

Mit dem Regenschirm durch die Speiseröhre

Die Crux mit dem Reflux

„Ich hab einen Kloß im Hals.“ „Das Wasser steht mir bis zum Hals.“ „Mir hat es die Stimme verschlagen.“ Bei diesen Beschwerden drängt sich schnell die Diagnose „Globusgefühl“ auf. Da viele psychosomatische Symptome in Sprichwörtern Einzug gehalten haben, bieten derartige Aussagen auch einen guten Ansatzpunkt, um nach möglichen Auslösern zu suchen. Aber steckt hinter jedem „Kloß“ auch ein „Globus hystericus“?

Die deutsche Sprache hat zahlreiche Metaphern für die Umschreibung diverser Halsbeschwerden gefunden. Es dauert Zeit und kostet manches Mal Mühe, diesen Patienten geduldig zuzuhören. Aber wie immer ergibt sich aus der genauen Anamnese die wichtige Weichenstellung für die weiterführende Diagnostik. Das vorzeitige Abstempeln als „Globus hystericus“ oder schlicht als Hypochondrie wird der differenzierten Betrachtung von Allergien, chronischen Sinusitiden, Schilddrüsen- und Ösophaguserkrankungen oder auch einer möglichen säure- oder pepsinbedingten Schleimhautschädigung im Kehlkopf jedoch in keinem Falle gerecht. Nicht jeder, der seinen Frust auf sich und die Welt nicht herunterschlucken kann, ist gleich ein „erheblich psychosomatisch überlagerter Patient“.

Im englischsprachigen Raum steht der „Hals“ bei unserer Berufsbezeichnung an

letzter Stelle (Oto-Rhino-Laryngology, Ear-Nose-Throat). In unserer deutschen Fachbezeichnung steht der „Hals“ an erster Stelle. Sind doch wir Hals-Nasen-Ohren-Ärzte oft die ersten, die die häufigsten Halsbeschwerden – von der ca. 20% der Bevölkerung der westlichen Industrieländer betroffen sind [Strutz/Mann, Praxis der HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie] – rasch, mit nur einem Blick „um die Ecke“ abklären können. Dennoch scheinen wir zumindest die Diagnostik und Therapie der Speiseröhrenerkrankungen für unser Fach verloren zu haben. Es war der Laryngologe Gustav Killian (1860-1921), der die ersten wirklich brauchbaren Instrumente zur Ösophagoskopie vorgestellt hat und diesen „Besitzanspruch“ der HNO über Jahre begründet hat. Dass wir jetzt angeblich nur noch „bis zum Kehlkopf“ untersuchen dürfen, wird viel diskutiert und insbesondere durch das Festhalten der HNO-Ärzte an

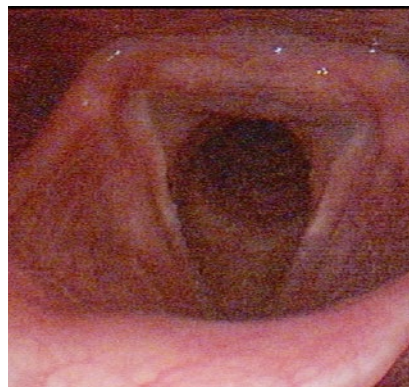
den starren Ösophagoskopen begründet. Aber es schadet ja nicht, auch mal über den Tellerrand der HNO hinauszuschauen ...

