

SEMINAR

Erstdiagnostik

Dysphagie sicher einordnen, Versorgung koordinieren

R. OTT, M. BAJBOUJ, H. FEUSSNER, S. GRAF, K. HOLZAPFEL, B. NIESTROY, K. TZAVELLA, E. WAGNER-SONNTAG, ALLE MÜNCHEN

Das Beschwerdebild Dysphagie ist ein weites diagnostisches Feld, in dem der Hausarzt eine zentrale Position einnimmt. In der Erstdiagnostik gilt es, mögliche Ursachen sowie Komorbiditäten genau abzuklären. Darauf aufbauend werden fachärztliche Kollegen hinzugezogen, denn die meisten Fälle sind nur interdisziplinär erfolgreich zu behandeln. Ein Wegweiser.



MMW-Fortbildungsinitiative: Gastroenterologie für den Hausarzt

Regelmäßiger Sonderteil der MMW-Fortschritte der Medizin.

Herausgeber:

Gesellschaft für Gastroenterologie in Bayern e. V.; Tassilostr. 2, D-85540 Haar
Tel.: 089/3265-3672
E-Mail: info@gfgb.org
Internet: www.gfgb.org

Redaktion:

Prof. Dr. med. W. Scheppach, Würzburg
Prof. Dr. med. R. M. Strauch, München
Prof. Dr. med. D. Strobel, Erlangen
Prof. Dr. med. H. S. Fießl, München



Dr. med. Roland Ott
Praxis Dr. Schatke & Dr. Ott, München

Der Begriff „Dysphagie“ setzt sich aus der altgriechischen Silbe $\delta\upsilon\varsigma$ - (Vorsilbe i. S. von gestört, widrig) und dem Verb $\varphi\alpha\gamma\epsilon\acute{\iota}\nu$ (essen) zusammen. Wörtlich bedeutet Dysphagie „gestörtes Essen“.

Im medizinischen Sprachgebrauch bezeichnet es keine spezielle Erkrankung, sondern eine je nach Ursache sehr variable Symptomatik bei Erkrankungen, die das Schlucken beeinträchtigen. Treten Schmerzen auf, bezeichnet man diese Störung als Odynophagie ($\omicron\delta\upsilon\nu\omicron$ = Schmerz). Die Ursachen für eine Dysphagie reichen von Erkrankungen der Mundhöhle, des Rachens, des Kehlkopfes, der Schilddrüse, der Halswirbelsäule, der Speiseröhre und des Magens über neurologische bis hin zu psychischen Erkrankungen.

Bei einem großen Teil der Dysphagie-Patienten sind die subjektive Beeinträchtigung und der Leidensdruck so groß, dass sie vom behandelnden Arzt eine eingehende Abklärung wünschen.

Schwierige Ursachenfindung

Das Beschwerdebild Dysphagie weist einige Besonderheiten auf, die eine Bestimmung der Ursache aus der Anamnese heraus oft sehr erschweren. So stellt sich bei manchen Patienten eine allmähliche Adaption an die Symptome ein, wegen der bis zur Diagnosestellung im Einzelfall mehr als 20 Jahre vergehen können. Als Beispiel sei hier ein Patient mit eosinophiler Ösophagitis genannt, der bereits seit dem zehnten Lebensjahr Bolusobstruktionen hatte, offenbar aber sein Essverhalten anpasste und damit den Leidensdruck soweit in Grenzen hielt, dass erst mit 35 Jahren die endgültige Diagnose gestellt wurde (Abb. 2).

Ein Teil der Patienten verarbeitet die Dysphagie-Symptomatik tendenziell depressiv und/oder ängstlich. Bei solchen Patienten ist z. B. die Unterscheidung zwischen einem Globus hystericus und einer sekundär entstandenen psychischen Symptomatik bei organischem Befund im Gespräch oft sehr schwer.

Auffällig ist auch, dass manche Patienten die Symptomatik von ösophagealen Erkrankungen weiter kranial empfinden. Beispielsweise berichtete eine medizinische Fachangestellte, die selbst seit Jahren in der Endoskopie arbeitet,

über ein Globusgefühl, obwohl die Ursache eindeutig eine Achalasie war. Teilweise ist die der Dysphagie-Symptomatik zugrunde liegenden Erkrankung aus der Sicht des Patienten gar nicht nachvollziehbar, obwohl sie in der Tat für die Dysphagie-Symptomatik verantwortlich ist – zum Beispiel Refluxpatienten mit Globusgefühl, die subjektiv nie oder nie relevant Sodbrennen oder eine Regurgitation hatten.

