

Il problema disfagia nelle cure primarie

Prima parte

Carlo Rasetti¹, Tecla Mastronuzzi², Enzo Ubaldi²

¹ Dirigente Medico di Medicina Interna, Responsabile Progetto Nutrizione Dipartimento Medicina AV5 Marche;

² Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

Dysphagia problem in primary care

Summary. Dysphagia, a relatively common symptom in the elderly population, is a sensation that suggest difficulty in the passage of solids or liquids from the mouth to the stomach, as a result of altered swallowing. Deglutition, the action or process of swallowing in which liquids, solids or both are transported from the mouth to the stomach by way of the pharynx and esophagus, normally occurs up to 600 times a day and each swallow takes approximately 15 seconds to complete. The complex mechanism of swallowing is heavily dependent on neurological input and consists of several phases. Dysphagia has a high health and social impact as, if inadequately addressed, leads to significant morbidity and contributes to decreased quality of life avoiding eating and drinking, developing malnutrition, dehydration and aspiration pneumonia. Dysphagia can be categorized as oropharyngeal or esophageal. This distinction is useful in establishing its causes and in the diagnostic-therapeutic management. Oropharyngeal dysphagia (or "high" dysphagia) is defined as a disturbance in the oral preparatory, oral transport, or pharyngeal swallowing phases and is mainly related to neurological disorders. This is the most common form of dysphagia as vascular and degenerative neurological diseases affect about 12% of patients in the Italian primary care, according to Health Search survey. Esophageal dysphagia (or "low" dysphagia) is related to motor or obstructive diseases of the esophagus and it is considered an alarm symptom for organic disease. In clinical practice dysphagia can be characterized through a careful collection of the anamnestic and objective data that allows to define its location and hypothetical cause. It is important an early detection of dysphagia for an appropriate management that reduces the costs of this problem.

Le dimensioni del problema

La disfagia, termine che etimologicamente deriva dal greco *dis* e *fagia*, cioè difficoltà a mangiare, si riferisce ai disturbi della deglutizione, cioè della capacità di convogliare nello stomaco le sostanze assunte dall'esterno.

Questa condizione clinica, che non rappresenta una malattia ma può essere espressione di diverse patologie, è in costante aumento, ha un elevato impatto sociale, sanitario ed economico, è molto spesso sottodiagnosticata e mal valutata, a tutti i livelli di cura. Allo stato attuale esiste una notevole disomogeneità di diagnosi, di trattamento e di assistenza legati essenzialmente alla deficitaria formazione dei professionisti della salute.

La disfagia è un problema comune nella popolazione generale che può manifestarsi in qualsiasi età, ma la sua prevalenza è maggiore nell'anziano.

Negli Stati Uniti la disfagia interessa ogni anno da 300.000 a 600.000 persone¹.

Uno studio del 2011 condotto nel Regno Unito, su una popolazione di 800 anziani

sani senza storia di patologie neurologiche e con un'età media di 81 anni, è stato riscontrato un tasso di prevalenza della disfagia pari all'11%².

La condizione interessa il 40-70% dei soggetti che hanno avuto un ictus cerebrale, il 60-80% dei soggetti con una malattia neu-

rodegenerativa, il 60-75% dei soggetti sottoposti a radioterapia della testa e del collo, il 52-82% dei pazienti affetti da morbo di Parkinson, l'84% dei pazienti affetti da Alzheimer, fino al 13% degli anziani con più di 65 anni e oltre il 51% degli anziani residenti in RSA^{3,4}.

FIGURA 1.

Distribuzione per fasce di età dei pazienti con disfagia (n 10.339) (dati Health Search al 31-12-2015, 800 MMG con 1.082.340 assistiti).

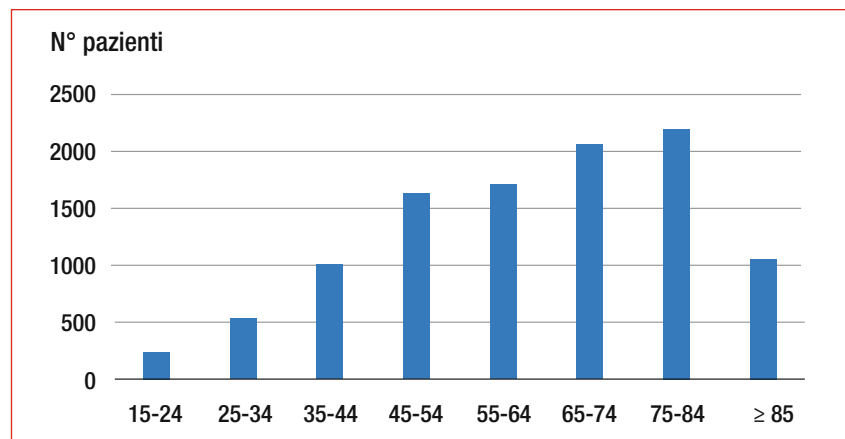


TABELLA I.

