

Dysphagie und kognitive Störungen bei PatientInnen mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung

Ein komplexes Problem

Schlüsselwörter: COPD, Dysphagie, Kognition

Zusammenfassung: Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) wird heute als systemische Erkrankung verstanden, bei der unter anderem auch das Schlucken und die Kognition betroffen sind.

Atmung und effektives Schlucken hängen funktional eng zusammen, um den sicheren Transport von Nahrung durch den Pharynx zu ermöglichen. Dies zeigt sich bei Gesunden an einem fein abgestimmten Atem-Schluck-Muster mit Atemstopp und nachfolgender Expiration nach dem Schlucken. Ist die Respiration beeinträchtigt, kann die Atem-Schluck-Koordination empfindlich gestört werden. Verschiedene komplexe Pathomechanismen führen zu einem erhöhten Penetrations- und Aspirationsrisiko, was die Lunge weiter schädigen und die Atmung progredient verschlechtern kann.

Ein gestörtes Atem-Schluck-Muster mit verlängertem Atemstopp während des Schluckens kann zudem zur Beeinträchtigung kognitiver Funktionen beitragen. Vor allem führt jedoch eine chronische Hypoxämie (Sauerstoffmangel im Blut) zu neuronalen Schädigungen, bspw. zur Minderdurchblutung im frontalen und parietalen Kortex.

SprachtherapeutInnen sollten bei geriatrischen und/oder neurologischen PatientInnen, die eine COPD als Komorbidität aufweisen, vorbestehende Schluckstörungen nicht unterschätzen sowie bei der Therapie globale und domänenspezifische kognitive Defizite berücksichtigen, die weitreichende Konsequenzen für den rehabilitativen Erfolg haben können – bspw. wenn Schlucktechniken oder Konsistenzanpassungen hierdurch nicht selbständig in den Alltag transferiert werden können.

Was ist eine COPD? – Ursachen und Symptome

Die COPD (*Chronic Obstructive Pulmonary Disease*) ist eine sehr häufige Erkrankung. Von den über 40-Jährigen sind nachweislich zwischen 11-26% betroffen, die Dunkelziffer ist jedoch hoch, da die Erkrankung schleichend beginnt und einschränkende Symptome oft erst später wahrgenommen werden. In der Todesursachenstatistik spiegelt sich die hohe

Prävalenz wider: Weltweit stirbt jedeR Dritte an einer COPD, in Deutschland jedeR Fünfte (Keller & Durwen, 2013). Bei geriatrischen und neurologischen PatientInnen ist die COPD eine häufige Komorbidität.

Die wichtigsten Symptome der COPD sind Auswurf, Husten und Atemnot – auch als *AHA-Symptome* bezeichnet. Umgangssprachliche Begriffe sind Raucherlunge für die COPD und Raucherhusten für eines der Hauptsymptome – wobei wir auch schon bei der häufigsten Ursache

wären: Aktives und passives Rauchen ist der mit Abstand wichtigste Risikofaktor und verursacht in den westlichen Ländern 80-90% der Erkrankung. Zudem spielen eine umwelt- und berufsbedingte Schadstoffexposition eine Rolle, bspw. die dauerhafte Inhalation von Staub, Ruß oder Mehl (Staublunge). In Entwicklungsländern ist außerdem das Einatmen von Rauch durch das Verbrennen von Biomasse zum Heizen und Kochen eine wesentliche Ursache. Ein weiterer Risikofaktor ist das Alter, da die