

Persönliche PDF-Datei für S. Hotzenkoecherle, C. Luecking

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Pneumonie unklarer Genese

DOI 10.1055/s-0033-1337991
Laryngo-Rhino-Otol 2013; 92: 474–476

Nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.
Keine kommerzielle Nutzung, keine Einstellung
in Repositorien.

Verlag und Copyright:
© 2013 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 0935-8943

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



Pneumonie unklarer Genese

Beschreibung des Krankheitsbildes

Ein 71-jähriger Mann wird nach Pneumonie vom Hausarzt in eine logopädische Praxis überwiesen. Weil seine Tochter vermehrte Schluckschwierigkeiten bemerkte, drängte sie auf weiterführende Diagnostik. Der voll oralisierte Patient beschreibt keine Schwierigkeiten bei der Aufnahme von Flüssigkeiten und Boli weicher Konsistenz. Jedoch gibt er Probleme bei trockenen und faserigen Speisen an, benötigt bei allen Konsistenzen mehrmaliges Nachschlucken und muss häufig husten oder räuspern. Der Patient verlor innerhalb der letzten 6 Monate 2 kg Gewicht. Das Überweisungsschreiben mit der Frage nach Ursache der Pneumonie und möglichen therapeutischen Interventionen erwähnt eine Oropharynx-Teilresektion (inklusive Resektion von Zungen- und Mundbodenanteilen) und radikale Neck dissection links vor 21 Jahren bei Tonsillenkarzinom links pT2 pN2b Mx und Status nach Rekonstruktion mittels Jejunuminterponat. Postoperativ erhielt er eine Radiotherapie (Gesamtdosis 80 Gy) und gleichzeitig 2 viertägige Zyklen Chemotherapie. Vor 4 Jahren musste eine Osteoradionekrose im linken Unterkiefer mittels Fibulatransplantat rekonstruiert werden.

Differenzialdiagnose

Für eine objektive Einschätzung der Schluckfunktion wird neben einer klinischen Untersuchung eine instrumentelle Diagnostik empfohlen (vgl. Prosiegel et al., Leitlinie der DGN: Neurogene Dysphagien 2008). Es kommen dazu 2 Verfahren in Frage: die Videofluoroskopie (VFS) und die fiberoendoskopische Evaluation des Schluckens (FEES). Die VFS visualisiert die Abläufe aller Schluckphasen, während die FEES nur unmittelbar vor und nach der pharyngealen Phase eine Beurteilung erlaubt. Beide Verfahren können eine Aspiration nachweisen, aber nur durch die VFS kann Zeitpunkt und Menge einer allfälligen Aspiration präzise bestimmt werden. Für eine objektive und reliable Quantifizierung der Aspiration hat sich international die achtstufige Penetrations-/ Aspirationsskala (PAS) von

Rosenbek et al., Dysphagia 1996; 11: 93–98 etabliert.

Aufgrund der Tumorerkrankung und der klinischen Untersuchungen wurde der VFS gegenüber der FEES der Vorzug gegeben, damit ein eindeutiger Nachweis von Aspiration und Aussagen über die Pathomechanismen während aller 4 Schluckphasen möglich sind.

Denn nur mit dem Wissen über die Ursache der Symptome lassen sich therapeutische Maßnahmen ableiten. Auf den Nachweis von Speichelaspiration mittels Endoskopie konnte verzichtet werden, da keine klinischen Anzeichen (wie nasse Stimme) dafür vorhanden waren und der Patient über ständige Mundtrockenheit klagte.

