

Hinweisblatt Schluckstörungen in der zahnärztlichen Behandlung

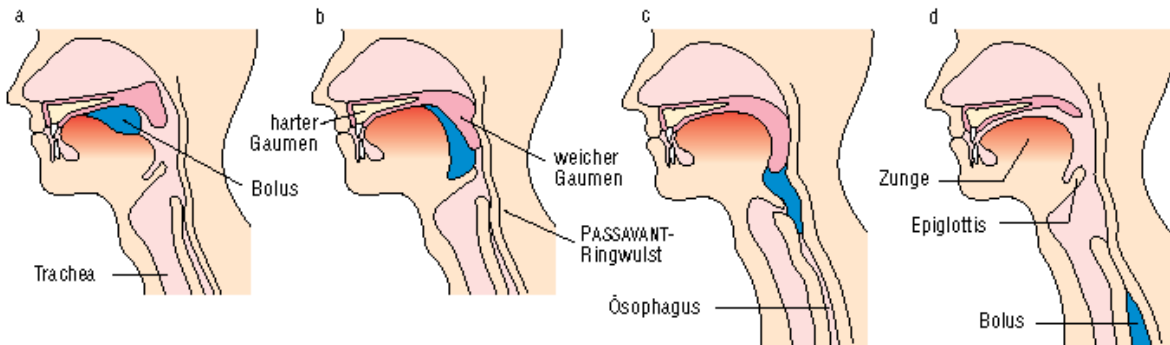


Bild: Urban & Fischer 2003 – Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl.

Schluckakt – 50 Muskelpaare, 5 Hirnnervenpaare und verschiedene Zervikalnerven beteiligt

a) Zurückschieben des Bolus, b) Verschluss des Nasopharynx, c) Zurückklappen der Epiglottis u. Verschluss der Trachea, d) Transport des Bolus durch den oberen Ösophagus-Sphinkter.

Schluckstörungen – insgesamt ca. 5 Mio. Menschen in Deutschland betroffen

- 10% aller Menschen > 50 Jahren
- 50% aller Senioren im Pflegeheim
- 45% aller Menschen mit Demenz, 75% mit fortgeschrittener Demenz
- 50% aller neurologischen Patienten – z.B. Schlaganfall, Parkinson, MS
- 90% aller Pneumonien sind Aspirationspneumonien

Problem – stille Aspiration („Silent Aspiration“)

Etwa 40% aller Patienten werden nicht bzw. nicht früh genug erfasst, da diese keine Zeichen einer Schluckstörung wie z.B. Husten zeigen und Flüssigkeit z.B. seitlich Richtung Kehlkopf/Lunge abfließt!!

Ursachen

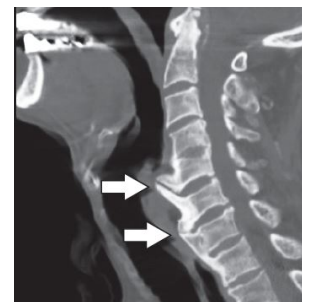
- Entzündungen der Speicheldrüsen sowie der Mandeln, Abszesse, Divertikel
- gutartige bzw. bösartige Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
- Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Parkinson, Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose
- Veränderungen Halswirbelsäule – angeboren/traumatisch/post-operativ/entzündlich/degenerativ, z.B. Osteophyten* – beim Down-Syndrom (als neurodegenerative Begleiterkrankung) bzw. im Alter
- im Alter generelle Verlangsamung der Schluckabläufe sowie allgemeiner Kraft- & Muskelabbau
- im Alter verzögerter Schluckreflex – Triggerzonen im Rachen wandern in Richtung Kehlkopf
- im Alter Abnahme von Speichelfluss, Sensibilität & Geschmackempfinden
- Kauprobleme z.B. wegen Zahnverlust bzw. schlecht sitzenden Prothesen
- eingeschränkte Zungenbeweglichkeit z.B. spastische/gelähmte Zunge
- ungenügender Lippenschluss mit Hypersalivation
- Sensibilitätsstörungen (z.B. Facialisparese)

Klinische Symptome

- feuchte/gurgelnde/belegte Stimme
- gurgelnde Laute beim Schlucken
- Ansammlung von Speiseresten in Wangen & am Gaumen
- Herauslaufen von Speichel/Flüssigkeiten/Nahrung
- „Steckenbleiben“ von Nahrung mit Schmerzen hinter dem Sternum
- wiederkehrende Pneumonien bzw. Atemwegserkrankungen
- Mangelernährung: Gewicht reduziert sowie Dehydratation & Exsikkose

Verhaltensauffälligkeiten

- angestrenktes Schlucken & kompensatorische Mitbewegungen
- Würgen/Husten/Räuspern/Niesen während des Schluckens
- verlängerte Nahrungsaufnahme mit langem Kauen
- Vermeidung bestimmter Nahrungsmittel (Konsistenzen!)
- Ablehnung der Nahrungsaufnahme wegen Schmerzen, Unbehagen, Völlegefühl
- Ablehnung von Essens-Einladungen (soziale Isolation)



* Osteophyten als Ursache für eine Schluckstörung – Quelle 4

Was kann der Zahnarzt daneben bei Verdacht auf Schluckstörungen tun?

