

# Martha kann nicht r

„Ich habe so einen Knödel im Hals“, sagt die 33-jährige Sekretärin Martha B. zu Ihnen. „Das hat langsam angefangen, ich hatte einfach so einen Druck, so ein Gefühl, als wäre mir etwas im Hals stecken geblieben. Zuerst war das nicht so oft, nur manchmal, aber ohne Anlass. Jetzt ist es häufiger geworden, und manchmal habe ich auch das Gefühl, gar nicht schlucken zu können. Das ist richtig unangenehm, und ich habe sogar zwei Kilo abgenommen, ohne es zu wollen. Ich glaube, ich esse auch wirklich anders, mehr weiche, breiige Sachen, aus Angst, dass ich etwas Hartes gar nicht gut schlucken könnte.“ Die Patientin fühlt sich ansonsten durchaus gesund, hat Stress im Beruf, den sie aber als „normal“ bezeichnet. Sie ist zurzeit Single, ist damit auch zufrieden, hat keine Kinder und nimmt keine Medikamente. Befunde zu dem spezifischen Problem gibt es bisher keine. Wie geben Sie das an, und welche Diagnosen kommen in Frage?

## „Ich vermute, dass die Diagnostik eine tumoröse Raumforderung ergibt“



**Dr. Hans Michael Freiberger**

FA f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilkunde, Mondsee, OÖ

Die geschilderten Beschwerden der Patientin deuten auf ein mechanisches Hindernis im Bereich des oberen Digestivtraktes hin. Es liegt eine Dysphagie vor, mutmaßlich eine Kompression des Ösophagus von außen. Keineswegs haben die Beschwerden etwas mit dem berichteten beruflichen Stress zu tun. Ein klassischer Globus pharyngis äußert sich in einem Kloßgefühl, aber ohne Gewichtsverlust und ohne Dysphagie.

Meine primäre Diagnostik nach genauer Erhebung der Anamnese basiert auf einer Palpation der Halsregion, einer exakten Inspektion mit Laryngoskopie und transnasaler flexibler Endoskopie, Funktionsprüfung der Hirnnerven IX, X und XII sowie Sonografie der Halsweichteile mit besonderer Berücksichtigung der Schilddrüse. Wichtige anamnestische Hinweise wären noch die Fragen nach einer begleitenden Aspiration oder Stimmstörung, nach Regurgitation von eingenommener Nahrung sowie Sodbrennen als Hinweis für Reflux und Schmerzen beim Schlucken (Odynophagie), eventuell auch Hautveränderungen.

Bei einer die Klinik erklärenden Pathologie der Schilddrüse wie retrosternale Struma, Strumazyste oder auch Zungengrundstruma wird die Überweisung an eine Abteilung für Nuklearmedizin zur weiteren Abklärung und Therapie veranlasst.

Ergibt sich aus der bisherigen Diagnostik kein Hinweis auf die Ursache der Beschwerden, so kommen weitere, vorerst nicht invasive Maßnahmen zum Einsatz:

- Ein Thorax-Röntgen p.a. und seitlich.
- Eine Videokinematografie des Schluckaktes hat eine deutlich bessere Aussagekraft als ein konventioneller Breischluck.
- Die CT-, besser noch die MRT-Untersuchung der Zielregionen Hals und oberes Mediastinum; kommt bei Tumorverdacht bzw. gesichertem Tumor zur Bestimmung der Ausdehnung und Abgrenzung zur Umgebung zur Anwendung.

Mit den geschilderten Untersuchungen, unter Mitwirkung von Fachkollegen (medizinisches Netzwerk), sollte es gelingen, eine Diagnose zu stellen.

Außer der Bestimmung der Schilddrüsenparameter (TSH, FT3, FT4) – bei Verdacht auf Sklerodermie auch Autoimmun-diagnostik mit Bestimmung der antinukleären Antikörper (ANA, CENP, SCL 70) – wird uns eine serologische Untersuchung vermutlich nicht weiterhelfen.

Als invasive Maßnahmen kommen noch eine flexible Ösophagogastroskopie in Lokalanästhesie und eine starre Ösophagoskopie in Allgemeinnarkose in Betracht.

Sollte die Diagnostik eine, wie ich vermute, tumoröse Raumforderung ergeben, so ist die Zuweisung an eine spezialisierte Fachabteilung unumgänglich.

Meine Differenzialdiagnosen zum geschilderten Fall von Frau B. mit Dysphagie lauten:

- Retrosternale Struma oder andere Schilddrüsen-Pathologie, auch Zungengrundstruma
- Weichteiltumor der Halsregion wie Neuroinom, Glomustumor etc.
- Aortenaneurysma im Bereich der Aorta ascendens oder Arcus aortae
- Tumore von Meso-, Hypopharynx, Larynx oder Ösophagus
- Hypopharynx- bzw. Ösophagusdivertikel
- Motorische, sensorische Funktionsstörung bei Hirnnervenparese oder zentralnervösen Prozessen
- Sklerodermie
- Refluxösophagitis

## „Jede morphologische Veränderung muss ausgeschlossen werden“



**Dr. Georg Langmayr**

FA f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilkunde, Kopf- u. Halschirurgie, Leonding, OÖ

Diese Patientin klagt offensichtlich über ein so genanntes Globusgefühl, wobei man natürlich jede mögliche morphologische Veränderung wie z.B. eine Tumorerkrankung, eine Divertikelbildung oder eine Erkrankung der Schilddrüse ausschließen muss.

