



HNO

Zentrum Biedron Rehbein

*Chronische Halsentzündung
bei*

Magensäure-Reflux

Aus den genannten Gründen wird die pH-Metrie im internationalen Schrifttum als Goldstandard für die Diagnose eines EERD angesehen, sofern die Messung gezielt in den betroffenen Bereichen, üblicherweise im Rachen, erfolgt. Die korrekte Lage wird, wie bei der Diagnostik des Kehlkopfs, mit einem Endoskop kontrolliert.

Magenspiegelung, radiologische Verfahren einschließlich der Röntgen-Breischluck-Untersuchung, Druckmessungen in der Speiseröhre (Ösophagus-Manometrie) sowie der Nachweis von Galle in der Speiseröhre (Bilirubin-Test) sind weiterführende, zumeist ergänzende Maßnahmen nach Sicherung oder Ausschluss eines EERD.

Therapie

Die Grundlage einer Refluxtherapie besteht in entsprechenden Verhaltensregeln. Das Informationsfeld „Diätmaßnahmen“ führt Faktoren auf, die reduziert werden sollten, da sie sonst zu übermäßiger Säurebildung führen. Es ist ausserdem zu empfehlen, das Kopfende vom Bett um ca. 10cm hoch zu lagern, ohne die Matratze abzuknicken. Darüber hinaus wird Magensäure-Reflux auch durch Übergewicht begünstigt.

Diätmaßnahmen

- keine scharfen Gewürze
- keine zu heißen oder zu fettigen Speisen
- keine säurehaltigen Speisen und Getränke
- keine Mahlzeiten nach 18 Uhr
- keine Süßigkeiten, insbesondere Schokolade
- kein Kaffee, eventuell auch schwarzer Tee
- nichts Gegrilltes, Gebratenes oder Getoastetes
- Alkohol- und Nikotinkarenz
- viele kleinere Mahlzeiten

Sollte sich unter den vorgenannten Maßnahmen keine Besserung einstellen, erfolgt eine medikamentöse Therapie mit dem Ziel, die Magensäure zu neutralisieren oder die Säureproduktion zu vermindern. Die Medikamente können, wie bereits erwähnt, auch im Rahmen der Diagnosefindung zum Einsatz kommen. Da es gelegentlich bis zu 6 Monate dauert, bis sich unter ausreichender Therapie ein Erfolg einstellt und etwa bei PPI die Dosis bis zum 4-fachen der Ausgangsdosierung gesteigert werden kann, ist ein objektives diagnostisches Instrument für die Therapiekontrolle hilfreich. Auch hier kann die pH-Metrie eingesetzt werden.

Bei ausbleibendem Erfolg einer konservativen Therapie, aber auch bei entsprechenden Befunden der weiterführenden Diagnostik (z.B. Zwerchfellhernien, Ausstülpungen der Speiseröhre) sollte auch eine operative Therapie erwogen werden. Die Erfolgsaussichten einer Operation bei Menschen, die etwa auf eine Tabletten-therapie nicht ansprechen, werden im Schrifttum kontrovers beurteilt. Die Begründung für eine solche Behandlung sollte deshalb für jeden Betroffenen individuell geprüft werden.

Bei Fragen und für weitere Informationen stehen wir gerne zu Ihrer Verfügung.

*Ihr Team des HNO Zentrums Ruhrquartier
Dr. med. Slavomir Biedron
Anselm Rehbein*

HNO Zentrum Ruhrquartier
Dr. med. Slavomir Biedron und Anselm Rehbein
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Bahnstraße 4
45468 Mülheim an der Ruhr
Telefon: 0208 360010
Email: mail@hno-ruhrquartier.de
Internet: www.hno-ruhrquartier.de



Magensäure-Reflux bis zum Hals

Sodbrennen und saures Aufstoßen gelten als klassische Refluxsymptome und werden meist eindeutig mit einer gastro-ösophagealen Refluxkrankheit (GERD; Gastro Esophageal Reflux Disease) in Verbindung gebracht.

Die Ursache unspezifischer Hals-Beschwerden wie Heiserkeit, Räusperzwang, Kloß-/ Verschleimungsgefühl, Schluckstörungen und trockener Reizhusten ist oft weniger eindeutig. Besonders wenn kein Sodbrennen vorliegt, was bei Säurereflux in den Rachen in der Hälfte der Fälle vorkommen kann, ist die Diagnose erschwert.

Der laryngopharyngeale Reflux mit Übersäuerung und chronischer Entzündung von Rachen und Kehlkopf wird deshalb oft als atypischer Reflux bezeichnet. In Analogie zum GERD spricht man auch von EERD (Extra Esophageal Reflux Disease).

