

Disfagia: cause e trattamento

Vincenzo Di Francesco

AOUI VERONA

Vicenza 3 Novembre 2017

*Ruolo degli ambulatori nutrizionali SIAN nella
prevenzione delle malattie*



Classificazione

Disfagia

Difficoltà ad iniziare la deglutizione

Problema dopo la deglutizione

Disfagia orofaringea

Disfagia esofagea

Solo per i solidi

Solidi e liquidi

Ostruzione meccanica

Disordine della motilità

Intermittente

Progressivo

Intermittente

Progressivo

Anello
esofageo ?

Neoplasie

Spasmo
esofageo

Acalasia
Sclerodermia

Disfagia Cause: Anomalie strutturali

Neoplasie esofagee

Neoplasie ENT (ear, nose, thorax)

Osteofitosi cervicale

Stenosi esofagee postchirurgiche o post
radioterapia

Diverticoli di Zenker

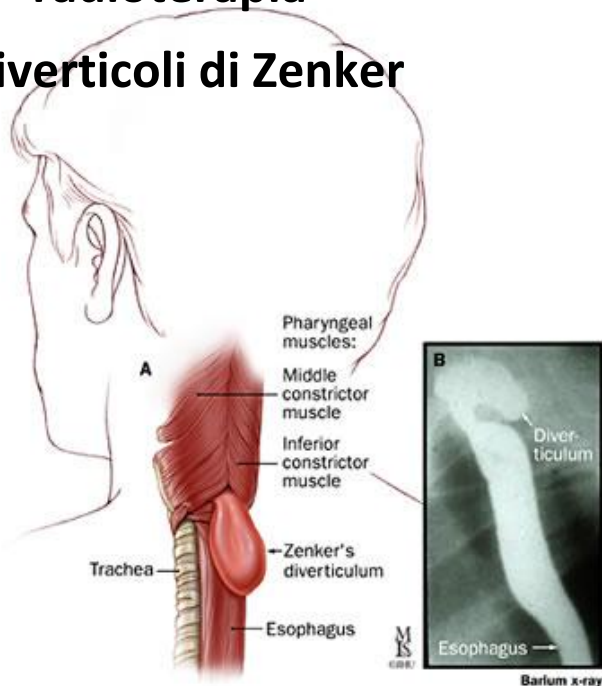


Figure 17. Zenker's diverticulum (A) with corresponding barium x-ray (B).

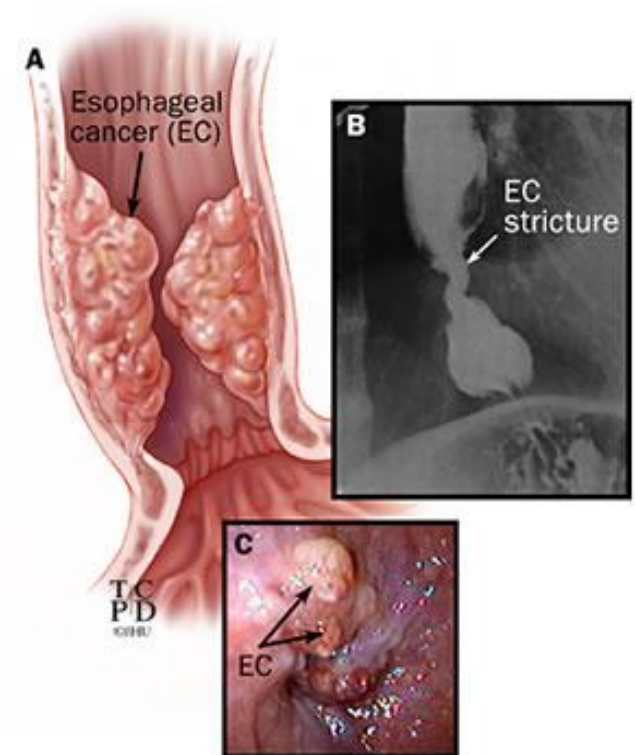


Figure 21. Esophageal cancer (A) with corresponding barium swallow x-ray (B) and endoscopic view (C).

Disfagia: difficoltà o disagio durante la progressione del bolo alimentare dalla bocca allo stomaco

Prevalenza:

30% dei pazienti con esiti di incidenti cerebrovascolari;

