

# **Erfassung von kindlichen Dysphagien: Erprobung eines Diagnostikverfahrens bei Kindern und Jugendlichen mit infantiler Cerebralparese<sup>1</sup>**

*Sophia Fuß, Michaela Stefke, Andrea Honekamp & Silke Winkler*

Fachbereich Gesundheit, Hochschule Fresenius Hamburg

Im deutschsprachigen Raum sind nur wenige aussagekräftige Diagnostikinstrumente bekannt, die zuverlässig Schluck- und Fütterstörungen bei Kindern mit körperlicher oder geistiger Behinderung erfassen. Eine ausführliche Diagnostik vor allem bei kindlicher Dysphagie in Verbindung mit einer Behinderung ist jedoch elementar. Aus diesem Grund wurde die „Oral-Motor and Feeding Evaluation“ (Arvedson & Brodsky, 2002) übersetzt und im Anschluss nach Kritikpunkten von Jödicke (2005) sowie eigenen Kriterien überarbeitet. Die neu entstandene Version des Befundbogens „Erfassung der oralmotorischen Fähigkeiten und der Nahrungsaufnahme“ (in Anlehnung an Arvedson & Brodsky, 2002) wurde an zehn Kindern und Jugendlichen zwischen sechs und 14 Jahren mit infantiler Cerebralparese erprobt. Es fanden pro Proband zwei Untersuchungen statt, die auf Video aufgezeichnet wurden. Jeder der Untersucher beobachtete jeden Probanden ein Mal mit dem Diagnostikinstrument und nahm ein Mal als unbeteiligter Beobachter an der Untersuchung teil. Die entstandenen Ergebnisse wurden gesammelt und mit den Ergebnissen Jödicke (2005) verglichen. Des Weiteren wurden die Unabhängigkeit der beiden Untersucher und die Anwendbarkeit diskutiert.

---

<sup>1</sup> Das Fallbeispiel dieses Beitrags ist der Bachelorarbeit „Erfassung von kindlichen Dysphagien sowie die Erprobung eines Diagnostikverfahrens bei Kindern und Jugendlichen mit infantiler Cerebralparese in Anlehnung an die »Oral-Motor and Feeding Evaluation« (Arvedson & Brodsky, 2002)“ entnommen.

Im Folgenden soll nun eine der Probandinnen näher vorgestellt werden. Anhand ihres Beispiels sollen die Ergebnisse und Vorteile gegenüber der „Oral-Motor and Feeding Evaluation“ (Arvedson & Brodsky, 2002) dargestellt werden.

Probandin D ist zum Zeitpunkt der Untersuchung ein 10;7 Jahre altes Mädchen, das seit etwa drei Jahren im ICP Zentrum München betreut wird. Es besteht der Verdacht auf eine infantile Cerebralparese vom Typ der dyskinetischen Cerebralparese. Da Probandin D im Jahr vor der Untersuchung zwei Kilogramm an Gewicht verloren hatte und häufig die Nahrungsaufnahme verweigerte, wurde etwa drei Monate vor dem Zeitpunkt der Untersuchung eine PEG-Sonde gelegt. Das Mädchen wird nun nur teilorale ernährt. Nach Angaben der Eltern bestünden Anzeichen von Dysfunktionen und kritischen Symptomen, wie beispielsweise Infektionen der oberen Atemwege. Außerdem schlafe das Mädchen häufig während der Nahrungsaufnahme ein.

Der Diagnostikbogen sieht zunächst eine „Untersuchung und Beobachtung körperlicher Strukturen“ vor. Die Beobachtung der *Position in Ruhe* zeigt, dass Probandin D nur unterstützt sitzen kann. Hierbei fällt eine Beugung bzw. Krümmung sowie ein asymmetrischer Rumpf auf. Ihre Aufmerksamkeit ist schwankend und sie schläft innerhalb von vier bis fünf Minuten ein. Bei dem Unterpunkt *Muskeltonus und Bewegungsmuster* kann ein wechselnder Tonus mit Spastiken beobachtet werden. Sowohl die Rumpf-, Hüft-, Schulterstabilität als auch die distale Mobilität wird als unzureichend bewertet. Bei den *orofazialen Strukturen* machen erster und zweiter Untersucher (U1, U2) unterschiedliche Beobachtungen hinsichtlich des Wangentonus. U1 beobachtet einen hypertonen, U2 einen hypotonen Wangentonus. Der Mundschluss wird bei hypotonen Lippen als nicht vorhanden beurteilt. Probandin D hat einen abgeflachten, symmetrischen, harten Gaumen sowie einen offenen Biss. Es besteht eine Prognathie und teilweise ist an den Zähnen Karies sichtbar.

