

Ursula Winklmaier
Dr. sc. hum.

Klinisch prospektive Diagnosestudie zum Evans Blue Dye Test bei tracheostomierten Patienten mit Tumoren des oberen Aerodigestivtraktes und Untersuchung der Lebensqualität anhand verschiedener Instrumente hinsichtlich ihrer Differenziertheit bei schweren Dysphagien

Geboren am 23.01.1975 in Füssen
Bachelor of Science Speech and Language Therapy/Logopedics (BSc SLT), Studiengang für
Medizinalfachberufe, Fachbereich Logopädie, Fachhochschule Hildesheim

Promotionsfach: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Doktorvater: Prof. Dr. med. P.K. Plinkert

Das Hauptziel der klinisch prospektiven Diagnosestudie bestand in der Evaluation der Validität des für diesen Zweck entwickelten Modifizierten Evans Blue Dye Tests (MEBDT) für die Detektion von Aspirationen bei tracheostomierten Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren. Bis zum März 2006 erfüllten 30 konsekutive Patienten zwischen 43-78 Jahren (Altersdurchschnitt: 59,6 Jahre) die Kriterien zur Aufnahme an der Studie. Die Erstuntersuchung der klinisch prospektiven Untersuchung (MEBDT-I und FEES-I) erfolgte anhand von 30 Patienten, welche die Kriterien zur Aufnahme erfüllten. Sechs Monate nach erfolgter Erstuntersuchung, erzielten lediglich 10 Patienten die Aufnahmekriterien der Zweituntersuchung (MEBDT-II und FEES-II). Zwischenzeitlich waren 12 Patienten dekanüliert und 8 Patienten verstorben. Die globale Nullhypothese geht davon aus, dass die Aspirationsergebnisse der klinischen Dysphagieuntersuchung (MEBDT-I und MEBDT-II) und der instrumentellen fiberoendoskopischen Schluckuntersuchung (FEES-I und FEES-II) in keiner Beziehung zueinander stehen. Die Alternativhypothese erwartet, dass die MEBDT (I und II) und FEES (I und II) Ergebnisse identisch miteinander sind. Dies würde bedeuten, dass eine nachgewiesene Aspiration während des MEBDT mit einer nachgewiesenen Aspiration während der FEES korrespondiert und dass eine nicht stattfindende Aspiration während des MEBDT mit einer nicht stattfindenden Aspiration während der FEES-Untersuchung zusammenhängt.

Das homogene Patientenkollektiv mit Tumoren des oberen Aerodigestivtraktes führte zu stabilen Untersuchungsergebnissen (MEBDT-I: Sensitivität 95,24\%; Spezifität 100\%; MEBDT-II: Sensitivität 100\%; Spezifität 100\%), die den MEBDT für das untersuchte

Patientenkollektiv als guten klinischen Dysphagietest in der Detektion von Aspirationen qualifizieren.

Zusammenfassend kann man sagen, dass der MEBDT in der vorgestellten Form bei tracheostomierten Dysphagiepatienten mit Tumoren des oberen Aerodigestivtraktes sehr gut als Screening-Tool in der Detektion von Aspirationen geeignet ist.

Die vorliegende Studie untersuchte anhand der Fragebögen EORTC QLQ-H&N35, EORTC QLQ-C30 und PEG-SWAL-QOL, welcher der Fragebögen detaillierte Informationen zur Einschränkung der Lebensqualität bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren gibt. Ebenso wie die klinische Diagnosestudie wurde die Datenerhebung zweizeitig durchgeführt. Die Ersterhebung erfolgte anhand der 30 Patienten der Erstuntersuchung, an der Zweiterhebung beteiligten sich 22 Patienten (8 Patienten verstarben im Zeitraum zwischen den Untersuchungen). Die dekanülierten Patienten wurden bei der Fragebogenerfassung berücksichtigt. Der tumorspezifische Fragebogen (EORTC QLQ-H&N35) und der Fragebogen zur Erfassung des allgemeinen Gesundheitszustandes (EORTC QLQ-C30) erfassten die Lebensqualität nur bedingt. Der symptomsspezifische Fragebogen PEG-SWAL-QOL scheint den spezifischen Anforderungen zur Erfassung der Lebensqualität bei Dysphagiepatienten am Besten geeignet zu sein. Der PEG-SWAL-QOL ermittelte signifikante Einschränkungen der Lebensqualität in Bezug auf die Rolle in der Gesellschaft und der Kommunikationsfähigkeit bei der befragten Zielgruppe. Ferner zeigten sich signifikante Unterschiede der Lebensqualität in Abhängigkeit zur Ernährungsart (oral oder via Ernährungssonde). Eine mangelnde Kommunikationsfähigkeit wirkte sich (Erstbefragung PEG-SWAL-QOL) negativ auf die Lebensqualität aus. Innerhalb der verschiedenen Dimensionen von Lebensqualität traten besonders die Bereiche "Kommunikation", "Gesellschaft" und "Art der Ernährung" in den Vordergrund. Ein wichtiges Ziel der Therapie sollte daher die Erlangung der Kommunikationsfähigkeit trotz vorhandener Trachealkanüle und die schrittweise Heranführung an die orale Nahrungsaufnahme sein.