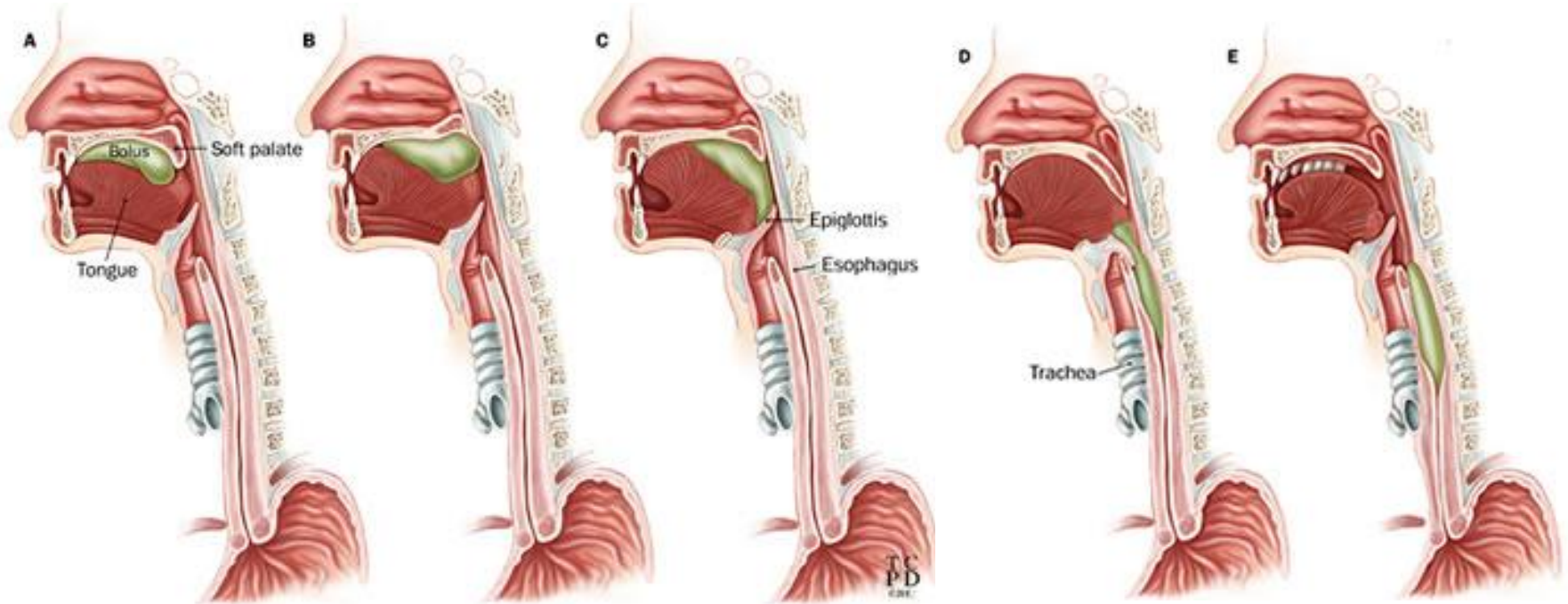
52-82% dei pazienti affetti da Parkinson

84% dei pazienti affetti da Alzheimer

40% degli adulti >65 anni

60% degli anziani istituzionalizzati.

Fasi della deglutizione



Fase orale

Fase faringea

Fase faringo-esofagea

Disfagia Cause: Anomalie Funzionali Neurologiche

Stroke;

Sindrome di Parkinson;

Lesioni cerebrali;

Malattia di Alzheimer;

Lesioni spinali;

Sclerosi multipla;

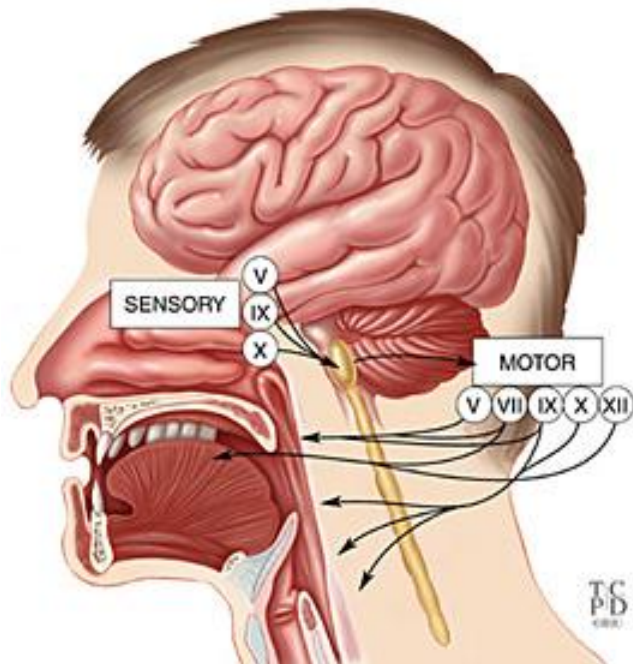
Sclerosi laterale amiotrofica SLA;

Distrofia muscolare;

Disfagia: Controllo della deglutizione

La prima fase della deglutizione da parte della cavità orale è sotto controllo volontario, mentre il controllo delle fasi faringea ed esofagea sono involontarie.

Gusto, pressione, temperatura, nocicezione stimoli somatici generali da orofaringe e laringe passano attraverso i **nervi cranici V, VII, IX, X**, al **nucleo solitario**, dove vengono integrati con informazioni della corteccia.



Le regioni corticali implicate sono molteplici ed asimmetriche: **cervelletto, amygdala, corteccia temporale, insula, cauda, corteccia sensorimotrice e laterale premotoria**

(questo spiega perché il 30-50% dei pz con stroke emisferici monolaterali sviluppano disfagia).