Darstellung durchgeführter diagnostischer Verfahren und deren Ergebnisse

Abb. 1 zeigt das diagnostische Vorgehen im vorliegenden Fall. Eine umfassende Anamnese und klinische Untersuchung (Organe in Ruhe und Funktion, zervikale Auskultation (vgl. Borr et al., Dysphagia 2007; 22: 225–234) und Palpation beim Schlucken von Speichel, Wasser, Apfelmus und Keks) ergeben deutliche Hinweise auf eine mittelgradige bis schwere Dysphagie mit Verdacht auf laryngeale Penetration oder Aspiration: In der oralen Vorbereitungsphase ist dem Patienten nur eingeschränktes Kauen möglich. Wie in den folgenden Schluckphasen liegt die Ursache in Strukturdefekten und motorischen, sensiblen wie auch sekretorischen Einschränkungen nach Operation und Radiochemotherapie. Die Befundung der oralen Phase weist auf einen unvollständigen Transport durch die Manifestation von Residuen auf dem Zungengrund und am Gaumen hin. Die pharyngeale Phase lässt sich erst mit großer Bolusmenge auslösen. Linksseitig zeigt sich ein eingeschränkter velopharyngealer Abschluss. Auditiv entsteht beim Schlucken der Verdacht auf eine minimale nasale Penetration. Die Palpation der Larynxelation beim Schluckvorgang zeigt eine massiv eingeschränkte Vorwärts-Aufwärtsbewegung des hyolaryngealen Komplexes. Positiv

fallen bei der zervikalen Auskultation trockene Atemgeräusche und ein zeitgerechter Beginn der Schluckapnoe auf, aber die typischen Geräusche beim Bolustransport durch den Pharynx bleiben komplett aus.

Die ambulante VFS wird von einem geschulten Dysphagie-Team, das sich aus einem Sprachtherapeuten und einem Radiologen zusammensetzt, mit verschiedenen Konsistenzen durchgeführt und zeigt in der oralen Phase Schwierigkeiten beim retrograden Transport und Residuen auf dem hinteren Zungendrittel. Eine nasale Penetration konnte bildgebend nicht nachgewiesen werden. Ein regelrechter Kontakt von Zungengrund und Rachenhinterwand bleibt aus (s. Abb. 2). Durch die reduzierte Elevation des hyolaryngealen Komplexes kommt keine Absenkung der Epiglottis zustande (s. Abb. 3). Zudem zieht dieser Umstand eine eingeschränkte Öffnung des oberen Ösophagusphinkters (OÖS) nach sich. Es treten massive Residuen in den Valleculae epiglotticae und in den Sinus piriformes auf. Der Pharynx zeigt sich mit Kontrastmittel belegt. Aufgrund der Untersuchung mit Flüssigkeit wird eine intradeglutitive Penetration, die zu einer postdeglutitiven Aspiration führt (s. Abb. 4), diagnostiziert. Wegen ausbleibenden Hustenreizes liegt eine stille Aspiration (Maximalwert 8 auf der PAS) vor.

Presbyphagie und chronische Strahleneffekte

Weiterführende Überlegungen betreffen den möglichen Zusammenhang zwischen typischen Spätfolgen nach Bestrahlung und der Zunahme einer primären Presbyphagie. Vermutlich wird die bereits durch postradiogene Fibrosierung der Muskulatur und Atrophie der Schleimhaut veränderte Schluckfunktion durch die normalen, altersbedingten Veränderungen zusätzlich belastet und damit sind die funktionellen Reserven aufgebraucht. Im Alter findet unter anderem eine Abnahme der Muskelmasse, eine Verknöcherung der Knorpel oder ein Absinken des Larynx statt. Diese progredienten Veränderungen scheint der Patient nicht mehr kompensieren zu können, sodass es zu rezidivierenden Aspirationen und konsekutiv zu einer Pneumonie kommt.