Der „stille“ Reflux

Die Gastroenterologen verstehen unter dem Krankheitsbild des gastroösophagealen Refluxes (GERD) eine Erkrankung, welche mit Schäden der Magen- oder Speiseröhrenschleimhaut einhergeht. Die Ausprägungen dieser Veränderungen beschreiben die Kollegen im Rahmen der „Magenspiegelung“ mit dem flexiblen Endoskop. Aber ist der Patient gesund, nur weil keine Veränderung von ösophagealer oder gastralischer Schleimhaut vorliegt? Des Rätsels Lösung scheint in der unterschiedlichen Belastbarkeit der Schleimhäute zu liegen. Wie empfindlich die Kehlkopfschleimhaut ist (und auch sein muss), verdeutlicht das Geschehen, wenn ein Krümel in den Kehlkopf statt in die Speiseröhre rutscht. HNO-Ärzte wissen, dass Rausperzwang, Verschleimung im Rachen, unerklärter Hustenreiz, wiederkehrende Heiserkeit sowie ein störendes Kloßgefühl auch Symptome eines sogenannten „laryngopharyngealen Refluxes (LPR)“ sein können. Da der zugrundeliegende temporäre Reiz durch Säure und Magenenzyme von Magen- und Ösophagusschleimhaut besser toleriert wird als vom Kehlkopf, finden sich in der ÖGD



Kontaktgranulom vor PPI-Therapie



Kontaktgranulom nach PPI-Therapie



Brünnings Endoskopierstuhl

meist keine Erosionen, sodass die Kollegen der Gastroenterologie maximal eine nicht erosive Reflux-Erkrankung (NERD) diagnostizieren. Dies erklärt auch, warum die betroffenen Patienten meist nicht über Sodbrennen oder saures Aufstoßen klagen. Hierfür hat sich der Begriff des „stillen Refluxes“ eingebürgert.

Jeder HNO-Arzt bietet eine Kehlkopfspiegelung durch endoskopische Laryngoskopie und ggf. auch durch eine flexible Videoendoskopie an. Wenn sich nun hierbei typische Scheimhautveränderungen wie Ödeme, Rötungen oder Erosionen im hinteren Kehlkopfdrittel, Stimmlippengranulome oder sogar subglottische Trachealreizungen zeigen, darf auch der HNO-Arzt es wagen – nach Ausschluss einer anderen Genese z.B. einer Milbenallergie oder eines „Postnasal Drips“ – die Verdachtsdiagnose einer Refluxerkrankung außerhalb des Ösophagus (extraösophageale Refluxerkrankung, EERD) – nämlich im HNO-Bereich als „Laryngitis posterior“ – zu stellen.

Fragebogenevaluationen, 24h-pH-Metriem in Oropharynx und Ösophagus, Manometriem und Impedanzmessungen können die Diagnose des „stillen Refluxes“ sichern. Wenn der HNO-Arzt dann trotz fehlendem Sodbrennen und unauffälliger ÖGD z.B. ein posteriores Stimmlippengranulom konservativ u.a. mit Protonenpumpenhemmern (PPI) komplett zur Abheilung bringt, hat es sich gelohnt, über den Tellerrand zu schauen. Auch die Patienten mit dem „Kloß im Hals“ freuen sich darüber, ernst genommen zu werden.

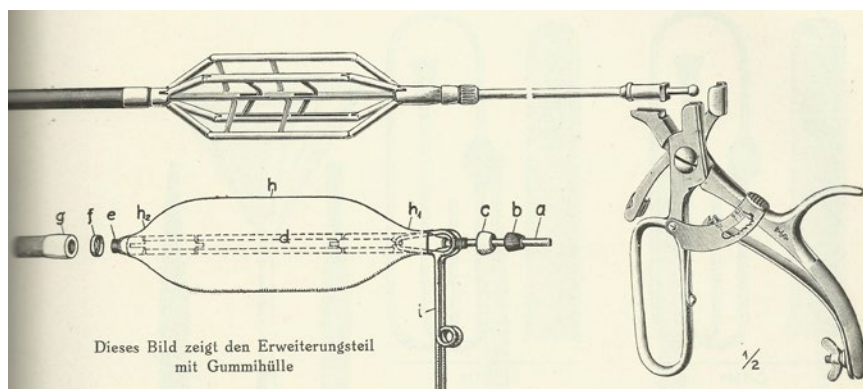
Dass die Sache mit dem Globusgefühl und der „Übersäuerung“ nicht alles „nur psycho“ ist, lehren uns die Millionen von Magengeschwürpatienten, die ein Leben lang auf der psychiatrischen Couch verbracht haben, bis australische Ärzte 1983 dieses kleine Bakterium „*Helicobacter pylori*“ entdeckten. Barry Marshall und John Robin Warren erhielten für ihre Entdeckung 2005 den Nobelpreis für Medizin.

