

Schönau / Naumann / Längler / Beuth Pädiatrie integrativ

Leseprobe

[Pädiatrie integrativ](#)

von [Schönau / Naumann / Längler / Beuth](#)

Herausgeber: Elsevier Urban&Fischer Verlag



<http://www.narayana-verlag.de/b15670>

Im [Narayana Webshop](#) finden Sie alle deutschen und englischen Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise.

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.
Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern
Tel. +49 7626 9749 700
Email info@narayana-verlag.de
<http://www.narayana-verlag.de>



31.4 Gastroösophagealer Reflux

Stefan Razeghi, Rolf Behrens (Konventioneller Teil)

Reinhild Engelen (Komplementärer Teil)

31.4.1 Ätiologie

Stefan Razeghi, Rolf Behrens

Als **gastroösophagealen Reflux** bezeichnet man die unwillkürliche Passage von Mageninhalt in die Speiseröhre, unabhängig von der Art des Mageninhalts (Säure, Nahrung etc). Wenn dieser Reflux zu klinischen Beschwerden oder Komplikationen führt, kommt es zur **Refluxkrankheit**.

Bei den mit Reflux assoziierten Symptomen unterscheidet man das kraftvolle Erbrechen von der weniger ausgeprägten, kraftlosen **Regurgitation** von Nahrungsinhalt.

Auch beim gesunden Kind oder Erwachsenen kommt es mehrmals am Tag zu einem physiologischen gastroösophagealen Reflux. Nur ein Teil der Patienten entwickelt jedoch Symptome im Sinne einer Refluxkrankheit. Entscheidende Faktoren für die Entstehung einer Refluxkrankheit sind:

- Frequenz und Dauer der Refluxepisoden,
- Ösophagusmotilität und -schleimhautbarriere,
- Säuregehalt und Motilität des Magens,
- Intraabdominelle Drucksteigerung,
- Bronchiale Hyperreagibilität (bei einigen Patienten).

31.4.2 Epidemiologie

Da der Übergang vom physiologischen Reflux zur Refluxkrankheit insbesondere beim Säugling nicht immer eindeutig abzugrenzen ist, sind genaue epidemiologische Angaben schwierig. Im ersten Lebenshalbjahr kommt es bei bis zu 67 % der Säuglinge zu rezidivierendem Erbrechen, meist ohne weitere Krankheitssymptome oder Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes. Die Prävalenz sinkt dann bis zum Ende des 1. Lebensjahres auf etwa 5 % und nimmt im Kleinkindes- und Jugendalter weiter ab.

Eine **erhöhte Inzidenz** findet man bei Kindern mit:

- **Neurologischer Grunderkrankung**, wie z. B. Zerebralparese: Bis zu 75 % der Patienten mit Tetraspastik haben einen ausgeprägten, oft schwierig zu therapierenden gastroösophagealen Reflux. Ursachen sind Motilitätsstörungen des Gastrointestinaltraktes, Bettlägerigkeit, intraabdominelle Drucksteigerung und

anatomische Veränderungen des gastroösophagealen Übergangs durch eine ausgeprägte Skoliose. Die Anlage einer PEG-Sonde wurde ebenfalls häufig als Auslöser eines gastroösophagealen Refluxes angeführt. Dies hat sich in neueren Untersuchungen nicht bestätigt.

- **Fehlbildungen des Gastrointestinaltraktes** wie Ösophagusatresie, Zwerchfellhernie oder Gastroschisis: Ursache ist die veränderte Anatomie von Ösophagus und Kardie. Bei Patienten mit Ösophagusatresie beträgt die Prävalenz bis zu 100 %.