Bei manchen Patienten führen primär organische Ursachen (z. B. Apoplex) zu einer Anpassung des Schluckaktes, die nach Abheilung bzw. Beseitigung der Ursache persistiert und dann eher kontraproduktiv ist.

Die oben genannten Probleme führen teilweise zu erheblichen Verzögerungen der Diagnostik und Therapie, wodurch irreversible Schäden (z. B. langstreckige Ösophagusstenose bei eosinophiler Ösophagitis) oder lebensbedrohliche Komplikationen (z. B. Aspirationspneumonien) eintreten können.

Eingrenzung der Diagnose in der Hausarztpraxis

Eine ausführliche Anamnese – unter Umständen mit Einbeziehung der Lebenspartner („Er ist beim Essen immer der Letzte!“) – ist Grundvoraussetzung

für eine frühzeitige Erkennung von therapiebedürftigen Erkrankungen. Zur Anamnese gehören unter anderem:

- Vorerkrankungen, z. B. Apoplex, Morbus Parkinson, Myasthenia gravis, neurologische Erkrankungen wie multiple Sklerose, Schilddrüsenfunktionsstörungen, operative Eingriffe an der Halswirbelsäule, zahnärztliche oder kieferorthopädische Erkrankungen oder Probleme (auch schlecht sitzende Zahnprothesen), rheumatische Erkrankungen, Refluxkrankheit;
- Charakterisierung der Symptomatik (u. a. zeitlicher Verlauf, Unterschied fest/flüssig, saure/nicht-saure Regurgitation, begleitende Dysphonie, Häufigkeit pulmonaler Infekte);
- Verhaltensmaßnahmen, mit denen der Patient die Symptomatik verbessert (z. B. Drehen des Kopfes beim Schlucken, Meiden langfaseriger und harter Nahrungsmittel, Nachtrinken);
- Abfrage eventueller psychischer Probleme und deren Auswirkungen auf die Dysphagie-Symptomatik.

Die körperliche Untersuchung in der Praxis wird in aller Regel die Inspektion des Mund-Rachenraumes, die Abtastung von Halsregion und Schilddrüse, eine Auskultation der Lunge, eine Untersuchung des Abdomens sowie eine orientierende neurologische Untersuchung beinhalten.

Nach der Anamnese stehen die Fragen, ob man überhaupt weiter abklären muss oder zuwarten kann, und welche Diagnostik in welcher Reihenfolge ggf. nötig ist.

Wann ist welche weiterführende Diagnostik sinnvoll?

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Bei der konventionellen Inspektion des Mund-Rachen-Raumes kann die Region unterhalb des Zungenniveaus nicht eingesehen werden. Bei anhaltendem Globusgefühl, Dysphonie oder subjektiv im Hals empfundener Schluckbehinderung ist daher eine HNO-ärztliche Untersuchung obligat.

Dazu gehören die videoendoskopische Untersuchung mit der Beurteilung der Struktur (Ruhebeobachtung), die

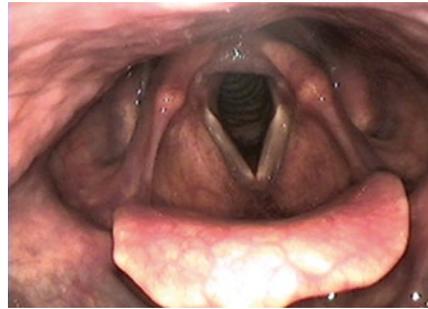


Abb. 1 Links normaler Larynx, rechts akute Mukositis bei Radiatio eines Nasopharynxkarzinoms.

Funktionsprüfung ohne und mit Nahrung sowie die Überprüfung von Haltungsänderungen, Reinigungs- und Schlucktechniken. Diese transnasal durchgeführte Videoendoskopie des Schluckvorganges (Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing, FEES) gilt heute als Standarduntersuchung.

Morphologische Veränderungen, z. B. Malignome des Pharynx und Larynx, können nur durch die direkte endoskopische Inspektion als Ursache erkannt oder ausgeschlossen werden.

Tumorbehandlungen im Kopf-Hals-Bereich, sowohl durch chirurgische Resektion als auch durch Radio- oder Radiochemotherapie (Abb. 1), können zu Schluckstörungen führen – auch noch nach Jahren und Jahrzehnten.

