

Globus-Gefühl

Boule pharyngée

Torsten Berghändler, Wolf Langewitz

Quintessenz

- Patienten mit erstmalig auftretendem Globus-Gefühl oder Patienten mit einem neu aufgetretenen Symptom sollten somatisch abgeklärt werden.
- Patienten mit seit längerem bestehenden Beschwerden, für die keine Ursache gefunden wurde, erfüllen die Kriterien einer somatoformen Störung. In diesem Fall gilt: Welches Konzept haben Patienten bzgl. der Entstehung ihrer Beschwerden (cave: die besonders problematischen Konzepte stammen von Kollegen!), wie verhalten sie sich, wenn sie den Frosch im Hals eliminieren (Räuspern führt zu Irritationen im Kehlkopf und unterhält die Beschwerden)?
- Wenn es gelingt, eine funktionelle Genese der Beschwerden plausibel zu erklären, folgen Patienten dem Rat, sich einer kognitiv-behavioralen oder einer logotherapeutischen Behandlung zu unterziehen. Beides ist erfolgversprechend.

Quintessence

- *Les patients ayant pour la première fois l'impression d'une boule pharyngée ou ceux présentant un symptôme nouveau doivent faire l'objet d'un examen somatique.*
- *Les patients ayant des problèmes depuis très longtemps et pour lesquels aucune étiologie n'a été découverte remplissent les critères d'un trouble somatoforme. Auquel cas: quelle idée ces patients ont-ils de la genèse de leur problème (attention: les conceptions particulièrement problématiques proviennent de collègues!), que font-ils pour éliminer le chat qu'ils ont dans la gorge (se racler la gorge provoque des irritations pharyngées et entretient les problèmes)?*
- *S'il est possible d'expliquer de manière plausible la genèse fonctionnelle des problèmes, les patients suivent le conseil de suivre une thérapie cognitivo-comportementale ou une logothérapie.*

Traduction Dr G.-A. Berger



CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 281 oder im Internet unter www.smf-cme.ch

Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 282 ou sur internet sous www.smf-cme.ch

Einleitung

Der «Kloss im Hals» oder «Frosch im Hals» ist eine unspezifische und häufige Alltagserfahrung. Die Symptomatik zeigt sich mit einem Gefühl der Enge im Hals, subjektiven Schluckschwierigkeiten oder einem Schluckzwang, einem Fremdkörpergefühl oder dem Gefühl, die Kehle sei rau, oder dem Eindruck vermehrter Schleimansammlung in der Kehle. Nahezu die Hälfte der Allgemeinbevölkerung berichtet gelegentlich über Globus-Gefühle, wenn sie so oder ähnlich formuliert werden [1]. Deary fand bei einer Zufallsstichprobe von 1158 zufällig auf der Strasse befragten Frauen eine 3-Monats-Prävalenz von 6% [2]. Die Symptomatik tritt bei Frauen und Männern gleich häufig auf; überwiegend suchen jedoch Frauen ärztlichen Rat und Hilfe [1]. Je nach Schweregrad der Missempfindung und Beunruhigung der Patienten kommt es zu ärztlichen Abklärungen; 4% aller ORL-Zuweisungen betreffen diese Symptomatik [3]. Die Ursachen für die Globus-Symptomatik können vielseitig sein; sie bedarf beim ersten Auftreten einer sorgfältigen ORL-ärztlichen Abklärung. Insbesondere strukturelle Läsionen oder Tumoren müssen ausgeschlossen werden. Die körperlichen Untersuchungsbefunde sind allerdings auch bei einheitlicher Globus-Symptomatik heterogen, so dass sich die Frage stellt, inwieweit körperliche Befunde und Globus-Gefühl kausal zusammenhängen. Nur wenn nach sorgfältiger fachärztlicher Untersuchung keine somatische Ursache gefunden werden kann, wird von einem funktionellen Globus-Syndrom gesprochen.

Diagnostische Kriterien [4]

Während 12 Wochen (nicht zwingend aufeinanderfolgend) in den vergangenen 12 Monaten Auftreten von

- chronischem oder vorübergehendem Auftreten eines Klosses oder Fremdkörpergefühls in der Kehle;
- Auftreten der Wahrnehmung zwischen den Mahlzeiten;
- Keine Dysphagie oder Odynophagie;
- Ausschluss von gastroösophagealem Reflux, Achalasie oder anderen Motilitätsstörungen mit einer strukturellen Grundlage (z.B. Sklerodermie der Speiseröhre).

