

1.4 Der gestörte Schluckakt

Der gestörte Schluckakt wird medizinisch als Dysphagie bezeichnet. Der Begriff Dysphagie leitet sich von der altgriechischen Vorsilbe dys = »gestört« sowie dem Verb phag- ein = »essen« ab, bedeutet wörtlich also »Störung des Essens«. Obwohl die Epidemiologie der Dysphagie in der allgemeinen Bevölkerung unzureichend untersucht ist, wurde geschätzt, dass in Deutschland etwa fünf Mio. Menschen an einer Schluckstörung leiden. Oropharyngeale Dysphagien, die häufiger vorkommen als ösophageale Dysphagien, sind in der allgemeinen Bevölkerung sehr häufig und kommen etwa ebenso oft vor wie die »Volkskrankheit« Diabetes mellitus. Oropharyngeale Dysphagien betreffen 13 % der Gesamtbevölkerung ab einem Lebensalter von 65 Jahren und höher. Am höchsten ist die Prävalenz oropharyngealer Dysphagien in der Gruppe alter Patienten mit neurologischen Erkrankungen. Mit zunehmendem Lebensalter nimmt auch die Prävalenz oropharyngealer Dysphagien zu. Diese beträgt 16 % bei unabhängig lebenden Personen im Alter von 70–79 Jahren und steigt ab einem Alter von 80 Jahren in dieser Gruppe auf 33 % an. Deshalb nimmt weltweit die Prävalenz oropharyngealer Dysphagien in den sog. alternden Gesellschaften zu (Kuhlemeier 1994, Clavé und Shaker 2015, Wirth et al. 2016, Dziewas et al. 2017).

Neurologische Erkrankungen stellen die häufigste Ursache von Dysphagien dar. Schluckstörungen, die durch neurologische Erkrankungen bedingt sind, werden als neurogene Dysphagien bezeichnet. Der Begriff »neurogen« umfasst in diesem Zusammenhang also alle neurologisch bedingten Dysphagien und schließt damit üblicherweise auch Dysphagien infolge von Myopathien ein. Die sonst in der Neurologie grundlegende Differenzierung zwischen »neurogen« (durch das Nervensystem oder Nerven bedingt) vs. »myogen« (durch den Muskel bedingt) wird bei Verwendung dieser Bezeichnung nicht adressiert. Die Bezeichnung »myogene Dysphagie« ist im deutschen und englischen Sprachraum daher auch nicht gebräuchlich. Von den neurogenen Dysphagien müssen insbesondere Dysphagien infolge von Erkrankungen aus dem Bereich der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO), wie z. B. Tumoren oder Entzündungen des Schlucktraktes, aus dem Bereich der inneren Medizin und hier insbesondere der Gastroenterologie, wie z. B. das Zenker-Divertikel oder die Refluxkrankheit, sowie aus dem Bereich der Psychiatrie, z. B. der Globus pharyngis, abgegrenzt werden. Es sei noch auf eine Besonderheit der Klassifikation hingewiesen: Wenn HNO-Erkrankungen eine Schluckstörung infolge Läsionen schluckrelevanter Hirnnerven bedingen, könnte die Dysphagie formal auch als »neurogen« klassifiziert werden, weil eine Störung des (peripheren) Nervensystems die Ursache ist. Üblicherweise werden solchermaßen entstandene Schluckstörungen aber der HNO zugeordnet, da Diagnose und Therapie hier wesentlich in den Bereich dieser Fachrichtung fallen.

