



UNIVERSITÀ GIUSTINO FORTUNATO
D.M. 13 aprile 2006 - G.U. n° 104 del 6/05/2006 - TELEMATICA



UniforJob
ACADEMY



Accademia Eraclitea
ENTE DI RICERCA E DI ALTA FORMAZIONE ACCREDITATO

Master Universitario di primo livello in “Deglutologia
geriatrica” A.A. 2023/24

La disfagia funzionale nell’anziano

Dott. Massimo Spadola Bisetti
Foniatra

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino
Società Italiana di Deglutologia

Contenuti

- *Caratteristiche della deglutizione fisiologica dell'anziano.*
- *Alterazioni fisiche e fisiologiche tipiche dell'età senile impattanti nella deglutizione*
- *Presbifagia secondaria a patologie.*
- *Epidemiologia*
- *Screening della disfagia e della malnutrizione.*

Obiettivi

- *Acquisire la distinzione clinica fra modalità deglutitorie insite nell'età senile e modalità patologiche*
- *Acquisire strumenti di screening di disfagia e malnutrizione*
- *Acquisire indicazioni sull'approccio diagnostico al paziente disfagico anziano.*

Deglutizione

Abilità di convogliare sostanze
solide, liquide, gassose o miste
dal cavo orale allo stomaco

Schindler O. 2011

La deglutizione cambia col l'età

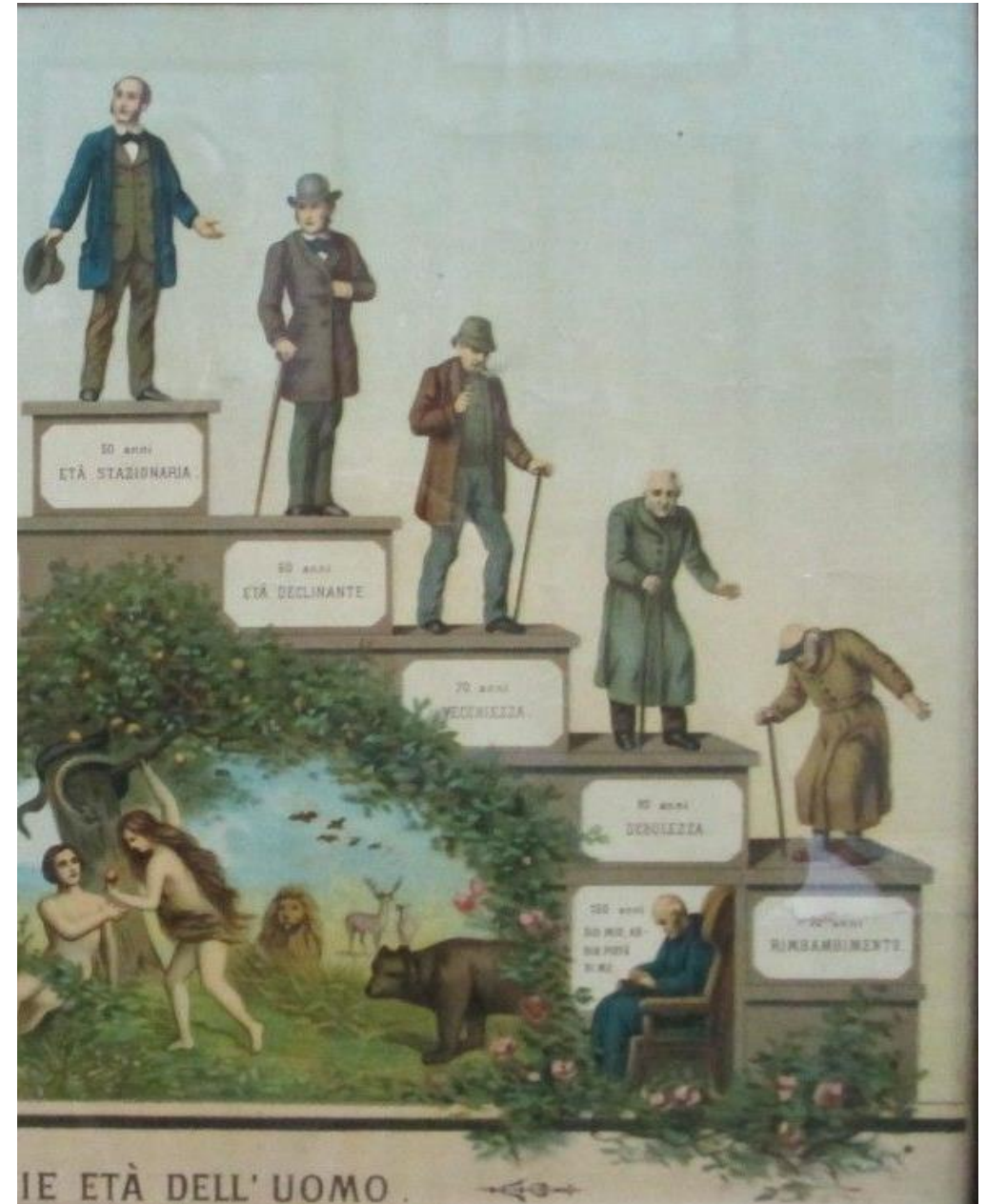
1. Fetofagia
2. Pedofagia (0-12 aa)
3. Deglutizione dell'età adulta
4. Presbifagia (>64 aa?)



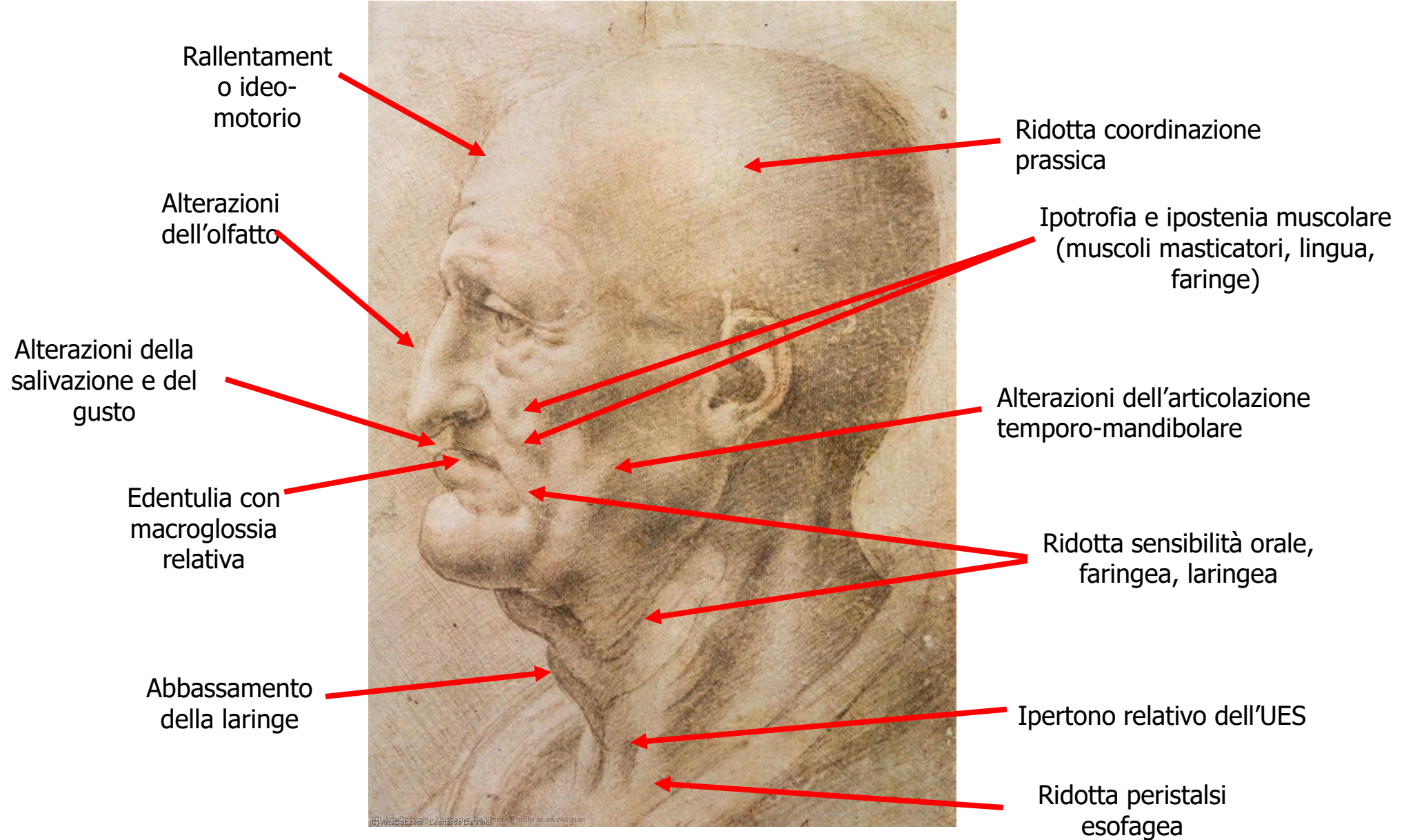
Interessa i cibi ma non solo: riguarda anche sostanze prive di finalità nutritive (es.: gomma da masticare, tabacco, etc), i farmaci, la saliva, le secrezioni, etc

