

Globus pharyngis

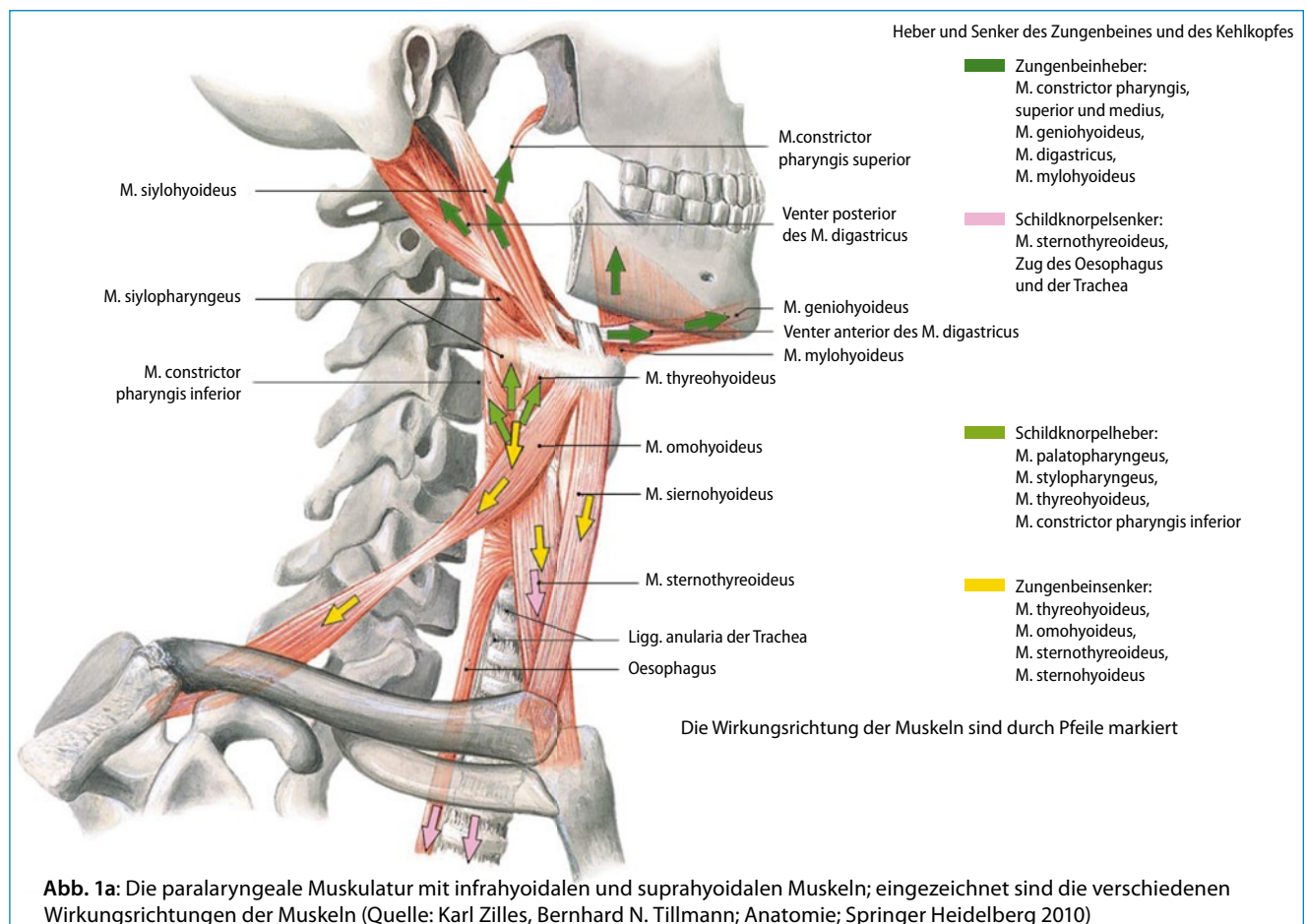
Gezielte Muskeldehnung gegen den Kloß im Hals

Susanne Fleischer, Markus Hess, Jacob Lieberman

Bei Patienten mit Globusgefühl, bei denen alle „gängigen“ Differenzialdiagnosen ausgeschlossen sind, lohnt es sich, neue Therapieansätze in Betracht zu ziehen. Denn eine nach unserer Erfahrung häufige Ursache für das Globusgefühl ist eine vermehrte Anspannung der paralaryngealen Muskulatur mit nachweisbarer Überanstrengung. Hier hilft das manuelle „Entspannen“ und Dehnen der Muskulatur. Die bekannteste Technik ist die laryngeale osteopathische Manipulation nach Jacob Lieberman.

Jeder praktisch tätige HNO-Arzt kennt die Patienten, die über ein Fremdkörpergefühl im Hals, über Stimmversagen, vermehrte Verschleimung und Räusperzwang klagen.

Möglicherweise haben die Patienten schon etliche Untersuchungen und Therapieversuche hinter sich gebracht, alle mit unauffälligem Befund und alle ohne eine hinreichende Erklärung.



rung für die Beschwerden. Häufig wird der Patient nach dieser Ausschlussdiagnostik beruhigt, dass er keine ernsthafte Erkrankung hat – aber eine nachhaltige Linderung der Beschwerden kann ihm meist nicht angeboten werden. Die Hilflosigkeit der Ärzte gegenüber diesen Beschwerden mag sich in der langen Liste der Differenzialdiagnosen ausdrücken. Auch der unangebrachte aber zeitweise noch genutzte Begriff „Globus hystericus“ spricht für sich.

Auf die vielen Differenzialdiagnosen soll hier nicht weiter eingegangen werden, denn hierzu gibt es zahlreiche Veröffentlichungen. Nach unserer Erfahrung ist bei sehr vielen dieser „Nach-Ausschluss-von-allem-anderen“-Patienten die Ursache des Globusgefühls in einer übermäßigen Anspannung der paralaryngealen Muskulatur zu finden. Mit einer laryngealen osteopathischen Manipulation nach Jacob Lieberman, die eine effektive Dehnung der wichtigsten betroffenen Muskeln beinhaltet, kann ganz vielen dieser Patienten geholfen werden – oft schon mit einer Sitzung.

