

„Die Achalasie im Spannungsfeld zwischen Psyche und Soma“

•Soma

–Kinderklinik: 14 Jahre altes Mädchen, seit 1-2 Jahren Gewichtsabnahme, seit Monaten das Gefühl feststeckender Speise (Globusgefühl) und Heiserkeit. Urplötzlich kann Sie einen Bissen nicht schlucken und würgt diesen dann plötzlich hoch, unabhängig von der Konsistenz der Nahrung. Die Speise steht im Rachen, sodass sie nicht sprechen kann. Permanenter retrosternaler Druck. Es erfolgt eine stationäre Diagnostik zum Ausschluss organischer Ursachen: Klinik: in letzter Zeit wieder zugenommen, sozial schwierig, kaum zugänglich.



Versucht vordergründig zu Essen, bringt aber alles wieder raus. Laborwerte alle unauffällig. obere Endoskopie (ohne Biopsien!) - internistisch – Normalbefund. Annahme eines funktionellen Geschehens und ggf. einer Bulimia. Entlassung und Vorbereitung einer Fortsetzung der Diagnostik in der Tagesklinik der KJP.

•Psyche

–KJP: 14 Jahre altes Mädchen, verlegt/zugewiesen aus der Kinderklinik C stammt aus psychosozial belasteten Familienverhältnissen, zeigt selbstverletzendes Verhalten, hat intrafamiliäre Konflikte sowie Beziehungsprobleme. Die Gewichtszunahme ist ein Problem (BMI 18 kg/m²), die Regel ist unregelmäßig.

Unter dem Eindruck von Verhaltensproblemen Aufnahme in die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik.

Diagnosen: mittelschwere Depression, zunehmender sozialer Rückzug.

C war bei Aufnahme vermindert affektiv schwingungsfähig, habe die Beschwerden in ihrer Partnerschaft entwickelt, fühle sich durch ihren Freund zunehmend kontrolliert und Ihre Mutter habe die Beziehung untersagt (tue nicht gut).

Mit Erarbeitung von Problemlösungsstrategien hellte sich die Stimmung deutlich auf. Sie begann kleine Mengen normal zu essen. Ein Hochwürgen von Nahrung fand nicht mehr statt, Sie nahm leicht an Gewicht zu. Zum vollständigen Sistieren von Schluckbeschwerden und Erbrechen kam es nie.

•Hintergrund

Die Diagnostik der Dysphagie basiert auf dem Ausschluß organischer Ursachen (Somatik) und Risikosymptomen (Psychosomatik) sowie der Evaluation von Ess- oder Angststörungen (Psychiatrie).

Beschwerden und deren Wertung können sich ändern. Das wird zum Problem insbesondere dann, wenn eine organische Ursache ausgeschlossen scheint.

Schwere somatische Erkrankungen können einer Psychotherapie zunächst zugänglich sein. Es können bestehende Kofaktoren abgebaut oder behoben und Krankheitsbewältigungsstrategien zu vorübergehender Heilung führen.

Wichtig ist zu erkennen, wenn das nicht passt.

•Kasuistik

Wochen nach Entlassung berichtet die Patientin, dass das Würgen nie ganz sistiert habe. Gelegentlich besteht ein Globusgefühl, Sie esse dann weiter. Verschlechterung in Zusammenhang mit der Trennung vom Freund. Sie würgte nun mehrfach täglich größere Mengen Schleim und nun auch Flüssigkeit, hat deutlich an Gewicht verloren, obwohl sie versucht Hochkalorisches zu essen und zu trinken. Die intensive Beobachtung und Beschäftigung mit der Patientin in der KJP führten zu Zweifeln an einer allein psychisch bedingten Dysphagie.

•Diagnose

Deshalb Vorstellung in der Praxis für Kinder- und Jugend-Gastroenterologie (BMI 16,8 kg/m²). Der **transthyroidale Ultraschall** erbrachte bereits den dringenden Verdacht auf **Achalasie**, der durch obere Endoskopie und Impedanz-pH-Metrie gesichert wurde. Im Speiseröhrenzentrum des UKE konnte mit hochauflösender Manometrie eine **Achalasie Typ 1** gesichert werden.

Es erfolgte eine endoskopische Myotomie (POEM).

•Schlussfolgerungen

Soma bedingt Psyche und eine somatische Abklärung ist nicht zwangsweise sicher. Zweifel muss immer dann angebracht sein, wenn es nicht passt.

Die Kooperation zwischen Kinderarzt und KJ Psychiater soll eng sein, darf sich nicht auf das Klinik-Setting beschränken und ist keine Einbahnstraße.

Für die Diagnostik der Achalasie im Kindes- und Jugendalter spielt der **transthyroidale Ultraschall** eine herausragende Rolle. Ösophagusdilatation und Hyperperistaltik lassen sich strahlungsfrei und absolut sicher darstellen. Dazu gibt es aber keine publizierte Untersuchung. Man macht stets Röntgen, CT oder MRT.

