



©iStock - Antonio\_Diaz

## **DGIM-Symposium „Die vielen Gesichter der Refluxtherapie“ Alginat bei Reflux: Add-on, PPI-Alternative und Step-off-Hilfe**

**Mindestens 12 Millionen Menschen in Deutschland sind von einer Refluxerkrankung betroffen und die Dunkelziffer ist hoch.<sup>1</sup> Die Verwendung von Alginat als Alternative oder Add-on zu Protonenpumpen-Inhibitoren (PPI) bei Gastroösophagealer Refluxkrankheit (GERD) standen nun im Fokus des Industrie-Symposiums „Die vielen Gesichter der Refluxtherapie“ am 18. April 2021 im Rahmen der digitalen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM).**

Professor Dr. Joachim Labenz (Siegen) startete mit einem Überblick über das komplexe Krankheitsbild „Reflux“<sup>2,3</sup> und die Notwendigkeit individualisierter Therapien: Da PPI lediglich den Säurereflux therapieren, könne man häufig nur eine unzureichende Symptomkontrolle bewirken.<sup>4,5</sup> Je nach Art des Refluxes seien Alternativen wie Alginat zur Symptomkontrolle und Mukosaprotektion einsetzbar.<sup>4</sup> Eine PPI-Therapie sei nur bei Reflux-Patienten mit schwerer Ösophagitis, peptischer Strikturen oder Barrett-Ösophagus mit hohem Dys-/Neoplasie-Risiko zwingend notwendig.<sup>6</sup> Bei Alarmsymptomen, auffälliger Familienanamnese sowie nach vier- bis achtwöchiger PPI-Therapie sollte der Befund endoskopisch abgeklärt werden.<sup>3,7</sup> „Denn nicht jeder mit GERD hat typische Refluxsymptome und nicht jeder mit Refluxsymptomen hat eine GERD“, so Labenz.<sup>8-10</sup>

### **Symptomatisches Management statt Übertherapie**

Risikoärmeren Patienten seien Alternativen wie Alginat zu empfehlen.<sup>8</sup> Bei saurem Reflux durch postprandialen Druckanstieg auf die Acid-Pocket würden diese eine Option darstellen, da sie eine physikalische Schutzschicht bilden.<sup>11,12</sup> Auch bei Nicht-erosiver Refluxkrankheit (Non-erosive reflux disease, NERD) sowie bei allgemeinen Refluxbeschwerden seien Alginat geeignet.<sup>13,14</sup> „Zur Vermeidung einer Übertherapie sollte das langfristige medikamentöse Management an den Symptomen ausgerichtet werden“, erläuterte Labenz. Bei ausreichender Symptomkontrolle genüge Alginat und sei auch als Alternative zu PPI oder als Add-on bei Reflux-bedingten Schlafstörungen geeignet.<sup>15-17</sup> Die GERD-Therapie mit Alginaten sei über Jahrzehnte bewährt und ihre Wirksamkeit durch verschiedene randomisierte klinische Studien<sup>18-20</sup> belegt.

### **Auch bei Schwangeren sicher**

Wichtig seien entsprechende Überlegungen bei schwangeren Patientinnen. „Hier sollte ein Step-up-Management erfolgen: Die Basis dieser Pyramide bilden Allgemeinmaßnahmen. Bei unzureichender Symptomkontrolle kann dann die Behandlung mit einem Antazidum, Alginat oder Sucralfat empfohlen werden. Erst bei Versagen können H<sub>2</sub>-Rezeptorantagonisten eingesetzt werden sowie PPI als letzte Option“, führte Labenz durch das Diagramm. Alginat sei bei Schwangeren auch in Kombination mit Antazida effizient, sicher und zeige keine Beeinflussung des Serumnatriumspiegels.<sup>21</sup>