Presbifagia

- **Presbifagia primaria - Gerontofagia:**
caratteristica modalità deglutitoria dell'anziano
connessa al fisiologico meccanismo della
senescenza
- si differenzia in 4 fasi (OMS)
 - 65-74 aa (young old – giovani anziani)
 - 75-84 aa (old old – anziani)
 - 85-99 (very old – grandi vecchi)
 - >99 (very very old - centenari)



Presbifagia

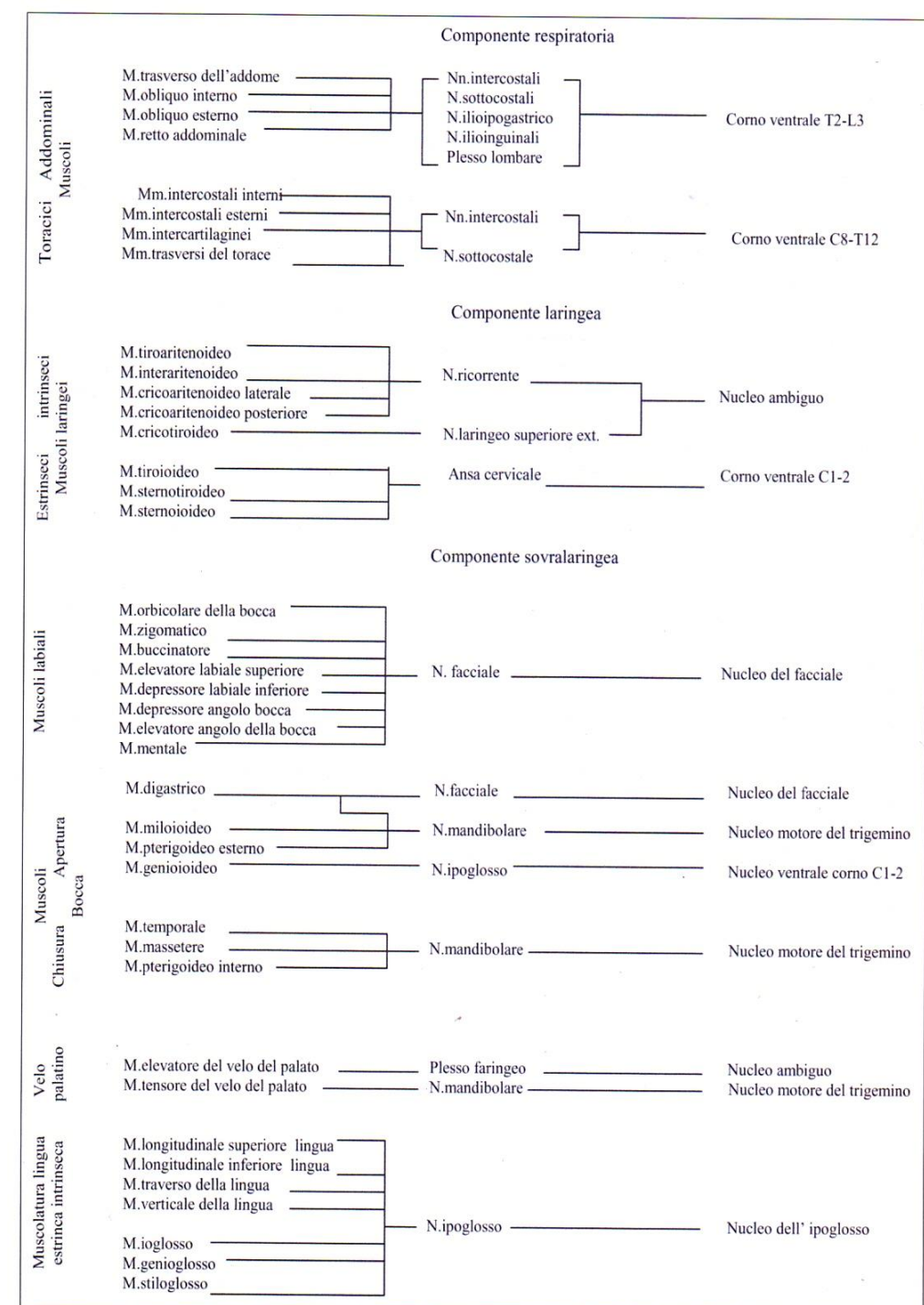


Ipotrofia e ipostenia muscolare

La massa muscolare totale negli anziani diminuisce dello 0,5%-1,0% all'anno, con una diminuzione cumulativa del 30%-50% a 80 anni (Siparsky PN et al. Muscle changes in aging: understanding sarcopenia. Sports Health 2014; 6: 36-40)

La forza della contrazione muscolare diminuisce con l'età (Carnio et al. Autophagy impairment in muscle induces neuromuscular junction degeneration and precocious aging. Cell Rep 2014; 8: 1509-1521)

L'acqua e il contenuto di proteoglicani dei tendini diminuiscono, aumenta la calcificazione e l'accumulo di grasso = diminuzione della resistenza alla trazione, rigidità, ridotta flessibilità e capacità di coordinazione (Peffer MJ et al. Proteomic analysis reveals age-related changes in tendon matrix composition, with age- and injury-specific matrix fragmentation. J Biol Chem 2014; 289: 25867- 25878)



Ipotrofia e ipostenia muscolare

La prevalenza della sarcopenia risulta compresa tra

- 7.5% (soggetti anziani in comunità) e
- 77.6% (pazienti in riabilitazione/convalescenza).

Numerosi i fattori responsabili principalmente

- l'inattività fisica
- il ridotto intake proteico.

