

## Wenn der Fisch zurückschnappt

# Nahrungsabhängige epigastrische Schmerzen

Dr. med. Katrin Bopp<sup>a</sup>, Dr. med. Patricia Wiesner<sup>b</sup>, Dr. med. Polat Bastürk<sup>c</sup>, Dr. med. Andrea Meienberg<sup>a</sup>

Universitätsspital Basel: <sup>a</sup> Medizinische Poliklinik; <sup>b</sup> Radiologie; <sup>c</sup> Gastroenterologie und Hepatologie (Clarunis)

## Hintergrund

Epigastrische Schmerzen sind erfahrungsgemäss ein häufiger Konsultationsgrund bei Grundversorgern sowie in Notaufnahmen. Die Differentialdiagnosen sind zahlreich und reichen von vergleichsweise harmlosen Erkrankungen bis hin zu dringlich behandlungsbedürftigen Leiden. Die Anamnese spielt jeweils eine wichtige Rolle in der Triagierung und klinischen Einschätzung. Diese ist im klinischen Alltag aus unterschiedlichen Gründen wie beispielsweise Sprachbarriere, kognitiven Einschränkungen oder auditiven Problemen nicht immer konklusiv erhebbar. Wir stellen hier einen Fall von epigastrischen Schmerzen vor, bei dem die sprachliche Barriere zu einer möglicherweise vermeidbaren Komplikation geführt hat.

## Fallbericht

### Anamnese

Ein 48-jähriger, bis anhin gesunder, aus Sri Lanka stammender Mann stellte sich nach dem Wochenende notfallmässig wegen epigastrischer Schmerzen in unserer universitären Akutambulanz vor. Er berichtete von plötzlich einsetzenden Beschwerden nach einem üppigen Mahl mit Fisch und Reis am Samstag. Seither seien die genannten Schmerzen besonders heftig,

wenn er versuche zu trinken oder zu essen. Daher sei es ihm fast unmöglich, etwas zu sich zu nehmen. Er habe sich deshalb bereits am Vortag beim hausärztlichen Notdienst vorgestellt, wo ihm zur symptomatischen Therapie ein Protonenpumpeninhibitor verschrieben worden sei. Da der Patient aufgrund der starken Schmerzen aber weder die Tablette noch Nahrung zu sich nehmen konnte, erfolgte nun die neuerliche Vorstellung in unserer Akutambulanz. Trinken war zum Vorstellungszeitpunkt unter Schmerzen schluckweise möglich. Es kam nicht zu Erbrechen oder zu Regurgitationen. Die Verständigung mit dem Patienten war bei Fremdsprachigkeit auf einem einfachen Niveau möglich. Der Patient nickte jedoch auch dann höflich, wenn er etwas nicht verstanden hatte, und gab Detailinformationen nur preis, wenn er explizit danach gefragt wurde (z.B. berichtete er nicht spontan von der Unmöglichkeit, Nahrung zu sich zu nehmen, sondern erst auf konkrete Nachfrage).

### Befunde

Bei Eintritt präsentierte sich der Patient in schmerzbedingt leicht reduziertem Allgemeinzustand und Übergewichtigem Ernährungsstatus, kreislaufstabil, mit Blutdruck von 123/95 mm Hg, Puls 87/min. und afebril mit einer Temperatur von 37,1 °C aurikulär. Das Abdomen war weich mit Druckdolenz im Epigastrium und regelrechten Darmgeräuschen.



