

Diagnostik und Therapie neurogener Schluckstörungen.

Senkung der Morbidität nach Aspiration und genussvolles Essen trotz Aspirationsgefahr: Aktuelles Dysphagiemanagement im ICF-Kontext.

Paul Diesener (Neurologische Frührehabilitation, Hegau-Jugendwerk Gailingen, Deutschland)
Ines Furrer (Logopädie, Klinik Valens, Schweiz)

Essen und Trinken sind im **Öffentlichen Bewusstsein** vor allem kulturelle Vorgänge, weshalb an ihre Störanfälligkeit nicht gedacht wird. Eigene Untersuchungen zeigen in Übereinstimmung mit Anderen bei Eintritt in die neurologische Frührehabilitation eine **Inzidenz der neurogenen Dysphagie von 50-60%**.

Die Bedeutung der neurogenen Schluckstörung wird selbst in Fachkreisen unterschätzt, der Schluckvorgang meist nur auf seine motorische Komponente verkürzt. Dadurch wird immer wieder die Stille Aspiration, also das Fehlen typischer Symptome des Verschluckens (Husten bis zum Erstickenanfall), übersehen. Ohne nähere Kenntnis des Aspirationsmechanismus und vor allem der fehlenden oder verzögerten Schlucktriggerung infolge einer neurogenen Empfindungsstörung steht der „Schluckversuch“ vor allem im Akutspital noch hoch im Kurs. Dem liegt die irrige Annahme zu Grunde, als könne der Schluckvorgang verlernt werden. Da es sich aber um einen reflektorischen Vorgang handelt, dessen repetitive Auslösbarkeit an einen Reiz gebunden ist, spielt Lernen keine Rolle. „Schluckversuch“ und „Schlucktraining“ sind somit obsolet und mit zwei Formeln zu kommentieren.

- „**Schluckversuch bei Warnsymptom ist wie Hinstellen bei Frakturverdacht**“
- „**Wer seinen Speichel schluckt braucht kein Schlucktraining, wer den Speichel nicht schlucken kann, kann ohnehin nicht essen.**“

Golden Standard der **Schluckdiagnostik** ist die **Video-fluoroskopie** (Röntgen). Dieses Verfahren ist aber für den aufklarenden Patienten in der Frührehabilitation nicht praktikabel. Mit der standardisierten **Video-Endoskopie (FEES, Fiberoptic Endoscopic Examination of Swallowing Disorders, S. Langmore 1988)**, welche schon beim nicht kooperationsfähigen Patienten auch bettseitig eine Schluckstörung hinreichend sicher diagnostizieren kann, existiert für die frühen Remissionsphasen nach Hirnschädigung zumindest ein Screening-, wenn nicht sogar die Standard-Methode zur Abschätzung der Aspirationsgefährdung. Präsentiert wird auf dieser Grundlage ein auch außerhalb spezialisierter Einrichtungen praktikabler und variabler **Clinical Pathway** für den Umgang mit Schluckstörungen. Das auf den Einzelpatienten und seine Symptome abgestimmte Stufenschema umfasst folgende Eckpunkte:

Behandlungsgrundsätze:

- Diagnostik vor Therapie und oralem Kostaufbau
- Ressourcen des Patienten beachten (Vigilanz, Aufmerksamkeit, Belastbarkeit, Sitzfähigkeit, Kau-Fähigkeit, keine Ablenkung)
- Einvernehmen zwischen Medizin, Pflege, Therapeuten und Angehörigen

Behandlungsziele (Rangfolge!)

1. Schutz der Atemwege (Aspirationsprophylaxe).
2. Sicherstellen der Ernährung (künstlicher Nahrungsweg, ggf. temporär).
3. Oraler Kostaufbau mit minimiertem Risiko und maximal möglichem Gewinn an Lebensqualität.

Behandlungsstrategie (Clinical Pathway)

- **Abgrenzung der Risikogruppe**
- Erkennen klinischer **Warnsymptome** wie brodelnde Atmung, gurgelnde Stimme oder Husten bei der Nahrungsaufnahme
- **Dysphagie-Management** (diagnostischer und therapeutischer Leitfaden)
 - o Klinischer Schlucktest nur beim **Risikopatienten ohne Warnsymptom**
 - o Beim **Risikopatienten mit Warnsymptom** Verbot von „Schluckversuchen“, orale Nahrungskarenz, künstlicher Nahrungsweg sowie Klinische und Video-endoskopische Diagnostik. Bei Aspirationsnachweis ohne ausreichenden Schutzreflex (= Stille Aspiration) je nach Schweregrad künstlicher Atemweg.
 - o Modifiziertes Vorgehen bei chronischer Schluck- und Essstörung.

Die **Schlucktherapie** wird im ICF-Kontext neben geringen kurativen Spielräumen vor allem die **Kompensation**, also die Nutzung der Fähigkeiten des Patienten und die **Adaptation**, also die Anpassung des Umfeldes (Nahrung, Hilfsmittel) an seine Fähigkeiten zum Inhalt haben. Hiermit soll mit vollem Bewusstsein über das Aspirations(rest)risiko ein Höchstmaß an befriedigendem Esserleben erreicht werden. In einigen Fällen wird der **künstliche Nahrungsweg** zur bedarfsdeckenden Ernährung verbleiben.

Teil des Dysphagie-Managements ist der Umgang mit **Trachealkanülen**. Dreh- und Angelpunkt ist die endoskopische Begleitung, ohne die eine fachgerechte Kanülenversorgung bzw. -entwöhnung undenkbar ist. Je nach Art der Aspirationsgefährdung und der Fähigkeit zur kognitiven Umsetzung von Husten- und Schlucktechniken geht der Weg über eine ungeblockte Kanüle mit Sprechventil zur so genannten Platzhalterfunktion (die Kanüle hält das Stoma offen, dient als Absaugoption, wird aber ansonsten verschlossen, so dass die

Atmung via naturalis verläuft) bis zur definitiven Dekanülierung ohne oder mit chirurgischem Verschluss des Tracheostomas. **Entscheidender Eckpunkt ist die frühzeitige Belüftung des Rachens**, die der Speichelretention und damit der laryngopharyngealen Ödem-Bildung vorbeugt sowie eine Schluckstimulation befördert. Wird die Atmung über ein Sprechventil mit einem subtilen sekretolytischen Management kombiniert, kann auch bei hoher Aspirationsneigung unter strenger oraler Nahrungskarenz und Säure-Refluxprophylaxe eine sichere Rachenbelüftung erreicht werden. Je nach kognitiven und oralmotorischen (artikulatorischen) Fähigkeiten, kann mit diesem Weg auch eine **frühe Sprechfähigkeit** ermöglicht werden. Die Versorgung mit einer geblockten Trachealkanüle gilt bei hohem Aspirationsgrad als überholt. Sie ist nur noch in Fällen indiziert, wo eine leckagefreie Beatmung durchgeführt werden soll, oder wo mit massiver Aspiration durch Pharyngospasmus einschließlich Spasmus des Oberen Ösophagus-Sphinkters oder rezidivierendem Erbrechen gerechnet werden muss.

(Literatur bei den Verfassern)