Disfagia: Diagnosi

- **Screening**
- **Valutazione clinico-funzionale**
- **Valutazione clinica strumentale**

Disfagia: Diagnosi

Screening:

Processo veloce svolto da **personale sanitario specificatamente istruito**, in cui con semplici metodiche si evidenziano i segni di disfagia con valutazione di capacità deglutitoria di una sola sostanza

3-oz water test

Timed swallow test

Standardized bed side

swallow assessment



Tosse durante il test

Sonorità della voce

gorgogliante dopo il

test

Velocità di

deglutizione inferiore

a 10 mL

= Test Positivo

Disfagia: Diagnosi

Valutazione clinico-funzionale:

Effettuato da **logopedista**, con valutazione di capacità deglutitoria di sostanze di diversa consistenza

Bedside Evaluation (BSE):

Informal BSE valutazione cognitivo comunicativa (valutazione facies, esplorazione orale) e raccolta dati anamnestici

+ **Formal BSE** valutazione capacità deglutitoria con boli di diversa consistenza

Disfagia: Diagnosi

Valutazione clinico-strumentale:

Effettuata dal **medico specialista** in collaborazione con il logopedista per valutare l'integrità delle strutture coinvolte nella deglutizione ed il fisiologico funzionamento degli effettori

Procedure non dinamiche: Laringoscopia indiretta,

TAC e RMN,

Fibrolaringoscopia

Procedure dinamiche:

Manometria faringea,

Scintigrafia,

Ultrasonografia,

Videofluoroscopia (gold standard).

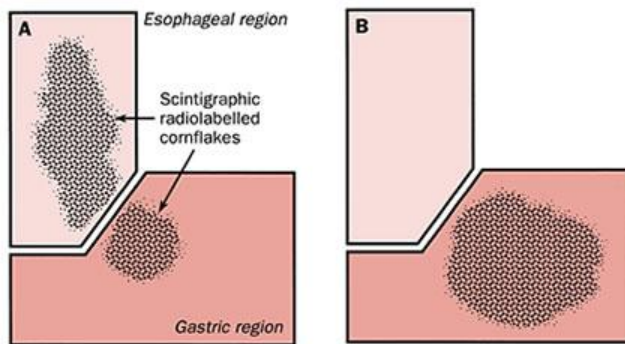
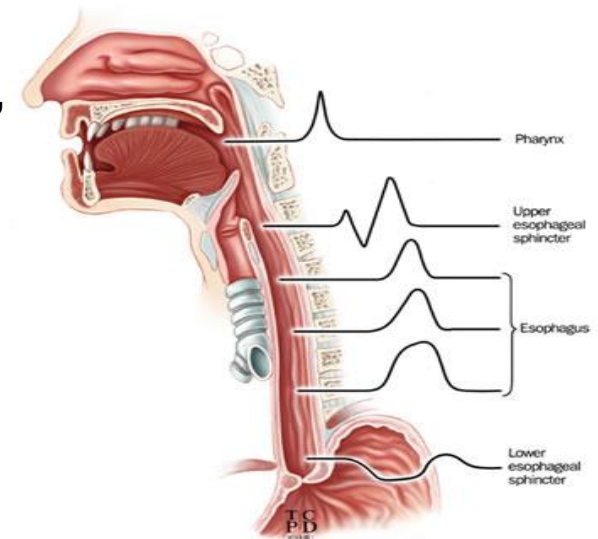


Figure 24. Esophageal cornflake study (A) before and after (B) treatment for achalasia.

Disfagia: Diagnosi

Videofluoroscopia Gold standard strumentale

Tecnica radiologica che studia la **fase orale e faringea**

Permette di definire e quantificare il grado di inalazione intradeglutitoria

E' costosa ed invasiva, pertanto non proponibile a tutti i soggetti.

Valutazione di deglutizione da parte del paziente di una singola dose di mezzo di contrasto di opportuna consistenza. Il paziente deve avere il tronco in posizione eretta (seduto, in barella o carrozzina) con valutazione nelle due proiezioni latero- laterale ed antero-posteriore.



PresbiDeglutizione

*PresbiFagia
primaria*

*PresbiFagia
secondaria*

European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome

Clinical condition in older persons that do not fit into disease categories but are highly prevalent in old age, multifactorial, associated with multiple co-morbidities and poor outcomes and are only treatable when a multidimensional approach is used

