

Raggiungere un nuovo equilibrio con il corretto trattamento logopedico e nutrizionale

Prof. Antonio Schindler

Professore Ordinario di Otorinolaringoiatria e Audiologia, Università degli Studi di Milano
Medico Foniatra – UOS Foniatria, ASST Fatebenefratelli-Sacco (Milano)



PRESENTAZIONE DEL PAZIENTE

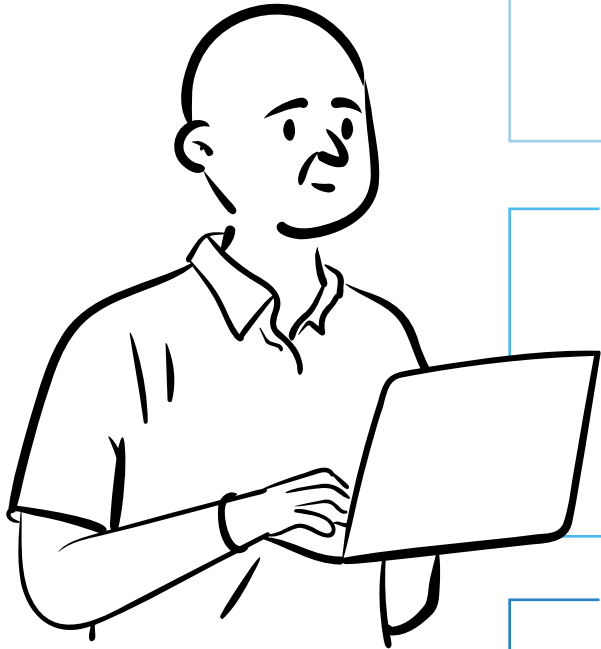
- Uomo, 57 anni
- Architetto, in attività lavorativa
- Vive con la moglie e 2 figli

QUADRO CLINICO

- **Tumore spinocellulare dell'orofaringe HPV+**, con secondarismi laterocervicali bilaterali (stadiazione: cT4aN2C)
- **Trattamento chemio-radioterapico** (terminato da 9 anni)
- **Libero da malattia** al follow-up oncologico a **5 anni dalla diagnosi**

ANAMNESI PATOLOGICA

- **Difficoltà di deglutizione** da 6 mesi, in progressivo peggioramento
- **Polmonite ab ingestis** nei 3 mesi precedenti
- **Calo ponderale** di 2 Kg negli ultimi 3 mesi



PARAMETRI ANTROPOMETRICI

- Peso: 72 Kg
- Altezza: 1,80 m
- BMI: 22.2 Kg/m²

Endoscopia delle vie aeree e digestive superiori con prove di deglutizione (FEES)



Liquidi: ritardo di innesco deglutitorio e aspirazione silente



Semisolidi: ristagni faringei e aspirazione silente



Solidi: non somministrati (prova non sicura)



Per visualizzare le
endoscopie
**CLICCA SULLE
IMMAGINI**

Conclusioni

Disfagia moderatamente grave (DOSS 2) da deficit di spinta linguale e faringea, deficit di elevazione laringea e sensibilità laringea ridotta.

OSSERVAZIONE DEL PASTO

Durata del pasto: 48 min.

Sicurezza deglutitoria: frequenti episodi di tosse e voce umida

Efficacia deglutitoria: preparazione orale lievemente prolungata

Facilitatori ambientali: **Dieta semisolida**
Dimensione boli 1 cucchiaino
Caregiver compliant

NUTRIZIONE

Dieta esclusiva per os: dieta semisolida (IDDSI 4)

Idratazione: liquidi liberi

Screening nutrizionale: rischio di malnutrizione (MNA[®]=22.5/30)



Si discute con il paziente la presenza di **rischi malnutritivi e infettivi polmonari**.
Il paziente rifiuta la possibilità terapeutica di posizionare una PEG.

