



DGD Newsletter

Inhalt

Jahrestagung 2013

Neuer Vorstand der DGD

Ankündigung Jahrestagung
2014

Neuigkeiten

Wissenschaftlicher Teil

Sehr geehrte Mitglieder der DGD,

wir freuen uns Ihnen heute den aktuellen Newsletter der DGD zusenden zu können.

Auf diesem Wege möchten wir allen Teilnehmern und Vortragenden der Jahrestagung 2013 für die aktive Mitgestaltung und die lebhaften Diskussionen danken. Mit erneut steigender Teilnehmerzahl in den einzelnen Sitzungen können wir auf eine sehr erfolgreiche und interessante Jahrestagung zurückblicken.

Selbstverständlich möchten wir Ihnen auch das Protokoll der Mitgliederversammlung 2013 zur Verfügung stellen.

Wir bedanken uns nochmals für Ihr Interesse und freuen uns auch in Zukunft auf viele interessante Rückmeldungen und inhaltliche Vorschläge.

Ihr Vorstand der DGD

Rückblick Jahrestagung 2013

Die Jahrestagung der DGD 2013 fand zusammen mit dem 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren DGEBV e.V. vom 14.-16. März 2013 im Klinikum Bogenhausen und Westin Grand Hotel in München statt.



Die DGD möchte sich hierfür herzlichst bei Ihren Mitgliedern, den Vortragenden, den Besuchern und dem Kongresspräsidenten Herrn Dr. Roland Ott bedanken!



Herr Dr. R. Ott bei der Kongresseröffnung

Wir können auf zwei spannende Tage mit zahlreichen hochkarätigen Vorträgen und lebhaften Diskussionen zurückschauen. Mit über 100 Teilnehmern war das Interesse erneut sehr groß und zeigt die klinische Bedeutung der Dysphagie.



Hörsaal Klinikum Bogenhausen



Der erste Kongresstag fand im Hörsaal des Klinikums Bogenhausen statt. Schwerpunkt der Vorträge waren Probleme und Fehler bei der Diagnostik und Therapie der Dysphagie sowie ein Überblick über aktuelle Studien.

Am Folgetag konnte der Kongress gemeinsam mit der DGEbV stattfinden. Weitere Details und das gesamte Kongressprogramm finden Sie auf unserer Homepage.



Tagungsraum im Westin Grand Hotel, München

Neuer Vorstand der DGD

Im Anschluss an den ersten Kongresstag erfolgte turnusgemäß die Neuwahl des Vorstands der DGD. Wir freuen uns, dass Herr Dr. M. Prosiegel (Chefarzt der Abt. für Neurologie & Neuropsychologie, Leiter des Zentrums für Schluckstörungen, m&i-Fachklinik Bad Heilbrunn) zum ersten Vorsitzenden der DGD gewählt wurde. Den zweiten Vorsitz übernahm Herr Prof. K. Hörmann (Klinikdirektor Universitäts HNO-Klinik, Universitätsmedizin Mannheim). Der bisherige kommissarische Sekretär PD Dr. V. Becker (OA II. Medizinische Klinik, Klinikum rechts der Isar München) wurde zum Sekretär gewählt. Frau Dr. S. Graf (OÄ, HNO, Klinikum rechts der Isar München) wurde in Ihrem Amt als Kassenwart bestätigt.



PD Dr. V. Becker, Dr. M. Prosiegel, Dr. S. Graf, Prof. K. Hörmann (von links nach rechts)

Protokoll der Mitgliederversammlung der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Dysphagie

Das Protokoll der Mitgliederversammlung 2013 finden Sie auf unserer Homepage unter folgendem Link: <http://www.dg-dysphagie.de/aktuelles-download.html>

Ankündigung der Jahrestagung 2014 der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für Dysphagie (DGD)

03.-05.04.2014 in Hamburg, Congress-Center Hamburg (CCH)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist uns eine große Freude, Sie zur Jahrestagung 2014 der DGD vom 03.-05. April 2014 einzuladen. Nach drei erfolgreichen Veranstaltungen in München wird die kommende Tagung in Hamburg stattfinden. Sie und Ihre KollegInnen möchten wir herzlich bitten, sich an der Programmgestaltung zu beteiligen und Ihre Abstracts (maximale Wortzahl 250) unter [diesem Link](#) einzureichen. **Deadline ist der 1. November 2013.**



Die Tagung ist interdisziplinär ausgerichtet und bezieht medizinische und therapeutische Disziplinen ein.

