

HOHE PRÄVALENZ VON ASPIRATIONEN BEI GERIATRISCHEN PATIENTEN MIT DYSPHAGIE

Eine Replikationsstudie
M. Blonder, P. Pluschinski, K. Weil

Otto-Fricke-Krankenhaus Bad Schwalbach
Fachkrankenhaus für Geriatrie und Orthopädie

Fragestellung:

Hat sich die hohe Prävalenz von Aspirationen bei Patienten am Otto-Fricke-Krankenhaus 2006 vs. 2000 geändert? Erfolgt inzwischen die Identifizierung des Aspirationsrisikos bereits in der Akutklinik, vor Überleitung dieser Patienten in die Geriatrie?

Methodik:

Im Zeitraum 05.01.-22.05.2006 wurden 36 Patienten am Otto-Fricke-Krankenhaus (64 Patienten im Jahr 2000) mit klinisch manifester Dysphagie, festgestellt mit dem sog. Wasserschlucktest nach Daniels, zur fiberendoskopischen Evaluation des Schluckens (FEES), Bronchoskop Olympus BF 3C30, zu Beginn der stationären Behandlung in der geriatrischen Abteilung untersucht. Die Graduierung der Dysphagie erfolgte nach der Aspirations-Penetrationsskala von Rosenbek und Mitarbeitern (Abb. 1). In dieser achtstufigen Skala entsprechen Grad 1 keiner Penetration, Grad 2 bis 5 Penetrationen mit und ohne Protektions- und Reinigungsmechanismen und die Grade 6-8 Aspirationen mit und ohne Protektions- und Reinigungsmechanismen.

Ergebnisse:

Das mittlere Alter der Untersuchten betrug 80 J., (77,3 J. im Jahr 2000), der jüngste Pat. war 66 J., der älteste 96 J. Es fand sich somit ein signifikanter Altersunterschied zwischen Patienten mit Aspiration und ohne Aspiration (81,4 J. vs. 77,4 J.).

91,7% n=33 (95,3% bei N=61 im Jahr 2000) der Patienten wurden aus einer Akutklinik übernommen. 8,3%, n=3 (4,7%, n=3 im Jahr 2000) der Patienten wurden vom Hausarzt direkt eingewiesen.

Die Dysphagie war zum Zeitpunkt der Aufnahme in der Geriatrie nur bei 27,8%, n=10 (43,8%, n=28 im Jahr 2000) bekannt.

Die fiberendoskopische Evaluation des Schluckens ergab bei 97,2%, n=35 der Patienten mit Dysphagie einen auffälligen Befund in Form einer Retention, Penetration oder Aspiration (Abb. 2). Nur bei einem Patienten konnte ein Penetrations-Aspirationsrisiko ausgeschlossen werden. 66,7%, n=24 (48,4%, n=31 im Jahr 2000) der Patienten wiesen eine Aspiration (Abb. 3) auf, wobei der Anteil der stillen Aspirationen 58,3%, n=14 (54,8%, n=17 im Jahr 2000) der endoskopisch gesicherten Aspirationsbefunde betrug. Bei 28%, n=7 (36,7%, n=18 im Jahr 2000) der Untersuchten mit klinischem Verdacht auf eine Aspiration konnte endoskopisch keine Aspiration festgestellt werden. Bezüglich Aspirationskonsistenzen fand sich keine Übereinstimmung in 37,5%, n=10 (61,3%, n=19 im Jahr 2000) der Fälle.

Nach der FEES-Untersuchung konnte bei 56%, n=20 der Patienten eine Bestätigung der Diät erfolgen. 44%, n=16 der Patienten erhielten eine

Diätveränderung, 11 Patienten verbesserten sich und 5 verschlechterten sich im Diätstatus. 28%, n=10 der Patienten erhielten die Empfehlung einer PEG-Anlage zur Sicherung der Ernährung, wovon 7 Patienten zusätzlich peroral diätetisch angepasst ernährt werden konnten.

Spezifische schlucktherapeutische Maßnahmen konnten bei 83,3%, n=30 der Patienten durchgeführt werden. Bei 57%, n=27 der Patienten wurden ausschließlich adaptative Maßnahmen empfohlen, bei 17%, n=8 der Patienten wurde eine Kombination von adaptativen und kompensatorischen Maßnahmen empfohlen und bei 13%, n=6 konnten adaptative und rehabilitative Maßnahmen kombiniert angewandt werden.