- ggf. zunächst einen Schluck Wasser trinken lassen
- „Kalakala“ sprechen lassen – geht: Zungenhebung als Voraussetzung für Schlucken funktioniert
- „Pataka Pataka“ sprechen lassen – geht nicht: meist Hinweis auf neurologische Störung
- ggf. Konsil Hausarzt bzw. HNO veranlassen
- spezielle Ansprechpartner: www.geriasan.de – Service – Verzeichnis der Schluckambulanzen

Allgemeine Therapieansätze, wenn Schluckstörung fortbesteht

- Ernährungsberatung & Kostanpassung
- Kompensatorische Maßnahmen – Handlungsänderungen, Schluckmanöver
- Restituierende Maßnahmen – Übungen zur Wiederherstellung von Funktion und Sensibilität
- Risikoaufklärung und Beratung des Umfeldes (Angehörige, Pflege) sehr wichtig
- Zahnarzt: Mundhygienekontrolle, Schleimhautpflege, Sanierung Zähne / Prothesen

Tipps für die zahnärztliche Behandlung

- **Achtung: bei Patienten mit Magensonde (PEG) besteht akute Aspirationsgefahr!**
- **Achtung: ohne HUSTENREFLEX besteht akute Aspirationsgefahr!**
- aufrechte Sitz- & Kopfhaltung (am besten 90 Grad) für guten Tonus im Rumpf/Kehlkopf und zudem für gute Übersicht des Patienten, wenn und was zum Mund geführt wird
- Kinn zur Brust geneigt erleichtert das Schlucken (Chin-Tuck-Position)
- bei Seitlagerung Kopf zur Matratze geneigt
- Vertrauen schaffen – Brille, Hörgerät kontrollieren – Zuschauer stören eher
- Überforderung vermeiden – erzeugt Frustration und Aggression
- Patient ist wach & leistungsbereit und nicht von anderen Aktivitäten erschöpft
- Geschwindigkeit den Möglichkeiten des Patienten anpassen – kein Zeitdruck!
- genaues Beschreiben (v.a. bei Sehschwäche), was geplant ist und was geschieht
- keine Fragen stellen und gleichzeitig im Mund arbeiten
- Zahnbürste/Instrumente in „physiologischer Bahn“, also von vorne/unten zuerst im 45 Grad-Winkel, dann in einer waagerechten „Bahn“ zum Mund führen.
- immer wieder ausreichend Gelegenheit und Zeit zum Schlucken geben, ggf. auch mehrmals nachschlucken lassen
- bei feuchter/gurgelnder Stimme Patient auffordern, sich zu räuspern & nochmals zu schlucken
- Mund ausspülen – nur kleine Schlucke nehmen lassen, ggf. nur mit Teelöffel verabreichen
- Plastikbecher für Nase ausschneiden – Trinken möglich, ohne Kopf weit nach hinten zu nehmen
- Wasser zum Ausspülen z.B. mit Minz-Geschmack, wird besser wahrgenommen
- Zahnsteinentfernung mit Hand-Instrumenten, nicht mit Ultraschall
- gute Absaugung! – ggf. zusätzlich Kompressen/Pflaumentupfer zum Auswischen
- Wasserzufuhr beim Bohren verringern – vermehrter Einsatz des Rosenbohrers!
- Verwendung schnell-härtender Materialien
- Instrumente im Mund wenn möglich gesichert, z.B. mit Zahnseide, cave: Käppchen kleiner Sauger
- Vorhalten einer Magill-Zange (Bestandteil im Notfallkoffer?)
- Empfehlung: ggf. vor den Mahlzeiten Zähne putzen, damit nicht auch Beläge „aspiriert“ werden

Quellen:

- Bohlender JE (Zürich): Vortrag zum landesweiten Erfahrungsaustausch der Senioren- und Behindertenbeauftragten der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg
- Brugger M: – Beitrag zum Curriculum Geriatrie Zahnheilkunde am Zahnmedizinischen Fortbildungszentrum Stuttgart, Fachlehrer für Pflege am Diakonischen Institut für Soziale Berufe – Altenpflegeschule Friedrichshafen
- Neß A: Schluckstörungen im Alter – (auch) ein Fall für den Zahnarzt? SZM 2016; 4 (3): 137-140.
- Riepl R, Hoffmann TK, Goldberg-Bockhorn E, Richter P, Reiter R: Dysphagie bei Erkrankungen der Halswirbelsäule. HNO 2019; 67:801–814.
- Horkoff M, Maloon S: Dysphagie secondary to esophageal compression by cervical osteophytes: a case report. BCMJ 2014; 56(9): 442-444.