

Kinder mit Schluck-, Ess- und Fütterstörungen in der Frühförderung

Symposion Frühförderung Baden-
Württemberg

Themengruppe 1

Silja Ernst und Christina Rauber
Logopädie Hegau-Jugendwerk

Ein kurzer Überblick

- kurze Vorstellung
- Schluck-, Ess- und Fütterstörung- was ist was?
- Das Gailinger Konzept
- Therapiemöglichkeiten
- Diskussion

Hegau-Jugendwerk GmbH in Gailingen am Hochrhein



S. Ernst/C. Rauber, Abt. Logopädie,
Kinder mit Schluck-, Ess- und Fütterstörungen in der Frühförderung

SCHLUCK-, ESS- UND FÜTTERSTÖRUNG- WAS IST WAS?

S. Ernst/C. Rauber, Abt. Logopädie,
Kinder mit Schluck-, Ess- und Fütterstörungen in der Frühförderung

Kindliche Dysphagie

oder Pädysphagie

- umfasst alle Schluck-, Ess- und Fütterstörungen bis zum 18. Lebensjahr
- kann viele Ursachen haben: Frühgeburt, zerebrale Bewegungsstörungen, Syndromerkrankungen mit Malformationen im orofacialen Bereich,.....

Häufigkeit von kindlichen Schluckproblemen

- sind noch nicht gesichert und umfassend erfasst
- scheinen zuzunehmen

Was ist bei Kindern anders als bei Erwachsenen?

- Stehen noch in der Entwicklung
- Mundmotorische Fähigkeiten müssen sich noch entwickeln
- Müssen wachsen
- Haben also einen anderen Bedarf als Erwachsene

Neurologische Schäden und Ernährung

- Sensomotorische Störungen:
 - Eingeschränkte Hand-Auge-Mundkoordination
 - Unfähig, selbständig zu essen
 - Eingeschränkte Mundmotorik bis zur Dysphagie
- Krankheitsassoziierte Störungen:
 - Reflux durch Motilitätsstörungen der Verdauungsmuskulatur
 - Erhöhter/ geringerer Kalorienverbrauch durch Bewegungsstörungen
 - Medikamente

Nomenklatur

- Dysphagie/Schluckstörung
– Sensomotorische Essstörung

- Fütterstörung

Dysphagie bedeutet:

- normalerweise automatisierte oder reflektorisch gesteuerte Bewegungsabläufe bei der Nahrungsaufnahme sind gestört oder unmöglich durch Lähmung, Schwäche oder Inkoordination
- **Physiologische Reflexe** wie Würgereflex - Schluckreflex - Hustenreflex fehlen oder sind nur verzögert auslösbar > **ASPIRATIONSGEFAHR!!**
- **Pathologische Reflexe** wie Zungenstoß – Beißreflex – Saugreflex - Suchreflex können wieder auftreten

Sensomotorische Essstörung

- Neuer Begriff
- In Abgrenzung zu Dysphagie mit Schwerpunkt in pharyngealer Phase
- Meist bei Kindern mit sensomotorischer Retardierung/Dyskoordination

Klassifikation der Fütterstörungen nach I. Chatoor

- Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation
- Fütterstörung mit unzureichender Eltern-Kind-Reziprozität
- Infantile Anorexie
- Sensorische Nahrungsverweigerung
- Posttraumatische Fütterstörung
- Fütterstörung im Zusammenhang mit einer bestehenden medizinischen Erkrankung

Kindliche Schluckprobleme

- sind sehr vielfältig
- sind sehr individuell



Es kann keine Universalempfehlung zur
Behandlung geben!