European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome

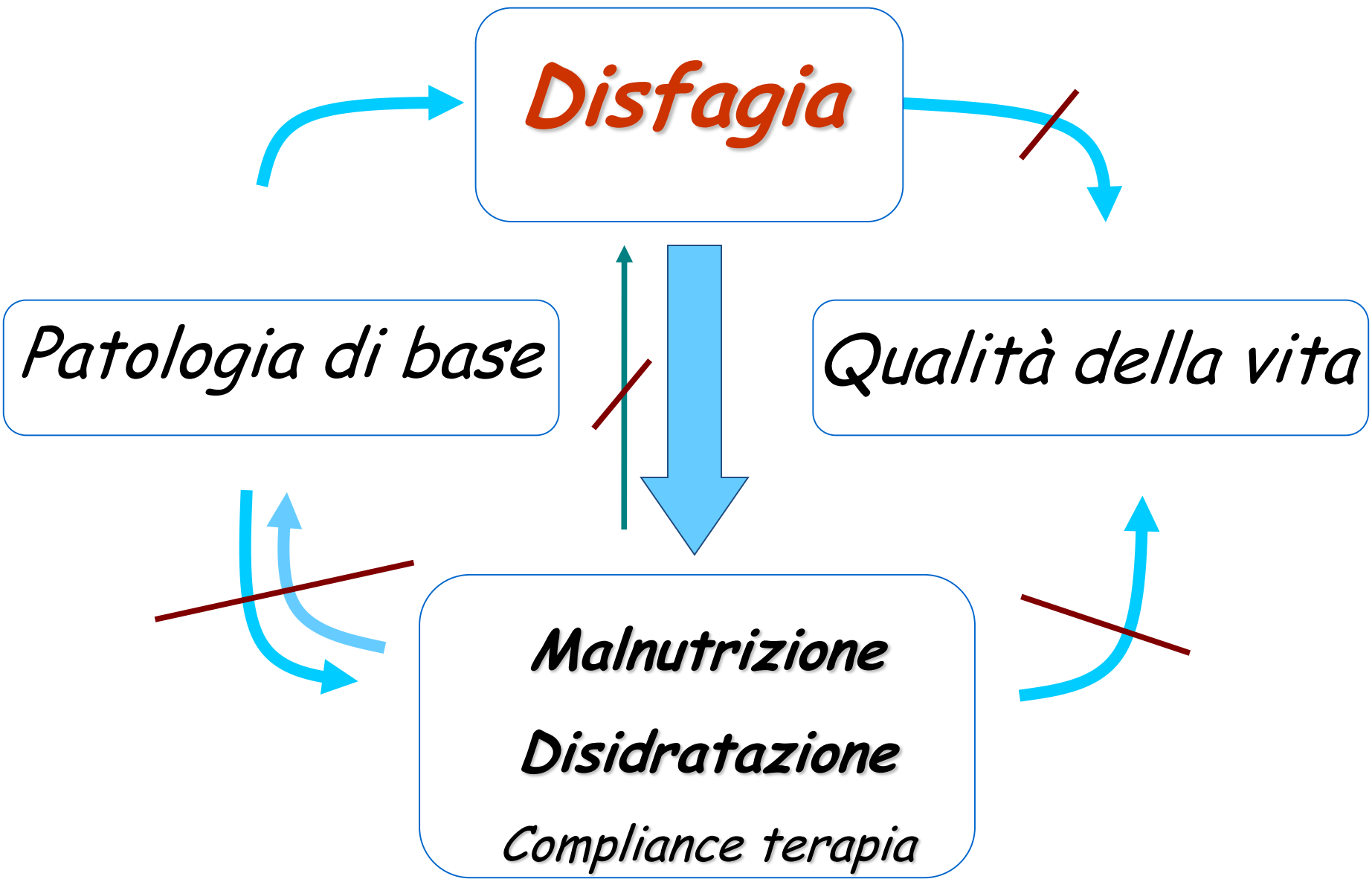
- High prevalence in older person
 - 30-40% community dwelling
 - 44% adm geriatric acute care
 - 60% institutionalized
- Combination of symptoms
- Common risk factors
 - Functional and cognitive dependency
- Interactions with other geriatric syndromes
- Impaired outcomes
 - Mortality, hospitalization, institutionalization
- Multicomponent Intervention

COMPONENTI DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE NELL'ANZIANO

- Salute Fisica
 - Elenco dei problemi medici tradizionali
 - Indicatori di Severità di malattia
- Capacità funzionale generale
 - Attività della vita quotidiana
 - Valutazione del cammino e dell'equilibrio
 - Capacità di performance fisica
- Salute psico-cognitiva
 - Tests psicometrici di capacità cognitiva
 - Tests psicometrici di stato affettivo
- Indicatori sociali e ambientali
 - Risorse e necessità sociali
 - Situazione ambientale

Team multidisciplinare

- Geriatra
- Infermiere
- Logopedista
- Fisioterapista
- Gastroenterologo
- Otorinolaringoiatra
- Neurologo
- Chirurgo
- Dietista
- Radiologo



