

Klinik für HNO und Kommunikationsstörungen

Differentialdiagnose der Dysphagie

Annerose Keilmann

Ärztin für Phoniatrie, Pädaudiologie und HNO



Präorale Phase

- Auswahl der Nahrung
- Zubereitung (Kochen, Zerkleinern, Würzen)
- Löffeln, Zerschneiden, Abbeißen, Schlürfen, Blasen, Trinken
- Temperatur, Geruch, Geschmack, Farbe, Konsistenz, Bolusgröße

Orale Vorbereitungsphase

- Aufnahme
- Zerkleinerung der Nahrung
- Bolusformung

Orale Transportphase

- Bolusbeförderung in den Pharynx, 0,9-1,5 sec.
- Schluckreflex wird ausgelöst.
- Nasopharynx verschließt sich.

Pharyngeale Phase (0,7 sec)

- reflektorische Bewegungskette zum Ösophagus hin
- Larynx bewegt sich nach vorne und oben,
- Stimmlippen schließen,
- oberer Ösophagussphinkter öffnet sich.

Ösophageale Phase (8-20 sec)

- Peristaltische Kontraktionen bewegen den Bolus durch die Speiseröhre nach unten

Auffälligkeiten im Schluckakt

- Dysphagie: Störung des Schluckens
- Odynophagie: schmerzhaftes Schlucken
- Globus pharyngis: unabhängig vom Schluckakt
- Aspiration: Nahrung oder Speichel gelangen unterhalb die Glottis
- Penetration: Nahrung oder Speichel gelangen in den Kehlkopfeingangsbereich, aber nicht über die Glottisebene

Auffälligkeiten im Schluckakt

- Drooling: Austritt von Nahrung aus dem Mundraum
- Regurgitation: Aufsteigen von Nahrung aus dem Magen ohne Würgreiz
- Leaking: unkontrolliertes Abfließen aus dem Mund in den Pharynx
- Pouch: laterale Wandschwäche des Pharynx

Anamnese bei Schluckstörungen

- Dauer der Beschwerden, Verlauf
- Husten, unklares Fieber
- Abhängigkeit von Konsistenz, Temperatur, Säure des Bolus
- begleitende Stimm-, Sprach- und Sprechstörungen
- vorausgegangene Operationen
- neurologische Grunderkrankung

Orale Vorbereitungsphase

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• oraler Nahrungsaustritt (“drooling”) | <ul style="list-style-type: none">• Facialisparese• Defekte der Lippe postop/posttraum. |
| <ul style="list-style-type: none">• Retention von Nahrung oder Schleim sublingual, im anterioren oder lateralen Sulcus, am harten Gaumen, | <ul style="list-style-type: none">• Facialisparese, Bewegungsstörungen und Sustanzdefekte der Zunge und des Kiefers, intraorale Sensibilitätsstörungen |
| <ul style="list-style-type: none">• exzessive Zungenbewegungen | <ul style="list-style-type: none">• neurologische Erkrankungen, kompensatorisch, z. B. bei Apraxien |
| <ul style="list-style-type: none">• Störung der Speichelsekretion | <ul style="list-style-type: none">• Sjögren-Syndrom• Z. n. Radiatio |
| <ul style="list-style-type: none">• Störungen des Kauens | <ul style="list-style-type: none">• Zähne fehlen, muskuläre Kraft reduziert, ungenügende Positionierung der Nahrung durch Zunge und Wangen |

Orale Transportphase

- verlangsamte orale Transitzeit
 - Substanzdefekte oder Bewegungsstörungen der Zunge und des Kiefers, Mundtrockenheit
-
- verzögerte Auslösung des Schluckreflexes
 - Ablaufen des Bolus in den Pharynx vor Auslösen des Schluckreflexes (“leaking”)
 - Alter
 - periphere oder zentrale Sensibilitätsstörungen
 - Störung der zentralen Schluckmustersteuerung
-
- nasale Regurgitation
 - periphere oder zentrale Lähmungen des Gaumensegels, Substanzdefekte des Gaumensegels