Gruppi di malattie che possono causare disfagia, essenzialmente di tipo oro-faringeo.

Malattie	ICD-9	N° pazienti	%
Disturbi psicotici organici (Demenza senile e arteriosclerotica ecc.)	290-294	7139	0,66
Malattie del SNC ereditarie e degenerative (Parkinson, Alzheimer, SLA ecc.)	330-337	16.772	1,55
Altri disturbi del SNC (Tetraparesi, sclerosi multipla ecc.)	340-349	46.601	4,30
Malattie cerebrovascolari (Ictus cerebrale, encefalopatia multininfartuale ecc.)	430-438	59.769	5,52
Malattie diffuse del tessuto connettivo	710	3842	0,35
	Totale	134.123	12,40

TABELLA II.

Accertamenti richiesti per l'inquadramento della disfagia.

Accertamento	Pazienti con disfagia e problemi di masticazione (n = 11128)		Popolazione totale assistiti (n = 1082340)	
	N	%	N	%
Esofagoduodenoscopia	4157	37,35		
Manometria	190	1,70		
Rx faringe -cr.-es.-cardiale con video o Videofluoroscopia (VFS)	122	1,10	427	0,039
Valutazione della deglutizione con fibroscopio flessibile (FEES)	2	0,018	12	0,001

Recenti studi mostrano un aumento di polmonite *ab ingestis* che è oltre 3 volte più frequente nei soggetti con disfagia, rispetto a quelli senza, e una mortalità del 38% secondaria all'infezione^{5,6}.

L'impatto di questo problema nella pratica clinica della medicina generale italiana può essere valutato dall'estrazione dei dati forniti dal database *Health Search - IMS Health LPD*, della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie⁷. Secondo l'analisi effettuata al 31 dicembre 2015 su un campione di 800 medici di medicina generale (MMG) con un totale di 1.082.340 assistiti, sono stati identificati 10.339 pazienti con il problema codificato disfagia, che riconosce il solo codice ICD9 787.2, pari a circa l'1% della popolazione degli assistiti. Come atteso, la prevalenza tende ad aumentare con l'età (Fig. 1).

Sono stati inoltre identificati 844 pazienti con codificato il problema della masticazione e deglutizione (ICD9 V41.6).

Questo dato di prevalenza della disfagia non identifica ovviamente tutti i pazienti con i problemi della deglutizione, ma riflette essenzialmente la quota di assistiti per cui viene

effettuato uno specifico intervento prescrittivo, sia esso diagnostico o terapeutico.

Come accennato, la disfagia è espressione di numerose patologie e per questo è stata fatta un'analisi delle condizioni neurologiche che rappresentano le cause più frequenti di disfagia "alta", convenzionalmente definita disfagia oro-faringea, la forma più comune nella popolazione anziana e che pone grandi problemi gestionali. L'insieme di queste patologie, accomunate dalla possibilità di portare a disfagia, sono presenti in circa il 12% degli assistiti della medicina generale italiana (Tab. I).

In Tabella II sono riportati le principali indagini diagnostiche che vengono effettuate nei pazienti disfagici, sia richiesti correlati al problema che comunque presenti in tutto il database per le sole videofluoroscopia (VFS) e valutazione della deglutizione con fibroscopio flessibile (FEES). Queste ultime indagini sono registrate in un numero esiguo di pazienti, un dato che può riflettere da un lato una mancata registrazione, dall'altro una scarso ricorso a queste indagini sul territorio nazionale. Le richieste di esofagoduodenoscopia sono verosimilmente correlate

alla disfagia esofagea, ma allo stato attuale non è possibile differenziare le due forme essendo unico il codice identificativo.

