© Klaus Rose

**Bei Schluckstörungen ist eine Gastro-
skopie unverzichtbar.**

— Definiert ist die Dysphagie als eine Störung des Schluckaktes, wobei bereits die genaue Anamnese wichtige diagnostische Hinweise liefern kann. „Ist die Aufnahme fester Speisen beeinträchtigt, spricht dies primär für eine organische Erkrankung“, sagte Dr. Nonther Bajbouj, München. Gibt ein Patient jedoch an, dass nur das Schlucken von Flüssigkeiten beeinträchtigt ist, spricht dies eher für eine funktionelle Störung wie z. B. eine Achalasie. Bei der differenzialdiagnostischen Abklärung sollten neben dem Alter auch der Gewichtsverlauf, die Symptombdauer und eventuelle Komorbiditäten berücksichtigt werden. Auch ist es wichtig zu wissen, ob bei dem Patienten früher bereits eine operative oder interventionelle Therapie an der Speiseröhre oder den umgebenden Organen durchgeführt worden ist.

Endoskopie mit Biopsien

Auch wenn bei einer Dysphagie über 50 Differenzialdiagnosen berücksichtigt werden müssen, empfiehlt sich zunächst immer eine Spiegelung des oberen Gastrointestinaltrakts mittels Ösophago-Gastro-Duodenoskopie. „Nur dadurch kann ein Tumor mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden“, betonte Bajbouj. Dabei sollten immer Gewebeproben entnommen werden, um mikroskopische Ursachen einer Dysphagie wie beispielsweise eine eosinophile Ösophagitis, die sich nicht selten einer makro-

Dysphagie ist ein Alarmsymptom

Erster Schritt: Bösartiges ausschließen

Erkrankungen aus den verschiedensten Fachgebieten – Gastroenterologie, Neurologie und HNO – kommen als Ursache einer Dysphagie in Frage. Wichtigste Aufgabe bei der Abklärung dieses Alarmsymptoms ist es jedoch, ein Ösophagus- bzw. Magenkarzinom nicht zu übersehen. Daher ist zunächst immer eine Ösophago-Gastro-Duodenoskopie mit Gewebsbiopsien indiziert.

skopischen Erfassung entzieht, nicht zu übersehen. Zu den seltenen ösophagealen Ursachen gehören auch die Ösophagusdivertikel.

Manometrie bei Verdacht auf funktionelle Störung

Findet sich bei der Gastroskopie und Biopsie kein organopathologischer Befund, müssen auch Funktionsstörungen der beiden Ösophagusschließmuskeln bzw. der tubulären Ösophagusmotilität diskutiert werden. Solche Störungen lassen sich nur mittels Manometrie bzw. pH-Metrie nachweisen oder ausschließen. Damit gelingt es auch, Patienten mit einer oropharyngealen Manifestation einer Refluxkrankheit zu erfassen. „Dafür steht jetzt eine neue Messtechnik, nämlich ein pharyngeales pH-Messsystem zur Verfügung“, erklärte Bajbouj. Dabei wird eine gut verträgliche Sonde im Bereich der Uvula an der Rachenhinterwand platziert und eine Messung des pH-Wertes in der Ausatemluft vorgenommen.

Um Störungen der pharyngealen bzw. der ösophagealen Schluckphase zu erfassen, ist eine radiologische Diagnostik mittels digitaler Röntgenkinematographie erforderlich. Diese erlaubt die Darstellung der zeitlichen Abfolge der Funktionsabläufe des Schluckvorgangs. Dabei werden bei nur geringer Strahlenbelastung pro Sekunde bis zu 30 Bilder aufgenommen. „Die Komplexität der Untersuchung erfordert jedoch den erfahrenen Radiologen“, so Bajbouj. Neben der radiologischen Funktionsdia-

gnostik hat sich in den letzten Jahren auch die fiberendoskopische Untersuchung des Schluckens etabliert.

Diagnosesicherung vor Therapie

Eine probatorische Therapie mit einem Protonenpumpenhemmer ist nur dann indiziert, wenn eine Refluxkrankheit auch nachgewiesen ist. Bei Vorliegen einer eosinophilen Ösophagitis empfiehlt sich die Gabe eines topisch wirksamen Steroids. Bei immunologisch kompromittierten Patienten kann auch eine Soorösophagitis zu einer Dysphagie führen, die sich unter einer effektiven Therapie mit einem Antimykotikum rasch zurückbildet.

Bei Nachweis eines malignen Tumors gilt es primär abzuklären, ob eine kurative Therapieoption besteht oder ob ausschließlich palliative Maßnahmen wie Stents, Bougierungen oder Ballondilatationen zum Einsatz kommen. Divertikel der Speiseröhre sind heute eine Domäne der interventionellen Therapie.

„Für die Abklärung der Dysphagie gibt es keine rigiden diagnostischen und therapeutischen Algorithmen“, so Bajbouj. Entscheidungen sollten insbesondere unter Berücksichtigung der vorhandenen diagnostischen Möglichkeiten getroffen werden. In Einzelfällen sei eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit evtl. im Rahmen eines Zentrums sinnvoll und notwendig.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

■ Quelle: Bayerischer Internistenkongress, 22.10.2011 in München