

## Dysphagie in der HNO-Praxis

von Dr. Heidrun Schröter-Morasch

### Autorin

Dr. Heidrun Schröter-Morasch, Entwicklungsgruppe Klinische Neuropsychologie (EKN), Städt.- Klinikum München GmbH, Klinikum Bogenhausen, Kölner Platz 1, Haus 19, 80804 München, [HSM@extern.LRZ-muenchen.de](mailto:HSM@extern.LRZ-muenchen.de).

### Einleitung

Störungen des Schluckvorganges (Dysphagien) treten als Begleitsymptome und Komplikationen einer Vielzahl von Erkrankungen auf, insbesondere bei neurologischen Erkrankungen (va. nach Schlaganfall, Prosiegel et al. 2012), nach Kopf-Hals-Tumortherapie (Tschiesner 2012), aber auch bei anderen strukturellen Schäden im Kopf-Hals-Bereich sowie altersbedingt. Durch das Risiko von Mangelernährung und Exsikkose sowie aspirationsbedingte Pneumonien bedeuten sie eine vitale Bedrohung, reduzieren die Lebensqualität der betroffenen Patienten in erheblichem Maße und verursachen einen großen Leidensdruck. Zudem entstehen hohe zusätzliche Kosten für das Gesundheitswesen.

Inzwischen wurden evidenzbasierte Therapieverfahren etabliert, deren Erfolg jedoch entscheidend von einer adäquaten Diagnostik und Therapieevaluation abhängt (Bartolome 2014). Diese sind für die zunehmende Anzahl der Patienten noch nicht flächendeckend gegeben. Neben Erstdiagnose und stationärer Versorgung besteht insbesondere in der ambulanten Weiterbetreuung von Tumor- und Schlaganfallpatienten, Dauerkanülenträgern und Pflegebedürftigen sowie im geriatrischen Bereich ein hoher Bedarf einer adäquaten fachspezifischen HNO-ärztlichen/phoniatrischen Versorgung.

### Untersuchungsmethoden, Vorgehen

Der Schluckablauf, definiert als Transport von Speichel und Sekret, Nahrung und Flüssigkeit von den Lippen bis zum Magen, kann sowohl im oralen, pharyngealen als auch ösophagealen Bereich beeinträchtigt sein. Als besonders kritisch müssen Störungen im pharyngo-laryngealen Bereich angesehen werden, da sich hier Luft- und Speisewege überkreuzen und es bei Beeinträchtigungen des zeitgerechten und ausreichenden Ablaufs der Verschlussmechanismen des Kehlkopfs während des Schluckens zu lebensbedrohlichem Eindringen von Substanzen in die tiefen Luftwege kommen kann (Aspiration). In der Beurteilung dieser kritischen Phase galt über viele Jahre eine spezielle radiologische Untersuchung des Schluckablaufs („modified barium swallowing study, MBSS“) mit der Möglichkeit seiner verlangsamten Darstellung, als Goldstandard. In den letzten zwei Jahrzehnten wurde jedoch durch zahlreiche Studien belegt, dass auch eine pharyngo-laryngoskopische Untersuchung die charakteristischen Symptome einer Störung des normalen Schluckvorganges mit hoher Sensitivität und Spezifität erfassen kann (Deutschmann et al. 2012, Butler et al. 2009, Langmore 2003, Colodny 2002).

Diese sind definiert durch:

- *Retention bzw. Residuen*: Liegenbleiben von Substanzen

- *Penetration*: Eindringen von Substanzen in den Kehlkopfeingang bis zur Glottis
- *Aspiration*: Eindringen von Substanzen bis unter das Glottisniveau (*Aspiration ohne Hustenreiz* = „*silent aspiration*“, wegen der Gefahr des ungehinderten Eindringens von Substanzen in die tiefen Luftwege höchste Pneumoniegefahr!)

Diese charakteristischen Zeichen einer Schluckfunktionsstörung sind bereits im Rahmen einer „normalen Laryngoskopie“ erfassbar, sofern Folgendes beachtet wird: Wenn der Patient Probleme hat, seinen Speichel zu schlucken, können sich Ansammlungen von Speichel im Hypopharynx (Residuen) zeigen, aber auch ein Überlauf in den Kehlkopf (Penetration) und evtl. ein Eindringen des Speichels in die Trachea (Aspiration). Gleiche Symptome können sich nach Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeit unterschiedlicher Konsistenz und Menge zeigen und nach ihrem Schweregrad bewertet werden (z. B. „*penetration – aspiration – scale, PAS*“ Rosenbek et al. 1996). Gleichzeitig lassen sich durch diese Untersuchung therapeutische Manöver, wie Handlungsänderungen (Kopfneigung, -drehung, -kipfung, evtl. -anhebung) und Reinigungstechniken (Husten, Räuspern, Nachschlucken) überprüfen sowie die Wirksamkeit erlernter Schlucktechniken.