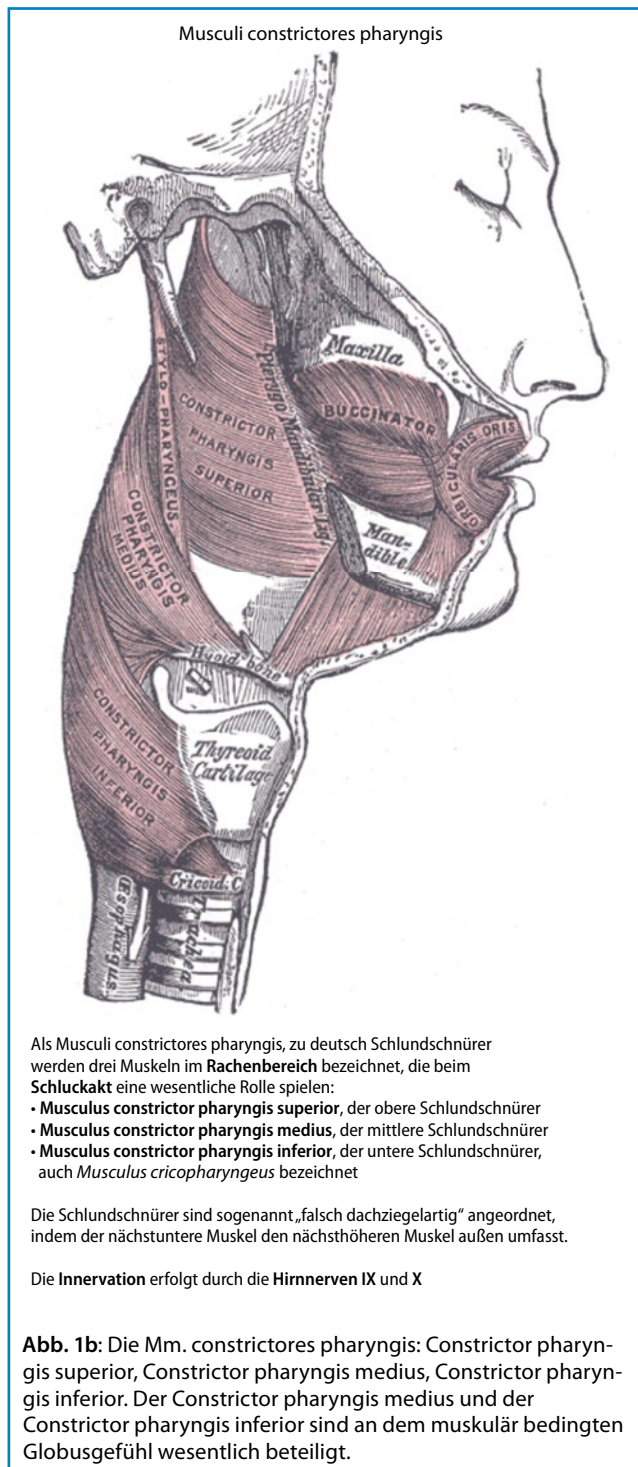
Im Folgenden soll auf das Vorgehen bei dieser Behandlung eingegangen werden. Nach allgemeinen Erläuterungen zur laryngealen osteopathischen Manipulation nach Jacob Lieberman werden die wichtigsten osteopathisch basierten Griffe beschrieben und in Abbildungen veranschaulicht.

Typisches Beschwerdebild

Der „typische Globus-Patient“ klagt über ein Fremdkörpergefühl beim Leerschlucken und das Gefühl, gegen einen Widerstand zu schlucken. Oft wird das Fremdkörpergefühl beidseitig in Höhe des hinteren Schildknorpelrandes lokalisiert, ggf. etwas höher oder tiefer, manchmal auch mittig oder mit Betonung einer Seite. Essen und Trinken sind ohne Probleme möglich. Bisweilen berichtet dieser Patient über rezidivierendes Stimmversagen mit Heiserkeit, über einen eingeschränkten Stimmumfang beim Singen und ganz besonders über die vermehrte Stimmanstrengung. Wenn die Stimme nicht gleich anspricht, muss er sich räuspern. Manchmal kommt es außerdem zu Missempfindungen im Sinne eines „irritable larynx“, eines hyperreagiblen Kehlkopfes mit dem Gefühl der Verschleimung oder der Trockenheit und gelegentlich einem Kitzeln oder PiekSEN. Chronischer Husten gehört nicht zum typischen Beschwerdebild. Der Patient und der Arzt haben Schwierigkeiten, diesen sich als Globus äußernenden Symptomenkomplex korrekt zu deuten.

