

Prävention und Patienten-präzisierte Medikation im Fokus: Risiken medikamentös induzierter und/oder aggravierter oropharyngealer Dysphagie bei geriatrischen Patienten

S. Gregor¹, G. Walter², A. Wienke³, U. Wolf¹

¹ Universitätsklinikum Halle (Saale) Pharmakotherapie-Management, Ernst-Grube-Straße 40, 06120 Halle (Saale), Deutschland

² Diakoniekrankenhaus Geriatrisches Zentrum, Lafontainestraße 15, 06114 Halle (Saale), Deutschland

³ Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik, Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale), Deutschland

Einleitung

Potenziell eliminierbare Dysphagie-Risiken sind zu identifizieren. Ziel ist die Untersuchung der Ursachen einer oropharyngealen Dysphagie bei geriatrischen Patienten mit Fokus auf die Polypharmazie.

Methoden

In einer retrospektiven Querschnittstudie einer Zufallsstichprobe von 200 Patienten einer Klinik für Geriatrie werden am Aufnahmetag umfangreiche Daten neben der detaillierten Medikamentenliste und der ausführlichen klinischen Schluckuntersuchung nach Stanschus bei allen Patienten als Dysphagie-Screening erhoben.

Ergebnisse

Bei den 200 Patienten (mittleres Alter 84 +/- 6,5 Jahre; 65 % weibl.) beträgt die Dysphagie-Prävalenz 29 % (n = 58). Im Vergleich zu Frauen (mit 21 %) weisen Männer eine höhere Rate auf (45 %). Dysphagie findet sich ohne Alterseffekt häufiger bei Patienten aus Heimen (36 %) als aus eigenem Haushalt (27 %). Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, COPD und Erkrankungen des oberen Gastrointestinaltrakts zeigen kein erhöhtes Risiko einer Dysphagie. Dysphagie-Patienten haben ein 1,5-fach erhöhtes Pneumonie-Risiko (95 % KI = (0,65; 3,58)). ZNS-Erkrankungen (ZNSE) weisen ein 6,9-faches signifikantes Risiko einer Dysphagie (95 % KI = (3,7; 14,8)) auf. Weitere signifikante Assoziationen ergeben sich für Neuroleptika mit OR = 2,5 (95 % KI = (1,2; 5,04)) – adjustiert nach (adj.n.) ZNSE: OR = 1,9 (95 % KI = (0,88; 4,31)); Antiparkinson-Mittel: OR = 2,8 (95 % KI = (1,19; 6,73)) – adj.n. ZNSE: OR = 1,3 (95 % KI = (0,52; 3,51)); Benzodiazepine: OR = 4,4 (95 % KI = (1,01; 18,93)) – adj.n. ZNSE: OR = 2 (95 % KI = (0,42; 9,5)); Antiepileptika: OR = 1,4 (95 % KI = (0,40; 5,08)) adj.n. ZNSE: OR = 1,7 (95 % KI = (0,41; 7,03)). Bei Einnahme von Antidepressiva besteht ein 2,1-faches Risiko für eine Dysphagie (95 % KI = (0,96; 4,72)), unverändert nach ZNSE-Adj.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Sowohl bei Patienten mit als auch ohne ZNS-Erkrankungen lassen sich Medikamentengruppen identifizieren, die ein signifikantes Risiko einer Aggravierung respektive Induktion einer Dysphagie aufweisen. Restriktive Indikationsstellungen für Neuroleptika, Benzodiazepine und Antidepressiva könnten zu einer Prävention der Dysphagie beitragen und erfordern Implementierung in zukünftige Leitlinien.

Interessenkonflikte: Dr. Wolf hat Vortragshonorare zum Thema Risiken der Polypharmazie im Alter seitens der Fa. Bristol-Myers Squibb erhalten.

Stichwörter: AMTS, arzneimittelbezogene Probleme, Dysphagie, geriatrischer Patient, Multimorbidität, Prävention.