

Dysphagie im Rahmen von intensivpflichtiger COVID-19 Erkrankung und die Rolle der Logopädie

Einleitung

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wurde eine Literaturrecherche zur Evaluation und Therapie von intensivpflichtigen Patient*innen mit einer COVID-19 Erkrankung. Aufgrund des Spannungsfeldes zwischen Infektionsschutz des medizinischen Personals insbesondere bei Aerosol generierenden Tätigkeiten wie der Dysphagiediagnostik und der Notwendigkeit der raschen Versorgung von Patient*innen mit Schluckstörungen ist es notwendig, klare Handlungsempfehlungen für Logopäd*innen zu formulieren.

Dysphagie bei COVID-19

Schwere Verläufe mit der Notwendigkeit einer Intubation bergen mit steigender Intubationsdauer auch ein steigendes Risiko für das Auftreten von postextubatorischen Dysphagien. Strukturelle Schäden im Larynxbereich, eine verminderte Sensibilität aufgrund der Inaktivität sowie eine Störung der Atem-Schluck-Koordination sind die häufigsten Pathologien in diesem Zusammenhang.

Logopädische Dysphagie-Diagnostik und Infektionsschutz

Ausführliche Anamnese und sorgfältige klinische Diagnostik sind gerade unter erhöhten Infektionsschutz-Auflagen notwendig, um jene Patient*innen, welche ein Risiko für eine Dysphagie aufweisen, gezielt einer instrumentellen Diagnostik zuführen zu können. Anamnese, standardisierte Screenings wie der GUSS, der RSST oder der Daniels-Test weisen in Kombination mit funktionalen Skalen wie dem EAT-10, dem YSP oder dem SSQ eine gesteigerte Validität auf.

Bei der Durchführung von sämtlichen klinischen Untersuchungen der Schluckfunktion sollte das logopädische Personal eine Mindestschutzausrüstung von Handschuhen, Mundschutz ohne Ventil, Schutzkittel und einer Schutzbrille tragen, da insbesondere das Husten eine hohe Aerosolbelastung verursacht und die Natur der Untersuchung es unmöglich macht, die Patient*innen auch mit nachgewiesener COVID-19-Infektion eine Maske tragen zu lassen. Dieselbe Mindestausrüstung wird bei der Durchführung instrumenteller Dysphagiediagnostik (FEES bzw. VFSS) empfohlen, wobei bei der VFSS zusätzlich der Strahlenschutz zu beachten ist.

Eine zusätzliche Möglichkeit, die während der COVID-19-Pandemie zunehmend an Bedeutung gewonnen hat, ist der Einsatz von teletherapeutischen Maßnahmen zur Evaluation der Schluckfähigkeit. Diese kann jedoch nur für die Anamnese, die Beurteilung der orofazialen Willkürmotorik und das Hirnnerven-Assessment als vollständiger Ersatz für eine Face-To-Face Evaluation herangezogen werden, da Parameter wie der Stimmklang und die Sekretmenge mittels Videoübertragung nicht sicher beurteilbar sind.

Logopädische Aufgaben auf COVID-19-Intensivstationen

Um die mechanische Beatmung zu vereinfachen wird nach einer Intubationsdauer von über 14 Tagen häufig ein Tracheostoma angelegt. Das Kanülenmanagement, die Stomaversorgung und die

Dekanülierung fallen in das logopädische Aufgabengebiet. Dabei kommt es zu direktem Kontakt mit endotrachealen Sekreten, was ein sehr hohes Infektionsrisiko darstellt. Therapeutisch werden zum möglichst weitgehenden Erhalt der Schluckfunktion bei ausreichender Vigilanz eine above-cuff-vocalization sowie die Luftstromlenkung mittels Sprechventilen oder gezieltem Stoma-Verschluss empfohlen.

Nach erfolgreicher Dekanülierung sind zur Sicherung der Atemwege, zur Rehabilitation der Schluckfunktion und zur Verbesserung der Lungenfunktion Therapietechniken wie das EMST, das supraglottische Schluckmanöver oder die elektrische Stimulation des Pharynx erfolgreiche Möglichkeiten.

Zusammenfassung internationaler Handlungsempfehlungen

Bei sämtlichen Kontakten mit infektiösen Patient*innen, bei denen die Natur des Kontaktes das Tragen einer Maske für die Patient*innen unmöglich macht, muss das Personal mit einer Mindestversorgung aus FFP2-Maske, Augenschutz/Visier, Schutzkittel und Handschuhen ausgestattet sein. Dies gilt insbesondere für die logopädische Diagnostik und Therapie von Dysphagien, weil es hierbei zu einer extrem hohen Aerosolbildung durch Husten bzw. forciertes Ausatmen kommt.

Unklarheit herrscht international bei der Definition von Prozessen wie dem endotrachealen Absaugen, dem Kanülenwechsel und der Lagerung von Patient*innen in Bauchlage hinsichtlich des Infektionsrisikos – wobei hier die Orientierung an den Definitionen der WHO als sinnvoll erscheint, die sämtliche dieser Tätigkeiten als aerosolgenerierend einstuft.