Disfagia

Patologia di base

Qualità della vita

Malnutrizione
Disidratazione
Compliance terapia

Polmoniti ab ingestis

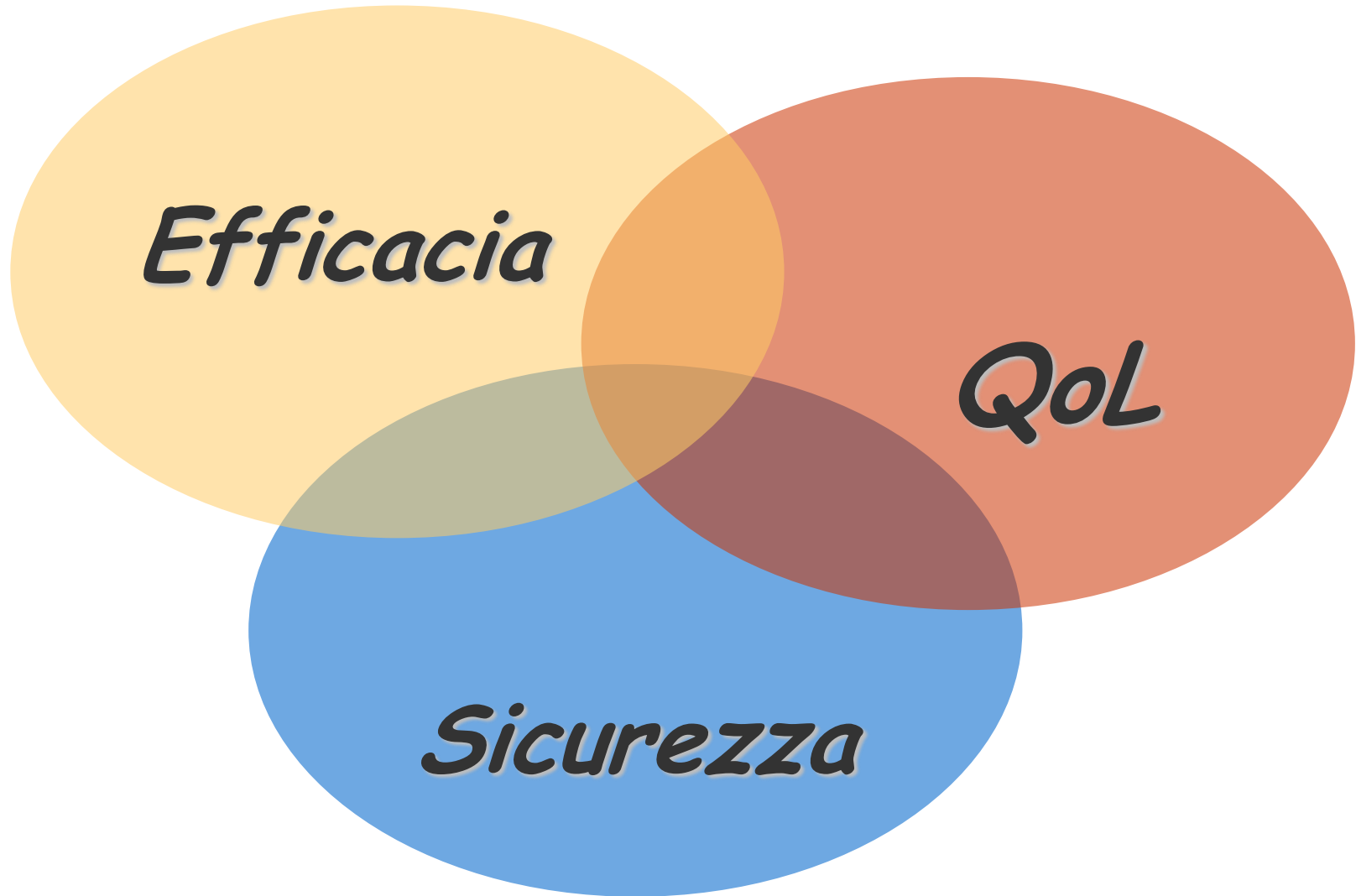
Nei pz con disfagia fino 30% mostra aspirazione. La metà di questi hanno aspirazione silente, senza tosse.

Eziologia: *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae* in pz in comunità; Gram-neg in polmoniti nosocomiali

Cofattori: Malnutrizione, scarsa igiene orale



Obiettivi dell'intervento



Trattamento

Strategie Compensatorie

Modificazioni della dieta

Utilizzo di utensili e stoviglie adattati

Assistenza al pasto

Modifiche dell'ambiente e dei tempi del pasto

Fabbisogno energetico

Apporto di energia di origine alimentare necessario a compensare il dispendio energetico di individui che mantengono una struttura corporea e un'attività fisica che possano garantire lo stato di buona salute e sufficiente a partecipare attivamente alla vita sociale ed economica.

Nei bambini e nelle donne in gravidanza e allattamento l'apporto deve garantire energia per l'accrescimento e la produzione di latte

Primo Livello: disfagia moderata-severa

Ritenzione di cibo in bocca o faringe
eliminabile con più deglutizioni

Aspirazione nelle vie aeree senza tosse

Dieta consistente di alimenti finemente
tritati, omogenei, ben amalgamati
(consistenza purea/ budino). Liquidi non
tollerati richiedono addensante

Secondo Livello: disfagia lieve-moderata

Ritenzione di cibo in bocca o faringe
eliminabile con 1 deglutizione

Aspirazione nelle vie aeree con tosse

Dieta richiede capacità di masticare,
consistenze differenti possono essere
tollerate. Tollerati cibi di consistenza
soffice o tritati con pezzi non superiori a
ca 1/2 cm, preferibile amalgamare.

Liquidi possono essere tollerati.

Terzo Livello: disfagia lieve

Modesta ritenzione di cibo in bocca o faringe
eliminabile spontaneamente

Aspirazione nelle vie aeree solo dei liquidi con
tosse

Dieta di transizione, richiede capacità di
masticare e deglutire, consistenze
differenti sono tollerate. Non tollerati solo
cibi di consistenza dura.

Liquidi tollerati



Cereali Amidi

Livello 1 (mod-sev): pasta, riso, patate ben cotti e passati fino a consistenza purea omogenea

Livello 2 (mod-lieve): pasta ben cotta e tritata, amalgamata con salsa, patate schiacciate.

Livello 3 (lieve): pasta e riso ben cotti pane morbido, patate cotte e sbucciate.

Carni - alimenti proteici

Livello 1 (mod-sev): carni passate a consistenza purea, legumi passati senza buccia, souffles, uova cotte e passate.

Livello 2 (mod-lieve): carni umide e tritate, tonno con salsa, uova (non sode), formaggi freschi.

Livello 3 (lieve): carni in umido o in fettine molto sottili.