DAS GAILINGER KONZEPT

S. Ernst/C. Rauber, Abt. Logopädie,
Kinder mit Schluck-, Ess- und Fütterstörungen in der Frühförderung

Das Gailinger Konzept

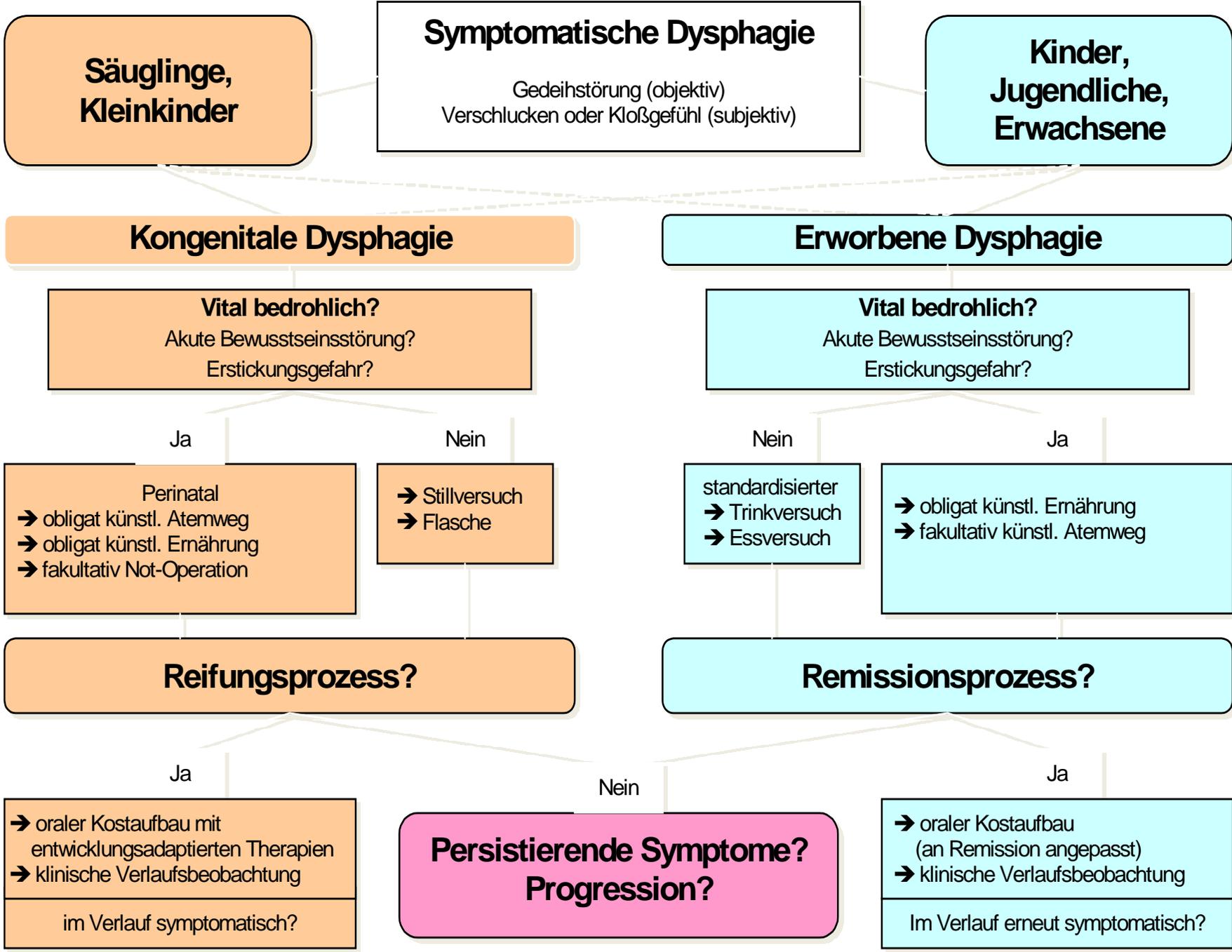
- Entwicklung im HJW seit 2000
- Vorgestellt 2007
- Wachsendes, offenes Konzept mit Besonderheiten

Gailinger Konzept: Die Eckpunkte

- Diagnostik vor Therapie
- Differenzierung kindlicher Ernährungsprobleme in
 - Verhaltensstörung, sensomotorische Essstörung, Schluckstörung
- Chronische, meist kongenitale vs. akut erworbene Dysphagie
- Sicherstellen einer bedarfsdeckenden Ernährung
- Keine methodenabhängige, sondern diagnoseorientierte Behandlung
- Beteiligung der Eltern bei Diagnostik und Therapie

