Ursachen und Therapiemöglichkeiten bei Dysphagie

Schlucken kann man wieder lernen

Schlucken gehört zum „Kerngeschäft“ des Organismus. Vor allem neurologische Krankheiten oder Passagehindernisse können den Schluckakt jedoch in seinen verschiedenen Phasen stören. Die Therapiemöglichkeiten umfassen je nach Ursache Beseitigung von Hindernissen, PEG-Sonde, Operationen und Schlucktraining.

— Am Schluckakt sind etwa 50 Muskelgruppen, fünf Hirnnerven und vier Zervikalnerven beteiligt. Die orale und die pharyngeale Phase sind willkürlich beeinflussbar, die ösophageale nicht.

In der oralen Phase wird der Bolus vorbereitet. Sobald er die Rachenhinterwand erreicht, wird der Schluckreflex ausgelöst. In der pharyngealen Phase hebt sich der Kehlkopf und der obere Ösophagussphinkter relaxiert, sodass der Bolus in die ösophageale Phase eintreten kann. Eine Dysphagie kann jede Phase betreffen, so Dr. med. Klaus Schneider, Stuttgart.

Vorsicht Aspirationsgefahr!

Patienten mit Schlaganfall, M. Parkinson und Myasthenie leiden oft unter Dysphagien. Die meisten neurologischen Erkrankungen stören die pharyngeale Phase, indem sie die Sensibilität herabsetzen und/oder die Kraft der beteiligten Muskulatur einschränken. Unzureichende Hebung des Kehlkopfs oder Öffnung des Sphinkters führen dazu, dass Speichel oder Speisen nicht vollständig geschluckt werden. Dabei besteht immer die Gefahr der Aspiration.

Die orale Phase kann z.B. durch eine Facialis- oder Hypoglossusparese beeinträchtigt sein. In diesem Fall besteht auch gleichzeitig eine Dysarthrie. Ein mechanischer Passagestopp verursacht Schluckprobleme in der ösophagealen Phase. Sie treten im Falle eines Fremdkörpers im Ösophagus plötzlich und bei einem Ösophaguskarzinom allmählich auf. Auch Spondylophyten der Wirbelsäule können die Speiseröhre von außen so eindrücken, dass der Schluckakt behindert wird.

Schluckprobleme können auf gravierende Krankheiten hinweisen.

Unerwünschte zweite Mahlzeit beim Zenker-Divertikel

Die Regurgitation unverdauter Nahrung lässt an ein Zenker-Divertikel denken. Die Ursache der zugrundeliegenden cricopharyngealen Dysfunktion ist unbekannt. Der M. cricopharyngeus ist hypertrophiert und verengt den Eingang in die Speiseröhre. Der Patient muss deshalb gegen Widerstand schlucken. Unter dem erhöhten Druck bildet sich an der Schwachstelle, dem Dreieck zwischen den Muskelanteilen, ein Divertikel. Besonders unangenehm ist es für den Patienten, wenn er die Nahrung, die im Divertikel hängen bleibt, abends im Liegen als zweite Mahlzeit nachgeliefert bekommt, so Schneider.

Ein Globusgefühl – ohne Passagehindernis – kann auch psychogen, durch eine Struma oder einen gastroösophagealen Reflux bedingt sein.

Wenn man sich „verschluckt“

Eine eingehende Anamnese genügt oft schon, um die Ursache einer Dysphagie einzugrenzen. Mittels Videoendoskopie, Röntgenkontrastdarstellung und Röntgenkinematografie (mit Boli verschiedener Konsistenz) lässt sich die Diagnose erhärten.

Als Fremdkörper bleiben am häufigsten Fischgräten oder Geflügelknochen hängen. Ist das Schlucken behindert, muss der Fremdkörper sofort entfernt werden. Dies geschieht mit einem starren Endoskop. Klagt der Patient nur über eine Missempfindung, besteht kein Grund zur Intervention. Die durch Reizung der Schleimhaut hervorgerufene Missempfindung bleibt oft eine Weile bestehen, auch wenn der Fremdkörper schon auf natürlichem Weg weitergewandert ist. Ähnliche Symptome können auftreten, wenn eine Tablette, die im Liegen eingenommen wurde, an der Ösophaguswand kleben geblieben ist.

Schlucktraining optimiert die verbliebenen Fähigkeiten

Störungen der oralen Phase können durch Training der Lippen- und Zungenmuskulatur positiv beeinflusst werden. Ein logopädisches Schlucktraining dient dazu, das Schlucken in der pharyngealen Phase zu verbessern, sodass auch ein Schutz vor Aspiration aufgebaut wird. Wichtig ist dabei immer, die Nahrungskonsistenz an die verbliebenen Fähigkeiten anzupassen.

Bei Patienten mit verminderter Vigilanz oder stark ausgeprägter Dysphagie ist es oft nötig, zumindest zeitweise eine PEG-Sonde zu legen.

Zenkersche Divertikel werden heute vorzugsweise endoskopisch angegangen.

DR. ANGELIKA BISCHOFF ■

■ „Medizin 2008“, Stuttgart, 25. – 27. Januar 2008