



La disfagia nell'adulto e nell'anziano: un problema sociale
13 Maggio 2016

LA DISFAGIA: LIMITI E POSSIBILITÀ PER UNA CORRETTA DEGLUTIZIONE ED ALIMENTAZIONE

Logopedista
Dott.ssa Alessandra Fiacadori
A.O. di Padova

DEGLUTIZIONE	DISFAGIA
Insieme delle manovre che devono essere effettuate perché sostanze (diversa consistenza o miste) introdotte in bocca passino all'esofago e da qui nello stomaco	Condizione patologica caratterizzata da impedimento o alterazione del meccanismo di deglutizione con compromissione qualitativa e quantitativa del transito alimentare
Tempo fisiologico 2-5 sec Aspirazione nulla Residuo in bocca e in faringe nullo	Tempo superiore ai 5 sec Penetrazione e/o rischio inalazione Residuo orale e/o faringeo

RISCHI DISFAGIA

<p>PENETRAZIONE: ingresso del cibo solido, liquido o saliva <u>fino alle CCVV</u> e nel vestibolo laringeo <u>seguito da riflessi di difesa</u> (specie da tosse valida) che ne impediscono l'aspirazione o inalazione.</p>	
<p>ASPIRAZIONE o INALAZIONE: l'ingresso di alimenti o altro (saliva, reflusso) nel vestibolo laringeo con <u>progressione ulteriore nelle vie</u> <u>aeree</u> e in assenza di totale espulsione dall'apparato broncopolmonare. Vi può essere tosse riflessa o no (inalazione silente). La possibile complicanza è la POLMONITE AB INGESTIS.</p>	

DISFAGIA= Alterazione della deglutizione.

Condizione patologica caratterizzata da impedimento o alterazione del meccanismo della deglutizione con compromissione qualitativa e quantitativa.

DISFAGIA NELLE PATOLOGIE ORL

Cause:

- Patologie delle vie aero-digestive superiori (patol. Orl, patol. Oncologiche, interv. Ricostruttivi,..)
- Patologie neurologiche e neurodegenerative (ictus, TCE, SLA, Parkinson,ecc)
- Patologie strutturali (malformazioni, ecc.)

Sintomi: perdita di peso, tosse durante l'alimentazione, ristagno di cibo nel cavo orale, voce umida o gorgogliante, febbri ricorrenti

Conseguenze: perdita di motivazione/ rinuncia all'alimentazione, disidratazione, malnutrizione, allungamento tempi di guarigione, inalazione del cibo e complicanze polmonari, soffocamento, morte (alti costi per SSN)

**Non è una malattia
ma un SINTOMO/ SEGNO CLINICO**

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE ALLA PERSONA



CIBO E ALIMENTAZIONE FANNO PARTE DEL PROCESSO DI CURA

FASI DELLA DEGLUTIZIONE

- FASE ANTICIPATORIA
- FASE 0 DI PREPARAZIONE EXTRAORALE
- FASE 1 DI PREPARAZIONE ORALE
- FASE 2 ORALE
- FASE 3 FARINGEA
- FASE 4 ESOFAGEA
- FASE 5 GASTRICA



Sec. Manuale di Deglutologia, O. Schindler

Fasi della deglutizione

FASE	SPIEGAZIONE	INTERVENTO	CHI?
FASE ANTICIPATORIA	stimoli che l'organismo riceve dall'alimento. Input sensoriali (olfatto, vista) + fattori socioculturali.	Preparazione pietanza Appetibilità, Aspetto edonistico del cibo	Caregiver Cucina Oss
FASE 0 PREPARAZIONE EXTRAORALE	preparazione del cibo (cottura, condimento, ecc)	Consistenza, Viscosità, Coesione degli alimenti, Scelta stoviglie	Caregiver Cucina Logopedista Dietista
FASE 1 PREPARAZIONE ORALE	prensione, masticazione e l'insalivazione dei cibi che porta alla formazione del bolo omogeneo	Trattamento chirurgico Trattamento farmacologico Trattamento logopedico	Medico Specialista Infermiere Logopedista
FASE 2 ORALE	la lingua si muove verso l'alto e spinge il bolo verso l'istmo delle fauci; il velo del palato si chiude per evitare rigurgiti nasali	Trattamento chirurgico Trattamento logopedico	Medico Specialista Logopedista
FASE 3 FARINGEA	il bolo supera l'istmo delle fauci (innescando il riflesso deglutitorio), transita in faringe (peristalsi faringea). Contemporaneamente si ha la chiusura delle vie aeree (ribaltamento dell'epiglottide, chiusure delle CC VV, innalzamento della laringe). Apertura dello SES	Trattamento chirurgico Trattamento logopedico	Medico Specialista Logopedista
FASE 4 ESOFAGEA	una volta aperto lo SES il bolo passa in esofago	Trattamento farmacologico	Medico Specialista Medico di base
FASE 5 GASTRICA	apertura dello sfintere esofageo inferiore e passaggio del bolo nello stomaco	Trattamento farmacologico	Medico Specialista Medico di base