### **Der PPI-refraktäre Patient**

Professor Dr. Ahmed Madisch (Hannover) bot einen Überblick über das Therapieversagen unter PPI.<sup>22,23</sup> Die Ursache könne in Fehldiagnosen, nicht-saurem Reflux, einer zugrundeliegenden funktionellen Störung oder Problemen mit der Acid Pocket liegen.<sup>24</sup> Letztere Manifestationsmöglichkeit sei bei GERD<sup>25</sup> die wichtigste Ursache für PPI-refraktäre Refluxbeschwerden. „PPI sind die Therapie der Wahl für GERD, aber hier gibt es eine relevante therapeutische Lücke“, so Madisch. Alginate seien eine evidente Add-on-Therapieoption bei Refluxbeschwerden und persistierenden postprandialen Restbeschwerden unter PPI.<sup>16,22,26</sup>

### **PPI-Step-off: aus der Praxis lernen**

Professor Dr. Martin Storr (Starnberg) thematisierte die zu häufige off-label-Verschreibung von PPI, das Fortführen befristeter Therapien und den steigenden Verschreibungsdruck.<sup>27</sup> Am Beispiel eines Patienten zeigte er, dass PPI nicht immer die erste Wahl seien: Bei dem übergewichtigen Raucher mit befundfreier ÖGD kämen neben GERD auch Obstipation oder Reizmagen als Diagnose infrage. „Wo möglich, sollte die Langzeiteinnahme von PPI vermieden werden“, so Storr. Allerdings sei der Step-off von einer PPI-Therapie nicht immer einfach – vor allem, wenn sie vorneweg nicht notwendig gewesen sei. Durch einen Gewöhnungseffekt stellten sich auch bei gesunden Menschen nach dem Absetzen eines PPI säureassoziierte Beschwerden ein.<sup>28,29</sup> Ein aufklärendes Gespräch mit den Patienten sowie die Erwägung, ob man den PPI ausschleiche, sei unabdingbar. Möglich sei eine einfache Methode, bei der der Patient Alginat erhalte, um über diesen Rebound hinwegzukommen. Man könne auch die PPI-Dosis langsam absenken, oder dem Patienten ein standardisiertes Schema zum Ausschleichen anbieten. Für unterschiedliche Menschen müsse man individuelle Schemata anbieten. „Ich habe mir angewöhnt, allen Patienten eine Ausschleich-Überbrückungshilfe anzubieten.“

Die Vorträge des DGIM-Symposiums inklusive der abschließenden Diskussionsrunde stehen noch bis zum DGIM 2022 on-demand zur Verfügung: <https://dqim.meta-dcr.com/kongress2021/events/2021-04-18-13-00-die-vielen-gesichter-der-refluxtherapie-fragen-und-antworten>

#### Über Gaviscon:

Der Hauptwirkstoff von GAVISCON® - ein sogenanntes Alginat - ist rein pflanzlich. Es wird aus der speziellen Alge Laminaria hyperborea gewonnen. Der Wirkstoff Alginat wird vom Körper nicht aufgenommen und somit unverstoffwechselt wieder ausgeschieden. Es sind keinerlei Wechselwirkungen des Alginats mit anderen Medikamenten bekannt. Im Gegensatz zu anderen medikamentösen Maßnahmen hat Alginat in Gaviscon eine physikalische, nicht-systemische Wirkweise. Alginat in Gaviscon reagiert mit der Magensäure und bildet eine zähflüssige Schutzbarriere, die durch den Einschluss von CO<sub>2</sub> aus dem Hydrogencarbonat Auftrieb erhält und auf den Flüssigkeitsspiegel des Magens aufsteigt. Weitere Informationen unter: [www.gaviscon.de](http://www.gaviscon.de)

