



**Disfagia e dolore nei tumori testa collo
in trattamento radiochemioterapico**

**23 marzo 2015
Alessandria**

Con il patrocinio di:



Associazione Italiana Radioterapia Oncologica

GRUPPO DI STUDIO TESTA COLLO

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOSTOMATOLOGI DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA




**Valutazione della disfagia:
dai sintomi e segni
rilavabili dal caregiver
alla diagnosi strumentale**

Massimo Spadola Bisetti

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino
S.C. O.R.L. 2 – Servizio di Audiologia e Foniatria U.

Ruolo del Foniatra

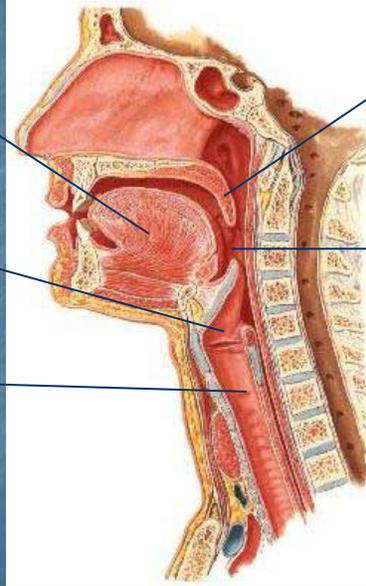
- Valutazione della capacità deglutitoria
 - Valutazione clinica
 - Diagnostica strumentale (FEES)
- Individuazione dei meccanismi compromessi
- Individuazione dei disturbi comunicativi associati (afasie, anartrie, dislalie)
- Indicazioni inerenti:
 - Possibilità di alimentazione per os
 - Scelta delle consistenze
 - Entità del rischio di inalazione del bolo
 - Posizionamento/rimozione di sondini (SNG, PEG, accessi venosi)
 - Rimozione di cannula tracheale
- Prescrizione dell'attività riabilitativa logopedica

Possibili conseguenze della chirurgia oncologica del cavo orale e dell'orofaringe

Incompetenza anatomofunzionale della lingua

Riduzione o abolizione del riflesso della tosse

Aspirazione del bolo (parziale o completa)



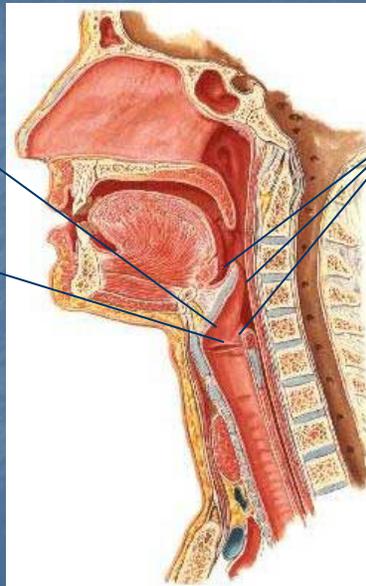
Deficit velofonico

Riduzione o assenza di sensibilità in sede di ricostruzione con lembi dell'orofaringe

Possibili conseguenze della chirurgia oncologica ipofaringo-laringea

Emilaringectomia: ridotta chiusura ed elevazione laringea con aspirazione

Laringectomia orizzontale sovraglottica: atti deglutitori prematuri con ridotta elevazione laringea, deficit dello sfintere laringeo, aspirazione, disfunzione del muscolo cricofaringeo



Laringectomie sub-totali ricostruttive: ritardo dell'innescò del riflesso faringeo della deglutizione, ridotta chiusura laringea, alterata mobilità della parete faringea posteriore, aspirazione, perdita del riflesso tussigeno

Esiti trattamenti complementari o alternativi (radioterapia)

- Mucositi
- Candidosi del tratto orofaringo-esofageo
- Stenosi post-chirurgiche e post-attiniche di porzioni faringee
- Xerostomia
- Odinofagia
- Alterazioni della fase orale e faringea in pazienti con carcinomi del rinofaringe trattati con radioterapia primaria e polichemioterapia
- Alterazioni della contrattilità faringea nel lungo periodo

Campanelli d'allarme



- fastidio o dolore associato alla deglutizione,
- allungamento del tempo dedicato al pasto,
- episodi di tosse/soffocamento mentre mangia o beve,
- senso di corpo estraneo in gola,
- voce umida o gorgogliante dopo la deglutizione,
- progressivo cambiamento delle abitudini alimentari,
- calo ponderale senza causa apparente,
- rialzo termico ricorrente senza cause note.