Anamnestisch würde mich noch das Rauch- und Trinkverhalten der Patientin interessieren und vor allem eine genauere Zeitangabe über den Beginn der Beschwerdesymptomatik. Weiters muss nachgefragt werden, ob das Schlucken selbst Schmerzen bereitet oder lediglich die Funktion eingeschränkt ist, ob ein Räusperzwang besteht und ob sich diese Schluckbe-

# ichtig schlucken



schwerden in „Entspannungsphasen“, z.B. Urlaub, bessern bzw. vor allem in Stress-situationen auftreten.

Nach der Erhebung einer genauen Anamnese muss eine ausführliche Diagnostik folgen. Diese besteht aus einem HNO-Status mit Lupen-Laryngoskopie zur Untersuchung des Mesopharynx, Hypopharynx inklusive Sinus piriformes und des Larynx sowie des Ösophagus-Mundes. Ergänzend sollte – wenn notwendig – die Untersuchung mittels flexiblen Nasopharyngoskop erfolgen. Hierbei kann auch ein endoskopischer Schluckversuch durchgeführt werden.

Ergänzende radiologische Untersuchungen sind meistens notwendig. Hier wäre als Erstes ein Ultraschall der Halsweichteile inklusive Schilddrüse indiziert und – wenn notwendig – sollte ein Schluckaktröntgen oder eine Videokinematografie durchgeführt werden. Diese beiden Untersuchungen erlauben die wiederholte Beobachtung des Schluckvorganges. Falls Unklarheiten bestehen bleiben, würde ich ergänzend ein CT inklusive Kontrastmittel der Halsweichteile anschließen.

Laborparameter wie Differenzialblutbild, Blutsenkung und gegebenenfalls CRP sind notwendig. Zusätzlich müssen aber auch die Schilddrüsenparameter wie TSH, T3, T4 erhoben werden.

Eine stärke, direkte Endoskopie in Allgemeinnarkose kann je nach erhobenen Befunden notwendig sein.

Bei einem Globusgefühl und nach Ausschluss einer morphologischen Ursache ist die Therapie oft schwierig und erfordert Geduld auf Seiten der Patientin und des Therapeuten. Beratende Gespräche mit Exploration der Konfliktsituationen stehen dabei im Vordergrund, logopädische Behandlungen haben einen überraschend günstigen Effekt.

## „Ein langsamer Verlauf der Dysphagie weist auf einen stenosierenden Prozess“



**Dr. Christian Quint**  
FA f. Hals-, Nasen- u.  
Obrenbeilkunde,  
Phoniatrie, Wien

Gerade beim Globusgefühl ist mir ein ausführliches Gespräch vor der klinischen Untersuchung wichtig. Zunächst ist anamnestisch zu klären, wie lange die Beschwerden schon bestehen. Ein langsamer Verlauf der Dysphagie kann eher auf einen stenosierenden Prozess hindeuten. Hier ist der Hinweis von Frau B. zu beachten, dass sie

mehr breiiges Essen bevorzuge. Zusätzlich frage ich auch nach den persönlichen Umständen zu Beginn der Schluckstörung. Hat es Veränderungen in der beruflichen oder privaten Situation gegeben, die auf eine psychische Ursache hindeuten? Weiters frage ich nach möglichen früheren Verletzungen, wie Würgeverletzungen oder Ingestion von ätzenden Flüssigkeiten, und Operationen im Larynx-/Pharynxbereich oder im Verlauf des Ösophagus. Wichtig ist auch, ob Beschwerden wie bei gastroösophagealem Reflux auftreten.

Die Patientin muss auch nach zusätzlichen Symptomen im HNO-Bereich befragt werden. Besteht eine Dysphonie, was auf eine funktionelle Ursache des Globusgefühls hindeutet, oder ist eine Funktionseinschränkung des N. facialis zu sehen, wie sie bei Bulbärparalyse auftreten kann?

Zusätzliche Symptome, wie Hinterkopfschmerzen, Verspannungen im Bereich des Schultergürtels oder Parästhesien in den oberen Extremitäten können den Verdacht auf eine vertebrale Dysphagie lenken.

Danach folgt eine gründliche klinische Untersuchung, die zunächst im Bereich der Mundhöhle die Motorik von Zunge und Rachen beachtet, um mögliche Funktionsstörungen von N. glossopharyngeus und N. vagus aufzudecken. Mit dem flexiblen Laryngoskop kann dann der gesamte Pharynx bis in Höhe der Stimmlippen gut beurteilt werden. Lässt man die Patientin bei liegendem Endoskop z.B. eingefärbtes Joghurt schlucken, ist eine Aussage über die Motorik des Pharynx möglich.

Als weiterführende radiologische Diagnostik würde ich eine Halssonografie unter Einbeziehung der Schilddrüse und ein Schluckröntgen empfehlen. Seltener benötigt man bei komplexen Dysphagien eine Videokinematografie des Schluckaktes.

Wurde durch obige Untersuchungen ein Tumor oder ein Zenker-Divertikel ausgeschlossen, und findet sich auch keine neurologische Ursache für die Dysphagie, würde ich der Patientin zu einer physikalischen Therapie für den HWS-Bereich raten. Auch Gewohnheiten, wie das Einklemmen des Telefonhörers zwischen Schulter und Ohr, sollten aufgegeben werden. Zuletzt würde ich versuchen, bei Problemen und Stress eine Sensibilisierung der Patientin in Richtung psychischer Ursachen für die Dysphagie herbeizuführen.

Bei einer progredienten Schluckstörung sollte jedoch auf jeden Fall eine Gastroskopie durchgeführt werden, um stenosierende Tumoren und impaktierte Fremdkörper sicher auszuschließen. ■