

Disfagia nell'anziano, serve una gestione adeguata e multidisciplinare

La disfagia è un problema frequentemente riscontrabile nell'anziano, specie se fragile, con compromissione della sua autonomia e conseguentemente della sua qualità di vita. Tuttavia non sempre viene identificata e trattata, nonostante esistano semplici strumenti diagnostici e valide possibilità terapeutiche che potrebbero prevenire le severe complicanze di un mancato riconoscimento del disturbo, compreso l'aumento della mortalità

Lucia Pagano

Medico-Chirurgo - Specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa- Università degli Studi "la Sapienza", Roma

La disfagia è la sensazione di difficoltà o di ostruzione al passaggio di cibo e/o liquidi attraverso la bocca, la faringe o l'esofago. Colpisce dal 5% al 20% della popolazione generale e in percentuale maggiore quella anziana, istituzionalizzata e non. Si stima infatti che almeno il 45% dei soggetti al di sopra dei 75 anni presenti sintomi legati alla disfagia. In realtà, queste percentuali, verosi-

milmente, risultano essere più alte e preoccupanti, essendo questa problematica spesso non diagnosticata e quindi non opportunamente trattata, al fine di evitare le possibili inevitabili complicanze, in particolare la malnutrizione e/o la disidratazione, il soffocamento e la polmonite da aspirazione degli alimenti (polmonite ab ingestis). Urge la necessità di una precoce e più ampia gestione con interventi

di prevenzione primaria, ovvero di informazione e di educazione sanitaria; di prevenzione secondaria, con interventi di screening ed evidenziazione precoce del disturbo; e di prevenzione terziaria. La tempestività dell'intervento e la gestione multidisciplinare della disfagia, possono migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi, riducendone complicazioni e conseguenze.

INFOBOX

La deglutizione e le sue fasi

La deglutizione è intesa come "l'abilità di convogliare sostanze solide, liquide, gassose o miste dall'esterno allo stomaco". Essa richiede un meccanismo molto complesso e interessato da diverse fasi, e avente importanti obiettivi.

Per sintetizzare, la deglutizione si articola in 7 macro-fasi:

1. fase anticipatoria: l'aspetto e l'odore del cibo e delle bevande stimolano modificazioni nelle secrezioni salivari e gastriche e nel tono della muscolatura;

2. fase preparatoria extraorale delle sostanze (fase 0): prevede cottura, associazione di sostanze diverse, scarti, frantumazione

3. fase preparatoria orale o buccale (volontaria) (fase 1): il cibo viene introdotto nella cavità orale in maniera spontanea e, da qui, attraverso l'insalivazione e la masticazione degli alimenti, avviene la preparazione del bolo alimentare pronto per passare ai successivi steps;

4. fase propulsiva orale (volontaria) (fase 2): il bolo viene spinto dalla lingua verso il fondo della cavità orale;

5. fase faringea (involontaria) (fase 3): è una fase cruciale, attraverso passaggi successivi; in questa articolata macro-fase il bolo, grazie ai movimenti involontari della muscolatura faringea, attraversa la zona in cui si incrocia la via respiratoria con quella digestiva. Il bolo entra nella faringe e da qui cominciano le stimolazioni nervose che permettono *in primis* di evitare l'introduzione dello stesso nelle cavità nasali e quindi il passaggio che permette l'apertura dell'esofago grazie al sollevamento della laringe;

6. fase esofagea (involontaria) (fase 4): il bolo entra nell'esofago e spinge il cibo verso lo stomaco anche grazie ai movimenti involontari della muscolatura esofagea;

7. Fase gastrica.

La disfagia può coinvolgere l'alterazione di una o più fasi della deglutizione.

► Cause e complicanze

Nelle persone anziane la disfagia viene definita presbifagia ed è spesso la manifestazione clinica di una serie di patologie che possono avere un impatto sulla deglutizione e che tendono a essere più frequenti con l'invecchiamento. Tra queste ci sono prioritariamente le malattie neurologiche e neuromuscolari, come: ictus; demenze e malattia di Alzheimer; morbo di Parkinson; sclerosi multipla; miastenia grave; sclerosi laterale amiotrofica.

La presbifagia può anche essere dovuta a cause strutturali, come i tumori dell'area testa-collo, oppure a traumi cranici, a patologie respiratorie croniche e ad altre cause che comportano, ad esempio, un'alterazione dello stato di vigilanza e dello stato cognitivo o una situazione di scompenso generale.

Sebbene questo problema negli anziani possa essere causato da patologie (in questo caso si parla di **presbifagia secondaria**), assistiamo a una serie di cambiamenti fisiologici legati all'avanzare dell'età che possono portare a difficoltà nella deglutizione (e in questo caso si parla di **presbifagia primaria**). La disfagia può essere considerata una sindrome geriatrica che, oltre ad incidere negativamente sulla qualità di vita del paziente, si associa a gravi complicanze acute e croniche.