31.4.3 Klinik und Leitsymptome

Die Symptome des gastroösophagealen Refluxes sind sehr vielfältig und variieren je nach Altersgruppe:

- Im **Säuglingsalter** manifestiert sich der gastroösophageale Reflux typischerweise mit rezidivierendem Erbrechen. Weniger häufig, aber dennoch typisch für den Reflux im Säuglingsalter sind Gewichtsstillstand bzw. -verlust, Nahrungsverweigerung oder Schreiattacken.
- Bei **Kleinkindern** werden zusätzlich zum Erbrechen oft Bauchschmerzen angegeben.
- Die typischen retrosternalen Schmerzen bzw. Sodbrennen werden meist erst ab dem **Jugendalter** berichtet. Eine chronische Ösophagitis kann sich durch Bluterbrechen (und zum Teil ausgeprägte Anämie) äußern.

Zu den **atypischen Manifestationen** des gastroösophagealen Refluxes gehören respiratorische Symptome wie Asthma bzw. rezidivierende Bronchitiden oder Apnoen. Als Sandifer-Syndrom bezeichnet man stereotypische, rezidivierende Drehungen und Überstreckungen des Kopfes als seltene Manifestation.

Bei **neurologisch beeinträchtigten Patienten** sind die Symptome oft sehr **unspezifisch**. Die Nahrungsverweigerung bei Ösophagitis kann als neurogene Schluckstörung und die Unruhe aufgrund von Schmerzen als Krampfanfall fehlgedeutet werden. Häufig ist bei tetraspastischen Patienten auch eine unklare Anämie einziges Zeichen einer oft ausgeprägten Refluxösophagitis.

31.4.4 Diagnostik

Aufgrund der im Kindesalter oft sehr unspezifischen Symptome sind zusätzlich zur Anamnese meist apparative Untersuchungen zur Diagnosestellung notwendig.

Leseprobe von A. Länger E. Schönau E.G. Naumann und J. Beuth „Pädiatrie integrativ“

Herausgeber: Elsevier Urban & Fischer

Leseprobe erstellt vom Narayana Verlag, 79400 Kandern, Tel.: +49 7626 974 970-0

In mehreren Untersuchungen konnte eine niedrige Korrelation zwischen klinischem Beschwerdebild und tatsächlichem Vorliegen einer Refluxkrankheit gezeigt werden.

Bei Säuglingen mit unkompliziertem gastroösophagealen Reflux, d.h. rezidivierendem Erbrechen ohne Zeichen der schweren Ösophagitis (Anämie, Gewichtsverlust) ist ein Therapieversuch mit physikalischen Maßnahmen oder Nahrungsumstellung ohne weitere invasive Diagnostik gerechtfertigt.

Bei Klein- und Schulkindern und insbesondere vor Beginn einer medikamentösen Therapie sollte eine eindeutige Diagnosestellung durch **apparative Verfahren** angestrebt werden:

- Die **24-Stunden-pH-Metrie** ermöglicht den quantitativen Nachweis saurer Refluxepisoden sowie deren zeitliche Korrelation zu Krankheitssymptomen sowie die Überprüfung der Effektivität einer säuresupprimierenden Therapie und ggf. eine Dosistitration. Die Sonde wird unter Durchleuchtungskontrolle im unteren Ösophagusdrittel platziert und der pH-Wert über 24 Stunden gemessen. Bei Säuglingen gilt ein saurer Reflux ($\text{pH} < 4$) von mehr als 10 % als pathologisch, beim Jugendlichen und Erwachsenen von mehr als 4 %. Aufgrund ihrer hohen Sensitivität und Spezifität ist die pH-Metrie der **Goldstandard** zum Nachweis eines gastroösophagealen Refluxes. Lediglich bei Patienten mit pulmonalen Symptomen ist ihre Aussagekraft eingeschränkt, da ein Normalbefund rezidivierende Mikroaspirationen nicht ausschließt.
- Durch die **Endoskopie** kann das Ausmaß der Ösophagitis makroskopisch und histologisch beurteilt werden. Da sie im Kindesalter meist mit einer Kurznarkose verbunden ist, sollte sie in erster Linie durchgeführt werden, wenn andere Erkrankungen des oberen Gastrointestinaltraktes wie Ulzera oder Gastritis differenzialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden. Bei Patienten mit schwerer Refluxkrankheit (wie z. B. bei tetraspastischen Patienten) kann es bereits im Kindesalter zu intestinaler Schleimhautmetaplasie des Ösophagus mit Entartungspotential kommen (Barrett-Ösophagus), so dass bei diesen Kindern die Indikation zur Endoskopie großzügig zu stellen ist.
- Die **Röntgenuntersuchung** mittels Kontrastmittel dient in erster Linie zum Nachweis anatomischer Auffälligkeiten wie Hiatushernien oder Stenosen. Zur Diagnostik des gastroösophagealen Refluxes ist sie – ebenso wie die Sonographie und Szintigraphie – nicht

