

Ungewöhnlicher Ösophagusfremdkörper im Rahmen eines Autoaggressionssyndroms

Unusual Case of Oesophageal Foreign Body as Part of a Self-harm Syndrome

Autoren

T. Schrom¹, S. Amm²

Institute

¹ Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Plastische Operationen Helios Klinikum Bad Saarow (Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. med. T. Schrom)

² Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Mitte (Direktor: Prof. Dr. med. H. Scherer)

Schlüsselwörter

- Ösophagusfremdkörper
- Endoskopie
- Autoaggression

Key words

- foreign body
- oesophagus
- endoscopy
- self-harm

Zusammenfassung



Einleitung: Ösophagusfremdkörper stellen eine häufige Notfallsituation in der HNO-Heilkunde dar. Zumeist handelt es sich dabei um Fleischbrocken, Knochen, Glassplitter, Kronkorken, Batterien oder Zahnprothesen. Wir möchten über einen ungewöhnlichen Ösophagusfremdkörper berichten.

Falldarstellung: Ein 45-jähriger Patient stellte sich in unserer interdisziplinären Rettungsstelle vor, wobei er angab, am Morgen im Rahmen einer Wette ein Frühstücksmesser geschluckt zu haben. Der HNO-ärztliche Status zeigte einen unauffälligen Larynxbefund. Im Röntgen-Thorax stellte sich ein 14cm langer Fremdkörper in Projektion auf den Ösophagus dar, dem Messer entsprechend. In Absprache mit der Thoraxchirurgie wurde eine starre Ösophagoskopie in Intubationsnarkose durchgeführt, dabei ließ sich die Messerklinge problemlos mit einer Zange entfernen. Zwischenzeitlich durchgeführte Archiv-Recherchen ergaben, dass bereits im Vorfeld bei dem Patienten mehrfach durch die Kollegen

der Chirurgie Fremdkörper teils laparoskopisch, teils offen chirurgisch entfernt werden mussten. Der Patient wurde infolgedessen bei ungestörter Schluckfunktion mit dem V.a. ein autoaggressives Syndrom in die psychiatrische Abteilung verlegt.

Diskussion: Ein Ösophagusfremdkörper ist als HNO-ärztlicher Notfall in der Regel interventionspflichtig, da Komplikationen, wie eine Perforation mit Fremdkörperdurchwanderung oder eine Drucknekrose der Ösophaguswand mit nachfolgender Mediastinitis gefürchtet sind. Zur Verfügung stehen die flexible Ösophagoskopie, die starre Ösophagoskopie in Narkose oder eine transzervikale bzw. transthorakale Entfernung. Die Wahl des probaten Verfahrens hängt entscheidend von der Art und Lokalisation des Ösophagusfremdkörpers ab. Vor allem beim Auffinden ungewöhnlicher Fremdkörper oder wiederholter Fremdkörperingestion ist abzuwägen, ob eine psychische Erkrankung die Ursache sein könnte und ggf. eine entsprechende Therapieeinleitung sinnvoll.

eingereicht 30. Mai 2008
akzeptiert 9. Oktober 2008

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1100381
Laryngo-Rhino-Otol 2009;
88: 253–256 © Georg Thieme
Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0935-8943

Korrespondenzadresse

**Priv.-Doz. Dr. med.
Thomas Schrom**
Klinik für Hals-Nasen-Ohren-
heilkunde
Kopf- und Halschirurgie
Plastische Operationen
HELIOS Klinikum Bad Saarow
Pieskower Straße 33
15526 Bad Saarow
thomas.schrom@helios-
kliniken.de

Einleitung



Bei Ösophagusfremdkörpern handelt es sich zumeist um akzidentell geschluckte Fleischbrocken, Knochen, Gräten, Glassplitter, Kronkorken, Batterien oder Zahnprothesen [1–3]. Die Ingestion anderer Materialien, wie Büroklammern oder Nadeln, geschieht mitunter in suizidaler Absicht [4,5]. Abzugrenzen davon sind Patienten mit meist wiederholter Fremdkörperingestion im Rahmen einer Erkrankung aus dem autoaggressiven Formenkreis [6]. Zunehmend häufiger finden sich auch Fremdkörper im Rahmen des Drogenschmuggels [7]. Die Patienten stellen sich mit mehr oder weniger ausgeprägter Dysphagie, Schmerzen und ggf. auch Dyspnoe vor. Bei der

