

Interdisziplinäre Abklärungen sind unerlässlich

Schluckstörungen

Schluckstörungen sind häufig und nehmen mit dem Alter zu. Sie können die Lebensqualität der Patienten massiv einschränken und zu Mangelernährung führen. Dieser Artikel soll einen Überblick über die verschiedenen Ursachen der Dysphagie, die notwendigen Abklärungsschritte und die Therapiemöglichkeiten der Dysphagie geben.

Dysphagie bedeutet, unter einem beeinträchtigten Schluckakt zu leiden. Dabei können die gesamten Schluckwege vom Mund bis zum Magen betroffen sein. Dysphagie tritt mit zunehmendem Alter vermehrt auf (sogenannte „Presbydysphagie“), führt oft zu relevanter Mangelernährung und schränkt die Lebensqualität und Lebensfreude massiv ein. In der Erstbeurteilung gilt es einerseits, eine harmlose Ursache einer Dysphagie von einer schweren Erkrankung zu unterscheiden, eine Verdachtsdiagnose als Arbeitshypothese zu stellen, und den Patienten bei Bedarf einer interdisziplinären Dysphagie-Sprechstunde oder einem entsprechenden Fachkollegen der Disziplinen Otorhinolaryngologie, Gastroenterologie oder Neurologie zu überweisen (Tab. 1).

Andererseits muss bei bekannter Ursache einer Dysphagie das Ausmass der Dysphagie und ihre Folgen auf den Ernährungszustand und die Atmung beurteilt werden können, um gegebenenfalls eine Therapie in die Wege zu leiten.

Anamnese

Bereits bei der Anamnese kann zwischen einer oro-pharyngealen und einer oesophagealen Dysphagie unterschieden werden. Patienten mit einer oro-pharyngealen Dysphagie klagen darüber, dass sie die Speisen schlecht durch die Mundhöhle transportieren oder den Schluckakt nicht richtig auslösen können. Aspiration oder nasopharyngeale Regurgitation können damit verbunden sein. Bei der oesophagealen Dysphagie berichtet der Patient, dass Speisen im Schlund, Hals, hinter dem Sternum oder im Oberbauch stecken bleiben. Kinder verschlucken oft Fremdkörper oder leiden an kongenitalen Ursachen einer Dysphagie. Bei Erwachsenen muss zwar an ein Krebsleiden oder eine neurologische Erkrankung gedacht werden, viel häufiger sind jedoch eine Refluxösophagitis, eine Achalasie oder ein Globusgefühl. Für das Vorliegen eines Globus pharyngeus mit subjektiv belastendem Fremdkörpergefühl spricht der Umstand, dass die Dysphagie mehrheitlich beim Leerschlucken auftritt, während die Einnahme von Nahrung keine Probleme bereitet. Bei älteren Patienten mit Dysphagie wird eine Krebserkrankung der Speisewege immer wahrscheinlicher, aber auch andere Ursachen wie eine peptische Strikture, ein Zenker-Divertikel oder eine neurologische Erkrankung können vorliegen. Zusätzlich können Patienten über Begleitsymptome wie Regurgitation, Schluckschmerzen (Odynophagie), Heiserkeit, Otalgie, Hustenattacken,

rezidivierende Atemwegsinfekte oder Gewichtsverlust klagen, welche auf eine mögliche Ursache der Dysphagie hinweisen können. Unmittelbare Regurgitation tritt auf bei vollständiger Verlegung der Schluckwege durch einen Fremdkörper oder einen obstruierenden Tumor. Verzögerte Regurgitation von unverdauten Speisen ist das Leitsymptom eines Zenker-Divertikels. Odynophagie tritt bei Infekten wie bei einer Pharyngitis oder bei infiltrierenden Karzinomen auf. Die Irritationsotalgie mit Reizung des Glossopharyngeus ist typisch für ein Hypopharynxkarzinom. Hustenattacken und wiederholte Atemwegsinfekte sind Zeichen der Aspiration wegen eines unvollständigen Glottisschlusses, wie es oft in Zusammenhang mit einer neurogenen Schluckstörung auftritt.