Inquadramento clinico-topografico

FASE PREPARAZIONE ORALE	Difficoltà nella preparazione del bolo	➔	DISFAGIA PRE-DEGLUTITORIA
FASE ORALE	Incapacità ad iniziare la deglutizione	➔	DISFAGIA PRE-DEGLUTITORIA
FASE FARINGEA	Interferenza tra attività di deglutizione e respirazione (frequenti episodi ab ingestis)	➔	DISFAGIA PRE, INTRA e POST-DEGLUTITORIA
FASE ESOFAGEA	Spasmi dello sfintere esofageo superiore, transito esofageo difficoltoso, reflusso gastro-esofageo	➔	DISFAGIA POST-DEGLUTITORIA

PECULIARITÀ PAZIENTE ORL

Intervento strutturale → MODIFICAZIONI

- **Strutture anatomiche** sacrificate con l'atto chirurgico
- **Compromissione dei nervi cranici** coinvolti nel complesso meccanismo della deglutizione (aspetti motorio e sensoriale)
- **Status generale** del paziente (condizione di salute e psicologica)



Alterazioni delle fasi

ALTERAZIONE FASE ORALE

IN QUALI CASI?

- Modifiche anatomiche (asportazione e/o ricostruzioni)
- Compromissione nervi cranici (V-VII-XII)

CONSEGUENZE

- Alterazione/Perdita sensibilità
- Riduzione motilità



DEFICIT

❖ **Deficit della prensione:** sfintere labiale, incontinenza di saliva e alimenti, talvolta associazione con ristagno nel vestibolo orale.

Cause: interventi a livello delle labbra, asportazione pavimento orale anteriore

Deficit della masticazione: limitazione dietetica che impedisce l'alimentazione con cibi solidi.

Cause: resezione dell'osso mandibolare, estrazione dei denti, resezioni della lingua nella sua parte mobile e/o riduzione motricità linguale e mm masticatori per deficit V e XII n.c.

❖ **Deficit della propulsione:** allungamento del tempo di transito oro-faringeo, ridotto controllo sulla progressione del bolo e conseguenti fenomeni di aspirazione.

Cause: exeresi parziali, subtotali o totali della lingua con riduzione fino alla scomparsa della sua motricità e della forza propulsiva (pistone linguale).

ALTERAZIONE DELLA FASE FARINGEA

IN QUALI CASI?

Exeresi di:

- Strutture intermedie (orofaringe, velo palatino, loggia tonsillare..)
- Base lingua
- Base cranica (laterale, fossa infratemporale)
- Faringo-laringectomie (parziali o totali)

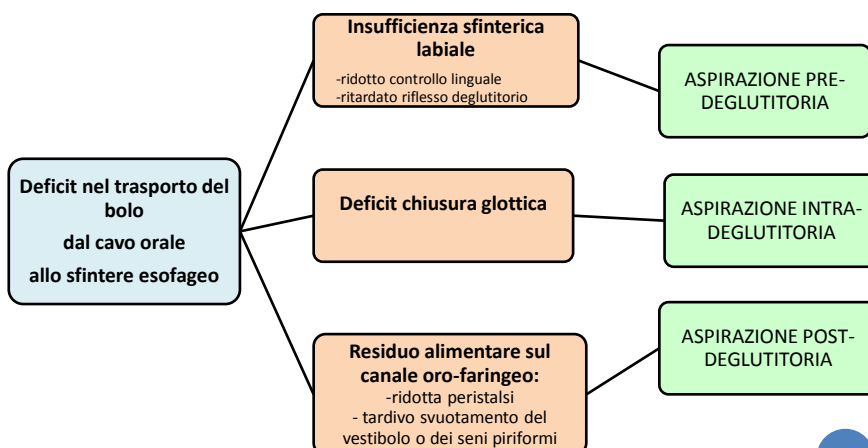


CONSEGUENZE


Determina aspirazione:

