

Dokumentegenskaber	Funktionelle stemmelidelser
Gældende for	Otorhinolaryngologi, hoved- og halskirurgi & audiologi
Udarbejdet af	Dansk Hoved-Halskirurgisk Selskab
Opdateringsdato	01.02.17
Faglig ansvarlig	Dansk Selskab for Otolaryngologi, Hoved og Halskirurgi
Nøgleord	Synkestop, fremmedlegeme, øsofagus, øsofagusperforation

## 1. Titel

Synkestop – Corpus alienum oesophagi (T18.1)

## 2. Formål

At sikre ensartet høj faglig kvalitet i behandlingen af patienter på baggrund af den til enhver tid gældende evidens eller gode praksis.

## 3. Definition

Mistanke om synkestop fås hos patienter, som efter peroral indtagelse af fødeelementer eller deciderede fremmedlegemer, føler synkeproblemer, i form af synkebesvær og eller synkestop.

## 4. Baggrund

### A. Ætiologi

Øsofagusobstruktion, der forekommer ved synkning af større fødeemner, eller fremmedlegemer. Kan ses hos alle, men hos patienter med kendt øsofagusstriktur og achalasi er det relativt hyppigt. Hos patienter med dårlig tandstatus, manglende tænder eller tandprotese ses ligeledes overhyppighed. Er sjældent et debutsymptom ved cancer oesophagi. Obstruktionen forekommer hyppigst svarende til de tre anatomisk snævre steder i øsofagus (øsofagus munden, ved aortabuen og nedre sphincter).

### B. Forekomst

Den årlige incidens er ca. 13 pr. 100.000. Tilstanden opstår lettest, når maden sluges for hurtigt og ikke findeles tilstrækkeligt. Ses også hos psykisk syge og fængslede, som på den måde opnår midlertidig udgang, eller i forbindelse med indsmugling eller midlertidig bortskaffelse af alle typer af narcotica f. eks. i præservativer. Hos børn er det hyppigt mønter og batterier som synkes.

To tredjedele af de bløde fastsiddende fremmedlegemer vil passere spontant.

### C. Visitation

Er der tale om ikke skarpe/spidse fremmedlegemer forsøges medicinsk behandling i Akutafdelingen (se nedenfor). Lykkes denne ikke, eller er der tale om skarpe/spidse eller erosive fremmedlegemer, visiteres til nærmeste vagthavende Øre-, Næse-, Halskirurgiske afdeling.

## 5. Fremgangsmåde

### A. Anamnese (symptomer)

Umiddelbart eller kort efter peroral indtagelse af fast føde eller decideret fremmedlegeme opstår smerter/trykken retrosternalt, i epigastiet eller ryggen samt synkebesvær eller synkestop. Ved højt beliggende obstruktion kan ses hoste på baggrund af mulig aspiration af sekret og fremmedlegemer til luftvejene.

### B. Differentialdiagnoser

- Øsofagusspasme
- Dysfagi af anden årsag

### C. Objektiv undersøgelse

Der ses spytstagnation, skummende spyt i hypopharynx.

### D. Supplerende undersøgelser

Røntgen af øsofagus med kontrast kan udføres ved tvivl om diagnosen. Oversigtsrøntgen kan foretages hvor der er mistanke om røntgen-faste fremmedlegemer.

### E. Behandling

#### Konservativ hhv. medicinsk behandling

Ved ikke skarpe/spidse eller erosive fremmedlegemer hos voksne kan forsøges med benzodiazepin (f.eks. Stesolid®) rectalt eller i.v. (efter vægt og patientens almen tilstand) – visse steder suppleres med hyoscinbutylbromid (f.eks. Buscopan®) 20 mg i.m. eller i.v. Efter 15-30 minutter forsøges at få patienten til at drikke dansk vand. Der er dog ikke evidens for effekt af medicinsk behandling (1). Alternativt kan man afvente spontan passage, dog ikke over 24 timer.

Er der fri passage kan patienten sendes hjem. Hvis der anamnestisk er tale om flere tilfælde, bør patienten henvises til nærmere udredning evt. via egen læge.

Er der fortsat synkebesvær/synkestop ved bløde fremmedlegemer, er der indikation for øsofagoskopi.

#### Endoskopisk behandling

Drejer det sig om skarpe/spidse eller erosive fremmedlegemer, eller ved risiko for aspiration, er der indikation for akut øsofagoskopi.

Normalt anvendes et rigidt øsofagoskop, men er fremmedlegemet placeret helt distalt i øsofagus, kan et fleksibelt øsofagoskop/gastroskopi anvendes, ofte i kombination med et rigidt skop.

Ved skopien fjernes fremmedlegemet med de tænger, basket-kurve eller lign. der er tilgængelige på den enkelte afdeling.

Der er kontraindikation for endoskopisk behandling ved mistanke om øsofagusperforation og ved synkestop på baggrund af indtag af narkotikaposer.

### F. Komplikationer

Øsofagusperforation. Man skal være varsom ikke at lade/lædere/perforere øsofagus. Risikoen er størst helt distalt i øsofagus, eller ved cancer oesophagi. Ligeledes skal man være

opmærksom på, at patienten kan have et divertikel (f. eks. et Zenkers divertikel) hvor perforation kan forekomme.

Tandskader skal undgås, hvorfor man ved rigid skopi bør anvende tandbeskytter.

### **G. Opfølgning**

Patienten skal observeres for øsofagusperforation. Faresignaler er emfysem, feber, smerter retrosternalt om i ryggen eller epigastiet. Paraklinisk vil ses kraftig leucocytose og stigning i akutfase proteiner. Rejses mistanken skal der udføres røntgen af øsofagus eller CT-scanning med vandig kontrast, og hvis mistanken opretholdes, indledes 3-stof antibiotisk behandling. Patienten skal herefter konfereres med thorax- eller gastrokirurgisk afdeling m.h.p. lukning af perforationen.

Det tilrådes at patienten faster de første timer efter skopien. Opstår ingen af overnævnte symptomer, kan patienten få fra flydende til blød kost, og ved fortsat ingen problemer hurtigt stige til fuldkost.

## **6. Referencer**

Akram J., Amin F.M., Toft J.G. og Rømeling F.: Håndtering af fremmedlegeme i øsofagus med synkestop, Ugeskr Læger 2013; 175(10): 641-643.

American Society of Gastrointestinal Endoscopy. Guideline Management of ingested foreign bodies and food impactions. Gastrint Endoscopy 2011; 75:1085-91.

## **7. Bilag**

## **8. Arbejdsgruppe**

Søren Jelstrup

Frank Mirz