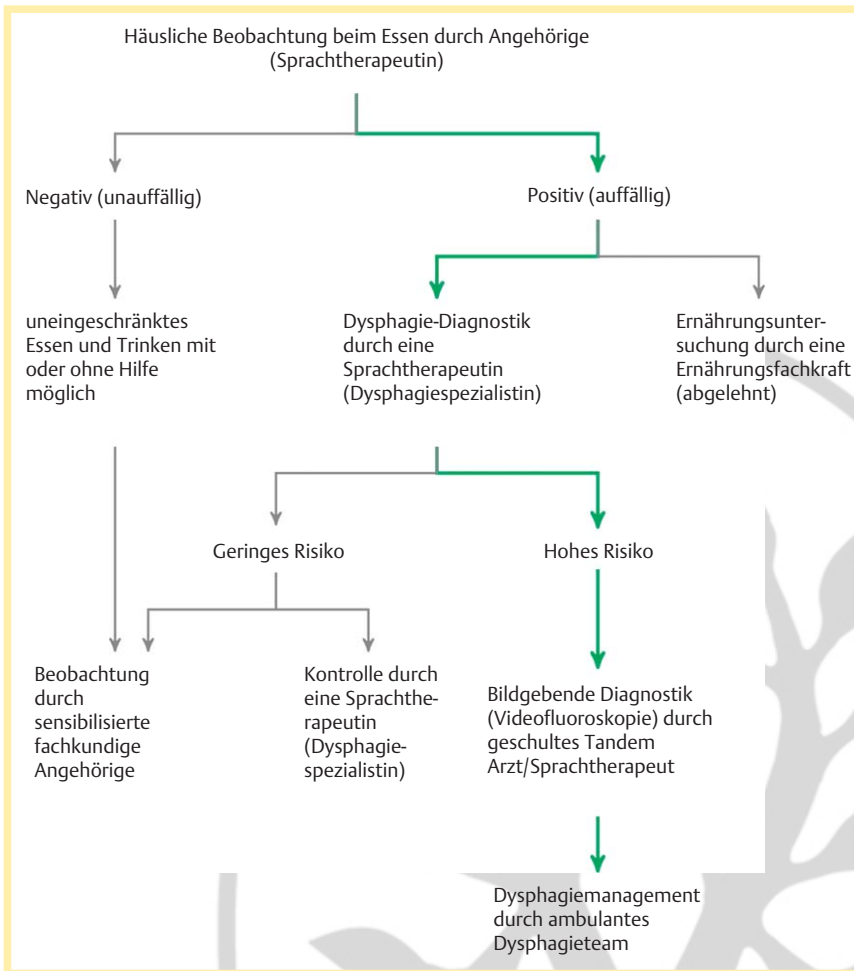


Abb. 1 Ambulanter Behandlungspfad bei einem Patienten nach Operation und Chemoradiation (s. grüne Linie), stark modifiziert nach Heart and Stroke Foundation of Ontario 2002.

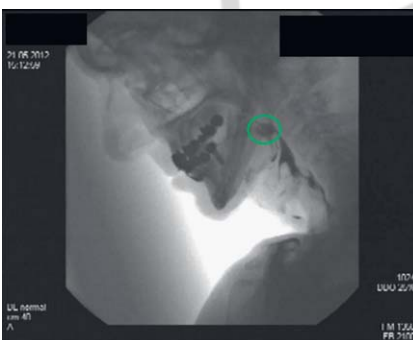


Abb. 2 Videofluoroskopische Untersuchung mit Flüssigkeit: ausbleibender Kontakt zwischen Zungenbasis und Pharynxhinterwand (s. grüner Kreis).



Abb. 3 Videofluoroskopische Untersuchung mit Flüssigkeit: inkomplette Abkippung der Epiglottis (s. grüner Pfeil).

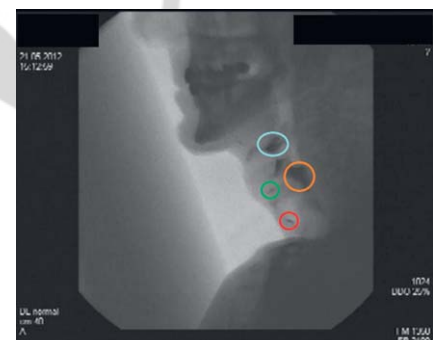


Abb. 4 Videofluoroskopische Untersuchung mit Flüssigkeit: postdeglutitive Aspiration (rot), Penetration (grün), Residuen Valleculae (blau) und Residuen Sinus piriformes (orange).