(Lardiés Sánchez B, Sanz-París A, Boj-Carceller D, Cruz-Jentoft AJ. Systematic review: Prevalence of sarcopenia in ageing people using bioelectrical impedance analysis to assess muscle mass European Geriatric Medicine. 2016; 7: 256-61)



Ipotrofia e ipostenia muscolare

- Riduzione della contrazione dell'orbicolare delle labbra: circa il 20% degli anziani non è in grado di mantenere le labbra chiuse durante la deglutizione e cibo e liquidi scorrono fuori dalla bocca (Rofes L et al. 2010)
- Riduzione di massa dei muscoli masticatori = diminuzione della forza di contrazione muscolare
- Atrofia dei muscoli linguali con aumento del tessuto connettivo = riduzione della forza muscolare e delle possibilità di movimento (Robbins J et al. 2016)
- Riduzione della capacità di incrementare la pressione intraorale e della spinta linguale = maggiore frammentazione e persistenza del bolo nel cavo orale (Pitts LL et al. 2017)



Valutazione del rischio di malnutrizione

- Lo Screening dello stato di nutrizione viene eseguito → *nei soggetti adulti (età <65 anni) con il Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) e nei pazienti anziani (età ≥ 65 anni) con il Mini Nutritional Assessment (MNA) [ESPEN 2003].*
- Se il paziente è denutrito (punteggio totale ≥ 1 al MUST o ≤ 11 all'MNA) → *richiedere Visita di Nutrizione Clinica [SIGN 2010].*

MUST

Malnutrition Universal Screening Tool

(BAPEN: British Association for Parenteral and Enteral Nutrition)

Calcolo punteggio fattori di rischio

STEP 1

BMI * (kg/m²)

>20 =0
18.5-20=1
<18.5=2

STEP 2

Calo ponderale *

involontario negli ultimi 3-6 mesi

< 5%=0
5-10%=1
>10%=2

STEP 3

Effetto malattia acuta

Patologia acuta ed
ingesta nulle da o per
> 5 giorni
= 2

Rischio globale di malnutrizione

Sommare punteggio steps 1+2+3

Punteggio 0
RISCHIO BASSO

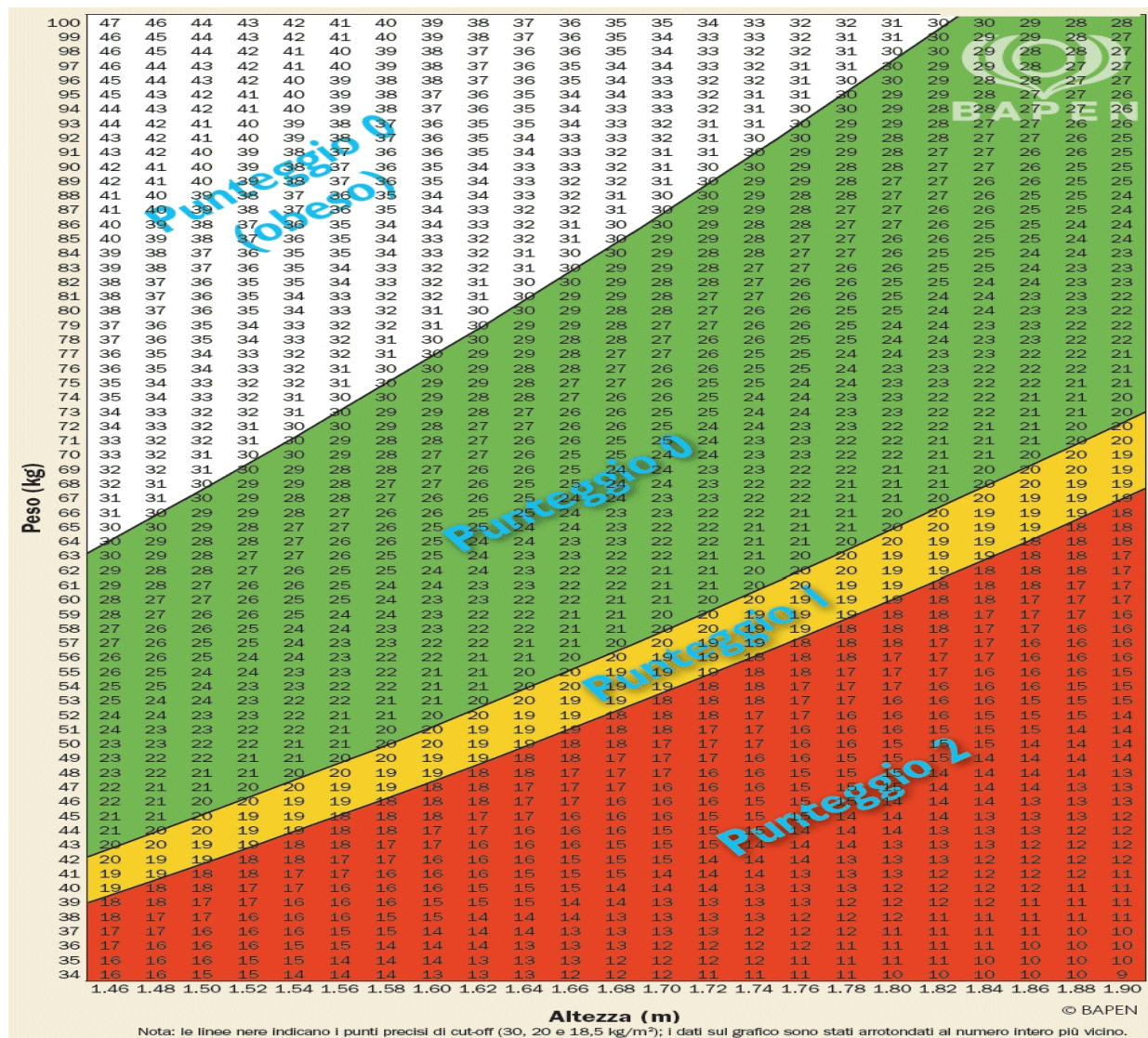
Punteggio 1
RISCHIO MEDIO

Punteggio ≥ 2
RISCHIO ELEVATO

* Se non è possibile rilevare peso e altezza, utilizzare misure alternative o criteri soggettivi

Calcolo rischio malnutrizione

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

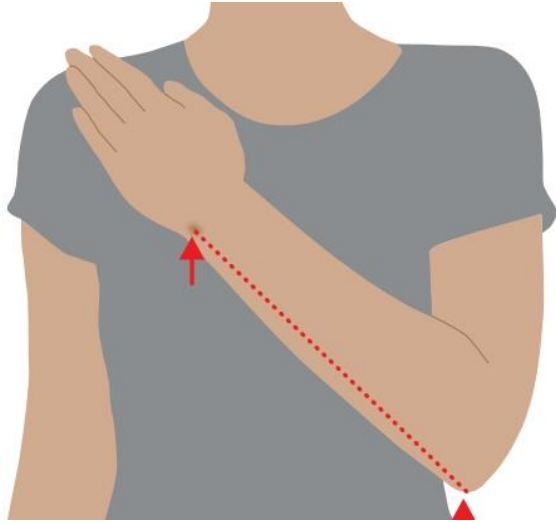


Calcolo dell'Indice di Massa Corporea (BMI)

Nota: le linee nere indicano i punti precisi di cut-off (30, 20 e 18,5 kg/m²); i dati sul grafico sono stati arrotondati al numero intero più vicino.

