



I disturbi della deglutizione nell'anziano

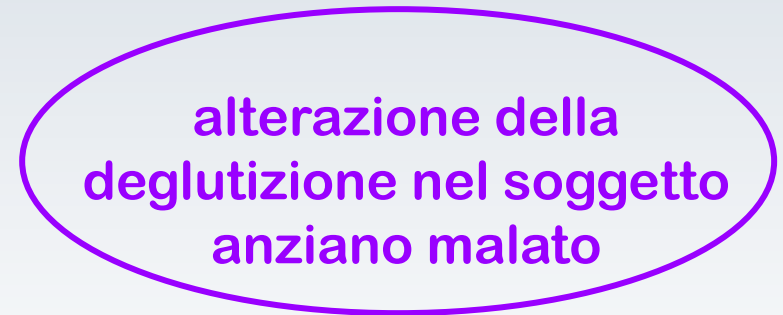
Deglutizione dell'anziano

Presbifagia primaria e secondaria



deglutizione del soggetto
anziano sano

Caratterizzata dal fisiologico processo di invecchiamento delle strutture e delle funzioni (centrali e periferiche) coinvolte nella deglutizione



alterazione della
deglutizione nel soggetto
anziano malato

Disfagia dell'anziano
secondaria ad evento
patologico

Non è possibile una trattazione rispettosa e inconfutabile dei complessi momenti che compongono l'atto deglutitorio nell'anziano



numero limitato e la variabilità metodologica dei lavori in letteratura



l'attenzione riservata quasi esclusivamente alla fase faringea della deglutizione, da sempre considerata la più critica per le strette correlazioni con la funzione respiratoria.

Elementi determinanti la presbifagia

- Salivazione ridotta (specie se associata a ridotta ingestione di liquidi)
- Deficit sensoriale (olfatto e gusto)
- Deficit della masticazione (edentulia, protesi mal funzionanti, ipotrofia dei mm.masticatori)
- Deficit di propulsione del bolo verso la faringe
- Peristalsi faringea rallentata
- Ritardo nell'innalzamento laringeo
- Ritardo nell'apertura dello sfintere esofageo superiore
- Aumento della soglia del riflesso della tosse

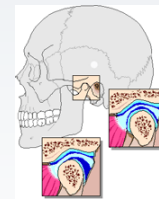
Aspetti involutivi correlati alla funzionalità della fase orale

- Progressiva degenerazione delle fibre reticolari ed elastiche del tessuto connettivale orale in collagene fibrosclerotico
- Assottigliamento della mucosa orale con riduzione della cheratinizzazione
- Processi degenerativi e ostruttivi delle piccole arterie con riduzione del flusso ematico locale
- Incremento del tessuto connettivo e grasso della lingua (lingua ipotonica)



DIMINUITA EFFICIENZA DELLA MUSCOLATURA LINGUALE E FACCIALE (scialorrea)

- Patologia infiammatoria del parodonto (anche legata all'uso cronico di farmaci come ad es. calcioantagonisti)
- Atrofia dell'osso alveolare
- Dentatura scadente o protesi dentarie non funzionali
- Sofferenza della articolazione temporo-mandibolare



RIDUZIONE DI FORZA NELLA MASTICAZIONE/MASTICAZIONE DEFICITARIA (protesi dentaria)

- Processi di atrofia delle ghiandole salivari → **IPOSCIALIA**

Aspetti involutivi correlati alla funzionalità della fase faringea

- Diminuzione della contrazione dei mm. faringei
- Diminuita elevazione laringea
- Diminuita propulsione del bolo ad opera dei mm. costrittori del faringe



MINORE ESCURSIONE DEL COMPLESSO IOIDE-LARINGE (compromissione della chiusura laringea)



- Aumento della latenza di innesco della fase faringea
- Ridotto accorciamento della faringe (ridotta ampiezza della contrazione faringea)
- Ridotta forza propulsiva linguale
- Diminuzione della forza di contrazione del SES
- Riduzione della durata di apertura del SES
- Aumento di durata della pressione faringea positiva con ritardo della caduta pressoria a livello del SES (la pressione a livello del SES è ancora positiva al momento dell'ingresso del bolo)
- Il termine dell'apnea deglutitoria è ritardato rispetto al giovane adulto —> maggior durata dell'atto deglutitorio



DIMINUZIONE DELL'ACCELERAZIONE DEL BOLO NEL TRATTO FARINGO-ESOFAGEO CON RITENZIONE DI PARTICELLE DI BOLO (RISTAGNI) NELLE VALLECOLE GLOSSO- EPIGLOTTICHE E NEI SENI PIRIFORMI
(ristagno post-deglutitorio nel 50% degli anziani vs 15% dei giovani)

