

Klinisch-Praktische Informationen 3, 9 (1995)

aus der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke Bonn-Venusberg

(Direktor Prof. Dr. C. Herberhold)

Vertebragene Dysphagie bei diffuser idiopathischer Skeletthyperostose (Morbus Forestier)

Morphologische Veränderungen der Halswirbelsäule als Ursache von Schluckstörungen sind vergleichsweise selten. Die häufigste Ursache der vertebraalen Dysphagie ist die diffuse idiopathische Skeletthyperostose (DISH-Syndrom, Morbus Forestier). Es handelt sich um eine nicht-entzündliche, versteifende Erkrankung der Wirbelsäule, die als eine Sonderform der degenerativen Spondylosis deformans anzusehen ist. Sie äußert sich in flächenhaften osteophytischen Knochenwucherungen unterschiedlichen Ausmaßes auf den Vorder- und Seitenflächen der Wirbelkörper mit knöcherner Überbrückung der Bandscheibenräume durch enchondrale Verknöcherung des vorderen Längsbandes. Dabei entfallen etwa 75% der Fälle auf die Halswirbelsäule von C₂ bis C₆. Die genaue Ursache der Erkrankung ist unbekannt. Sie ist überdurchschnittlich häufig vergesellschaftet mit Adipositas und Stoffwechselstörungen, vorwiegend Diabetes mellitus, Hyperurikämie, Fettstoffwechselentgleisungen, Hypokalzämie und Fluorose. Neben Dysphagie werden auch Heiserkeit, Rhinolalie, Husten, Stridor, Globusgefühl, Odynophagie und Gewichtsverlust angegeben.

Klinisch kann man oft schon die massive Vorwölbung an der Rachenhinterwand erkennen und knochenhart palpieren. Als neurologische Beeinträchtigungen wurden eine Einengung des Spinalkanals, sensible Wurzelirritationen und selten Paresen durch Kompressionsmyelopathien beschrieben. Die Beweglichkeit des Halses ist, wenn die Halswirbelsäule betroffen ist, stark eingeschränkt. Die Diagnose wird röntgenologisch durch HWS-Aufnahmen und Kontrastmitteldarstellungen der oberen Speisewege gestellt. Die Verknöcherungen sollten mindestens vier benachbarte Wirbelkörper überspannen als Abgrenzung zur Spondylosis deformans. Da asymptomatische Osteophyten bei 20-30% der Bevölkerung feststellbar sind, genügt die alleinige Darstellung osteophytärer Wucherungen mit Pelottierung des Kontrastmittelstreifens zur Diagnosestellung heute nicht mehr. Basierend auf anatomischen Überlegungen wurde ein pathophysiologisches Konzept zur Entstehung von Dysphagiebeschwerden erarbeitet, womit die Notwendigkeit einer dynamischen Röntgendiagnostik (Kinematographie, Videofluoroskopie) verbunden ist.

Die osteophytären Wucherungen führen zu einer Verbreiterung der pharyngovertebraalen Distanz. Die "Einkerbung" der Rachenhinterwand beeinträchtigt die peristaltische Progression. Kranial des Osteophyten wird die pharyngeale Kontraktionswelle stark ausgelenkt, um dann in eine Phase verminderter Motilität zu münden, wodurch die Kontraktionswelle blockiert und zusätzlich verstärkt wird. Diese pharyngeale Wandrigidität behindert in zunehmenden Maße die den Schluckakt initiiierende Elevation der Funktionseinheit Hyoid und Larynx und führt zwangsläufig zur Dysphagie. Neben der mechanischen Behinderung des Schluckablaufes resultieren dynamische Koordinationsstörungen bis hin zur Aspiration. Dysphagie-auslösend sind perifokale Reizungen und Entzündungen mit nachfolgenden Adhäsionen und Fibrosierungen. Denkbar ist auch, daß feste Speisen im Pharynx an den Osteophyten Schmerzen hervorrufen mit reflektorischem Spasmus im krikopharyngealen Segment.

Die Therapie des Morbus Forestier richtet sich nach dem Ausmaß der Beschwerden. Beim Versagen einer konservativen Behandlung bestehend aus antiphlogistischen Maßnahmen und einer geeigneten Diät mit Kostanpassung kann chirurgisch vorgegangen werden, wenn zuvor aber funktionelle Störungen der Kopfgelenke der HWS ausgeschlossen worden sind. Hierbei hat sich der anterolaterale extrapharyngeale Zugangsweg als am besten geeignet bewährt. Bei Koordinationsstörungen im pharyngoösophagealen Segment kann in gleicher Sitzung eine Myotomie des M.cricopharyngeus durchgeführt werden.

Nach: Walther, E.K.: Vertebraale Dysphagie bei diffuser idiopathischer Skeletthyperostose (Morbus Forestier). *Laryngo-Rhino-Otol.* 70 (1991) 604-608.