Erstbeurteilung

Die Allgemeinuntersuchung beginnt mit der Beurteilung des Ernährungszustandes des Patienten und sucht nach Zeichen der Exsikkose. Es folgt die Inspektion der Mundhöhle und des Oropharynx und die Palpation der Halsweichteile. Neben einem allgemeinen Neurostatus werden die kaudalen Hirnnerven überprüft. Dabei interessieren besonders die Zunge (Beweglichkeit, Faszikulationen) und der weiche Gaumen (Beweglichkeit, Sensibilität). Zudem wird die oro-pharyngeale Funktion überprüft (Speichelsee, Husten beim Schluckakt, Regurgitation).



Dr. med.
Christoph Schlegel-Wagner
Luzern



Abb. 1: Fiberendoskopische Laryngoskopie mit gefärbter Flüssigkeit. Speichelsee im Sinus piriformis mit Penetration in den Endolarynx

TAB. 1 Häufige Ursachen einer Dysphagie

kongenital:	• Choanalatresie • Lippen-Kiefer-Gaumenspalte • Laryngomalazie • Stimmlippenparese • Larynxspalte • Ösophagotracheale Fistel und Ösophagusatresie
erworben:	• traumatisch: – postoperativ – direkte Verletzung bei Unfall – Schädel-Hirn-Trauma • infektiös: – akute Pharyngitis, Tonsillitis; Peritonsillar- und Parapharyngealabszess– Mononukleose – akute Epiglottitis – Herpes-Stomatitis, Herpangina (Coxsackie-Virus) – Candidiasis • entzündlich: – gastroösophagealer Reflux mit/ohne Strikturen – Plummer-Vincent Syndrom – Eosinophile Ösophagitis – Autoimmunerkrankungen wie Sklerodermie, „CREST“-Syndrom, Sjögren-Syndrom, Lupus erythematosus, Dermatomyositis u.a.m. – postaktinisch • Ösophagus-Motilitätsstörung: – Achalasie – diffuse ösophageale Spasmen • neoplastisch: – Neoplasien in Mundhöhle, Pharynx oder Ösophagus – Schädelbasistumoren mit caudalem Hirnnervenausfall – Schilddrüsentumore – Lymphome im Mediastinum • neurologisch: – Cerebrovaskulärer Insult – Recurrensparese – Morbus Parkinson – Multiple Sklerose – Myasthenia gravis – Amyotrophe Lateralsklerose • medikamentös: – medikamentöse Ösophagitis (z.B. Tetracycline) – Xerostomie: z.B. Opiate, ACE-Hemmer • Alter: – Presbydysphagie • Verschiedenes: – Fremdkörper in Pharynx oder Ösophagus – Zenker- (Hypopharynx-) Divertikel – HWS-Osteophyten (Abb. 3) – Globus pharyngeus

Je nach vermuteter Ursache der Dysphagie erfolgt die entsprechende weiterführende fachärztliche Untersuchung. Bei einer oropharyngealen Dysphagie steht die ORL-ärztliche Untersuchung im Vordergrund. Dabei spielt die Fiber-Endoskopische Evaluation des Schluckens (FEES) eine wichtige Rolle. Neben dem Ausschluss von strukturellen Hindernissen kann die Funktion des oro-pharyngealen Schluckaktes wie auch des Larynx beurteilt werden. Bei der Funktionsprüfung des Larynx interessiert dabei, ob eine Penetration oder gar Aspiration von Flüssigkeit auftritt. Das Anfärben von Wasser mit Methylenblau oder von Speisen mit Lebensmittelfarben erleichtert diese Diagnostik (Abb. 1). Als Bildgebung wird zur Abklärung einer Dysphagie primär die Videofluoroskopie eingesetzt. Dabei wird Kontrastmittel geschluckt und der gesamte Schluckablauf in Durchleuchtungstechnik gefilmt. Sonographie der

Halsweichteile, Computertomographie und MRI werden eingesetzt, wenn eine strukturelle Veränderung wie eine Neoplasie vorliegt.

