

Ösophageale Dysphagie beim Erwachsenen

Sinnvolle Abklärungsschritte

Marc Ritz

Ösophageale Dysphagie (Schluckstörung) ist das Leitsymptom verschiedenster mechanischer und funktioneller Passagebehinderungen der Speiseröhre. Neben harmlosen Erkrankungen wie einer Refluxösophagitis kann auch eine mechanische Stenose durch ein Ösophaguskarzinom eine Dysphagie verursachen. Aus diesem Grund ist der erste Schritt der Abklärung immer eine flexible Endoskopie, während sich die weitere Diagnostik nach der Symptomatik richtet. Nach Ausschluss eines organischen intraluminalen Hindernisses stehen als nächste Abklärungsschritte eine radiologische Bildgebung und eine Manometrie zur Funktionsdiagnostik zur Verfügung.



Dr. med. Marc Ritz

Schluckstörungen sind ein häufiges Symptom, an dem über 40 Prozent der über 75-Jährigen leiden, welche aber auch oft bei jüngeren Patienten auftreten. Neben psychischen und neurologischen Erkrankungen sowie pharyngealen Problemen unter-

scheidet man Symptome im Bereich der Speiseröhre selbst. Grundsätzlich gelten ösophageale Dysphagie (Schluckstörung) und Odynophagie (Schmerzen beim Schlucken) als Alarmzeichen und sollten bei einer Persistenz über zwei Wochen abgeklärt werden, da sich schwerwiegende Erkrankungen, wie zum Beispiel ein Ösophaguskarzinom, dahinter verbergen können.

Um die richtige Abfolge der einzelnen Abklärungsschritte (siehe *Abbildung*) bei der Vielzahl möglicher Ursachen optimal zu gestalten, ist es nicht nur wichtig, mögliche Ätiologien zu kennen, sondern auch, die verschiedenen Zusatzsymptome zu diskutieren.

Ursachen der ösophagealen Dysphagie

Mechanische Hindernisse und Entzündungen

Akute Dysphagie ist ein dramatisches, meist durch Steckenbleiben eines Fremdkörpers in der Speiseröhre verursachtes Krankheitsbild

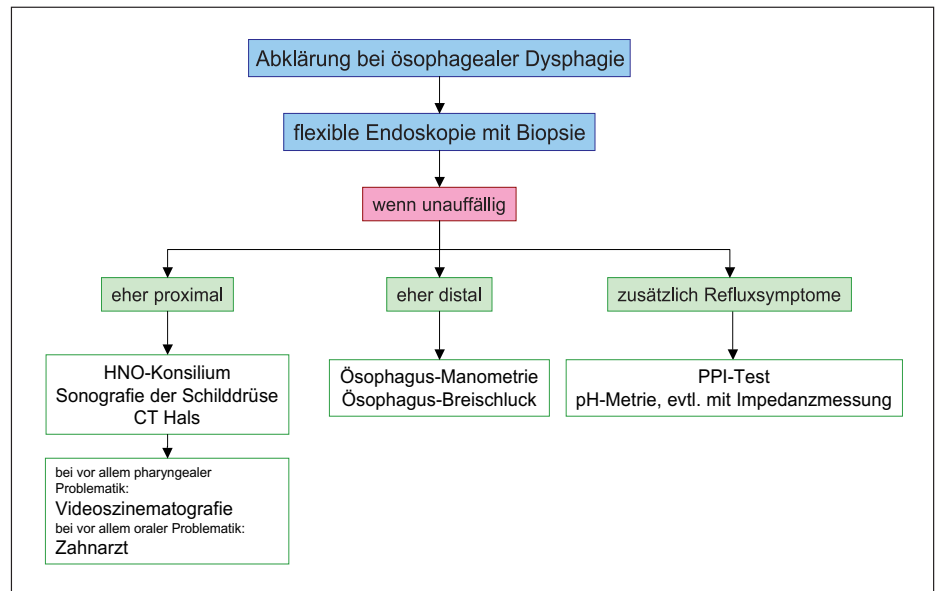


Abbildung: Abklärungsschritte bei ösophagealen Schluckstörungen

mit krampfartigen Schmerzen und typischerweise Hypersalivation. Wenn durch Nachtrinken von Flüssigkeit keine Beschwerdefreiheit erreicht wird, ist eine endoskopische Entfernung des Fremdkörpers mit dem flexiblen Gastroskop nötig.