Calcolo rischio malnutrizione

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)



Misura della distanza compresa tra il gomito (olecrano) e il polso (processo stiloideo dell'ulna)

Altezza (m)	Uomini (<65 anni)	1.94	1.93	1.91	1.89	1.87	1.85	1.84	1.82	1.80	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71
	Uomini (≥65 anni)	1.87	1.86	1.84	1.82	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.67
Lunghezza dell'ulna (cm)		32.0	31.5	31.0	30.5	30.0	29.5	29.0	28.5	28.0	27.5	27.0	26.5	26.0	25.5
Altezza (m)	Donne (<65 anni)	1.84	1.83	1.81	1.80	1.79	1.77	1.76	1.75	1.73	1.72	1.70	1.69	1.68	1.66
	Donne (≥65 anni)	1.84	1.83	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.66	1.65	1.63
Altezza (m)	Uomini (<65 anni)	1.69	1.67	1.66	1.64	1.62	1.60	1.58	1.57	1.55	1.53	1.51	1.49	1.48	1.46
	Uomini (≥65 anni)	1.65	1.63	1.62	1.60	1.59	1.57	1.56	1.54	1.52	1.51	1.49	1.48	1.46	1.45
Lunghezza dell'ulna (cm)		25.0	24.5	24.0	23.5	23.0	22.5	22.0	21.5	21.0	20.5	20.0	19.5	19.0	18.5
Altezza (m)	Donne (<65 anni)	1.65	1.63	1.62	1.61	1.59	1.58	1.56	1.55	1.54	1.52	1.51	1.50	1.48	1.47
	Donne (≥65 anni)	1.61	1.60	1.58	1.56	1.55	1.53	1.52	1.50	1.48	1.47	1.45	1.44	1.42	1.40

Calcolo rischio malnutrizione

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

Calcolo di peso negli ultimi 3-6 mesi				Calcolo di peso negli ultimi 3-6 mesi				Calcolo di peso negli ultimi 3-6 mesi				Calcolo di peso negli ultimi 3-6 mesi											
Puntaggio 0 Calo di peso < 5%				Puntaggio 1 Calo di peso 5 - 10%				Puntaggio 2 Calo di peso > 10%				Puntaggio 0 Calo di peso < 5%				Puntaggio 1 Calo di peso 5 - 10%				Puntaggio 2 Calo di peso > 10%			
kg	Inferiore	Tra	Superiore	kg	Inferiore	Tra	Superiore	kg	Inferiore	Tra	Superiore	kg	Inferiore	Tra	Superiore	kg	Inferiore	Tra	Superiore				
	a (kg)	(kg)	a (kg)		a (kg)	(kg)	a (kg)		a (kg)	a (kg)	(kg)		a (kg)	a (kg)	a (kg)		a (kg)	(kg)	a (kg)	a (kg)			
30	1.6	1.6 - 3.3	3.3	65	3.4	3.4 - 7.2	7.2	100	5.3	5.3 - 11.1	11.1	135	7.1	7.1 - 15.0	15.0								
31	1.6	1.6 - 3.4	3.4	66	3.5	3.5 - 7.3	7.3	101	5.3	5.3 - 11.2	11.2	136	7.2	7.2 - 15.1	15.1								
32	1.7	1.7 - 3.6	3.6	67	3.5	3.5 - 7.4	7.4	102	5.4	5.4 - 11.3	11.3	137	7.2	7.2 - 15.2	15.2								
33	1.7	1.7 - 3.7	3.7	68	3.6	3.6 - 7.7	7.6	103	5.4	5.4 - 11.4	11.4	138	7.3	7.3 - 15.3	15.3								
34	1.8	1.8 - 3.8	3.8	69	3.6	3.6 - 7.7	7.7	104	5.5	5.5 - 11.6	11.6	139	7.3	7.3 - 15.4	15.4								
35	1.8	1.8 - 3.9	3.9	70	3.7	3.7 - 7.8	7.8	105	5.5	5.5 - 11.7	11.7	140	7.4	7.4 - 15.6	15.6								
36	1.9	1.9 - 4.0	4.0	71	3.7	3.7 - 7.9	7.9	106	5.6	5.6 - 11.8	11.8	141	7.4	7.4 - 15.7	15.7								
37	1.9	1.9 - 4.1	4.1	72	3.8	3.8 - 8.0	8.0	107	5.6	5.6 - 11.9	11.9	142	7.5	7.5 - 15.8	15.8								
38	2.0	2.0 - 4.2	4.2	73	3.8	3.8 - 8.1	8.1	108	5.7	5.7 - 12.0	12.0	143	7.5	7.5 - 15.9	15.9								
39	2.1	2.1 - 4.3	4.3	74	3.9	3.9 - 8.2	8.2	109	5.7	5.7 - 12.1	12.1	144	7.6	7.6 - 16.0	16.0								
40	2.1	2.1 - 4.4	4.4	75	3.9	3.9 - 8.3	8.3	110	5.8	5.8 - 12.2	12.2	145	7.6	7.6 - 16.1	16.1								
41	2.2	2.2 - 4.6	4.6	76	4.0	4.0 - 8.4	8.4	111	5.8	5.8 - 12.3	12.3	146	7.7	7.7 - 16.2	16.2								
42	2.2	2.2 - 4.7	4.7	77	4.1	4.1 - 8.6	8.6	112	5.9	5.9 - 12.4	12.4	147	7.7	7.7 - 16.3	16.3								
43	2.3	2.3 - 4.8	4.8	78	4.1	4.1 - 8.6	8.7	113	5.9	5.9 - 12.6	12.6	148	7.8	7.8 - 16.4	16.4								
44	2.3	2.3 - 4.9	4.9	79	4.2	4.2 - 8.7	8.8	114	6.0	6.0 - 12.7	12.7	149	7.8	7.8 - 16.6	16.6								
45	2.4	2.4 - 5.0	5.0	80	4.2	4.2 - 8.9	8.9	115	6.1	6.1 - 12.8	12.8	150	7.9	7.9 - 16.7	16.7								
46	2.4	2.4 - 5.1	5.1	81	4.3	4.3 - 9.0	9.0	116	6.1	6.1 - 12.9	12.9	151	7.9	7.9 - 16.8	16.8								
47	2.5	2.5 - 5.2	5.2	82	4.3	4.3 - 9.1	9.1	117	6.2	6.2 - 13.0	13.0	152	8.0	8.0 - 16.9	16.9								
48	2.5	2.5 - 5.3	5.3	83	4.4	4.4 - 9.2	9.2	118	6.2	6.2 - 13.1	13.1	153	8.1	8.1 - 17.0	17.0								
49	2.6	2.6 - 5.4	5.4	84	4.4	4.4 - 9.3	9.3	119	6.3	6.3 - 13.2	13.2	154	8.1	8.1 - 17.1	17.1								
50	2.6	2.6 - 5.6	5.6	85	4.5	4.5 - 9.4	9.4	120	6.3	6.3 - 13.3	13.3	155	8.2	8.2 - 17.2	17.2								
51	2.7	2.7 - 5.5	5.7	86	4.5	4.5 - 9.6	9.6	121	6.4	6.4 - 13.4	13.4	156	8.2	8.2 - 17.3	17.3								
52	2.7	2.7 - 5.8	5.8	87	4.6	4.6 - 9.7	9.7	122	6.4	6.4 - 13.6	13.6	157	8.3	8.3 - 17.6	17.4								
53	2.8	2.8 - 5.9	5.9	88	4.6	4.6 - 9.8	9.8	123	6.5	6.5 - 13.7	13.7	158	8.3	8.3 - 17.6	17.6								
54	2.8	2.8 - 6.9	6.0	89	4.7	4.7 - 9.9	9.9	124	6.5	6.5 - 13.8	13.8	159	8.4	8.4 - 17.7	17.7								
55	2.9	2.9 - 6.1	6.1	90	4.7	4.7 - 10.0	10.0	125	6.6	6.6 - 13.9	13.9	160	8.4	8.4 - 17.8	17.8								
56	2.9	2.9 - 6.2	6.2	91	4.8	4.8 - 10.1	10.1	126	6.6	6.6 - 14.0	14.0	161	8.5	8.5 - 17.9	17.9								
57	3.0	3.0 - 6.3	6.3	92	4.8	4.8 - 10.2	10.2	127	6.7	6.7 - 14.1	14.1	162	8.5	8.5 - 18.0	18.0								
58	3.1	3.1 - 6.4	6.4	93	4.9	4.9 - 10.3	10.3	128	6.7	6.7 - 14.2	14.2	163	8.6	8.6 - 18.1	18.1								
59	3.1	3.1 - 6.6	6.6	94	4.9	4.9 - 10.4	10.4	129	6.8	6.8 - 14.3	14.3	164	8.6	8.6 - 18.2	18.2								
60	3.2	3.2 - 6.7	6.7	95	5.0	5.0 - 10.6	10.6	130	6.8	6.8 - 14.4	14.4	165	8.7	8.7 - 18.3	18.3								
61	3.2	3.2 - 6.8	6.8	96	5.1	5.1 - 10.7	10.7	131	6.9	6.9 - 14.6	14.6	166	8.7	8.7 - 18.4	18.4								
62	3.3	3.3 - 6.9	6.9	97	5.1	5.1 - 10.8	10.8	132	6.9	6.9 - 14.7	14.7	167	8.8	8.8 - 18.6	18.6								
63	3.3	3.3 - 7.0	7.0	98	5.2	5.2 - 10.9	10.9	133	7.0	7.0 - 14.8	14.8	168	8.8	8.8 - 18.7	18.7								
64	3.4	3.4 - 7.1	7.1	99	5.2	5.2 - 11.0	11.0	134	7.1	7.1 - 14.9	14.9	169	8.9	8.9 - 18.8	18.8								