Die Ösophagusstenose

Die „Laryngitis gastrica“ zu erkennen, ist also kein besonderes Problem der HNO-Ärzte. Der „Wissende“ (er)kennt auch den Soor bei Patienten mit Asthmasprays und die Differenzialdiagnosen wie Zen-



Oliven zur Ösophagus-Bougierung



Cardia-Dilatator nach Starck

ker-Divertikel, Hiatushernie oder eosinophile Ösophagitis. Selbst der Morbus Forestier oder die Styalgie beim Eagle-Syndrom der alten Männer sind uns HNO-Ärzten bekannt. Bei Ösophagusstenosen und der Achalasie gehörte es schon immer zum Stolz der HNO-Ärzte, die Patienten per vias naturales zu behandeln. So wurden Elfenbein- oder Metalloliven nach Trousseau, Collins, Brünings oder Eckert-Möbius an langen flexiblen Metallstäben in den Ösophagus eingeführt wodurch Verengungen aufbougiert werden sollten. Beliebte waren auch die langen Schlund-Bougies aus Gummi, die es in verschiedenen Stärken gab und die auch lange noch in diversen HNO-Kliniken z.B. bei der postradiogenen Oesophagusstenose eingesetzt wurden. Die unangenehmste Therapie war der Einsatz des Cardia-Dilatators nach H. Starck (1871–1956). Prof. Dr. Hugo Starck war Chef der Medizinischen Klinik in Karlsruhe. Er führte um 1928 seinen Cardia-Dilatator in die Therapie ein. Dieses Instrument war an der Spitze mit einem bleigefüllten Gummiaufsatz als Führungselement ver-

sehen und entfaltet sich durch einen Zugmechanismus in der Speiseröhre wie ein Regenschirm. Wegen häufiger Nebenwirkungen wie Blutungen und Rupturen wurde diese Therapie verlassen. Vielleicht sind aber die Erfinder der Gefäßstents durch dieses Instrument inspiriert worden.

In vielen HNO-Kliniken lagert dieses größte Instrument der HNO Heilkunde (Länge ca. 1 m) immer noch im Fundus für obsoleete Instrumente. Und es ist sicher gut, dass die jungen Assistenten heute damit nichts mehr anfangen können, weil die Behandlung des Ösophagus ja heutzutage sowieso Aufgabe der Gastroenterologen oder Chirurgen geworden ist. Aber wir HNO-Ärzte dürfen auch ruhig mal schmunzeln, wenn die chirurgischen Kollegen jedes Zenker-Divertikel „von außen“ operieren müssen. Zur Kunst der HNO-Ärzte gehört es, die versteckte Schwelle des Zenker-Divertikels mit dem Stützrohr einzustellen. Die folgende Durchtrennung der Schwelle mit dem Laser oder dem Stapler ist ja meist das kleinere Problem.



Dilatator



© (3) W. Lübbers

Handgriff



Starcksche Sonde in der originalen Aufbewahrungsbox

Ein verbaler Fauxpas: „Das ist alles nur Einbildung“

Unabhängig davon, ob nun eine psychosomatische Genese, eine Allergie, eine Ösophagusstenose oder eine Säuregenese die Beschwerden des Patienten erklären könnte, das Schlimmste, was ein Arzt einem Patienten mit Globusgefühl antun kann, ist der voreilige Satz: „Sie haben da nichts, das ist alles nur Einbildung“. Diese unbedachte Äußerung treibt den besorgten Patienten unweigerlich von Arzt zu Arzt, zum Heilpraktiker oder zur unüberlegten Selbstmedikation.