Katrin Bopp

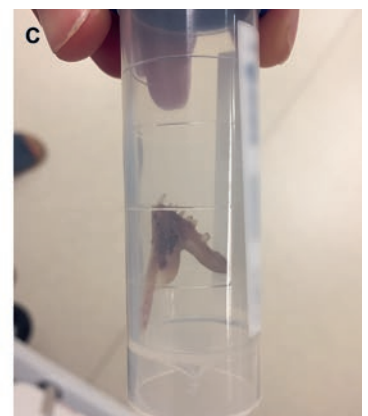
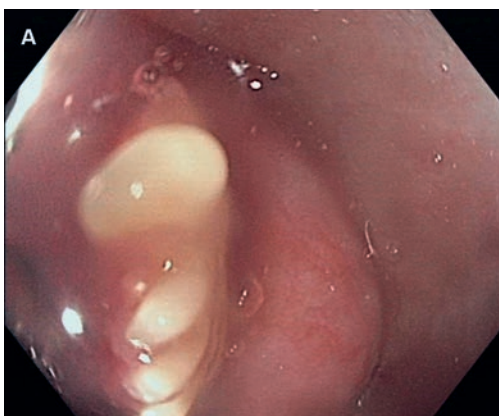
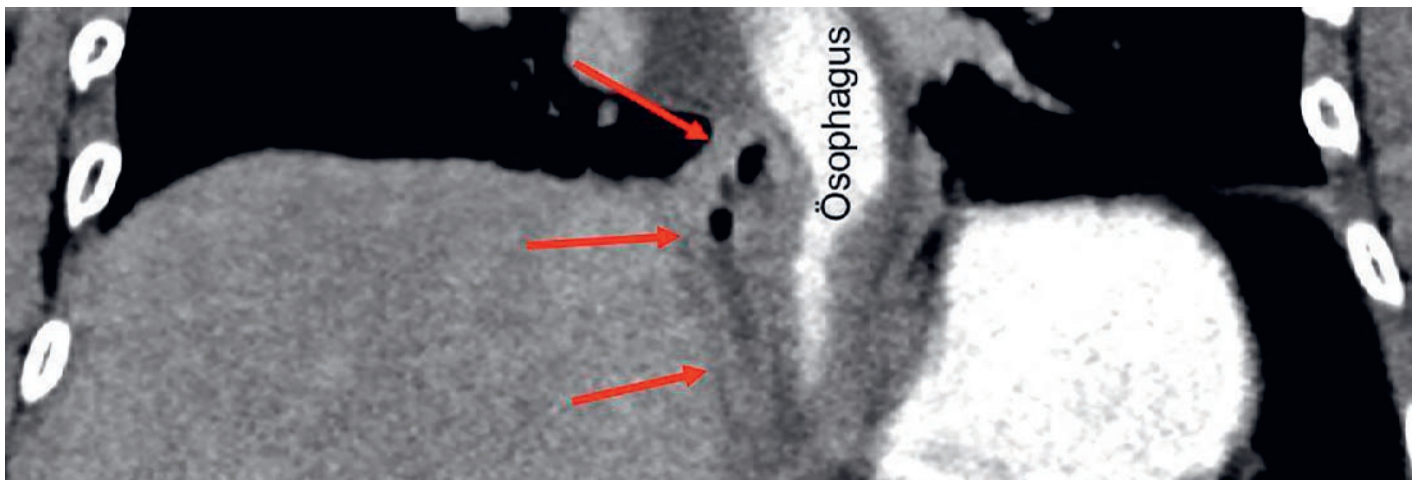


Abbildung 1: A) Endoskopischer Befund des 3 × 3 cm grossen Fischunterkiefers im distalen Ösophagus. B/C) Fischkiefer nach Bergung in toto.



**Abbildung 2:** Computertomogramm (Koronarschnitt) auf Höhe des distalen, wandverdickten Ösophagus mit rechts lateral angrenzendem Abszess (rote Pfeile) mit Gaseinschlüssen.

Laboranalytisch zeigte sich ein unauffälliges Blutbild und ein auf 94 mg/l erhöhtes C-reaktives Protein (CRP; Norm <10 mg/l). Das übrige Chemielabor (Leber-, Nierenwerte, Elektrolyte) war unauffällig.

#### Beurteilung und Verlauf

In Zusammenschau von Anamnese und Befunden vermuteten wir eine Fischgräte im Ösophagus und initiierten notfallmässig eine Gastroskopie. Diese zeigte einen vollständigen 3 × 3 cm grossen Fischunterkiefer samt Zähnen im distalen Ösophagus verhakt, der in toto geborgen werden konnte (Abb. 1).

Aufgrund der deutlich erhöhten Entzündungsparameter und dem Nachweis von Erosionen/Ulzerationen im Ösophagus wurde postinterventionell eine Computertomografie (CT) des Thorax durchgeführt. Hier zeigte sich eine Abszesskolektion angrenzend an den dista-

len Ösophagus rechts (3,6 cm × 2,0 cm × 5,9 cm) sowie eine entzündliche Wandverdickung des distalen Ösophagus (Abb. 2 und 3, rote Pfeile bzw. A).

Passend hierzu hatte der Patient im Verlauf auf knapp 40 °C aufgefiebert. Er erfolge eine stationäre Aufnahme zur intravenösen Therapie mit Piperacillin/Tazobactam dreimal 4,5 g täglich. Bei gutem klinischem Ansprechen konnte diese im Verlauf auf eine perorale Therapie mit Amoxicillin/Clavulansäure 875/125 mg dreimal täglich für weitere zwei Wochen umgestellt werden. Hierunter waren sowohl die Abszesskolektion als auch das Fieber, die Entzündungsparameter und die Schmerzen im Verlauf regredient. Der Patient konnte nach acht Tagen in gebessertem Zustand mit der finalen Diagnose eines paraösophagealen Abszesses bei im distalen Ösophagus impaktiertem Fischkiefer nach Hause entlassen werden.

