

Prothesendruckstelle als Ursache für Nahrungsverweigerung bei Demenz

Eine Falldarstellung

Indizes

Demenz, Prothesendruckstelle, orofaziale Schmerzen, Schmerzerfassung, Beobachtungsskalen

Zusammenfassung

Die Ursachen für Beschwerden bei demenziellen Patienten lassen sich aufgrund der nicht möglichen Eigenanamnese oft nur unzureichend klären. Der dargestellte Fall zeigt, dass leicht therapierbare zahnmedizinische Befunde, die nicht erkannt werden, bei dieser Patientengruppe eine intensive diagnostische Prozedur und erhebliche negative allgemeingesundheitliche Einschränkungen zur Folge haben können.

Einleitung

Das Erleben von Schmerzen erfordert funktionierende komplexe nozizeptive Strukturen. Diese sind bei vorschreitenden kognitiven Defiziten beeinträchtigt, was mit einer Störung der Schmerzverarbeitung einhergeht³. Hinzu kommen bei dementen Menschen Störungen in der Schmerzkommunikation, so dass die Ursachensuche auf der Basis einer gewohnten Schmerzerfassung kaum umfassend möglich ist^{2,4,5,12}. Es verwundert daher nicht, dass Betroffene weniger über Schmerzen berichten und ein geringeres Maß an Therapie erfahren^{6,7}.

Bei Menschen mit fortgeschrittener kognitiver Einschränkung ist eine fremdanamnestiche Einschätzung unumgänglich. Diese wird aber kaum in dem kurzen Zeitraum einer zahnärztlichen Konsultation möglich sein. Die Berichte pflegender Betreuer sind hier unverzichtbar. In entsprechenden Leitlinien wird immer wieder gefordert, sogenannte Beobachtungsskalen einzusetzen. Professionell geschultes Personal kennt die Inhalte gebräuchlicher Messinstrumente und kann mit ihnen Verhaltensänderungen „screenen“. Pflegende Angehörige werden Veränderungen durchaus besser wahrnehmen, jedoch deren Relevanz möglicherweise weniger gut bewerten können. Zahnärzte sollten gän-



Bernd Rademacher
Dr. med. dent.

Stefan Heßling
Dr. med. dent.

Anne Wolowski
Priv.-Doz. Dr. med. dent.
Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude W30
48149 Münster
E-Mail: wolowsk@uni-muenster.de

■ ALTERSZAHNHEILKUNDE

Prothesendruckstelle als Ursache für Nahrungsverweigerung bei Demenz

gige Beobachtungsskalen kennen, um in diesem Bereich Unterstützungs- und Aufklärungsarbeit leisten zu können.

Eine solche Skala ist die Doloplus-2-Skala (Tab. 1), mit der sich die Auswirkungen des Schmerzes in drei Dimensionen auf somatischer, psychomotorischer und

Tab. 1 Beobachtungskriterien der Doloplus-2-Skala im Überblick. Die Punkte 1 bis 5 gehören zur somatischen Auswirkung des Schmerzes, bei den Punkten 6 und 7 handelt es sich um psychomotorische Auswirkungen, und die Punkte 8 bis 10 sind psychosoziale Auswirkungen