La deglutizione

Per comprendere le alterazioni che possono intervenire nel corso della deglutizione è necessario richiamare i meccanismi fisiologici di questo complesso processo che consente il transito di cibo e acqua dall'ambiente allo stomaco, dove avviene la funzione digestiva.

Si pensi che il processo della deglutizione è gestito sotto il controllo del nucleo dei nervi cranici, trigemino, facciale, glossofaringeo, vago e ipoglosso, coinvolgendo inoltre 55 muscoli, 2 radici cervicali, un'area motoria primaria sensitiva e un'area motoria supplementare e prefrontale⁸.

È in stretta relazione con la funzione respiratoria e fonatoria e quindi non è solo un meccanismo autonomo dedicato alla propulsione del cibo; infatti, le vie aeree e digestive, nel loro tratto iniziale, non sono separate e presentano una parte di percorso in comune, l'orofaringe e l'ipofaringe,

dove le due vie si incrociano, costituendo il quadrivio faringeo⁹.

Il cibo, di diverse consistenze e proprietà reologiche, introdotto nella bocca e conformato in bolo nel suo percorso, giunto al quadrivio faringeo, è in grado fisiologicamente di imboccare come un treno il binario giusto per proseguire il percorso in esofago fino allo stomaco dove viene digerito.

Il normale atto deglutitorio avviene circa 600 volte al giorno, si completa in circa 15 secondi ed è in grado di coniugare in perfetta armonia il passaggio di sostanze di diversa consistenza, liquide o semiliquide, solide o semisolide, nello stesso tempo o in tempi immediatamente successivi.

Esso è sommariamente articolato in quattro fasi: preparatoria, orale, faringea ed esofagea (Tab. III).

Il processo inizia nella fase preparatoria con le modificazioni secretorie della saliva e del tono della muscolatura orale generate dagli odori percepiti e dall'osservazione o dalla preparazione del cibo.

È del tutto evidente quanto sia importante una piacevole presentazione dell'alimento sia per temperatura, profumi e forme nello stimolare la prima fase preparatoria dell'atto deglutitorio.

Successivamente quando il cibo viene introdotto nell'antro buccale inizia una fase volontaria in cui i muscoli della masticazione e la lingua si contraggono per impastare la saliva con il cibo per generare un bolo di appropriata fattura, taglia e consistenza.

La parte anteriore della lingua, a questo punto, si eleva fino a prendere contatto con il palato e si spinge posteriormente per forzare il bolo nell'ipofaringe; durante questa azione il palato molle sigilla il nasofaringe per prevenire il rigurgito nasale, dirigendo posteriormente il bolo.

Il bolo, durante questa fase, attiva i recettori sensitivi orofaringei che danno inizio alla fase involontaria del processo, il vero riflesso deglutitorio.

I muscoli sovraioidei si contraggono per elevare il laringe antero-superiormente, mentre l'epiglottide si abbassa a coprire l'antro tracheale.

I muscoli faringei si contraggono, a spingere il bolo per superare lo sfintere esofageo superiore, il muscolo costrittore della faringe superiore, verso il palato molle già contratto, innesca un'attività peristaltica che progredisce distalmente spostando il bolo, il cricofaringeo si rilassa velocemente dopo l'elevazione della laringe, permettendo al bolo di passare nell'esofago prossimale. La peristalsi esofagea propaga il bolo attraverso l'esofago fino ad attraversare lo sfintere esofageo inferiore¹⁰.

Si tratta dunque di una complessa serie di eventi, coordinati tra di loro da articolate regolazioni nervose, in cui tutto deve avvenire in modi, tempi e successioni adeguate, affinché la filiera funzioni; le stesse strutture anatomiche coinvolte svolgono attività diverse in una straordinaria economia di esercizio, per la quale però risulta sufficiente l'inadeguatezza di un singolo elemento, funzionale o anatomico, nel determinare l'alterazione dell'intero processo.

Le fasi più critiche e di maggior interesse deglutitorio sono quelle centrali: dalla preparazione intraorale del cibo (i cui fattori prevalentemente influenzanti sono la consistenza, la temperatura e la viscosità del bolo) alla fase di deglutizione riflessa faringea che prevede il transito del bolo tramite spinta linguale e contrazione faringea con complessa organizzazione da parte dei centri nervosi preposti.

La presbifagia

Con il termine di presbifagia ci si riferisce ad una condizione parafisiologica di deglutizione del soggetto anziano-geriatrico.