- ❖ **pre-deglutitoria**: ridotto controllo funzionalità linguale, ritardata o assente elicitazione del riflesso faringeo (il bolo scivola sulla base lingua e ristagna nelle vallecule, nei seni piriformi o nell'adito laringeo, senza segni di innesco del riflesso)
- ❖ **intra-deglutitoria**: debolezza o assenza della peristalsi faringeo, riduzione o scomparsa dell'elevazione laringea associata a spasticità dello sfintere esofageo superiore (mancata chiusura dell'adito laringeo e mancata apertura dello SES)
- ❖ **post-deglutitoria**: ridotta peristalsi faringeo (residuo bilaterale nelle vallecule e nei seni piriformi), ridotta elevazione laringea (ristagno nell'adito laringeo), paralisi faringeo unilaterale, paralisi laringea unilaterale, disfunzione crico-faringea (ristagno solo nei seni piriformi e non nelle vallecule)

CORRELAZIONI TRA DEFICIT FUNZIONALE E ASPIRAZIONE



INTERVENTI IN ORL

TIPO DI INTERVENTO	DEFICIT	SINTOMI E SEGNI
Laringectomia totale	Separazione della via aerea e digestiva	Afonia No disfagia 
Chirurgia subtotale della laringe (CHP, CHEP)	Deficit nella protezione delle vie aeree Deficit nell'innescio della deglutizione	Disfagia Disfonia Dispnea
Laringectomie orizzontali sovraglottiche (LOS)	Deficit dell'innescio della deglutizione Deficit dei n.c. (IX e X)	Disfagia (post-operatorio)
Glossectomie	Deficit della fase orale e propulsiva	Disfagia Disturbi articolazione verbale
Interventi demolitivi cavo orale e maxillo-facciali	Modifiche strutturali con possibili lesioni delle afferenze nervose di tali strutture	Disturbi dell'articolazione verbale Disfagia

PRESA IN CARICO LOGOPEDICA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO IN ORL

1)Intervento chirurgico

2)FEES

3)Presenza in carico logopedica

- Valutazione logopedica
- Rieducazione logopedica

4)Dimissione:

- Non necessaria prosecuzione del trattamento
- Prosecuzione ambulatoriale del trattamento
- Prosecuzione presso altra struttura

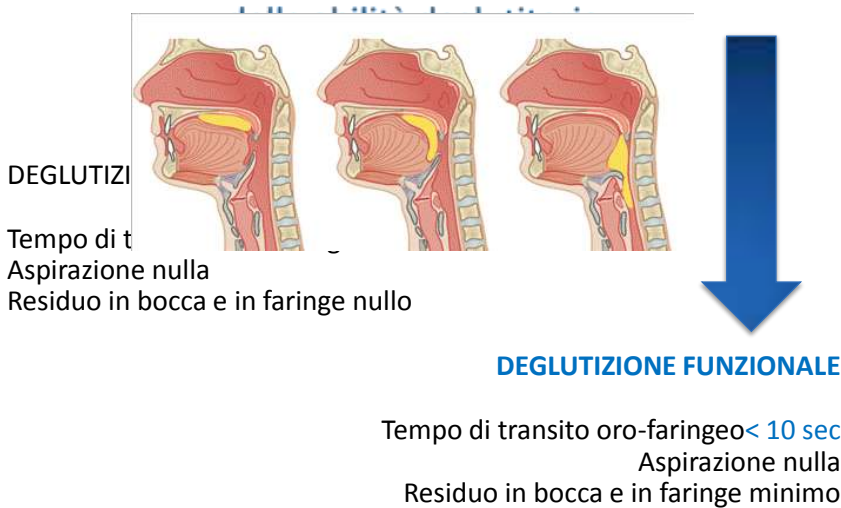
PRESA IN CARICO LOGOPEDICA

- Valutazione logopedica
- **Trattamento logopedico:**
 - Area generale
 - Area settoriale
 - Area specifica