Kriterium	Abstufungen
1. Verbaler Schmerzausdruck	<ul style="list-style-type: none"> • keine Äußerungen • Äußerungen nur bei Patientenkontakt • gelegentliche Äußerungen • dauernde spontane Schmerzäußerungen
2. Schonhaltung in Ruhe	<ul style="list-style-type: none"> • keine Schonhaltung • vermeidet gelegentlich gewisse Haltungen • ständige, wirksame Schonhaltung • ständige, ungenügend wirksame Schonhaltung
3. Schutz von schmerzhaften Körperzonen	<ul style="list-style-type: none"> • kein Schutz • bei Patientenkontakt ohne Hinderung von Pflege und Untersuchung • bei Patientenkontakt mit Hinderung jeglicher Handlung • Schutz auch in Ruhe, ohne direkten Kontakt
4. Mimik	<ul style="list-style-type: none"> • übliche Mimik • Schmerz ausdrückende Mimik bei Patientenkontakt • Schmerz ausdrückende Mimik ohne Patientenkontakt • dauernde ungewohnte, ausdruckslose Mimik
5. Schlaf	<ul style="list-style-type: none"> • gewohnter Schlaf • Einschlafschwierigkeiten • häufiges Erwachen (motorische Unruhe) • Schlaflosigkeit mit Auswirkungen auf den Wachzustand
6. Waschen/Ankleiden	<ul style="list-style-type: none"> • unverändert, gewohnte Fähigkeiten • wenig eingeschränkt • stark eingeschränkt • unmöglich, Patient wehrt sich bei jedem Versuch
7. Bewegung/Mobilität	<ul style="list-style-type: none"> • unverändert, gewohnte Fähigkeiten • aktiv wenig vermindert • aktiv und passiv eingeschränkt • Bewegungen unmöglich, Mobilisationsversuch wird abgewehrt
8. Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • unverändert • intensiviert • vermindert, Rückzug • Fehlen oder Abweisung jeglicher Kommunikation
9. Soziale Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an gewohnten Aktivitäten • gewohnte Aktivitäten nur auf Anregung oder Drängen • teilweise Ablehnung gewohnter Aktivitäten • Ablehnung jeglicher sozialer Aktivitäten
10. Verhaltensstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • gewohntes Verhalten • wiederholte Verhaltensstörungen bei Patientenkontakt • dauernde Verhaltensstörungen bei Patientenkontakt • dauernde Verhaltensstörungen ohne äußeren Anlass

psychosozialer Ebene erfassen lassen¹¹. Die zehn Unterpunkte erlauben eine Bewertung von „keine bzw. gewohnte Reaktion“ bis hin zu „dauernde Verhaltensabweichung“. Wenn diese Skala nach entsprechender Therapie wiederholt eingesetzt wird, kann damit auch eine Verlaufskontrolle objektiviert und der Behandlungserfolg messbar gemacht werden. Wie wichtig es ist, solche Instrumente nicht nur zu nutzen, sondern auch in Abhängigkeit von veränderten Maßnahmen, die gar nicht im kausaltherapeutischen Sinne stattfinden, eine Bewertung vorzunehmen, soll die folgende Falldarstellung zeigen.

Falldarstellung

Anamnese

Eine 75-jährige Patientin, die an einer Demenz vom *Alzheimer*-Typ im Stadium III erkrankt war, verweigerte seit 2 Wochen die Nahrungsaufnahme. Die an sich gutmütige Patientin spuckte die Nahrung entweder sofort wieder aus oder lehnte die Aufnahme gänzlich ab. Es fiel jedoch auf, dass sie in der Lage war, Flüssigkeiten herunterzuschlucken. Daher wurde die Nahrung entsprechend umgestellt, um den Gesundheitszustand der Patientin nicht weiter zu gefährden. Trotz intensiver Diagnostik, die auch eine Magenspiegelung in Vollnarkose umfasste, konnte keine Erklärung für das Verhalten der Patientin gefunden werden. Für alle überraschend war, dass sie etwa 3 Tage nach der Untersuchung in Vollnarkose abends (am Tag der Rückkehr ins Pflegeheim) anfang, wieder feste Nahrung zu sich zu nehmen, dies aber nach etwa weiteren 3 Tagen erneut verweigerte. Auch für dieses Verhalten ließ sich keine Erklärung finden, so dass die Patientin über mehrere Wochen ausschließlich mit pürierter oder flüssiger Kost ernährt wurde. Etwa 4 Monate nach Beginn der Schwierigkeiten mit der Nahrungsaufnahme war aufgrund einer großflächigen Kunststoffabplatzung im Bereich des vestibulären Prothesenrandes durch Unachtsamkeit eine zahnmedizinische Behandlung erforderlich.



Abb. 1 Beispiel für eine stark schmerzhafte Druckstelle rechts im Bereich des aufsteigenden Unterkieferastes, ausgehend vom dorsalen Rand einer unteren Totalprothese