La presbifagia costituisce una deglutizione fisiologica per l'età, ma che mette la persona anziana in una condizione di maggior rischio, rispetto al giovane, a causa delle ridotte riserve funzionali¹¹.

Si caratterizza per una serie di cambiamenti, relativi a struttura, sensibilità e coordinazione, attività muscolare, responsabili di un complessivo rallentamento del bolo nel tragitto deglutitorio.

È legata a una progressiva alterazione dell'efficienza muscolare per ipotrofia delle masse muscolari che perdono in performance, ridotta funzionalità delle articolazioni e delle strutture tendinee, modificazioni dell'apparato masticatorio, deficit del sistema nervoso centrale e periferico, con conseguenti alterazioni di coordinazione e di sensibilità oro-faringo-laringea (Tab. IV)¹².

La presbifagia è da considerare parte costituente della sindrome geriatrica che include condizioni come immobilità, instabilità, incontinenza, decadimento cognitivo, sarcopenia e fragilità, aspetti clinici non ascrivibili in categorie di malattie, ma altamente prevalenti nell'età avanzata a genesi multifattoriale associati inoltre a multiple comorbidità¹³.

L'esatta prevalenza della presbifagia non è nota, tuttavia, alla valutazione endoscopica, penetrazione e aspirazione sono riscontrabili rispettivamente nel 75% e 30% degli anziani sani; data questa alta prevalenza in una parte di popolazione in estrema espansione, è necessario considerare questa condizione come una situazione di maggiore vulnerabilità nei confronti di patolo-

TABELLA III.

Fasi della deglutizione (da Karhriilas et al., 1988, mod)¹⁰.

Fasi della deglutizione	Cosa accade
Fase 1: preparatoria	Modificazioni secretorie salivari e del tono muscolare in risposta agli stimoli visivi e olfattivi
Fase 2: orale	Confezionamento del bolo attraverso masticazione e insalivazione, fino al convogliamento verso l'interno delle fauci ed elicitazione del riflesso di deglutizione faringea con chiusura del rinofaringe da parte del palato molle
Fase 3: faringea	Transito al quadrivio faringeo e incrocio della via respiratoria sotto la spinta dei muscoli faringei, chiusura della glottide.
Fase 4: esofagea	Transito allo sfintere esofageo superiore e propulsione peristaltica fino allo stomaco

TABELLA IV.

Presbifagia: modificazioni fisiologiche dell'età avanzata che portano ad alterazione parafisiologica della deglutizione (da Wakabashi et al., 2014, mod) ¹².

Modificazioni	Effetti
Edentulia Xerostomia, deficit di lubrificazione Ipogeusia Ritardo dell'innescio del riflesso deglutitorio Ritardo dell'innalzamento dello sfintere esofageo superiore Deficit di forza linguale e masticatorio Aumento della soglia del riflesso della tosse (meno efficace) Ipotonia esofagea e degli sfinteri esofagei	Maggior durata della fase orale Deficit di propulsione Maggior durata della fase faringea Ristagno di cibo alle vallecole epiglottiche Passaggio di cibo in laringe

gie o terapie farmacologiche che possono condurre al superamento del sottile confine tra una deglutizione alterata, ma ancora nel complesso soddisfacente, e una condizione di disfagia ¹⁴.

La disfagia

Se la deglutizione deriva da uno straordinario risultato combinato di forze che mantengono il bolo fuori delle vie respiratorie durante il transito nel quadrivio faringeo, la disfagia consegue a un disordine in questo percorso, in ognuna delle sue fasi o dalla perdita di coordinazione e intensità di queste forze.

La disfagia definisce una sensazione di disagio o difficoltà soggettiva nella progressione del bolo alimentare dalla bocca allo stomaco, che conduce a un alterato rapporto con l'alimentazione fino al rifiuto di alimentarsi.

Indipendentemente dall'eziologia, essa può indurre un ventaglio di rischi potenziali per la salute del paziente, provocandone cronicamente una condizione di malnutrizione calorico-proteica fino alla sarcopenia severa e alla disidratazione o, in acuto, a polmonite da inalazione ¹⁵.

