

La gestione della disfagia

Antonino Frustaglia

Istituto P. Redaelli, Milano

PREMESSA

È noto che la disfagia è un sintomo frequente nella pratica clinica geriatrica. L'invecchiamento non è causa di per sé di anomalie della deglutizione clinicamente evidenti, seppure alcune modificazioni anatomo-fisiologiche età-correlate possano alterare i meccanismi della deglutizione ed essere causa di disfagia (Ferrario e Massala, 2005).

Studi condotti su pazienti istituzionalizzati mostrano una incidenza di alterazioni della deglutizione che interessa un anziano su due, mentre per i pazienti ricoverati in reparti per malati acuti è di circa un caso di disfagia ogni cinque malati ricoverati. L'incidenza nei reparti per malati acuti aumenta fino ad un degente su due in soggetti ricoverati per incidenti cerebrovascolari acuti e traumi cranici. Il problema della disfagia sta affiorando all'attenzione delle varie figure professionali che si occupano di anziani per la rilevanza clinica che presenta nella diagnosi e per i risvolti assistenziali che coinvolgono trasversalmente diverse figure professionali.

DEFINIZIONE

È la sensazione soggettiva di alterato passaggio del cibo dall'orofaringe allo stomaco e/o disfunzione rilevabile in modo diretto o indiretto per le sue conseguenze cliniche.

In altri termini si può dire che è l'abilità di convogliare il cibo dalla bocca allo stomaco, ed ha caratteristiche diverse per consistenze diverse.

Secondo il livello in cui si rileva il disturbo si distinguono due tipi di disfagia: orofaringea ed esofagea. La prima è caratterizzata da difficoltà ad iniziare l'atto della deglutizione o al transito del cibo dall'oro-faringe all'e-

sofago superiore, mentre la seconda è determinata dalla difficoltà nella deglutizione quando il materiale ingerito non progredisce dall'ipofaringe, attraverso l'esofago, nello stomaco.

EPIDEMIOLOGIA

Una caratteristica della disfagia è di essere presente anche in altre fasce di età. Ad esempio è presente una prevalenza di disturbi della deglutizione nel 30% circa della popolazione pediatrica in età compresa tra i 6 e 10 anni. Nell'età adulta in generale è presente una prevalenza di reflusso gastroesofageo di circa il 20%, mentre i veri disfagici adulti sono l'8%. La prevalenza della disfagia in età geriatrica è del 16% nella popolazione in generale mentre, secondo alcune statistiche, è del 60% nelle persone istituzionalizzate. La reale prevalenza rilevata potrebbe però essere più alta per la tendenza dei soggetti anziani ad accettare le alterazioni come una inevitabile conseguenza dell'età.

In età adulta prevalgono i disturbi della deglutizione per compromissione della fase faringea, a cui segue la fase esofagea e gastrica. Nei soggetti affetti da vasculopatie cerebrali l'incidenza della disfagia varia dal 67% nelle prime 72 ore al 16% nei soggetti che afferiscono ai centri di riabilitazione, mentre il 50% dei soggetti con morbo di Parkinson riferisce alterazioni della deglutizione. Nelle malattie neurologiche degenerative (SLA, morbo di Huntington) la disfagia raggiunge il 100% (Ferrario e Massala, 2005).

Nella demenza di Alzheimer, come nelle altre forme di demenza, la disfagia è un sintomo comune. Nei traumi cranici la presenza di disfagia va dal 90% in fase acuta al 41,6% in fase post-acuta. L'8% dei soggetti di età superiore a 60 anni presenta presbifagia (Tibbling e Gustafsson, 1991) mentre, secondo alcuni autori, la disfagia si rileva tra il 16% e l'80% dei residenti in casa di ri-

poso (Bloem et al., 1990). La disfagia va valutata in tutti i pazienti con stroke, malattie neurodegenerative e in chiunque presenti un sospetto di disfagia (segni, sintomi, complicanze).

CAUSE

I fattori che possono determinare disfagia sono molteplici e interessano diverse aree specialistiche. È diffusamente riconosciuto un inquadramento delle cause basato sulla sede anatomica e funzionale. Si riporta, nelle tabelle 1 e 2, la classificazione che include le princi-

pali cause di interesse geriatrico (Boffelli e Trabucchi, 2006; Spano, 2006; Schindler et al., 2001).

LA DIAGNOSI

La diagnosi della disfagia non sempre è di immediata interpretazione poiché spesso si accompagna ad altri sintomi neurologici rispetto ai quali, solo raramente, si rende evidente per importanza o gravità. Ciò premesso ne deriva che, sempre più spesso, si è indotti a ricercare la disfagia in pazienti con patologie neurologiche già diagnosticate.

Tabella 1 - Disfagia orofaringea.