HNO-ärztlichen Untersuchung kann man mitunter einen Speichelsee im Sinus piriformis sehen, von dem aus auch ein Übertritt von Speichel in den Larynx mit Hustenreiz und Dyspnoe möglich ist [8]. Vereinzelt sind auch Schleimhautläsionen im Bereich des Hypopharynxes oder Larynx nachweisbar. Zum Fremdkörpernachweis kommen konventionell-radiologische Verfahren zum Einsatz, wenn es sich um kontrastgebende Fremdkörper handelt [2,9–12]. Auch indirekte Zeichen, wie Luftansammlungen in der Speiseröhre oder im Mediastinum, eine Verbreiterung des prävertebralen Raumes, und eine Kontrastmittelaussparung können zum Nachweis eines Fremdkörpers oder gar bereits vorliegender Komplikationen hilfreich sein. Ebenso kann die

Computertomografie oder auch die Magnetresonanztomografie bei nicht röntgendichten Fremdkörpern hilfreich sein [9,13]. Auch die Anwendung von Ultraschall zur Darstellung des Fremdkörpers ist in Einzelfällen beschrieben worden [8,9].

Als Komplikationen eines Ösophagusfremdkörpers sind eine Perforation mit Fremdkörperdurchwanderung oder Drucknekrose der Ösophaguswand mit nachfolgender Mediastinitis, tiefen Hals- oder Lungenabszessen und Aortenfisteln gefürchtet [2]. Daher ist ein Ösophagusfremdkörper als HNO-ärztlicher Notfall in der Regel interventionspflichtig [12]. Zur Verfügung stehen die flexible und die starre Ösophagoskopie oder eine transzervikale bzw. transthorakale Entfernung [2]. Die starre Endoskopie mit dem offenen Rohr ist das in der HNO-Heilkunde seit Jahrzehnten etablierte Verfahren zur Darstellung und Extraktion von Fremdkörpern in Hypopharynx und Ösophagus [14]. Die Wahl des probaten Verfahrens hängt entscheidend von der Art und Lokalisation des Ösophagusfremdkörpers ab [1]. Wir möchten über einen ungewöhnlichen Ösophagusfremdkörper berichten.

Falldarstellung

Ein 45-jähriger Patient stellte sich in der Rettungsstelle unserer Klinik vor und gab an, am Morgen im Rahmen einer Wette ein Frühstücksmesser ohne Schaft geschluckt zu haben. Nach dem Auftreten von Schmerzen und Schluckstörungen, habe er dann im Laufe des Vormittages das Krankenhaus aufgesucht. Der HNO-ärztliche Status zeigte einen unauffälligen Hypopharynx- und Larynxbefund. Bei der weiteren körperlichen Untersuchung zeigte sich ein allseits orientierter, kooperativer Patient mit auffälligen Tätowierungen über den gesamten Körper und multiplen Narben an den oberen Extremitäten und einer ausgeprägten abdominellen Narbenplatte (Abb. 3). Diesbezüglich gab er an, im Rahmen einer ausgedehnten Darmverletzung bei einer Messerstecherei ca. 2 Jahre zuvor operiert worden zu sein. Anamnestisch auffallend war eine seit Jahren bestehende Medikation mit hohen MST-Dosen (3x60 mg/d) und gehäufte stationäre Aufenthalte wegen thorakaler und abdominaler Schmerzen bei Z.n. pulmonaler Unterlappenteilresektion 2005 und Z.n. Splenektomie und Nephrektomie 1997 infolge einer Messerstichverletzung sowie ein Z.n. PTCA und Stentimplantation bei KHK 2002 und 2005. Im Röntgen-Thorax stellte sich ein 14 cm langer Fremdkörper in Projektion auf den Ösophagus dar (Abb. 1).

In Absprache mit der Thoraxchirurgie wurde eine starre Ösophagoskopie unter Verwendung eines starren Ösophagoskops nach Brünings in Intubationsnarkose durchgeführt. Dabei ließ sich die 14 cm lange Messerklinge problemlos mit einer Zange entfernen (Abb. 2). Die Ösophagusschleimhaut war bis auf eine geringe ödematöse Schwellung und kleinere Schleimhautläsionen mit kleineren Einblutungen unauffällig. Eine Ösophagusperforation zeigte sich nicht. In den folgenden engmaschigen Laborkontrollen auf Entzündungsparameter und einer postoperativen Röntgen-Thorax-Kontrolle ergab sich kein Hinweis auf eine Mediastinitis, sodass der Kostaufbau problemlos erfolgte. Aufgrund des ungewöhnlichen Fremdkörpers und der Anamnese führten wir Archiv-Recherchen durch, bei denen sich zeigte, dass bereits im Vorfeld bei dem Patienten mehrfach durch die Kollegen der Abdominalchirurgie Fremdkörper wie Taschenmesser oder Rasierklingen teils laparoskopisch, teils offen chirurgisch entfernt werden mussten. Der Patient wurde infolge-