La disfagia può influenzare pertanto negativamente il recupero clinico, richiedere un allungamento dei tempi di ricovero in ospedale e necessitare di cura a lungo termine. Il disturbo deglutitorio può coinvolgere tutte le fasi del processo, pertanto possono essere compromessi la masticazione, i movimenti della lingua, il riflesso di deglutizione (ritardato o debole), la chiusura glottica (parziale o nulla), la presenza di residui nel canale orofaringeo, alterazioni della peristalsi esofagea oppure più semplicemente ostruzione da infiltrazioni neoplastiche o

infiammatorie delle strutture.

Il concetto di disfagia include anche un'alterazione di "atti comportamentali, sensoriali e motori preliminari in preparazione alla deglutizione: la consapevolezza cognitiva dell'atto di alimentazione, il riconoscimento visivo del cibo, e tutte le risposte fisiologiche stimulate dall'olfatto e dalla vista del cibo", che vengono perse in un'ampia fascia di popolazione geriatrica con decadimento cognitivo estremo.

La disfagia diviene inoltre un elemento di discomfort cronico per il paziente che vede limitata la gestione delle funzioni vitali per cui rifugge il piacere del cibo, ne limita la socialità e ne induce depressione dell'umore ¹⁶.

Cause di disfagia

Le disfagia viene classicamente suddivisa in due categorie, a seconda delle fasi della deglutizione che risultano compromesse: oro-faringea ed esofagea.

La disfagia oro-faringea, dovuta a una compromissione delle prime fasi della deglutizione, può interessare solo o in parte la fase di preparazione orale e la fase orale (ad esempio, prensione del cibo alterata e ristagno nel cavo orale, in seguito a paralisi facciali o interventi chirurgici demolitivi), oppure riguardare principalmente la fase faringea. La muscolatura striata faringea è innervata dalla componente somatica del nervo vago, con i corpi cellulari dei motoneuroni inferiori localizzati nel nucleo ambiguo con caratteristica di essere eccitatori colinergici. La disfagia motoria della faringe deriva da disturbi neuromuscolari che causano paralisi muscolare, contrazioni simultanee non peristaltiche o mancata apertura dello sfintere esofageo superiore. È del tutto evidente come possano determinare disfagia patologie neurologi-

che che coinvolgono i centri nervosi e le vie nervose afferenti ed efferenti alle strutture dello splancno-cranio ¹⁷. Miopatie primitive o infiammatorie, come pure lo stato di malnutrizione sarcopenica che coinvolge i fini muscoli deglutitori, possono precipitare l'equilibrato meccanismo della deglutizione e condurre a disfagia (Tab. V).

La disfagia esofagea deriva invece da patologie esofagee e gastriche, stenosi meccanica, compressione estrinseca, infiammazioni, turbe della peristalsi; nel soggetto adulto il lume esofageo può aumentare fino a un diametro di 4 cm. Quando l'esofago non è in grado di dilatarsi oltre i 2,5 cm può insorgere disfagia specie per i cibi di consistenza solida, essa è tuttavia sempre presente quando il diametro del lume non si può estendere oltre 1,3 cm. Le lesioni circonferenziali provocano disfagia più frequentemente rispetto alle lesioni che interessano solo una porzione della circonferenza della parete dal momento che i tratti non interessati conservano la loro distensibilità; solitamente le disfagie esofagee rivestono principalmente un interesse internistico o chirurgico essendo legate a patologie organiche (Tab. VI).

Farmaci e disfagia

Possono rivestire un ruolo causale o concausale della disfagia, specie in ambito geriatrico, farmaci che alterino la motilità muscolare liscia e striata o che agiscano come inibitori o agonisti chimici di neuro-modulatori nervosi (Tab. VII) ¹⁸.

Il deficit di attenzione e di vigilanza del paziente trattato con oppioidi, neurolettici e ipnoinducanti già altera in maniera determinante la prima fase, preparatoria, extraorale, della deglutizione.

I pazienti che utilizzano gli oppioidi in modo

TABELLA V.