Calcolo rischio malnutrizione (sec. MUST)



MUST

Current weight Height Previous healthy weight

kg cm kg

st+lb ft+in st+lb

lb in lb

55 175 65

Is the patient acutely ill and there has been or is likely to be no nutritional intake for >5 days?

Calculate Risk

Score is: 6 risk is high

BMI: 18,0 (2 points)
Height: 175cm
[previous weight: 65,0 kg, current weight: 55,0 kg]
Weight lost: 10,0 kg 15,4% (2 points)
Extra risk: true (2 points)

ulna length to height

Male Female

MUST

55 175 65

Is the patient acutely ill and there has been or is likely to be no nutritional intake for >5 days?

Calculate Risk

Score is: 6 risk is high

BMI: 18,0 (2 points)
Height: 175cm
[previous weight: 65,0 kg, current weight: 55,0 kg]
Weight lost: 10,0 kg 15,4% (2 points)
Extra risk: true (2 points)

ulna length to height

Male Female

<65 ≥65

Ulna :28.0cm Height :1.75m

Source:
www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf
Date: 23 October 2012

MNA

(Mini Nutritional Assessment, Short Form)

(Nestlé Nutrition Institute)

A Presenta una perdita dell'appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi (perdita d'appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione e deglutizione)

0= grave riduzione dell'assunzione di cibo; 1=moderata riduzione; 2=nessuna riduzione

B Perdita di peso recente (<3mesi)

0= perdita di peso >3kg; 1=non sa; 2=perdita di peso tra 1 e 3 kg; 3=nessuna perdita di peso

C Motricità

0=dal letto alla poltrona; 1=autonomo a domicilio; 2=esce di casa

D Nell'arco degli ultimi 3 mesi: malattia acute o stress psicologici?

0=si; 2=no

E Problemi neuropsicologici

0=demenza o depressione grave; 1=demenza moderata; 2=nessun problema psicologico

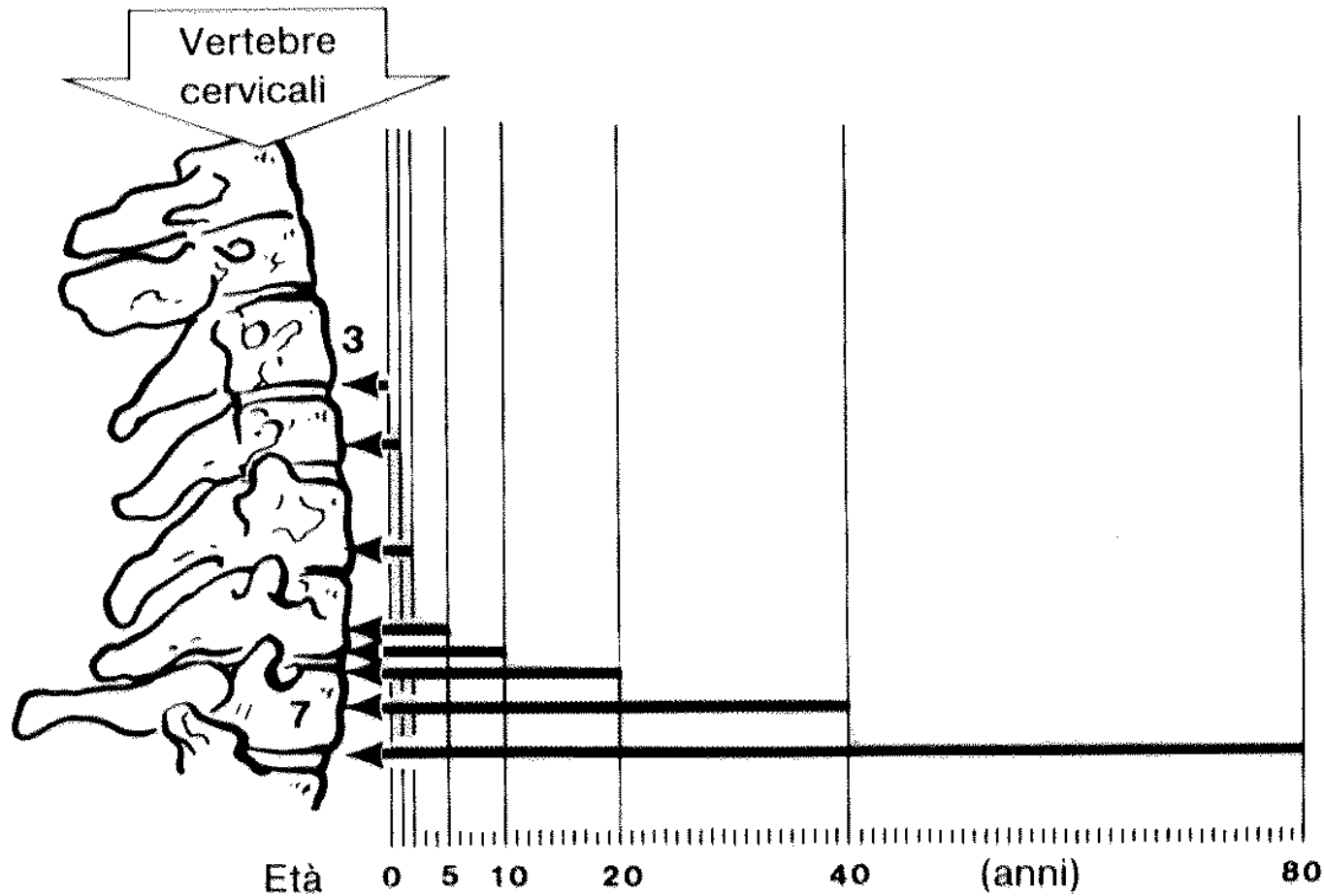
F Indice di massa corporea ($IMC = \text{peso} / (\text{altezza})^2$ in kg/m^2)

