

Therapie

# Therapie

## Initial-Therapie<sup>1-3</sup> (Kurzzeitstrategie)

- Therapiestufe I  
*(bei fehlenden Alarmsymptomen)*
- Therapiestufe II<sup>1</sup>  
*(bei Symptom-Rezidiv oder Persistenz)*

## Dauer-Therapie<sup>1-3</sup> (Langzeitstrategie)

# Initialtherapie

## Therapeutische Kurzzeitstrategie

- **Therapiestufe I**

*(bei fehlende Alarmsymptomen)*

- Aufklärung
- Verhaltensänderung, diätetische Massnahmen inkl. Gewichtsreduktion von geringem Nutzen
- Absetzen von Calcium-Antagonisten und Nitraten
- Antazida, H2-Blocker, PPI
- Bei Symptom-Rezidiv oder -Persistenz:  
PPI low dose 4 Wochen

# Initialtherapie

## Therapeutische Kurzzeitstrategie

- **Therapiestufe II**

*(bei Symptom-Rezidiv oder Persistenz)*

- Reflux-Oesophagitis 0-I (A-B)

- PPI low dose während 4 Wochen

- Reflux-Oesophagitis II-III (C-D)

- PPI full dose während 8-12 Wochen

- Reflux-Oesophagitis IV

- Bei Ulkus/Striktur individualisiertes Vorgehen
- Bei Barrett-Metaplasie spezifisches Therapie- und Nachsorge-Programm

# Therapie

## Therapeutische Kurz-/Langzeitstrategie

- Bei 50-80% der Refluxpatienten treten nach initial erfolgreicher Therapie innerhalb eines Jahres Rezidiv-Beschwerden auf, welche ein Langzeit-Management erfordern
- Das Langzeit-Management richtet sich v.a. nach dem Schweregrad der Erkrankung

# Langzeithherapie

## Therapeutische Langzeitstrategie

- **Reflux-Oesophagitis ohne Barrett-Metaplasie**
  - **Reflux-Oesophagitis 0-I (A-B)**
    - Intervall-Therapie von wenigen Tagen (Grad 0) bis zu 4 Wochen (Grad 0-1)
    - ‚Step-Down-Prinzip‘ beginnend mit H2-Blocker oder PPI, welcher als Initialtherapie wirksam war
    - Gute Korrelation von Klinik und endoskopischem Befund, daher keine Kontroll-Endoskopie
  - *Reflux-Oesophagitis II-III (C-D)*

# Langzeithherapie

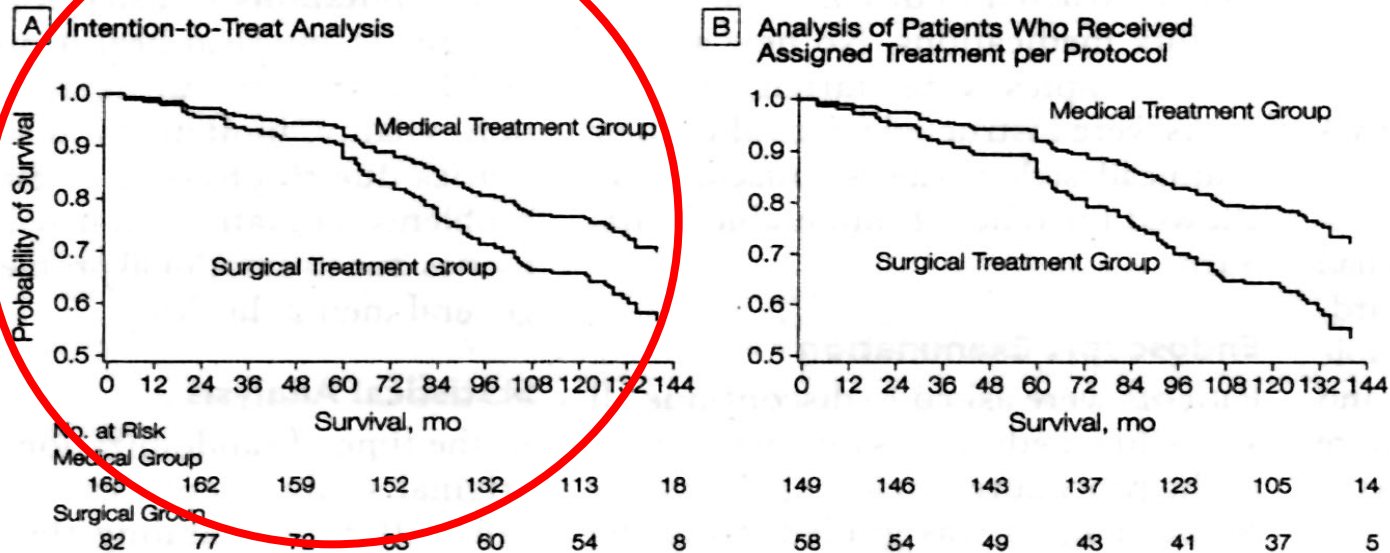
## Therapeutische Langzeitstrategie

- Reflux-Oesophagitis ohne Barrett-Metaplasie
  - *Reflux-Oesophagitis 0-I (A-B)*
  - Reflux-Oesophagitis II-III (C-D)
    - PPI-Dauertherapie praktisch immer erforderlich
    - Einmalige Re-Endoskopie zur Sicherung der Heilung und Ausschluss einer Barrett-Metaplasie
    - Bei Erfordernis zur PPI-Dauertherapie >1 Jahr und Alter <40 in speziellen Situationen Fundoplikatio erwägen

# Fundoplikatio

Long-term outcome of medical and surgical therapies for GERD<sup>1</sup>

**Figure.** Kaplan-Meier Survival Curve for Medical and Surgical Patients by Intention to Treat and for Those Who Received Treatment per Protocol



In the intention-to-treat analysis and among patients who received treatment per protocol, survival was significantly decreased in the surgical group (relative risk, 1.57; 95% confidence interval, 1.01-2.46;  $P = .047$  and relative risk, 1.89; 95% confidence interval, 1.14-3.13;  $P = .01$ , respectively).

[1] Spechler, JAMA 2001;285 (18):2331-2337



# Fundoplikatio

Long-term outcome of medical and surgical therapies for GERD<sup>1</sup>

Outcomes	Medical Treatment Group [n=165; follow-up 10.6y]	Surgical Treatment Group [n=82; follow-up 9.1y]	p Value
GRACI-Score*			
- while taking medication	83.1 (13.7)	78.7 ( 9.5)	0.7
- while not taking medication	96.7 (21.4)	<b>82.6</b> (17.5)	0.03
Endoscopic grade of esophagitis	<b>1.9</b> ( 1.2)	<b>1.8</b> ( 0.1)	0.76
24-h-esophagus pH<4 [%]	31.0 (61.6)	<b>17.1</b> (41.1)	0.5
Using antireflux medication regularly [%]			
- All	92	<b>62</b>	<0.001
- PPI	64	32	0.002
- H2-receptor blockers	65	41	0.02
- Prokinetics	15	8	0.39
Antireflux-OP since first study part [%]	10	16	0.38
Treatment for stricture [%]	8	14	0.46
Esophageal-Cancer [%]	<b>2.4</b>	<b>1.2</b>	0.1

\*GRACI = GERD Activity Index (Min. 74; Max.172)

# Fundoplikatio

- Verminderung der PPI-Therapie
- Verminderung der Reflux-Oesophagitis
- Verhinderung des Oesophagus-Karzinoms bei GERD oder Barrett-Oesophagus



**Keine Indikationen für Reflux-Chirurgie<sup>1,2</sup>**