Principali malattie riconosciute causa di disfagia oro-faringea (da Malagelada et al., 2014, mod.)²¹

Malattie neurologiche	<ul style="list-style-type: none"> • Tumori del tronco • Trauma cranico • Stroke • Paralisi cerebrale • Sindrome di Guillain-Barré • Morbo di Huntington • Sclerosi multipla • Poliomielite • Sindrome post-polio • Discinesia tardiva • Encefalopatie metaboliche • Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) • Morbo di Parkinson • Demenza
Malattie miopatiche	<ul style="list-style-type: none"> • Malattie del connettivo (<i>Overlap Syndrome</i>) • Dermatomiocite • Miastenia grave • Distrofia miotonica • Distrofia oculofaringea • Polimiosite • Sarcoidosi • Sindromi paraneoplastiche • Sarcopenia
Malattie infettive	<ul style="list-style-type: none"> • Difterite • Botulismo • Malattie di Lyme • Sifilide • Mucosite (Herpes, Cytomegalovirus, Candida ecc.)
Malattie metaboliche	<ul style="list-style-type: none"> • Amiloidosi • Sindrome di Cushing • Tireotossicosi • Morbo di Wilson
Cause jatrogene	<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni da sostanze corrosive, causticanti, radioterapia • Effetti collaterali di terapie farmacologiche • Esiti di chirurgia e radioterapia del distretto cervico-cefalico

cronico hanno significativamente maggiori probabilità di avere un grave disturbo motorio esofageo rispetto agli stessi valutati dopo la sospensione del farmaco di sole 24 ore¹⁹. Farmaci anticolinergici e antimuscarinici influenzano la funzionalità muscolare liscia e striata alterando la motilità faringea ed

TABELLA VI.

Principali malattie riconosciute causa di disfagia esofagea (da Malagelada et al., 2014, mod.)²¹

Malattie neoplastiche	<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma o sarcoma primitivo o secondario esofageo • Linfoma o timoma mediastinico • Carcinoma primitivo o secondario polmonare • Leiomioma esofageo • Angioma esofageo • Polipo fibrosante
Stenosi esofagee benigne	<ul style="list-style-type: none"> • Esofagite peptica, eosinofila, virale, micotica • Da caustici e da farmaci • Chirurgica o da radioterapia • Congenita • Anello mucoso di Schatzki • Diaframma esofageo
Compressioni estrinseche	<ul style="list-style-type: none"> • Spondilite anchilosante • Osteofitosi vertebrale cervicale • Gozzo tiroideo • Diverticolo di Zenker • Vascolari (aneurisma aortico, arteria succlavia destra aberrante) • Raccolte ascessuali
Alterazioni peristaltiche	<ul style="list-style-type: none"> • Sclerodermia, dermatomiociti, sindromi da overlap • Miopatia dei visceri cavi • Distrofia miotonica, miastenia grave, paralisi bulbare o pseudobulbare • Acalasia • Neuromiopia metabolica (alcolismo, amiloidosi, diabete)

esofagea e riducendo il tono dello sfintere esofageo, oltre a causare xerostomia.

Altri farmaci possono danneggiare direttamente la mucosa esofagea (doxiciclina, bifosfonati, preparati di ferro e Fans), generando disfagia talvolta associata a odinofagia.

Implicati nella riduzione della motilità vi sono gli antipsicotici che possono causare dismotilità dell'orofaringe e xerostomia e

possono contribuire a sintomi che imitano la disfagia²⁰.

L'approccio al paziente disfagico

Nel sospetto o in presenza di segni e sintomi di disfagia, vanno raccolti elementi anamnestici e obiettivi che risultano poi essenziali ai fini gestionali diagnostico-terapeutici.

L'approccio chiave iniziale è quello di stabilire se la disfagia sia orofaringea o esofagea e la storia clinica, insieme ai dati obiettivi, ci permette questa distinzione in modo accurato in circa l'80-85% dei casi.

La valutazione iniziale deve prendere in considerazione la localizzazione del disturbo, se la disfagia avviene per i cibi solidi e/o liquidi, se è progressiva o intermittente, e la durata dei sintomi.

Vanno esclusi altri disturbi riferibili al primo tratto digestivo come l'odinofagia (ossia la deglutizione dolorosa, spesso associata a problemi infettivi), il globo faringeo (la sensazione di un corpo estraneo in gola), l'oppressione toracica, la dispnea e la fagofobia (paura di deglutire), sintomi spesso associati a disfagia, ma che non originano da alterata deglutizione²¹.

La disfagia orofaringea viene anche chiamata disfagia "alta" in quanto i disturbi originano in bocca e/o in faringe e i pazienti presentano alterate le prime fasi della deglutizione indicando, quando possibile, la localizzazione dei disturbi nell'area cervicale.