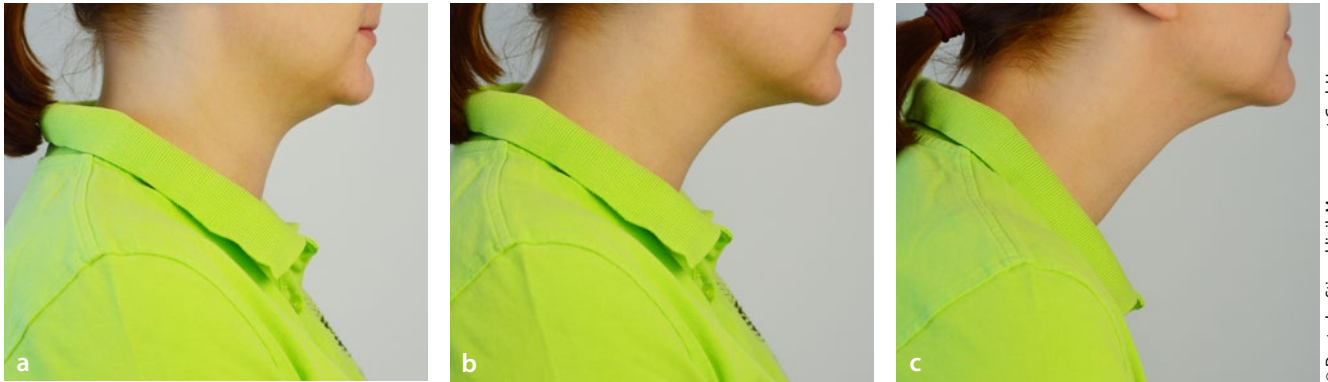
Erklärungsmodell

Beim Globusgefühl liegt nach unserer Erfahrung sehr oft eine vermehrte Anspannung und ggf. eine Hypertrophie der paralaryngealen Muskeln vor, also der Muskeln, die den Kehlkopf halten (**Abb. 1a**). Das sind insbesondere der M. constrictor pharyngis medius, der M. constrictor pharyngis inferior, der M. thyrohyoideus, die infrahyoidalen Muskeln und der M. cricothyroideus. Die Auslöser für die vermehrte Anspannung sind individuell verschieden. Typische Faktoren, die zu einer Fehlspannung und Überbelastung der paralaryngealen Muskulatur führen, sind eine unökonomische Stimmtechnik mit zu hoher oder seltener zu tiefer mittlerer Sprechstimmlage, eine ungünstige Kopf-Hals-Position mit Hyperlordose der HWS, z.B. bei der Arbeit am PC mit vorgestrecktem Kopf, beim Rennrad-



© Henry Vandyke Carter, Henry Gray (1918) Anatomy of the Human Body, Bartleby.com: Gray's Anatomy, Tafel 1030 Muscles of the pharynx and cheek.

fahren (hyperextendierter Hals!), bei Übungen im Fitnessstudio mit Pressatmung u.s.w. Besonders wenn unter diesen ungünstigen Ausgangspositionen gesprochen oder geschluckt wird, kann es zu Verspannungen bis hin zu Mikrotraumata der Muskulatur im Sinne eines Repetitive-Strain-Injury-Syndroms (RSI) und einer permanenten Muskelansatzreizung kommen.



© Deutsche Stimmklinik Management GmbH

Abb. 2: Position von Kopf und Hals. **a)**: normale Haltung, **b)** und **c)**: unökonomische Fehlhaltung mit vorgestrecktem Kinn und vorgedehnter paralaryngealer Muskulatur als prädisponierender Faktor für Stimmstörungen und indirekt auch für Globus.



© Deutsche Stimmklinik Management GmbH

Abb. 3: Inspektion des Kehlkopfes **a)**: in normaler Position, **b)**: sehr hoch stehender Kehlkopf, **c)**: sehr tief stehender Kehlkopf. Die Positionen **b)** und **c)** sind oft in Zusammenhang mit einer Stimmstörung zu finden und können ein prädisponierender Faktor für ein Globusgefühl sein, das ggf. aber erst nach vielen Jahren auftritt.

Wir vergleichen diese Beschwerden gerne mit dem sogenannten Tennisarm. Auch stetiges Räuspern alleine kann zu einer vermehrten muskulären Anspannung führen. Wie bei allen muskulären Tätigkeiten gibt es jedoch immer individuelle Toleranzen und Regenerationszeiten. Erst deren Überschreitung führt in die Problematik des Globusgefühls – oft nach vorangegangener jahrelanger Kompensation.

Ein für das Globusgefühl besonders wichtiger Muskel ist der M. constrictor pharyngis (**Abb. 1b**), auch „Schlundschnürer“ genannt. Man kann diesen Muskel als sehr „emotionalen“ Muskel bezeichnen, denn beim Unterdrücken und nicht-nach-außen-Zeigen von Emotionen wie Trauer, Wut oder Angst, die sich beispielsweise in Weinen oder Schreien ausdrücken würden, kommt es zu einer Anspannung besonders dieses Muskels. Redewendungen wie „das schnürt einem die Kehle zu“, „eine Kröte schlucken müssen“ oder „das verschlägt einem die Sprache“ verdeutlichen das. Solche emotionalen Faktoren sind den Patienten oft nicht bewusst. Auch lang zurückliegende, verdrängte Traumatisierungen können ein Globusgefühl hervorrufen. Bei einer Behandlung sind mögliche emotionale Ursachen immer mit zu berücksichtigen.

Diagnostik

Um den Umfang dieses Artikel nicht zu sprengen, gehen wir in unseren Ausführungen davon aus, dass alle organischen Ursa-

chen, wie oben erwähnt, bereits abgeklärt bzw. ausgeschlossen wurden.

Anamnese:

Die spezifische Anamnese bei Globus-Patienten beinhaltet neben Fragen zur allgemeinen Gesundheit und nach bisheriger Diagnostik und Therapie folgende Aspekte:

- Seit wann bestehen die Beschwerden? In welcher Situation fingen sie an?
- Gibt es Auslöser für die Beschwerden? In welcher Situation oder zu welcher Tageszeit treten sie auf?
- Was genau wird empfunden: Wie äußert sich das Fremdkörpergefühl und wo wird es lokalisiert?
- Gibt es beschwerdefreie Intervalle?
- Besteht ein Zusammenhang mit vermehrter Stimmbelastung oder bestimmten Tätigkeiten?
- Wie ist die typische Körperhaltung bei der Arbeit, betreibt der Patient Sport mit Pressatmung, knirscht er nachts mit den Zähnen oder gibt es ähnliche Situationen, die auf eine muskuläre Verspannung schließen lassen?
- Was vermutet der Patient selbst als Ursache? (Vergessen Sie nie, dass unterdrückte Emotionen oder vorangegangene seelische Traumatisierungen eine wichtige Rolle spielen können.)