Meist wird von Patienten mit Stimm lippenlähmung (z. B. als Komplikation nach Schilddrüsen-Operation) anfangs über Verschlucken von Flüssigkeiten geklagt. Die Ursache ist der durch die Lähmung ineffiziente Verschluss der Glottisebene, wodurch Flüssigkeit in die Luft-röhre aspiriert werden kann.

Nicht selten sind auch altersbedingte Strukturveränderungen im Pharynx und Larynx Ursache für Dysphagien (sogenannte Presbyphagie).

Die Dysphagien im HNO-Bereich zeichnen sich durch gute konservative logopädische Therapiemöglichkeiten aus, deshalb lohnt sich eine exakte endoskopische Abklärung durch den HNO-Arzt oder Phoniater.

Gastroenterologie

Die Symptome ösophagealer Erkrankungen werden nicht immer am Entstehungsort, sondern teilweise subjektiv

weiter kranial empfunden. Das Symptom Dysphagie repräsentiert ein Alarmzeichen und bedarf zwingend einer endoskopischen Abklärung. Daher ist bei jeder Dysphagie eine Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) obligat.

Es ist sehr wichtig, dem ausführenden Endoskopiker die Fragestellung nach der Ursache der Dysphagie mitzuteilen, da sich dann die Endoskopie ganz wesentlich von der Standard-Untersuchung unterscheidet. Die speziellen Elemente sind eine ausführliche Inspektion des Hypopharynxbereiches, das vorsichtige Eingehen in den Ösophagus über beide Recessus (Zenker-Divertikel?), ein langsames Vorschieben durch den Ösophagus (z. B. können kleine Webs bei Erstpassage im oberen Drittel einreißen und unter Umständen so übersehen werden), das gezielte Aufsuchen von Magenschleimhautektopen (mögliche Bedeutung siehe unten), die Beobachtung der spontanen Peristaltik, die Beschreibung von ösophagealen Nahrungsmittelresten und – sofern nicht eine andere eindeutige Ursache wie eine Achalasie oder ein Tumor gefunden wird – generell eine Stufen-Bi-



Abb. 2 Eosinophile Ösophagitis mit zirkulären Ringen und Stenosierung.



Abb. 3 Peptische Ösophagusstenose nach langjähriger, unbehandelter Refluxkrankheit.



Abb. 4 Diffuser Ösophagospasmus.



Abb. 5 Einschlusskörpermyositis mit ausgedehnten Retentionen in den Sinus piriformes und Überlauf im Arybereich.

opsie im Ösophagus zum Ausschluss einer eosinophilen Ösophagitis (Abb. 2).

In der täglichen Praxis ist die häufigste gastroenterologische Dysphagie-Ursache die Refluxkrankheit, die – wie oben erwähnt – nicht immer auch klinisch als solche imponiert. Der Reflux kann neben typischen Symptomen (retrosternales Brennen, saure Regurgitation) auch zu anderen Beschwerden, etwa retrosternalen Krämpfen i. S. einer refluxassoziierten Motilitätsstörung, sowie zu pharyngealer (Globusgefühl, Verschleimung), laryngealer (Dysphonie) und pulmonaler Symptomatik (häufiges Räuspern, Reizhusten) führen. Als chronische Komplikation kann sich eine peptische Stenose mit Dysphagie entwickeln (Abb. 3).

Bei Verdacht auf eine refluxassoziierte Symptomatik empfiehlt sich die probatorische orale Therapie mit der doppelten Standarddosis eines Protonenpumpenblockers zweimal täglich (z. B. 2 x 40 mg Pantoprazol, Omeprazol oder Esomeprazol Tbl.) über vier Wochen, um „ex iuvantibus“ die Diagnose zu bestätigen. Nach klinischer Besserung erfolgt dann ein Step-down der PPI-Dosis.

Relativ häufig (10%) bilden sich während der Embryonalzeit versprengte Magenschleimhautinseln im proximalen Ösophagus. Diese sind meist harmlos, können aber im Einzelfall je nach „Zellkomposition“ auch Säure und/oder Mucus produzieren und zu einem chronischen Globusgefühl führen. Bei einem Teil der Patienten kann eine lokale thermische Destruktion der Schleimhautinseln mittels Beamer hilfreich sein [1].