Segni e Sintomi

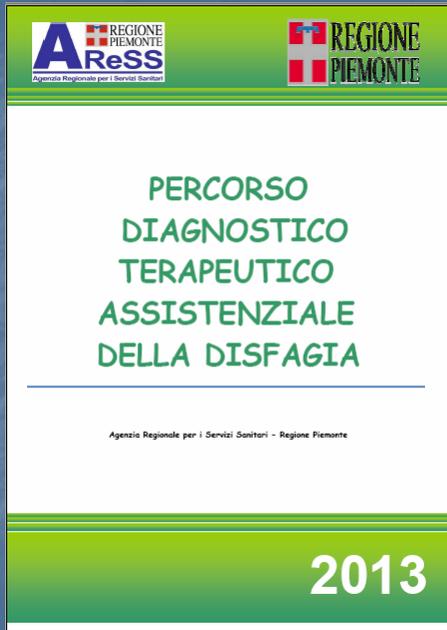


- alterato livello di coscienza o riduzione delle risposte;
- linguaggio mal articolato;
- fascicolazioni della lingua e raucedine;
- gestione difficoltosa delle secrezioni orali e/o scialorrea;
- qualsiasi segno indicatore di ridotta funzione laringea (es: voce debole, disfonia);

Segni e Sintomi



- rischio documentato di disfagia o aspirazione durante ricoveri precedenti;
- tosse volontaria debole/assente;
- dolore toracico atipico;
- infezioni polmonari ricorrenti;
- frequenza respiratoria maggiore di 30 atti per minuto.
- Complicanze:
 - - malnutrizione per cause non altrimenti identificabili;
 - - disidratazione per cause non altrimenti identificabili;
 - - polmonite da aspirazione o inalazione.



Disponibile sul sito
dell'Agenzia Regionale
Servizi Sanitari
(www.aress.piemonte.it)
nella sezione Documenti

www2.aress.piemonte.it/cms/documenti/documenti-aress.html

Questionario di Autovalutazione EAT-10

- In caso di sospetto clinico di disfagia il paziente dovrà compilare il questionario di autovalutazione per il monitoraggio della capacità deglutitoria EAT-10 rispondendo a 10 semplici domande



EAT-10: Test per il monitoraggio della capacità deglutitoria

Cognome: _____ Nome: _____ Data: _____
 Sesso: _____ Et : _____

Obiettivo:
 Il test EAT-10 aiuta a misurare le sue difficolt  di deglutizione. Pu  essere importante parlare con il suo medico per stabilire il trattamento adeguato ai suoi sintomi.

A. Istruzioni:
 Risponda ad ogni domanda barrando il valore corrispondente all'entit  del sintomo. Consideri che: 0= nessun problema e 4= problema serio.

1) La difficolt� a deglutire mi ha causato una perdita di peso 0 1 2 3 4	6) Deglutire mi causa dolore 0 1 2 3 4
2) La difficolt� a deglutire mi rende difficile provare fuori casa 0 1 2 3 4	7) La difficolt� a deglutire mi riduce il piacere del pasto 0 1 2 3 4
3) Deglutire i liquidi mi risulta difficoltoso 0 1 2 3 4	8) Quando deglutisco, il cibo mi si ferma in gola 0 1 2 3 4
4) Deglutire cibi solidi mi risulta difficoltoso 0 1 2 3 4	9) Quando mangio tossisco 0 1 2 3 4
5) Ho difficolt� a deglutire i medicinali (pillole, compresse, capsule) 0 1 2 3 4	10) Deglutire mi genera ansia 0 1 2 3 4

B. Punteggio:
 Sommi i singoli punteggi e scrivi il totale nelle caselle.
 Punteggio totale (massimo 40 punti)

C. Cosa fare dopo:
 Se il suo punteggio totale   pari o maggiore di 3, potrebbe avere problemi a deglutire in modo corretto e sicuro. Le consigliamo di condividere i risultati del test EAT-10 con il suo medico.