Eine oesophageale Dysphagie benötigt primär eine gastroenterologische Beurteilung und gegebenenfalls weiterführend eine Oesophago-Gastroskopie, eine Manometrie oder eine 24 Std.-pH-Metrie. Besteht der Verdacht auf eine neurogen bedingte Schluckstörung, erfolgt eine neurologische Beurteilung.

Infektionen

Akute Infektionen sind der häufigste Grund für eine Dysphagie und leicht erkennbar, wenn sie Mundhöhle und Oropharynx betreffen. Sie sind in der Regel von einer starken Odynophagie begleitet, die bis zur Schluckunfähigkeit führen kann. Dazu gehören in erster Linie die akute Pharyngo-Tonsillitis, die Mononukleose und der Peritonsillarabszess. Eine Soor-Stomatitis ist eine Blickdiagnose. Allgemein treten Pilz-, Herpes- oder Cytomegalie-Infekte der Schleimhaut gehäuft bei immunsupprimierten Patienten vor. Tiefer liegende Infekte sind schwieriger zu erkennen. Tritt eine Dysphagie zusammen mit Speichelfluss, klossiger Sprache, Stridor und allenfalls Fieber auf, muss an eine akute Epiglottitis oder ein Parapharyngealabszess gedacht werden.

Entzündungen

Gastroösophagealer Reflux ist eine häufige Ursache für eine Dysphagie und kann zu Strikturen führen. Oft sind die Patienten leicht heiser, da begleitend eine posteriore Laryngitis vorliegt. Beim Plummer-Vincent-Syndrom mit Eisenmangelanämie liegt die Ursache der Dysphagie in postcricoidalen Schleimhautveränderungen mit Segelbildung. Die eosinophile Ösophagitis äussert sich durch plötzliches Steckenbleiben von festen Nahrungsstücken und ist möglicherweise mit Nahrungsmittelallergien assoziiert. Systemische Autoimmunkrankheiten werden häufig von Dysphagie begleitet, so die Sklerodermie, das CREST-Syndrom (Calcinosis, Raynaud's phenomenon, Esophageal dysmotility, Sclerodactyly, Teleangiectasia), der systemische Lupus, die Dermatomyositis oder das Sjögren-Syndrom. Die Dysphagie nach Bestrahlung der Halsweichteile kann sehr ausgeprägt sein und wird durch mehrere Faktoren wie atrophe Schleimhaut, fehlender Speichelfluss und Narbenfibrose der Weichteile verursacht.

Motilitätsstörungen des Ösophagus

Motilitätsstörungen werden mit Hilfe der Manometrie diagnostiziert. Bei der Achalasie fehlt die reflektorische Relaxation des unteren Ösophagussphincters. Diffuse ösophageale Spasmen verursachen oft Angina pectoris-ähnliche Thoraxschmerzen.

Neoplasien

Mundhöhlen- und Pharynxkarzinome führen primär zu einer Odynophagie oder ausstrahlenden Schmerzen ins Ohr (Irritations-Otalgie). Erst wenn die Zunge fixiert oder der Tumor raumfordernde Wirkung zeigt, tritt eine oro-pharyngeale Dysphagie auf. Leitsymptom des Ösophaguskarzinoms ist die progressive Dysphagie. Schädelbasistumore mit caudalem Hirnnervenausfall führen indirekt zu einer Dysphagie. Schilddrüsenneoplasien, grosse maligne Lymphome oder Lymphknotenmetastasen am Hals oder im Mediastinum führen durch äussere Kompression zur Dysphagie.