Con l'obiettivo di raggiungere una **DEGLUTIZIONE FUNZIONALE** per una ripresa dell'alimentazione

Obiettivo del trattamento logopedico



VALUTAZIONE LOGOPEDICA NEL PAZIENTE DISFAGICO ORL



-**Dati anamnestici**

-**Valutazione strutturale e funzionale** (respirazione, alimentazione, funzione vocale e articolatorio-verbale)

-**Programma trattamento logopedico**

-**Questionario di valutazione dell'alimentazione** (mod.da Unnia)

Trattamento logopedico

- **Area generale:** stimolare la vigilanza, l'orientamento, l'attenzione, la memoria di lavoro e l'igiene personale (igiene orale, igiene della cannula)
- **Area settoriale:** Controllo posturale del capo e del tronco; Coordinazione respirazione-deglutizione (apnea volontaria)
- **Area specifica:** Compenso della disabilità del soggetto; recupero di tono/forza/mobilità delle strutture coinvolte



Il trattamento specifico prevede due strategie complementari

Compenso
della disabilità
del soggetto

Comportamenti facilitanti
Tecniche rieducative
Metodiche di compenso:
 - Posture facilitanti,
 - Manovre volontarie di difesa delle vie aeree
Artifici dietetici
Correzione del deficit salivare

Recupero di tono,
forza e motilità

Labbra
Lingua
Muscolatura masticatoria
Strutture velo-faringee
Strutture laringee



A. Tecniche rieducative

A1. Forza, resistenza e coordinazione:

- Bocca e viso
- Lingua
- Mandibola

A2. Mobilizzazione e stretching:

- Muscoli dell'osso ioide
- Muscoli del collo

A3. Facilitazioni neuromuscolari

- Stimolazione manuale
- Stimolazione termica
- Stimolazione chimica/gustativa

A4. Rieducazione e rinforzo della deglutizione

- Deglutizione forzata
- Consistenze differenti
- Deglutizione con diversi stimoli



B. Metodiche di compenso

B1. Posture

- Capo inclinato in avanti
- Capo esteso
- Capo ruotato dal lato del deficit
- Capo inclinato verso il lato sano

B2. Manovre

- Deglutizione sovraglottica
- Manovra di Mendelsohn
- Manovra di Shaker
- Deglutizione forzata

B3. Stimoli sensoriali

- Temperatura
- Sapore
- Consistenza
- Stimoli tattili termici



Artifici dietetici



Deficit	Adattamento nella dieta
Masticazione	Cibi morbidi e ben tagliati
Controllo del bolo	Cibisemisolidi monoconsistenti
Propulsione orale	Cibi semiliquidi coesi
Propulsione faringea	Cibi scivolosi e omogenei
Controllo dei liquidi	Bevande addensate e/o fredde
Ritardo nell'innesco deglutitorio	Dieta semisolida o solida morbida
Residui nel cavo orale	Dieta morbida, Liquidi a bocca pulita

Si vanno a modificare:

- Coesione, omogeneità, scivolosità, temperatura degli alimenti
- Colore, gusto, volume

GI



- Mantenimento per tempi prolungati della cannula tracheostomica
- **ADDESTRAMENTO DEL PAZIENTE E/O CAREGIVER**

Indicazioni alla tracheostomia per il paziente Orl



Quando:

- Ostruzione delle vie aeree superiori, a livello o sopra la laringe (ccvv).
- Ostruzioni associate a traumi laringei.
- Nella fase post-operatoria

PERCHE'?