Disfagia orofaringea		
a) Meccanica da causa intraluminali come ad esempio la xerostomia		b) Funzionale
Da causa intrinseca alla parete	Da compressione estrinseca	Forme secondarie
Ca retrocricicoide Ca ipofaringeo Neoplasie tonsillari Processi flogistici acuti Stenosi da caustici Stenosi da radiazioni Stenosi da interventi chirurgici	Gozzo e tumori tiroidei Adenopatie Osteofitosi e spondilite cervicale	Malattie muscolari: - polimiosite - dermatomiosite - miastenia gravis - sarcoidosi - LES

Tabella 2 - Disfagia esofagea nell'anziano.

Disfagia esofagea nell'anziano				
a) Da causa meccanica		b) Funzionale		
	Da compressione estrinseca	Forme idiopatiche	Forme secondarie	
			Malattie neurologiche	
Stenosi peptica* Stenosi da caustici* Processi flogistici cronici granulomatosi Pseudodiverticolosi intramurale Ca esofageo	Aneurisma aortico Ingrandimento atrio sinistro Osteofitosi vertebrale Processi espansivi mediastinici Grossi diverticoli esofagei	Disfunzione del m. crico-faringeo	Neuropatie centrali Patologie cerebrovascolari* Paralisi pseudobulbare* SLA Morbo di Parkinson Sclerosi multipla	Neuropatie periferiche Botulismo e difterite Polineurite Intossicazione da piombo e da tallio Neuropatia alcolica, diabetica, amiloidea Deficit sensitivi del vago e glossofaringeo

* Nell'anziano le cause più frequenti sono l'ictus cerebrale e le malattie degenerative quali le demenze tipo Alzheimer e il morbo di Parkinson.

La diagnosi si basa sulla integrazione di alcune valutazioni quali la valutazione clinica, di laboratorio e strumentale (Douglas et al., 2004; Smithand et al., 2007; Brady, 2008; Boczko, 2006).

La valutazione clinica prevede:

1. valutazione delle alterazioni della deglutizione per ricercare la causa;
2. screening per identificare i disturbi della deglutizione nei pazienti a rischio;
3. valutazione della deglutizione in pazienti con disfagia per identificare le alterazioni e predisporre un piano terapeutico.

LA VALUTAZIONE CLINICA

Nella pratica si può realizzare attraverso la somministrazione di un test al letto del malato.

a) Test di deglutizione di acqua: paziente seduto con mento abbassato si somministra prima un cucchiaino di acqua e si osserva il comportamento durante la deglutizione. Si prosegue aumentando progressivamente la quantità di acqua fino a 90 cc. Si ritiene positivo se entro 1 minuto dall'ultima deglutizione compare tosse e/o voce umida.

b) Determinazione della saturazione di O₂: (5 assunzioni di 10 ml di acqua);
– riduzione di più del 2% più accurata valutazione;
– riduzione di più del 5% sospensione del test.

La valutazione di laboratorio

- CPK nelle miopatie
- Ab anti-colinesterasi nella miastenia gravis
- Ab anti-nucleo nelle miositi

La valutazione strumentale è indispensabile, in alcuni casi, per confermare il sospetto clinico di disfagia, individuare le cause di disfagia in pazienti a rischio anche apparentemente asintomatici; in presenza di discrepanza tra segni e valutazione clinica (complicanze).

Nella pratica clinica la valutazione strumentale viene eseguita mediante un fibrolaringoscopio; la Fibrolaringoscopia consiste in: posizionamento del fibroscopio; esame anatomico; esame in fonazione; valutazione della sensibilità; prove di deglutizione. Questo esame presenta diversi vantaggi: nessuna radiazione, ripetibilità dell'esame, valutazione anatomica, fonazione e sensibi-

lità, eseguibile a letto, utilizzabile qualsiasi tipo di cibo, ed alcuni svantaggi: non è valutabile fase orale ed esofagea, è comunque minimamente esame invasivo, prevede un black-out deglutitorio.

ASSISTENZA NELLA GESTIONE DELLA DISFAGIA

Si basa fondamentalmente sull'intervento riabilitativo finalizzato alla rieducazione ad una corretta deglutizione, ed all'addestramento all'utilizzo delle tecniche di compenso.

Prevede la realizzazione di un piano di trattamento individualizzato che coinvolge un'area generale attraverso l'attivazione e stimolazione dei prerequisiti di base per il raggiungimento della deglutizione funzionale. Essa riguarda, principalmente, l'interazione dell'individuo con l'ambiente.

Comprende cure personali, interazione con gli stimoli ambientali, esecuzione di consegne a crescente complessità ed esercizi prassici di tutti i canali espressivi (Molaschi et al., 2003).

Un'area specifica comprende esercizi e proposte terapeutiche volte a migliorare la sensibilità e la funzionalità neuromuscolare degli organi preposti a ricevere, contenere ed elaborare il bolo.