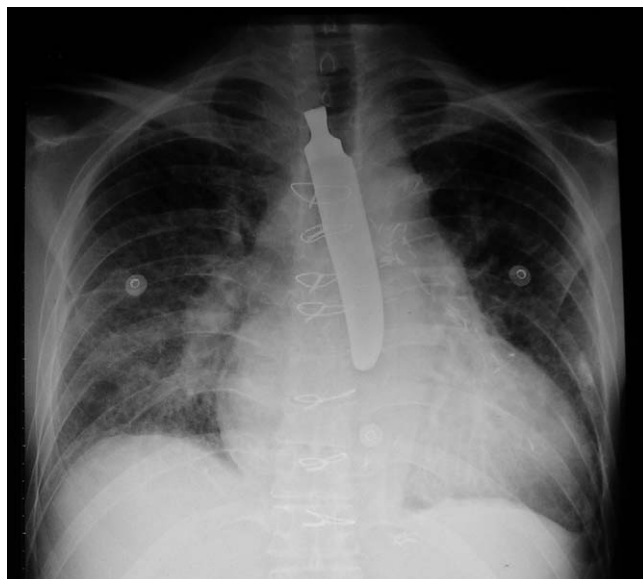


Abb. 1 Rönt-Thorax mit 14 cm langem Fremdkörper.



Abb. 2 Entfernte Messerklinge.



Abb. 3 Übersichtsaufnahme bei Z.n. mehrfacher Fremdkörperentfernung.

dessen mit V.a. ein autoaggressives Syndrom in die psychiatrische Abteilung verlegt.

Diskussion

Eine Vielzahl publizierter Fallberichte beschäftigt sich mit den ätiologischen, diagnostischen, therapeutischen und juristischen Aspekten der Inkorporation von Fremdkörpern. Der Verdacht auf einen Ösophagusfremdkörper ist in der hals-nasen-ohren-ärztlichen Notfallambulanz häufig. Ösophagusfremdkörper können in jedem Lebensalter auftreten, wobei besonders ältere Erwachsene durch Oberkiefervollprothesen, die die Gaumensensibilität herabsetzen und kleine Kinder betroffen sein können [12, 15]. Anamnestisch sind Hinweise auf die Beschaffenheit des verschluckten Fremdkörpers sowie die genaue Befragung nach Art und Lokalisation der Beschwerden wichtig, um auch bereits sich entwickelnde Komplikationen frühzeitig zu erfassen [8, 16]. Die häufigste Lokalisation der Fremdkörper ist im Bereich der ersten Ösophagusenge und des zervikalen Ösophagus lokalisiert [14].

Zur Diagnosesicherung sind neben der Anamnese und klinischen Untersuchung oft konventionelle Röntgenverfahren notwendig. Die Indikation zu bildgebenden Verfahren ist abhängig vom vermuteten Fremdkörper und sollte großzügig gestellt werden, da der HNO-ärztliche Spiegelbefund in über 50 % der Fälle falschnegativ sein kann [14]. Des weiteren kommen verschiedene Schnittbildverfahren zum Einsatz [9–11, 17], da vor allem nicht röntgendichte Fremdkörper in über 25 % der Fälle mit der konventionellen Röntgendiagnostik nicht erkannt werden [14]. Der sonografische Nachweis von Ösophagusfremdkörpern bleibt bisher die Ausnahme [9].

Kann nach Anamnese, klinischer und gegebenenfalls radiologischer Untersuchung ein Fremdkörper nicht ausgeschlossen werden, so ist eine endoskopische Untersuchung indiziert. Bei Nachweis eines Fremdkörpers richtet sich das Verfahren zur Entfernung nach Art und Lokalisation des nachgewiesenen Fremdkörpers, wobei flexible und starre endoskopische Verfahren, neben offen chirurgischen Zugängen zur Verfügung stehen [12]. Die starre Endoskopie bietet bei der Darstellung des Hypopharynxes, des Ösophaguseingangs sowie des zervikalen Ösophagus Vorteile, die flexible Technik ist in der Beurteilung der weiter distal gelegenen Abschnitte überlegen [3, 14].