per garantire un'adeguata ventilazione ed evitare inalazioni massive

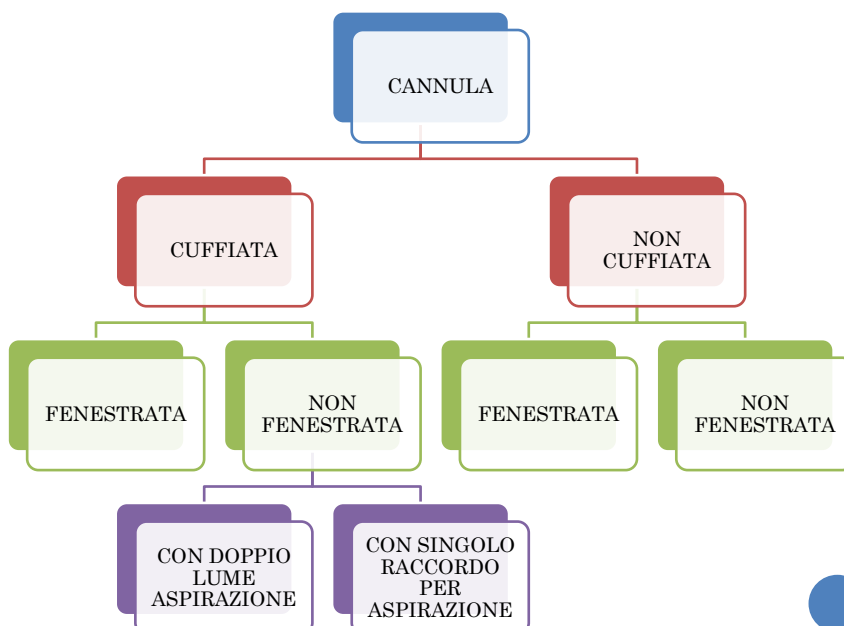
Tracheotomia e tracheostomia

- **TRACHEOTOMIA**= Intervento chirurgico che consiste nell'incisione della parete anteriore della trachea (2°-3° anello tracheale) per creare apertura **temporanea** con comunicazione diretta delle vie aeree all'esterno

Tomé= Tagliare

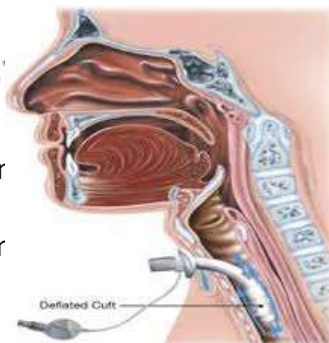
- **TRACHEOSTOMIA**= Creazione di un'apertura **permanente** mediante sutura della trachea alla cute del collo.

Stoma= bocca



Caratteristiche es

- **C.CUFFIATA:** provvista di un palloncino posto sul terzo distale della cannula. che la cuffia sia mantenuta a 20/25mm H₂O) per ridurre al minimo il rischio di aspirazione.
- **Vantaggi:** mantiene pressione e volume costanti durante respirazione assistita massiva, mantiene buon ancoraggio a
- **Svantaggio:** lesioni tracheali da decubito complesso, maggiore traumatismo alla cartilagine, maggiore difficoltà alla deglutizione.

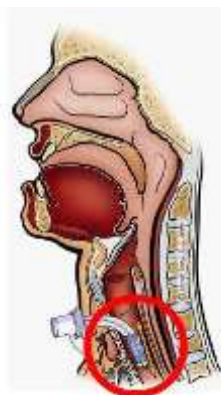


In respiro spontaneo cuffia tenuta SGONFIA

SE NON PRESENTE CUFFIATURA: rischio di inalazione (cibo, saliva), vomito, sanguinamenti

Perché sgonfiarla se possibile?

- Riduzione delle resistenze respiratorie
- Ripresa sensibilizzazione tratto aereo superiore
- Riduzione danni da compressione causati da cuffia
- Riduzione rischio di infezioni provocate da stasi di secrezioni o cibo
- Aumento sicurezza perché in caso di occlusione della cannula l'aria ha una via alternativa



Cannula non cuffiata

- **Passaggio successivo nel percorso c**
- **Vantaggi:**
 - riduzione del rischio di insorgenza
 - maggiore facilità di gestione
 - minor traumatismo durante le manovre
 - possibile la fonazione a cannula chiusa
- **Svantaggi:**
 - impossibilità di utilizzare ventilazione meccanica
 - mancata prevenzione di eventuali episodi di inalazione e/o sanguinamento tracheale



Dispositivi annessi a CT

NASINO= dispositivo da posizionare sulla contro-cannula aperta come filtro per il passaggio d'aria o nel caso sia necessaria l'ossigenoterapia (presente raccordo).



