

---

## 26. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V.

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V.  
11.09. - 13.09.2009, Leipzig

---

### Vortrag

## Etablierung eines klinischen Behandlungspfades zur Behandlungsoptimierung von Schluckstörungen bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren

- 
- ✉ **Christiane Hey** - Schwerpunkt für Phoniatrie und Pädaudiologie der Goethe-Universität, Frankfurt/Main, Deutschland
  - **Wolfgang Hochhaus** - Schwerpunkt für Phoniatrie und Pädaudiologie der Goethe-Universität, Frankfurt/Main, Deutschland
  - **Nicole Hafner** - Schwerpunkt für Phoniatrie und Pädaudiologie der Goethe-Universität, Frankfurt/Main, Deutschland
  - **Robert Sader** - Klinik für Mund-, Kiefer-, und plastischen Gesichtschirurgie der Goethe-Universität, Frankfurt/Main, Deutschland
  - **Markus Hambek** - Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde der Goethe-Universität, Frankfurt/Main, Deutschland
  - **Katrin Neumann** - Schwerpunkt für Phoniatrie und Pädaudiologie der Goethe-Universität, Frankfurt/Main, Deutschland

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. 26. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP). Leipzig, 11.-13.09.2009 Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2009. Doc09dgppV51

DOI: 10.3205/09dgpp71, URN: urn:nbn:de:0183-09dgpp711

Published: September 7, 2009

© 2009 Hey et al.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.en>). You are free: to Share – to copy, distribute and transmit the work, provided the original author and source are credited.

---

## Zusammenfassung

Schluckstörungen sind häufig Folge von Kopf-Hals-Tumorerkrankungen, deren Prävalenz bis zu 88% aufgeführt wird [1]. Je früher eine Dysphagie diagnostiziert wird, desto geringer ist das Risiko für Sekundärkomplikationen [2], was die Anzahl „teurer“ Fälle senkt und den Patienten die Möglichkeit auf eine zügige Restitution von Lebensqualität bietet! Diese Fakten unterstreichen die Notwendigkeit eines klinischen Behandlungspfades, nach dem die Diagnose auf der Grundlage eines standardisierten und überprüfbaren Workflows erstellt wird.

Da die zügige, optimale Behandlung von Dysphagien einen multidisziplinären Zugang erfordert, wurde im Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt/Main ein interdisziplinärer Arbeitskreis für Schluckstörungen (IAS) gegründet, der sich aus Phoniatrie, Klinik für HNO und MKG sowie Radiologie zusammensetzt.

Im Rahmen eines zweimal wöchentlich durchgeführten Onkoboards, werden zusammen mit der Strahlentherapie und Onkologie, Risikopatienten herauskristallisiert und onkologische Therapieoptionen u.a. im Hinblick auf funktionelles Outcome diskutiert. Bereits präoperativ werden entsprechende Patienten phoniatriisch aufgeklärt und ihre Schluckfunktion via endoskopischer Evaluation nach Langmore-Standard (FEES) untersucht. Ein systematisches Follow-up erfolgt via FEES wenige Tage und 4–6 Wochen postoperativ sowie nach adjuvanter Therapie. Pro Woche wurden so im vergangenen Jahr ca. 3–5 Patienten wöchentlich neu erfasst und über 80 Patienten im Verlauf untersucht und einer adäquaten Therapie zugeführt.

---

## Text

### Einleitung

Etwa 14.000 Menschen erkranken in Deutschland jährlich an einem Tumor im Kopf-Hals-Bereich. Kaum eine andere Erkrankung ist in ihren Auswirkungen so offensichtlich und einschneidend wie eine Tumorerkrankung in diesem Bereich, die neben einer ästhetischen Einschränkung oft gravierende Auswirkungen auf die Lebensfunktionen Atmen, Schlucken und Sprechen hat. Gerade Funktionsbeeinträchtigungen des Schluckens bergen die Gefahr von Malnutrition und bedeuten für einen betroffenen Patienten eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität und der sozialen Integration. In Abhängigkeit von Größe und gewählter Therapiemaßnahme wird die Prävalenz auf bis zu 88 % angegeben [1]. Je früher eine Dysphagie diagnostiziert wird, desto geringer ist das Risiko für Sekundärkomplikationen [2], was die Anzahl „teurer“ Fälle senkt und den Patienten die Möglichkeit auf eine zügige Restitution von Lebensqualität bietet! Diese Fakten unterstreichen die Notwendigkeit eines klinischen Behandlungspfades, nach dem die Diagnose auf der Grundlage eines standardisierten und überprüfbaren Workflows erstellt wird.

### Material und Methodik

Da die zügige, optimale Behandlung von Dysphagien einen multidisziplinären Zugang erfordert, wurde im Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt/Main ein interdisziplinärer Arbeitskreis für Schluckstörungen (IAS) gegründet, der sich aus der Phoniatrie und Pädaudiologie, der Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO), der Klinik für Mund-, Kiefer-, und Plastischen Gesichtschirurgie (MKG) sowie der Radiologie zusammensetzt.