Symptomatik

Patienten beschreiben als Symptomatik einen Kloss im Hals, ein Fremdkörper-Gefühl, z.B. wie von Haaren oder Krümeln in der Kehle, ein Zusammenschnüren oder Würgen. Weiter werden der Zwang zum trockenen Schlucken, ein Zwang zum häufigen (produktiven oder auch nicht) Räuspern, ein brennender Schmerz, Würge-

oder Engegefühl im Hals sowie das Gefühl einer trockenen bzw. wunden Kehle beschrieben [5]. Die Symptomatik tritt kontinuierlich oder intermittierend auf. Durch Ablenkung und Entspannung werden die Symptome oftmals reduziert, durch Ärger, Streit oder Belastung subjektiv verstärkt [6]. Die Symptomatik ist in der Regel bei Nahrungszufuhr weniger störend als beim trockenen Schlucken oder zwischen den Mahlzeiten. Das Gefühl wird in der Regel zentral im Hals auf, in Höhe oder unterhalb des Kehlkopfes lokalisiert.

Abklärung

Die Abklärung umfasst eine ausführliche Anamnese inklusive psychosozialer Faktoren wie belastender Lebensereignisse und sozialer Einbindung, sowie eine Anamnese psychischer Störungen, insbesondere in Hinsicht auf Panik- und andere Angststörungen sowie Depressionen.

Durch die ORL-fachärztliche Abklärung des Larynx und Pharynx werden hypopharyngeale Tumoren ausgeschlossen, die aber häufiger mit zusätzlichen Symptomen wie Schmerzen und Heiserkeit einhergehen.

Somatische Befunde

Verspannung der Hals- und Schluckmuskulatur, übermässige Beanspruchung des Schluck- und Sprechapparates, übermässige Reklination des Kopfes und sekundäre muskuläre Verspannungen durch Erkrankungen der Halswirbelsäule [7] können ein Globus-Gefühl auslösen.

Manchmal kann ein gastroösophagealer Reflux (GERD) die Symptomatik durch Ausstrahlung und Lokalisation der Wahrnehmungen in den Hals produzieren. Ein Reflux kann bei etwa 15% [8] aller Globus-Patienten nachgewiesen werden. Ahmad und Batch [9] diskutieren den *laryngopharyngealen Reflux* als spezifische Sonderform, die mittels flexibler Ösophagogastroskopie nachgewiesen wird. Bei laryngopharyngealem Reflux führt eine Behandlung mit Protonenpumpen-Inhibitoren bei 65% der behandelten Patienten zu einer guten Besserung der Globus-Symptomatik. Moser [6] empfiehlt ebenfalls, bei GERD eine symptomatische Behandlung durchzuführen.

Bei der Frage nach der Verknüpfung von GERD mit Globus werden verschiedene Hypothesen diskutiert. Hunt [10] nimmt an, dass ein gastroösophagealer Reflux den Ruhetonus des oberen Ösophagus-Sphinkters ansteigen lässt und damit ein Globus-Gefühl auslösen kann. Dagegen findet sich bei Corso et al. [11] eine signifikante Häufung von Globus-Symptomen bei Patienten mit hypertensivem unterem Ösophagus-Sphinkter, und dies unabhängig von einer Reflux-Krankheit.

Puhakka und Kirveskari [5] beschreiben, dass eine Fehlstellung zwischen Ober- und Unterkiefer als Trigger für ein Globus-Gefühl wirken kann. Sie konnten an einer kleinen Patientengruppe zeigen, dass die präzise Okklusionsanpassung des Gebisses signifikant häufiger zum Verschwinden des Globus-Gefühls führte als eine Scheinanpassung.

In einer neueren Untersuchung von Moser [12] wurde bei allen 88 untersuchten Globus-Patienten ein organischer Befund nachgewiesen. Der Häufigkeit nach hatten 30 Patienten eine unspezifische ösophageale Bewegungsstörung, 24 eine Achalasie, 13 einen gastroösophagealen Reflux, 6 eine chronische Tonsillitis oder Pharyngitis, 4 eine zervikale Spondylosis, 3 Schilddrüsen-Adenome, 3 einen Nussknacker-Ösophagus, 2 eine pharyngeale Dysfunktion und je einer eine trockene Ösophagus-Schleimhaut, diffuse ösophageale Spasmen und eine chronische Bronchitis. Eine evidente *kausale* Beziehung der somatischen Befunde zur Globus-Symptomatik konnte allerdings nicht bewiesen werden.