geeignet, da die Untersuchung unter unphysiologischen Bedingungen und über einen kurzen, nicht repräsentativen Zeitraum durchgeführt wird.

Bei Jugendlichen kann die Diagnose ähnlich wie beim Erwachsenen häufig wieder aufgrund der typischen Klinik gestellt werden. Kommt es nach Vermeidung auslösender Nahrungsmittel nicht zu einer Besserung, ist entweder von einer ausgeprägten Ösophagitis oder einer anderen Erkrankung des oberen Gastrointestinaltraktes auszugehen und eine Endoskopie anzustreben.

Bei Patienten mit Zerebralparese sollte die Indikation zur Diagnostik auch bei unspezifischen Symptomen wie Anämie, Unruhe, Ernährungsproblemen aufgrund der hohen Prävalenz eines gastroösophagealen Refluxes frühzeitig gestellt werden. Da diese Patienten zu sehr schweren Verläufen neigen, sollte die Therapiewirksamkeit mittels pH-Metrie oder Endoskopie überprüft werden.

31.4.5 Konventionelle Therapie

Nahrungsumstellung

Die Verwendung **angedickter Säuglingsnahrung** führt zu einer Reduktion der Nahrungsregurgitation und des Erbrechens. Auch wenn sich eine Reduktion saurer Refluxepisoden nicht nachweisen lässt, ist sie das Mittel der Wahl beim unkomplizierten gastroösophagealen Reflux des Säuglings. Auch die Verwendung von **hypoallergener Nahrung** führt bei einem Teil der Säuglinge zu einer klinischen Besserung, möglicherweise aufgrund einer zugrunde liegenden Kuhmilchproteinallergie.

Beim älteren Kind oder Jugendlichen sollten Koffein, Schokolade, scharfe Gewürze und Alkohol gemieden und mehrere kleine Mahlzeiten bevorzugt werden. Bei Übergewicht ist eine Gewichtsreduktion anzustreben.

Lagerungsmaßnahmen

Die Oberkörper-Hochlagerung des Säuglings führt insbesondere in Bauchlage zu einer nachgewiesenen Reduktion des gastroösophagealen Refluxes. Aufgrund des erhöhten SIDS-Risikos kann diese Lagerung aber **nicht mehr empfohlen** werden und sollte, wenn überhaupt, nur jenseits des Säuglingsalters oder beim wachen, beaufsichtigten Säugling durchgeführt werden. Der Nutzen einer Oberkörper-Hochlagerung in Rückenlage ist bisher nicht bewiesen.

Medikamentöse Therapie

Mittel der Wahl zur medikamentösen Behandlung des gastroösophagealen Refluxes sind **Protonenpumpeninhibitoren**. Mittel der Wahl im Kindesalter ist **Omeprazol** (0,5–1 mg/kg/d, 1–2 ED), welches ab dem 2. Lebensjahr zugelassen ist (z. B. Antra mups[®]), aber in vielen Kliniken auch schon bei Neugeborenen eingesetzt wird.

Bei Patienten mit Zerebralparese wird zur effektiven Säuresuppression oft eine erhöhte Omeprazoldosis benötigt, in einer multizentrischen Dosisfindungsstudie lag die zur Säuresuppression benötigte Dosis zwischen 0,7 und 3,5 mg/kg/d.

Protonenpumpeninhibitoren führen aufgrund ihrer hohen säuresupprimierenden Potenz zu einer rascheren Symptomlinderung als H₂-Rezeptorantagonisten und Antazida. Weiterer Nachteil der H₂-Rezeptorantagonisten ist die eingeschränkte Zulassung im Kindesalter.