Aspetti involutivi correlati alla funzionalità della **fase faringea**

- Declino delle abilità stereognosiche orali
- Riduzione della sensibilità faringo-laringea
- Spostamento verso il basso della sede del riflesso deglutitorio (variabilità intra- e inter-individuale)



RICHIESTA, NELL'ANZIANO, DI STIMOLAZIONI FARINGEE SUPERIORI PER OTTENERE IL RIFLESSO DI CHIUSURA FARINGO-GLOTTICA (CHIUSURA LARINGEA DI DIFESA)

PRESBIFAGIA

ATTIVITA' FUNZIONALE SOSTANZIALMENTE INTEGRA

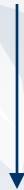


**PROLUNGAMENTO DEI TEMPI DI ATTIVAZIONE/AZIONE, RALLENTAMENTO
DELLE RISPOSTE MOTORIE E RIDOTTE RISERVE FUNZIONALI**

(prolungamento dei tempi necessari alla trasmissione delle informazioni sensoriali, alla elaborazione della risposta motoria e alla sua attuazione).

Presbifagia secondaria (Disfagia dell'anziano)

Disfagia esofagea vs disfagia orofaringea



patologia organica



raro che il pz la denunci:

- scarsa consapevolezza
- inevitabile ad una certa età

Presbifagia secondaria (Disfagia dell'anziano)

Incidenza e prevalenza controverse



1. eterogenicità delle popolazioni studiate: soggetti istituzionalizzati (30-68%) vs ricoverati in reparti per acuti (10-30%)
2. modalità di rilevazione (ad es. clinica vs strumentale; test del bolo dell'acqua vs anamnesi approfondita sul pz. e care giver, osservazione del pasto)

Presbifagia secondaria (Disfagia dell'anziano) Eventi patogeni

Incidenti cerebrovascolari acuti

M. di Parkinson

Quadri dementigeni

Complicanza di terapie farmacologiche

SLA

S. di Guillain-Barrè

Neuropatie periferiche (diabete, alcool,)

Polimiositi- Dermatomiositi

Traumi cranici

Post-attiniche

Sindromi paraneoplastiche

Tumori orofaringei

Osteofitosi cervicale

Intubazioni prolungate

Post-chirurgiche (vie aero-digestive sup., distretto esofago-gastrico, neurochirurgia)

più frequenti nella pratica clinica

.....

Malattie cerebrovascolari

Ictus principale causa di disfagia orofaringea dell'anziano

25% (fase cronica) - **50%** (fase acuta) dei soggetti colpiti

Prosiegel M., 2013

13% (lesione unilaterale) - **71%** (lesioni bilaterali del tronco)

SPREAD, 2015

25% dei pz affetti da stroke muore per polmonite ab ingestis

Schindler O., 2002

Nell'ictus troncoencefalico il **deficit** è della **fase faringea** con disfonia e disartria flaccida (per lesione dei nuclei motori del IX e X n.c.) e disconnessione dei nuclei controlaterali; **si associa** frequentemente **difetto della motilità dell'emivelo, dell'emifaringe, dell'emilaringe** interessate

Aydogdu I., 2021

Nello stroke emisferico il deficit è nel **ritardo dell'innescamento del riflesso faringeo** con scolo pre-deglutitorio e aspirazione pre- o per-deglutitoria, silente o con tosse riflessa

HamdyS., 2000

Nell'ictus lacunare la disfagia è moderata per la probabile riorganizzazione neurale fra un evento e il successivo; il deficit è nell'**impaccio dei movimenti linguali** con disartria spastica e **ritardo dell'innescamento del riflesso** deglutitorio

Buchholz D.W., 2007

L'emorragia subaracnoidea —> perdita dello stato di coscienza e coma —> **disorganizzazione delle aree corticali deputate all'organizzazione deglutitoria e perdita degli atti motori coscienti**

Malattia di Parkinson

Il **50%** dei parkinsoniani presenta disfagia radiologicamente dimostrabile
——> solo il **25%** di questi lamenta disturbi soggettivi

Liebermann A.N., 2018

Sec. altri studi la disfagia è presente dal **23%** all'**81%**

Coates, 2017; Fuh, 2017

1/3 di questi presenta fenomeni di aspirazione silente —> polmoniti ab ingestis fatali soprattutto nelle forme avanzate di malattia