TRATTAMENTO LOGOPEDICO

Obiettivo

Permettere al paziente di alimentarsi in sicurezza
→ Counseling sulle modalità di alimentazione

Dieta

Semisolida
omogenea (IDDSI
4)

Idratazione

Liquidi lievemente
addensati (IDDSI
1), con possibilità
di assumere acqua
non addensata
lontano dai pasti, a
cavo orale deterso

Procedure

Colpo di tosse
seguito da
deglutizione a
vuoto ogni 4
bocconi per
favorire la
deterzione dei
ristagni faringei

Obiettivo

Prevenire il
peggioramento
della funzionalità
del distretto oro-
faringeo

Esercizi di
**mobilità e
rinforzo** della
muscolatura
orale e faringea
(30 ripetizioni x
3 volte/die)

TRATTAMENTO NUTRIZIONALE

Obiettivo

Garantire un adeguato fabbisogno
nutrizionale

Supplementazione calorica e proteica

1 crema di cereali a elevato valore
nutritivo [245 kcal e 15 g proteine per
porzione] a pranzo e cena

Calibrare il trattamento

3 mesi post
trattamento



Calo ponderale(- 3 Kg)



2 episodi di polmonite ab ingestis



Il tempo per consumare il pasto rimane costante



Il paziente appare affaticato e demotivato



Si condivide con il paziente la decisione di posizionare una **PEG** come **esclusiva modalità di alimentazione**

- **Schema nutritivo:** 1500 ml/die (miscela a elevato apporto energetico e contenuto di fibra solubile)
- **Apporto calorico quotidiano** 2325kcal/die. **Apporto proteico quotidiano** 90 g/die.
- Possibilità di assaporare alimenti graditi a esclusivo scopo edonistico

Esiti del trattamento

6 mesi post
PEG



PEG ben tollerata dal paziente

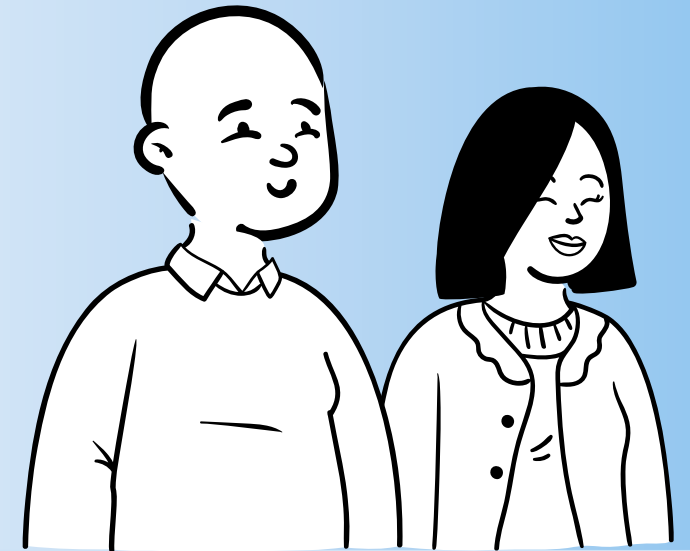


Aumento di peso corporeo (+ 4 Kg)



Assenza di nuove infezioni polmonari

Il paziente ha riorganizzato la propria quotidianità e partecipa con soddisfazione alla propria vita familiare, lavorativa e sociale.





Considerazioni finali

Sulla base di quali raccomandazioni sono stati costruiti il trattamento logopedico e nutrizionale?

Il trattamento logopedico e nutrizionale proposti rispecchiano le raccomandazioni della European Society for Swallowing Disorders (**ESSD**) e della **ESPEN**

Come mai l'apporto calorico e proteico somministrato tramite PEG eccede il normale fabbisogno per un uomo adulto?

L'apporto calorico e proteico somministrato tramite PEG è stato calibrato tenendo in considerazione l'iniziale **stato di malnutrizione** del paziente

Come mai la PEG è stata introdotta così «tardi»?

Il **paziente è stato informato dei possibili rischi** per la salute derivanti **dall'alimentazione per bocca** alla prima valutazione foniatrica.

Per introdurre la PEG è stata considerato non solo il quadro clinico, ma anche **l'accettazione da parte del paziente e della famiglia.**

Bibliografia

- Fuh J, et al. Swallowing difficulty in Parkinson's disease. *Clin Neurol Neurosurg*. 1997; 99(2): 106–12.
- Geen BG, et al. Enhancement of retronasal odors by taste. *Chem Senses*. 2012; 37: 77–86
- Groher ME. Dysphagic patients with progressive neurologic disease. *Seminars in Neurology*. 1996; 16(4): 355-363.
- Kalf J, et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: a meta-analysis. *Parkinsonism Relat Disord*. 2012; 18(4): 311–5.
- Logemann JA. Dysphagia in movement disorders. *Advances in Neurology*. 1988; 49: 307-316.
- Müller J, et al. Progression of dysarthria and dysphagia in postmortem-confirmed parkinsonian disorders. *Arch Neurol*. 2001; 58(2): 259–64.
- Schneider JS, et al. Deficits in orofacial sensorimotor function in Parkinson's disease. *Ann Neurol* 1986; 19: 275-282.