Auch eine über Tage oder länger andauernde ösophageale Dysphagie kann durch ein mechanisches Hindernis bedingt sein, welches zu

„ Akute ösophageale Dysphagie ist meist durch Fremdkörper bedingt. „

einer Stenose führt. Hierzu gehören benigne, vor allem aber maligne Tumoren, welche bei über 40-Jährigen – insbesondere bei Patienten mit Nikotin- oder Alkoholabusus – den häufigsten Grund einer organischen Dysphagie darstellen. Entzündliche Erkrankungen können durch lokales Ödem und Ulzerationen, längerfristig aber auch durch narbige Stenosen, wie zum Beispiel einen Schatzki-Ring, ähnliche Beschwerden verursachen. Die häufigste entzündliche Ursache stellt der gastro-ösophageale Saurereflux dar, differenzialdiagnostisch muss an einen Reflux von Galle, an suizidale oder akzidenzielle Verätzungen durch Laugen und Säuren sowie an eine in-

fektiöse Ösophagitis durch Soor oder Viren (CMV) gedacht werden; Letzteres insbesondere bei Patienten, die eine Immunsuppression (HIV, Diabetes mellitus, Medikamente wie Steroide usw.) aufweisen. Letztlich kommen auch eine grössere paraösophageale Herniation oder eine Hiatushernie sowie extraösophageale, die Speiseröhre komprimierende Veränderungen als Dysphagieursache in Frage (Tumor, Lymphknoten, Gefässanomalie, im proximalen Abschnitt auch eine Struma und Deformität der Halswirbelsäule). Ein Zenker-Divertikel führt vor allem zu Regurgitation unverdauter Nahrungsmittel, kann aber auch ein Globusgefühl im proximalen Ösophagus bewirken.

Funktionelle Störungen

Neben mechanischen Ursachen können auch funktionelle Störungen eine Dysphagie bewirken. Hierzu gehören sowohl lokale neuromuskuläre Erkrankungen mit konsekutiver Motilitätsstörung als auch systemische neurologische und psychosomatische Krankheiten. Die Dysmotilität kann den unteren ösophagealen Schliessmuskel (LOS), aber auch den tubulären Ösophagus betreffen. Ein wichtiges Beispiel mit therapeutischer Konsequenz ist die Achalasie, bei welcher sich der LOS nicht öffnet, gleichzeitig aber auch die propulsive Aktivität im tubulären Bereich der Speiseröhre

fehlt. Dadurch ist die Passage der Nahrung gleich zweifach behindert.

Andere Erkrankungen

Auch Krankheiten im Bereich der Inneren Medizin und Rheumatologie können sich mit Schluckstörungen äussern. Zu erwähnen sind hier vor allem Kollagenosen, Sklerodermie und Myasthenia gravis sowie eine schwere Eisenmangelanämie (Plummer-Vinson-Syndrom).

“Chronische Schluckbeschwerden über zwei Wochen müssen abgeklärt werden.”

In den letzten Jahren hat die eosinophile Ösophagitis, eine Art «Asthma des Ösophagus», welche gehäuft bei jungen Männern zu rezidivierenden Dysphagiebeschwerden führen kann, bezüglich Häufigkeit und Bedeutung zugenommen.

Als Letztes ist nach Ausschluss einer organischen Ursache natürlich auch ein psychosomatischer Hintergrund möglich, insbesondere bei Globusgefühl im proximalen Bereich. Diese Ausschlussdiagnose sollte aber nur in Betracht gezogen werden, wenn zumindest die wichtigsten organischen Erkrankungen (Tumor usw.) sicher mittels korrekter Diagnostik ausgeschlossen sind.

Symptome

Ein retrosternales Druckgefühl, Krämpfe und eine Passagebehinderung sind die Hauptzeichen der Dysphagie. Oft ermöglichen die Anamnese und klinische Beobachtung des Schluckaktes die Abgrenzung zur oralen sowie pharyngealen Dysphagie und geben bereits erste Hinweise für die Ursache einer ösophagealen Dysphagie.

