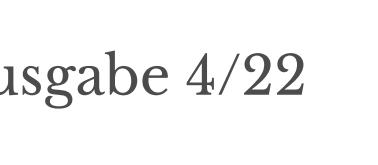




## Themen der aktuellen Ausgaben



GASTRO&amp;HEPA-News - Aktuelle Ausgabe | Ausgabenarchiv



Ausgabe 4/22

Inhaltsverzeichnis

## Ist es den Aufwand wert?

### Autoren

Prim. Prof. Dr. Rainer Schöfl - Ordensklinikum Linz

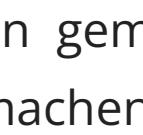
Prim. Univ. Prof. Dr. Martin Burian - Ordensklinikum Linz Barmherzige Schwestern

**Gastrointestinal endoscopy performed by gastroenterologists: Opportunistic screening strategy for newly diagnosed head and neck cancers.**

Yang CW, Chu YH, Chen HC, Huan WCg, Chen PJ, Chang WK.

Front Oncol 2022; 12:793318

AIM: Approximately 66% of head and neck cancers are diagnosed at an advanced stage. This prospective study aimed to detect newly diagnosed head and neck cancers using regular upper gastrointestinal (UGI) endoscopy with oral



Sollen wir umlernen und bei der Gastroskopie auch den Pharynx und Larynx untersuchen? Geht das mit unseren 10 mm starken Gastroskopen überhaupt? Wie kann man den Pharynx einigermaßen komplett untersuchen? Sind wir dann verantwortlich, wenn wir was übersehen?

Die Evidenz wird langsam immer größer, dass die Untersuchung des Larynx und Pharynx Teil einer Gastroskopie durch den Internisten, Chirurgen oder Gastroenterologen sein soll, weil zufällig identifizierbare Pathologien dort nicht ganz selten sind.

Die taiwanesischen Kollegen bedienten sich konventioneller moderner high-end Endoskope und untersuchten meist ohne oder mit nur milder Sedierung. Die Patienten mussten kooperationsfähig sein, um auf Aufforderung einzutreten oder „e“ zu intonieren.

Es wäre wahrscheinlich sinnvoll, wenn wir im Rahmen gemeinsamer Hands-on-Kurse mit HNO-Ärzten lernen, wie wir das machen, was wir dabei sehen und wie wir das interpretieren sollen. In einem zukünftigen nächsten Schritt wird wohl die Fotodokumentation von Larynx und Pharynx verpflichtend werden. Die Frage, ob es den Aufwand an Zeit und Patientenbelästigung wert ist, lässt sich heute noch nicht abschließend beantworten. Chih-Wei Yang und Kollegen aus Taiwan fanden in 0,66% benigne und in 0,18% maligne pharyngolaryngeale Pathologien, dabei waren vier von fünf im Frühstadium. Etwas niedrigere Inzidenzzahlen berichteten 2004 Müllhaupt und Kollegen aus Zürich.

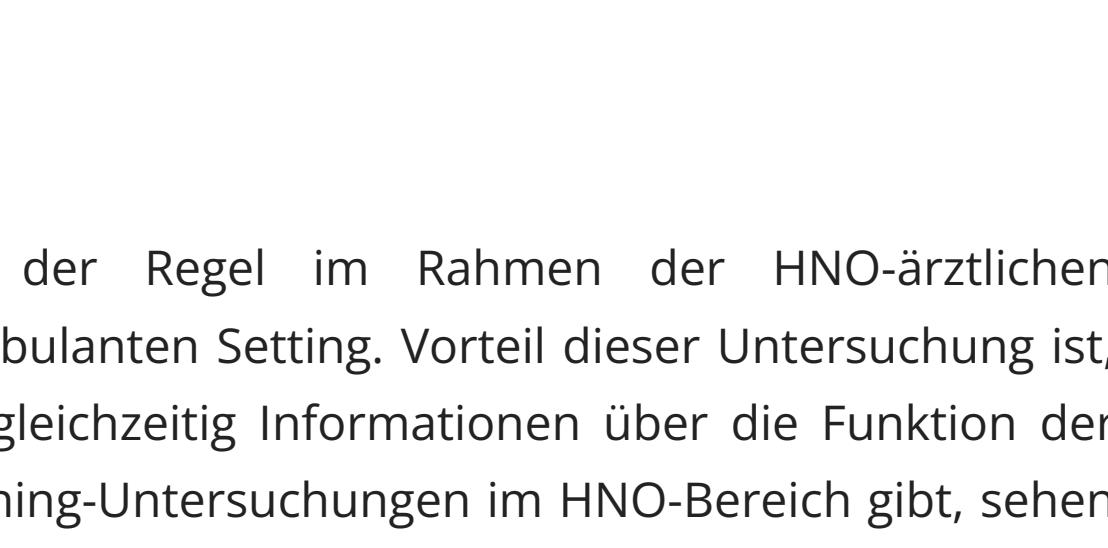


Abb.: Laryngitis posterior bei Refluxkrankheit

Ängstliche Kollegen mögen sich fragen, ob heute schon eine Verpflichtung dafür und eine Guideline besteht. Meines Wissens nein. Allerdings wird eine an sich wünschenswerte österreichische Richtlinie nicht viel bewegen und eine europäische (= ESGE-)Guideline wäre wünschenswert.