0= $IMC < 19$; 1= $IMC 19-21$; 2= $IMC 21-23$; 3= ≥ 23

VALUTAZIONE FINALE

12-14 Punt: Stato di nutrizione normale; 8-11: a rischio di malnutrizione; 0-7: malnutrito

Alterazioni scheletriche



Progressiva discesa relativa della laringe negli anni ma il grado di elevazione laringea resta costante = gli anziani hanno bisogno di più tempo per completare il movimento di elevazione
Indebolimento dei meccanismi protettivi delle vie respiratorie e riduzione di durata e il grado di apertura dell'UES

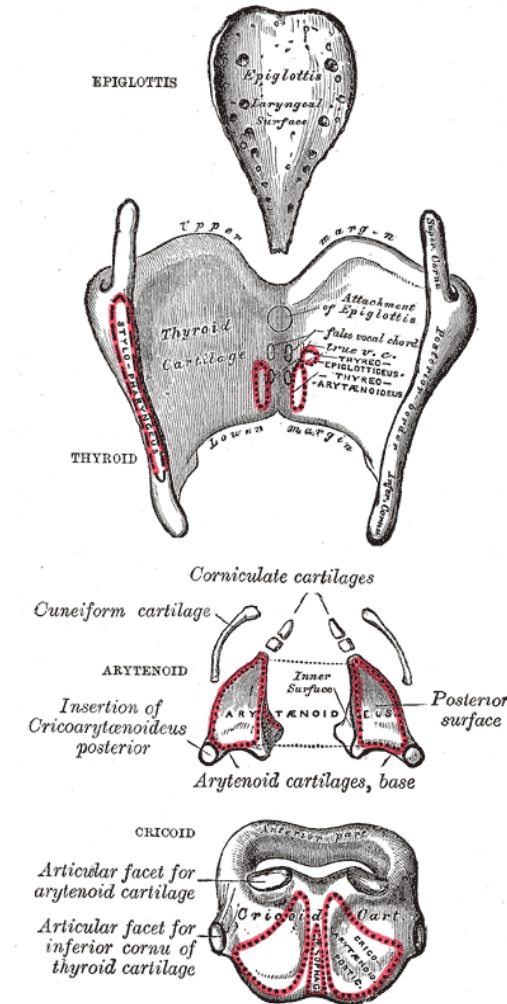
Alterazioni scheletriche

Le cartilagini di epiglottide e aritenoidi con l'invecchiamento cambiano forma e diventano meno elastiche, indebolendo la capacità protettiva delle vie aeree.

Più del 75% > 65 aa soffre di cambiamenti degenerativi nel rachide cervicale

Chen YR et al. Symptomatic Anterior Cervical Osteophyte Causing Dysphagia: Case Report, Imaging, and Review of the Literature. Cureus 2016; 8

Abdel-Aziz M, et al. Cervical osteophytosis and spine posture: contribution to swallow disorders and symptoms. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2018; 26: 375-381



Deficit sensoriali, rallentamento ideomotorio e di coordinazione prassica

La specializzazione emisferica è ridotta o alterata rendendo necessario il reclutamento di un volume più elevato di aree cerebrali per compensare l'aumento delle richieste di attività durante la deglutizione. (Dziewas R et al. 2003; Teismann IK et al. 2010)

Conseguenze:

- difficoltà a valutare consistenza, quantità, temperatura, gusto e odore del cibo.
- difficoltà di concentrazione
- scarsa coordinazione
- mancanza di flessibilità nel regolare la velocità di assunzione del cibo
- incapacità di giudicare in anticipo come il cibo sarà elaborato in bocca.



Michel A, Verin E, Hansen K, Chassagne P, Roca F. Buccofacial Apraxia, Oropharyngeal Dysphagia, and Dementia Severity in Community-Dwelling Elderly Patients. J Geriatr Psychiatry Neurol 2021; 34: 150-155.

Disturbi del gusto nell'anziano

- L'invecchiamento è di per se causa di alterazioni del gusto (Imoscopi A et al. 2012)
- Negli USA il 19% soggetti di età superiore ai 40 anni riferisce alterazioni gustative (Rawal S et al, 2016)
- La prevalenza delle alterazioni gustative aumenta con l'età ed arriva al 27% per persone di età pari o superiore a 80 anni (Rawal S et al, 2016)
- La disgeusia è più comunemente riportata nelle donne (64% dei casi segnalati) (Rawal S et al, 2016)



Cause di disgeusia nell'anziano

- Alterazioni delle mucose del cavo orale:
 - riduzione di spessore
 - secchezza, xerostomia
 - carie, malattie parodontali, candidosi, stomatiti, infezioni dento-alveolari
- Ghiandole salivari:
 - ↓ acini,
 - ↑ tessuto adiposo fibroso
- Lingua:
 - ↓ densità delle papille gustative
- Stile di vita:
 - fumo,
 - consumo di alcol,
 - scarsa igiene del cavo orale e dei dispositivi protesici dentali



Cavo orale dell'anziano

Pressocettori e nocicettori dentali:

- Sensazione tattile di durezza e consistenza
- Indicazione di preparazione del bolo adeguata alla deglutizione

La mancanza di denti comporta

- riduzione dell'efficienza masticatoria (16%-50%)
- alterazione della percezione delle consistenze
- alterazioni posturali
- restrizioni alimentari
- maggiori probabilità di soffrire di perdita di peso e malnutrizione



Alterazioni salivari

Circa il 30% della popolazione >65 aa presenta xerostomia.

Diminuzione di:

- cellule secretorie
- secrezione delle ghiandole salivari
- concentrazioni di ioni inorganici

Conseguenze:

- alterazione della preparazione del bolo
- alterazioni del gusto
- aumentato il rischio di scarsa igiene orale negli anziani
- aumento di patologie dentarie

Oltre agli esiti chirurgici, alla chemioterapia e alla radioterapia, oltre 430 farmaci possono causare xerostomia: ansiolitici, antiipertensivi, FANS, broncodilatatori, diuretici, etc