So kann zum Beispiel die Unterscheidung, ob die Dysphagie nur für feste Nahrung oder auch für Flüssigkeit besteht, wichtig sein. Erstere ist meist durch ein mechanisches Hindernis bedingt, Letztere oft durch eine funktionelle Ursache. Natürlich führt aber auch eine mechanische Stenose mit der Zeit zu einer Dysphagie für Flüssigkeit und kann schliesslich die Nahrungsaufnahme stark einschränken oder gar verunmöglichen. Eine zusätzliche Regurgitation von nicht saurer oder unverdauter Nahrung gilt als Hinweis für das oben erwähnte Zenker-Divertikel, aber auch für eine Achalasie, bei welcher die regurgitierte Nahrung noch nicht im Kontakt mit der Magensäure war. Neben direkten, durch die Passagebehinderung bedingten Beschwerden kommt es auch zu langfristigen Folgen, welche sogar als Leit-

symptom vorliegen können. So kann eine Dysphagie zu Gewichtsverlust und Exsikkose führen, aber auch Husten oder Heiserkeit und eine rezidivierende Pneumonie können durch wiederholte stille Aspiration von Nahrung oder Flüssigkeit auftreten.

Abklärungen

Flexible Ösophagoskopie

Die wichtigste diagnostische Massnahme zur Abklärung einer ösophagealen Dysphagie ist eine flexible Ösophagoskopie im Rahmen einer Magenspiegelung, welche auch eine Biopsieentnahme ermöglicht. Die Endoskopie ist sowohl bei Beschwerden im Bereich des gastroösophagealen Übergangs als auch bei diffuser Lokalisation oder einer proximal empfundenen Dysphagie indiziert, da die Beschwerden nicht immer die Lokalisation des Hindernisses widerspiegeln und auch bei einer Dysphagie im proximalen Ösophagus oder einem Globusgefühl ein distales Ösophaguskarzinom möglich ist. Die flexible Ösophagoskopie ist der starren Endoskopie vorzuziehen, da Letztere ein wesentlich höheres Komplikationsrisiko und eine unnötige Belastung für den Patienten darstellt. Zudem kann bei der Untersuchung mit dem starren Gerät eine Pathologie im distalen Bereich übersehen werden.

Anlässlich der flexiblen Ösophagoskopie sollten immer auch Biopsien aus dem proximalen Ösophagus entnommen werden. Nur dadurch kann die auch oben erwähnte eosinophile Ösophagitis ausgeschlossen beziehungsweise

“Erster diagnostischer Schritt ist eine flexible Endoskopie zum Ausschluss eines mechanischen Hindernisses, insbesondere eines Karzinoms bei über 40-Jährigen.”

nachgewiesen werden. Diese Erkrankung kann vom endoskopischen Aspekt her zwar vermutet, aber nicht bewiesen werden. Vermehrte eosinophile Entzündungszellen in Gewebeproben aus dem distalen Ösophagus können auch durch einen gastroösophagealen Reflux bedingt sein und sind somit für eine eosinophile Ösophagitis nicht diagnostisch.

Breischluck

Bei unauffälliger flexibler Endoskopie kommt als nächster Schritt eine Ösophaguspassage (Röntgen-Breischluck) in Frage, welche Hinweise auf die Auswirkungen der Behinderung – sei sie nun mechanisch oder funktionell – ermöglicht und diese in Zusammenhang mit der

Lokalisation bringt. Sie sollte hingegen nicht als erster Diagnostikschritt eingesetzt werden, da sie bei kleinen Tumoren falschnegativ sein kann. Der Vorteil dieser Untersuchungsmethode liegt zum Beispiel im Nachweis oder Ausschluss einer Kompression durch einen extraintestinalen Prozess oder einer Dysmotilität, welche bei der flexiblen Endoskopie wegen der meist verwendeten Sedation des Patienten schwieriger zu beurteilen ist.