Nel sospetto di disfagia orofaringea, all'anamnesi andrebbe richiesto²²:

- se dopo ingestione di alimenti o liquidi si ha difficoltà e ritardo a iniziare la deglutizione e/o nell'ingoiare il cibo, scialorrea, presenza di residui alimentari nel cavo orale, sensazione di soffocamento, tosse, cianosi, rigurgito nasale, voce gorgogliante, deglutizioni multiple per un singolo bolo;
- variazione spontanea nella consistenza degli alimenti consumati;
- calo ponderale non desiderato nell'ultimo periodo;
- eventuali sintomi da infezione polmonare o di alterazioni funzionali polmonari;
- caratteristiche cognitive-comportamentali, con particolare attenzione al livello di vigilanza e di collaborazione;
- valutare se nella terapia cronica sono presenti farmaci che possono determinare disfagia.

TABELLA VII.

Farmaci che possono essere causa o concausa di disfagia (da Ratuapli et al., 2015, mod.)¹⁹.

Farmaco	Effetto
Antistaminici	Xerostomia
Antidepressivi triciclici	Xerostomia
Antiparkinsoniani	Xerostomia Compromissione "mental status" Discinesia
Sedativi-ipnotici	Compromissione "mental status"
Ansiolitici	Reflusso gastro-esofageo
Neurolettici	Xerostomia Compromissione "mental status" Discinesia
Anticonvulsivanti	Compromissione "mental status"
Antianginosi	Reflusso gastro-esofageo
Calcio-antagonisti	Reflusso gastro-esofageo
FANS, ferro, bifosfonati	Esofagiti
Alcolici	Compromissione "mental status" Reflusso gastro-esofageo

All'esame obiettivo vanno valutati:

- vigilanza e coscienza del paziente;
- il controllo posturale;
- l'igiene e la secrezione orale;
- disфония o voce nasale, umida, gorgogliante;
- esame del cavo orale per eventuali alterazioni morfologiche, sensitive, motorie;
- esame del collo per eventuali linfonomegalie, masse, gozzo;
- eventuale disidratazione (mucose e cute secca, ipotensione arteriosa, tachicardia, oliguria, letargia).

Se i dati anamnestici e clinici depongono per una disfagia di tipo orofaringeo e se il paziente è collaborante, può essere somministrato al paziente, sia a livello ambulatoriale che ospedaliero, il test Eat-10 (*Eating Assessment Tool*). Questo semplice test di autovalutazione consiste di 10 domande

che indagano la capacità deglutitoria, e in caso di positività (punteggio totale > 3), il paziente andrebbe sottoposto a screening della deglutizione²³.

La disfagia esofagea viene anche definita come disfagia "bassa", originando i disturbi nell'esofago, e i pazienti localizzano il loro disturbo in zona retrosternale.

Va effettuata la stessa valutazione iniziale riportata all'inizio di questo capitolo e dai dati raccolti possono essere ipotizzate alcune cause probabili di disfagia²¹.

Si possono ipotizzare problemi di motilità esofagea se la disfagia si verifica ugualmente con solidi e liquidi, specialmente se è intermittente e associata a dolore toracico. Un'ostruzione meccanica dell'esofago, con diametro inferiore a 15 mm, si associa a disfagia per i soli solidi e non per i liquidi. Se è progressiva va sospettata una stenosi peptica o un carcinoma.

L'esofagite eosinofila, una patologia sempre più diagnosticata, va sospettata in soggetti giovani con disfagia intermittente e con sensazione di impatto alimentare in esofago.

La disfagia esofagea viene generalmente considerata un sintomo di "allarme" per patologia organica, in particolare per neoplasia, per cui è quasi sempre necessario ricorrere all'esame endoscopico. La neoplasia si può sospettare se la disfagia è di breve durata, progressiva, avviene più per i solidi che per i liquidi, il paziente ha perso peso.

Messaggi chiave

1. La disfagia, un termine che sta a indicare un'alterata deglutizione, è un disturbo comune nella popolazione generale, specie negli anziani e in pazienti con problematiche neurologiche, che ha rilevanti risvolti socio-sanitari.
2. La disfagia è un disturbo che riconosce diverse cause e, a seconda delle fasi della deglutizione alterate, viene distinta nella forma orofaringea e nella forma esofagea.
3. Le forme orofaringee, in cui sono compromesse le prime fasi della deglutizione, sono quelle a maggior prevalenza, legate principalmente a problematiche neurologiche (malattie cerebrovascolari e degenerative che interessano circa il 12% degli assistiti della medicina generale italiana), e possono portare a complicanze come la polmonite *ab ingestis* e la malnutrizione.
4. La disfagia esofagea è legata a patologie organiche di interesse internistico o chirurgico e richiede quasi necessariamente la valutazione endoscopica ai fini diagnostici.
5. L'approccio iniziale del paziente disfagico necessita di una accurata raccolta dei dati anamnestici e obiettivi che permettano di definirne la localizzazione e ipotizzarne la causa.
6. La precoce valutazione della disfagia deve portare a un appropriato percorso diagnostico e terapeutico che sia in grado di ridurre i costi sociali e assistenziali.