Groher M.E., 2016

Sono **alterate tutte le fasi della deglutizione**: incoordinazione dei **movimenti linguali**, ritardo di innesco del **riflesso** (disfunzione crico-faringea), anomalie **dell'elevazione velare**, difetto di **peristalsi**, formazione di **ristagni**, **incompleta chiusura del piano glottico** (aspirazione intradeglutitoria), **ridotta progressione peristaltica del bolo a livello esofageo** per la presenza di onde terziarie

Schneider J.S., 2016; Logemann J.A., 2020

Demenze (Malattia di Alzheimer)

In termini di prevalenza la disfagia nella m. di Alzheimer da moderata a grave

—————> 84% - 93%

Mira A et al., Review Dement Neuropsychol 2022

È stato stimato che fino al 45% dei pazienti istituzionalizzati con demenza ha disfagia

Sura L., Review Clin Interv Aging 2012

La sintomatologia classicamente prevede tre stadi:

1. Demenza amnestica con alterazioni dell'umore e caratteriali
2. Perdita delle funzioni simboliche con deterioramento del linguaggio, agnosia, aprassia ideativa e ideomotora, alessia e agrafia
3. Permanenza manifestazioni motorie solo primordiali (suzione, masticazione, prensione)

La disfagia è dovuta alla **perdita delle funzioni cognitive** e alla **perdita dello schema motorio** che conduce alla corretta successione dei movimenti volontari della fase orale (70%) e della fase faringea (40%) —> incapacità di nutrizione autonoma con polmoniti da aspirazione

Chiò A., 2001

Disfagia come complicanza di terapie farmacologiche

Anticolinergici, antistaminici, antidepressivi triciclici,
neurolettici, antiemetici, antidiarroici, antiparkinsoniani

—————> Xerostomia

Alcool, sedativi ipnotici, antistaminici, antiemetici,
anticonvulsivanti, miorilassanti

—————>

Modificazioni dello stato
mentale

Neurolettici, antiparkinsoniani

—————>

Discinesie

Broncodilatatori, antianginosi, calcio antagonisti,
ansiolitici

—————>

Reflusso gastroesofageo

Bifosfonati, FANS, steroidi

—————>

Esofagite

VALUTAZIONE

Anamnesi (patologica e alimentare)

Protocollo di valutazione foniatrico-logopedica della disfagia

(Da Cot e Deshamais modificato da Chiarello e De Luca)

Data _____

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

Provenienza _____ Tel _____

Anamnesi

Stato di vigilanza buono scarso assente I.C.F. _____

Capacità attentiva buono scarso assente

Linguaggio Comprensione buono scarso assente n.v.

Espressione buono scarso assente n.v.

Disartria sì no n.v.

Diagnosi neurologica

stabile remittente degenerativa progressiva

Intervento chirurgico

Condizioni della ferita chirurgica _____

Radioterapia _____

Chemioterapia _____

Patologie ORL associate _____

Patologie respiratorie associate _____

Patologie gastro-esofagee _____

Canula tracheale cuffiata n° _____ non cuffiata n° _____

Altro _____

Peso attuale _____ Peso riferito prima dell'evento _____

Perdita di peso _____

Disfagia prevalente per _____

Data insorgenza disfagia _____ acuta progressiva

ALIMENTAZIONE

Orale parziale totale assente

autonoma supervisionata assistita

Consistenza alimenti assunti solidi semisolidi semiliquidi liquidi

Abitudini alimentari attuali (qualità, quantità, modalità di assunzione) _____

Durata media del pasto _____

Parenterale CVC Periferica

Entrale SNG PEG digiunostomia

SEGNALI O SINTOMI DI DISFAGIA

tosse soffocamento scialorrea difficoltà a gestire le scinzioni

sensazione di arresto in gola rigurgito

VALUTAZIONE

Valutazione clinica valutazione morfodinamica degli organi esplorabili coinvolti nella deglutizione: labbra, lingua, palato, mandibola, laringe, collo + prassie bucco-linguo-facciali, sensibilità buccale e peribuccale, riflessi.