Abb. 4 a): Zur laryngealen osteopathischen Manipulation wird der Kopf des Patienten mit einer Hand in stabiler und leicht nach vorn geneigter Position gehalten, während die andere Hand palpirt. **b):** Bei Griffen, bei denen beide Hände benötigt werden, kann der Kopf an den Oberkörper des Behandlers angelehnt und so stabilisiert werden. Zur Behandlung der anderen Kehlkopfseite ist jeweils ein Wechsel der Stellung und der aktiven Hand erforderlich. Hier außerdem Veranschaulichen des Tastens der laryngealen Strukturen und des thyrohyoidalen Abstandes. Mit diesem Griff zwischen 1. und 2./3. Finger kann zusätzlich die seitliche Verschieblichkeit des Zungenbeins sowie des Schildknorpels überprüft und, bei Platzierung der Finger beidseits posterior am Zungenbein, die Anspannung des M. constrictor pharyngis medius beurteilt werden.

Atmung und Stimmgebung

Unsere Diagnostik umfasst regelmäßig Atemtyp, Stimmklang und Stimmanstrengung, mittlere Sprechstimmlage, Artikulationsweise, Kieferöffnungsweite, Tonus der Halsmuskulatur u.a. Vieles kann schon während der Anamneseerhebung beurteilt werden.

Endoskopie

Nach Ausschluss organischer Veränderungen von Kehlkopf und Rachenraum kann bei der routinemäßig durchgeführten Laryngoskopie auf eine mögliche supraglottische Engstellung bei der Stimmgebung geachtet werden. Dies gelingt am besten mit der transnasalen flexiblen Laryngoskopie. Ergänzend kann die Schluckdiagnostik erfolgen (FEES, flexible endoscopic examination of swallowing). Bei all diesen Untersuchungen wird sich typischerweise keine wesentliche oder die Beschwerden hinreichend erklärende Auffälligkeit finden lassen.

Inspektion und diagnostische Palpation

Der zielführende Teil der Diagnostik besteht in der Inspektion und Palpation von Kehlkopf und paralaryngealer Muskulatur. Zunächst erfolgt die Beurteilung der Haltung des Patienten und der Position von Kopf und Hals im Sitzen und im Stehen (**Abb. 2**). Dabei ist auf eine Hyperlordose der HWS mit Anspannung der Halsmuskeln zu achten. Bei Auffälligkeiten kann eine entsprechende Beratung und Anweisung zur Änderung der Kopf-Hals-Haltung bereits ein wichtiger Teil der Therapie sein.

Die Inspektion erfasst vor allem den Kehlkopf, und zwar in seiner Ruheposition, während der Stimmgebung und während des Schluckens. Dabei können ein sehr hoch oder sehr tief stehender Kehlkopf (**Abb. 3**) oder eine Asymmetrie erkannt werden. Es ist außerdem auf übermäßige Auslenkungen der Larynxelation beim Schlucken oder Sprechen und auf andere auffällige Bewegungen zu achten.

Vor der Palpation sollte der Patient selbstverständlich gefragt werden, ob der Untersucher den Hals anfassen darf. Bei der Palpation werden insbesondere folgende Merkmale erfasst (Aufzählung von kranial nach kaudal):

- die Stellung des Kehlkopfes in Ruhe, bei tiefer und hoher Stimmgebung sowie beim Gähnen und Schlucken
- die Spannung der suprahyoidalen Muskulatur inkl. des Mundbodens
- die Weite des thyrohyoidalen Abstandes in Ruhe, beim Gähnen und bei hoher Stimmgebung
- die seitliche Verschieblichkeit des Hyoid – hier kann auch die Spannung des M. constrictor pharyngis medius beurteilt werden
- die seitliche Verschieblichkeit des Thyroid
- die Überprüfung, ob der Hinterrand des Schildknorpels gefasst werden kann – daraus ergibt sich ein Hinweis auf die Spannung des M. constrictor pharyngis inferior
- die Weite des cricothyroidalen Abstandes in Ruhe, beim Gähnen und bei hoher Stimmgebung
- die Spannung der infrahyoidalen Muskulatur („strap muscles“).

alle Strukturen werden bei Ruheatmung und bei Aktion (Schlucken, hohe und tiefe Stimmgebung, Gähnen) beurteilt. Wichtige Informationen ergeben sich beim Tasten verhärteter und hypertrophierter Muskeln und beim Lokalisieren von besonderen Schmerzpunkten. Ein beim Globus-Patienten typischer Befund ist der „backed larynx“, der nach posterior gezogene Kehlkopf, bei dem das Fassen des Schildknorpelhinterandes erschwert ist. Hierfür ursächlich ist vor allem eine starke Anspannung des M. constrictor pharyngis inferior. Die Palpation des Schildknorpelhinterandes ist häufig schmerzhaft und oft wird das beschriebene Fremdkörpergefühl genau dort hin lokalisiert. Weitere häufige Veränderungen sind ein sehr hoch oder ein sehr tief stehender Kehlkopf und ein verminderter thyrohyoidaler Abstand.

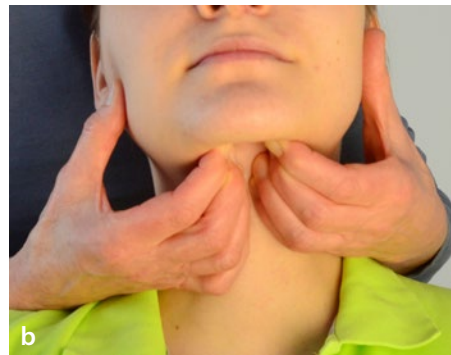
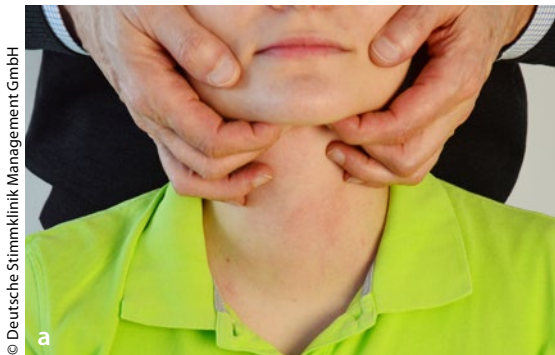


Abb. 5 a und b): Dehnen der Mundbodenmuskulatur, hier durch das beidseitige Seitwärtsziehen der in den Mundboden gedrückten Finger. Die Dehnung in anterior-posteriorer Richtung wird hier nicht dargestellt.