Gailinger Konzept: Die Module

- Klinische und apparative **Diagnostik**
- **Dysphagietherapie** nach den Eckpunkten
- **Speichelmanagement** und Mundhygiene
- **Hilfsmittel** (Lagerung, Spezialgeschirr und -besteck)
- **Diät** und **Ernährungsfahrplan**
(„Schluckdiät“: Anpassung der Konsistenz an die individuellen Fähigkeiten. Schrittweiser Ersatz der Sondenernährung durch orale Kost, Mischkost, Sonde für Krisen)
- **Trachealkanülen-Management**
(Sprechen und sichere orale Kost unter erschwerten Bedingungen)



**Säuglinge,
Kleinkinder**

Symptomatische Dysphagie
Gedeihstörung (objektiv)
Verschlucken oder Kloßgefühl (subjektiv)

**Kinder,
Jugendliche,
Erwachsene**

Kongenitale Dysphagie

Erworbene Dysphagie

Vital bedrohlich?
Akute Bewusstseinsstörung?
Erstickungsgefahr?

Vital bedrohlich?
Akute Bewusstseinsstörung?
Erstickungsgefahr?

Ja

Nein

Nein

Ja

Perinatal
-> obligat künstl. Atemweg
-> obligat künstl. Ernährung
-> fakultativ Not-Operation

-> Stillversuch
-> Flasche

standardisierter
-> Trinkversuch
-> Essversuch

-> obligat künstl. Ernährung
-> fakultativ künstl. Atemweg

Reifungsprozess?

Remissionsprozess?

Ja

Nein

Ja

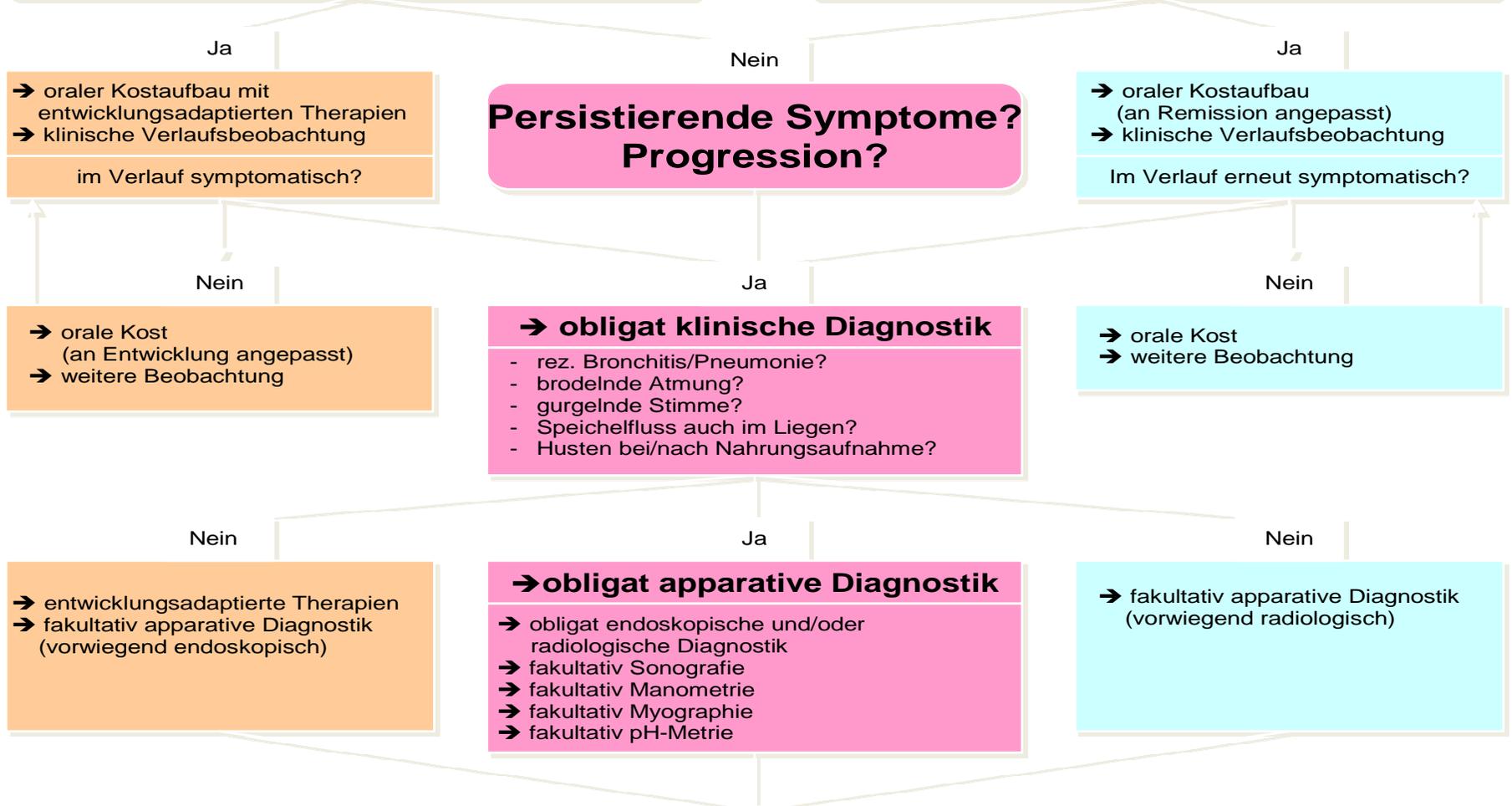
-> oraler Kostaufbau mit entwicklungsadaptierten Therapien
-> klinische Verlaufsbeobachtung
im Verlauf symptomatisch?

