

Wie die 4. Deutsche Mundgesundheitsstudie feststellt, beträgt der Anteil der Zahnlosen zwischen 65 und 74 Jahren in Deutschland 22,6% (älteren Menschen fehlen durchschnittlich 14,2 Zähne). In den 1990er-Jahren betrug die Zahl der jährlichen Extraktionen 16 Millionen. Verglichen dazu waren es im Jahr 2009 lediglich 13,4 Millionen Extraktionen. Ursächlich hierfür sind zu je etwa 30% Karies und Parodontitis.

Für die Frühdiagnose von neu auftretenden Erkrankungen ist eine regelmäßige zahnmedizinische Betreuung älterer Menschen besonders wichtig. Bei der Planung eines suffizienten Zahnersatzes ist die Mundhygienefähigkeit, die manuelle Geschicklichkeit, die Eigenverantwortlichkeit sowie die Therapiefähigkeit des Patienten vom Zahnarzt individuell abzuschätzen. Die Optimie-

rung der funktionellen Situation bewirkt nicht zwingend auch eine Verbesserung der Ernährung, jedoch ist durch prothetische Neuversorgung eine maßgebliche Verbesserung der Kaukraft und Kauleistung möglich.

Korrespondenzadresse

Dr. med. dent. Steffen Abelar
Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden
Geisenheimer Straße 10
65197 Wiesbaden

Rationales Dysphagiemanagement in der Geriatrie

M. Blonder

Der Schluckakt dient der Beförderung der Nahrung aus der Mundhöhle in den Magen unter permanentem Schutz des Atemapparates vor eindringenden Partikeln (Miller, 1986). Bereits präoral kommt es zu einem Anstieg der Speichelsekretion. Dies erlaubt dann oral eine optimale Bolusformung. Der orale Bolustransport in die hintere Mundhöhle erfolgt willentlich. Unmittelbar nach Schluckreflextriggerung wird eine sogenannte Schluckapnoe ausgelöst. Der ösophageale Transit nimmt Dank peristaltischer Bewegungen seinen Gang bis zum Eintritt der Nahrung in den Magen. Eine unversehrte sensible oropharyngeale Innervation (V/2, IX, X) ist die Voraussetzung für eine zeitliche und räumliche Koordination der Kau-, Zungen- und Schlundmuskulatur durch Verknüpfung motorischer Hirnnervenkerne (VII+V; XII+X/Nucleus ambiguus) (Crosby et al., 2005). Plastische Modulationen des menschlichen Schluckkortex sind nach Großhirninfarkten im Spontanverlauf (Hamdy et al., 1998) und unter Therapie (Martin, 2009) belegt.

Die Reaktionszeit neuromuskulärer Funktionen ist bei Menschen im Alter verlängert (Presbyphagie) und führt zu einem höheren Aspirationsrisikos bei Schwächung durch Allgemeinerkrankungen, welche nicht unbedingt streng mit dem »Schlucksystem« assoziiert sind. Ein längerfristiges Überleben (> 2 Jahre) bei schwe-

rer Schluckstörung nach Apoplex (Ickenstein et al., 2005) bleibt eher unwahrscheinlich. Bei idiopathischem Parkinson-Syndrom sind prolongierte oropharyngeale Transitzeiten mit einer Progression der Erkrankung assoziiert (Kitashima et al., 2010). Die Prävalenz von Dysphagien bei Apoplex in der Akutphase variiert zwischen 19 und 81% (Martino et al., 2005). Neurogen-ähnliche Dysphagien können auch medikamentös bedingt sein, z. B. i. R. einer Risperidon-induzierten Bulbärparalyse mit hohem Aspirationsrisiko (Patwa et al., 2010). Nicht neurogene Affektionen, z. B. degenerative HWS-Veränderungen, können ebenfalls Dysphagien hervorrufen (Ming-Tse Ko et al., 2011).

»Symptome«, wie eine belegte Stimme postdeglutitiv (Waito et al., 2010), sind klinisch nicht zuverlässige Prädiktoren für das Vorliegen einer Dysphagie. Die klinische Einschätzung des Aspirationsrisikos bleibt allgemein unsicher. Veränderte Atem-Schluckkoordination und Apnoephasen weisen auf ein hohes Penetrations-Aspirations-Risiko bei Parkinson-Patienten hin (Troche et al., 2010). Erst die apparative Diagnostik, die standardisierte »Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing« (FEES) (Langmore, 2001) und »Videofluoroscopic Swallowing Study« (VFSS) bringen die Gewissheit einer tatsächlichen Penetration/Aspiration (vgl. Rosenbek, 1996).

Zur Senkung des Pneumonierisikos bleiben die allgemeinen Empfehlungen der DGN, eine optimale Mundhygiene des Patienten und eine gründliche Händedesinfektion der Kontaktpersonen von entscheidender Bedeutung (Yamaya et al., 2001). Zur Risikominimierung von Komplikationen steht die funktionell-orientierte Schlucktherapie zur Verfügung, wobei die Wertigkeit bestimmter adaptativer Verfahren bzgl. Boluskonsistenz und -volumen inzwischen relativiert wurde (McCullough et al., 2010). Das rheologische Verhalten von angedickten Flüssigkeiten ist aufgrund einer Reduktion des Andickungsmittelleffektes durch Speichel labil (Hanson et al., 2011).

Ethische Aspekte sind in der Geriatrie zu beachten (Low et al., 2001). Bei Verweigerung einer Diätanpassung kommt der interdisziplinären Beratung im Team und wiederholten Beratungen des Patienten und seiner Angehörigen eine bedeutende Rolle zu (Kaizer et al., 2011).

Korrespondenzadresse

Dr. med. Marcel Blonder
Zentrum für Geriatrie und Orthopädie
Otto-Fricke-Krankenhaus
Martha-von-Opel-Weg 34 a
65307 Bad Schwalbach
E-Mail: marcel.blonder@otto-fricke-
krankenhaus.de