Im Rahmen einer Inspektion des Pharynx und Larynx würden nicht nur prämaligine und maligne Läsionen früh erkannt, auch Patienten mit refluxbedingter Laryngitis posterior oder Soor könnten davon diagnostisch profitieren und beispielsweise die Differentialdiagnose des Globusgefühls vereinfachen.

Ich hoffe, diese Initiative bringt HNO-Ärzte und Gastroenterologen näher zueinander und entzweit sie nicht.

Ich bin meinem geschätzten Kollegen Martin Burian sehr dankbar für seinen eingeladenen Kommentar aus dem Blickwinkel der HNO-Heilkunde dazu.

### Kommentar Univ. Prof. Dr. Martin Burian:

Die Inspektion der oberen Atem- und Schluckwege erfolgt in der Regel im Rahmen der HNO-ärztlichen Spiegeluntersuchung bzw. mit starren oder flexiblen Endoskopen im ambulanten Setting. Vorteil dieser Untersuchung ist, dass sie eine gute optische Auflösung bietet (Luppenlaryngoskop) und gleichzeitig Informationen über die Funktion der laryngo-pharyngealen Einheit bietet. Da es aber im Regelfall keine Screening-Untersuchungen im HNO-Bereich gibt, sehen wir die Patienten erst, wenn Symptome (Heiserkeit und/oder Schluckbeschwerden) auftreten. Während das Symptom Heiserkeit den Patienten eher früh zu einem Arzt führen, können Schluckbeschwerden lange „ignoriert“ werden und die Patienten kommen oft nach einer langen symptomatischen Zeit zu einer Untersuchung.

**Genau hier setzt die vorgestellte Arbeit an:** Da die Zahl der Gastroskopien hoch ist und der endoskopische Weg über Mundhöhle/Oropharynx/Hypopharynx und hinter dem Kehlkopf vorbeiführt, mutet es eigentlich verwunderlich an, dass Berichte über eine Beurteilung der laryngo-pharyngealen Einheit bei Gastroskopien vergleichsweise selten sind. Eigentlich könnte man sich als Gastroenterologe fragen: Wieso haben wir da in der Vergangenheit nicht bereits öfters hingeschaut – liegt ja eigentlich am Weg.

Andererseits wurde die Endoskopie in dieser Arbeit entweder unter lokaler Betäubung oder mit geringer Midazolam-Sedierung durchgeführt. Meines Erachtens ist dieses Vorgehen entscheidend, um wirklich große Teile der laryngo-pharyngealen Einheit einsehen zu können – bei starker Sedierung ist eine Einsicht laryngeal nur eingeschränkt möglich.

Wie auch immer, die Möglichkeit, Pathologien im „Vorbeigehen“ zu finden, sollte bei Gastroskopien genutzt werden. Bei flächendeckender Vorgehensweise ist damit zu rechnen, dass die Zahl von zufällig entdeckten Veränderungen steigt und in dem einen oder anderen Fall wertvolle Zeit bis zu einer Therapie gewonnen wird.

Interessenkonflikte: Keine

### Quellen:

1. Yang CW, et al; Front Oncol 2022; 12:793318; Gastrointestinal Endoscopy Performed by Gastroenterologists: Opportunistic Screening Strategy for Newly Diagnosed Head and Neck Cancers.

2. Huelsen A, et al; Endosc Int Open 2021; 9:E154-E162; Structured oropharynx, hypopharynx and larynx assessment during routine esophagogastrroduodenoscopy improves detection of pre- and early cancerous lesions: a multicenter, comparative study.

3. Januszewicz W, Kaminski MF; Therap Adv Gastroenterol 2020; 13:1756284820916693; Quality indicators in diagnostic upper gastrointestinal endoscopy.

4. Brocklehurst P, et al; Cochrane Database Syst Rev 2013; 2013:CD004150; Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer.

5. Park KS; Clin Endosc 2013; 46:224-9; Observable Laryngopharyngeal Lesions during the Upper Gastrointestinal Endoscopy.

6. Katsinelos P, et al; Dig Liver Dis 2009; 41:283-8; Should inspection of the laryngopharyngeal area be part of routine upper gastrointestinal endoscopy? A prospective study.

7. Vavricka SR, et al; Am J Gastroenterol 2007; 102:716-22; Limited diagnostic value of laryngopharyngeal lesions in patients with gastroesophageal reflux during routine upper gastrointestinal endoscopy.

8. Raju GS; Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol 2005; 2:22-3; Value of screening the laryngopharyngeal area during routine upper gastrointestinal endoscopy.

9. Müllhaupt B, et al; Gut 2004; 53:1232-4; Controlled prospective evaluation of the diagnostic yield of a laryngopharyngeal screening examination during upper gastrointestinal endoscopy.

**Prim. Prof. Dr. Rainer Schöfl**

4. Interne Abteilung Gastroenterologie & Hepatologie,

Endokrinologie und Stoffwechsel, Ernährungsmedizin

Ordensklinikum Linz

✉ rainer.schoefl@ordensklinikum.at

**Prof. Dr. Martin Burian**

Abteilung für HNO, Kopf- und Halschirurgie

Ordensklinikum Linz

Barmherzige Schwestern, Linz

Tags: [gastro&hepa-news](#) [gastroenterologie](#) [pharynx](#) [larynx](#) [gastroskopie](#) [schluckwege](#) [atmewege](#)

◀ Voriger Artikel: Einfluss von Lebensmittelzusatzstoffen auf chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Nächster Artikel: Enterale Ernährungsintoleranz bei Kritisch-Kranken ▶