



Vernetzung der ambulanten und stationären Behandlung neurogener Schluckstörungen im Evangelischen Krankenhaus Oldenburg

Friedrich Bergen
Logopäde im Evangelischen Krankenhaus
und eigener Praxis

Andreas Becker
Oberarzt Klinik für Phoniatrie und
Audiologie
Im HNO Zentrum



Bedeutung von Schluckstörungen für Patienten mit Hirninfarkt

Häufigkeit neurogener Schluckstörungen:
27- 67% in der Akutphase
ca. 25 % in späteren Phasen des
Hirninfarkts

(Edmiaston, 2010, Carnaby, 2007; Prosiegel und Buchholz, 2006)



Schluckstörungen in der Akutphase eines Hirninfarkts

Bei 20-30% kommt es in der Akutphase durch die Dysphagie zu Aspiration, Flüssigkeitsmangel oder Mangelernährung (Carnaby, 2007)

Sterblichkeit einer Aspirationspneumonie wird zwischen 20-50% angegeben (Wagener, 2000)



Ziele der Dysphagietherapie in der Akutphase des Hirninfarkts

Primär- oder Sekundärprophylaxe von Aspirationspneumonien

Vermeidung von Flüssigkeitsmangel und Mangelernährung

Vermeidung nicht notwendiger non-oraler Ernährung

Vermeidung nicht notwendiger endotrachealer Intubation oder Tracheotomie

frühestmögliche und sichere Oralisierung



Komplikationen invasiver Maßnahmen bei neurogener Dysphagie

Häufigkeit schwerer Komplikation durch PEG 3-4%

(Lynch et al., 2004)

Komplikationen einer Tracheotomie:
perioperative Blutung in bis zu 10%,
symptomatische Trachealstenose in bis zu 8%

(Francois et al, 2003)



Logopädische Schluckuntersuchung

a) -> Kognitiven Fähigkeiten:

- Wachheit / Aufmerksamkeit / Konzentration /
- Neglect?

Kooperat

b) -> - Anamnese

- Vorbefunde aus Akut- und Rehaklinik
- Überprüfung schluckrelevanter Funktionen
(motorisch, sensorisch)
- Überprüfung der Sprech- und Stimmfunktion
- Schluckscreening / Schluckproben



Logopädische Schluckuntersuchung

50 ml Wasserschlucktest mit Pulsoxymetrie

(Lim et al 2001, Bartolome et al 2006)

2 Minuten O₂ Wert beobachten (Max., Min)

1 ml, 3 ml, sukzessiv 2x 5 ml; 2 Minuten Pause (O₂);

8x 5 ml; 5 Minuten Pause (O₂)

Abbruchkriterien: Husten, feuchter Stimmklang,

O₂ Abfall von mind. 3%



- > Zusammenfassung aller logopädischen Be
(z.B. Fazialis- und Hypoglossusparese, Sialorrhoe, feuchter u
-> Hypothesen zum Pathomechanismus:

Oralen Phase	Pharyngeale Phase
Speichel- und mögl. Speiseresiduen	Zunge übt unzureichenden Druck auf den Bolus aus Residuen in den Valaeculae und im Sinus Piriformes Rekurrens- oder Vagusparese? Speichelpenetration oder Aspiration?



Ziele der Dysphagietherapie

- > Vermeidung weiterer Komplikationen
(z.B. Aspirationspneumonie)
- > Einsatz wirksamer Therapiemethoden
z.B. Funktionelle Dysphagietherapie:
 - Oralmotorische Übungstherapie (Gisel et al. 1996)
 - Zungenhalteübung (Fujiu & Logomann, 1996)
- > Evaluation der Therapie gegen Ende der Ve



Indikation zur elektiven, stationären
Dysphagieabklärung und -behandlung in der
chronischen Phase des Hirninfarkts

Videoendoskopische Schluckanalyse in
Bronchoskopiebereitschaft

bei: Vigilanzminderung

Hirnorganischem Psychosyndrom

Ineffektivem Hustenstoß

Oralisierung

Dekanülierung

Botulinumtoxinbeh. der Speicheldrüsen in Sedierung

Botulinomtoxinbeh. des OÖS in Narkose



Elektive, stationäre Dysphagieabklärung im Evangelischen Krankenhaus

Aufenthalt von wenigen Tagen im HNO-Zentrum:
Fiberendoskopische Schluckuntersuchung mit dem
Angebot zur Begleitung durch ambulante
SchlucktherapeutInnen

Klinisch-logopädische Schluckuntersuchung
ergänzt durch:

