ESPEN 2010

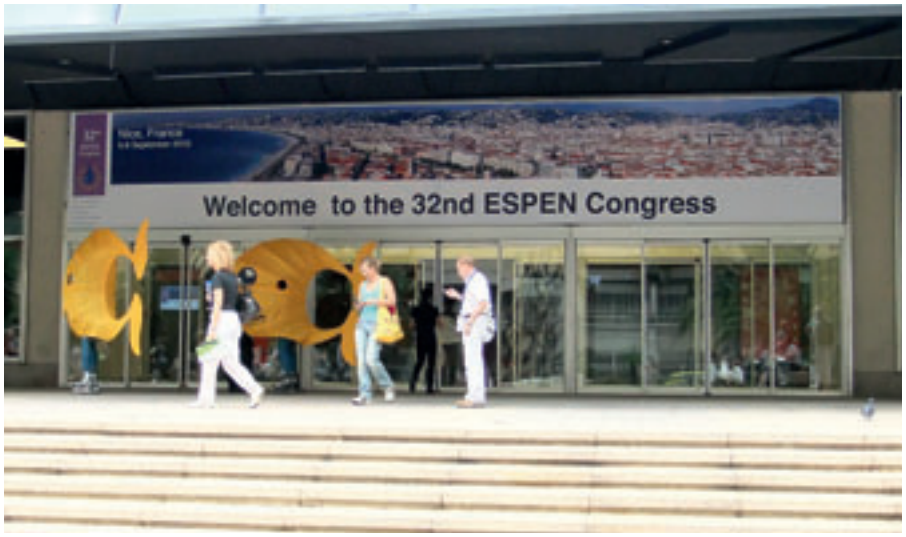
Schluckstörungen

Förderung der oralen Ernährung verbessert die Lebensqualität

Claudia Reinke

Schluckstörungen (Dysphagien) sind weitaus häufiger als angenommen. Betroffen sind vor allem Patienten mit neurologischen oder strukturellen Erkrankungen sowie ältere Menschen. Neben gravierenden gesundheitlichen Folgen wie Malnutrition und Dehydration kommt es häufig auch zur Aspiration von Nahrung oder Flüssigkeit, was lebensbedrohliche Komplikationen verursachen kann. Durch gezieltes Andicken sämtlicher Speisen und Getränke lassen sich solche Probleme oft deutlich reduzieren. Damit würde sich nicht nur die Notwendigkeit einer reinen Sondenernährung verhindern lassen, für die Betroffenen wäre damit auch ein Gewinn an Lebensqualität verbunden. Ein Bericht über ein Satellitensymposium zum Thema Dysphagie anlässlich des 32. ESPEN-Jahreskongresses in Nizza (5. bis 7. September 2010).

Die Fähigkeit zu schlucken ist für die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit und damit für den Erhalt des Lebens von zentraler Bedeutung. Obwohl der Schluckvorgang ein komplexer physiologischer Prozess ist, werden die einzelnen Phasen des Schluckaktes normalerweise kaum wahrgenommen. Schlucken ist ein schnell ablaufender Vorgang, der teils willentlich, teils reflektorisch erfolgt. So sind die ersten beiden oralen Phasen (Zufuhr und Zerkleinern der Nahrung sowie Bolusbeförderung in den Oropharynx) bewusst und willentlich steuerbar. Die nachfolgende pharyngeale (Bolustransport durch den Pharynx) sowie die ösophageale Phase, während der die zerkleinerte Nahrung durch die Speiseröhre in den Magen gelangt, sind dagegen reflektorisch gesteuerte Bewegungsabläufe, die dem Willen nicht mehr unterworfen sind, so Prof. Olle Ekberg vom Universitätsspital Malmö, Schweden. Je nach Patientenkollektiv kann die Prävalenz von Schluckstörungen bei 5 bis 30 Prozent liegen – vor allem bei älteren Menschen oder Pflegeheimbewohnern werden solche Probleme häufig nicht erkannt und entsprechend selten therapiert. Malnutrition ist hier eine besonders häufige Folge.



Ursachen und Diagnostik der Dysphagie

Normalerweise sorgt die Peristaltik dafür, dass der Nahrungsbolus in wenigen Sekunden über Pharynx und Ösophagus in den Magen gelangt. Kommt es im Bereich des Oropharynx oder des Ösophagus zu Störungen der Peristaltik, spricht man von ösophagealer beziehungsweise pharyngealer Dysphagie. Zu den häufigsten Auslösern einer oropharyngealen Dysphagie gehören – neben mechanisch-entzündlichen Ursachen – neurologische Störungen, die durch Erkrankungen auf der Ebene des ZNS, der Hirnnerven oder der neuromuskulären Übergangsregion beziehungsweise der Muskulatur entstehen. Besonders häufig werden solche Schluckstörungen nach Schlaganfällen oder Schädel-Hirn-Trauma beobachtet. Aber auch Medikamente, Bestrahlungsfolgen oder eine altersbedingte Xerostomie kann diese Phase des Schluckvorgangs beeinträchtigen. Auslöser einer ösophagealen Dysphagie sind dagegen