Ob nun jeder Patient aufgrund eines bloßen Verdachtes dauerhaft mit Protonenpumpenhemmern (PPI) behandelt werden muss, sollte jedoch im Hinblick auf diverse Nebenwirkungen kritisch hinterfragt werden. Es darf auch nicht vergessen werden, dass Pharmakonzerne mit entsprechenden „Aufklärungskampagnen“ das Ordnungsverhalten beeinflussen: PPIs machten bereits im Jahr 2000 einen Gesamtumsatz von mehr als 1 Milliarde DM aus [Arzneimittelbrief 2002;36:65]. 2008 betrug der globale Umsatz bereits 26,5 Milliarden Dollar.

Dabei scheint der wichtigste Rat immer wieder vergessen zu werden: Wenn einem das Wasser bis zum Halse steht, dann soll man den Kopf nicht hängen lassen.

Literatur bei den Verfassern

Dr. med. Wolf Lübbers
 Facharzt für HNO
 Ringelatzweg 2
 30419 Hannover

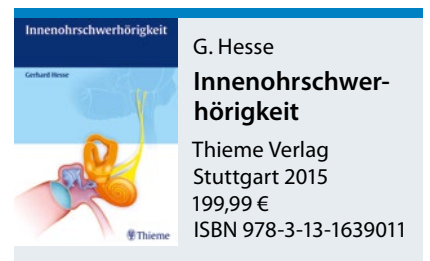
Dr. med. Christian W. Lübbers
 Facharzt für HNO
 Pöltnerstr. 22
 82362 Weilheim i.OB
 E-Mail: c.luebbers@hno-weilheim.de

Aktuelles, umfassendes Wissen übersichtlich zusammengefasst

In memoriam an seinen Lehrer, Herrn Prof. Lehnhardt, und basierend auf der Grundlage dessen 1984 erstellten Hauptreferates zur „Klinik der Innenohrschwerhörigkeit“ hat Herr Prof. Hesse dieses Buch geschrieben. Der Titel „Innenohrschwerhörigkeit“ klingt wenig vielversprechend, tatsächlich hat der Autor jedoch alles Relevante zu akuten und chronischen Innenohrschwerhörigkeiten beschrieben und die zahlreichen Zusammenhänge zu anderen Krankheiten bewertet.

Im allgemeinen Teil, der die Anatomie und Physiologie des Innenohrs, differenzierende Audiometrie und bildgebende Verfahren umfasst, hat er das Wichtigste straff dargestellt und ist detailliert auf neue Forschungsergebnisse wie BDNF-Hemmung oder neuere Verfahren wie die digitale Volumetomografie eingegangen.

Der spezielle Teil umfasst alle gängigen und auch seltenere kochleäre und retrokochleäre Innenohrschwerhörigkeiten, auch kortikale Veränderungen jeder Altersstufe. Jedem Krankheitsbild sind audiometrische und mögliche radiologische Befunde zugeordnet und – besonders bei den Syndromen und den chronischen Innenohrschwerhörigkeiten durch Gefäß-, Stoffwechsel- oder Tumorerkrankungen – zusätzliche, meist biochemische, moderne Untersuchungsverfahren, die für die Entitäten charakteristisch sind, erläutert sowie Immunprozesse, Entzündungsreaktionen, hypoxische oder toxische Reaktionen diskutiert. Neben einer ausführlichen Differenzialdiagnose zur Früherkennung einer Gehörschädigung werden bei den Krankheiten nicht nur das gängige Therapieverfahren, sondern auch Therapie-



optionen sowie Rehabilitationen aufgeführt.

Da das Buch moderne differenzialdiagnostische und therapeutische Verfahren rund um die Innenohrschwerhörigkeit beschreibt, dürfte es selbst einem erfahrenen Otologen als gutes Nachschlagewerk dienen. Das umfassende Werk ist jedoch so übersichtlich gestaltet und der Text durch gute Abbildungen und Tabellen zusätzlich erläutert, dass es auch jedem Arzt in der Ausbildung und Weiterbildung empfohlen werden kann.

Prof. Karin Schorn