Nach Schätzungen weisen etwa 50 % aller neurologischen Patienten eine neurogene Dysphagie auf (Clavé und Shaker 2015). Bereits im Jahr 2001 wurde von Doggett und Mitarbeitern (2001) berechnet, dass in den USA pro Jahr etwa 300.000–600.000 Menschen an einer neurogenen Dysphagie erkranken. Die häufigste Form neurogener Dysphagien ist die Schlaganfallbedingte Dysphagie. Neurogene Dys-

phagien können zu Störungen in einer, mehrerer oder aller der in ► Kap. 1.1 beschriebenen Phasen des Schluckaktes führen. Daraus können vielfältige Symptome resultieren, die wichtigsten werden im Folgenden kurz beschrieben:

- **Leaking:** Der Bolus gleitet unkontrolliert nach vorne aus dem Mund heraus (= anteriores Leaking) oder nach hinten in den Rachen hinein (= posteriores Leaking).
- **verzögerte Schluckreflextriggerung:** Der Schluckreflex wird zu spät ausgelöst. Die Folge ist oft ein Pooling (Ansammlung) von Bolusteilen im Hypopharynx vor Auslösung des Schluckreflexes.
- **Penetration:** Der Bolus gelangt in den Kehlkopfengang, bleibt aber oberhalb der Stimmlippen liegen.
- **Aspiration:** Der Bolus dringt unter das Niveau der Stimmlippen in die obere Luftröhre ein.
- **stille Penetration/Aspiration:** Bolusmaterial gelangt ohne Auslösung eines Husten- oder Schluckreflex in den Kehlkopfengang bzw. die Luftröhre. Stille Penetrationen/Aspirationen sind deshalb besonders gefährlich, weil sie weder vom Patienten wahrgenommen noch mithilfe der klinischen Untersuchung entdeckt werden.
- **Residuen oder Retentionen:** Bolusmaterial verbleibt nach dem Schluckvorgang im Schlucktrakt und wird nicht weitertransportiert (in der Mundhöhle = orale Residuen, im Rachen = pharyngeale Residuen, in der Speiseröhre = ösophageale Residuen). Eigentlich bezeichnet Retention den Vorgang, der Residuen zur Folge hat, im internationalen Sprachgebrauch werden beide Begriffe aber meist synonym verwendet.
- **Reflux:** Material aus den tiefer gelegenen Abschnitten des Schlucktraktes fließt zurück in höher gelegene Abschnitte.
- **Odynophagie:** Das Schlucken ist schmerzhaft. Ein schmerzhaftes Schlucken kommt als isoliertes Symptom neurogener Dysphagien nur selten vor.
- **Hypersalivation = vermehrter Speichelfluss,** der bei neurogenen Dysphagien zumeist durch die verminderte Fähigkeit zum Abschlucken von Speichel und nicht durch eine vermehrte Speichelproduktion bedingt ist. Es wird dann auch von Pseudohypersalivation oder Sialorrhoe gesprochen.

► Abb. 1.9 veranschaulicht wesentliche Symptome neurogener Dysphagien. Eine detaillierte Beschreibung findet sich in ► Kap. 3.

Wesentliche klinische Folgen neurogener Dysphagien für die Betroffenen sind eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität, Mangelernährung (= Malnutrition), Flüssigkeitsmangel (= Dehydratation), Lungenentzündung (= Aspirationspneumonie) und Abhängigkeit von Sondenernährung. Bei sehr schweren Dysphagien kann zum Schutz vor Aspirationen ein Luftröhrenschnitt (= Tracheotomie) mit Einsatz einer Trachealkanüle erforderlich werden. Darüber hinaus stellen aus Dysphagien resultierende Aspirationspneumonien bei vielen neurologischen Erkrankungen die häufigste oder eine der häufigsten Todesursachen dar.

Neben der Aufgabe, den Körper mit ausreichend Nährstoffen und Flüssigkeiten zu versorgen, stellen Essen und Trinken auch integrale Bestandteile der sozialen menschlichen Interaktionen dar und sind relevant für das Knüpfen