Abb. 6: Die infrahyoidale Muskulatur (strap muscles) mit den vier paarigen Muskeln M. sternohyoideus, M. sternothyroideus, M. thyrohyoideus und M. omohyoideus kann durch das Seitwärts- und Hochziehen des Kehlkopfes am Hyoid mit gleichzeitigem Herabdrücken der Schulter bzw. des Sternums (hier nicht gezeigt) gedehnt werden.



Abb. 7: Dehnen der unteren Halsmuskulatur: Mit der rechten Hand wird die linke Schildknorpelplatte schräg nach rechts oben gezogen. Die linke Hand stabilisiert den oberen Thorax und drückt nach unten.

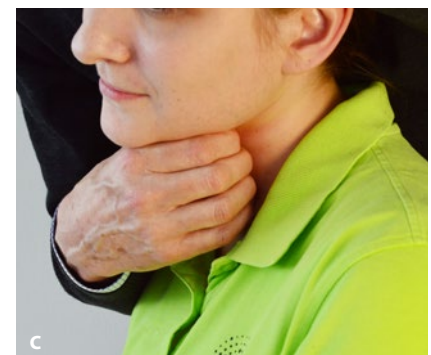
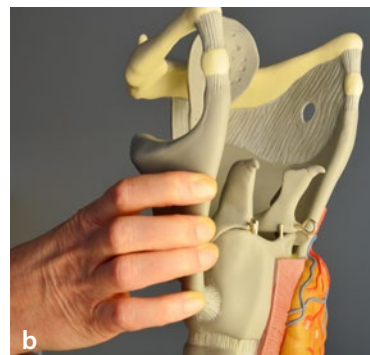


Abb. 8 a) und b): Weiterer Griff zur Dehnung: Der M. constrictor pharyngis inferior kann durch eine Rotation des Schildknorpels gedehnt werden, wozu der Schildknorpel-Hinterrand etwas nach vorn gezogen wird. Um den Hinterrand mit den Fingern greifen zu können, muss der Schildknorpel durch den Daumen derselben Hand den Fingern entgegengedrückt werden. Bei sehr stark zurückgezogenem Kehlkopf (backed larynx) ist das nur schwer möglich. Hier hilft es, den Patienten schlucken zu lassen und den Hinterrand während des Schluckens zu greifen, da dann der M. constrictor pharyngis inferior kurzzeitig entspannt. c): Auch eine leichte Kopfreigung kann das Dehnen erleichtern. Zur Behandlung der linken Seite benutzt der Behandler seine rechte Hand. Bei Behandlung der rechten Seite ändert der Behandler seine Position und wechselt auf seine linke Hand.

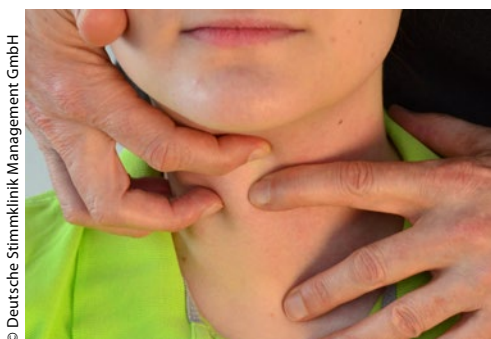


Abb. 9: a) und b) Besonders bei zu hoher mittlerer Sprechstimmlage ist der cricothyroidale Abstand oft vermindert. Das Dehnen des Spaltes kann eine Entspannung und eine Senkung der Sprechstimmlage bewirken.

Therapie

Lässt sich bei der diagnostischen Palpation nach wenigen Minuten die Indikation zur laryngealen osteopathischen Manipulation mit Dehnen der Muskulatur stellen, kann sinnvollerweise eine Behandlung gleich angeschlossen werden. Diese dauert typischerweise etwa 10 bis 20 Minuten. Der Patient sollte darauf hingewiesen werden, dass die Behandlung schmerzhaft sein kann. Auch während der Behandlung ist auf seine Reaktionen zu achten – bei einer möglicherweise vorangegangenen Traumatisierung, die dem Patienten vielleicht nicht bewusst ist, sollte eine solche Behandlung u. U. nicht erfolgen. Vor einer laryngealen osteopathischen Manipulation muss der Patient darüber informiert werden, dass es innerhalb der nächsten 24 Stunden zu verschiedenen „Nachwirkungen“ kommen kann, insbesondere zu ungewöhnlichen emotionalen Reaktionen, zu Müdigkeit, zu Schmerzen und zum Gefühl der Verschleimung.

Die anatomischen Strukturen und Nachbarstrukturen sind dem behandelnden Arzt selbstverständlich gut bekannt (u.a. A. carotis, Glomus caroticum). Bei übermäßigen vegetativen Mitreaktionen wie plötzlichem Schwitzen (auf Stirn achten), Schwindel oder Husten, sollte die Behandlung unterbrochen oder abgebrochen werden, ebenso bei starker emotionaler Reaktion.

Die Behandlung kann im Liegen oder im Sitzen durchgeführt werden – in unseren Ausführungen beziehen wir uns auf die Behandlung im Sitzen. Generell ist darauf zu achten, dass der Kopf des Patienten entspannt in einer stabilen und leicht nach vorn geneigten Position mit einer Hand gehalten wird, während die andere Hand palpiert (**Abb. 4 a**). Bei Griffen, bei denen beide Hände benötigt werden, kann der Kopf des sitzenden Patienten an den Oberkörper des Behandlers angelehnt und so stabilisiert werden (**Abb. 4 b**). Der wesentliche Teil der laryngealen osteopathischen Manipulation ist das vorsichtige, aber angemessen kräftige Dehnen von verkürzter und verspannter Muskulatur. Dies kann unter Umständen schmerzhaft sein. Es handelt sich bei der Behandlung nicht um eine Massage! Niemals werden impulsartige, schnelle Bewegungen ausgeführt.