Der endoskopischen Untersuchung sollten vorangehen:

*Anamneseerhebung* mit der Abfrage spezifischer Beschwerden:

- Gewichtsabnahme, gehäufte Infekte
- Beschwerden beim Abschlucken von Speichel, bei der Nahrungsaufnahme  
Herausfließen, Liegenbleiben in Mund/Hals, Husten, Räuspern, Ausspucken  
Stimmveränderungen, Dyspnoe (empfehlenswert: Fragebogen, s. Schröter-Morasch, Graf 2014)

*Überprüfung struktureller Verhältnisse* von Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf, der HWS, Schilddrüse, des äußeren Halses

*Funktionelle Überprüfung* der Beweglichkeit und Sensibilität von Lippen, Zunge, Gaumensegel, Rachen und Kehlkopf (Schröter-Morasch 2014)

Da die Pharyngolaryngoskopie zum Ausbildungsstandard und selbstverständlichen Repertoire dieses Fachgebietes gehört, stellt die Untersuchung der Schluckfunktion im Prinzip eine erweiterte HNO-ärztliche Untersuchung dar, deren Durchführung als Basisuntersuchung zur Routine werden sollte, ebenso wie z. B. eine Stroboskopie. Handelt es sich um komplexe Fragestellungen, kann eine interdisziplinäre Betreuung entweder mit Kollegen weiterer Fachrichtungen bzw. in spezialisierten Zentren, z. B. in Phoniatriischen Abteilungen/Rehabilitationseinrichtungen angestrebt werden.

### Fazit

Die Durchführung einer adäquaten Schluckuntersuchung dürfte für den endoskopieerfahrenen HNO-Arzt nach entsprechender Weiterbildung keine Schwierigkeit darstellen. In der Praxis kommen ihm damit wesentliche Aufgaben in verschiedenen Bereichen zu:

- Erstdiagnostik, Therapieindikation, -verordnung und Therapieevaluation bei neurologischen und strukturellen Erkrankungen, nach Kopf-Hals-Tumorthherapie

(zunehmend nach RCT-Therapie!), in enger Zusammenarbeit mit Logopäden/Sprachtherapeuten

- Betreuung von Patienten mit Dysphagie in Alten- und Pflegeheimen
- Mitbetreuung der wachsenden Zahl von Patienten (insbesondere mit Trachealkanülen), welche durch ambulante Pflegedienste versorgt werden: Hausärzte sind überfordert, Pflegedienste nicht ausreichend qualifiziert, Firmenvertreter unterschiedlich ausgebildet. Eine Einbindung von HNO-Ärzten wird daher immer dringlicher von Patienten, Angehörigen und verantwortungsvollen Therapeuten eingefordert und sollte selbstverständlich werden.

### Literatur:

1. Bartolome G. (2014) Grundlagen der Funktionellen Dysphagietherapie. In: Bartolome G, Schröter-Morasch H (Hrsg) Schluckstörungen – Diagnostik und Rehabilitation. 5. Aufl., Elsevier
2. Butler SG, Stuart A, Markley L, Rees C (2009) Penetration and Aspiration in Healthy Older Adults as assessed During Endoscopic Evaluation of Swallowing. *Ann Otol Rhinol Laryngol*;118:190-198
3. Colodny N (2002) Interjudge and Intrajudge Reliabilities in Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES<sup>®</sup>) Using the Penetration-Aspiration Scale: A Replication Study. *Dysphagia* 17: 308 – 315
4. Deutschmann, M. W., McDonough, A., Dort, J. C., Dort, E., Nakoneshny, S. and Matthews, T. W. (2012), Fiber-optic endoscopic evaluation of swallowing (FEES<sup>®</sup>): Predictor of swallowing-related complications in the head and neck cancer population. *Head Neck*. doi: 10.1002/hed.23066
5. Langmore SE (2003) Evaluation of oropharyngeal dysphagia: which diagnostic tool is superior? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*;11:485-489
6. Prosiegel M (federführend), Bartolome G, Biniak R, Fheodoroff K, Schlaegel W, Schröter-Morasch H, Steube D, Witte U, Saltuari U (2012) Neurogene Dysphagien. In: Diener HC, Putzki N (Hrsg). Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Stuttgart: Thieme, 908-919.
7. Rosenbek JC, Robbins JA, Roecker EB (1996) A penetration-aspiration scale. *Dysphagia* 11: 93 – 98
8. Schröter-Morasch H (2014) Klinische Untersuchung des Oropharynx und videoendoskopische Untersuchung der Schluckfunktion. In: Bartolome G, Schröter-Morasch H (Hrsg) Schluckstörungen – Diagnostik und Rehabilitation. 5. Aufl., Elsevier
9. Schröter-Morasch H, S Graf (2014) Dysphagiediagnostik durch den HNO-Arzt. *HNO* 62(5); 324-334
10. Tschiesner U (2012) Funktionserhalt nach der Therapie von Kopf-Hals-Tumoren. In: Stasche N (Hrsg.) *Laryngo-Rhino-Otol*;91:S48-S62

# Dysphagie in der HNO-Praxis

Heidrun Schröter-Morasch

Entwicklungsgruppe  
Klinische Neuropsychologie (EKN)  
Städt. Klinikum München GmbH  
Klinikum Bogenhausen  
Akademisches Lehrkrankenhaus  
der TU-München