Mögliche Folgen

Oft kommt es zu chronisch-entzündlichen Veränderungen der betroffenen Schleimhaut. Dabei können etwa auf Grundlage der chronischen Kehlkopfentzündung hartnäckige Schwellungen der Stimmlippen entstehen (Reinke-Ödem), die eine zusätzliche Verschlechterung der Stimme verursachen. Auch lassen sich Stimmlippenpolypen, Granulome und Stimmlippenknötchen, vor allem im rückwärtigen Teil des Kehlkopfs, auf eine chronische Schädigung durch einen erhöhten Säuregrad zurückführen.

Magensäure, ebenso wie saure Gase aus dem Magen, können auch in Luftröhre und Bronchien übertreten und hier chronische (z.B. Bronchitis), bei langdauernder Schädigung auch irreversible (z.B. Bronchiektasien), Veränderungen hervorrufen.

Darüber hinaus wird ein erhöhter Säuregrad im Rachen für weitere chronische Erkrankungen an Kopf und Hals verantwortlich gemacht. So können wiederkehrende kindliche Polypen (Adenoide) auf

ein EERD zurückzuführen sein. Dies gilt auch für chronische Nasennebenhöhlenentzündungen. Chronische Mittelohrbeschwerden und eine gestörte Mittelohrbelüftung (Mittelohrkatarrh) können sowohl indirekt, nämlich durch eine entzündliche Schwellung der Nasenrachen-Schleimhaut, als auch direkt (im Mittelohr wurde bereits das Magenenzym Pepsin nachgewiesen) durch einen Säurereflux verursacht werden.

Der Säurereflux kann zudem den Mundraum beeinflussen und zu Mundgeruch, Zungenbelag, Brennen im Mundraum, Zahnfleischentzündung und Zahnschäden führen.

Wichtige begünstigende Faktoren für das Auftreten der genannten Beschwerden sind Rauchen, übermäßige Stimmbelastung, Austrocknen der Atemwege und unzureichende Flüssigkeitsaufnahme.

Diagnostik

Die Diagnostik beginnt meist mit einer Schilderung der Beschwerden durch den Betroffenen. Dies lässt sich durch standardisierte und validierte Fragebögen vereinfachen und systematisieren – ein etabliertes Inventar ist z.B. der Reflux-Symptom-Index (RSI), den Sie über unsere Homepage herunterladen können. Darüber hinaus sind auch Angaben zu den Ernährungsgewohnheiten und den eingenommenen Medikamenten hilfreich.

Es folgt die fachspezifische HNO-Untersuchung und insbesondere die Endoskopie des Kehlkopfs. Dies erfolgt entweder über den geöffneten Mund oder auf Wunsch auch schonend mit einem flexiblen, hochauflösenden Video-Endoskop über die betäubte Nase, mit der Möglichkeit, den Befund anschließend am Bildschirm zu demonstrieren. Diese Untersuchung ist in vielen Fällen wegweisend. Die typischen Entzündungszeichen am Kehlkopf können jedoch auch fehlen.

Bei Vorliegen typischer Beschwerden (optimal wenn zusätzlich eindeutige Entzündungszeichen am Kehlkopf

nachgewiesen sind) können versuchsweise Medikamente gegeben werden, welche die Magensäureproduktion vermindern (Protonenpumpenhemmer; PPI). Dies erfolgt in der Regel zwei Mal täglich für 2 Monate. Stellt sich ein Behandlungserfolg ein, so gilt die Diagnose als gesichert.

Als Nachteile dieser Vorgehensweise werden angesehen:

1. Auftreten von Nebenwirkungen einer möglicherweise unnötigen Therapie
2. Zunahme der Säureproduktion im Magen, wenn die Medikamente bei einem nicht erhöhten Säuregrad eingenommen werden (Rebound-Effekt)
3. um die vorhandenen Beschwerden zu lindern, kann eine längere und/ oder höher dosierte Medikamenteneinnahme notwendig sein, so dass sich aus dem Ausbleiben des Therapieerfolgs keine entscheidende Aussage ableiten lässt

Eine objektive Methode zur Abbildung des Säuregrades ist die pH-Metrie. Diese erfolgt häufig als Langzeit-Messung für Magen und Speiseröhre. Dafür wird ein dünner, mit Messkontakten versehener Schlauch über die Nase bis in den Magen vorgeschoben. Die korrekte Positionierung wird dabei auf indirekte Weise sichergestellt.

Eine Messung in Magen und Speiseröhre eignet sich jedoch nur bedingt für die Diagnose eines EERD, da die Schleimhaut von Rachen und Kehlkopf weniger widerstandsfähig gegen Säure ist, als in den tieferen Abschnitten des Speiseweges. Somit kann ein Säuregrad, der etwa die Speiseröhre nicht schädigt, schon zu einer chronischen Rachen- und Kehlkopfentzündung führen. Dies wäre auch der Grund für das Fehlen von Sodbrennen. Außerdem erfolgt im Normalfall kein vollständiger Ausgleich der Säurekonzentration zwischen Speiseröhre und Rachen, so dass eine auffällige Messung in der Speiseröhre keine eindeutige Aussage für den Rachen zulässt.