

Hinweisblatt Schluckstörungen in der zahnärztlichen Behandlung

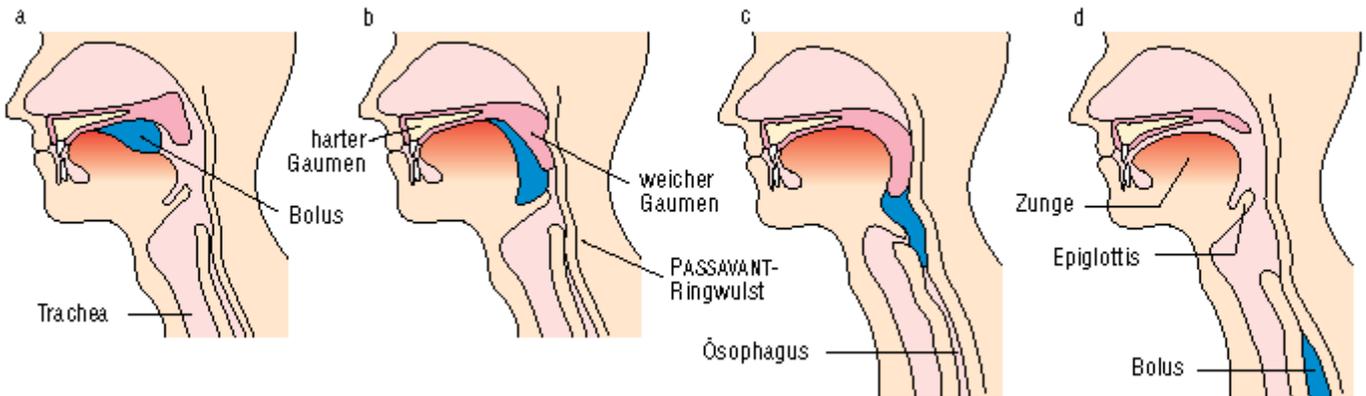


Bild: Urban & Fischer 2003 – Roche Lexikon Medizin, 5. Auflage

Schluckakt: 5 Hirnnerven, mehr als 25 Muskeln, ca. 1.000 Mal pro Tag^[4,8,10]

- Bolusformung u. -beförderung
- Verschluss des Nasopharynx
- Zurückklappen der Epiglottis u. Verschluss der Trachea
- Transport des Bolus durch den oberen Ösophagus-Sphinkter

Schluckstörungen (Dysphagien): ca. 5 Mio. Menschen sind in Deutschland betroffen^[3]

- 14% aller älteren Menschen, die ein unabhängiges Leben führen^[12]
- 50% aller im Pflegeheim wohnenden Menschen^[6]
- 70% aller im Krankenhaus behandelten älteren Menschen^[6]

Mögliche Folgen^[8]

- Dehydration u. Malnutrition verstärken Abwehrschwäche, Dekubitus-Gefahr, Mortalität und das Risiko zur Entwicklung eines Delirs^[7]
- Aspirationen erhöhen das Risiko zur Entwicklung von Pneumonien, Verlegung der Atemwege mit Gefahr für Luftnot und Ersticken
- Sozialer Rückzug beeinträchtigt Partizipation u. Lebensqualität

Ursachen

Ursachen für Dysphagien sind meist neurologisch, HNO-ärztlich oder internistisch, wobei auch psychogene, medikamenteninduzierte und altersbedingte Dysphagien vorkommen.^[8]

Neurologische Erkrankungen^[5]

- nach ischämischem oder hämorrhagischem Infarkt (mindestens 50%)
- nach Schädel-Hirn-Trauma (60%)
- bei Parkinson (bis zu 81%)^[11]
- bei dementiellen Erkrankungen (bis zu 84%)^[1]
- bei amyotropher Lateralsklerose (bis zu 100%)
- bei Myasthenia gravis (bis zu 50%)
- bei Multipler Sklerose (mehr als 33%)
- bei Myositis (bis zu 86%)

HNO-Erkrankungen^[8]

- bei Tumoren im Bereich von Naso-, Oro-, Hypopharynx und im Larynxbereich
- nach operativen Eingriffen / Bestrahlung / Chemo- / Radiochemotherapie
- Zenker-Divertikel
- Entzündungen, z.B. akute bakterielle Tonsillitis, infektiöse Mononukleose, Epiglottitis, etc.
- Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
- Eagle-Syndrom bei verlängertem Processus styloideus
- Osteophyten der Halswirbelsäule^[9,13]

Internistische Erkrankungen^[8]

- Erkrankungen der Speiseröhre (z.B. Motilitätsstörungen, Divertikel / Stenosen, Reflux, etc.)
- Vaskulitiden u. Kollagenosen
- Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Medikamente sind grundsätzlich eher schwer zu schlucken^[2]. Sie können eine Dysphagie auslösen oder eine bestehende Dysphagie verstärken^[8]. Häufige Nebenwirkungen mit Einfluss auf die Nahrungsaufnahme sind Übelkeit / Erbrechen, Rigidität, Mundtrockenheit, Vigilanzminderung, Inappetenz oder Hypersalivation.