Risulta pertanto fondamentale attuare idonee strategie atte a prevenire tali possibili complicanze, e in particolare l'aspirazione degli alimenti nelle vie aeree, il soffocamento, la disidratazione e la malnutrizione.

► Diagnosi

La disfagia è riconoscibile da alcuni segni fortemente suggestivi: tosse durante/dopo la deglutizione, perdita di saliva dalla bocca, senso di soffocamento durante o dopo la deglutizione, voce gorgogliante dopo la deglutizio-

ne, fuoriuscita di cibo dal naso, rigurgito di cibo non digerito. Questi segni richiedono un approfondimento medico. La prima persona di riferimento è il Medico di medicina generale, che, constatata la situazione e la sua gravità, si confronterà con medici specialisti dedicati, sensibili alla problematica e preparati per un corretto e preciso inquadramento diagnostico e un altrettanto valido trattamento. Si instaurerà pertanto un dialogo con il geriatra e/o il fisiatra prioritariamente, ma anche eventualmente con l'internista, lo pneumologo, il neurologo, il foniatra, l'otorinolaringoiatra, il gastroenterologo, per arrivare a figure di supporto come il logopedista, il dietista, il nutrizionista. Lo specialista saprà identificare la presenza o meno del disturbo, la tipologia e il suo grado di complessità. A fronte quindi della diagnosi risultante, appronterà la tipologia più adatta di intervento riabilitativo e/o di altro tipo. Come per molti altri disturbi, anche in questo caso, va rilevata l'importanza di un lavoro che sia multiprofessionale e multidisciplinare, in modo da garantire un trattamento che sia il più adeguato ed efficace possibile. La terapia dovrà infatti essere individualizzata e dovrà tener conto delle eventuali malattie di base e delle condizioni cliniche del singolo paziente.

Il fisiatra, "allertato" dal Mmg, o da altre figure di riferimento per il paziente, si attiverà tempestivamente facendo riferimento ed eseguendo appositi test che controllano il processo di deglutizione e richiedendo esami specifici per appurare lo stato di salute delle vie aeree e di quelle digestive. Molto in uso e pratico è il **test dell'acqua** con cui si somministrano al paziente prima un cucchiaino di acqua, poi mezzo bicchiere d'acqua fino ad un intero bicchiere d'acqua (se la persona è in grado di sopportarlo) e si fa parlare il paziente a seguito della deglutizione, per valutare via via se ci si trovi in

presenza di disfagia lieve, media, grave, oppure assente. Il processo di valutazione considera vari aspetti:

- controllare la respirazione e le secrezioni bronchiali che si formano;
- controllare la postura;
- controllare la voce e l'uso del linguaggio;
- controllare il livello di attenzione e le capacità cognitive;
- controllare la gestione della saliva e dei residui orali e/o faringei.

C'è anche la possibilità di avvalersi di semplici questionari. Un esempio è dato dal test EAT-10, che consta di 10 domande. Tale test può essere compilato dai familiari, dal caregiver, dal personale assistenziale oppure dal paziente stesso e deve essere consegnato per valutazione al fisiatra.

Nel caso in cui vi sia un sospetto di disturbo da deglutizione in atto, se si ritiene opportuno si può procedere con delle valutazioni specifiche clinico-strumentali, completate da indagini strumentali come la **fibroendoscopia (FEES)** con prove di deglutizione di diverse consistenze di alimenti, o la **videofluoroscopia (VFS)** eventualmente associata ad un **esofagogramma con bario**.

La videofluoroscopia consente di vedere il movimento muscolare e il comportamento del bolo durante la deglutizione. In alternativa, è indicato l'uso della **laringoscopia indiretta**, che permette l'osservazione dell'orofaringe, dell'epiglottide e delle corde vocali. Tenuto conto delle capacità cognitive del paziente, del tipo e del grado di disfagia, della possibilità e dei tempi di recupero e dello stato nutrizionale, il fisiatra imposterà un programma di riabilitazione avvalendosi, nella maggior parte dei casi, della figura del logopedista e/o del fisioterapista. L'obiettivo è quello di insegnare al paziente esercizi o strategie che lo possano aiutare a coordinare i muscoli necessari per deglutire meglio. Il trat-

tamento riguarderà anche la dieta che sarà a consistenza modificata; in questo caso il fisiatra collaborerà con altre figure come quella del dietista e/o del nutrizionista. In alcuni casi, quando la deglutizione non risulta sufficientemente sicura ed efficace, una riflessione dovrà essere fatta dallo specialista circa la possibilità di ricorrere alla nutrizione artificiale: enterale per sonda (gastrica o intestinale) o parenterale (tramite catetere venoso). In ambedue i casi, va sottolineato che l'alimentazione artificiale è un insieme di trattamenti che, per essere eseguiti, vanno acconsentiti in maniera scritta dal paziente o da chi ne fa le veci. In ogni step, il confronto tra il fisiatra e il medico curante, ossia il medico che ha globalmente e costantemente in carico il paziente, dovrà essere continuo e produttivo, così come con gli altri membri del team e i familiari.