NURSING E GESTIONE NASINO

- Rispettare i tempi di utilizzo (massimo 24 ore).
- Sostituire frequentemente il filtro in caso di secrezioni abbondanti o dense (**terreno di coltura**).
- Controllare che il filtro umidificatore sia raccordato correttamente alla cannula in modo da evitare perdite di gas in corso di ossigenoterapia.

Dispositivi annessi a CT

VALVOLE FONATORIE

- Valvole solitamente **monodirezionali** (attenzione perché in alcune c'è una grossa perdita d'aria) che permettono un'inspirazione attraverso la cannula e lo stomaco, e, in fase di espirazione, la chiusura del diaframma presente che convoglia l'aria verso le vie aeree superiori.
- Può essere utilizzata anche con raccordo per ossigeno; **solo a cannula scuffiata.**



Dispositivi annessi a CT

TAPPO = Permette che la respirazione avvenga completamente

attrav
fuori
blocca
Per ta
utilizz
parali

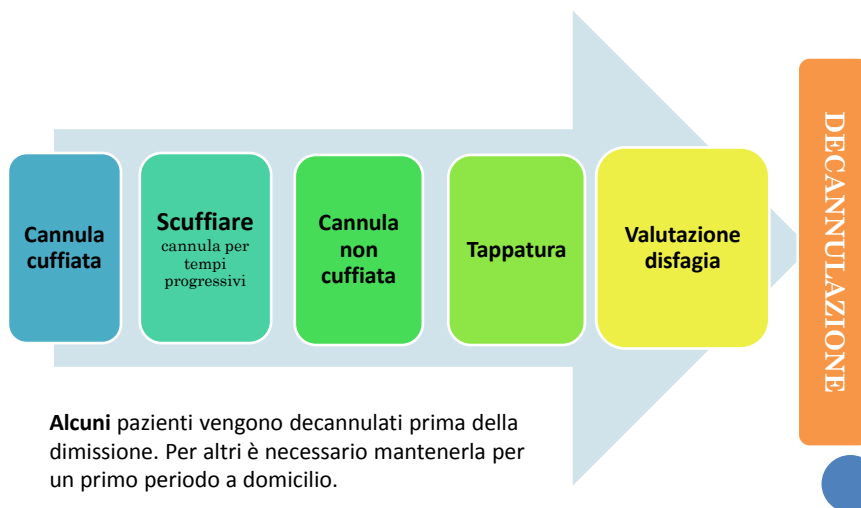


a e la
si
sere
nea,

NURSING TAPPO

- Ultimo passaggio prima della rimozione della cannula (quando è possibile)
- Può essere incluso in una delle contro-cannule in dotazione o separato
- Va utilizzato solo quando il paziente ha cannula non cuffiata

Passaggi per decannulazione



DECANNULAZIONE: CRITERI NECESSARI

Per procedere alla decannulazione è necessario valutare i seguenti requisiti:

- buona pervietà del tratto laringo tracheale per il flusso inspiratorio ed espiratorio per almeno 24-48 ore consecutive senza episodi di dispnea e desaturazione;
- buona competenza glottica (neo glottica) che eviti episodi di “ab ingestis”;
- un sufficiente meccanismo di deglutizione (la presenza di disfagia non costituisce di per sé motivo per mantenere in sede la cannula tracheale);
- buona funzionalità del “mantice polmonare” con una sufficiente capacità d’espettorazione;
- assenza di infezioni e di ristagni polmonari;
- assenza di stenosi tracheali clinicamente significative.

Bibliografia

- **O. Schindler** (A cura di) in Manuale operativo di Fisiopatologia della deglutizione Ed. Omega, Torino, 1990.
- **Longeman J.A.** PhysTreatment of Oral and Pharyngeal Dysphagia. Med RehabilClin N Am. 2008, Nov;19(4):803-816
- **Schindler, Ruopolo, Schindler**, Deglutologia (2001), Omega Edizioni. ISBN 88-7241-424-5
- **Linee guida sulla gestione del paziente disfagico** adulto in foniatria e logopedia Consensus Conference Torino, 29 Gennaio 2007: lineeguidadisfagia@it, GISD Gruppo Italiano di Studio sulla Disfagia www.gisd.it
- FLI Federazione logopedisti italiani www.fli.it
- S.I.F.E.L. Società Italiana di Foniatria e Logopedia www.sifel.net



GRAZIE PER L'ATTENZIONE