48. Fortbildungsveranstaltung  
„HNO-Facharzt-Medizin in der Zukunft“



## Einführung:

### *Ursachen und Häufigkeiten von Dysphagien*

#### Neurologische Erkrankungen

Häufigste Ursachen:

**Schlaganfall (25 % aller Dysphagien)**

BRD: 250 000/Jahr = ca. 125 000 Pat. mit Dysphagie (Prosiegel et al. 2012)

**Schädel-Hirn-Traumen, Tumoren, entzündliche und degenerative Erkrankungen (ED, ALS, M. Parkinson, Myasthenie, Myositiden)**

#### Strukturelle Läsionen

Häufigste Ursachen:

**Kopf-Hals-Tumoren**

BRD: 12 000/ Jahr (Stasche 2012) = 6 000 Pat. mit Dysphagie

**Traumata, HWS Schädigungen, Systemerkrankungen, COPD**

**Altersbedingte Veränderungen**



Dysphagie in der HNO-Praxis

## Einführung: Häufigkeiten lebensbedrohlicher Folgen

**Aspiration:** nach Schlaganfall: ca. 50 % der Pat.  
nach KH -Tumorthherapie: 55 – 65%



in 5-20% der Fälle → **Aspirationspneumonie !!!**

### Unter- und Mangelernährung (Malnutrition) !!!

**Alter > 65 J:** 10 – 20 %

**Hospitalisierte Pat:** 40-60 %

Volkert D. Malnutrition in Older Adults – Urgent Need for Action... Gerontol 2013

**KH-Tumorpatienten:** 35-60 %

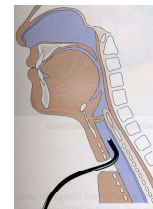
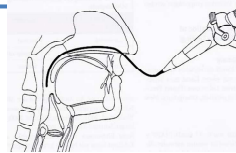
Alshadwi A te al. Nutritional considerations in head and neck cancer patients... Eur Ar  
Otorhinol 2013



Dysphagie in der HNO-Praxis

## Endoskopische Untersuchungsmethoden

- Transnasal, flexible Optik (Langmore 1988, Bastian 1991)
- Transstomatal „retrograde Laryngoskopie“ (Bosma 1992)
- Transoral : Spiegeluntersuchung bzw. Lupenlaryngoskop (Schröter-Morasch 1993)



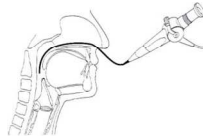
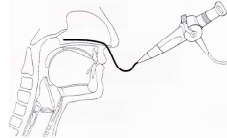
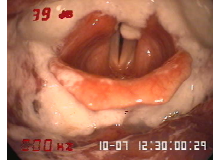
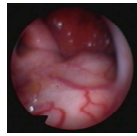
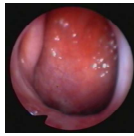
Butler et al. 2009, Kelly et al. 2006, Langmore 2003, Colodny 2002, Aviv 2000;  
Schröter-Morasch et al. 1999; Leder et al. 1998:  
„Endoskopie gleich effizient in der Erkennung von Residuen, Penetration und  
Aspiration wie Röntgendiagnostik“



Dysphagie in der HNO-Praxis

## Flexible Endoskopische Evaluation der Schluckfunktion (FEES)

### Endoskop - Positionen



1. Position:  
Velum- und  
Pharynxbewegungen

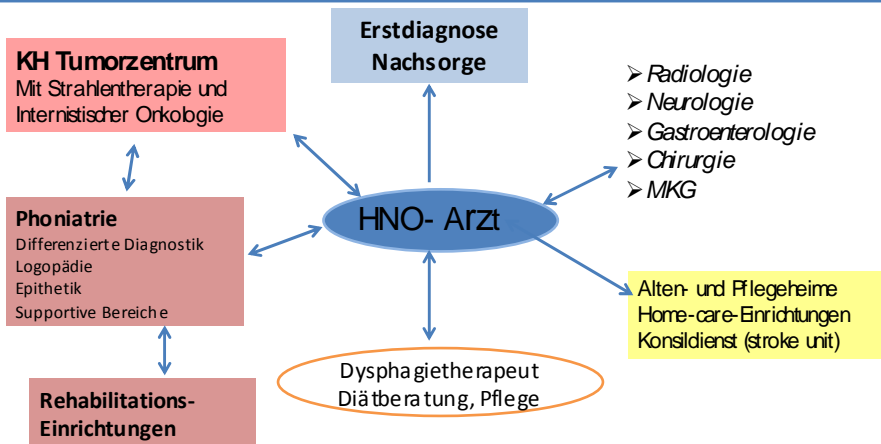
2. Position  
„swallow position“

3. Position:  
„postswallow position“  
Endoskopspitze  
hinter Epiglottis



Dysphagie in der HNO-Praxis

### Interdisziplinäre Vernetzung bei Dysphagie



Dysphagie in der HNO -Praxis