Bei Ösophagusfremdkörpern handelt es sich zumeist um Nahrungsbestandteile wie Fleischbrocken, Knochen oder Gräten. Daneben sind Glassplitter, Kronkorken oder Anteile einer Zahnprothese häufig [1–3]. Bei ungewöhnlichen Fremdkörpern wie Nadeln oder, wie in unserem Fall ein Messer, liegt der Verdacht einer bewussten Ingestion nahe und können einen psychiatrischen Hintergrund besitzen [4, 13, 18]. Dies geschieht nicht selten in suizidaler Absicht, im Rahmen einer Depression oder zum Erlangen von Hafterleichterung bei Häftlingen [10, 12, 15]. Zunehmend finden sich auch Fremdkörper im Gastrointestinaltrakt beim Drogenschmuggel [7]. Das Verschlucken von Schmerzen verursachenden Fremdkörpern kommt vor allem bei dissoziativen Persönlichkeitsstörungen vor, da die Schmerz Wahrnehmung bei unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen reduziert sein kann. Unterschieden werden müssen Patienten mit autoaggressivem Verhalten zur Steigerung des sekundären Krankheitsgewinns [19]. Die Compliance o.g. Patienten bei der Anamneseerhebung ist oft schlecht, sodass mitunter die Fremdanamnese wertvolle Hinweise liefert. In solchen Fällen bieten sich für den behandelnden Arzt im Zeitalter der EDV-gestützten Patientenerfassung mitunter Vorteile in der Beurteilung durch eine gezielte und objektive Archivrecherche.

Fazit für die Praxis

Bei der Entfernung von Ösophagusfremdkörpern steht die flexible Ösophagoskopie, die starre Ösophagoskopie in Narkose oder eine transzervikale bzw. transthorakale Entfernung zur Verfügung. Vor allem beim Auffinden ungewöhnlicher Fremdkörper oder wiederholter Fremdkörperingestion in der Anamnese ist abzuwägen, ob eine psychische Erkrankung die Ursache sein könnte und ggf. eine entsprechende Therapieeinleitung sinnvoll.

Abstract

Unusual Case of Oesophageal Foreign Body as Part of a Self-harm Syndrome

Introduction: Foreign bodies in the oesophagus represent a frequent emergency situation in ENT medicine. Usually the cases involve lumps of meat, bones, shards of glass, bottle tops, batteries or dentures. We would like to report about an unusual foreign body found in the oesophagus.

Patient: A 45-year-old patient presented himself in our interdisciplinary casualty department where he claimed to have swallowed a butter-knife that morning as a bet. The ENT examination showed no abnormal findings. The thorax X-Ray revealed a 14 cm-long foreign body in projection to the oesophagus, which matched the knife. Following consultation with the thorax surgeon, a rigid oesophagoscopy was conducted under endotracheal intubation and the knife was easily removed using tongs. Archive searches conducted in the meantime showed that foreign bodies had been removed from the patient on numerous occasions by fellow surgeons either laparoscopically or via open surgery. As a result, the patient was transferred to the psychiatric ward with unimpeded swallowing reflex with a suspected self-harming syndrome.

Discussion: As an ENT emergency, a foreign body in the oesophagus generally requires intervention because of the risk of complications such as perforation or pressure-induced necrosis of the oesophagus wall with resulting mediastinitis. Suitable instruments are the flexible oesophagoscope, the rigid oesophagoscope under anaesthesia or transcervical/transthoracic removal. The choice of procedure crucially depends on the type and localisation of the foreign body in the oesophagus. Particularly in cases of unusual foreign objects or repeated foreign object ingestion, it should be considered whether a psychological illness could be the cause and whether the introduction of appropriate therapy could be expedient.

Literatur

- 1 Berggreen P, Harrison E, Sanowski R, Ingebo K, Noland B, Zierer S. Techniques and complications of esophageal foreign body extraction in children and adults. *Gastrointest Endosc* 1993; 39: 626–630
- 2 Nandi P, Ong G. Foreign bodies in the oesophagus: review of 2394 cases. *Br J Surg* 1978; 65: 5–9
- 3 Vivaldi C, Vallböhmer D, Hölscher M, Hölscher A. Akzidentell ingestierte Zahnprothesen – zwei Kasuistiken. *Zentralbl Chir* 2008; 133: 82–85
- 4 Acham A. Der interessante Fall Nr. 69. *Laryngol-Rhino-Otol* 2005; 84: 193–195
- 5 Bloch Y, Lauder A, Ratzoni G. How many pins? A case report of a girl who swallowed more than 50 straight pins in a suicide attempt. *Int J Adolesc Med Health* 2005; 17 (3): 295–297
- 6 Sansone R, Wiederman M, Sansone L, Monteith D. Patterns of self-harm behaviour among women with borderline personality symptoma-

