



Ösophagus Differenzialdiagnostik

Funktionale Beschwerden und Läsion klar trennen

Die standardisierte Differenzialdiagnostik im Inselspital erlaubt eine saubere und schnelle Abklärung von Symptomen und Ursachen der Speiseröhrenerkrankungen. Aufgrund der Anamnese führen gezielte Untersuchungen, wie Endoskopie, Computertomografie, pH-Metrie und Manometrie zur sicheren Diagnose und der zu empfehlenden Therapie. Letztere wird mit dem Patienten besprochen und danach eingeleitet.

Für den Gastroenterologen und Endoskopiespezialisten Jürgen Gschossmann stellt sich relativ rasch die Frage, ob Endoskopie ja oder nein: «Von der Anamnese ist es abhängig, ob ich die Ösophagusbeschwerden erst einmal mit Medikamenten behandle, oder ob ich mit der Endoskopie rasch die differenzierte Diagnostik einleite.» Gründe für die sofortige bzw. rasche Endoskopie sind vor allem *akute Beschwerden* und der *Verdacht auf Tumorerkrankung*. Symptome des Allgemeinbefindens wie Gewichtsverlust, Fieber, zunehmende Schluckbeschwerden seit mehreren Monaten mit schneller Verschlimmerung verstärken diesen Verdacht (Abb. 1).

Organische Läsionen

Innerhalb von wenigen Minuten setzt sich Gschossmann mittels der Endoskopie über das Innere, das Ösophaguslumen, ins Bild, erkennt raumfordernde Engstellen, Divertikel als Ausstülpungen, Fremdkörper, krampfartige Kontraktionen oder Entzündungen. Nicht zuletzt weil den Beschwerden Krankheiten wie eine eosinophile Oesophagitis zugrunde liegen können, die histologisch zu belegen sind, sind hier *Biopsien* die Regel. Generell kann die Endoskopie auf diese Weise Auskunft über eine organische Läsion des Ösophagus geben (Abb. 2 und 3).

Deutet das Bild auf einen *Tumor* hin, so erfolgen in einer zweiten Sitzung weitere Abklärungen. Einerseits durch Ultraschall mittels Endosonografie, welche die genaue Eindringtiefe des Tumors bestimmbar macht, andererseits u.a. mittels Computertomografie, welche weiterführende Informationen zur Absiedelung des Tumors liefert. Diese bildgebenden diagnostischen Untersuchungen werden in der Regel ambulant durchgeführt, sei es aufgrund von direkten Zuweisungen über Kliniken des Inselspitals oder über Polikliniken respektive aufgrund von Anmeldungen durch externe Zuweiser.

Therapieabsprache mit Patienten

Erhärtet sich die Tumordiagnose beim Patienten, wird dieser Fall vom behandelnden Arzt des Inselspitals mittels der Befunde dem *interdisziplinären Tumor-Board*, bestehend aus Gastroenterologen und Hepatologen, Onkologen und Radioonkologen sowie Radiologen und Viszeralchirurgen, vorgestellt. Für den gemeinsam gefassten Therapieversuch sind zusätzlich zum Befund Kriterien wie Allgemeinzustand des Patienten sowie Alter massgebend. Entlang den Richtlinien für die einzelnen Tumorstadien spricht das Gremium eine *Therapieempfehlung* aus. Diese bespricht der behandelnde Arzt, respektive die behandelnde Ärztin zunächst mit dem Patienten.

Funktionsstörungen

Fördert eine Endoskopie keine Läsion zutage, sondern besteht vielmehr der Verdacht auf eine Motilitätsstörung, z.B. eine neuromuskuläre Funktionsstörung wie die Achalasie oder eine Verkrampfung wie der Ösophogusspasmus, so kann im Rahmen der weiterführenden Diagnostik ein *Breischluck* bzw. eine *Videocinematographie* verordnet werden. Ein neueres gastroenterologisches Diagnoseinstrument in diesem Zusammenhang ist die *Manometrie* (siehe Titelbild).

