

LA DISFAGIA

LA DISFAGIA È IL TERMINE CLINICO UTILIZZATO PER DESCRIVERE LA DIFFICOLTÀ A DEGLUTIRE. INTERESSA MOLTI ANZIANI (>65 ANNI 11.4 – 38%) E PUÒ MANIFESTARSI CON DIVERSI LIVELLI DI GRAVITÀ.

La deglutizione nella persona anziana sana, definita presbifagia primaria, non è alterata, ma è meno efficace, mentre nella presbifagia secondaria o disfagia si identificano vere e proprie alterazioni della deglutizione.

la disfagia deve essere trattata da un'equipe multidisciplinare costituita da un logopedista (che si occupi della postura e della rieducazione funzionale delle capacità deglutitorie), da un nutrizionista (per le necessarie modifica della dieta), dal medico di riferimento, che tratti la disfagia in funzione della patologia che l'ha determinata.

quando la capacità di deglutire sia cibi solidi, sia liquidi, è compromessa, occorre porre particolare attenzione alla dieta, modificando soprattutto la consistenza dei cibi al fine di prevenire carenze nutrizionali ed evitare di incorrere in importanti complicazioni.

per facilitare la progressione degli alimenti lungo il canale alimentare bisogna agire sulle loro quattro proprietà: consistenza, coesione, omogeneità e viscosità. molto importanti sono anche la temperatura, il gusto e il colore del cibo.

indipendentemente dal grado di disfagia, è importante escludere dalla dieta alcuni alimenti in quanto particolarmente pericolosi per il rischio di polmonite da ingestione.

La disfagia è il termine clinico utilizzato per descrivere la difficoltà a deglutire intesa come sensazione di difficile o ostruito passaggio del bolo alimentare nelle vie digestive superiori. La debolezza muscolare e l'alterata coordinazione dei nervi e dei muscoli della bocca e della gola rendono difficoltoso o impossibile il transito dei liquidi o del cibo dalla bocca all'esofago ("canale alimentare"), con conseguente loro passaggio in trachea ("canale respiratorio").

La sequenza di azioni che compone la deglutizione inizia in modo volontario nella cavità orale e, una volta innescata, procede spontaneamente.

Il cibo solido viene ammorbidito dalla saliva, masticato e frammentato (fase 1) per poi essere spinto dalla lingua con un movimento volontario verso il fondo della cavità orale (fase 2). È a questo punto che avviene il passaggio più importante dell'atto deglutito rio: i movimenti involontari chiudono la laringe (fase 3) permettendo così al bolo alimentare di progredire lungo la via alimentare, e non respiratoria, fino a raggiungere lo stomaco (fase 4).



La difficoltà di deglutizione interessa molti anziani e può manifestarsi con diversi livelli di gravità. La deglutizione nella persona anziana sana, definita presbifagia primaria, non è alterata, ma è meno efficace perché va incontro ad una naturale involuzione: indebolimento dei muscoli preposti alla masticazione e alla deglutizione; perdita di denti e ridotta produzione di saliva. Con il termine di presbifagia secondaria o disfagia, invece, vengono indicate le alterazioni della deglutizione che si verificano nell'anziano in seguito ad eventi patologici più frequenti in tali epoche di vita (es. ictus, malattia di Parkinson, demenza, cc.) oppure come effetto collaterale di alcuni farmaci.

La prevalenza di disfagia nella popolazione generale viene stimata attorno al 20%, con un aumento molto significativo nella popolazione anziana generale (>65 anni 11.4–38%). Picchi di frequenza si osservano in ospedali per acuti, centri di riabilitazione e strutture residenziali per anziani (40 – 68%).

Per questi ultimi, il rischio di manifestare problemi di deglutizione nel corso del tempo interessa sostanzialmente la totalità degli ospiti all'interno delle Residenze Protette e delle RSA, essenzialmente in ragione del processo d'invecchiamento (presbifagia primaria) e delle maggiori cause di istituzionalizzazione: demenza e disabilità secondaria a patologie neurologiche (presbifagia secondaria o disfagia). Diventa per questo motivo essenziale porre particolare at-

tenzione alla dieta degli anziani istituzionalizzati; i menù personalizzati per patologia dovranno soddisfare i fabbisogni nutrizionali modificando la consistenza dei cibi in base alle capacità deglutitorie dei pazienti.

Durante l'assunzione del pasto, il paziente disfagico può essere lento e affaticato, condizioni causate sia dalla necessità di realizzare più di un atto deglutitorio per ogni boccone, sia dall'aver la sensazione che il cibo si sia bloccato a livello della parte bassa della gola o nel torace. Possono inoltre verificarsi difficoltà nel controllo del bolo nella cavità orale con conseguenti rigurgiti orali o nasali, perdita di saliva o cibo dalla bocca e frequenti colpi di tosse per contrastare la sensazione di soffocamento per aspirazione nelle vie aeree. Infine, dopo aver mangiato o bevuto, il paziente può presentare voce rauca o umida, stanchezza e cambiamenti nel modo di respirare.



Per effettuare diagnosi di disfagia, vengono eseguiti inizialmente test di screening (Water Swallow Test, Dysphagia Screening Test) per indagare i sintomi rilevati; successivamente, indagini strumentali (Fibrolaringoscopia, Videofluoroscopia) per una valutazione completa capacità deglutitoria del paziente.

L'importanza di una diagnosi precoce è fondamentale soprattutto nei soggetti anziani dove spesso i sintomi si manifestano in maniera subdola (assenza di tosse al pasto per ipotonia della muscolatura diaframmatica).