Psychologische Befunde

Deary et al. [13] fanden 1992 in einer kleinen Stichprobe (n = 25) bei Globus-Patienten im Vergleich zu anderen vergleichbaren ORL-Patienten häufiger und ausgeprägter eine Depressivität. Bei 64% (n = 25) bestand eine mindestens leichte depressive Störung (BDI >11). Dies betraf mehr Frauen als Männer. Es konnte keine Beziehung des Schweregrades der Depression zur Dauer der Globus-Symptomatik nachgewiesen werden. Diese Beurteilung wird bestätigt bei Moser et al. [6]: Sie fanden bei 30 untersuchten Patienten keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Ängstlichkeit, Depression, Hypochondrie, «Hysterie» und der Exazerbation und Aufrechterhaltung der Globus-Symptomatik. In ihrer Untersuchung fanden sich bei den Globus-Patienten im Vergleich zu einer ORL-Kontrollgruppe nicht mehr Depression oder Ängstlichkeit. 4 von 26 Patienten hatten eine mässige (n = 3) oder schwere (n = 1) Depression; 8 Patienten eine milde depressive Störung (BDI 11–19), 14 Patienten keine Zeichen von Depression. Diskutiert wird eine stärkere körperfokussierte Symptomwahrnehmung dieser Patienten unter Stress. In der bereits zitierten neueren Untersuchung von Moser [12] fand sich ebenfalls keine Häufung psychischer Auffälligkeiten im Vergleich zu einer Nicht-Globus-Kontrollgruppe.

Belastende «life events» werden ebenfalls im Zusammenhang mit einem Beginn der Symptomatik diskutiert, es gibt aber nur wenige systematische Untersuchungen hierzu. Die Arbeitsgruppe von Deary [13] fragte für einen Zeitraum von 2 Monaten vor Beginn der Globus-Störung nach Todesfällen oder schweren Erkrankungen, Geburten, Arbeitsplatzverlust und anderen Stressfaktoren. 13 von 25 untersuchten Patienten

gaben ein oder mehrere stressvolle Ereignisse in zeitlichem Zusammenhang mit dem Beginn der Globus-Symptomatik an. Puhakka und Kirveskari [5] fanden in ihrer kleinen untersuchten Kohorte nur bei einem Patienten ein signifikantes belastendes Lebensereignis. Aber auch hier gilt: Die Bedeutung von «life events» lässt sich schlüssig nur im prospektiven Verlauf klären.

Spezifische Persönlichkeitsmerkmale wurden bei Globus-Patienten immer wieder untersucht, ausgehend vom bereits 1603 von Jordan geprägten Begriff des «globus hystericus» [14], der heute jedoch nur noch eine historische Bedeutung hat. Der Begriff der Hysterie in den heute gültigen Klassifikationssystemen ist aufgegeben worden. Die «histrionische Persönlichkeitsstörung» sowie die Konversionsstörung mit einer veränderten ätiologischen Theorie sind an ihre Stelle getreten. Einen Bezug der Globus-Symptomatik zur erwähnten histrionischen Persönlichkeitsstörung konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Andere spezifische Persönlichkeitsmerkmale bei Globus-Patienten sind nicht bekannt [2, 15]. Persönlichkeitsmerkmale, Stress und psychiatrische Erkrankungen wie Depression und Angst sind möglicherweise relevant für die Bereitschaft, die Globus-Symptomatik als störend zu empfinden und ärztliche Hilfe aufzusuchen. Sie sind aber nicht die Ursache der Störung und für deren Verlauf verantwortlich [12].

Psychosomatische Theorie der Entstehung von Globus-Gefühlen

Wie in dem entsprechenden Abschnitt des Lehrbuchartikels zu somatoformen Störungen an einem klinischen Beispiel ausführlich dargestellt [16] muss man annehmen, dass am Beginn des Globus-Gefühls tatsächlich eine unter Umständen minime Veränderung im Hals-/Rachenraum besteht, die sich höchstwahrscheinlich einer morphologischen Diagnose entzieht. Diese Irritationszone wird allerdings erst dann zum Auslöser einer eigentlichen Globus-Symptomatik, wenn die Irritation *wahrgenommen* wird und nicht plausibel durch alltägliche Erfahrungen zu erklären ist. Beispiel für solche vorübergehenden Irritationen sind durch Fremdkörper (z.B. Nusspartikel) ausgelöste Störungen, die durchaus ja über mehrere Stunden anhalten können und immer wieder Anlass zu Husteln und Räuspfern und Schlucken geben.

