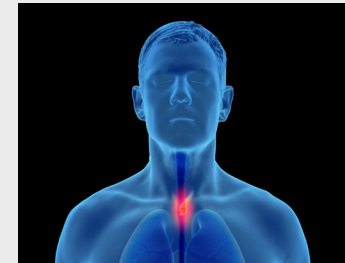


Dysphagie nach zervikaler Rückenmarkverletzung

Häufig und komplex – aber auch vermeidbar

Problem

- Dysphagie ist eine häufige und potenziell lebensbedrohliche Komplikation nach traumatischer zervikaler Rückenmarkverletzung
- Hohe Prävalenzangaben in der Literatur (7–71 %) bei uneinheitlicher Evidenz
- Die Identifikation von Risikofaktoren könnte
 - eine bessere Aufklärung von Betroffenen und ihren Angehörigen ermöglichen
 - eine frühzeitige Schluckdiagnostik und Therapie erlauben



www.bg-kliniken.de

Versuchsaufbau

- Studientyp: Retrospektive, unizentrische Kohortenstudie
- Zeitraum: 01/2013–12/2022
- Population: 407 Patientinnen und Patienten mit traumatischer zervikaler Rückenmarkverletzung der BG-Unfallklinik Murnau
- Diagnostik der Schluckfunktion: standardisierte klinische Erhebung durch Sprachtherapie, bei Bedarf FEES und/oder Videofluoroskopie
- Primärer Endpunkt: Vorliegen einer Dysphagie
- Statistik: multivariable logistische Regressionsmodelle zur Identifikation unabhängiger Risikofaktoren

	Dysphagie	Keine Dysphagie
N	92	315
Alter, Jahre (SD)	58 (20)	51 (19)
Frauen, n (%)	11 (12)	62 (20)
Lähmung, n (%)		
C1–C4	69 (75)	173 (55)
C5–C8	23 (25)	142 (45)
ASIA A/B, n (%)	46 (50)	106 (34)
Tracheostomie, n (%)	74 (80)	112 (36)

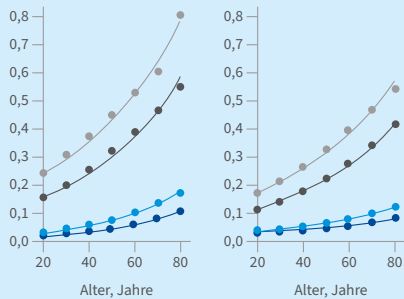
Ergebnis

Prävalenz der Dysphagie: 22,6 %

Unabhängige Risikofaktoren: höheres Lebensalter, Vorliegen einer Tracheotomie

Konsequenz: Frühe, risikostratifizierte Schluckdiagnostik

Dysphagie-Wahrscheinlichkeit



● Dorsal – Keine Tracheostomie
● Dorsal – Tracheostomie
● Dorsoventral – Keine Tracheostomie
● Dorsoventral – Tracheostomie

Was bisher bekannt ist

Die Dysphagie stellt eine häufige und potenziell lebensbedrohliche Komplikation nach traumatischer zervikaler Rückenmarkverletzung dar. In der Literatur schwankt die berichtete Prävalenz zwischen 7 und 71 %. Klinische Folgen umfassen pulmonale Komplikationen, insbesondere Aspirationspneumonien, die zu den führenden Todesursachen in diesem Szenario zählen. Als mögliche Risikofaktoren wurden bislang ein höheres Lebensalter, die Notwendigkeit einer Tracheostomie, eine prolongierte Beatmung, der anteriore operative Zugang zur Stabilisierung von Halswirbelsäulenverletzungen, sehr hohe Halsmarklähmungen (C1–C4), weibliches Geschlecht sowie mehrsegmentäre Fusionen diskutiert. Die wissenschaftliche Evidenz hierzu ist jedoch uneinheitlich, bedingt durch kleine Stichproben, heterogene Populationen und diagnostische Unsicherheiten. Insbesondere eine sogenannte „stille Aspiration“ kann klinisch leicht übersehen werden.

Studiendesign und Resultate

In einer retrospektiven Kohortenstudie wurden Routinedaten von 407 Patientinnen und Patienten mit traumatischer zervikaler Rückenmarkverletzung analysiert, die zwischen 2013 und 2022 an der BG Unfallklinik Murnau behandelt wurden. Die Schluckfunktion wurde standardisiert durch Sprach- und Schlucktherapeutinnen und -therapeuten erhoben und bei Bedarf mittels fiberendoskopischer Schluckuntersuchung (FEES) und/oder Videofluoroskopie ergänzt. Die Prävalenz der Dysphagie betrug 22,6 %. Im multivariaten logistischen Regressionsmodell erwiesen sich ein höheres Lebensalter sowie das Vorliegen einer Tracheostomie als zentrale unabhängige Risikofaktoren. Demgegenüber zeigten die Verletzungsschwere, der anteriorer operative Zugang, die Anzahl fusionierter Wirbelsäulensegmente, die Art der Tracheostomie sowie das neurologische Läsionsniveau nach Adjustierung keinen unabhängigen Zusammenhang mit dem Auftreten einer Dysphagie. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass viele zuvor postulierte Risikofaktoren durch die enge Kopplung von hochzervikaler Läsion, Beatmungspflicht und Tracheostomie erklärt werden könnten.

Bedeutung für die klinische Versorgung und Forschung in den BG Kliniken

Die Ergebnisse dieser Untersuchung bilden die Grundlage für eine risikostratifizierte Behandlung von Patientinnen und Patienten mit traumatischer zervikaler Rückenmarkverletzung, um eine spätere Dysphagie zu vermeiden. Insbesondere Ältere sowie Tracheostomierte zählen hierbei zu den Hochrisikogruppen.

Eine frühe, systematische Schluckdiagnostik sowie ein niedrigschwelliges therapeutisches Vorgehen bereits in der Akut- und Frührehabilitationsphase werden empfohlen.

Gleichzeitig sprechen die Beobachtungen gegen eine pauschale Annahme eines erhöhten Dysphagierisikos allein aufgrund des operativen Zugangs und unterstreichen die Bedeutung interdisziplinärer Versorgungsstrukturen zwischen Intensivmedizin, Unfallchirurgie, Querschnittszentren und Sprachtherapie. Unverändert besteht der Bedarf an validen Screening- und Assessment-Instrumenten im betrachteten Szenario.