Nach unserer Erfahrung kann eine Unterbrechung des „Teufelskreises“ Globus ↔ Muskelspannung bei vielen Patienten erstaunlicherweise bereits nach einer Sitzung und mit anhaltender Wirkung erreicht werden, wenn es gelingt, die Muskulatur signifikant zu lockern und die Stellung des Kehlkopfes – und damit die Wahrnehmung des Patienten – zu verändern.

Die laryngeale osteopathische Manipulation kann auch zur „Deblockierung“ bei psychogenen Stimmstörungen eingesetzt werden. Die vom Patienten wahrgenommene Dehnung und Lockerung der Muskulatur ermöglicht in vielen Fällen eine normale Stimmgebung. Bei diesen Patienten ist der Effekt jedoch eher psychisch zu erklären und weniger muskelphysiologisch im Sinne tatsächlicher mechanischer Veränderungen.

In den **Abb. 5 bis 9** werden einige wichtige Griffe zur Dehnung der verschiedenen Muskelgruppen in Reihenfolge von kranial nach kaudal dargestellt und kommentiert. Die Anwendung ist nur bei genauer Kenntnis der Anatomie zu empfehlen, und die hier gegebenen Beschreibungen sind nicht im Sinne einer Therapieanleitung zu verstehen.

Fazit

- Ein Muskel, der fehlbelastet oder überlastet wird, ist meistens auch in Ruhe stärker angespannt. Diese Anspannung kann im laryngo-pharyngealen Bereich eine veränderte Wahrnehmung und ein Fremdkörpergefühl (Globus!) hervorrufen. Dies führt zu einer vermehrten Anspannung und damit wiederum zu einer Verstärkung des Fremdkörpergefühls. Ein Teufelskreis.
- Alleine schon unterdrückte Emotionen können ein quälendes Globusgefühl hervorrufen.
- Als Therapie hilft das gezielte (!) Lösen der Fehlspannung durch Dehnen der entsprechenden Muskeln. Oft gelingt es schon mit einer einmaligen Behandlung, den Teufelskreis zu durchbrechen.
- Der Globus pharyngis kann als „Tennisarm des Halses“ angesehen werden.

Korrespondierende Autorin:

Dr. med. Susanne Fleischer

Deutsche Stimmklinik

Martinistraße 64

20251 Hamburg

E-Mail: fleischer@stimmklinik.de

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen und dass keine potenziellen Interessenkonflikte vorliegen. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

CME-Fragebogen

Globus pharyngis: Gezielte Muskeldehnung gegen den Kloß im Hals

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent von springermedizin.de
- als registrierter Abonnent dieser Fachzeitschrift
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN.

FIN gültig bis 27.06.2017:

HN1703ue

Dieser CME-Kurs ist zwölf Monate auf CME.SpringerMedizin.de verfügbar. Sie finden ihn am Schnellsten, wenn Sie die FIN oder den Titel des Beitrags in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften“ zum Ziel navigieren.

DOI: 10.1007/s00060-017-5369-y

? Welche Aussage zum M. constrictor pharyngis ist richtig?

- ☐ Der M. constrictor pharyngis wird auch „Schlundöffner“ genannt.
- ☐ Der M. constrictor pharyngis superior verbindet das Zungenbein mit dem Ösophaguseingang.
- ☐ Der M. constrictor pharyngis inferior relaxiert beim ösophagealen Einschlucken eines Bolus.
- ☐ Der M. constrictor pharyngis ist für die Kaufunktion wichtig.
- ☐ Der M. constrictor pharyngis inferior ist Teil der infrahyoidalen Muskulatur.

? Welche Aussage zum Globusgefühl ist richtig?

- ☐ Eine häufige Ursache für das Globusgefühl ist die Anspannung des M. constrictor pharyngis.
- ☐ Für ein Globusgefühl ist meist ein Fremdkörper die Ursache.
- ☐ Bei Globusgefühl sollte immer eine Narkoseinspektion zum Ausschluss eines Malignoms erfolgen.
- ☐ Eine besonders häufige Ursache für das Globusgefühl ist eine Allergie (Laryngitis allergica).
- ☐ Das Globusgefühl entsteht ausschließlich psychogen (Globus hystericus).

? Welche Aussage zum Fremdkörpergefühl ist richtig?

- ☐ Klagt der Patient über ein persistierendes Fremdkörpergefühl, sollten engmaschige mikrolaryngoskopische Kontrollen erfolgen, da höchstwahrscheinlich eine maligne Entartung zu befürchten ist.
- ☐ Bei therapieresistentem Fremdkörpergefühl lässt sich sehr häufig paralaryngeal ein Fremdkörper nachweisen – dieser sollte vorzugsweise in Intubationsnarkose entfernt werden.
- ☐ Klagt der Patient über ein persistierendes, therapieresistentes Fremdkörpergefühl, sollte vordringlich die Indikation für eine psychiatrische Beurteilung überprüft werden.
- ☐ Typisch für das Globusgefühl ist seine Verstärkung beim Leerschlucken.
- ☐ Typisch für das Globusgefühl ist seine Verstärkung beim Essen und Trinken.

? Welche Aussage ist richtig?

- ☐ Der Hinterrand des Schildknorpels ist bei Patienten mit einem Globusgefühl häufig verdickt.
- ☐ Bei Patienten mit Globusgefühl wird der Schildknorpel häufig durch den M. constrictor pharyngis inferior nach hinten gezogen („backed larynx“).
- ☐ Die Dehnung der paralaryngealen Muskulatur ist besonders bei Patienten mit einem Globusgefühl nur unter EMG-Monitoring möglich.