Leider führt manchmal der Versuch, die vermeintliche Störquelle zu eliminieren, zu einer zusätzlichen Irritation der Schleimhäute, die durch das häufige Schlucken trocken werden und die sich durch Husten, Räuspfern und Schlucken immer wieder in den Vordergrund des Bewusstseins spielen und damit die Aufmerksamkeit des Patienten auf den Rachenraum fokussieren. Ein Beispiel für erhöhte Sensitivität und Neigung zu

katastrophalen Wahrnehmungen liefern Menschen, die eigentlich nicht gerne Fisch essen, weil sie Angst vor den Gräten haben. An ihnen lässt sich beobachten, dass sie eine geringfügige Irritation, wie sie beim Schlucken wahrscheinlich immer wieder auftritt, nachgerade panisch als Hinweis darauf verwerten, dass sie jetzt gerade sicherlich eine Gräte geschluckt haben, die nun unwiderruflich in der Schleimhaut feststeckt. Hohes Stressniveau, fehlende Initiative, geringes Niveau von angenehmen Ablenkungen im Leben wird einem Menschen, der bis zu diesem Punkt der Entwicklung eines Globus-Gefühls gekommen ist, die Rückkehr in die Normalität erschweren, so dass man spätestens ab hier den im typischen Sinne psychischen Faktoren eine bedeutende Rolle zuschreiben muss.

Aufregung und Stress können zudem via sympathischer Aktivierung zu einer Trockenheit der (Hals-)Schleimhäute führen. Belastende Situationen können so einhergehen mit der Globus-Symptomatik, auch ohne dass eine bildhafte Deutung («der Patient kann den Konflikt nicht schlucken; das Problem bleibt im Halse stecken ...») zum Verständnis notwendig ist.

Therapeutische Ansätze

Einem Patienten schlicht zu erklären, dass die Globus-Symptomatik im Prinzip harmlos ist, wird selten so einfach funktionieren, denn der Patient sässe nicht wegen seiner Globus-Symptomatik beim Arzt oder bei der Ärztin, wenn er nicht der Überzeugung wäre, dass doch womöglich etwas Gefährliches dahinter steckt. Erst in dem Moment, in dem die Ärztin weiss, was der Patient konkret befürchtet, ist sie in der Lage, genau diese Befürchtung gezielt zu entkräften, und dann wird ein Satz wirksam sein, der zum Beispiel lautet: «Wenn es wirklich eine Krebserkrankung wäre, dann ist es eigentlich unwahrscheinlich, dass die Symptome vor 5 Monaten begonnen haben, dann 2 Monate lang überhaupt nicht mehr auftraten und jetzt plötzlich wieder da sind. Eine Krebserkrankung kann eigentlich nicht für 2 Monate plötzlich verschwinden und dann aus heiterem Himmel wiederkommen.» Wenn es dann noch gelingt, dem Patienten plausibel zu machen, wie sich aus unverfänglichen Anfängen mit Hilfe ganz normaler Vorgänge im Bereich der Aufmerksamkeitssteuerung und der manchmal unwillkürlichen Bewältigungsmechanismen wie Husteln, Räuspern oder Schlucken ein Teufelskreis entwickelt, der die Symptome immer intensiver in den Vordergrund spielt, ergeben sich auch Möglichkeiten, symptomatische

Therapien mit dem Patienten zu besprechen. Diese umfassen eine bewusste Wahrnehmung der Häufigkeit des Schluckens oder des Räusperns – viele Patienten reagieren überrascht, wenn man sie in der Konsultation darauf aufmerksam macht, dass sie gerade wieder geschluckt haben – spezifische, aus der Logotherapie kommende Übungen zur Entspannung der Rachenmuskulatur [17] und unter Umständen eine eigentliche psychotherapeutische Behandlung einer ausgeprägten Depression oder Angststörung. Die geschieht dann in der Regel zunächst einmal in einem verhaltenstherapeutischen Setting, so lange es um die Bewältigung eines bestimmten Symptoms geht. Fragt man Patienten, was sie selber als hilfreich im Umgang mit dem Globus-Gefühl erleben, passen ihre Antworten in die bisher dargelegten Ausführungen: Sie beschreiben Entspannungstechniken, Ablenkung der Aufmerksamkeit auf angenehmere oder überhaupt nur andere Dinge in Freizeit und Arbeit, bestimmte Kopfbewegungen, bewusstes Aufstossen und kontrolliertes Räuspern als hilfreich [12].

