

Diagnostische Möglichkeiten der Abklärung von Schluckstörungen

Herwig Swoboda, Thomas Herbst

HNO-Abteilung

KH Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel

Jahrestagung 2006

Österreichische Wachkoma Gesellschaft

Österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitation

Geriatrizentrum am Wienerwald

20. Oktober 2006

Schlucken

Aufnahme und Transport der Nahrung

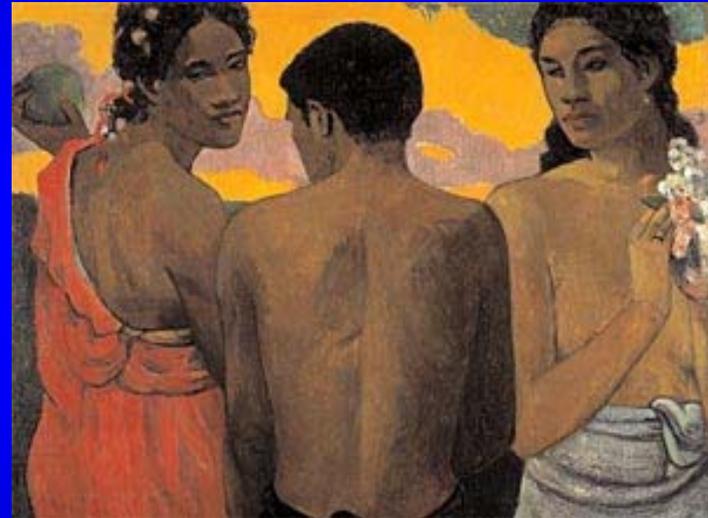
Abtransport von Speichel

Schlucksynchroner Atemwegsverschluß



Soziale Bedeutung des Schluckens

- Grundlage selbständigen Lebens
- Quelle der Zufriedenheit („Kochkunst“)
- Grundlage friedlichen Zusammenlebens („Mahl“)
- Hohe ethische Relevanz für Wachkomapatienten (Debatte über Nahrungszufuhr – Terri Shiavo)



Ein komplexer Bewegungsablauf

Etwa ein Schluckvorgang
pro Minute

50 Muskelgruppen

5 Hirnnervenpaare

4 Zervikalnerven

Durch ZNS koordiniert – Rolle suprabulbärer Zentren

Langer formbarer Rachen – Sprachansatzrohr

Pharyngeale Schluckphase : unter einer Sekunde !



Dysphagie – Schluckstörung

Störung der Aufnahme und des geregelten
Nahrungstransportes vom Mund in den
Magen

Exsikkose, Kachexie

Deglutitive Aspiration

Aspirationspneumonie

Morbidität

Mortalität



Ziele der Schluckdiagnostik

- Art und Ausmaß einer Schluckstörung
- Aspirationsnachweis bzw. –ausschluß
- Abschätzung der Prognose
- Therapieplanung
- Art der Ernährung : oral / non-oral
- Sofortmaßnahmen : Tracheostoma, Kanüle geblockt, offen

Diagnostik

Anamnese

Klinik

Labor

Videoendoskopie

FEES ; FEESST

Lungenröntgen

Röntgen-Videokinematographie

= *Videofluoroscopy*

Interdisziplinäres „Schluckteam“

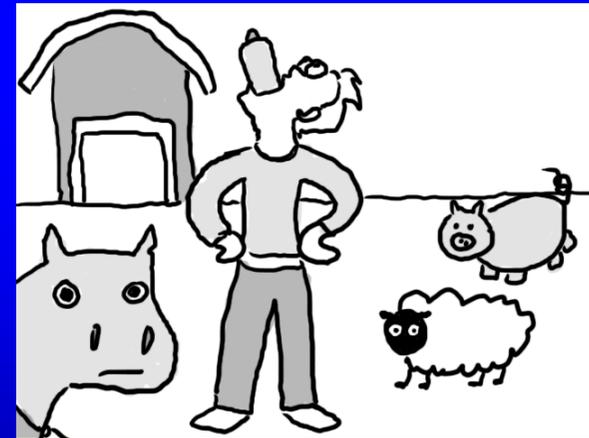


Anamnese – Wachkoma

- Fremdanamnese – kritisch erheben !
 - Hinweise auf Aspiration von Nutzen
 - Tendenziell von ethischem Bemühen und Wunschdenken überfrachtet

Klinische Untersuchung

- Beobachtung ; Würgereflex
- Auditive Beurteilung : Gurgeln
- Speichel in Rachen, Tracheostoma
- Palpation : Larynxhebung
- Atmung, Husten
- Körpertemperatur
- Auskultation Lunge, Hals
- Blue dye test (Tracheostoma)



Cave klinisch stumme Aspiration !