Themenschwerpunkte

- Neuroanatomie des Schluckens
- Therapie der Dysphagien auf Intensivstation und Stroke Unit
- instrumentelle Dysphagiediagnostik
- Screeningverfahren und klinische Schluckuntersuchung
- Pädiatrie
- Gastro-Enterologie
- Onkologie
- Presbyphagie
- Neuromodulation, adjuvante Therapietechniken
- Trachealkanülen und assoziierte Komplikationen
- Ernährungstherapie
- Freie Themen

Nutzen Sie die Möglichkeiten und Chancen dieses interdisziplinären Forums und lassen Sie uns gemeinsam eine lebhafte Tagung gestalten.

Herzlichst, Ihr

Christian Ledl

Tagungspräsident

Dr. med. Mario Prosiegel

1. Vorsitzender der DGD

Neuigkeiten

Um die Attraktivität unserer Homepage zu erhöhen, möchten wir Ihnen im Bereich [Aktuelles](#) in monatlichen Abständen Neuigkeiten aus dem Bereich der Dysphagie und Vortragszusammenfassungen von dem Jahreskongress der DGD vorstellen. Beiträge hierzu können jederzeit gerne über das Kontaktformular eingereicht werden.



Wissenschaftlicher Teil

Literaturvorstellung

Leopold NA. Dysphagia. In Pfeiffer RF & Bodis Wollner I (eds) Parkinson's disease and nonmotor dysfunction. Current Clinical Neurology; Springer, New York; 2013:133-144

Zusammenfassung: Norman Leopold ist ein Neurologe aus den USA, der sich seit langem mit allen Facetten von Parkinsonsyndromen, vorrangig aber mit Dysphagien, beschäftigt. Sein Übersichtsartikel "Dysphagia" in der o.g. aktuellen Publikation behandelt wichtige anatomische, diagnostische und therapeutische Aspekte beim idiopathischen Parkinson-Syndrom (IPS). Leider ist viel Neues nicht zu erfahren.

In der Einführung wird u.a. festgestellt, dass sich Lewy-Körper auch im dorsalen Vaguskomplex der Medulla oblongata befinden, was ösophageale Motilitätsstörungen (retrograde Peristaltik, verzögerter Transport, GERD sowie insuffizienten Schluss des unteren Ösophagussphinkters) erklärt - keine neue Erkenntnis.

Im neuroanatomischen Abschnitt werden beim Schlucken aktive Hirnareale erwähnt, etwa der Gyrus cinguli, prämotorische, präfrontale, sensomotorischer Kortex, Insel Kleinhirn und die Basalganglienschleife. Auch dies ist nicht neu.

Die Prävalenz der Dysphagie bei IPS schwankt zwischen 50 und 100% und die unterschiedlichen Literaturangaben hängen u.a. ab davon, ob "drooling" unter Dysphagie subsumiert werde etc. - nicht neu.

Richtigerweise wird auf die oft anzutreffende "awareness" von IPS-Betroffenen bzgl. Dysphagiesymptomen hingewiesen und die resultierende Notwendigkeit, entsprechende Fragebögen einzusetzen.

Der Schlucktherapie-Abschnitt hebt auf störungsspezifische Therapie, LSVT sowie cued swallowing ab, alles wichtige Therapieinterventionen. Es wird nicht näher eingegangen auf Konsistenzänderungen vs chin tuck sowie auf Expirationsübungen.