Die Therapie mit Antazida wird im Allgemeinen nicht mehr empfohlen, da sie auf viele Einzeldosen verteilt werden muss, weniger effektiv und potentiell toxisch ist (Aluminium).

Das Prokinetikum Cisaprid, welches früher in großem Umfang zur Behandlung des gastroösophagealen Refluxes im Kindesalter eingesetzt wurde, ist in Deutschland aufgrund potentieller kardiologischer Nebenwirkungen (Rhythmusstörungen) nicht mehr erhältlich.

Andere Prokinetika wie Metoclopramid und Domperidon haben im Kindesalter eine hohe Nebenwirkungsrate und keinen nachgewiesenen Nutzen.

Chirurgische Therapie

Die Indikation zur **Fundoplicatio** besteht bei schwerem, konservativ nicht therapierbarem Verlauf. Patienten mit Magenentleerungsstörung, z. B. im Rahmen einer neurologischen Grunderkrankung, profitieren häufig von einer gleichzeitig durchgeführten **Pyloroplastik**.

Da die Erfolgsraten der Fundoplicatio nur zwischen 50 und 90 % liegen, sollte postoperativ eine Erfolgskontrolle mittels pH-Metrie erfolgen.

31.4.6 Komplementäre Therapie

Reinhild Engelen

Anthroposophische Therapie

Im Säuglingsalter kann Reflux häufig als eine Art Unreife der Bewegungs- und Druckregulierung zwischen

Schluckakt und Atmung im oberen Verdauungstrakt verstanden werden. Die Magensäure verlässt den Ort ihrer Zuständigkeit in Richtung Atemwege, so dass sie im Extremfall sogar eine Bedrohung des Atmungssystems (Apnoe, Aspiration) darstellt.

Unter dem Gesichtspunkt, die Verdauung an ihrem ursprünglichen Ort zu intensivieren und eine „Nachreifung“ zu unterstützen, können folgende Vorschläge gemacht werden:

Säuglinge:

- Nach den Mahlzeiten ausführlich aufstoßen lassen,
- Bauch warm halten (z. B. warme Kirschkernsäckchen),
- Baucheinreibung mit **Cuprum metallicum praeparatum** 0,1 % Salbe 1–2 mal tgl., nicht direkt nach einer Mahlzeit,
- **Chamomilla D3 oder D6**: 3 mal tgl. 3–5 Globuli oder
- **Chamomilla Cupro culta Radix Rh D3** (ohne Alkohol): 5 Tr. vor den Mahlzeiten.

Jenseits des Säuglingsalters:

- **Pulvis stomachicus cum Belladonna** (Antimonit D3, Belladonna D3, Bismutum subn. D5, Chamomilla D3) Trituration: 2–3 mal tgl. ½–1 Dosierlöffel,
- **Malachit D3 oder D6** (Kupfercarbonat) Trituration: 3 mal tgl. 1 Msp.

Homöopathie

- **Lycopodium D12**: quälendes Aufstoßen besonders in den Nachmittagsstunden; harte, trockene Stühle, unleidliche Stimmung, altes Aussehen; durch Wärme verschlimmert;
- **Calcium carbonicum D6–12**: saures Aufstoßen, saure Stühle; phlegmatisches Kind, kalte Extremitäten, Kopf- und Fußschweiß;
- **Nux vomica D6**: Verlangen nach Saurem und Obst, das nicht vertragen wird; die Kinder haben oft eine Neigung zu Obstipation.

Phytotherapie

Zur Verdauungsanregung kommen aromatische, nicht zu bittere Tees in Frage.

Im frühen Säuglingsalter: **Fencheltee** (☞ 31.2.7).

Bei älteren Kindern: Kamillentee, Pfefferminztee (Kamillenblüten- und Pfefferminztee auch gemischt möglich), Dosierung (☞ 31.2.7).