Alter beeinflusst die Schluckfunktion, weshalb der Begriff „Presbyphagie“ eingeführt wurde. Ursächlich können die Abnahme von Muskelkraft („Sarkopenie“), ein verzögerter Schluckreflex, eine Kauschwäche (z.B. wegen schlechtsitzender Prothesen) oder Sensibilitätsstörungen sein.

Klinische Anzeichen^[8]

- Subjektive Schluckbeschwerden, z.B. „Steckenbleiben“ von Nahrung / Schmerzen / Unbehagen
- Angestregtes Schlucken u. kompensatorische Mitbewegungen
- Verstärkter Speichelfluss oder auch Mundtrockenheit
- Rauer / feuchter / belegter Stimmklang u. Veränderungen des Stimmklangs bei Nahrungsaufnahme
- Würgen / Husten / Räuspern / Niesen während oder nach dem Schlucken
- Sodbrennen / Übelkeit / Erbrechen
- Ansammlung von Speiseresten in Wangen u. am Gaumen
- Austreten von Speichel / Flüssigkeiten / Nahrung aus Nase oder Mund
- Wiederkehrende Pneumonien / Atemwegserkrankungen / unklare Temperaturerhöhungen
- Malnutrition oder Dehydratation
- Ablehnung von Essens-Einladungen (soziale Isolation)
- Verlängerte Nahrungsaufnahme mit langem Kauen
- Vermeidung bestimmter Nahrungsmittel oder Konsistenzen
- Verweigern der Nahrungsaufnahme
- Veränderte Temperatur- / Geschmackswahrnehmung beim Essen / Trinken
- Zyanose u. Tachykardie bei akuter Aspiration (<1 Min. postdeglutitiv, also nach dem Schlucken)

Aspiration meint das Eindringen von Speise in den Bereich unterhalb der Stimmlippen und stellt das gefährlichste Symptom der Dysphagie dar. Normalerweise folgt auf die Aspiration eine Hustenreaktion, allerdings gibt es auch „stille“ Aspirationen – diese sind von Außen nicht wahrnehmbar und können nur mithilfe von bildgebender Diagnostik abgeklärt werden, z.B. durch eine flexible endoskopische Evaluation des Schluckens (FEES) oder eine Videofluoroskopie (VFSS)^[8].

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

- Adaptive Maßnahmen, wie z.B. individuelle abgestimmte Kostanpassung und ggf. Ernährungsberatung
- Kompensatorische Maßnahmen, wie z.B. Handlungsänderungen, Schluckmanöver
- Restituierende Maßnahmen, wie z.B. funktionelle Dysphagietherapie, Biofeedbackverfahren, Fazio-Orale-Trakt-Therapie, Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF), etc.
- Risikoaufklärung und Beratung des Umfeldes (Angehörige, Pflegepersonal)

Was kann die Zahnärztin oder der Zahnarzt tun?

- Sorgfältige Anamnese u. Dokumentation hinsichtlich der Schluckbeschwerden
- Durchführung eines Screening-Verfahrens (z.B. des Dysphagie-Screening-Tools-Geriatrie)
- Bei V.a. Dysphagie: Veranlassung einer logopädischen Diagnostik und Therapie sowie einer bildgebenden Diagnostik durch eine Schluckambulanz oder HNO-/ Phoniatrie-Praxis
Ansprechpartner: <https://dg-dysphagie.de/>
- Regelmäßige Mundhygienekontrolle, Sanierung der Zähne bzw. Prothesen, soweit möglich

Tipps für die zahnärztliche Behandlung

Allgemeines:

- richtigen Zeitpunkt wählen – Wachheit u. Leistungsbereitschaft sind wichtig
- Vertrauen, sowie eine ruhige Atmosphäre schaffen – Zuschauer:innen stören eher
- Brille u. Hörgerät zur Verfügung stellen / genau beschreiben was passiert oder geplant ist
- Überforderung vermeiden – erzeugt Frustration und Aggression
- Geschwindigkeit anpassen – nie unter Zeitdruck arbeiten
- Keine Fragen stellen und gleichzeitig im Mund arbeiten
- **Achtung:** Magensonde (PEG), fehlender Hustenreflex bedeuten akute Aspirationsgefahr