- logy: psychiatric versus primary care samples. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22 (3): 174–178
- 7 Schaper A, Hofmann R, Ebbecke M, Desel H, Langer C. Cocaine-body-packing. Infrequent indication for laparotomy. *Chirurg* 2003; 74 (7): 626–631
 - 8 Jones N, Lannigan F, Salama N. Foreign bodies in the throat: a prospective study of 388 cases. *J Laryngol Otol* 1991; 105: 104–108
 - 9 Lucas E de, Ruiz-Delgado M, García-Barón P, Sádaba P, Pagola M. Foreign esophageal body impaction: multimodality imaging diagnosis. *Emerg Radiol* 2004; 10: 216–217
 - 10 Eliashar R, Dano I, Dangoor E, Braverman I, Sichel J. Computed tomography diagnosis of the esophageal bone impact: a prospective study. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1999; 108: 708–710
 - 11 Palme C, Lowinger D, Petersen A. Fish bones at the cricopharynx: a comparison of plain-film radiology and computed tomography. *Laryngoscope* 1999; 109: 1955–1958
 - 12 Punke C, Dommerich S, Pau H, Kramp B. Die laterale Pharyngotomie – ein seltener Zugangsweg zur Fremdkörperentfernung im oberen Ösophagusdrittel. *HNO* 2008; 56: 57–61
 - 13 Hermes D, Schweiger U, Warnecke K, Trübger D, Hakim S, Sieg P. Inkorporation multipler Fremdkörper bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Mund Kiefer Gesichtschir* 2005; 9: 53–58
 - 14 Albery J, Müller C, Stoll W. Ist die starre Hypopharyngo-Ösophagoskopie bei Verdacht auf Fremdkörperingestion noch zeitgemäß? *Laryngo-Rhino-Otol* 2001; 80: 682–686
 - 15 Mißfeldt N, Dost P. Zwanghaftes Fremdkörperverschlucken. *HNO* 1998; 46: 264–265
 - 16 Lai A, Chow T, Lee D, Kwok S. Risk factors predicting the development of complications after foreign body ingestion. *Br J Surg* 2003; 90: 1531–1535
 - 17 Watanabe K, Kikuchi T, Katori Y, Sepsas E. The usefulness of computed tomography in the diagnosis of impacted fish bone in the esophagus. *J Laryngol Otol* 1998; 112: 360–364
 - 18 Sakellariadis T, Potaris K, Mallios D. An Unusual Case of a Swallowed Thermometer Perforated in the Mediastinum. *Ann Thorac Surg* 2008; 85: 339–341
 - 19 Nadjem H, Weinmann W, Pollak S. Ingestion of pointed objects in a complex suicide. *Forensic Sci Int* 2007; 171 (1): e11–e14

Buchbesprechung



ESGRAF-R Modularisierte Diagnostik grammatischer Störungen – Testmanual DIN A 4. Mit 50 Filmclips auf DVD

Hans-Joachim Motsch
68 Seiten, 5 Abbildungen,
2 Tabellen, € 49,90
Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG
München, 2009
ISBN 978-3-497-02034-8

Die seit 1999 bewährte ESGRAF (Evozierte Sprachdiagnose grammatischer Fähigkeiten) steht in der überarbeiteten Form jetzt modular (15 Module) und in höherer Itemzahl zur Verfügung. Damit können die grammatischen Fähigkeiten von 4–16-jährigen Kindern/Jugendlichen hypothesengeleitet überprüft werden. Das Manual besteht aus 5 Kapiteln. Dabei werden zunächst Vorüberlegungen zur Diagnostik grammatischer Störungen angestellt, Kapitel 2 skizziert die Weiterentwicklung des ESGRAF zur ESGRAF-R. Kapitel 3 charakterisiert die ESGRAF-R allgemein, gibt Hinweise zur Durchführung und beschreibt einzelne Module mithilfe von Beispiel- und Arbeitsblättern. In Kapitel 4 wird die Anwendung der ESGRAF-R in der Sprachdiagnostik beschrieben, Therapieziele werden begründet. Im letzten Kapitel wird die Basis der Therapie grammatischer Störungen

knapp dargestellt und auf weiterführende Literatur verwiesen.

Dieses Diagnostikinstrument stellt Durchführungs- und Auswertungsunterlagen für alle 15 Module zur Verfügung und bietet darüber hinaus Screenings für die Durchführung im Klassenverband an. Eine beigelegte DVD führt in 50 Filmclips die Handhabung der einzelnen Module ein. Es eignet sich für Logopäden, Sprachtherapeuten und Sprachheilpädagogen, aber auch alle anderen Personen, die an klinischen, vorschulischen oder schulischen Einrichtungen sprachdiagnostisch tätig sind.

Prof. Dr. med. S. Brosch, Ulm