Im Rahmen eines zweimal wöchentlich durchgeführten Onkoboards werden, zusammen mit der Strahlentherapie und Onkologie, Risikopatienten herauskristallisiert und onkologische Therapieoptionen u.a. im Hinblick auf funktionelles Outcome diskutiert. Bereits präoperativ werden entsprechende Patienten phoniatrich aufgeklärt und ihre Schluckfunktion via endoskopischer Evaluation nach Langmore-Standard (FEES) [3] untersucht. Dabei erfolgt ein Scoring der Schluckproblematik anhand des Bogenhausener Dysphagie Scores [4], der Schluckbeeinträchtigungsskala nach Prosiegel [5], der 4-Punkte Skala zur Beschreibung von oropharyngealen Sekretansammlungen nach Murray [6] sowie der Penetrations- und Aspirations-Skala nach Rosenbek [7].

Ziel ist ein systematisches Follow-up via FEES wenige Tage und 4–6 Wochen postoperativ sowie nach adjuvanter Therapie. Mit Hilfe des Nutritional Risk Screenings [8], [9], [10] wird der Nutritionsstatus bzw. dessen Gefährdung erfasst und die Patienten in enger Kooperation mit der Ernährungsambulanz adäquat beraten und eingestellt.

## Ergebnisse

Seit Februar 2007 bis Juni 2009 wurden 82 Patienten erfasst, davon 24 mit einem Mundhöhlen-, 30 mit einem Oropharynx-, 1 mit einem Epipharynx-, 10 mit einem Hypopharynx- und 17 mit einem Larynx-Carcinom.

53 Patienten wurden federführend von der HNO-Klinik betreut. Von den 53 HNO-Patienten konnten 43 komplett erfasst werden. 10 der Patienten wurden nicht komplett erfasst: 3 Patienten nicht, da zu krank, 4 mangels suffizienter Logistik, 3 Patienten nicht aufgrund ihrer mangelnden Compliance.

29 der Patienten wurden federführend von der MKG-Klinik betreut. Von den 29 MKG-Patienten konnten 19 komplett erfasst werden. 10 der Patienten wurden nicht komplett erfasst: 2 Patienten nicht, da zu krank, 5 mangels suffizienter Logistik, 2 Patienten nicht aufgrund ihrer mangelnden Compliance, 1 Patient nicht, da verstorben im Behandlungsverlauf.

## Diskussion

Insgesamt wurden über die beiden gemeinsamen Onkoboards 82 Patienten herauskristallisiert, wovon 62 Patienten suffizient durch das oben aufgeführte Dysphagiemanagement über die Dysphagieambulanz des Schwerpunktes für Phoniatrie und Pädaudiologie betreut werden konnten. Die geringere zugewiesene Patientenzahl aus der MKG-Klinik ist darauf zurückzuführen, dass das MKG-Onkoboard im Oktober 2008 etabliert worden ist, das der HNO im Februar 2007.

Vor Etablierung des aufgeführten Dysphagiemanagements und klinischen Behandlungspfades wurden im Zeitraum von 2002–2007 lediglich 70 Patienten erfasst: 60 aus der HNO, 10 aus der MKG.

Vor Etablierung des dysphagiologischen Behandlungspfades wurden die Patienten mitunter bis zum Zeitpunkt der Erstvorstellung in unserer Dysphagieambulanz und Sondenentwöhnung über 10 Jahre via PEG ernährt.

Auch eine kontinuierliche dysphagiologische Begleitung bis zum Verschluss des Tracheostomas bzw. der Sondenentfernung war bei diesen Patienten nicht zu verzeichnen.

Die Etablierung eines klinischen dysphagiologischen Behandlungspfades hat somit wie gewünscht zur Behandlungsoptimierung von Schluckstörungen bei Patienten mit

Kopf-Hals-Tumoren geführt.

---

## Literatur

1. Adelstein DJ. Maximizing local control and organ preservation in stage IV squamous cell head and neck cancer with hyperfractionated radiation and concurrent chemotherapy. *J Clin Oncol.* 2002;20(5):1405-10.
2. Eisbruch A, Schwartz M, Rasch C, Vineberg K, Damen E, Van As CJ, Marsh R, Pameijer FA, Balm AJ. Dysphagia and aspiration after chemoradiotherapy for head and neck cancer: which anatomic structures are affected and can they be spared IMRT? *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2004;60:1425-39.
3. Langmore SE. Scoring a FEES examination. In: Langmore SE, Hrsg. Endoscopic evaluation and treatment of swallowing disorders. New York: Thieme; 2001. S. 101-43.
4. Hartmann U, Bartolome G, Schröter-Morasch H. Klinische Evaluation von Dysphagien: Der Bogenhausener Dysphagiescore (BODS) – Entwicklung und Validierung. In: 23. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. Heidelberg, 15.-17.09.2006. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2006. Doc 06dgppV26. Verfügbar unter: <http://www.egms.de/de/meetings/dgpp2006/06dgpp37.shtml>
5. Prosiegel M, et al. Neurogene Dysphagien - Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie. In: Diener HC, Hrsg. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 3. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2005. S. 746 ff.
6. Murray J, Langmore SE, Ginsberg S, et al. The significance of accumulated oropharyngeal secretions and swallowing frequency in predicting aspiration. *Dysphagia.* 1996;11(2):99-103.
7. Rosenbek JC, Robbins JA, Roecker, Coyle JL, Wood JL. A penetration-aspiration scale. *Dysphagia.* 1996;11(2):93-8.
8. Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, et al. A method for implementation of nutritional therapy in hospitals. *Clin Nutr.* 2006;25(3):515-23.
9. Kondrup J, Allison SP, Elia M, et al. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr.* 2003;22(4):415-21.
10. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr.* 2003;22(3):321-36.