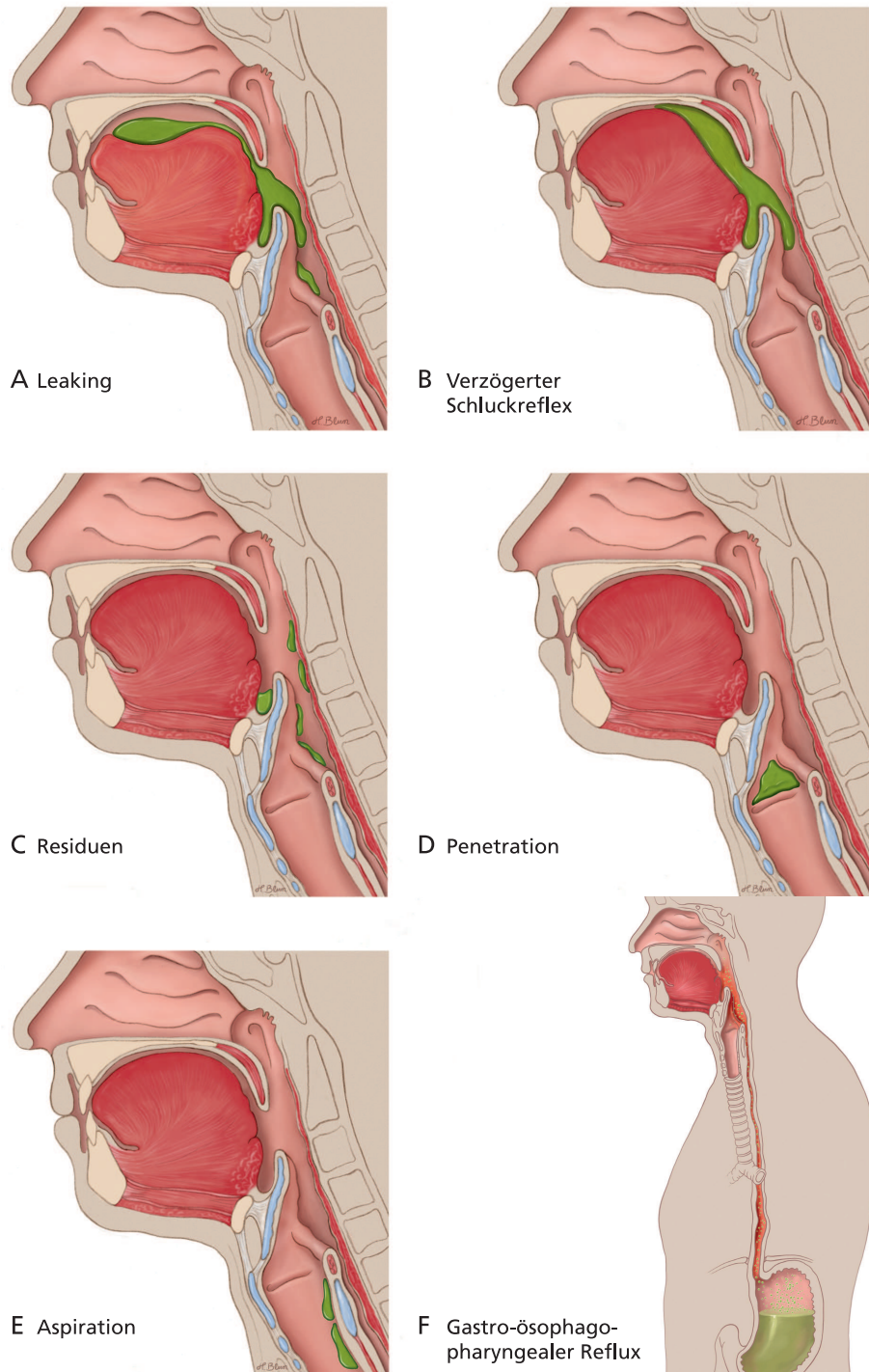


Abb. 1.9: Klinisch relevante Symptome neurogener Dysphagien (A–E: © Heike Blum, F: © MedicalGraphics, Michael Hoffmann)
 A: Leaking (= Störung der oralen Vorbereitungsphase und/oder der oralen Phase); B: verzögerter Schluckreflex (= Störung der pharyngealen Phase); C: Residuen; D: Penetration; E: Aspiration; F: gastro-ösophago-pharyngealer Reflux.