**Persistierende Symptome?
Progression?**

-> oraler Kostaufbau (an Remission angepasst)
-> klinische Verlaufsbeobachtung
Im Verlauf erneut symptomatisch?

Reifungsprozess?

Remissionsprozess?



→ oraler Kostaufbau mit entwicklungsadaptierten Therapien
→ klinische Verlaufsbeobachtung

im Verlauf symptomatisch?

Persistierende Symptome? Progression?

→ oraler Kostaufbau (an Remission angepasst)
→ klinische Verlaufsbeobachtung

Im Verlauf erneut symptomatisch?

→ orale Kost (an Entwicklung angepasst)
→ weitere Beobachtung

→ **obligat klinische Diagnostik**

- rez. Bronchitis/Pneumonie?
- brodelnde Atmung?
- gurgelnde Stimme?
- Speichelfluss auch im Liegen?
- Husten bei/nach Nahrungsaufnahme?

→ orale Kost
→ weitere Beobachtung

→ entwicklungsadaptierte Therapien
→ fakultativ apparative Diagnostik (vorwiegend endoskopisch)

→ **obligat apparative Diagnostik**

- obligat endoskopische und/oder radiologische Diagnostik
- fakultativ Sonografie
- fakultativ Manometrie
- fakultativ Myographie
- fakultativ pH-Metrie

→ fakultativ apparative Diagnostik (vorwiegend radiologisch)

Ernährung/Schluck- und Esstherapie

- Desensibilisierung/Stimulation
- motorische Therapie (aktiv, passiv oder bei Kleinkindern modifizierend)
- Kompensation (passiv, aktiv soweit möglich)
- Schluckdiät und Hilfsmittel (Adaptation)
- Aufklärung der Eltern/der Angehörigen
- Ernährungsberatung
- fakultativ künstl. Nahrungsweg – gastral/jejunal
- fakultativ supplementierend Sondennahrung
- fakultativ chirurgische Therapie
- klinische Verlaufsbeobachtung
- fakultativ apparative Verlaufsdagnostik

Punkte der klinischen Untersuchung

- Beobachtung der Essenssituation mit einer Hauptbezugsperson (ggf. Videoaufnahme), Setting, Körperhaltung/ Lagerung, Interaktion
- Gesamteindruck, Wachheit, Ernährungszustand
- Gesamtmotorischer Status, Entwicklungsalter (vs. chronologisches Alter)
- Mundmotorischer Status, orofazialer Status, sensomotorische Nahrungsbewältigung
- Reflexe und reflexartige Reaktionen

Klinische Zeichen für Aspiration

- Brodelige, gurgelnde Stimme oder Atmung
- Rezidivierende Bronchitiden, Pneumonien
- Speichelfluss im Liegen
- Gewichtsverlust
- Essensverweigerung
- Unklare Fieberschübe

Wenn diese vorliegen, dringend instrumentelle Diagnostik (FEES, VFS) erforderlich!

