

Die Crux mit dem Reflux

Das spezialisierte Team im Cellitinnen-Krankenhaus St. Antonius weiß bei saurem Aufstoßen zu helfen.

Viele kennen es: Nach fettigem oder zu scharfem Essen oder auch nach Kaffeegenuss kann es schon Mal unangenehm in der Speiseröhre brennen. Was aber, wenn die Speiseröhre nicht nur gelegentlich brennt? Und sich ein dauerhafter Reflux, also ein saures Gefühl in der Speiseröhre, häufig gepaart mit unangenehmem Aufstoßen, entwickelt? Im Cellitinnen-Krankenhaus St. Antonius ist das Team der Allgemein- und Viszeralchirurgie rund um Chefarzt Professor Dr. Jan Brabender in Sachen Reflux spezialisiert und bietet das komplette Versorgungsspektrum.



Dr. Oliver Gellersen, Leiter der Refluxchirurgie

Etwa 20 Prozent der Menschen in den westlichen Ländern leiden unter einer Refluxerkrankung. Unter einem gastroösophagealen Reflux versteht man den Rückfluss von Mageninhalt in die Speiseröhre (gastroösophageal= den Magen und die Speiseröhre betreffend). Hauptsymptom ist dabei das Sodbrennen.

Häufig liegt es daran, dass der untere Speiseröhrenschließmuskel nicht vollständig den Übergang von der Speiseröhre in den Magen abschließt und somit Magensäure entweichen kann. Grund für den nicht ausreichend funktionierenden Muskel ist in der Regel ein Zwerchfellbruch. Begünstigende Faktoren sind zudem das Rauchen, Kaffee, Alkohol, zu fettreiches Essen und Stress.

Vor dem Behandlungsplan steht die ausgiebige Diagnostik. Mithilfe von pH-Metrie wird festgestellt, ob ein Säurerückfluss vorliegt und wie weit dieser ausgeprägt ist. Die Ösophagus-

Manometrie zeigt Probleme beim Schlucken und Transport der Speiseröhre sowie der beteiligten Muskeln auf. (Eine Ösophagus-Manometrie wird im Sitzen durchgeführt. Dafür wird eine dünne Messsonde über die Nase in die Speiseröhre bis in den Magen eingeführt. Während der Untersuchung trinkt der Patient in regelmäßigen Abständen kleine Mengen Wasser.)

„Im ersten Behandlungsschritt versuchen wir in der Regel, unseren Patienten mit einer konservativen Therapie Linderung zu verschaffen“, erklärt Oberarzt Dr. med. Oliver Gellersen, Leiter Reflux. „Liegt jedoch ein größerer Zwerchfellbruch vor, ist eine Operation ratsam.“ Dabei wendet das Team im Cellitinnen-Krankenhaus St. Antonius routinemäßig die minimal-invasive Technik Fundoplikatio an. Hierbei wird ein Teil der Magenwand

wie eine Manschette um die Speiseröhre geschlungen und somit der Rückfluss von Magensäure vermieden.

Ist der Zwerchfellbruch noch nicht so stark ausgeprägt, greifen die Experten auf das sogenannte LINX-Bändchen zurück. Dabei handelt es sich um eine kleine Magnetkette, die um den unteren Teil der Speiseröhre gelegt wird und somit die Aufgabe des Schließmuskels übernimmt.

Bleibt ein Reflux unbehandelt, kann die ständig hochsteigende Magensäure das Gewebe der Speiseröhre angreifen und es sogar bösartig verändern. Damit es nicht so weit kommt, wird die minimal-invasive Barrx-Ablation eingesetzt, bei der mit einer Sonde das betroffene Gewebe verodet und somit das Risiko von Folgeerkrankungen stark reduziert wird. (S.Sch.)

Die plötzliche Rückkehr der Lebensqualität

Wie Operationen bei Bandscheibenvorfällen zu Schmerzfreiheit führen.

Mir ist egal, was Sie tun, aber tun Sie etwas“ – wenn ein Patient mit einem solchen oder ähnlichem Satz in die Sprechstunde kommt, weiß Dr. Yorck Rommelspacher, dass vor ihm ein Mensch mit großem Leidensdruck steht. Er ist Chefarzt der Wirbelsäulenchirurgie im Cellitinnen-Severinsklösterchen Krankenhaus der Augustinerinnen und erlebt häufig Menschen mit ausgeprägten Schmerzen. Die Rede ist von Patienten mit einem Bandscheibenvorfall, der – anders als oft erwartet – nur geringe Rückenschmerzen, dafür aber umso stärkere Schmerzen in Armen oder Beinen auslöst. „Bei einem Bandscheibenvorfall sind Nerven oder das Rückenmark ständigem Druck ausgesetzt, oft werden Nervenstrukturen geradezu wundgerieben. Das führt zu starken, manchmal unerträglichen Schmerzen“, erklärt Professor Dr. Viola Bullmann, Chefärztin der Wirbelsäulenchirurgie im Cellitinnen-Krankenhaus St. Franziskus.

In den allermeisten Fällen wird ein Bandscheibenvorfall konservativ behandelt. Mit gezielten Injektionen, Physiotherapie und Schmerzmitteln werden die Schmerzen reduziert und die Mobilisation gefördert. In einigen Fällen kann der Bandscheibenvorfall durch körpereigene Umbauprozesse abge-

baut und somit aufgelöst werden. Es gibt aber auch Situationen, in denen eine Operation dringend empfohlen wird. „Eine so genannte ‚rote Flagge‘ sind für uns Lähmungserscheinungen und Störungen wie plötzlich auftretende Inkontinenz“, so Rommelspacher. Seine Kollegin Bullmann ergänzt: „Wenn die konservative Behandlung nach sechs bis acht Wochen keinen Erfolg zeigt oder der Betroffene unter extremen Schmerzen leidet, sollte ebenfalls eine Operation in Betracht gezogen werden.“ Und manchmal sind es auch einfach die Lebensumstände des Einzelnen, die eine Operation zur besseren Option werden lassen.

Der mikrochirurgische Eingriff wird über einen kleinen Schnitt durchgeführt, ist sehr risikoarm und mit einem nur kurzen stationären Aufenthalt verbunden. Und „für uns Ärzte eine der dankbarsten Operationen überhaupt“, so Bullmann. „Weil den Patienten die Erleichterung nach der Operation geradezu ins Gesicht geschrieben ist.“ Und auch Rommelspacher weiß: „Wenn ein Patient, der vor der OP kaum laufen konnte, direkt nach dem Eingriff wieder bis ins Bad gehen kann, dann ist das eine kaum beschreibbare Wiederherstellung der Lebensqualität.“ (E.L./I.G.)

