungen und ein hypersensitiver Ösophagus [24]. Bis zu 60% der Patienten haben einen pathologischen gastroösophagealen Reflux [25, 26]. Eine diagnostische Abklärung kann mittels Endoskopie und/oder pH-Metrie erfolgen, jedoch erweist sich eine Probetherapie als diagnostisch mindestens gleichwertig [27–30]. Da es sich jedoch sowohl bei der koronaren Herzerkrankung als auch bei der Refluxkrankheit um häufige Erkrankungen handelt, kann bei Patienten mit Koronarstenosen nicht ausgeschlossen werden, dass zusätzlich Beschwerden einer Refluxkrankheit vorliegen [31].

Literatur

- 1 Jaspersen D, Diehl KL, Geyer P et al. Diagnostischer Omeprazoltest bei Verdacht auf refluxassoziierten chronischen Husten. *Pneumologie* 1999; 53: 438–441
- 2 Ours TM, Kavuru MS, Schilz RJ et al. A prospective evaluation of esophageal testing and a double-blind, randomized study of omeprazole in a diagnostic and therapeutic algorithm for chronic cough. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 3131–3138
- 3 Wo JM, Grist WJ, Gussack G et al. Empiric trial of high-doses omeprazole in patients with posterior laryngitis: a prospective study. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 2160–2165
- 4 Schenk BE, Kuipers EJ, Klinkenberg-Knol EC et al. Omeprazole as a diagnostic tool in gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 1997–2000
- 5 Jaspersen D, Diehl KL, Geyer P et al. Omeprazole in the treatment of patients with reflux-associated chronic cough. *Gut* 1999; 45 (Suppl V): A267
- 6 Smyrniotis NA, Irwin RS, Curley FJ. Chronic cough with a history of excessive sputum production. The spectrum and frequency of causes, key components of the diagnostic evaluation, and outcome of specific therapy. *Chest* 1995; 108: 991–997

- ⁷ Palombini BC, Castilhos Villanova OL, Araújo E et al. A pathogenic triad in chronic cough. Asthma, postnasal drip syndrome, and gastroesophageal reflux disease. *Chest* 1999; 116: 279–284
- ⁸ Lúdvíksdóttir D, Björnsson E, Janson C et al. Habitual coughing and its associations with asthma, anxiety, and gastroesophageal reflux. *Chest* 1996; 109: 1262–1268
- ⁹ Ekström T, Johansson KE. Effects of anti-reflux surgery on chronic cough and asthma in patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Respir Med* 2000; 94: 1166–1170
- ¹⁰ Brouwer R, Kiroff GK. Improvement of respiratory symptoms following laparoscopic fundoplication. *ANZ J Surg* 2003; 73: 189–193
- ¹¹ Jaspersen D, Weber R, Hammar CH et al. Effect of omeprazole on the course of associated esophagitis and laryngitis. *J Gastroenterol* 1996; 31: 765–767
- ¹² Micklefield GH, Radü HJ, Greving I et al. Acid esophago-pharyngeal reflux as etiology of hoarseness. *Laryngorhinootologie* 1998; 77: 496–499
- ¹³ El-Serag HB, Lee P, Buchner A et al. Lansoprazole treatment of patients with chronic idiopathic laryngitis: a placebo controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 979–983
- ¹⁴ Noordzij JP, Khidr A, Evans BA et al. Evaluation of omeprazole in the treatment of reflux laryngitis: a prospective, placebo-controlled, randomised, double-blind study. *Laryngoscope* 2001; 111: 2147–2151
- ¹⁵ Hanson DG, Kamel PL, Kahrilas PJ. Outcomes of antireflux therapy for the treatment of chronic laryngitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995; 104: 550–555
- ¹⁶ Micklefield GH, May B. Respiratory symptoms and gastroesophageal motility disorders. *Verdauungskrkh* 1993; 11: 46–50
- ¹⁷ Harding SM. Gastroesophageal reflux and asthma: insight into the association. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 104: 251–259
- ¹⁸ Schan CA, Harding SM, Haile JM et al. Gastroesophageal reflux-induced bronchoconstriction. An intraesophageal acid infusion study using state-of-the-art technology. *Chest* 1994; 106: 731–737
- ¹⁹ Nakase H, Itani T, Mimura J et al. Relationship between asthma and gastro-oesophageal reflux: significance of endoscopic grade of reflux oesophagitis in adult asthmatics. *J Gastroenterol Hepatol* 1999; 14: 715–722
- ²⁰ Field SK, Sutherland LR. Does medical antireflux therapy improve asthma in asthmatics with gastroesophageal reflux? A critical review of the literature. *Chest* 1998; 114: 275–283
- ²¹ O'Connor JF, Singer ME, Richter JE. The cost-effectiveness of strategies to assess gastroesophageal reflux as an exacerbating factor in asthma. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 3658
- ²² Kiljander TO, Salomaa ER, Hietanen EK et al. Gastroesophageal reflux in asthmatics: A double-blind, placebo-controlled crossover study with omeprazole. *Chest* 1999; 116: 1257–1264
- ²³ Fang J, Bjorkman D. A critical approach to noncardiac chest pain: pathophysiology, diagnosis and treatment. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 958–968
- ²⁴ Alban-Davies H, Jones D, Rhoades J. Esophageal angina as the cause of chest pain. *J Am Med Assoc* 1982; 248: 2274–2278
- ²⁵ DeMeester T, O'Sullivan G, Bermudez G et al. Esophageal function in patients with angina-type chest pain and normal coronary angiograms. *Ann Surg* 1982; 196: 488–498
- ²⁶ Hewson E, Sinclair J, Dalton C et al. 24-hour esophageal pH monitoring: The most useful test for evaluating noncardiac chest pain. *Am J Med* 1991; 90: 576–583
- ²⁷ Fass R, Fennerty MB, Johnson C et al. Correlation of ambulatory 24-hour pH monitoring results with symptom improvement in patients with noncardiac chest pain due to gastroesophageal reflux disease. *J Clin Gastroenterol* 1999; 28: 36–39
- ²⁸ Fass R, Fennerty MB, Ofman JJ et al. The clinical and economic value of a short course of omeprazole in patients with noncardiac chest pain. *Gastroenterology* 1998; 115: 42–49
- ²⁹ Pandak WM, Arezo S, Everett S et al. Short course of omeprazole: a better first diagnostic approach to non-cardiac chest pain than endoscopy, manometry, or 24-h esophageal pH monitoring. *J Clin Gastroenterol* 2002; 35: 307–314
- ³⁰ Achem SR, Kolts BE, MacMath T et al. Effects of omeprazole versus placebo in the treatment of non-cardiac chest pain and gastroesophageal reflux. *Dig Dis Sci* 1997; 42: 2138–2145
- ³¹ Singh S, Richter J, Hewson E et al. The contribution of gastroesophageal reflux to chest pain in patients with coronary artery disease. *Ann Intern Med* 1992; 117: 824–830