THERAPIEMÖGLICHKEITEN

S. Ernst/C. Rauber, Abt. Logopädie,
Kinder mit Schluck-, Ess- und Fütterstörungen in der Frühförderung

Ziel der Therapie

„Erziehung ist das größte
Bedürfnis des Menschen, aber
zuerst muss er ernährt
werden!“

(Danton`s Memorial, Paris)

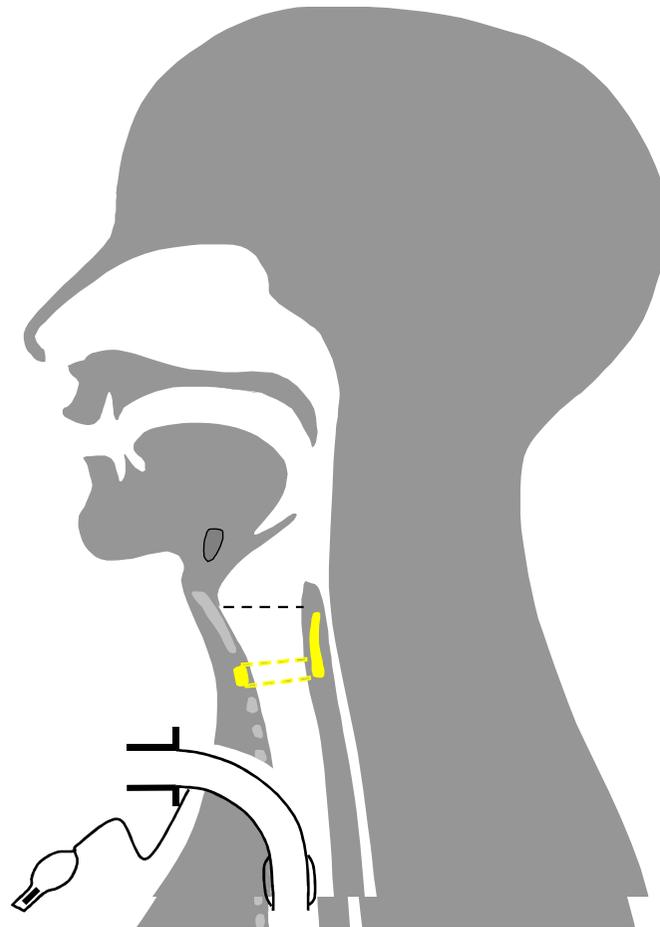
Ziel der Therapie

1. Sicherung der Atmung
2. Sicherung der Ernährung
3. Entwicklung/Verbesserung der Oralmotorik
4. Adaptation an Fähigkeiten des Kindes
5. Kompensationsmechanismen

Warum Trachealkanüle?

- Beatmung
- Verschluss obere Atemwege

Welche Trachealkanüle?



- Geblockt
- Ungeblockt
- Platzhalter
- Mit Sprechventil
- Ohne Sprechventil

Essen und Trinken mit Kanüle?

- Wenn keine Schluckstörung vorliegt, stellt selbst die geblockte Kanüle die orale Nahrungsaufnahme nicht in Frage.
- Soll und kann bei einem Kanülenpatienten mit der Schlucktherapie begonnen werden, so stellt sich zuerst die Frage nach der Kanülenindikation überhaupt.

Vorgehen bei Trachealkanüle im HJW

- Rachenbelüftung, sobald möglich
- Platzhalterkanüle
- Kostaufbau mit Absaugkontrolle
- Dekanülierung

Ernährung, Ernährungsmanagement

- Lagerungsmöglichkeiten
- Regulationshilfen
- Eingabehilfen, Timing
- Hilfsmittel
- Oralisierung, Teiloralisierung
- Adaptation der Nahrungsmittel, Bilanzierung der Nährstoffe
- Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Zubereitung

Die bekannten Kostformen der Dysphagiebehandlung

- Pürierte Kost
 - Weiche Kost
 - Übergangskost
- Bei Erwachsenen ist bei ausschließlich pürierter Kost die Gefahr von Mangelerscheinungen gegeben.....

...bei Kindern nicht ???