Aspirations-Penetrationsskala von Rosenbek

- 1 Material dringt nicht in die Luftwege ein
- 2 Material dringt in die Luftwege ein, verbleibt oberhalb der Glottis und wird im weiteren Verlauf entfernt
- 3 Material dringt in die Luftwege ein, verbleibt oberhalb der Glottis und wird im weiteren Verlauf nicht entfernt
- 4 Material dringt in die Luftwege ein, berührt die Glottis und wird im weiteren Verlauf entfernt
- 5 Material dringt in die Luftwege ein, berührt die Glottis und wird im weiteren Verlauf nicht entfernt
- 6 Material dringt in die Luftwege ein, passiert die Glottis und wird im weiteren Verlauf aus den Luftwegen entfernt
- 7 Material dringt in die Luftwege ein, passiert die Glottis und wird im weiteren Verlauf trotz Anstrengung nicht aus den Luftwegen entfernt
- 8 Material dringt in die Luftwege ein, passiert die Glottis und wird im weiteren Verlauf nicht aus den Luftwegen entfernt

Abb. 1



Abb. 2: Endoskopisches Bild einer Aspiration von Brot.

Aspirationsprävalenz bei geriatrischen Patienten mit Dyaphagie

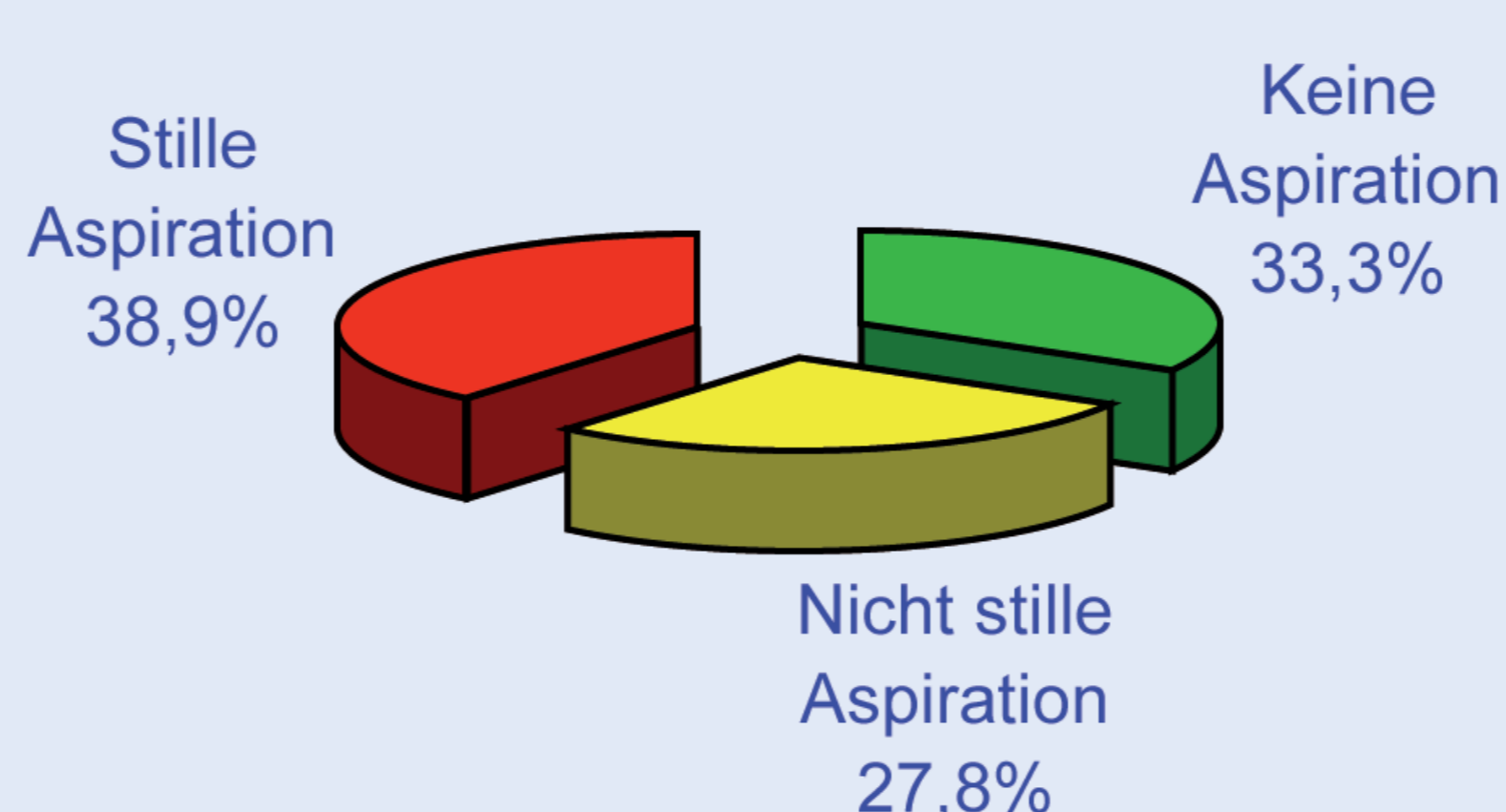


Abb. 3

83,3%, n=30 der Dysphagien waren rein neurogener Genese. Bei Patienten mit frischem Apoplex gestaltete sich die Verteilung der CCT-Lokalisation wie folgt: linkshemispherisch 8,7%, n=2, rechtehemispherisch 21,7%, n=5, bihemispherisch 21,7%, n=5, nicht demarkiert 47,8%, n=11.

Patienten mit endoskopisch gesicherter Aspiration wiesen während der stationären Akutversorgung deutlich mehr Pneumonien (38%) als Patienten ohne endoskopisch gesicherte Aspiration (25%) auf.

58,3%, n=14 (87,1%, n=27, im Jahr 2000) der Patienten mit instrumentell gesicherter Aspiration erhielten eine volle perorale Ernährung bis zur stationären Aufnahme in der Geriatrie.

Der mittlere Barthel-Index bei Aufnahme in unserer Klinik lag unabhängig vom Schweregrad der Dysphagie bei 15 Punkten. Patienten mit stiller Aspiration haben kaum einen ADL-Benefit bis zur Entlassung erzielt, dagegen haben die anderen einen signifikanten Barthelsprung von durchschnittlich 20 Punkten erreicht.

Schlussfolgerungen:

Es konnte eine sehr hohe Prävalenz (2006 vs. 2000 unverändert) von stillen Aspirationen bei Patienten mit Dysphagie in der stationären Geriatrie nachgewiesen werden.

Die klinische Untersuchung lieferte nach wie vor eine hohe Zahl an falsch positiven Ergebnissen bezüglich Aspiration. Sie war bei einem Großteil der Patienten zur Identifizierung der Aspirationskonsistenzen nicht geeignet, zeigte jedoch 2006 vs. 2000 eine höhere Trefferquote.

Die Dysphagie war zum Zeitpunkt der Aufnahme in der Geriatrie bei den meisten Patienten nicht bekannt.

Die instrumentell gesicherte Aspiration führte nicht automatisch zu oraler Nahrungskarenz, sondern zu einem differenzierten individuell angepassten Therapieplan.

Die fiberendoskopische Evaluation des Schluckens sollte bereits früh in der Akutklinik und nicht erst in späten Phasen der Rehabilitation erfolgen, um durch eine zuverlässige Analyse der Schluckfunktionen schwerwiegende Komplikationen von Dysphagien zu vermeiden. Es zeichnete sich diesbezüglich 2006 vs. 2000 keine wesentliche Änderung ab.

Literatur:

1. Blonder et al. (2000) Hohe Prävalenz von Aspirationen bei geriatrischen Patienten mit Dysphagie, München, Dysphagia 2000
2. Daniels et al. (1997) Clinical assessment of swallowing and prediction of dysphagia severity, Am. Jour. Of speech & language path., Vol. 6
3. Langmore, S. (2001) Endoscopic evaluation and treatment of swallowing disorders, New York
4. Mann, G., Hankey, G.J., Cameron, D. (1999). Swallowing Funktion After Stroke. Prognosis and Prognostic Factors at 6 Month. Stroke 30
5. Martin-Harris et al. (2000), Clinical utility of the modified barium swallow, Dysphagia 15 ; 136-141
6. Murray, J. (1999) Manual of Dysphagia Assessment in Adults. San Diego, Singular Publishing
7. Rosenbek JC, Robbins J, Roecker EB, Coyle JL & Wood JL (1996) A Penetration-Aspiration Scale. Dysphagia, 11, 93-98

Otto-Fricke-Krankenhaus
Fachklinik für Geriatrie und Orthopädie
Chefarzt Dr. med. Klaus Weil, Martha-Von-Opel-Weg 34,
65307 Bad Schwalbach, Tel.: 06124-5060,
www.otto-fricke-krankenhaus.de
www.dysphagie-forum.de