Aufgrund ihrer hohen Wirksamkeit und geringen Interventionszeit sei eine allerdings bisher nicht replizierte Arbeit von Kalil et al. [17] vorgestellt. Die Autoren beschreiben eine erfolgreiche logotherapeutische Behandlung von 20 Globus-Patienten (die Kontrollgruppe von 20 Globus-Patienten erhielten eine kürzere Krankheitsaufklärung mit Versicherung der Gutartigkeit der Befunde). Die Behandlung umfasste eine eingehende Aufklärung über das Globus-Phänomen, die mögliche Rolle von Stress bei der Verschlechterung der Symptomatik, die Versicherung, dass es sich um eine gutartige Erkrankung handelt. Es wurde empfohlen, Räuspern zu vermeiden, für eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu sorgen, sowie Rauchen und exzessiven Koffein- und Tee-Konsum zu vermeiden. Patienten wurde empfohlen, 4mal am Tag für jeweils 3 Minuten mit Dampf zu inhalieren. Eine Co-Autorin (M.H.-P., persönliche Mitteilung) berichtet, dass in den meisten Fällen bereits die Aufforderung, mehrmals am Tag für kurze Zeit präzise das Räuspern zu protokollieren, zu einer wesentlichen Reduktion der Beschwerden führte. Weiter lernten die Patienten eine gezielte Entspannung der sog. «falschen Stimmbänder». Mit einer initialen Sitzung à ca. 60 Minuten, täglichem häuslichem Training und gegebenenfalls einer Kontroll-Intervention fand sich in der Katamnese nach 3 Monaten eine signifikante Besserung in der Interventionsgruppe sowohl im Vergleich zur Kontrollgruppe wie auch zum Ausgangsbefund.

Literatur

- 1 Thompson WG, Heaton KW. Heartburn and globus in healthy people. *Can Med Assoc J* 1982;126:46–8.
- 2 Deary IJ, et al. Globus pharyngitis, personality and psychological distress in the general population. *Psychosomatics* 1995;36:570–7.
- 3 Moloy PJ, Charter R. The globus symptom. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1982;108:740–4.
- 4 Clouse RE, et al. Functional esophageal disorders. In: Drossman DA, ed. *The functional gastrointestinal disorders*. Degnon Assoc., McLean, 2000, p. 251–7.
- 5 Puhakka HJ, Kirveskari P. Globus hystericus: globus syndrome. *J Laryngol Otol* 1988;102:231–4.
- 6 Moser G, et al. High incidence of esophageal motor disorders in consecutive patients with globus sensations. *Gastroenterology* 1991;101:1512–21.
- 7 Seifert K. Funktionelle Störungen der vorderen Halsorgane im ursächlichen Zusammenhang mit Funktionsstörungen des zervikokraniellen Überganges. *Neuroorthopädie* 1988;4:211.
- 8 Wilson JA, et al. Globus sensation is not due to gastroesophageal reflux. *Clin Otolaryngol* 1987;12:271–5.
- 9 Ahmad I, Batch AJG. Acid reflux management: ENT perspective. *J Laryngol Otol* 2004;118:25–30.
- 10 Hunt PS, Connell AM, Smiley TB. The cricopharyngeal sphincter in gastric reflux. *GUT* 1970;11:303–6.
- 11 Corso MJ, et al. Globus sensation is associated with hypertensive upper oesophageal sphincter but not with gastroesophageal reflux. *Dig Dis Sci* 1998;43:1513–7.
- 12 Moser G, et al. Globus sensations. *Arch Intern Med* 1998;158:1365–73.
- 13 Deary IJ, et al. Depression and “hassles” in globus pharyngitis. *Br J Psychiatry* 1992;161:115–7.
- 14 Jorden E. A brief discourse of a disease called the suffocation of the mother. London: John Winter, 1603.
- 15 Pratt LW, Tobin WH, Gallagher RA. Globus hystericus-office evaluation by psychological testing with the MMPI. *The laryngoscope* 1976;n:1540–51.
- 16 Langewitz W, Degen L, et al. Funktionelle Störungen – somatoforme Störungen. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, et al., Hrsg. *Uexküll. Psychosomatische Medizin – Modelle ärztlichen Denkens und Handelns* (6., neu bearbeitete und erweiterte Auflage). München, Jena: Urban & Fischer; 2003. S. 749–95.
- 17 Khalil HS, et al. The use of speech therapy in the treatment of globus pharyngeus patients. A randomised controlled trial. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2003;124:187–90.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Wolf Langewitz
Abteilung Psychosomatik
Departement Innere Medizin
Universitätskliniken,
Kantonsspital
CH-4031 Basel
wlangewitz@uhbs.ch