Prove cliniche di deglutizione con le diverse consistenze: manipolazione, innesco del riflesso, poketing, elevazione laringea, tosse, soffocamento, gorgoglio, rigurgito orale o nasale

VALUTAZIONE MORFO-DINAMICA

Condizioni dentarie: buone scarse discreta
 protesi arcata sup. protesi arcata inf.
 edentulo parzialmente edentulo parzialmente completa

Labbra
 protrusione (VII n.c.) sì no
 retrazione (VII n.c.) sì no
 chiusura (VII n.c.) sì no

Lingua
 protrusione (XII n.c.) sì no
 retrazione (XII n.c.) sì no
 punta verso l'alto (XII n.c.) sì no
 punta verso il basso (XII n.c.) sì no
 lateralizzazione dx. (XII n.c.) sì no
 lateralizzazione sin. (XII n.c.) sì no

Palato duro normale alterato

Velo palatino
a riposo (V-VII n.c.) simmetria sì no
in funzione (V-VII n.c.) simmetria della contrazione sì no

escursione del movimento adeguata inadeguata

Mandibola (V n.c.) deviazione a riposo sì no
 deviazione a bocca aperta sì no
 abbassamento sì no
 sollevamento sì no
 lateralità sì no
 secrescio sì no

Laringe (V-VII n.c.) elevazione sì no

Controllo muscolare latero-cervicale


Flussione sì no
 Estensione sì no
 Rotazione dx. sì no
 Rotazione sin. sì no
 Flessione lat. dx. sì no
 Flessione lat. sin. sì no

Sensibilità tattile buccale e peri-buccale

Labbra
 sup. dx. sì no
 sup. sin. sì no
 inf. dx. sì no
 inf. sin. sì no

Lingua
 ant. dx. sì no
 ant. sin. sì no
 post. dx. sì no
 post. sin. sì no

Palato
 ant. dx. sì no
 ant. sin. sì no
 post. dx. sì no
 post. sin. sì no



Riflessi

Prassie bucco-linguo-facciali

Normali	Aprire la bocca	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Vomito	Giofiare le guance	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Tosse	Soffiare	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Deglutizione	Schiocco	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Patologici	Fischiate	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Morsa	Somidere	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Punti cutanei	Mandare un bacio	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Suzione-deglutizione	l'uccare la labbra	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Prove di deglutizione clinico-laboristiche

Tosse volontaria sì no Raschio volontario sì no

Semisolidi

Fase orale
 Manipolazione sì no
 Difficoltà nell'innesco della deglutizione sì no
 Poketing sì no

Fase faringea
 Elevazione laringea sì no
 Tosse sì no
 Soffocamento sì no
 Voce gorgogliante sì no
 Deglutizioni multiple sì no
 Rigurgito nasale sì no

Liquidi

Fase orale
 Difficoltà nell'innesco della deglutizione sì no
 Suzione sì no
 Poketing sì no

Fase faringea
 Elevazione laringea sì no
 Tosse sì no
 Soffocamento sì no
 Voce gorgogliante sì no
 Deglutizioni multiple sì no
 Rigurgito nasale sì no

Solidi

Fase orale
 Manipolazione sì no
 Difficoltà nell'innesco della deglutizione sì no

Masticazione sì no
 Poketing sì no
Fase faringea
 Elevazione laringea sì no
 Tosse sì no
 Soffocamento sì no
 Voce gorgogliante sì no
 Deglutizioni multiple sì no
 Rigurgito nasale sì no

Osservazioni

Controllo della saliva sì no
 Voce _____

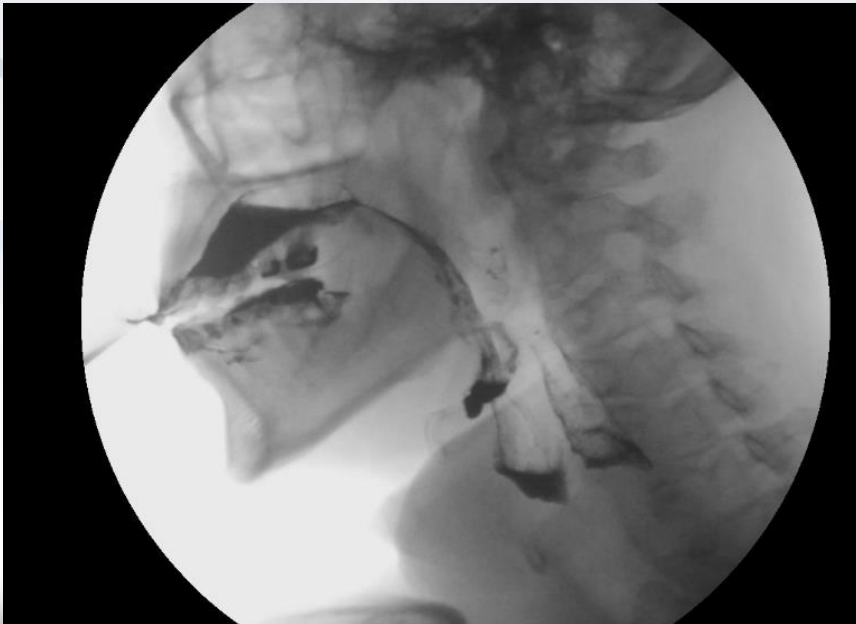
VALUTAZIONE

Osservazione del pasto (comportamento durante il pasto, aprassie, deficit motori, adeguatezza della somministrazione del pasto da parte del caregiver, esauribilità, quantità assunte, idratazione)