Verdure

Livello 1 (mod-sev): purea di verdure senza semi e bucce, succhi con addensante.

Livello 2 (mod-lieve): verdure cotte in piccoli pezzi (schiacciabili con forchetta).

Livello 3 (lieve): verdure cotte tenere. Lattuga tritata.

Frutta

Livello 1 (mod-sev): mousses di frutta senza semi e bucce, banane schiacciate, succhi con addensante.

Livello 2 (mod-lieve): frutta cotta senza semi e buccia, banane.

Livello 3 (lieve): frutta tenera senza buccia (pesche, albicocche, mango, kiwi, melone, NO-ananas). Frutti di bosco.

Dolci

Livello 1 (mod-sev): budini, creme, yogurt, mousse.

Livello 2 (mod-lieve): biscotti bagnati nel latte, dolci "al cucchiaino", gelati (se liquidi tollerati).

Livello 3 (lieve): tutti i dolci evitando quelli secchi o con semi-nocciole.

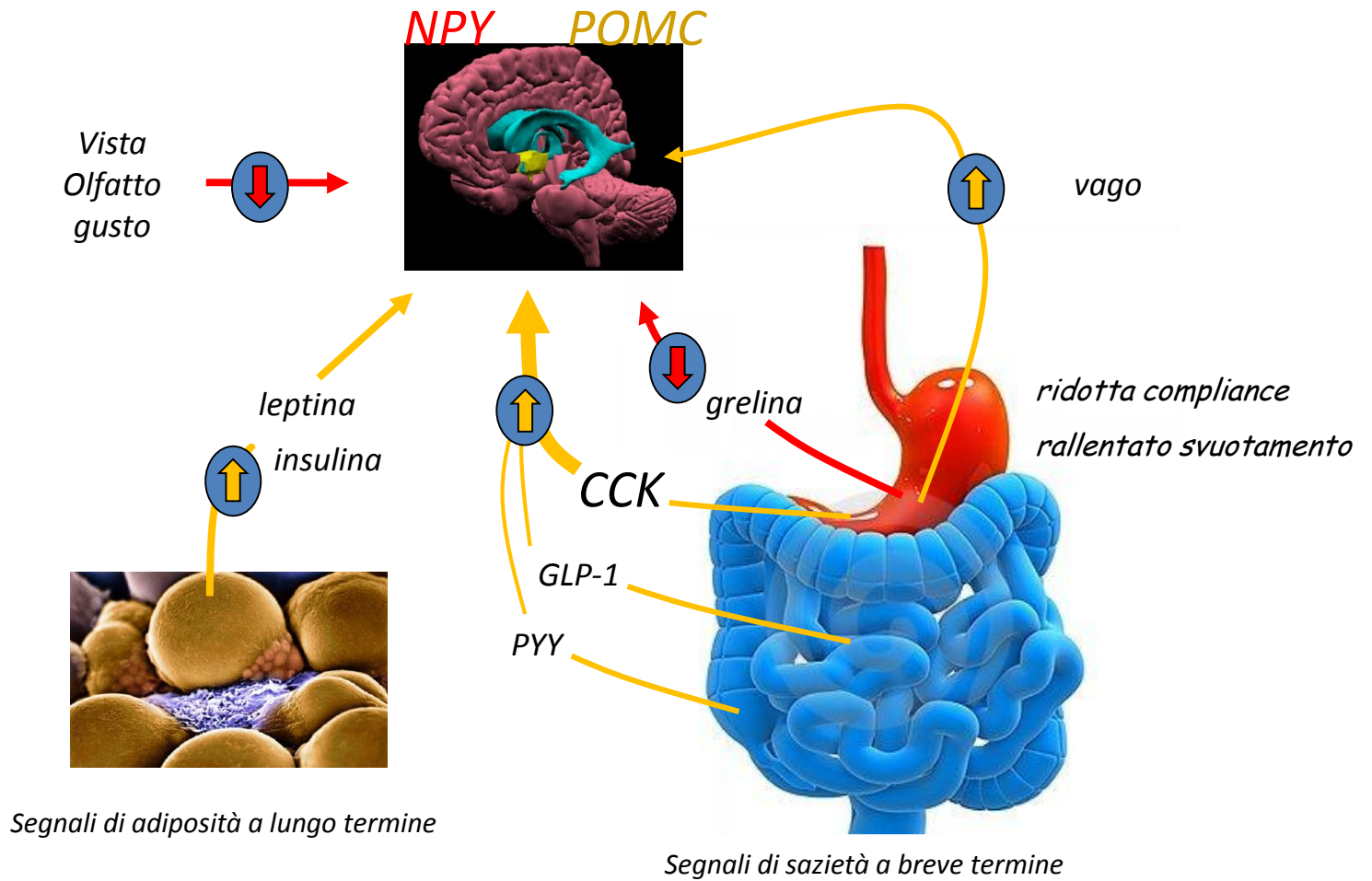
Bevande

Livello 1 (mod-sev): bevande con addensante, omogenee, senza polpa, semi, particolati.

Livello 2 (mod-lieve): bevande con poca polpa, se necessario con addensante

Livello 3 (lieve): in genere tutte ben tollerate.