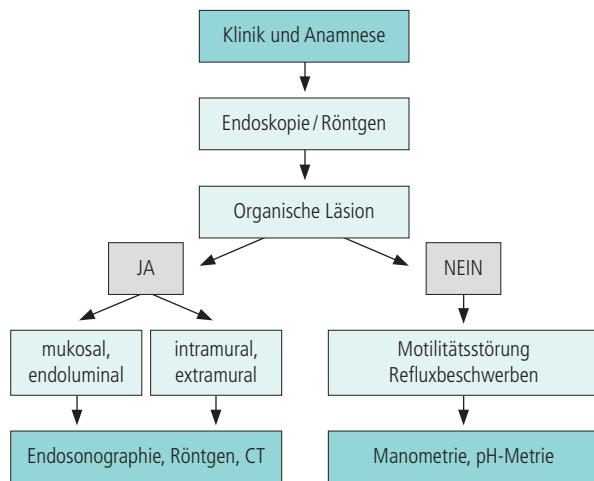


Abb. 1. Abklärungsalgorithmus bei Ösophaguserkrankungen



Abb. 2. Refluxösophagitis

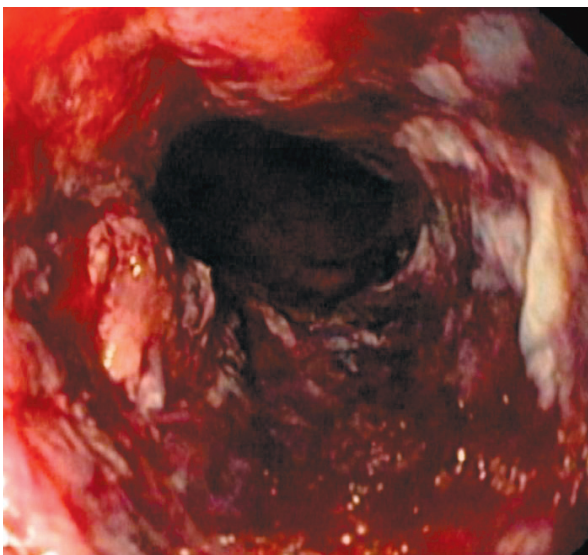


Abb. 3. Ösophaguskarzinom

24-Stunden-Auswertung

Je nach Verdacht der Funktionsstörung wird die reine *Durchzugsmanometrie* ambulant während einer halben Stunde Untersuchungsdauer vorgenommen. Besteht zusätzlich der Verdacht auf einen Säurereflux vom Magen in den Oesophagus, kann der Gastroenterologe dem Patienten über die Nase eine dünne, allgemein gut verträgliche, kombinierte *pH/Manometriesonde* in die Speiseröhre einlegen. Während 24 Stunden misst nun der pH-Abnehmer den Säurewert, während die Druckabnehmer die Druckverhältnisse in der Speiseröhre registrieren. Diese Daten werden in einem kleinen Aufzeichnungsgerät, das der Patient bei sich trägt, erfasst. Die Auswertung erfolgt danach über den Computer anhand eines Kurvendiagramms. «Aus den Druckverhältnissen», so Gschossmann, «lässt sich schliessen, auf welche Weise der Schluckakt gestört ist und inwieweit der untere Speiseröhrenschliessmuskel während des Schluckaktes, wie erwünscht, erschlafft. Ob Magensäure in die Speiseröhre fliesst, lässt sich anhand des Verlaufs der pH-Kurve feststellen.»

Aufgrund der Diagnose bespricht der behandelnde Arzt mit dem Patienten die *Therapieoptionen*, welche je nach Befund sowohl medikamentös als auch invasiv sein können.

Behandlungsoptionen

Gab es einst nur die Röntgenuntersuchung für die Diagnostik der Speiseröhre, so steht heute ein immer differenzierteres Instrumentarium zur Verfügung. So lässt sich z. B. der nicht säurebedingte Reflux mit einer *Impedanzmessung* objektivieren. Einschränkend meint aber Gschossmann, dass «vor allem Funktionsstörungen auch im Jahr 2007 manchmal nur schwierig zu therapieren sind.» Drucksenkende Medikamente können so Ösophagusspasmen senken, mit einer Injektion von Botulinustoxin in den Speiseröhrenschliessmuskel oder aber einer pneumatischen Dilatation kann einer Achalasie entgegengewirkt werden.

Hinsichtlich der *Anti-Reflux Behandlung* haben endoskopische Verfahren bis jetzt nicht die erhofften Ergebnisse gebracht. Ist beim Reflux ein hochdosierter Säureblocker auf längere Zeit hin nicht wirksam, braucht es weiterhin die erfahrene Hand des Operateurs. /chr