Si realizza attraverso le tecniche di stimolazione tattile, termica e gustativa per i deficit di sensibilità di labbra, lingua, guance e palato.

In termini applicativi si attuano stimolazioni con il ghiaccio sul viso e, all'interno del cavo orale, a livello dei pilastri tonsillari, della lingua e del palato nonché stimolazioni gustative.

Sono applicabili anche esercizi prassici attivi e passivi in caso di ridotti movimenti labiali, debole chiusura della rima labiale, ridotti movimenti mandibolari, ridotta escursione, velocità e forza dei movimenti di elevazione, protrusione e lateralizzazione della lingua e ridotta chiusura velo-faringea.

Per la riabilitazione delle labbra si possono proporre stimoli quali protruderle ed estenderle, sollevare un solo angolo delle labbra, trattenere tra le labbra un abbassalingua, spostare la rima labiale a destra e a sinistra, mandare un bacio, ritrarre le labbra per mostrare i denti o nascondere le labbra. Per la lingua è possibile addestrare alla protrusione anche contro resistenza, la lateralizzazione all'interno e all'esterno della bocca, l'innalzamento, leccare il palato avanti e indietro, movimenti rotatori all'interno e all'esterno della bocca,

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

schioccare la lingua e contare i denti. Per esercitare il velo palatino si può proporre un soffio di diversa intensità e durata, sbadiglio, risucchio, produzione di suoni duri (AK, AG), produzione di /a/ prolungata e produzione di /a/ a scatti.

L'area specifica comprende la scelta delle procedure terapeutiche effettuata in base alla fisiopatologia del singolo paziente ed alle sue necessità specifiche.

Esse prevedono delle strategie che modificano il meccanismo fisiologico durante la deglutizione, senza eliminare il disturbo causale. L'obiettivo dell'utilizzo di queste metodiche è ottenere l'efficienza del transito oro-faringeo del bolo e una deglutizione senza episodi di inalazione.

Sono note delle metodiche di compenso quali la manovra di deglutizione sovraglottica, manovra di deglutizione super-sovraglottica, deglutizione forzata e la manovra di Mendelsohn (consiste nella deglutizione normale, ma mantenendo manualmente l'elevazione laringea per tutta la sua durata) che ha l'obiettivo aumentare l'elevazione laringea e prolungare l'apertura dello sfintere esofageo superiore per facilitare il passaggio del bolo dall'orofaringe all'ipofaringe ed all'esofago.

Si possono applicare, inoltre, delle posture facilitanti come il capo flesso anteriormente, capo flesso lateralmente a destra o a sinistra e capo ruotato dal lato lesa. Le tecniche rieducative si usano per ripristinare completamente o parzialmente le funzioni motorie o sensorie alterate nella dinamica deglutitoria. Sono composte da esercizi volti al miglioramento del deficit neuromuscolare o sensoriale individuato durante l'osservazione clinico-strumentale e di tecniche di stimolazione del riflesso faringeo. Per provvedimenti adattativi si intende tutto ciò che riduce al massimo le difficoltà dell'atto deglutitorio e la sua preparazione. Comprendono le variazioni dietetiche, l'adozione di ausili speciali per l'alimentazione ma anche l'adeguato posizionamento del cibo nell'abitacolo orale ed il counseling rivolto al paziente e/o a chi se ne occupa.

IL RUOLO DELLA DIETA

Nel paziente disfagico è fondamentale assicurare un adeguato apporto calorico e nutrizionale, per evitare la perdita di peso o una ridotta idratazione (Schindler et al., 2001).

L'alimentazione naturale per bocca prevede una valutazione del grado di autonomia del paziente ma anche l'attenzione alla consistenza degli alimenti. Le manipolazioni alimentari sono necessarie per definire il grado di coesione, di viscosità, il volume del bolo e garantire l'appetibilità. È importante mantenere una corretta postura seduta per favorire il processo del transito del bolo.

Schematicamente gli alimenti possono essere classificati secondo la propria consistenza in alcune categorie quali:

LIQUIDI SENZA SCORIE: non necessitano di preparazione orale, ma in alcune patologie la loro assunzione può essere controindicata (ad esempio, acqua, tè, tisane senza zucchero).

LIQUIDI CON SCORIE: non necessitano di preparazione orale, ma se aspirati hanno effetti infiammatori maggiori sull'apparato broncopolmonare e sono quindi da evitare in caso di rischio di aspirazione (ad esempio, succo di frutta, latte, brodo vegetale).

SEMILQUIDI: necessitano di una modesta preparazione orale in cui non viene implicata la masticazione (ad esempio, gelato, passati di verdura, omogeneizzati, yogurt).

SEMISOLIDI: necessitano di una preparazione orale poco più impegnativa dei cibi semiliquidi, ma non implicano comunque la masticazione (ad esempio, polenta, creme e passati densi, formaggi cremosi, budini, mousse).

