

Neurorehabilitering – neurogen dysfagi

Ergoterapeut Annette Kjærsgaard, overlæge Lars Hedemann Nielsen & overlæge Carsten Kock-Jensen

STATUSARTIKEL

Dansk Selskab for
Neurorehabilitering

I specialiseringen af neurorehabilitering er man i stigende grad blevet opmærksom på problemer knyttet til frie øvre luftveje, spisning og væskeindtagelse (dysfagi) samt øget risiko for aspirationspneumonier hos personer med akut hjerneskade. Personer med dysfagi oplever psykiske og sociale problemer, undgår ofte at komme ud blandt andre og isolerer sig med forringet livskvalitet til følge.

Dysfagi er underdiagnosticeret og miskendt med stor konsekvens for behandlingssuccesen i neurorehabilitering (øget morbiditet og mortalitet). Med standardiseret undersøgelse ved hjælp af bl.a. fiberendoskopi kan man risikovurdere og målrette behandlingen hos den enkelte patient. Incidensen af dysfagi angives fra 27% op til 61% blandt hjerneskadede personer.

Dysfagi kan ses som symptom ved mange sygdomme og kan være følge til skade i de dele af nervesystemet, som styrer normal beskyttelse af luftveje og tygge-synke-funktionen. Dysfagi kan resultere i manglende oral ernæring og dermed under- eller fejlernæring, dehydrering, kvælning, aspiration og risiko for udvikling af pneumoni, som kan komplicere, forlænge og forringe allerede lange hospitalsophold.

Diagnosticering af dysfagi er vanskelig, da der ikke er et sikkert klinisk tegn eller symptom, der forudsiger risikoen for aspiration. *Silent aspiration*, dvs. passage af sekret/mad/væske i trakea uden hoste eller andre synlige symptomer, forekommer hyppigt. I flere studier har man anbefalet, at standardiseret klinisk undersøgelse – som f.eks. undersøgelse af mund og svælg (FOTT) – suppleres med instrumentelle undersøgelser som fiberoptisk endoskopisk eva-

luering af synkefunktionen (FEES) og/eller videofluoroskopisk evaluering af synkefunktionen (VFES). FEES og VFES anses i øjeblikket for at være de bedst dokumenterede metoder til objektiv undersøgelse af synkning og vurdering af aspirationsrisiko.

Udredningsresultatet allokerer patienterne i forskellige aspirationsrisikogrupper og dertil knyttede standardiserede behandlinger. Lavrisikopatienten kan f.eks. behandles med specifik mund- og svælgterapi, terapeutisk spisning, ændret hoved-/siddestilling og modificeret konsistens af mad og drikke for at muliggøre oral indtagelse og minimere aspirationsrisiko. For højrisikopatienten kan behandling med gastrostomisonde (PEG) og/eller cuffet trakealtube være nødvendigt. I afvænningen fra cuffet trakealtube er der bl.a. behov for et specialiseret tværfagligt endoskopiteam. Forløbene kan være langvarige med gentagne kliniske og endoskopiske vurderinger også efter udskrivelse. Enkelte patienter udskrives med cuffet trakealtube, men kan efter måneder måske dekanyleres efter ambulant vurdering og kortvarig indlæggelse i specialcenter.

Da det er en kompleks tværfaglig opgave at udrede og behandle dysfagi, er der behov for specialviden. De to landsdelscentre for højt specialiseret neurorehabilitering i Hvidovre og Hammel har gennem de seneste år opbygget en særlig ekspertise inden for området. I Hammel er der desuden oprettet et dysfagiambulatorium. Området udvikles stadig med introduktion af nye behandlingsmetoder, som i de kommende år vil bedre forholdene for personer med dysfagi.

KORRESPONDANCE: Carsten Kock-Jensen, Neurocenter, Regionshospitalet Hammel, DK-8450 Hammel. E-mail: carscock@rm.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Hansen TS, Larsen K, Engberg AW. The association of functional oral intake and pneumonia in patients with severe traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2008;89:2114-20.
2. Kjærsgaard A, Langhorn L. Dysfagi – et overset problem i neurorehabilitering. *Ugeskr Læger* 2007;169:220-3.
3. Warnecke T, Teismann I, Oelenberg S et al. The safety of fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in acute stroke patients. *Stroke* 2009;40:482-6.

Endoskopisk undersøgelse af synkefunktionen på Klinik for Tidlig Neurorehabilitering, Hammel Neurocenter.