Referenze: sono state determinate la validit  e l'affidabilit  del questionario EAT-10. Etchibay Y, Mousadik DA, Rera C, Payer K, Poorna GM, Allen J, Leonard BA. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals Otolaryngology & Laryngology 2008; 117(12): 919-924

EAT-10

▶ Se il test   positivo (score totale ≥ 3) il paziente deve essere sottoposto a screening della deglutizione.

Strumenti di screening

- Si richiede una sensibilit  maggiore dell'80-90% e rispettivamente una specificit  maggiore del 50%.

1. Prova del bicchiere d'acqua: si somministra un bicchiere d'acqua a piccoli sorsi sorvegliando l'eventuale insorgenza di voce velata o gorgogliante o tosse riflessa.
2. Il test di 50 ml di acqua (deglutizioni successive di 5 ml di acqua; segni di aspirazione: deglutizione seguita da accessi di soffocamento, tosse o modificazioni della qualit  della voce), combinato con la ricerca della sensibilit  nella regione faringea da entrambe le parti con il cotton-fioc (Martino et al 2000, Kidd et al 1993).
3. Il test di 50 ml di acqua combinato con la pulsiossiometria (reperto patologico: caduta della saturazione di ossigeno maggiore del 2% dopo deglutizione di 10 ml di acqua).






Prova del bicchiere d'acqua

Linee Guida F.L.I. sulla gestione del paziente disfagico adulto in foniatría e logopedia 2007

- Soggetto vigile
- Posizione seduta o, se allettato, con il busto ad 80°
- Somministrare acqua naturale a temperatura ambiente
- Prove:
 - 1) Somministrazione con cucchiaino x 3 ponendo due dita a livello della cartilagine tiroide per avvertire il sollevamento
 - 2) Un sorso alla volta dal bicchiere x 3
 - 3) Alcuni sorsi di seguito
- Osservare se:
 - a) Tiene troppo l'acqua in bocca prima di deglutire
 - b) Tossisce prima, durante o dopo la deglutizione
 - c) La voce è cambiata dopo la deglutizione



Iter diagnostico della disfagia



Il percorso diagnostico può essere descritto in tre momenti principali:

1. l'anamnesi
2. la valutazione clinica
3. le indagini strumentali

Anamnesi

Situazioni patologiche pregresse od in atto (anamnesi patologica remota e prossima) in particolare:

- ✓epoca di insorgenza della disfagia,
- ✓malattie, in particolare neurologiche, interventi chirurgici correlabili, radio-terapia,
- ✓eventuali precedenti episodi di polmonite ab ingestis;
- ✓presenza di particolari abitudini comportamentali (ad es.: abuso di alcool o stupefacenti);



Anamnesi

Condizioni generali con particolare riferimento a:

- ✓ stato nutrizionale: peso prima della malattia o dell'intervento e peso attuale, modalità di assunzione dell'alimentazione, sua consistenza e composizione, preferenze alimentari del cliente;
- ✓ condizioni dell'apparato respiratorio, eventuale presenza di cannula tracheostomica e sue caratteristiche,
- ✓ presenza di protesizzazione dentaria e sua adeguatezza;



Valutazione del paziente

- Vigilanza e Stato di coscienza,
- Grado di collaborazione e capacità comunicative
- Possibilità di mantenere la posizione seduta
- Gestione della saliva
- Atti deglutitori spontanei
- Resistenza all'affaticamento (ed allo stress da visita)

Valutazione clinica

- Valutazione ispettiva del cavo orale
- Valutazione delle prassie bucco-facciali
- Motilità del velo del palato
- Funzionalità dello sfintere velofaringeo
- Movimenti della mandibola
- Controllo muscolare del capo
- Presenza di ristagni salivari/mucosi a monte della cuffiatura di ev . cannula tracheale
- Presenza di riflessi patologici

Esame dei n.n. cranici

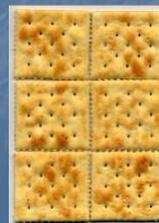
- V n.c. Trigemino
- VII n.c. Faciale
- IX n.c. Glossofaringeo
- X n.c. Vago
- XII n.c. Ipoglosso



Prove di deglutizione indirette

Somministrazione di cibi di diversa consistenza con rilievo di:

- Permanenza del bolo nel cavo orale/espulsione
- Allungamento tempo di preparazione orale
- Comparsa di tosse
- Cambiamento della qualità della voce (velata, gorgogliante, etc.)