Diagnostik

Die zahnmedizinische Untersuchung gestaltete sich bei der Patientin in der Regel ausgesprochen schwierig, da sie es ablehnte, ihre totale Ober- und Unterkieferprothese herauszugeben. Sie pflegte den Zahnersatz selbst in sehr guter Weise und trug ihn Tag und Nacht. Im Rahmen der ersten Sitzung verweigerte sie jede Mitarbeit, so dass für den folgenden Tag ein weiterer Termin vereinbart wurde. Hierzu sollte eine Musikkassette mit Volksliedern mitgebracht werden, welche die Patientin gerne hörte und deren Texte sie auch alle fehlerfrei mitsingen konnte. Durch das Hören der Musik entspannte sich die Patientin und öffnete den Mund zum Singen der Texte, so dass die Prothesen ausgegliedert werden konnten und neben der notwendigen Maßnahme zur Reparatur des Ersatzes auch eine Inspektion der Mundhöhle möglich war. Im Bereich des unteren Prothesenlagers imponierte eine massive Druckstelle, die der Patientin beim Kauen und Zerkleinern der Nahrung offensichtlich erhebliche Schmerzen bereitete, weshalb sie wahrscheinlich die Nahrungsaufnahme verweigerte (Abb. 1).

■ ALTERSZAHNHEILKUNDE

Prothesendruckstelle als Ursache für Nahrungsverweigerung bei Demenz

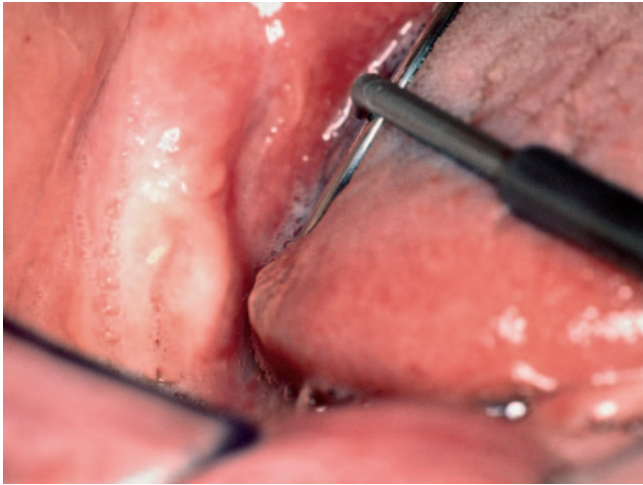


Abb. 2 Zustand nach Abheilung der Druckstelle

Therapie

Zunächst wurde für den Zahnersatz im Unterkiefer eine Prothesenkareenz von 5 Tagen verordnet. Im Rahmen eines Kontrolltermins konnte die vollständige Abheilung festgestellt werden (Abb. 2). Eine Unterfütterung der Prothese und ein großzügiges Aussparen im Bereich der Druckstelle beseitigten das Problem dauerhaft, so dass die Ernährung der Patientin wieder umgestellt werden konnte. Eine Überprüfung des Schmerzverhaltens mit Hilfe der Skala zur Beurteilung von Schmerz bei Demenz¹ (BESD, Tab. 2), die weniger umfangreich als die oben erwähnte Doloplus-2-Skala ist, ergab unauffällige Werte während des Essens. Deshalb war davon auszugehen, dass keine weiteren zahnmedizinischen Maß-

Tab. 2 Beobachtungskriterien der BESD-Skala im Überblick

Kriterium	Abstufungen
Atmung	<ul style="list-style-type: none"> • normal • gelegentlich angestregtes Atmen • kurze Phasen von Hyperventilation • lange Phasen von Hyperventilation • <i>Cheyne-Stoke-Atmung</i>
Negative Lautäußerungen	<ul style="list-style-type: none"> • keine • gelegentliches Stöhnen und Ächzen • sich leise negativ oder missbilligend äußern • wiederholt beunruhigt rufen • lautes Stöhnen und Ächzen • weinen
Gesichtsausdruck	<ul style="list-style-type: none"> • lächelnd oder nichtssagend • trauriger Gesichtsausdruck • ängstlicher Gesichtsausdruck • sorgenvoller Blick • grimassieren
Körpersprache	<ul style="list-style-type: none"> • entspannt • angespannte Körperhaltung • nervös hin und her gehen • nesteln • Körpersprache starr • geballte Fäuste • angezogene Knie • sich entziehen oder wegstoßen • schlagen
Trost	<ul style="list-style-type: none"> • Trösten nicht notwendig • Ablenken oder Beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich • Trösten, Ablenken oder Beruhigen nicht möglich



nahmen notwendig sein würden. Die Schmerzerfassung mit dieser Skala bietet sich für eine erste Kontrolle an, da sie relativ schnell und einfach durchführbar ist. Der Vorteil dieses Instruments liegt darin, dass mit ihm eine Ein-Punkt-Messung ohne vorherige Kenntnis des Patienten oder spezifischer Verhaltensmuster möglich ist. Dadurch konnte im vorliegenden Fall eine erste zuverlässige Kontrolle der Wirkung der Maßnahmen vorgenommen werden.