Il fisiatra si preoccuperà di compilare una apposita cartella (riabilitativa) dove riporterà la diagnosi medica e fisiatrica (funzionale), le diagnosi concomitanti (problematiche attive), la terapia farmacologica in atto, gli esami strumentali e le consulenze specialistiche richieste ed effettuate, lo stato di vigilanza, la collaborazione, l'eloquio, il controllo capo/tronco, lo stato della lingua, delle labbra, dei denti, della mandibola, del velo palatino, del riflesso faringeo e della presenza o meno di tosse volontaria, i risultati delle prove di deglutizione effettuate.

► **Trattamento**

Il progetto terapeutico merita multidisciplinarietà: dovrebbe essere redatto dall'équipe coinvolta nella gestione della persona, sotto la supervisione di un medico fisiatra di riferimento, o un medico affine o un medico equipollente. È molto importante rendere chiaro il concetto che la dieta consigliata dal fisiatra per la persona disfagica è una

dieta di necessità e non di scelta, così come le indicazioni di trattamento. La modalità di nutrizione consigliata può essere autonoma o con supervisione. In presenza di difficoltà di deglutizione è necessario elaborare i pasti in funzione delle caratteristiche reologiche degli alimenti (consistenza, scivolosità, coesione, omogeneità) sulla scorta delle indicazioni provenienti dalle valutazioni specialistiche, al fine di garantire la sicurezza del paziente, evitando il passaggio di cibo nelle vie respiratorie, il soffocamento, la malnutrizione e la disidratazione.

Al fine di rendere la situazione meno greve, oltre che mostrarsi empatico e disponibile all'ascolto e a chiarire eventuali dubbi, il medico fisiatra può fornire al paziente e a chi lo assiste in forma orale, e anche scritta, dei consigli di carattere generale e specifico. A seconda dei casi, si può fare ricorso a diverse tipologie di dieta: **semiliquida, semisolida oppure solida con alimenti a consistenza omogenea, morbidi, ad alta componente di coesione e di scivolosità.**

Nel primo caso il soggetto può assumere: creme, passato di verdure, frullati di frutta a maggior percentuale di liquido, omogenizzati di frutta, yogurt; **nel secondo caso**: polenta morbida, creme di farina, cereali, passati e frullati densi, omogenizzati di carne e pesce carni frullate preparate come gelatine, ricotta piemontese, formaggi cremosi, budini, mousse; **nel terzo caso** ci si può orientare verso: gnocchi di patate molto conditi, pasta ben cotta e ben condita (no ragù), pesce altamente pulito dalle lisce (sogliola, platessa, palombo, nasello), verdure cotte non filacciose, pere, banane, pesche mature. Altresì, di fronte ad una disfagia in graduale risoluzione, non va escluso il reinserimento di una dieta regolare.

Qualora durante i pasti si osservasse un peggioramento del quadro deglu-

torio o delle capacità di attenzione o voce gorgogliante, cambiamenti del tono di voce, frequenti attacchi di tosse, o nel caso si verificassero fenomeni di soffocamento, frequenti infezioni polmonari o presenza di catarro è necessario l'intervento del proprio curante, che prenderà le dovute e ponderate decisioni.

► **Conclusione**

La disfagia è una patologia che interessa un elevato numero di persone anziane. È importante imparare a conoscerla e gestirla con tecniche appropriate, per consentire un'alimentazione in sicurezza. Con questo articolo si è voluto fornire qualche conoscenza di base, utile nella pratica clinica e assistenziale per riconoscere, affrontare e prevenire gli eventi avversi, che possono verificarsi al momento del pasto in caso di difficoltà deglutitorie. È sicuramente importante che venga diffuso, come prassi, nelle strutture residenziali e a domicilio delle persone a rischio seguite in ADI, lo screening per una possibile disfagia. Nell'ottica di una presa in carico del paziente in senso olistico è auspicabile una maggiore sensibilità che porti tutti gli operatori sanitari ad affrontare anche questa sfida in maniera stimolante e motivante, più di quanto non lo sia stata sino ad oggi. Sicuramente la maggiore erudizione rispetto alla gestione del cibo e del momento del pasto da parte del personale medico, infermieristico e assistenziale può fare la differenza ed è d'uopo in una società che non intende curarsi solo di aggiungere anni alla vita ma anche vita agli anni.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone la bibliografia