Bibliografia

- 1 Bhattacharyya N. *The prevalence of dysphagia among adults in the United States*. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2014;151:765-9.
- 2 Holland G, Jayasekera V, Pendleton N, et al. *Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a self-reporting questionnaire survey*. *Dis Esophagus* 2011;24:476-80.
- 3 Finestone HM, Greene-Finestone LS. *Rehabilitation medicine: 2. Diagnosis of dysphagia and its nutritional management for stroke patients*. *CMAJ* 2003;169:1041-4.
- 4 Whelan K. *Inadequate fluid intake in dysphagic acute stroke*. *Clin Nutr* 2001;20:423-8.
- 5 Marik PE, Kaplan D. *Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly*. *Chest* 2003; 124:328-36.
- 6 Walter U, Knoblich R, Steinhagen V, et al. *Predictors of pneumonia in acute stroke patients admitted to a neurological intensive care unit*. *J Neurol* 2007;254:1323-9.
- 7 Database Health Search/CSD LPD (www.healthsearch.it).
- 8 Jansson-Knodell CL, Codipilly DC, Leggett CL. *Making dysphagia easier to swallow: a review for the practicing clinician*. *Mayo Clin Proc* 2017;92:965-72.
- 9 Schuller DE, Schleuning AJ, Deweese and Saunders' *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. Mosby-Year Book, 8th ed., January 1994, pp. 165-8.
- 10 Kahrilas PJ, Dodds WJ, Dent J, et al. *Upper esophageal sphincter function during deglutition*. *Gastroenterology* 1988;95:52-62.
- 11 Riso S. *Presbifagia, sarcopenia, disfagia sarcopenica: un fil rouge nell'anziano fragile*. ADI, XXI Congresso Nazionale 2014.
- 12 Wakabashi H. *Presbyphagia and sarcopenic dysphagia: association between aging, sarcopenia, and deglutition disorders*. *J Frailty Aging* 2014;3:97-103.
- 13 Baijens LW, Clavé P, Cras P, et al. *European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society White Paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome*. *Clin Interv Aging* 2016;11:1403-28.
- 14 Khan A, Carmona R, Traube M. *Dysphagia in the elderly*. *Clin Geriatr Med* 2014;30:43-53.
- 15 Whelan K. *Inadequate fluid intake in dysphagic acute stroke*. *Clin Nutr* 2001;20:423-8.
- 16 Sura L, Madhavan A, Carnaby G, et al. *Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations*. *Clin Interv Aging* 2012;7:287-98.
- 17 Wirth R, Dziewas R, Beck AM, et al. *Oropharyngeal dysphagia in older person – from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting*. *Clin Interv Aging* 2016;11:189-208.
- 18 Stoschus B, Allescher HD. *Drug-induced dysphagia*. *Dysphagia* 1993;8:154-9.
- 19 Ratuapli SK, Crowell MD, DiBaise JK, et al. *Opioid-induced esophageal dysfunction (OIED) in patients on chronic opioids*. *Am J Gastroenterol* 2015;110:979-84.
- 20 Osterberg T, Landahl, Hedegard B. *Salivary flow, saliva, pH and buffering capacity in 70 years-old men and women. Correlation to dental health, dryness in the mouth, disease and drug treatment*. *J Oral Rehabil* 1984;11:157-70.
- 21 Malagelada J, Bazzoli F, Boeckxstaens G, et al. *Disphagia*. Global guidelines & cascades. World Gastroenterology Organisation (WGO) Global Guidelines 2014.
- 22 Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari Regione Piemonte. *Percorso diagnostico terapeutico assistenziale della disfagia* 2013.
- 23 Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, et al. *Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10)*. *An Otol Rhinol Laryngol* 2008;117: 919-24.