Prove di deglutizione indirette

Somministrazione di cibi di diversa consistenza con rilievo di:

- Tracce del bolo nell'aspirato dalla cannula tracheale

Indagini strumentali

- videoregistrazione dell'immagine fluoroscopica
- scintigrafia faringea
- elettromiografia della deglutizione
- manometria e pHmetria esofagea
- ultrasonografia
- videofluorografia digitale
- studio fibroendoscopico della deglutizione FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing)

Linee Guida

CHEST

Official publication of the American College of Chest Physicians

Cough and Aspiration of Food and Liquids Due to Oral-Pharyngeal Dysphagia: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines

Carol A. Smith Hammond and Larry B. Goldstein

Chest 2006;129:154S-168S
DOI 10.1379/chest.129.1_suppl.154S

LINEE GUIDA SULLA GESTIONE DEL PAZIENTE DISFAGICO ADULTO IN FONIATRIA E LOGOPEDIA

CONSENSUS CONFERENCE TORINO, 29 GENNAIO 2007

RACCOMANDAZIONI DEL

COMITATO PROMOTORE FEDERAZIONE LOGOPEDISTI ITALIANI

CONDIVISE DA



Acta Phon Lat, vol.29, fasc 1, 2007, 33-76
I care, anno 32°, supp. n.2 apr-giu 2007, 3-30

Settore Nutrizione Artificiale



ADI MAGAZINE 1, 2007: 11
RACCOMANDAZIONI NUTRIZIONALI IN TEMA DI DISFAGIA



SIGN

Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Part of NHS Quality Improvement Scotland

119

Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia

A national clinical guideline

June 2010

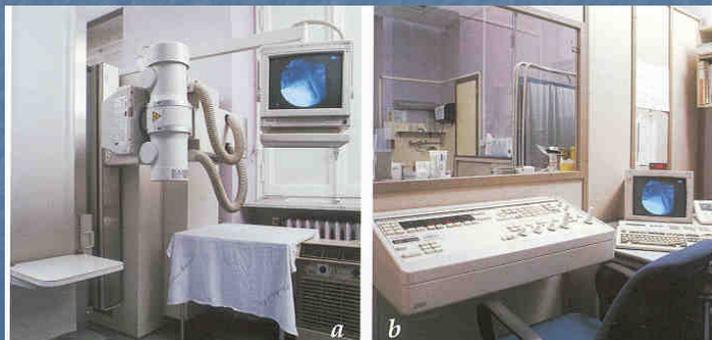
LINEE GUIDA DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE IN NEUROLOGIA
Le disfagie neurogene

Linee Guida redatte dalla apposita commissione della Società Tedesca di Neurologia
G. Bartolone (logopedista) M. Prosiegel (neurologo) H. Schröter-Morasch (foniatra)
da Diener HC (a cura di)

Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie Stuttgart: Thieme, 2005, 746- 756 -
Traduzione italiana di O. Schindler

Videofluorografia digitale

Esame radiologico condotto con una particolare apparecchiatura in grado di acquisire da 8 a 25 immagini al secondo di buona qualità (1024 x 1024 pixel).



Videofluorografia digitale

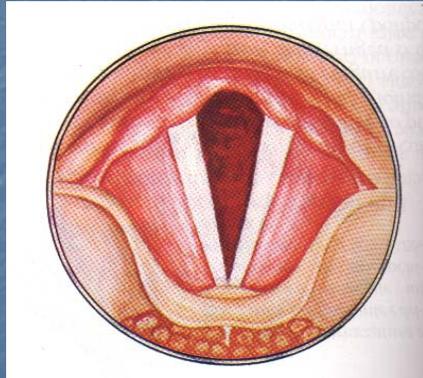
- ☆ Richiede ambienti, attrezzature e personale adeguato
- ☆ Rappresenta il gold standard diagnostico
- ☆ Consente di effettuare una valutazione morfologica e funzionale precisa e diretta delle strutture coinvolte in tutte le fasi della deglutizione.
- ☆ Le immagini ottenute possono essere riesaminate passo-passo e rielaborate