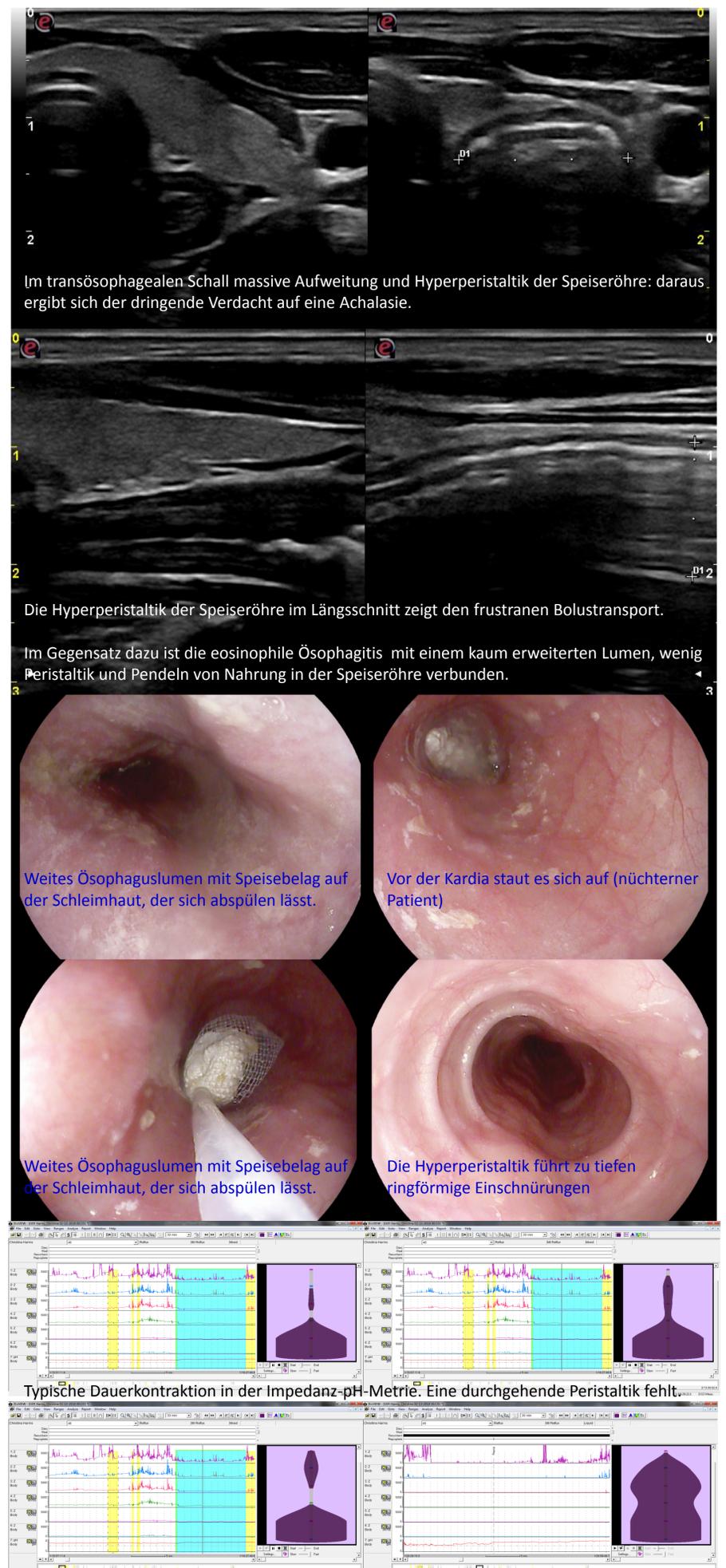
Die Endoskopie ist dann ein diagnostisches Verfahren, wenn man an eine Achalasie denkt, sonst kann man sie übersehen – wie geschehen.

Die pH-Metrie spielt heute in der Diagnostik der Dysphagie keine Rolle mehr. Hier hat die Impedanz-pH-Metrie eine neue Welt eröffnet.

Nichts ersetzt die Anamnese und das Gespräch zwischen Ärzten/Therapeuten.

•Achalasie

Memo Achalasie



Im transösophagealen Schall massive Aufweitung und Hyperperistaltik der Speiseröhre: daraus ergibt sich der dringende Verdacht auf eine Achalasie.

Die Hyperperistaltik der Speiseröhre im Längsschnitt zeigt den frustranen Bolustransport.

Im Gegensatz dazu ist die eosinophile Ösophagitis mit einem kaum erweiterten Lumen, wenig Peristaltik und Pendeln von Nahrung in der Speiseröhre verbunden.

Weites Ösophaguslumen mit Speisebelag auf der Schleimhaut, der sich abspülen lässt.

Vor der Kardia staut es sich auf (nüchterner Patient)

Weites Ösophaguslumen mit Speisebelag auf der Schleimhaut, der sich abspülen lässt.

Die Hyperperistaltik führt zu tiefen ringförmigen Einschnürungen

Typische Dauerkontraktion in der Impedanz-pH-Metrie. Eine durchgehende Peristaltik fehlt.