Sehr viel seltener findet sich als Ursache ein Ösophaguskarzinom. Da bei diesen Tumoren die Metastasierung oft schon in einem frühen Stadium einsetzt, ist eine möglichst rasche Erstdiagnose von herausragender Bedeutung. Das unterstreicht noch einmal die Forderung, dass bei Dysphagie eine ÖGD ein obligater Teil der Diagnostik ist.

Bei Verdacht auf eine Achalasie, einen diffusen Ösophagospasmus (Abb. 4), einen hyperkontraktilen Ösophagus oder ein hyperkontraktilen Ösophagussegment kommt als zusätzliche Diagnostik eine Ösophagusmanometrie zum

Einsatz. Die 24-Stunden-ph-Metrie kann in Einzelfällen bei unauffälligem Endoskopiebefund zum Nachweis refluxassoziiierter Symptome eingesetzt werden. Meist erfolgt dann auch gleichzeitig eine Impedanzmessung, um auch nicht-sauren Reflux zu detektieren [2]. Relevant ist dies z. B. bei der Abklärung von atypischen Refluxsymptomen wie Heiserkeit oder ständigem Räusperzwang zum Nachweis eines unter Protonenpumpenhemmer-Therapie fortbestehenden, nicht-sauren Refluxes.

Neurologie

Bei folgenden Symptomen sollte eine neurogene Dysphagie in Erwägung gezogen werden:

- übermäßig gesteigerter Speichelfluss (Sialorrhö) und eine „feuchte oder gurgelige“ Stimme nach dem Schlucken (Abb. 5),
- veränderte (Kopf-)Haltung beim Schlucken (z. B. Kopf-Anteflexion),
- Schwäche/Atrophie der Zungenmuskulatur bzw. verminderte Beweglichkeit der Zunge,
- häufiges Verschlucken, besonders bei Flüssigkeiten, und das Steckenbleiben von Nahrung im Hals, wobei diese Symptome zwar häufig auftreten, jedoch für eine neurologische Ursache nicht so spezifisch sind.

Darüber hinaus sollten Kaustörungen, abgeschwächte bzw. fehlende oropharyngeale Reflexe sowie eine gestörte Sensibilität im oropharyngealen Bereich beachtet werden. Dysphonie oder Dysarthrie sowie unklare Fieberschübe oder Pneumonien gehören ebenfalls in die Reihe der Verdachtsmomente. Aber auch Folgen wie Malnutrition und Dehydratation gilt es – gerade bei älteren Patienten – zu beachten und im Hinblick auf eine zugrunde liegende Dysphagie abzuklären.

Die am häufigsten mit Dysphagie einhergehenden neurologischen Erkrankungen sind der Schlaganfall, Morbus Parkinson und atypische Parkinson-Syndrome, multiple Sklerose, amyotrophe Lateralsklerose, Guillain-Barré-Syndrom, Myasthenia gravis und die idiopathischen entzündlichen Muskelerkrankungen (Abb. 5).

Pulmonologie

In sehr seltenen Fällen können raumfordernde Bronchialkarzinome durch eine Infiltration oder Kompression des Ösophagus zu Dysphagie führen. Sehr viel häufiger ist aber das pulmonale System sekundär durch die Dysphagie betroffen. Als Beispiel seien hier der chronische Husten und/oder das Räuspern infolge einer Refluxkrankheit oder einer Schluckstörung mit intermittierenden Aspirationen genannt. Jeder chronische Husten über drei Wochen sollte auch pulmonologisch abgeklärt werden.

Radiologie

Zur Abklärung einer Dysphagie bietet die Radiologie derzeit zwei Standardverfahren an: den konventionellen Ösophagusbreischluck (Bildfrequenz meist 2/sec) und die sogenannte Videofluoroskopie (in der Regel 30 Bilder/sec).

Die konventionelle Röntgentechnik hat gegenüber der Gastroskopie den Vorteil, dass sie hochgradige, endoskopisch nicht passierbare Stenosen (Abb. 3), Fisteln und eine tracheale Aspiration direkt darstellen kann. Sie ermöglicht auch eine bildliche Darstellung der anatomischen Gegebenheiten z. B. beim Upside-down-Magen oder dem Zenker-Divertikel. Bis auf die Strahlenbelastung kann sie ohne größeren Aufwand für den Patienten durchgeführt werden.