Positionierung

- Aufrechte Sitz- u. Kopfhaltung (am besten 90 Grad) für guten Tonus im Rumpf / Kehlkopf und zudem für gute Übersicht für Patient:innen
- Kinn zur Brust geneigt erleichtert häufig das Schlucken (Chin-Tuck-Position)
- In Seitlagerung: Kopf zur Matratze geneigt

Durchführung

- Zahnbürste/Instrumente in „physiologischer Bahn“, also von vorne-unten zuerst im 45 Grad-Winkel, dann in einer waagerechten „Bahn“ zum Mund führen.
- Immer wieder Gelegenheit und Zeit zum Schlucken geben und auch Nachschlucken lassen
- Bei feuchter/gurgelnder Stimme: Patient:in auffordern, kräftig zu husten u. nachzuschlucken
- Mund ausspülen – nur kleine Schlucke nehmen lassen / Teelöffel-weise verabreichen
- Plastikbecher für Nase ausschneiden / geeignete Trinkbecher auswählen, sodass Trinken auch in Chin-Tuck-Position (also Kopfanteflexion) möglich
- Wasser zum Ausspülen z.B. mit Minz-Geschmack, wird besser wahrgenommen
- Zahnsteinentfernung außerhalb der Praxis (bei schlechter Absaugung) oder bei unsicheren Patient:innen besser mit Hand-Instrumenten und Kompresse als mit Ultraschall und Wasser
- gute Absaugung! – ggf. zusätzlich Kompressen/Pflaumentupfer zum Auswischen
- Wasserzufuhr beim Bohren verringern – vermehrter Einsatz des Rosenbohrers!
- Verwendung schnell-härtender Materialien
- Instrumente im Mund – wann immer möglich – gesichert, z.B. mit Zahnseide,
Hinweis: kleine Sauger gibt es auch mit nicht-abnehmbaren Käppchen
- Vorhalten einer Magill-Zange (Bestandteil im Notfallkoffer?)

Quellen

1. Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, Walshe M. European Society for Swallowing Disorders–European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical interventions in aging*; 1403-28 (2016).
2. Birkmann U. Dysphagie2Go Online-Seminar: Medikamenteninduzierte Dysphagie. Unveröffentlichter Vortrag. Zoom (2022).
3. Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Dysphagie e.V. (DGD) (2021) https://dg-dysphagie.de/files/media/DGD_Book_of_Abstract_2021.pdf, letzter Zugriff: 18.11.2023.
4. Dodds WJ, Stewart ET, Logemann JA. Physiology and radiology of the normal oral and pharyngeal phases of swallowing. *AJR. American journal of roentgenology*; 154(5): 953-63 (1990).
5. Dziewas R, Pflug C et al. Neurogene Dysphagie, S1-Leitlinie, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie (2020). Online: www.dgn.org/leitlinien, letzter Zugriff: 18.11.2023.
6. Lin LC, Wu SC, Chen HS, Wang TG, Chen MY. Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in Taiwan. *Journal of the American geriatrics society*; 50(6): 1118-23 (2002).
7. Maschke M et al. Delir und Verwirrheitszustände inklusive Alkoholentzugsdelir, S1-Leitlinie, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie (2020). Online: www.dgn.org/leitlinien, letzter Zugriff: 18.11.2023.
8. Prosiegel M, Weber, S. Dysphagie: Diagnostik und Therapie. Ein Wegweiser für kompetentes Handeln. Springer-Verlag (2018).
9. Riepl R, Hoffmann TK, Goldberg-Bockhorn E, Richter P, Reiter R. Dysphagie bei Erkrankungen der Halswirbelsäule. *HNO*; 67: 801-14 (2019).
10. Rohen, J. W., & Lütjen-Drecoll, E. (2006). Funktionelle Anatomie des Menschen: Lehrbuch der makroskopischen Anatomie nach funktionellen Gesichtspunkten. Schattauer Verlag.
11. Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy J, Speyer R. A systematic review of the prevalence of oropharyngeal dysphagia in stroke, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, head injury, and pneumonia. *Dysphagia*; 31(3): 434-41 (2016).
12. Turley R, Cohen S. Impact of voice and swallowing problems in the elderly. *Otolaryngology. Head and Neck Surgery*; 140(1): 33-6 (2009).
13. Horkoff M, Maloon S. Dysphagie secondary to esophageal compression by cervical osteophytes: a case report. *BCMJ*; 56(9): 442-4 (2019).