Radiologische Schluckuntersuchung

Neurologische, Rehabilitationsmedizinische und
Internistische Untersuchung



Beispiel einer elektiven, stationären Dysphagieabklärung und -behandlung

**58 Jahre alter Patient nach Kleinhirnfarkt im
Rahmen der Op eines Rezidivs eines gutartigen
rechtsseitigen KHBW Tumors 2012**

Störung der rechtsseitigen Hirnnerven n.VII – n.X
mit:

Gesichtsnervenlähmung, Rachen-, Gaumensegel-,
Kehlkopf- und Ertaubung rechts

Kleinhirnbedingte Bewegungsstörung von Armen und
Beinen mit Stand- und Gangstörung



58 Jahre alter Patient nach Kleinhirnininfarkt im Rahmen der Op eines Rezidivs eines gutartigen rechtsseitigen KHBW Tumors 2012 im Mai 2013

Orale Ernährung seit wenigen Tagen bei noch liegender PEG

Gefensterter nicht blockbare Trachealkanüle

Vorstellung zum Tracheostomaverschluss

Bei Aufnahme erhöhte Temperatur, Leukocytose und erhöhtes CRP im Röntgen-Thorax beginnende Bronchopneumonie rechts

Videoendoskopische Schluckanalyse:

Aspiration von Flüssigkeit mit spontanem Abusten und minimale Speichelaspiration



58 Jahre alter Patient nach Schlaganfall im Rahmen der Op eines Rezidivs eines gutartigen rechtsseitigen KHBW Tumors 2012 im Mai 2013

Empfehlung:

Ernährung: non-oral über vorhandene PEG

Trachealkanüle: Tagsüber gefensternt, ungeblockt mit Sprechventil – nachts ungefenstert und geblockt

Schluckübungsbehandlung mit Schluckversuchen von klarer Flüssigkeit (Verbesserung des Speichelschluckens)

Wiedervorstellung im Juli 2013 zum Tracheostomaverschluss



58 Jahre alter Patient nach Schlaganfall im Rahmen der Op eines Rezidivs eines gutartigen rechtsseitigen KHBW Tumors 2012 im August 2013

Non-orale Ernährung und Kanülenversorgung wie 5/13 empfohlen

Normale Temperatur und Entzündungswerte

Videoendoskopische Schluckanalyse mit inkonstanter, postdeglutitiver Aspiration von allen Nahrungskonsistenzen

Erarbeitung einer kompensatorischen Schlucktechnik unter videoendoskopischer Kontrolle

Nach Abklebeversuch von 5 Tagen Stomaverschluss



58 Jahre alter Patient nach Schlaganfall im Rahmen der Op eines Rezidivs eines gutartigen rechtsseitigen KHBW Tumors 2012 im August 2013

3 Tage postoperativ selbstständige orale Nahrungsaufnahme und erneute Pneumonie

Empfehlung:

strikt-non orale Ernährung

Intensive Schluckübungsbehandlung mit Eiswasser zum Erlernen der kompensatorischen Schlucktechnik
2-3x/Woche



58 Jahre alter Patient nach Kleinhirnfarkt im Rahmen der Op eines Rezidivs eines gutartigen rechtsseitigen KHBW Tumors 2012 Ende Oktober 2013

Non-orale Ernährung

Normale Entzündungswerte

Normales Röntgenbild der Lunge

Kompensatorische Schlucktechnik automatisiert



58 Jahre alter Patient nach Kleinhirninfrakt im Rahmen der Op eines Rezidivs eines gutartigen rechtsseitigen KHBW Tumors 2012 Ende Oktober 2013

Klinische Schluckuntersuchung

Periphere Fazialisparese re, Hypoglossusparese re, Glossuspharyngeusparese re, Hyperrhinophonie, Speichelresiduen, Keine Zähne bzw. keine Zahnprothese, undeutliche Artikulation bes. der Labial-, Labiodental- sowie Apikallaute, verkürzte Phonationsdauer (~ 9 Sekunden),

KEIN WST, da Aspiration bei letzter FEES



58 Jahre alter Patient nach Kleinhirnininfarkt im Rahmen der Op eines Rezidivs eines gutartigen rechtsseitigen KHBW Tumors 2012 Ende Oktober 2013

Mehrtägige Testphase der oralen Ernährung unter logopädischer und pflegerischer Anleitung

Empfehlung zur Fortführung der oralen Ernährung mit angepasster Nahrung (passierte Kost)

Keine weiteren stationären Aufenthalte geplant

Ambulante endoskopische Schluckuntersuchung wenn gewünscht



Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit

Dr. med. Andreas Becker
Oberarzt
Phoniatrie/Pädaudiologie
HNO Zentrum

Friedrich Bergen (B.Sc.)