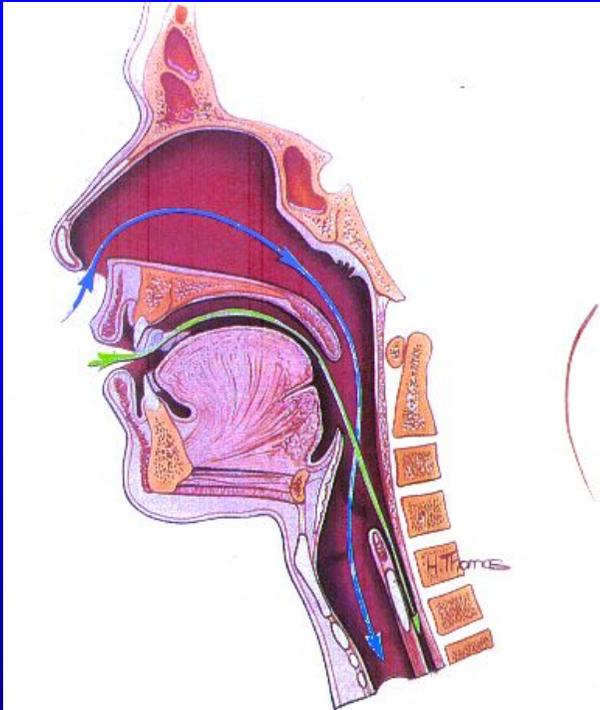
Röntgen-Videokinematographie

- „Gold Standard“ der Schluckdiagnostik
- Alle Phasen des Schluckvorganges in zwei Ebenen darstellbar
- Immer mit ösophagealer Phase
- Glottis nicht direkt dargestellt
- Am Wachkoma-Patienten nicht durchführbar !



Aus : Pokieser, Schima, Schober

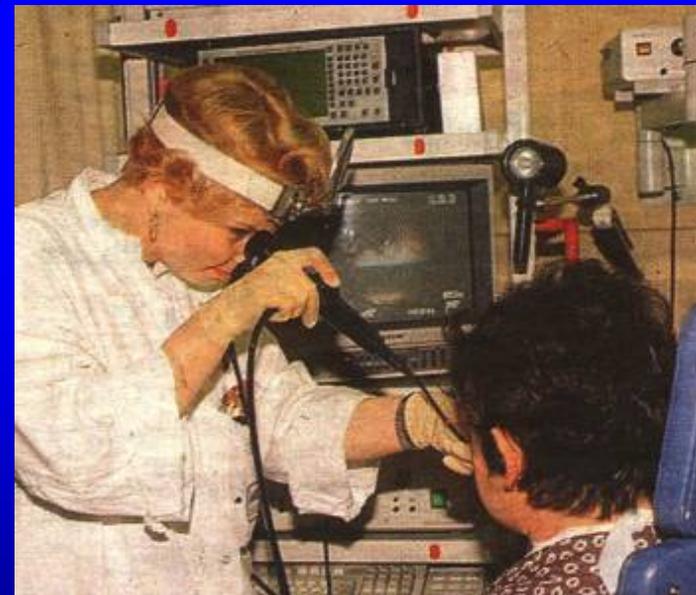
Der Kehlkopf –
Weiche zwischen
Atem- und
Schluckweg



Lungenfisch (mud skipper)

Videoendoskopie des Schluckaktes

- Fiberoptische Rhinopharyngolaryngoskopie
Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)
- Lebensmittelfarbschluck
- Klinische Voruntersuchung
- Behutsame Durchführung
- Erschwert bei neurogener Schluckstörung
- Komplikationen selten:
Epistaxis, vagale Reaktion



Univ.-Prof. Dr. D.-M. Linnert-Denk

Zentralnervöse Störungen

Videoendoskopie Schluckakt

- Reduzierte Willkürmotorik
- Erhaltene reflektorische Beweglichkeit
- Veränderter Tonus ohne Atrophie
- Störung der Feinmotorik
- Hyperkinesien : Tremor, Myoklonien
- Glottis : Schluß, Husten
- Speichelretenionen
 - Pharynx, Vestibulum laryngis
- Reflexbeurteilung : behutsames Touchieren

Checkliste Schluckakt

Pharyngeale Phase

- Velopharyngealer Abschluß
- Pharynxkontraktion
- Larynx-Hyoid-Elevation
- Larynxverschluß (Phonation, Pressen, Husten)
- Penetration
- Prä-, intra-, postdeglutitive Aspiration
- Hustenreflex, willkürliches Abhusten
- Retention
- Öffnung des pharyngoösophagealen Segmentes

Videoeskopie Schluckakt

Beurteilung von

- Lokalbefund, Schleimhaut
- Schleimretentionen
- Trachea via Tracheostoma
- Velummotilität
- Nasale Regurgitation
- Larynx / Glottisschluß
- Penetration – supraglottisch
- Aspiration – prä-, postdeglutitiv
- Hustenreflex
- Pharyngeale Retention
- Hypopharyngeale Regurgitation
- Effizienz des Abhustens



Videoeskopie Schluckakt

Schlecht beurteilbar

- Mundhöhle
- Larynx / Hyoidelevation
- Pharynxmotilität
- Intradeglutitive Aspiration
- Menge des Aspirats (ausgen. Tracheoskopie)
- Pharyngoösophageles Segment
- Ösophagus



Videoeskopie Schluckakt Wachkoma

- Immer nur eine Momentaufnahme
- Deglutitive Aspiration kann nie ausgeschlossen werden
- Rahmenbedingungen können sich stets ändern – auch Risikoabschätzung nicht möglich
- HNO-ärztliche Freigabe für orale Ernährung nicht möglich – vitales Risiko bleibt immer !

Il medico pietoso fa la piaga verminosa

Der mitleidige Arzt bringt die Wunde zum Eitern

Italienisches Sprichwort

Vielen Dank !



Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem
Zentrum Rosenhügel, Wien