

## **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Mit diesem Informationsblatt zu Ihrer Erkrankung möchten wir Laien und Patienten in allgemein verständlicher Sprache Information bieten. Wir glauben, dass mehr Wissen um Körper und Krankheit das Verständnis für Betroffene, die Mitarbeit bei der Behandlung und die Eigenverantwortung für Gesundheit verbessern kann.

- Reflux bezeichnet das Zurückfließen von Magensaft und Mageninhalt in die Speiseröhre und ist in geringem Ausmaß normal, mit stärkerer Ausprägung wird er zur Krankheit. **Jeder fünfte** Erwachsene hat regelmäßige Refluxbeschwerden, **jeder zehnte** hat starken Reflux
- **Konsequente Behandlung** ist sinnvoll, von bedarfsweisen Antazida oder Alginaten über wochen- oder monatelange Protonenpumpenhemmer- oder Histamin-2-Blocker-Einnahme bis zur Antirefluxoperation.
- Gewichtsreduktion, aufrecht Bleiben nach dem Essen, erhöhtes Schlafen und Vermeiden von Weißwein, Sekt und Süßigkeiten sind **einfache Maßnahmen** zur Minderung des Reflux.
- Die Antirefluxoperation (**Fundoplicatio**) wird erwogen bei großer Hiatushernie oder ungenügender Wirkung oder Unverträglichkeit oder Ablehnung der medikamentösen Therapie.
- **Barrett-Ösophagus** bezeichnet den Ersatz der unteren Speiseröhrenschleimhaut durch Magen-Darmschleimhaut (Zylinderepithel mit intestinaler Metaplasie). Etwa 1% aller Erwachsenen und 10% der Refluxpatienten entwickeln einen Barrett-Ösophagus. Das Ausmaß wird durch die Pragklassifikation (Rundherum-Länge in cm / Maximale Länge in cm – z.B. C2M5) angegeben. Das Risiko einer malignen Entartung beträgt etwa 0,2% pro Jahr, also z.B. in 20 Jahren 4% oder einer von 25.
- Wir wollen Patienten mit **Barrett finden**, um durch Überwachung eine Umwandlung in ein Karzinom so früh wie möglich zu erkennen. Daher werden Patienten mit hartnäckigem Sodbrennen endoskopiert, ebenso Patienten mit Schluckstörung, unabsichtlichem Gewichtsverlust oder Bluterbrechen bzw. schwarzem Stuhl.

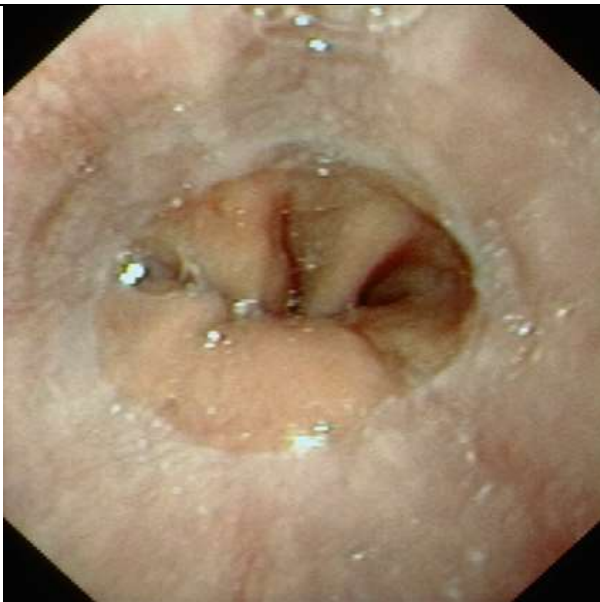
Da man den Barrett selbst nicht spürt, wäre es für alle Männer mit Übergewicht und regelmäßigem Alkohol- oder Nikotinkonsum (typische Risikogruppe) um ca. 50 ratsam, eine Gastroskopie durchführen zu lassen, vielleicht gleichzeitig mit der ersten Vorsorgecolonoskopie

- Zur **Überwachung** werden Patienten mit kurzem Barrett (bis 3cm Länge) alle 5 Jahre, mit langem Barrett alle 3 Jahre wieder endoskopiert. Barrett bis 1cm Länge wird nicht kontrolliert. In den Biopsien findet man ggf. geringgradige oder hochgradige Dysplasien bzw. ein Frühkarzinom.

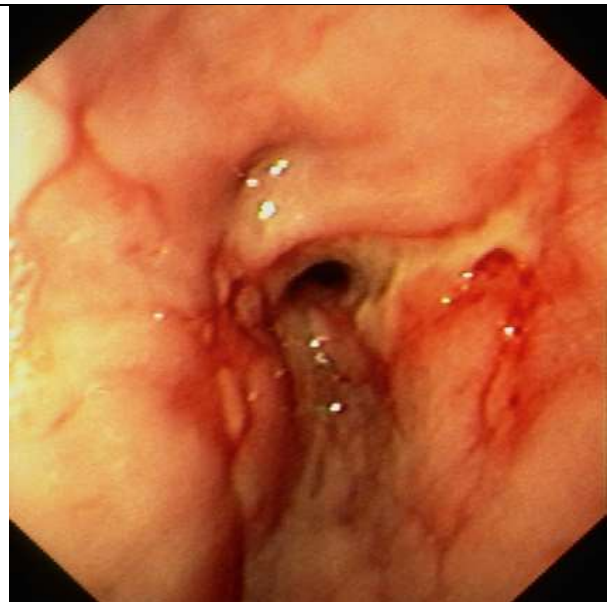
Patienten mit Barrett werden unabhängig von Beschwerden lebenslang mit einem Protonenpumpenhemmer in Standarddosis prophylaktisch behandelt.

Durch Pathologen-Zweitmeinung bestätigte Dysplasien werden mit endoskopischer Mukosaresektion (EMR) oder Submukosadisektion (ESD) oder durch Radiofrequenzablation beseitigt und der Ösophagus kann in diesen frühen Stadien im Unterschied zu weiter fortgeschrittenen Formen meist erhalten werden.

- **Wie kann ich als Patient mitwirken:** keine großen Mahlzeiten am Abend, wenig Weißwein, Sekt und Mehlspeisen bzw. Süßigkeiten, nicht rauchen, Körpergewicht niedrig halten, Prinzipien der medikamentösen Therapie verstehen und dementsprechend einnehmen
- **Wann soll ich den Hausarzt aufsuchen:** bei neuerlichem Auftreten von Sodbrennen und saurem Aufstoßen, bei Husten, Heiserkeit oder Atemnot
- **Wann soll ich die Spitalsambulanz aufsuchen:** bei Zurückfließen von Essen in den Mund, bei Schluckstörung, bei Bluterbrechen, bei schwarzem Stuhl, bei unabsichtlichem Gewichtsverlust



gesunder unterer Ösophagus



schwere Refluxösophagitis mit Einengung



Barrett-Ösophagus ohne Dysplasie



Barrett-Ösophagus mit Dysplasie