Botulinum-Neurotoxin wird nur im Kontext "Injektionen in Speicheldrüsen" zur Behebung einer Sialorrhoe erwähnt, nicht zur Therapie von Öffnungsstörungen des oberen Ösophagussphinkters. Auf cricopharyngeale Myotomie wird überhaupt nicht eingegangen.



Beurteilung: Wer neue Informationen erwartet, wird enttäuscht. Es ist eine brav niedergeschriebene Übersichtsarbeit ohne Gewichtung von z.B. bestimmten Therapieverfahren. Auch der Ausblick ([elektro-]stimulative Techniken) bleibt im Vagen. Dieser Artikel ist nicht lesenswert. Demgegenüber ist die systematische Übersichtsarbeit von Laura W. J. Baijens & Rene´e Speyer (Effects of therapy for dysphagia in Parkinson's disease: systematic review; *Dysphagia* 2009;24:91–102) zu empfehlen, in dem Therapiestudien aufgelistet und gemäß Evidenzgraden gewichtet werden.

Mario Prosiegel, Bad Heilbrunn

Nakayama E, Kagaya H, Saitoh E, Inamoto Y, Hashimoto S, Fujii N, Katada K, Kanamori D, Tohara H, Ueda K. Changes in pyriform sinus morphology in the head rotated position as assessed by 320-row area detector CT. *Dysphagia* 2013;28:199-204

Zusammenfassung: Kopfdrehung zur hemiparetischen Pharynxseite soll laut bisherigen Studien den Sinus piriformis auf der paretischen Seite "verkleinern" und auf der gesunden Seite weiten sowie einen Bolusflow über die gesunde Seite ermöglichen.

In dieser Studie wurden mittel CT neun Gesunde (fünf Männer, vier Frauen; mittleres Alter 28 Jahre) bei Kopfdrehungen (5 x nach rechts, 4 x nach links) von 30, 45 und 60° untersucht (Sitzposition 45° geneigt). Der obere Sinus piriformis (als Messreferenz) war definiert als Fläche - parallel zu den Stimmbändern - auf Höhe des Oberrandes der aryepiglottischen Falte. Gemessen wurde (von) dort beidseits die Fläche, das Volumen sowie die Tiefe (kraniokaudale Ausdehnung) der Sinus piriformes.

Bei 60°-Kopfdrehung fanden sich signifikante Zunahmen der Fläche, des Volumens und der Tiefe auf der zur Kopfdrehung kontralateralen Seite (also rechts bei Kopfdrehung links) sowie Abnahmen der Fläche und des Volumens auf der zur Kopfdrehung ipsilateralen Seite. Zusätzliche Kopfhaltungen wie Flexion hatten keinen signifikanten Einfluss. Durch die Zunahme der Tiefe und des Volumens des Sinus piriformis kann ein größeres Bolusvolumen vorübergehend "retiniert" werden, die Zeit des Bolusflows bis zum Erreichen des Grundes des Sinus piriformis verlängert sich, wodurch die Aspirationsgefahr (etwa bei pharyngealen Hemiparesen) sinken würde.



Die Befunde bedürfen einer Bestätigung an älteren Personen, an Personen in anderer Sitzposition als 45° sowie an Patienten.

Beurteilung: Es handelt sich um eine sehr präzise durchgeführte Pilotuntersuchung an (zwar wenigen) Gesunden, was aber Voraussetzung ist für zukünftige Studien zu möglichen therapeutischen Konsequenzen bei Patienten (mit z.B. pharyngealer Hemiparese). Hervorzuheben ist, dass es in Zukunft solcher Studien bedarf, die durch genaue Messungen (z.B. Grad der Kopfdrehung) therapeutische Interventionen quantifizierbar machen. Es ist zu hoffen, dass die Autoren die angekündigten weiteren Studien ebenso akkurat fortsetzen.

Mario Prosiegel, Bad Heilbrunn

Der Vorstand der DGD möchte sich herzlichst für das Interesse am Newsletter der DGD bedanken. Wir freuen uns auf ein baldiges Treffen auf der Jahrestagung in München.

Herzlichst

Ihr

Dr. M. Prosiegel

PD Dr. V. Becker