häufiger mechanischer Natur, wie beispielsweise Strikturen, Divertikel oder eine bestehende Refluxösophagitis. Die Vielfalt der möglichen Ursachen einer Dysphagie verlangt eine akkurate und detaillierte Anamnese mit weiterführender klinischer beziehungsweise instrumenteller Diagnostik, um den Schweregrad der Schluckstörungen zu ermitteln und eine entsprechende Therapie einzuleiten. Dazu eignet sich beispielsweise das von PD Dr. Guntram W. Ickenstein, HELIOS-Kliniken, Dresden, vorgestellte NOD-Stufenkonzept (neurogene oropharyngeale Dysphagie), das Anleitungen zur Durchführung der Anamnese, zu den diagnostischen Möglichkeiten inklusive Schluckversuche bis hin zur umfassenden Befundung enthält. Damit lassen sich Patienten identifizieren, die besonders von einer weiterführenden Therapie profitieren.

Malnutrition vermeiden – diätetische Anpassungen erforderlich

Besonders bei älteren Menschen, aber auch bei Patienten, die infolge neurologischer Erkrankungen unter Schluckstörungen leiden, kann die Dysphagie zu schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Gelangt Nahrung oder Flüssigkeit unkontrolliert über den Rachen in die Luftröhre (Aspiration), treten respiratorische Komplikationen bis hin zur Lungenentzündung auf, erklärte Prof. Pere Clavé, Barcelona, Spanien. Durch die ständige Angst, sich zu verschlucken, wird die Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme für die Dysphagiepatienten so belastend und unangenehm, dass sie versuchen, so wenig wie möglich zu sich zu nehmen oder Mahlzeiten ganz zu vermeiden. Appetitlosigkeit, Mangelernährung und Gewichtsverlust werden bei den Betroffenen daher häufig beobachtet. Besondere Probleme bereitet die Aufnahme von Getränken oder dünnflüssigen Speisen. Hier sind videofluoroskopische Untersuchungen des Schluckaktes hilfreich, die nicht nur Art und Schweregrad einer Dysphagie aufdecken, sondern auch die Möglichkeit bieten, die richtige Bolusgrösse und Nahrungskonsistenz zu ermitteln, die dem individuellen Schluckvermögen des Patienten entsprechen. Studien mit konsistenzangepasster Nahrung haben gezeigt, dass sich die Sicherheit und Effektivität des Schluckvorgangs durch die Gabe angedickter Nahrung mit nektar- beziehungsweise puddingähnlicher Konsistenz bei konstantem Bolusvolumen deutlich erhöhen lässt, wie Clavé berichtete.

Viskose Nahrung lässt sich besser schlucken

Eine effektive Dysphagiebehandlung erfordert einen multidisziplinären Ansatz und sollte neben dem behandelnden Arzt auch Logopäden, Ergotherapeuten und Ernährungsberater einbeziehen, wie die Logopädin Julie Regan, Dublin, Irland, berichtete. Neben der medikamentösen Therapie der Grunderkrankung ist es das wichtigste Behandlungsziel, eine geeignete Ernährungsform zu finden, die dem Patienten wieder ein aspirationsfreies, annähernd normales Schlucken ermöglicht, was die meisten Dysphagiepatienten mindestens teilweise erreichen. Hierzu sind das konsequente Einüben spezieller Schlucktechniken erforderlich sowie bestimmte Sitzhaltungen bei der Nahrungsaufnahme, die helfen können, das Aspirationsrisiko zu verringern. Eine weitere wichtige Massnahme ist die gezielte Anpassung der Nahrungskonsistenz hinsichtlich der Viskosität sowie der Grösse und Form des Bolus, also sämtlicher Parameter, die den Schluckvorgang beeinflussen. So kann beispielsweise ein grösseres, geschmacklich angenehmes oder bedarfsgerecht temperiertes Bolusvolumen die sensorischen Reize stimulieren, während eine flüssig-breiige bis breiige Konsistenz das Aspirationsrisiko vermindert. Lassen sich die Schluckstörungen durch solche Massnahmen nicht beeinflussen, ist die Versorgung mit Sondenkost erforderlich. Für die Betroffenen ist jedoch die Möglichkeit einer oralen Nahrungsaufnahme – selbst in beschränkter Form – sowohl physiologisch als auch psychologisch wichtig, denn sie bedeutet einen wichtigen Gewinn an Lebensqualität. *CR*

Quelle:
«Oral Nutrition in Dysphagia – A True Alternative»; Fresenius Kabi-Satellitensymposium, 32. ESPEN-Kongress, Nizza (F), 7. September 2010.

Interessenkonflikte: keine