Nome commerciale	Principio attivo
ANTIANDROSSICI	
Adipex-P, Fastin, Ionamin, Zantyl	phenentermine
Anorex SR, Adipost, Bontril PDM	phendimetrazina
Didrex	benzphetamine
Lonamin, Fastin	phenentermine
Meridia	sibutramine
Tenuate, Tepanii, Ten-Tab	diethylpropion
ANTIACNE	
Accutane	isotretinoin
ANSIOLITICI	
Atarax, Vistaril	hydroxyzine
Ativan	lorazepam
Centrax	prazepam
Equanil, Miltown	meprobamate
Librium	chlordiazepoxide
Serax	oxazepam
Sinequan	doxepin
Tranxene	clorazepate
Valium	diazepam
Xanax	alprazolam
ANTICOLINERGICI - ANTISPASTICI	
Anaspaz	hyoscyamine
Bellergal	belladonna alkaloids
Bentyl	dicyclomine
Cantil	mepenzolate
Daricon	oxyphenyclimine
Detrol	tolterodine
Ditropan	oxybutynin
Donnatal, Kinesad	hyoscyamine with atropine, phenobarbital, scopolamine
Librax	chlordiazepoxide with clidinium
Pamine	methscopolamine
Pathilon	tridihexethyl chloride
Quarzan	clidinium
Robinul	glycopyrrolate
Transderm-Scop	scopolamine
Urispas	flavoxate
ANTICONVULSIVANTI	
Felbatol	felbamate
Lamictal	lamotrigine
Neurontin	gabapentin
Tegretol	carbamazepine
ANTIDEPRESSIVI	
Anafranil	clomipramine
Asendin	amoxapine
Celexa	citalopram
Desyrel	trazodone
Effexor	venlafaxine
Elavil	amitriptyline
Ludiomil	maprotiline
Luvox	fluvoxamine
Marplan	isocarboxazid
Nardil	phenylzine
Norpramin	desipramine
Parnate	tranylcypromine
Pamelor	nortriptyline
Prozac	fluoxetine
Paxil	paroxetine
Remeron	mirtazapine
Serzone	nefazodone
Sinequan	doxepin
Surmontil	trimipramine
Tofranil	imipramine
Vivactil	protriptyline
Wellbutrin	bupropion
Zoloft	sertraline
ANTIDIARROICI	
Imodium AD	loperamide
Lomotil	diphenoxylate with atropine
ANTIEMETICI	
Antivert	meclizine

Nome commerciale	Principio attivo
Bucladin	buclicline
Compazine	prochlorperazine
Dramamine	dimenhydrinate
Marezine	cyclizine
Reglan	metocloropramide
Tigan	trimethobenzamide
Torecan	thiethylperazine
Transderm-Scop	scopolamine
ANTISTAMINICI	
Actifed	triprolidine with pseudoephedrine
Allegra	fenofenadine
Astelil	azelastine
Atarax, Vistaril	hydroxyzine
Benadryl	diphenhydramine
Chlor-Trimeton	chlorpheniramine
Claritin	loratadine
Dimetane	brompheniramine
Hismanal	astemizole
Nolahist	phenindamine
Optimine	azatadine
Periactin	cyproheptadine
Phenergan	promethazine
Polaramine	dexchlorpheniramine
Pyribenzamine (PBZ)	tripelennamine
Tavist	clemastine
Zyrtec	cetirizine
ANTIIPERTENSIVI	
Accupril	quinapril
Aceon	perindopril
Aldomet	methyldopa
Aitace	renipril
Betapace	sotalol
Blocadren	timolol
Capoten	captopril
Cardura	doxazosin
Cartol	carvedilol
Coreg	clonidine
Catapres	carvedilol
Coreg	carvedilol
Corgard	nadolol
Flomax	tamsulosin
Hylorel	guanadrel
Hytrin	terazosin
Inversine	mecamylamine
Inderal	propranolol
kerione	betaxolol
Leatol	penbutolol
Lopressor	metoprolol
Lotensin	benazepril
Mavik	trandolapril
Minipress	prazosin
Monopril	fosinopril
Norodyne	labetolol
Prinivil, Zestril	lisinopril
Sectral	acebutolol
Tenex	guanfacine
Tenormin	atenolol
Univasc	moexipril
Vasotec	enalapril
Visken	pindolol
Wytensin	guanabenz
Zebeta	bisoprolol
ANTIINFIAMMATORI - ANALGESICI	
Dolobid	diflunisal
Feldene	piroxicam
Motrin	ibuprofen
Naprosyn	naproxen
ANTINAUSEA	
Antivert	meclizine
Dramamine	dyphenhydramine
Marezine	cyclizine
ANTIPARKINSON	
Akineton	biperiden
Artane	trihexphenidyl

Nome commerciale	Principio attivo
Cogentin	benztropine mesylate
Comtan	entacapone
Elderyl	selegiline
Kemadrin	procyclidine
Larodopa	levodopa
Naprosyn	naproxen
Parodel	bromocriptine
Permax	amantadine
Symmetrel	pergolide
Sinemet	carbidopa with levodopa
Tasmar	tolcapone
ANTIPIRICOTICI	
Clozaril	clozapine
Compazine	prochlorperazine
Eskalith	lithium
Haldol	haloperidol
Laxitane	loxapine
Mellaril	thioridazine
Moban	molindone
Navane	thiothixene
Orap	pimozide
Permitil, Prolixin	fluphenazine
Serenil	mesoridazine
Stelazine	trifluoperazine
Thorazine	chlorpromazine
Trilifon	perphenazine
Vesprin	triflupromazine
Zyprexa	olanzapine
BRONCODILATATORI	
Alupent	metaproterenol
Atrovent	ipratropium
Combivent	ipratropium/albuterol
Maxair	pirbuterol
Proventil, Ventolin	albuterol
DECONGESTIONANTI	
Sudafed	pseudoephedrine
DIURETICI	
Aldactone	spironolactone
Hydromax	quinethzone
Bumex	bumetanide
Daranide	dichlorophenamide
Demadex	toremterene
Diuril	chlorothiazide
Diamox	acetazolamide
Diurese	trichlormethiazide
Diucardin	hydroflumethiazide
Dyazide, Maxzide	triamterene and hydrochlorothiazide
Dyrenium	trimeterene
Edecrin	ethacrynic acid
Euudron	methylclothiazide
Exna	benzthiazide
Glauc Tabs	methazolamide
HydroDIURIL, Esidrix	hydrochlorothiazide
Hygroton	chlorthalidone
Lasix	furosemide
Lozol	indapamide
Midamor	amiloride
Naturetin	benfroliumethiazide
Renese	polythiazide
Zaroxolyn	metolazone
MIORILASSANTI	
Flexeril	cyclobenzaprine
Liocisal	baclofen
Norflex, Disipal	orphenadrine
NARCOTICI - ANALGESICI	
Demerol	meperidine
MS Contin	morphine
SEDATIVI	
Dalmane	flurazepam
Doral	quazepam
Halcion	triazolam
Restoril	temazepam

Disturbi dell'olfatto nell'anziano

Il senso dell'olfatto diminuisce con l'età crescente

Le aree del cervello associate all'elaborazione olfattiva mostrano cambiamenti neuropatologici con l'età (Judith A Finkelstein JA et al 1999)

Il 34,5% degli anziani ha una compromissione olfattiva (Desiato et al. 2021)

I disturbi dell'olfatto interessano:

- 2% della popolazione sotto i 65 anni
- 50% della popolazione tra 65 e 80 anni
- 75% della popolazione sopra 80 anni
- L'olfatto negli uomini risulta peggiore vs donne di tutte le età



Mullol J. et al. Furthering the understanding of olfaction, prevalence of loss of smell and risk factors: a population-based survey (OLFACAT study). *BMJ Open* 2012;2.