Therapie

Da eine schwerwiegende Dysphagie mit stiller Aspiration vorliegt, ist vor dem Hintergrund der zunehmenden Presbyphagie die Anlage einer Ernährungssonde anzuraten. Der Patient lehnt diese Maßnahme zum jetzigen Zeitpunkt aber ab und verzichtet ebenso auf eine Ernährungsberatung. Die Anlage einer blockbaren Trachealkanüle ist hier nicht nötig, da

der Cuff nur Schutz gegen Speichelaspiration bieten würde (Winklmaier et al., Dysphagia 2006; 21: 237–242). Da beim bestrahlten Patienten Mundtrockenheit vorliegt, wird das Risiko von Speichelaspiration als minimal eingeschätzt. Der Patient würde also von einer Tracheotomie kaum profitieren, müsste aber fortan unter einer Einschränkung der Lebensqualität und ungünstigen Folgen für die unteren Atemwege, die

Larynxelation und damit auch auf die Öffnung des oberen Ösophagusphinkters leiden. Therapeutisch wird ein mehrdimensionaler Zugang gewählt, der sich aus restituierenden, kompensierenden und adaptierenden Maßnahmen zusammensetzt. Zu den restituierenden Maßnahmen gehören Übungen, die dem Erhalt der Motilität dienen. Kompensatorische Haltungsänderungen und Schluckmanö-

ver wurden während der VFS überprüft und als wirkungslos verworfen. Da sich der Patient bereits ein effizientes Manöver zur Sphinkteröffnung angeeignet hat, wird dieses nun durch Reinigungsmanöver ergänzt. Vermutlich kann er durch Kontraktion der Pharynxmuskulatur den OÖS öffnen und sich zum Transport die Schwerkraft zu Nutze machen (vgl. Pearson et al., Dysphagia 2012; DOI: 10.1007/s00455-011-9392-7). Bei den adaptiven Verfahren wird eine möglichst fließende Konsistenz der Nahrung empfohlen. Trotz sorgfältiger Auswahl der Anordnungen lässt sich das Dilemma zwischen leichtem Transport von Flüssigkeiten bei erhöhter Aspirationsgefahr und reduzierter Aspirationsgefahr aber größeren Transportschwierigkeiten bei Brei nicht lösen. Um dem Gewichtsverlust der letzten Monate und der Anstrengung beim Essen entgegenzuwirken, wird die Zugabe von hochkalorischen Zusätzen angeraten. Eine Verschlechterung seiner Situation ist in den nächsten Jahren zu erwarten, deshalb sind regelmäßige Kontrollen emp-

fehlenswert. Die Kontrollen stellen so lange wie möglich eine korrekte Durchführung der konservativen Maßnahmen sicher und ermöglichen die Erarbeitung von Compliance für die in Zukunft unumgängliche Anlage einer PEG-Sonde.

Diagnose

Die klinische Beurteilung deutet auf eine schwerwiegende Dysphagie mit Verdacht auf Aspiration. Mittels Videofluoroskopie kann die Verdachtsdiagnose einer Dysphagie mit stiller Aspiration von Flüssigkeiten und massiven oralen und pharyngealen Transportschwierigkeiten verifiziert werden. Der Transport erfolgt vorwiegend durch Schwer- und nicht durch Muskelkraft. Dies erklärt auch das Ausbleiben jeglicher Schluckgeräusche während der zervikalen Auskultation. Bei der Pneumonie ist von einer Aspirationspneumonie infolge einer postradiogenen und strukturellen Dysphagie in Kombina-

tion mit altersbedingtem Abbau der Schluckfunktion auszugehen.

Fazit für die Praxis

- ▶ Folgen von Tumorchirurgie und Radiochemotherapie im Kopf-/Halsbereich können Jahrzehnte später zu einer zunehmenden Verschlechterung der Schluckfunktion führen.
- ▶ Spätfolgen der Tumorthherapie können durch normale, altersgemäße Veränderungen der Schluckfunktion verstärkt werden, indem diese die funktionellen Reserven schmälern.
- ▶ Therapeutische Ziele: Schluckfunktion so lange wie möglich erhalten (Lebensqualität), Bedarfsdeckung unter Sicherung der Atemwege garantieren, und Malnutrition, Dehydratation und Pneumonie verhindern.

S. Hotzenkoecherle, Zürich; C. Luecking, Emden