Fazit für die Praxis

Der vorliegende Fall zeigt, dass bei dementen Patienten eine aufmerksame Betreuung, vor allem mit Blick für Paradoxitäten, notwendig ist. Das scheinbar unerklärliche Verhalten der Patientin nach der Vollnarkose lässt sich darauf zurückführen, dass im Anschluss an die Magenspiegelung keine Wiedereingliederung des Zahnersatzes erfolgt war. Dies geschah erst nach der Rückkehr ins Pflegeheim, und die Karenz von 3 Tagen hatte offensichtlich zur Abheilung der Druckstelle und damit zu einer primären Schmerzfreiheit nach erneuter Eingliederung der Prothese geführt. Die zeitliche Koinzidenz war jedoch nicht aufgefallen.

Bei der Patientin hatte die Demenz ein Stadium erreicht, in dem eine verbale Kommunikation kaum mehr

möglich war. Diagnostische Hinweise konnten nur indirekt durch Beobachtung des Verhaltens gesammelt werden⁸, wobei selbst banale begleitende Veränderungen wie die temporäre Prothesenkarenz wahrgenommen werden müssen. *Basler et al.*¹ führen aus, dass unabhängig davon der als spezifisches Signal geltende Gesichtsausdruck, Verbalisierungsversuche, Körpersprache, Atmung und Verhaltensänderungen wie z. B. eine Umstellung des Ernährungsverhaltens berücksichtigt werden sollten.

Die Forderung nach einer aufmerksamen und umfassenden Betreuung gilt nicht nur für demente Patienten. Die klinische Erfahrung zeigt, dass alte Menschen Probleme mit ihren Zähnen und dem Zahnersatz oft als altersbedingt ansehen und daher trotz Beschwerden keine Behandlung einfordern. Stattdessen passen sie ihre Lebens- und Ernährungsgewohnheiten diesen an sich therapiefähigen Befunden an. In einer Studie von *Mojon et al.*¹⁰ konnte nachgewiesen werden, dass ein defizitärer Ernährungszustand in Zusammenhang mit einem schlechten oralen Befund stehen kann. Der geschilderte Fall zeigt einmal mehr, wie wichtig eine umfassende und ggf. auch interdisziplinäre Diagnostik ist, wenn Phänomene vordergründig paradox und unerklärbar erscheinen⁹.

Literatur

- Basler HD, Hüger D, Kunz R et al. Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens. *Schmerz* 2006;20: 519-526.
- Blomqvist K, Hallberg IR. Pain in older adults living in sheltered accommodation – agreement between assessments by older adults and staff. *J Clin Nurs* 1999;8: 159-169.
- Braak H, Braak E. Neuropathological staging of Alzheimer-related changes. *Acta Neuropathol* 1991;82:239-259.
- Bruckenthal P. Assessment of pain in the elderly adult. *Clin Geriatr Med* 2008;24: 213-236.
- Cook AK, Niven CA, Downs MG. Assessing the pain of people with cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:421-425.
- Feldt KS. Pain in the elderly. *Adv Nurse Pract* 2005;13:51-52.
- Ferrell BA. The management of pain in long-term care. *Clin J Pain* 2004;20:240-243.
- Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC et al. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain* 2007;23:1-43.
- Hassel AJ, Leisen J, Rolko C, Rexroth W, Ohlmann B, Rammelsberg P. Wie verlässlich ist die klinische Erhebung von Mundgesundheitsparametern durch Ärzte bei geriatrischen Patienten? Eine Pilotstudie zur Übereinstimmung zwischen den Untersuchungsergebnissen eines Arztes und eines Zahnarztes. *Z Gerontol Geriatr* 2008; 41:132-138.
- Mojon P, Budtz-Jørgensen E, Rapin CH. Relationship between oral health and nutrition in very old people. *Age Ageing* 1999;28:463-468.
- Pautex S, Herrmann FR, Michon A, Giannakopoulos P, Gold G. Psychometric properties of the Doloplus-2 observational pain assessment scale and comparison to self-assessment in hospitalized elderly. *Clin J Pain* 2007;23:774-779.
- Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr* 2006;6:3.