SOLIDI: richiedono un'efficiente, accurata, attenta e prolungata preparazione orale con il coinvolgimento della componente masticatoria. Se utilizzati nella dieta di un paziente con disfagia essi devono essere morbidi, omogenei, compatti (ad esempio: gnocchi di patate, pasta ben cotta, uova sode, pesce, verdure cotte non filacciose, crescenza, ricotta, banane, pere).

Possono essere individuate delle categorie di "additivi" utili a modificare le **consistenze** degli alimenti previsti dal piano dietetico individuale. Esse sono gli addensanti, i diluenti e i lubrificanti, che vanno usati come integrazione agli alimenti al fine di favorirne il processo di deglutizione.

Le consistenze semisolidi e semiliquide sarebbero da preferire nell'ambito dell'addestramento riabilitativo del paziente affetto da disfagia.

Si desidera, come corollario conclusivo, proporre alcune precauzioni comportamentali utili a tutti gli operatori che, a diverso titolo, accompagnano l'anziano nell'alimentazione.

- Il paziente deve mangiare in posizione seduta, con le braccia comodamente appoggiate. Ad ogni deglutizione, salvo diversa indicazione, il capo deve essere leggermente flesso anteriormente.
- È bene verificare il grado di attenzione del paziente ed interrompere l'alimentazione ai primi segni di stanchezza.
- Procedere lentamente, assumendo sempre piccole quantità di cibo per volta e solo se il boccone precedente è stato deglutito.
- Durante l'alimentazione evitare di parlare o guardare la televisione ed evitare tutte le attività o gli ambienti che possono distrarre il paziente.
- Ogni tanto far eseguire al paziente qualche colpo di tosse seguito da deglutizioni a vuoto.
- L'assunzione di acqua o altri liquidi, quando consentita e secondo la modalità stabilita, deve avvenire solamente dopo aver eliminato ogni residuo di cibo dal cavo orale e dalla faringe.

Infine è da ricordare che anche l'aspetto degli alimenti deve essere invitante! Le portate dovrebbero essere mantenute separate. È necessario variare i menù per non cadere nella monotonia.

In particolare si intende fornire alcuni suggerimenti sugli alimenti da evitare nella disfagia tra i quali rientrano alimenti abitualmente assunti in molte comunità come pasta in brodo, minestrone con verdure in pezzi, legumi, frutta secca, riso, zuppe di pane o fette biscottate, cibi adesivi (stracchino...) e alcolici (per effetto anestetico locale).

Accanto alle diete alimentari preparate abitualmente sono da considerare indispensabili anche gli integratori nutrizionali preparati sotto forma di creme, budini, e liquidi gelificati. Nel divezzamento nutrizionale va con-

siderata anche un'alimentazione mista che potrebbe prevedere l'integrazione mediante sondini.

CONCLUSIONI

Il tipo di intervento che si può attuare nella disfagia richiede la multidisciplinarietà e l'integrazione delle competenze, come peraltro avviene per gran parte dei disturbi che interessano l'anziano e chi lo assiste.

BIBLIOGRAFIA

- Bloem BR, Lagaay AM, van Beek W, Haan J, Roos RA, Wintzen AR. Prevalence of subjective dysphagia in community residents aged over 87. *BMJ*. 1990;300(6726):721-2.
- Boczko F. Patients' awareness of symptoms of dysphagia. *J Am Med Dir Assoc* 2006;7(9):587-90.
- Boffelli S, Trabucchi M. Aspetti nutrizionali nel paziente affetto da demenza. *G Gerontol* 2006;54(suppl. 4):S9-S14.
- Brady A. Managing the patient with dysphagia. *Home Healthc Nurse* 2008;26(1):41-6; quiz 47-8.
- Douglas MA, Elliot AM. *Mosby's medical, nursing, & Allied Health Dictionary* sesta edizione. New York, Piccin 2004.
- Ferrario E, Massala M. *Deglutologia*, 2005.
- Molaschi M, Scarafioti C, Ponzetto M, Raspo S, Bo M, Massaia M, Fabris F. Malnutrizione e demenza: importanza di una corretta assistenza durante il pasto. *Rec. Prog. Med* 2003;94(2):61-5.
- Schindler O, Ruoppolo G, Schindler A. *Deglutologia*. Omega Edizioni, Torino 2001:445-9.
- Smithard DG, Smeeton NC, Wolfe CD. Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter? *Age Ageing* 2007;36(1):90-4.
- Spano M. Disfagia: trattamento nutrizionale nell'anziano. *Nursing. Assistenze Anziani* 2006(1):64-7.
- Tibbling L, Gustafsson B. Dysphagia and its consequences in the elderly. *Dysphagia*. 1991;6(4):200-2.