Strumenti:

- Griglia di osservazione al pasto (Amitrano-Crinelli 2005)
- M.a.s. (Mealtime Assesment Scale) (A.Schindler et al 2015)
- M.A.T. (Mealtime Assesment Tool) (A.Amitrano, G.Rossi 2018)

Valutazione strumentale (videofluoromanometria, scintigrafia oro-faringea, elettromiografia faringo-laringea, ultrasonografia del collo, **videofluorografia della deglutizione (VFG)** e lo studio fibroendoscopico della deglutizione (**FEES: Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing**)).





Trattamenti terapeutici/rimediativi

Terapia farmacologica/chirurgica (malattia di base)

Riabilitazione/rimediazione logopedica (rimedi comportamentali es. posture facilitanti, provvedimenti adattativi: artifizi dietetici, norme comportamentali e di igiene alimentare)

Counselling logopedico (informazioni sul problema, rischi, complicanze e possibili rimedi; personalizzazione del luogo e condizioni facilitanti il pasto; counselling sul paziente e il care giver sull'alimentaz. In sicurezza)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



Arcispedale S. Anna - Dipartimento Chirurgico Specialistico
Unità Operativa di Otorinolaringoiatria (O.R.L.)
Direttore: Stefano Polucchi

AMBULATORIO DEGLUTOLOGICO
Amb. n°15 Settore 2E1
(tel. 0532.237422 il lunedì mattina dalle 8.30 alle 12.30)

NORME IGIENICO-ALIMENTARI PER IL PAZIENTE DISFAGICO

Per **norme igienico-alimentari** si intendono tutti quei comportamenti che **facilitano l'alimentazione**. Una buona educazione alimentare dovrebbe essere comune a tutte le persone ma in coloro che hanno problemi di deglutizione tale educazione risulta indispensabile.

Queste norme sono:

1. **Mangiare in posizione seduta e retta con la testa leggermente piegata in avanti e**

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



Arcispedale S. Anna
Dipartimento Chirurgico Specialistico
Unità Operativa di Otorinolaringoiatria (O.R.L.)
Direttore: Stefano Polucchi

AMBULATORIO DI DEGLUTOLOGIA
Amb. n°15 Settore 2E1
(tel. 0532.237422 il lunedì dalle 8.30 alle 12.30)

LA DEGLUTIZIONE E LA DISFAGIA
(a cura di G. Chiarello, N. De Luca, C. Grassia)



La **deglutizione** è il meccanismo che permette alle sostanze solide e liquide di arrivare dalla bocca allo stomaco. La **disfagia** è l'alterazione di questo meccanismo che pertanto risulta difficoltoso o non viene eseguito correttamente.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



Arcispedale S. Anna - Dipartimento Chirurgico Specialistico
Unità Operativa di Otorinolaringoiatria (O.R.L.)
Direttore: Stefano Polucchi

AMBULATORIO DEGLUTOLOGICO
Amb. n°15 Settore 2E1
(tel. 0532.237422 il lunedì mattina dalle 8.30 alle 12.30)

CONSIGLI PRATICI PER CHI SI OCCUPA DELLA PERSONA DISFAGICA (care-giver)
(a cura G. Chiarello, N. De Luca, C. Grassia)

PER LA PERSONA CHE DEVE ESSERE IMBOCCATA

1. Assicurarsi che occhiali, apparecchi per l'udito e/o dentiere siano ben posizionati e stabili: vedere gli alimenti, sentire ciò che accade attorno a sé ed essere in grado di masticare



Intervento nutrizionale (pianificazione della dieta ev. in concerto con il nutrizionista/dietista)

Alimentazione alternativa (posizionamento di PEG dibattuto in letteratura: implicazioni etiche, medico-legali.

Inappropriatezza rispetto alle aspettative/qualità di vita)



**“ Tutti i piaceri [...] sono bene
ma non tutti sono da
scegliersi,
così come tutti i dolori sono
male ma non tutti sono tali
da doversi fuggire”**

(Epicuro, Lettera a Menèceo, 341-270 a.C.)

Grazie per l'attenzione