Bezüglich der *oralen Reflexe* wird ein stark ausgeprägter und vorverlagerter Beißreflex beobachtet. Es ist eine regelmäßige *Salivation* zu sehen. Probandin D speichelt viel auf Kinn, Kleidung und bei U1 auch auf den Tisch. Es kann keine Eigenwahrnehmung festgestellt werden.

Im Anschluss wird der Untertest „Beobachtung der Nahrungsaufnahme“ durchgeführt. Beide Untersucher stellen Auffälligkeiten während des Trinkens und des Essens fest. Probandin D verweigert bei beiden Untersuchern die *Flüssigkeitsaufnahme* fast gänzlich. Der Mundschluss ist nicht vorhanden. Dies kompensiert das Mädchen, indem sie mit den Schneidezähnen auf die Unterlippe beißt. Aufgrund der Zungenprotrusion und des nicht vorhandenen Mundschlusses tritt viel Flüssigkeit aus dem Mund aus. Außerdem sind Flüssigkeitsreste in Mund und Wangen beobachtbar. Die Kaumuskulatur ist bei der Flüssigkeitsaufnahme hypoton.

Bei U1 muss die *Nahrungsaufnahme* nach kurzer Zeit abgebrochen werden. Trotzdem können beide Untersucher die gleichen Beobachtungen machen. Die Nahrungsaufnahme findet mit dem Löffel statt. Hierbei ist weder ein Mundschluss noch eine Oberlippenaktivität zu beobachten. Probandin D zeigt auch bei der Nahrungsaufnahme eine Zungenprotrusion. Die Kaumuskulatur wird als hypertone bewertet. Es können Nahrungsreste in Mund und Wangen festgestellt werden. Außerdem zeigt Probandin D ein frühkindliches Schluckmuster.

Die Atmung ist geräuschvoll. Das Mädchen ist bei beiden Untersucherinnen während der gesamten Nahrungsaufnahme teilnahmslos. Sie dreht sich weg und versucht sich zu entziehen. Bei U1 schläft sie nach wenigen Minuten ein. Sie zeigt ein deutliches Unbehagen und bei U2 sperrt sie den Kiefer stark, als sie gefüttert werden soll.

Bezüglich der Vollständigkeit bei der Erfassung von kindlichen Schluckstörungen, verglichen mit den Kritikpunkten Jödickes (2005) und eigenen aufgestellten Kriterien, können gute Resultate erzielt werden. Lediglich die Kompensationsstrategie, die Probandin D anwendet, um einen Mund-

schluss bei der Flüssigkeits- und der Nahrungsaufnahme zu erreichen, kann nicht ausreichend beschrieben werden.

Verglichen mit der originären „Oral-Motor and Feeding Evaluation“ (Arvedson & Brodsky, 2002) können einige Vorteile herausgearbeitet werden. Die detaillierte Beurteilung von Funktionen und Strukturen ist nun möglich. Vor allem die Beurteilung der Nahrungsaufnahme getrennt von der Flüssigkeitsverarbeitung erweist sich als notwendig. Insgesamt erweisen sich alle ergänzten und erweiterten Punkte als sinnvoll und tragen dazu bei eine umfangreiche und fundierte Diagnose zu stellen und besser Therapieziele ableiten zu können.

## Literatur

- Arvedson, J. C. & Brodsky, L. (2002). *Pediatric Swallowing and Feeding. Assessment and Management*. Albany, NY: Thomson Learning.
- Fuß, S., Stefke, M., Honekamp, A., Winkler, S. (2010). *Erfassung von kindlichen Dysphagien sowie die Erprobung eines Diagnostikverfahrens bei Kindern und Jugendlichen mit infantiler Cerebralparese in Anlehnung an die „Oral-Motor and Feeding Evaluation“ (Arvedson/Brodsky 2002)*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit an der HS Fresenius Idstein.
- Jödicke, I. (2005). Dysphagieerfassungsstudie bei Kindern mit einem kraniofazialen Syndrom oder einer infantilen Cerebralparese. In J. Tesak & S. Winkler (Hrsg.), *Arbeiten zur Dysphagie* (55–136). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

## Kontakt

Michaela Stefke  
[stefke.michaela@web.de](mailto:stefke.michaela@web.de)