

# Diagnostik und Therapie der Refluxkrankheit

## Diagnostischer Beitrag des Pathologen im interdisziplinären Spielfeld der Refluxkrankheit

Mit Interesse haben wir in der Ausgabe des „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2009, die Veröffentlichung von PD Dr. med. habil. Christian Möbius zur Diagnostik und Therapie der Refluxkrankheit gelesen.

Der Autor leitet damit ein, dass die Refluxerkrankung eine interdisziplinäre Herausforderung einer Volkskrankheit ist, weist auf wissenschaftlich belegten ausbaufähigen Therapiebedarf hin und stellt pathogenetische Ursachen einleuchtend dar. In den weiteren Ausführungen im Artikel werden die basalen diagnostischen Möglichkeiten der Refluxösophagitis wie Anamnese, Protonenpumpenhemmer-Test, Endoskopie mit hochauflösenden Videoendoskopen zur Erfassung der mukosalen Schädigung oder Erfassung von einer erosiven (ERD) und non-erosiven (NERD) Verlaufsform aufgezählt und darüber hinaus spezielle endoskopische Techniken wie Vergrößerungsendoskopie, Anfärbung suspekter Schleimhautareale mit Essigsäure oder Farbstoffen (Chromoendoskopie) und spezielle Darstellung der Gefäße (zum Beispiel narrow banding imaging) diskutiert. Neben der endoskopischen Diagnostik finden durch den Autor auch weiterführende diagnostische Mittel wie 24-Stunden-pH-Metrie, 24-Stunden Messung mittels „Billitec“ Sonde, Impedanzmessung, Manometrie und Röntgenkontrastmitteldarstellung Erwähnung. Ausdrücklich wird im Artikel darauf hingewiesen, dass die Endoskopie in dieser Vielfalt der diagnostischen Möglichkeiten unverzichtbar und ebenso zur Überwachung von Folgeerkrankungen (Barrett-Metaplasie, Barrett-Karzinom, Plattenepithelkarzinom des Ösophagus) immanent wichtig ist.

In diesem Punkt haben wir eingehende Worte auf die Möglichkeit der einfachen Endoskopie zur standardisierten diagnostischen Entnahme

### Synopsis der histologischen Graduierung der Refluxösophagitis

Klassifikation nach Elster (12)	makroskopisch/endoskopisch	mikroskopisch (13)
Stadium I Hyperregeneratorische Ösophagopathie	unauffällig	Hyperplastische Basalzellen, verlängerte und hyperämische bindegewebige Papillen, Granulozyten (Lymphozyten)
Stadium II Erosive Ösophagitis	rötlich gestreift, bei fibrinoiden Nekrosen weißlich fleckig	Erosionen, fibrinoide Nekrosen, granulozytäre Infiltrate, evtl. Pseudomembranen
Stadium III tiefe Nekrose und Stenosierung	evtl. tumorverdächtig wegen polypösem Granulationsgewebe	tiefe Nekrosen, Granulationspolypen

von Gewebeproben (Biopsien) aus Ösophagus, der Z-Linie oder der Kardia mit nachfolgender histologischer Untersuchung durch den Pathologen vermisst. Täglich erhält der Pathologe nicht nur bei einer endoskopisch-positiven Refluxkrankheit, sondern auch bei endoskopisch-negativen, aber anamnestisch-positiven Befunden, Biopsien aus dem gastroösophagealen Übergang, um einfach, schnell, mit hoher Spezifität und Sensitivität sowie preiswert die Verdachtsdiagnose einer Refluxerkrankung zu verifizieren, von anderen Ursachen (mechanisch durch Sonden oder medikamentös induziert, bakterielle oder virale Infektionen, Soor und Ischämie) zu diskriminieren, metaplastische Gewebsveränderungen zu verifizieren, im zeitlichen Verlauf zu beschreiben (Barrett-Metaplasie ohne Dysplasie, Barrett-Metaplasie mit low oder high grade Dysplasie) oder bereits eine eindeutige maligne Entartung zu diagnostizieren.

Die vom Autor gestreifte High-Resolution-Endoskopie, die Magnifikationsendoskopie und die sogenannte Endomikroskopie sind in der Literatur

(1-11) derzeit mit unterschiedlich guten diagnostischen Sensitivitäten und Spezifitäten beschrieben und haben sich im klinischen Alltag bisher nicht routinemäßig etabliert. Sie sind sicher potentiell für gezielte Inspektionen zur Verbesserung der Sensitivität der Diagnose einer Refluxösophagitis und ihrer Folgeerkrankungen interessant, müssen sich aber in der sicheren primären Detektion von Läsionen und Dysplasien gegenüber dem Goldstandard der Histologie erst behaupten.

Sie verhelfen möglicherweise zu einer verbesserten „optisch geführten“ Biopsieentnahme (Verbesserung der Spezifität zum Beispiel von der Erkennung von Barrett-Mukosa und Dysplasien). Auch wenn sich international die histologische Bewertung des Schweregrades der Refluxösophagitis nicht vollständig in klinischen Klassifikationen (zum Beispiel nach Savary und Miller) widerspiegelt, wird von Pathologen in Deutschland traditionell eine Graduierung nach K. Elster (12) vorgenommen (siehe Tabelle).

Ebenso ist es Standard bei Pathologen, dass aufgrund der therapeuti-

schen Tragweite und des Fehlens etablierter molekularer oder immunhistochemischer prädiktiver Marker, der Dysplasieschweregrad einer Barrett-Mukosa zusätzlich von einem Referenzpathologen beurteilt wird. Wir stimmen abschließend mit dem Autor darin überein, dass aufgrund der Vielfältigkeit des klinischen Er-

scheinungsbildes, der Diagnostik und der Therapie die Refluxerkrankung ein interdisziplinäres Vorgehen in allen Arbeitsschritten erfordert. Der Pathologe war, ist und wird auch in Zukunft ein zuverlässiger Partner in der Diagnostik und bei der Sicherung und Abklärung von Folgeerkrankungen der Refluxerkrankung sein.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:  
Dr. med. Tobias Kramm,  
Prof. Dr. med. Gunter Haroske  
Institut für Pathologie des Krankenhaus  
Dresden-Friedrichstadt  
Friedrichstraße 41, 01067 Dresden