Kostformen in der normalen Entwicklung

- Flüssig
- Püriert
- Weiche Kost

- Flasche trinken, stillen
- Ab Beginn Beikost, ca. 4. Lebensmonat
- Ca. mit einem Jahr

**Bei Kindern deutlich über
12 Monaten ist
ausschließlich pürierte
Kost nicht mehr
altersentsprechend!**

Fazit:

Folgen von Malnutrition

Am Beispiel der ICP:

- Wachstumsstörungen, Osteopenie
 - Verminderte Muskelkraft, bes. der Atemmuskulatur
 - Vermindertes Hirnwachstum, fraglich Verstärkung der Entwicklungsstörung
 - Immundefizienz, gehäufte Infekte, Wundheilungsstörungen
 - Gestörte Mikrozirkulation, Dekubitusneigung
 - Anämie
 - Fraglich beeinträchtigt Wohlbefinden
- » Alle Symptome wurden früher als zur ICP gehörig angesehen!

Kinder mit kindlicher Dysphagie

- haben sich schnell verändernde Bedürfnisse
- sind oft eingeschränkt in der Kostform, die nicht den altersentsprechenden Bedürfnissen entsprechen
- Haben einen erhöhten Bedarf an bestimmten Nährstoffen, z.B. durch Medikamenteninteraktionen

7 silberne Essensregeln:

- gemeinsame Familienmahlzeiten, Trennung Essen und Spiel;
- Nicht vor voll gehäuften Teller setzen;
- Das Kind bestimmt, wieviel es isst, die Eltern was „Ich lade Dich zum Essen ein“;
- Kein Füttern ohne kindliches Signal;
- Das Thema „Essen“ ist während des Essens tabu. Kein Nörgeln, Drängen, kommentieren. Kommunikation während der Mahlzeit.
- Das Kind nicht hungern lassen. „Ich lade Dich zum Essen ein“.
- Das Essen rechtzeitig beenden. Leicht ablenkbare Kinder: bleiben am Tisch bis zum Ende der Mahlzeit, max. 30-45min.

(nach Susanne Renk)

Beratungsgespräch mit den Eltern:

- Ernährungsprotokoll
- Eltern stärken, dass sie Vieles schon sehr gut machen!
- Hat das Kind noch Flaschen zum Trinken, wie viele tagsüber und wie viele nachts?
- Autonomie, Beziehung Eltern etc. beachten
- Video von Füttersituation und Spielsituation machen
- Haltung – Tonus – Autonomie beachten!
- Ärzte bzw. Fachleute machen viel Druck, wieviel das Kind essen und trinken sollte -> Folge daraus: Kind wird vor und nach der Mahlzeit gewogen bis hin zu Lätzchen abwiegen
- Perzentilenentwicklung
- Nasse Windel ist eine gute Orientierung, ob ausreichend Flüssigkeit vorhanden ist

Ein Bündel an Therapiemöglichkeiten

- F.O.T.T. nach K. Coombes
- FDT nach G. Bartolome
- Orofaciale Regulationsbehandlung nach Castillo Morales
- Neuromotorische Kontrolle nach J. Brondo
- Neurofunktionelle Reorganisation nach B. Padovan
- Pörnbacher- Konzept
- Sensorische Integration nach J. Ayres

Und was wende ich wann an?

GMV!

“Freedom from...malnutrition is a basic human right”

(World Health Organisation, 2008)

„Zwingen Sie das Kind nicht zum Essen.

Zwingen Sie es nie,
mit keiner Methode,
unter keinen Umständen
aus keinem Grund!“

Dr. C. Gonzales (2002)

Noch Fragen?

**Gerne stehen wir für Fragen zur
Verfügung:**

Silja Ernst

Logopädin

Christina Rauber

Logopädin, MSc Klinische Ernährungsmedizin

Abteilung Logopädie

Hegau Jugendwerk Gailingen

ein Unternehmen im

Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz

Kapellenstr. 31

78262 Gailingen

Tel.: 07734-939-477, 476 o. 141

E-Mail:

silja.ernst@hegau-jugendwerk.de

christina.rauber@hegau-jugendwerk.de

Homepage:

<http://www.hegau-jugendwerk.de/de/index.php>

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!