- ☐ Bei Patienten mit einem Globusgefühl ist die Dehnung des M. constrictor pharyngis inferior besonders gut möglich, da er völlig schmerzunempfindlich ist.
- ☐ Da die Dehnung der paralaryngealen Muskulatur bei Patienten mit einem Globusgefühl meist sehr schmerzhaft ist, erfolgt die Behandlung vorzugsweise in Narkose.

? Welche Aussage zur Dehnung der paralaryngealen Muskulatur ist richtig?

- ☐ Die von Jacob Lieberman entwickelte laryngeale osteopathische Manipulation ist eine Technik zur Dehnung der paralaryngealen Muskulatur.
- ☐ Während der laryngealen osteopathischen Manipulation soll der Patient die Luft anhalten und pressen, damit der hintere Schildknorpelrand besser gefasst werden kann.
- ☐ Die laryngeale osteopathische Manipulation kann bedenkenlos vom Patienten selbst oder von seinen Angehörigen durchgeführt werden.
- ☐ Die laryngeale osteopathische Manipulation sollte unbedingt im Rahmen einer Intensivbehandlung mindestens drei Mal täglich angeboten werden.
- ☐ Eine Behandlung mit der laryngealen osteopathischen Manipulation dauert mindestens zwei Stunden.



Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70 % der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf CME.SpringerMedizin.de tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer (0800) 77 80 777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

? Welche Aussage zur laryngealen osteopathischen Manipulation ist richtig?

- Bei Schluckstörungen aufgrund einer Parese des N. laryngeus superior ist die laryngeale osteopathische Manipulation ein wichtiger Teil der Schlucktherapie.
- Die laryngeale osteopathische Manipulation kann auch zur Deblockierung bei psychogenen Stimmstörungen eingesetzt werden.
- Bei der einseitigen Recurrensparese darf auf keinen Fall eine laryngeale osteopathische Manipulation erfolgen.
- Die laryngeale osteopathische Manipulation ist speziell für die Therapie der einseitigen Recurrensparese entwickelt worden.
- Die laryngeale osteopathische Manipulation bahnt die Taschenfaltenstimme an.

? Welche der folgenden Aussagen zum Globus pharyngis ist richtig?

- Als Therapie beim Globus pharyngis ist häufiges Räuspern sehr hilfreich.
- Bei einer vermehrten Anspannung des M. constrictor pharyngis ist histologisch häufig steifes Narbengewebe nachweisbar.
- Bei der laryngealen osteopathischen Manipulation stehen Kraftübungen im Vordergrund.
- Patienten mit einem Globusgefühl klagen häufig über einen Räusperzwang und eine verstärkte Stimmanstrengung.
- Bei vielen Patienten mit einem Globusgefühl lässt sich eine genetisch dominant vererbte Schluckstörung mit „adult onset“ nachweisen.

? Welche Aussage trifft zu?

- Das Globusgefühl tritt besonders häufig bei Kindern mit erhöhter Stimmbelastung auf und bildet sich nach der Pubertät zurück.
- Die Ursachen für das Globusgefühl sind rein mechanisch durch die Muskelanspannung bedingt – emotionale Faktoren spielen dabei keine Rolle.
- Nicht-ausgedrückte, „unterdrückte“ Emotionen können zu einer Zunahme des Globusgefühl führen.
- Die Hauptbeschwerde bei einer beidseitigen Recurrensparese ist das Gefühl eines erhöhten Widerstandes beim Leerschlucken.
- Typisch für den Globus hystericus sind langanhaltende Stimmritzenkrämpfe.

? Welche Aussage zu den Ursachen des Globusgefühls ist richtig?

- Die Stimmtechnik hat mit der Pathogenese des Globusgefühls nichts zu tun.
- Bei Patienten mit einem Globusgefühl ist der Stimmklang typischerweise stark heiser.
- Das Globusgefühl wird am häufigsten bei Sängern gefunden.
- Zwischen Kopfhaltung und Auftreten eines Globusgefühls besteht kein Zusammenhang.
- Eine unphysiologische mittlere Sprechstimmlage kann eine Mitursache für ein Globusgefühl sein.

? Welche Aussage zum Fremdkörpergefühl stimmt?

- Beim Globus pharyngis ist differenzialdiagnostisch an eine Läsion des N. laryngeus superior zu denken.
- Der Globus pharyngis tritt in den westeuropäischen Ländern nur selten auf.
- Der Globus pharyngis ist eine Sonderform der psychogenen Stimmstörungen („Globus hystericus“).
- Nach einer beidseitigen Stimmlippenaugmentation mit körpereigenem Fett kommt es besonders häufig zu einem Globusgefühl.
- Das Globusgefühl wird am häufigsten in die Hypopharynxregion lokalisiert.

Frühe Instrumente der Tonsillotomie

Von Joseph-Ignace Guillotin zu Greenfield Sluder

Beide Erfinder waren Ärzte, und von der technischen Seite der Erfindung stimmt alles überein: Eine scharfe Metallschneide wird in einem stabilen Rahmen geführt. Nur die Öffnung des Rahmens musste dem abzutrennenden Objekt angepasst sein: Bei Joseph-Ignace Guillotin (1738–1814) war es der ganze Kopf bei Greenfield Sluder (1865–1928) eben „nur“ die Tonsille.

