

Dr.med. Rudolf Hermann
Facharzt FMH für Innere Medizin
speziell Gastroenterologie
Steigstrasse 40
CH-8200 Schaffhausen

Telefon
+41 (0)52 625 16 91
Telefax
+41 (0)52 624 90 10
e-mail
hermann@hepaline.ch

24-Stunden-Oesophagus-pH-metrie

Die typischen Symptome der gastro-ösophagealen Refluxkrankheit - Sodbrennen und saures Aufstoßen – haben eine hohe Spezifität (~90%), jedoch eine geringe Sensitivität (~40%)¹ für das Vorliegen der Krankheit. Fehlende Symptome, und dies ist besonders bei metaplastischen Veränderung (Barrett-Metaplasie) von Bedeutung, lassen deshalb eine gastro-ösophageale Refluxkrankheit nicht ausschliessen.

Die meisten Patienten mit Refluxbeschwerden haben zudem keine endoskopischen Refluxläsionen; auch die Intensität oder Charakteristik der Beschwerden korreliert nur schlecht mit dem endoskopischen Befund². Beim Vorliegen atypischer Beschwerden ist die Diagnostik zusätzlich erschwert.

Häufig wird als erste diagnostische Stufe ein ‚**Omeprazol-Test**‘ – 40mg Omeprazol morgens und 20mg spät abends während 7 Tagen – durchgeführt, welcher wohl eine relativ hohe Sensitivität von 80%, jedoch nur eine geringe Spezifität von 40% aufweist³.

In Ergänzung zu Klinik, ‚Omeprazol-Test‘ und Endoskopie kann v.a. in diagnostisch schwierigen Situationen die 24-Stunden-Oesophagus-pH-metrie weiterhelfen.

1. Indikationen zur 24-Stunden-Oesophagus-pH-metrie⁴:

1.1. Gesicherte Indikationen:

- Abklärung von Patienten mit **persistierenden Refluxbeschwerden unter PPI-Therapie**
 - zur Bestätigung der Diagnose nach Absetzen der PPI-Therapie
 - zum Symptom-Scoring unter Fortsetzung der PPI-Therapie
- Präoperative Abklärung **vor Fundoplikatio** bei Endoskopie-negativen Patienten mit chronischen Refluxbeschwerden (Vorbereitung A)
- Postoperative Abklärung **nach Fundoplikatio** bei Verdacht auf Persistenz von Säurereflux (Vorbereitung A)

1.2. Mögliche Indikationen:

- *Abklärung von Patienten mit persistierenden atypischen Thoraxschmerzen nach negativer kardiologischer Abklärung und erfolgloser PPI-Therapie während mindestens 4 Wochen. Symptomaufzeichnung während pH-metrie erwünscht.*
(Vorbereitung A)
- *Abklärung von Patienten mit persistierenden atypischen Refluxbeschwerden (Laryngitis, Pharyngitis, chronischer Husten) trotz PPI-Therapie während mindestens 4 Wochen*
(Vorbereitung B)
- *Dokumentation einer begleitenden gastro-ösophagealen Refluxkrankheit bei nicht-allergischem Asthma bronchiale des Erwachsenen. Ein positiver Test bestätigt die Kausalität nicht!*
(Vorbereitung B)

1.3. Keine Indikation:

- Diagnose einer Refluxösophagitis (=endoskopische Diagnose)
- Abklärung von Alkalireflux

1.4. Kontraindikationen:

- Oesophagusvarizen
- Schwere kardiale Rhythmusstörungen

Vorbereitung:

- A** Säure-Suppressions-/Prokinetika-Therapie vor Messung **absetzen**
- Antazida: 24 Stunden
 - H2-Blocker und Prokinetika: 48 Stunden
 - PPI: 1 Woche vorher (mit H2-Blocker/Antazida Symptome überbrücken)
- B** Säure-Suppressions-/Prokinetika-Therapie **fortsetzen**

A+B Die Untersuchung soll in nüchternem Zustand begonnen werden.
Während der Untersuchung können Kardiaka außer Calcium-Antagonisten und Nitraten weiter eingenommen werden.

2. Auswertung - Normwerte:

| Messung | Normwert |
|-------------------------------------|--------------|
| • Gesamtzeit mit pH <4 | < 4.8% |
| • Zeit mit pH < 4 Position aufrecht | < 8.3% |
| • Zeit mit pH < 4 Position liegend | < 3.4% |
| • Anzahl Refluxepisoden > 5 Minuten | < 5 |
| • Anzahl Refluxepisoden total | < 51 |
| • Längste Refluxepisode | < 20 Minuten |
| • DeMeester Score | < 14.7 |

Referenzen:

- 1 Klauser AG et al. Symptoms in gastro-oesophageal reflux disease. *Lancet* 1990;335:205-208.
- 2 Pace F. et al. Natural history of gastro-oesophageal reflux disease without oesophagitis. *Gut* 1991;32(8):845-848.
- 3 Fass R. et al. Evaluation of the 'Omeprazol-Test' in patients with typical symptoms of gastroesophageal reflux disease (GERD). *Gastroenterology* 1997;112:A114.
- 4 American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Guidelines on the use of esophageal pH recording. *Gastroenterology* 1996;110:1981-1996.