È quindi necessario in generale programmare risposte assistenziali adeguate al fine di evitare complicanze molto gravi, quali soffocamenti, polmoniti ab ingestis, infiammazioni polmonari, malnutrizione, disidratazione, che vanno a sommarci ad uno stato di salute già fragile e precario.

Per le importanti implicazioni, è fondamentale che la disfagia venga trattata da un'equipe multidisciplinare costituita da un logopedista (che si occupi della postura e della rieducazione funzionale delle capacità deglutitorie), da un nutrizionista (per le necessarie modifica della dieta), dal medico di riferimento che tratti la disfagia in funzione della patologia che l'ha determinata.

Quando la capacità di deglutire sia cibi solidi, sia liquidi, è compromessa, occorre porre particolare attenzione alla dieta, modificando soprattutto la consistenza dei cibi al fine di prevenire carenze nutrizionali o incorrere in importanti complicazioni.

La nutrizionista ha quindi il compito di stilare una dieta personalizzata che sia sicura dal punto di vista della deglutizione, adeguata a soddisfare i fabbisogni nutrizionali del paziente in funzione anche del suo quadro clinico e soprattutto palatabile al fine di garantire la compliance del paziente.

Per modificare la scorrevolezza degli alimenti lungo il canale alimentare bisogna agire sulle loro quattro proprietà: consistenza, coesione, omogeneità e viscosità.

In base alla loro **CONSISTENZA**, i cibi vengono classificati in: liquidi senza scorie (acqua, tè, infusi e tisane), liquidi con scorie o densi (succhi di frutta, latte, yogurt "da bere", sciroppi, brodi vegetali), semiliquidi (gelati a temperatura ambiente, creme, passati di verdure, frullati e omogeneizzati di frutta), semisolidi (passati e frullati densi, omogeneizzati di carne e pesce, purè, uova strapazzate, formaggi morbidi e cremosi, budini) e solidi.

I liquidi generalmente sono i più difficili da deglutire in quanto "sfuggono" distribuendosi nel cavo orale e sono molto pericolosi perché in grado di scivolare facilmente dalla bocca nelle vie aeree.

È possibile renderli più cremosi o compatti come un budino utilizzando polveri addensanti; per l'idratazione, utilizzare l'acqua gelificata.

I semiliquidi e i semisolidi richiedono una modesta preparazione orale in quanto non necessitano di masticazione.

Generalmente le diete con tali consistenze sono quelle più utilizzate per i pazienti disfagici perché consentono di ottenere una giusta scorrevolezza ed eliminano, non utilizzando cibo solido, sia il lavoro di masticazione, sia il rischio di soffocamento causato dall'ingestione di porzioni voluminose di cibo.

I solidi necessitano di un'accurata, attenta e prolungata preparazione orale, accompagnata poi da una masticazione efficace. Nei pazienti disfagici in cui sono consentiti, i cibi solidi dovranno essere comunque morbidi, omogenei (cioè composti da particelle della stessa consistenza) e compatti (non devono cioè frammentarsi o sbriciolarsi come cracker e grissini).

Il grado di **coesione** è la forza che tiene unite le molecole di

un alimento. La coesione garantisce che il boccone sia compatto durante tutto il passaggio del canale alimentare fino all'esofago, senza sbriciolarsi o frammentarsi.

Nei pazienti disfagici, quindi, si raccomanda di evitare alimenti tipo cracker, grissini, biscotti e riso.

I cibi **omogenei** sono composti da particelle di uguale consistenza, densità e dimensione.

Il pasto di un paziente con disfagia non deve prevedere alimenti di doppia consistenza (liquidi + solidi: zuppa di latte, la pastina in brodo, il minestrone con verdure a pezzi) perché difficili da gestire e se frullati, filtrati attraverso un setaccio o colino per evitare eventuali granulosità.

La **viscosità** permette al bolo alimentare di scivolare lungo il canale alimentare diventando più omogeneo e coeso.

Per aumentare la viscosità di un menù per disfagia, bisogna utilizzare alimenti lubrificanti come olio, salse tipo maionese e besciamella.

Infine, per migliorare la deglutizione, possiamo intervenire anche su:

1.Temperatura: sono preferibili temperature maggiori o minori di quella corporea (36-37°) per stimolare la percezione del boccone;

2.Gusto: è importante rispettare le preferenze e i gusti del paziente per migliorarne la compliance alla dieta tenendo presente che amaro, piccante e acido aumentano il rischio di aspirazione;

3Colore del cibo: stimola l'appetito perché la percezione visiva è fondamentale.

Indipendentemente dal grado di disfagia, è importante escludere dalla dieta i seguenti alimenti, in quanto particolarmente pericolosi per il rischio di polmonite da ingestione:

- Alimenti filanti: formaggi cotti, mozzarella, gomme da masticare;
- Alimenti secchi o asciutti (petto di pollo); verdure filacciose e/o fibrose (finocchi, sedano, carciofi, gambi di alcune verdure cotte);
- Alimenti solidi di difficile gestione in bocca: caramelle, confetti, frutta secca;
- Frutta a scoppio: uva, mandarini, arance.

BIBLIOGRAFIA:

Clavé P. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2015; Park YH. Geriatr Nurs 2013; Nogueira D. Clin Interv Aging 2013; J Reynolds. Dysphagia. In: Geriatric gastroenterology 2012

DePippo KL, Holas MA, Reding MJ. Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. Arch Neurol 1992;49:1259-61

Kawashima K, Motohashi Y, Fujishima i. Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening. Dysphagia 2004; 19:266-71.

M. Rondanelli – Alimentazione e nutrizione nell'anziano – Il Pensiero Scientifico Editore, 2014

O. Schindler, G. Ruoppolo, A. Schindler – Deglutologia – Pmega Edizioni 2011