Es geht die Mär, dass es dem Politiker und Arzt Joseph-Ignace Guillotin (1738–1814) zuwider war, die fürchterlichen Zustände bei den in der Französischen Revolution üblichen zahlreichen Enthauptungen mit ansehen zu müssen. Die Scharfrichter waren angeblich wegen permanenter Trunkenheit außer Stande, ihre schreckliche Arbeit mit einem einzigen Schlag des Beils zu vollenden. Die grausamen „Fehlversuche“ endeten oft in fürchterlichen Kopf- bzw. Schulterverletzungen, an denen die zum Tode Verurteilten dann letztendlich in einem langen Martyrium qual-

voll starben. Guillotin (Abb. 1) und der Chirurg Antoine Louis (1723–1792) setzten sich als Vorsitzende einer Kommission dafür ein, dass alle zum Tode Verurteilten auf die gleiche Art und Weise hingerichtet seien, denn nur die Adligen hatten bisher das „Privileg“ mit dem Schwert enthauptet zu werden, während für die niederen Stände Erhängen, Viertelren oder Verbrennen bei lebendigem Leibe vorgesehen war. Die Nationalversammlung setzte den Vorschlag von Guillotin und Louis um und ließ nach deren Angaben 1792 ein Fallbeil bauen, das nach den „Erfindern“ primär „Lou-

isette“ später dann aber „Guillotine“ genannt wurde. (Abb. 2)

Es ist davon auszugehen, dass dem Arzt Guillotin das Prinzip der in einem Rahmen über einer Öffnung geführten Schneidevorrichtung von alten medizinischen Instrumenten her bekannt war. Der französische Militärarzt Ambroise Paré (1510–1590), der deutsche Fabricius Hildanus, der Ulmer Scultetus und auch Lorenz Heister (1683–1758) haben Instrumente angegeben, die erst viel später zur Gattung der „guillotineähnlichen“ Instrumente zusammengefasst wurden. Diese Geräte wurden aber primär nur zur Amputation der vergrößerten Uvula genutzt.

Der Gedanke, diesen Instrumententyp zur Tonsillotomie zu nutzen, war angeblich 1828 dem „Vater der amerikanischen Chirurgie“ Philip Syng Physick (1768–1837) (Abb. 3) gekommen. Es musste nur der Öffnungsradius der Schneidevorrichtung der Tonsillengröße angepasst werden. Im Laufe der Jahre wurden von Velpeau, Fahnestock (Abb. 4), Mathieu und Mackenzie verschiedene Modifikationen angegeben, wobei darüber gestritten wurde, ob das Schneidmesser von hinten nach vorne gezogen werden muss oder ob die Schneide einfach mit Druck von vorne nach hinten gestoßen werden sollte. Ein Modell des Mackenzie-Tonsillotoms von 1880 war sogar mit zwei Schneidköpfen ausgestattet (Abb. 5), um die doppelseitige Tonsillotomie sekundenschnell in einem Arbeitsgang durchführen zu können.

Den Schlussstein in der Entwicklung der Tonsillotomie setzte Greenfield Sluder (1865–1928) aus St. Louis. Nach dem Medizinstudium an der Washington University in St. Louis setzte er seine Ausbildung bei zwei Europareisen 1896 und 1900 in Wien, Berlin und London



© (2) W. Lübbers

Abb. 1: Joseph Ignace Guillotin (1738–1814)



Abb. 2: Guillotine



Abb. 3: Tonsillotom n. Physick-Mackenzie



Abb. 4: Tonsillotom nach Fahnestock

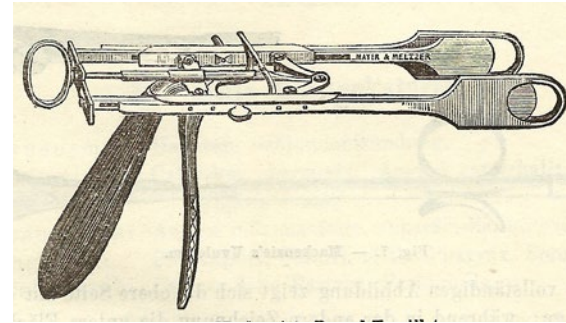


Abb. 5: Doppeltonsillotom nach M. Mackenzie, 1884



Abb. 6: Tonsillotom nach G. Sluder



Abb. 7a: Tonsillotomie nach Sluder 1



Abb. 7b: Tonsillotomie nach Sluder 2



Abb. 8: Greenfield Sluder (1865-1928)

fort. Ab 1906 war er Professor und Leiter der rhino-laryngologischen Abteilung an der Washington University Medical School.

Er veröffentlichte 1911 einen Artikel mit dem Titel: „A method of tonsillecto-

my by means of a guillotine and the alveolar eminence of the mandible.“ Sluder modifizierte das Instrument von Physick, indem er die Apertur des Instrumentes oval gestaltete, den Schaftgriff verstärkte und das Instrument insgesamt stabiler ausführte (Abb. 6). Er änderte auch die Operationstechnik, indem er die Tonsille mit dem Finger der freien Hand nach oben und vorne luxierte und durch die Öffnung der Guillotine presste (Abb. 7a,b). Dabei nutzte er als Widerlager für das Instrument die Innenseite des Unterkiefers an der Vorwölbung oberhalb der „eminencia alveolaris“. Zitat Sluder: „Die Vorwölbung der Eminencia stopft die Tonsille durch die Apertur“. Auf diese Weise sollte die Klinge beim Schneiden hinter die Tonsillenkapsel kommen. Leider war durch diese Schnitttechnik auch der Verlust des vorderen Gaumenbogens fast immer vorprogrammiert. Angeblich betrug die Operationsdauer aber nur 5 bis 8 Sekunden.

Und weil es im Instrumentenbau nichts gibt, was angeblich nicht noch zu

verbessern wäre, hat der berühmte William Lincoln Ballenger (1861–1915) aus Chicago Sluders Guillotine modifiziert. Ob Greenfield Sluder deswegen Kopfschmerzen („Sluderneuralgie!“) bekommen hat, ist nicht bekannt. Mit dem Tonsillotom nach Sluder-Ballenger haben Generationen von HNO-Ärzten bis in die 60er- und 70er-Jahre des letzten Jahrhunderts tonsillotomiert und ihre Spuren hinterlassen.

Literatur:

Mackenzie M, Die Krankheiten des Halses und der Nase 1884
https://de.wikipedia.org/wiki/Joseph-Ignace_Guillotin

Dr. med. Wolf Lübbers

Facharzt für HNO
 Ringelatzweg 2
 30419 Hannover

Dr. med. Christian W. Lübbers

Facharzt für HNO
 Pöltnerstr.22,
 82362 Weilheim i.OB
 E-Mail: c.luebbers@hno-weilheim.de