Wie es möglich war, dass der Patient den zirka 3 × 3 cm grossen Fischkiefer samt Zähnen unbemerkt schlucken konnte, war auch retrospektiv im Gespräch mit dem Patienten nicht zu klären. Fischkopf-Curry ist ein beliebtes traditionelles Gericht in Südindien, Sri-Lanka und Singapur. Der Patient berichtete, sie hätten das Curry mit Red Emperor Snapper zubereitet, einem 60–90 cm grossen Fisch, der nach seinen scharfen Eckzähnen benannt wurde. Auch in Kenntnis der Natur des Fremdkörpers konnte der Patient sich nicht daran erinnern, beim Kauen und Schlucken etwas Besonderes bemerkt zu haben. Er werde aber in Zukunft sicherheitshalber auf sorgfältigeres Kauen achten.



**Abbildung 3:** Computertomogramm (Axialschnitt) auf Höhe des distalen Ösophagus (Ö) mit rechts lateral angrenzender Abszesskolektion (A).

#### Diskussion

Auch ein scheinbar klares Leitsymptom (nahrungsabhängige Oberbauchschmerzen) benötigt eine zielgerichtete Anamnese, um zeitnah zur korrekten Dia-

Korrespondenz:  
Dr. med. Katrin Bopp  
Medizinische Poliklinik  
Universitätsspital Basel  
Petersgraben 4  
CH-4031 Basel  
Katrin.Bopp[at]usb.ch

gnose zu gelangen und Komplikationen zu vermeiden. In den Ösophagus verhakte Fischgräten oder andere Knochenteile gelten als Notfälle [5] und sollten so schnell wie möglich entfernt werden [2, 4], da sie in 15–35% der Fälle zur Perforation im Magen-Darm-Trakt führen [3, 4]. Das Risiko für schwerwiegende Komplika-

tionen (Lazeration, Ulzeration, Penetration der Ösophaguswand, die zu Infektion und Zerstörung des benachbarten Gewebes führen [1, 2], steigt über die Zeit stark an und hängt von der Art und Grösse der Gräte beziehungsweise des Fischknochens ab.

Möglicherweise wäre dem Patienten der mediastinale Abszess erspart geblieben, wenn die Gastroskopie zeitnaher erfolgt wäre.

## Das Wichtigste für die Praxis

- Starke, nahrungsabhängige Schmerzen respektive Schwierigkeiten beim Schlucken von fester und/oder flüssiger Nahrung müssen – insbesondere nach Fischkonsum – dringlich abgeklärt werden.
- Gerade bei fremdsprachigen Patienten beziehungsweise Patienten aus einem anderen Kulturkreis sollte die Anamnese proaktiv so gestaltet werden, dass sämtliche «red flags» abgefragt/ausgeschlossen werden.
- Eine native Computertomographie sollte bei klinischem Verdacht auf Gräten- oder Knochenimpaktion zur Lokalisation und Erkennung möglicher Komplikationen immer erfolgen.
- Bei verzögerter Entfernung von ösophagealen Fremdkörpern wie Fischgräten oder anderen Knochenteilen drohen Perforation der Ösophaguswand sowie Infektion und Zerstörung des benachbarten Gewebes.
- Eine notfallmässige endoskopische Entfernung solcher Fremdkörper ist daher anzustreben.

## Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

## Literatur

- 1 Kim H U. Oroesophageal Fish Bone Foreign Body. Clin Endosc. 2016;49(04):318–26.
- 2 Bekkerman M, Sachdev A H, Andrade J, Twersky Y, Iqbal S. Endoscopic Management of Foreign Bodies in the Gastrointestinal Tract: A Review of the Literature. Gastroenterol Res Pract. 2016;2016:8.520767E6.
- 3 Sugawa C, Ono H, Taleb M, Lucas C E. Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract: A review. World J Gastrointest Endosc. 2014;6(10):475–81.
- 4 Ikenberry S O, Jue T L, Anderson M A et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. Gastrointest Endosc. 2011;73(06):1085–91.
- 5 Klein A, Ovnat-Tamir S, Marom T, Gluck O, Rabinovics N, Shemesh S. Fish bone foreign body: the Role of imaging. Int Arch otorhinolaryngol. 2019;23(1):110–5.