#### Über Reckitt:

Reckitts\* Antrieb ist es zu schützen, zu heilen und zu pflegen, um jedem eine saubere und gesündere Welt zu ermöglichen. Daher setzen wir uns unermüdlich dafür ein, dass der Zugang zu Hygiene, Wohlbefinden und gesunder Ernährung kein Privileg, sondern ein Grundrecht für jeden Menschen ist. Reckitt ist stolz auf sein weltweit bekanntes und vertrauenswürdigen Produkt-Portfolio in den Bereichen Hygiene, Gesundheit und Ernährung mit Marken wie AirWick, Calgon, Cillit Bang, Clearasil, Dettol, Dobendan, Durex, Enfamil, Finish, Gaviscon, Nurofen, Nutramigen, Sagrotan, Vanish, Veet, Woolite und vielen weiteren. Jeden Tag werden weltweit mehr als 20 Millionen Produkte von Reckitt gekauft. Wir stellen Verbraucher und Menschen immer an die erste Stelle, suchen nach neuen Möglichkeiten, streben in allem, was wir tun, nach Exzellenz und bauen mit all unseren Partnern auf den gemeinsamen Erfolg. Unser Ziel ist es immer, das Richtige zu tun. Wir sind ein vielfältiges globales Team mit mehr als 43.000 Kollegen. Wir schöpfen aus unserer kollektiven Energie, um unsere Ambitionen für Marken mit echtem Mehrwert, einen gesünderen Planeten und eine gerechtere Gesellschaft zu erfüllen. Erfahren Sie mehr oder kontaktieren Sie uns unter <http://www.reckitt.com/de>.

\*Reckitt ist die Kurzbezeichnung der Reckitt Benckiser-Unternehmensgruppe

- 
- <sup>1</sup> Labenz J et al. Gastroenterologe. 2016;11:102-9.
  - <sup>2</sup> Vakil N et al. Am J Gastroenterol. 2006;101(8):1900-20.
  - <sup>3</sup> Koop H et al. S2I-Leitlinie. 021/013 Gastroösophageale Refluxkrankheit. 2014.
  - <sup>4</sup> Labenz J. Zentralbl Chir. 2021;146(2):176.
  - <sup>5</sup> Katzka DA et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020;18(4):767-76.
  - <sup>6</sup> Jankowski J et al. Lancet. 2018;392(10145):400-8.
  - <sup>7</sup> Gyawali CP et al. Gut. 2018;67:1351-72.
  - <sup>8</sup> Kulig M et al. J Epidemiol. 2004;57(6):580-9.
  - <sup>9</sup> Weijenborg PW et al. Neurogastroenterol Motil. 2012;24(8):747-57.
  - <sup>10</sup> Vaezi MF et al. Gastroenterology. 2018;154(2):289-301.
  - <sup>11</sup> Clarke AT et al. Gut. 2008;57(3):292-7.
  - <sup>12</sup> Koop H et al. Gastroenterologie up2date. 2018;14(1):67-84.
  - <sup>13</sup> Chiu CT et al. Aliment Pharmacol Ther. 2013;38(9):1054-64.
  - <sup>14</sup> Pouchain D et al. BMC Gastroenterol. 2012;12:18.
  - <sup>15</sup> Deraman MA et al. Aliment Pharmacol Ther. 2020;51(119):1014-21.
  - <sup>16</sup> Reimer C et al. Aliment Pharmacol Ther. 2016;43(8):899-909.
  - <sup>17</sup> Müller M et al. Dtsch Med Wochenschr. 2019;144(4):30-5.
  - <sup>18</sup> Labenz J et al. Dtsch Med Wochenschr. 2017;142(5):356-6.
  - <sup>19</sup> Sauter M et al. Z Gastroenterol. 2018 ;56(10):1276-82.
  - <sup>20</sup> Sonmez S et al. Aliment Pharmacol Ther. 2020;52(3):442-8.
  - <sup>21</sup> Strugala V et al. ISRN Obstetrics & Gynecology. 2012:481870.
  - <sup>22</sup> Gyawali CP et al. Gastroenterology. 2018;154(2):302-18.
  - <sup>23</sup> Labenz J et al. MMW Fortschr Med. 2016;158(Suppl 4):7-11.
  - <sup>24</sup> Kharilas PJ et al. Neurogastroenterol Motil. 2015;27(2):160-74.
  - <sup>25</sup> Boeckxstaens G et al. Gut. 2014;63(7):1185-93.
  - <sup>26</sup> Manabe N et al. Dis Esophag. 2012;25(5):373-80.
  - <sup>27</sup> Mössner J. Arzneiverordnungsreport. 2017:539-61.
  - <sup>28</sup> Niklasson A et al. Am J Gastroenterol. 2010;105(7):1531-7.
  - <sup>29</sup> Reimer C et al. Gastroenterology. 2009;137(1):80-7.