- **Melissenblätter** bei zusätzlich Unruhe, Einschlafstörungen; (½ TL auf 1 Tasse 2 min. ziehen lassen)

Leseprobe von A. Länger E. Schönau E.G. Naumann und J. Beuth „Pädiatrie integrativ“

Herausgeber: Elsevier Urban & Fischer

Leseprobe erstellt vom Narayana Verlag, 79400 Kandern, Tel.: +49 7626 974 970-0

- **Pomeranzenschalen** (*Aurantii pericarpium*): als Tee (1 TL auf 1 Tasse) oder als Tinktur (20 Tr. in 1 Tasse Tee).

! Wegen der Gefahr von Hypokaliämie wird Süßholzwurzel bei Kindern nicht empfohlen.

E
B
M

Zur komplementärmedizinischen Therapie bei gastroösophagealen Reflux liegen keine publizierten Studien der EBM-Grade 1 oder 2 sowie keine Konsensusempfehlungen vor. Allgemeine Bewertung der einzelnen Therapieverfahren ^{EBM} 44.2, 44.4, 44.5, 45.2.

31.4.7 Integrativer Stufenplan

Stufe	Klinik	Konventionelle Therapie (^{EBM} 31.4.5)	Komplementäre Therapie (^{EBM} 31.4.6)	EBM-Bewert. kompl. Therapie
1	Bei Säuglingen: rezidivierendes Erbrechen ohne Dystrophie, ohne Schreiattecken Bei älteren Kindern: leichtes Sodbrennen	Probatorisch: bei Säuglingen Nahrung andicken, bei älteren Kindern Vermeidung von Koffein, Schokolade, scharfen Gewürzen und Alkohol, Gewichtsreduktion. Wenn keine Besserung in allen Altersgruppen apparative Diagnostik.	Wärmeanwendung (Kirschkernsäckchen, Baucheinreibung)	5
			Kräutertee (Fenchel, Melisse)	5
2	Pathologische pH-Metrie oder Endoskopie	Omeprazol	Chamomilla cupro culta Radix D3	5
			Baucheinreibung mit Cuprum met. praep. 0,1 % Salbe	5
			Bei quälendem Aufstoßen, harten Stühlen, unleidlicher Stimmung: Lycopodium D12	5
3	Versagen der medikamentösen Therapie	Chirurgische Maßnahmen	–	–

Literatur

- ¹ Behrens R: Die gastroösophageale Refluxkrankheit. Pädiat. Prax. 1997; 52: 281 – 296
- ² Hassel E, Israel D, Shepherd R et al.: Omeprazole for treatment of chronic erosive esophagitis in children: A multicenter study of efficacy, safety, tolerability and dose requirements. J Ped 2000; 137(6): 800 – 807
- ³ North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition: Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001; 32: Suppl 2
- ⁴ Razeghi S, Lang T, Behrens R: Influence of percutaneous endoscopic gastrostomy on gastroesophageal reflux: A prospective study in 68 children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002; 35(1): 27 – 30
- ⁵ Vandenplas Y, Hegar B: Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease in infants and children. Journal of Gastroenterology and Hepatology 2000; 15: 593 – 602

31.5 Azetonämisches Erbrechen

Stefan Razeghi, Rolf Behrens (Konventioneller Teil)

Reinhild Engelen (Komplementärer Teil)

Azetonämisches Erbrechen beschreibt eine für das Kindesalter typische Stoffwechselentgleisung mit Erbrechen und vermehrtem Nachweis saurer Ketone und deren Abbauprodukten wie Azeton oder β -Hydroxy-Buttersäure in Serum und Urin. Es handelt sich also lediglich um die Beschreibung einer Stoffwechselfunktionsstörung und nicht um ein eigenständiges Krankheitsbild. Der Begriff wird daher z.B. in der angloamerikanischen Literatur kaum verwendet.



Schönau / Naumann / Längler / Beuth

[Pädiatrie integrativ](#)

Konventionelle und komplementäre
Therapie

736 Seiten, kart.
erschieden 2004



Mehr Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise
www.narayana-verlag.de