Prove di deglutizione in fibroendoscopia (FEES)



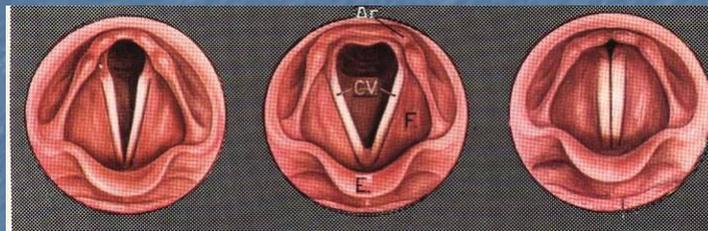
Necessitano solo di un fibroscopio per laringoscopia a fibre ottiche flessibili, eventualmente collegato ad apparati di videoregistrazione, e di piccole porzioni di cibi delle varie consistenze

Esame anatomico



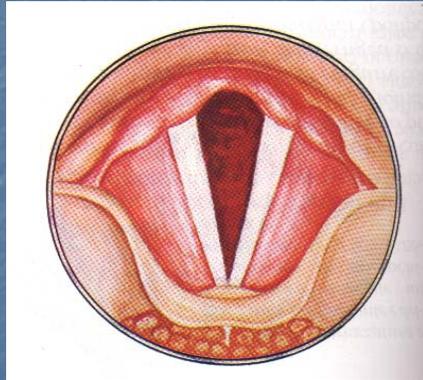
- Morfologia generale
- Reperti anatomici patologici (cisti, noduli, polipi, tumori, infiammazione, edema)
- Attività muscolari involontarie (fascicolazione, mioclono, tremore)
- Ristagno salivare
- Morfologia UES

Esame funzionale



- Motilità cordale
- Chiusura glottica
- Spasmi, fascicolazioni, tremori

Valutazione della sensibilità locale



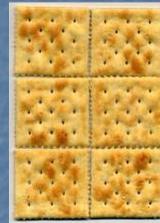
Elicitazione di tosse o di movimenti di difesa toccando con la punta dello strumento:

- Epiglottide
- Pliche ari-epiglottiche
- Vestibolo

Prove di deglutizione

Con paziente a busto eretto si procede alla somministrazione con cucchiaino di

- Cibo semisolido
- (Cibo solido)
- Liquido



Prove di deglutizione

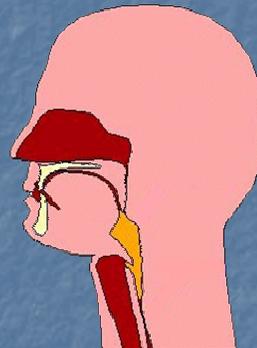
I cibi vengono preventivamente colorati (Blu di metilene 1% o coloranti da pasticceria).

Per ciascuna consistenza la prova è ripetuta almeno 3 volte.



Prove di deglutizione in fibroendoscopia

- Osservazione diretta delle fase 3 della deglutizione (stadio faringeo)
- Studio della situazione locale post-deglutitoria



Prove di deglutizione in fibroendoscopia

- (Valutazione della durata della fase orale)
- Latenza o assenza del riflesso di deglutizione faringeo
- Presenza di ev. scolo pre-deglutitorio
- Presenza di penetrazione e/o aspirazione

Prove di deglutizione in fibroendoscopia

- Presenza e sede di ristagni post-deglutitori
- Valutazione dell'efficacia della tosse volontaria
- Valutazione dell'effetto di detersione di successive deglutizioni "a vuoto"
- Tosse post-deglutitoria riflessa e sua efficacia

Prove di deglutizione in fibroendoscopia

- Durata complessiva dell'atto deglutitorio
- Comparsa di fatica con il ripetersi delle prove
- Ripetizione di tutte o di parte delle prove di deglutizione facendo assumere al paziente posture di compenso facilitanti
- Ripetizione di tutte o di parte delle prove utilizzando cibi con caratteristiche reologiche od organolettiche particolari o bevande gassate.