Anoressia dell'anziano



Per migliorare l'appetibilità utilizzare

Odori

Alimenti saporiti, speziati

Preparazioni composte (mescolare i
colori..)

Guarnizioni

Emollienti

Impasti

Trattamento

Strategie posturali:

Posizione verticale

Flessione anteriore del mento protegge le vie aeree

Flessione posteriore del mento facilita la progressione a livello faringeo del bolo e favorisce la velocità di transito orale.

Rotazioni del capo verso il lato della lesione neurologica post ictus, incrementa l'efficacia del transito faringeo e facilita l'apertura dello sfintere esofageo superiore

Trattamento

Riabilitazione e tecniche di Biofeedback

Esercizi di flessione cervicale (Shaker exercise) possono migliorare la funzione faringea, l'elevazione dello iode e stimolare il corretto funzionamento dello sfintere esofageo superiore

Masako manoeuvre utile nel caso di alterazioni della fase lingua

Neuromuscular Electrostimulation (NMES) (Outcome terapeutici discussi)

Strategie deglutitorie:

effettuabili da paziente collaborante e in grado di imparare e ripetere tali manovre in modo automatico

Doppia deglutizione per ridurre i residui postdeglutitori prima di effettuare l'inspirazione

Deglutizione "sopraglottica": inspirio, trattenuta del respiro con contemporanea ingestione del cibo e deglutizione; tosse spontanea al termine della deglutizione per eliminare eventuali residui

Manovra di Mendelson: facilita e prolunga l'apertura dello SES

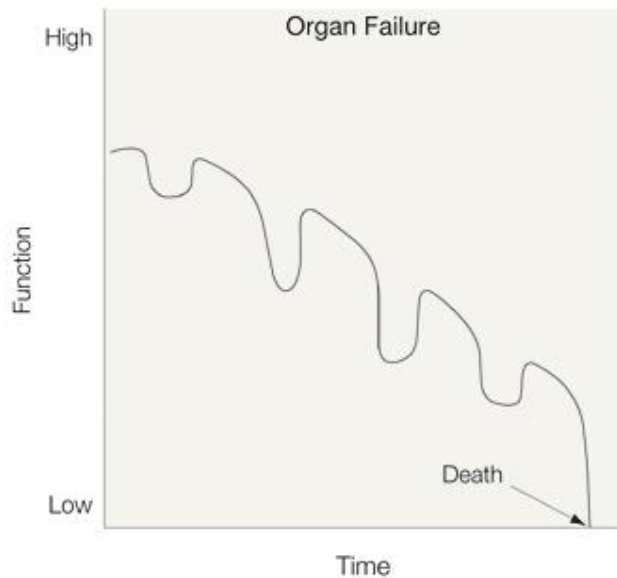
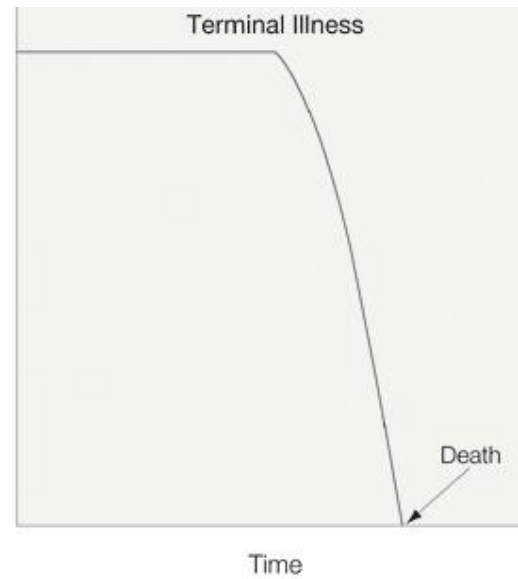
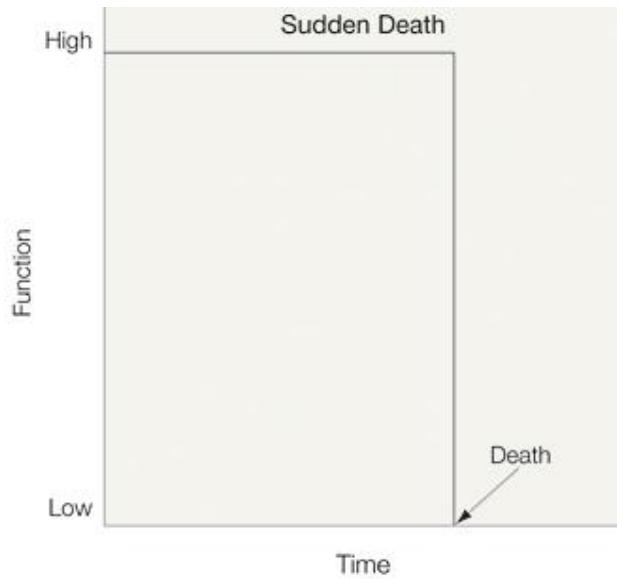
Trattamento

Interventi chirurgici e farmacologici:

Quadri ostruttivi a livello dello sfintere esofageo superiore (patologie neurologiche spastiche, Parkinson) possono beneficiare di trattamenti chirurgici con **miectomia cricofaringea** o **iniezione di tossina botulinica**.