Neurologische Erkrankungen

Eine neurologisch bedingte Dysphagie betrifft in erster Linie die oropharyngeale Phase des Schluckens durch Störung der neuro-



Abb. 2 a: Ösophaguspassage mit Zenkel-Divertikel



Abb. 2 b: Die Muskelschwelle wird mit dem Divertikuloskop eingestellt und dem CO₂-Laser durchtrennt

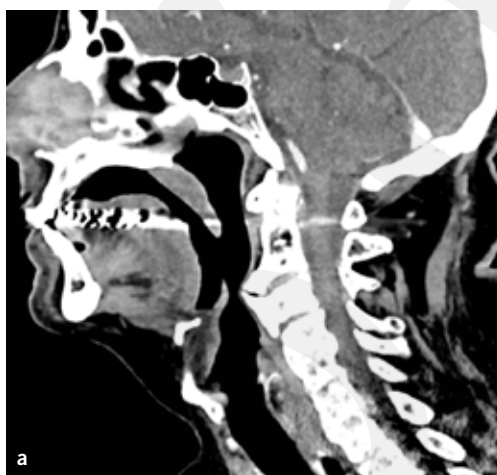
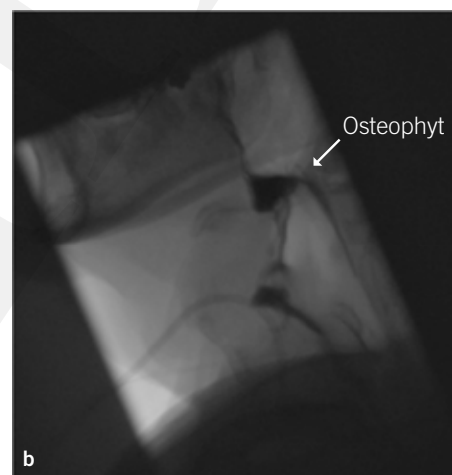


Abb. 3 a: Grosser Osteophyt auf Höhe der Epiglottis

Abb. 3 b: Beim Schlucken steht die Epiglottis am Osteophyten an und führt zur Retention



muskulären Steuerung. Neben dem häufig auftretenden cerebrovasculären Insult ist an chronisch-progressive Erkrankungen wie der M. Parkinson, die Multiple Sklerose, die Myasthenia gravis oder die amyotrophe Lateralsklerose zu denken.

Therapie

Die Therapie der Dysphagie liegt in der Therapie der verursachenden Erkrankung, soweit dies möglich ist. Ein Zenker-Divertikel z.B. kann heute elegant operativ transoral mittels Endo-Stapler oder

CO₂-Laser als minimal-invasiver Eingriff behandelt werden (Abb. 2). Führt dagegen eine amyotrophe Lateralsklerose oder ein unheilbares Malignom zu einer vollständigen Schluckunfähigkeit, kann die Ernährung, falls erwünscht, nur noch mittels perkutan-endoskopischer Gastrostomie (PEG) sichergestellt werden. In vielen Fällen ist eine kausale Therapie der Dysphagie nicht möglich. Ein gezieltes, funktionelles Schlucktraining in einer logopädischen Sprechstunde mit Einüben eines Ersatzschluckverhaltens kann jedoch die fehlende Schluckfunktion oft erfolgreich kompensieren. Zum Schutz der Atemwege bei chronischer Aspiration mit rezidivierenden Pneumonien muss in ausgewählten Fällen eine Tracheotomie und gegebenenfalls eine laryngotracheale Separation vorgenommen werden.

Take-Home Message

- ◆ Schluckstörungen sind häufig und nehmen mit dem Alter zu
- ◆ Schluckstörungen können die Lebensqualität massiv einschränken und zu Mangelernährung führen
- ◆ Bei jungen Patienten stehen Fremdkörper und Infekte im Vordergrund, bei älteren Patienten zunehmend Tumorerkrankungen und neurologische Affektionen
- ◆ Schluckstörungen benötigen interdisziplinäre Abklärungen durch Oto-Rhino-Laryngologen, Gastroenterologen und Neurologen

Dr. med. Christoph Schlegel-Wagner

Klinik für HNO-Heilkunde, Hals- und Gesichtschirurgie
Luzerner Kantonsspital, 6000 Luzern 16
christoph.schlegel@luks.ch

Interessenkonflikt: Der Autor hat keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.