Da eine Schleimhautbeurteilung bzw. Gewebediagnostik nicht möglich ist,

wird eine radiologische Darstellung in der Praxis in aller Regel erst fakultativ nach einer ÖGD erfolgen.

Die Videofluoroskopie erlaubt eine hochdifferenzierte Beurteilung der Schluckphasen und ist vor allem bei Dysphagie-Problemen im Bereich des Pharynx indiziert. Wegen einer im Vergleich zur konventionellen Technik erhöhten Strahlenbelastung und höheren Kosten (mit Selbstbeteiligung des gesetzlich versicherten Patienten) sollte die Indikationsstellung zu dieser Untersuchung immer mit dem Radiologen vorher diskutiert werden und/oder durch einen in der Dysphagie-Diagnostik erfahrenen Arzt erfolgen.

Die derzeit verfügbaren Kinematografie-Untersuchungstechniken mittels MRT sind für die tägliche Praxis noch nicht anwendbar, entwickeln sich aber eventuell in Zukunft zu einer auch das umgebende Gewebe darstellenden Alternative.

Schlucktherapie/Logopädie

Insbesondere bei neurologisch bedingten und postoperativ nach Eingriffen im Halsbereich aufgetretenen Schluckstörungen sollten frühzeitig schlucktherapeutisch ausgebildete Spezialisten mit in die weitere Diagnostik und Therapieplanung einbezogen werden. Deren Erfahrung trägt wesentlich dazu bei, individuell die optimale Schlucktherapie festzulegen, um mittel- bis langfristig Kom-

plikationen wie Aspirationspneumonien zu verhindern und eine zufriedenstellende Rehabilitation zu erreichen.

Je nach Symptomatik, Leidensdruck und Verfügbarkeit des Expertenwissens vor Ort wird der diagnostische Ablauf individuell sehr unterschiedlich sein. Wichtig ist in jedem Falle, lebensbedrohliche oder langfristig sich negativ auswirkende Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen und sie einer gezielten Behandlung zuzuführen. Dabei ist ein enger Kontakt und reger Meinungsaustausch mit den damit beschäftigten Fachkollegen entscheidend für den Erfolg.

Literatur unter mmw.de

Für die Verfasser:

Dr. med. Roland Ott
Praxis Dr. Schatke & Dr. Ott,
Englschalkinger Straße 14/IV,
D-81925 München
E-Mail: ott@gastroenterologie-bogenhausen.de

Fazit für die Praxis

Die Dysphagie ist nicht selten ein nur interdisziplinär zu lösendes Problem. Im Praxisalltag wird nach Anamnese und körperlichem Befund meist zum HNO-Arzt und/oder Gastroenterologen überwiesen. Hier werden obligat endoskopische, an die Fragestellung „Dysphagie“ adaptierte Untersuchungen erfolgen. In Einzelfällen kommen Funktionsuntersuchungen wie pH-Metrie, Impedanzmessung und Manometrie im Ösophagus zum Einsatz.

Bestehen neurologische Symptome oder ein chronischer Husten ist eine initiale nervenärztliche oder eine ergänzende pulmonologische Konsiliaruntersuchung obligat.

Die radiologische Darstellung kann später die Diagnostik ergänzen. Für einzelne Patienten mit Dysphagie-Problemen im Bereich des Pharynx und Hypopharynx kann eine Videofluoroskopie bei einem der wenigen Experten sinnvoll sein.

Für besonders „knifflige“ Patienten gibt es konsiliarische Arbeitsgruppen.

Keywords

Dysphagia – What is important for primary diagnosis in private practice?

Dysphagia – FEES – videofluoroscopy – eosinophilic esophagitis – globus pharyngeus



Manche Patienten verdrängen die Dysphagie-Symptomatik jahrelang, etwa indem sie ihre Kopfhaltung anpassen oder sich auf weiche Lebensmittel beschränken.

Literatur

1. Bajbouj M, Becker V, Eckel F, Miehke S, Pech O, Prinz C, Schmid RM, Meining A. Argon plasma coagulation of cervical heterotopic gastric mucosa as an alternative treatment for globus sensations. *Gastroenterology*. 2009 Aug;137(2):440-4
2. Bajbouj M, Becker V, Neuber M, Schmid RM, Meining A. Combined pH-metry/impedance monitoring increases the diagnostic yield in patients with atypical gastroesophageal reflux symptoms. *Digestion*. 2007;76(3-4):223-8