Pharyngeale Phase

- Retention von Nahrung im Pharynx, in den Valleculae oder den Recessus piriformes
- verzögerte oder fehlende Elevation des Larynx
- Penetration / Aspiration
- Bewegungsstörungen, Substanzdefekte oder Sensibilitätsstörungen der Zunge, Schwäche der Pharynxkonstriktoren
- Alter, Lähmungen der Zungenbein- oder Larynxheber, Fixation durch Vernarbung oder Tracheotomie
- Substanzdefekte oder Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfeingangs, der Glottis, Subglottis

Ösophageale Phase (8-20 sec)

- Peristaltische Kontraktionen gestört
- Bewegungsstörungen durch Lähmungen
- Sklerodermie

Einteilung der Aspiration in der Videoendoskopie des Schluckaktes (FEES)

- I Gelegentliche Aspiration, erhaltener Hustenreflex
- II Permanente Aspiration bei erhaltenem Hustenreflex
oder: gelegentliche Aspiration ohne Hustenreflex
mit gutem willkürlichen Abhusten
- III Permanente Aspiration ohne Hustenreflex mit
gutem willkürlichen Abhusten
- IV Permanente Aspiration ohne Hustenreflex, ohne
willkürliches effektives Abhusten

Einteilung des Schluckaktes in der Videokinematographie

- I Aspiration von Penetriertem bei erhaltenem Hustenreflex
- II Aspiration von ca. 10% des Bolus bei erhaltenem Hustenreflex
- III Aspiration von $< 10\%$ des Bolus bei reduziertem Hustenreflex, Aspiration von $> 10\%$ bei erhaltenem Hustenreflex
- IV Aspiration von $>10\%$ bei fehlendem Hustenreflex

Schlucktherapie

- Richtige Körperhaltung
- Kausale Therapie durch Inhibition oder Fazilitation motorischer Funktionen
- Normalisierung der taktilen Sensibilität
- Berührung, Pinselung, thermische, olfaktorische, gustatorische Reize
- Mobilisationsübungen, z. B. Widerstandsübungen
- autonome Bewegungsübungen

Kompensatorische Therapie durch Handlungsänderung, insbesondere der Kopfposition

- Vorbeugen des Kopfes verengt den Eingang der Luftwege. Zungengrund und Epiglottis werden nach hinten gedrängt. Verhindert ein zu frühes Nachhinter-Gleiten des Bolus.
- Kopfneigung nach hinten fördert den Bolustransport.
- Kopffrotation zur kranken Seite verschließt den Recessus piriformis dieser Seite, die Nahrung wird über die andere Seite transportiert.
- Kopfkippung bewirkt durch die Schwerkraft einen bevorzugten Transport auf der unten liegenden Seite.

Kompensatorische Therapie durch Kompensationsmanöver

- Effortful swallow: posteriore Zungenbewegung verstärkt
- Medelsohn-Manöver: willkürliche lange Hebung des Zungenbeins
- Supraglottisches Schlucken: Larynxverschluß auf Glottisebene vor und während des Schluckens
willkürliches Atemanhalten, Nachräuspern und Nachschlucken vor dem nächsten Weiteratmen
- Super-supraglottisches Schlucken: zusätzlicher supraglottischer Verschluß durch Pressen

Kompensation durch diätetische Maßnahmen

- Flüssigere Nahrung eignet sich gut bei Störungen der Kaubewegung, der lingualen Funktion, der pharyngealen Peristaltik und des pharyngoösophagealen Sphinkters.
- Breiigere Nahrung eignet sich eher bei verspäteter Auslösung des Schluckreflexes und bei unvollständigem Larynxverschluss.
- Wichtig sind auch die Bolusgröße, Temperatur, Geschmack/Geruch.

Kompensation durch Plazierung der Nahrung

- auf die Seite mit erhaltener Sensibilität
- weit nach hinten bei postoperativen Defekten der Zunge

Kompensation durch Hilfsmittel

- Becher mit Nasenkerbe zum Schlucken in Anteflexion
- Schnabeltasse
- Besteck mit dicken Griffen, Teller mit rutschfestem Boden