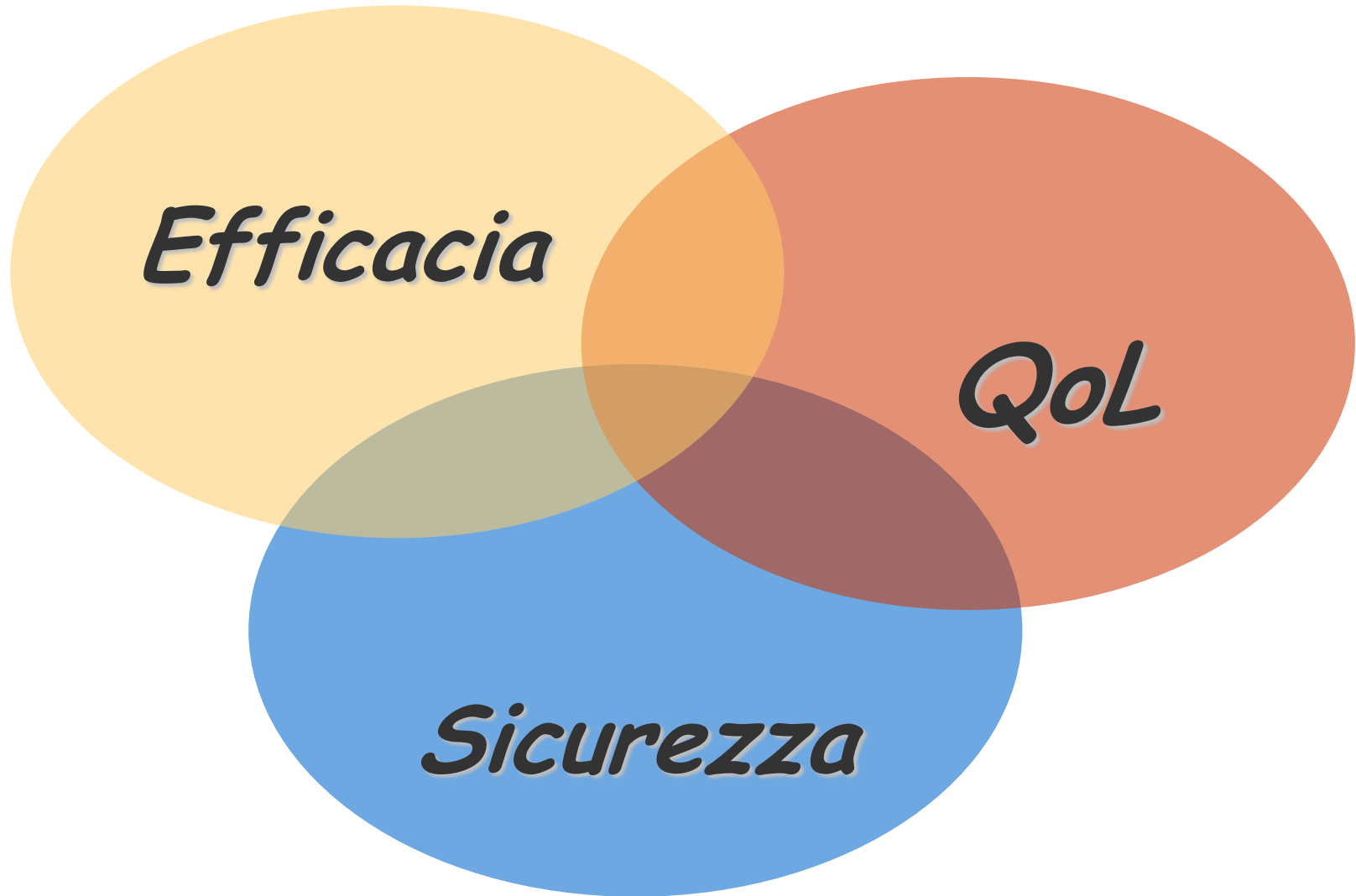
Presenza di diverticoli di Zenker: resezione chirurgica del diverticolo

Theoretical Trajectories of Dying



Lunney JR et al, 2003

Obiettivi dell'intervento





ESPEN 2015 – Nutrition in dementia

- Screening malnutrizione
- Monitoraggio del peso
- **Cura dell'ambiente del pranzo**
- Rispetto preferenze
- Incoraggiamento al pasto
- Farmaci oressigeni
- **Educazione care-giver**
- Correggere concause
- Evitare diete restrittive
- Antiossidanti, microelementi
- **Integr. per malnutrizione**
- Integr. per demenza
- Integratori specifici
- Altri prodotti dietetici
- Consenso e prognosi TubeF
- TubeF per le crisi reversibili
- **NO TubeF nelle forme severe**
- TPN forme non severe
- TPN idratazione nelle crisi
- **NO nutrizione artificiale nel fine vita**

Enteral tube feeding for older people with advanced dementia (Review)

Sampson EL, Candy B, Jones L



AUTHORS' CONCLUSIONS

Implications for practice

Despite the large number of patients receiving this intervention there is insufficient evidence for the effectiveness of enteral feeding for older people with advanced dementia on survival, quality of life, nutrition and pressure ulcers, function and behavioural or psychiatric symptoms of dementia.

“Tube ~~Vs~~ Starvation”

“Tube Vs Comfort Feeding”

JM Teno JAGS 2010