Ösophagusmanometrie

Eine weitere Möglichkeit der Funktionsdiagnostik stellt die Ösophagusmanometrie dar. Sie ermöglicht die genaueste Beurteilung des Ablaufs der Kontraktionen im tubulären Ösophagus, aber auch eine Objektivierung der Sphinkterfunktion, und zwar sowohl des oberen wie auch des unteren Schliessmuskels. Die wichtigste mit der Manometrie erkennbare Krankheit ist die Achalasie, welche ein typisches Bild mit fehlender Relaxation des unteren Sphinkters und gleichzeitigem Ausbleiben der propulsiven Kontraktionswelle im tubulären Ösophagus aufweist.

Computertomografie

Eine Computertomografie kann insbesondere bei der Frage nach einem extraintestinalen Prozess wertvolle Hinweise geben. Auch hier ist aber Vorsicht geboten: Kleine intramurale und mukosale Ösophaguskarzinome können auch im CT nicht dargestellt und so übersehen werden. Aus diesem Grund sollte bei ösophagealer Dysphagie nie auf die eingangs erwähnte flexible Endoskopie verzichtet werden.

Vorgehen bei Verdacht auf NERD

Sofern endoskopisch kein relevanter Befund vorliegt und eine andere Ätiologie ausgeschlossen ist, oder wenn zusätzliche typische Beschwerden wie Sodbrennen, epigastrisches Druckgefühl und saures Aufstossen auf eine Refluxkrankheit hinweisen, ist immer an eine nicht erosive Verlaufsform einer gastroösophagealen Refluxkrankheit (NERD) zu denken. Immerhin haben 45 Prozent der Patienten mit klinisch vorhandenen Refluxsymptomen und pathologischer pH-Metrie keine endoskopisch nachweisbaren, entzündlichen Veränderungen. Auch bei diesen kann als Leitsymptom eine Schluckstörung vorliegen. Diagnostisch ist die Durchführung einer pH-Metrie – allenfalls kombiniert mit einer Impedanzmessung, welche auch den Nachweis eines zusätzlichen nicht sauren Refluxes ermöglicht – zu erwägen. Alternativ kann, da die notwendige Messung mit einer nasalen Sonde über 24 Stunden oft unangenehm ist, auch ein PPI-Test durchgeführt werden. Dabei wird ein medikamentö-

ser Säureblocker (Protonenpumpeninhibitor) in Standarddosierung über eine gewisse Zeit gegeben, um das Ansprechen der Beschwerden auf die Säuresuppression zu evaluieren. Allerdings benötigen refluxbedingte Dysphagiebeschwerden bei NERD, vor allem das recht häufige Globusgefühl im proximalen Ösophagus, oft eine etwas höhere Dosierung und längere Behandlungsdauer (bis 8 Wochen) als typische Refluxbeschwerden.

Kontrolle benachbarter Strukturen

Selbstverständlich muss bei proximalen Beschwerden auch eine Kontrolle der benachbarten Strukturen in Betracht gezogen werden. Hier stehen insbesondere eine HNO-Abklärung und eine sonografische Beurteilung der Schilddrüsen mit der Frage nach Struma im Vordergrund. Andererseits kann auch eine Videocinematografie zur Beurteilung des pharyngealen Schluckaktes bei Dysphagie im proximalen Bereich insbesondere bei älteren Patienten helfen. Nicht zu vergessen sind schliesslich in dieser Patientengruppe auch Zahn- und Prothesenprobleme, welche Schluckbeschwerden verursachen können.

Insgesamt richtet sich die Abklärung also durchaus nach der Art der Dysphagie, aber auch nach der subjektiven Symptomatik und der vom Patienten empfundenen Lokalisation der Beschwerden. Auch die Intensität der Abklärung und Anzahl der sinnvollen Untersuchungsschritte hängt im Einzelfall vom Beschwerdebild ab. Trotzdem muss festgehalten werden, dass eine echte Dysphagie ein Alarmsymptom ist und ernst genommen werden muss. ◆

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Marc Ritz
Konsiliariums Kantonsspital Liestal
Arztpraxis FMH Gastroenterologie
und Innere Medizin
Oristalstrasse 25
4410 Liestal

Potenzielle Interessenkonflikte: keine