Desiato VM, Levy DA, Byun YJ, Nguyen SA, Soler ZM, Schlosser RJ. The Prevalence of Olfactory Dysfunction in the General Population: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Rhinol Allergy* 2021; 35: 195-205

Doty RL. Epidemiology of smell and taste dysfunction. *Handb Clin Neurol*. 2019;164:3-13

Alterazioni della fase esofagea

Apertura incompleta dell'UES: sebbene pressione di riposo dell'UES nelle persone anziane sia inferiore a quella nelle persone più giovani, con l'invecchiamento, si osserva un rilasciamento rallentato ed incompleto dell'UES con un numero di aperture ridotto

- nel 15,4% degli anziani di età compresa tra 60 e 69 anni
- nel 30,4% degli anziani di età compresa tra 70 e 83 anni
- il 39% aveva un'apertura UES inadeguata

(Nishikubo K et al. 2015)

Ridotta peristalsi esofagea: i neuroni mioenterici nell'esofago diminuiscono costantemente con l'età, causando la dismotilità associata alla denervazione

- Difficoltà di progressione esofagea del bolo
- Alterazioni pressorie intraesofagee
- Reflusso gastro esofageo e faringo-laringeo
- Rigurgito

(Mei L et al 2018)



Conseguenze nella fisiologia della deglutizione

1. Diminuita forza linguale ISOMETRICA (con invariata forza deglutitoria)
2. Fase orale prolungata
3. Ritardo di innesco del riflesso
4. Ridotti tempi di apertura dell'UES
5. Ridotta peristalsi faringea
6. Ridotta elevazione laringea



(Schindler et al. Deglutologia II ed, 2011)

Quando i meccanismi di omeostasi, compenso e riparazione dell'organismo non possono compensare il danno cumulativo causato dall'invecchiamento si evidenziano i deficit e si manifesta il declino funzionale correlato all'età

Presbifagia secondaria

➤ **Presbifagia secondaria** a malattie che aggravano il disturbo deglutitorio

- Vasculopatie cerebrali acute e croniche
- m. Alzheimer e demenze
- m. Parkinson
- Paralisi sopranucleare progressiva
- Malattia del motoneurone
- Sclerosi multipla
- Neoformazioni cerebrali
- Osteofitosi cervicale e m. di Forestier cervicale
- Jatrogene
 - esiti di chirurgia di capo e collo
 - esiti chirurgia via aeree superiori
 - esiti radioterapia
 - effetti collaterali di farmaci



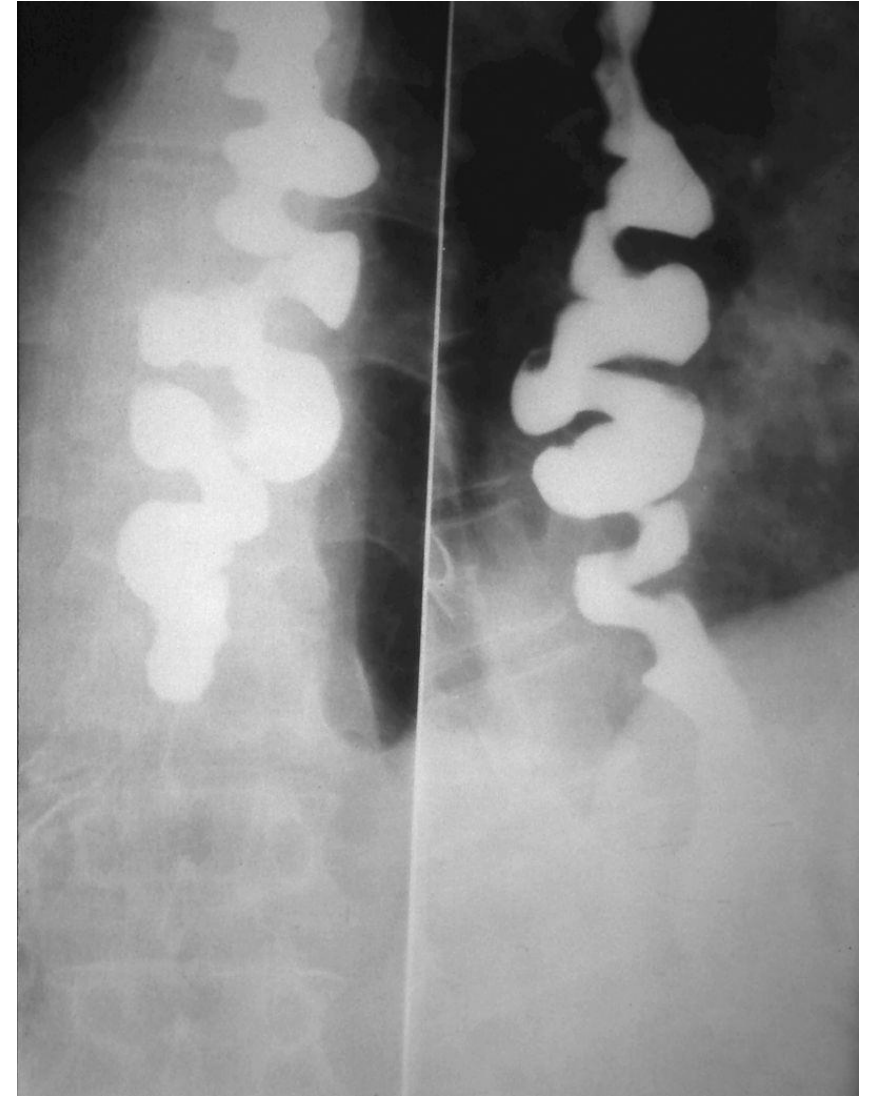
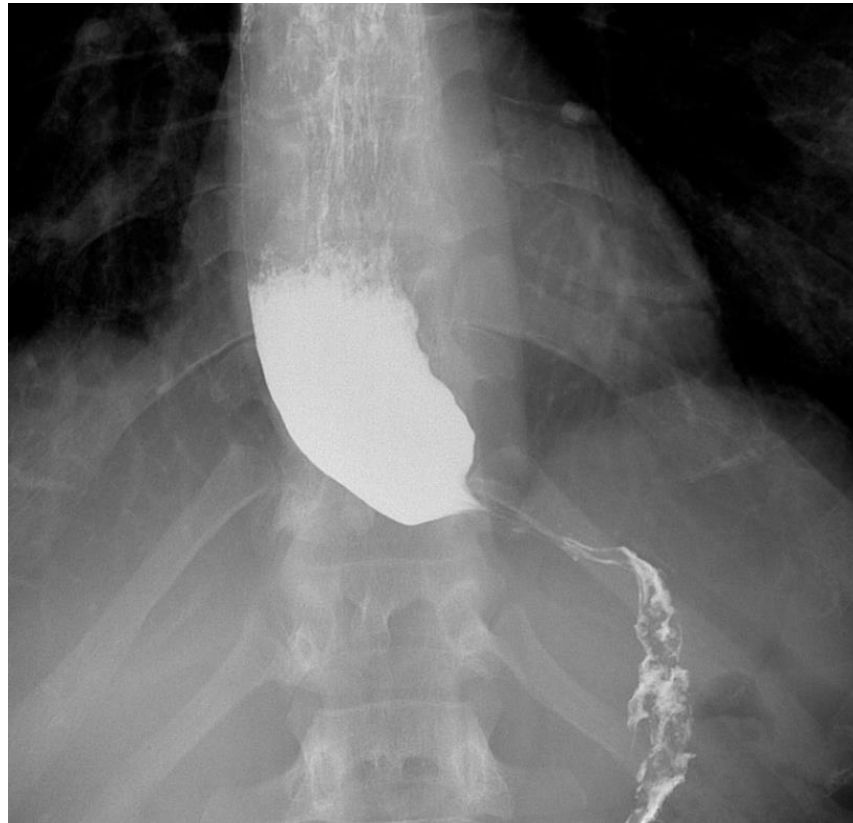
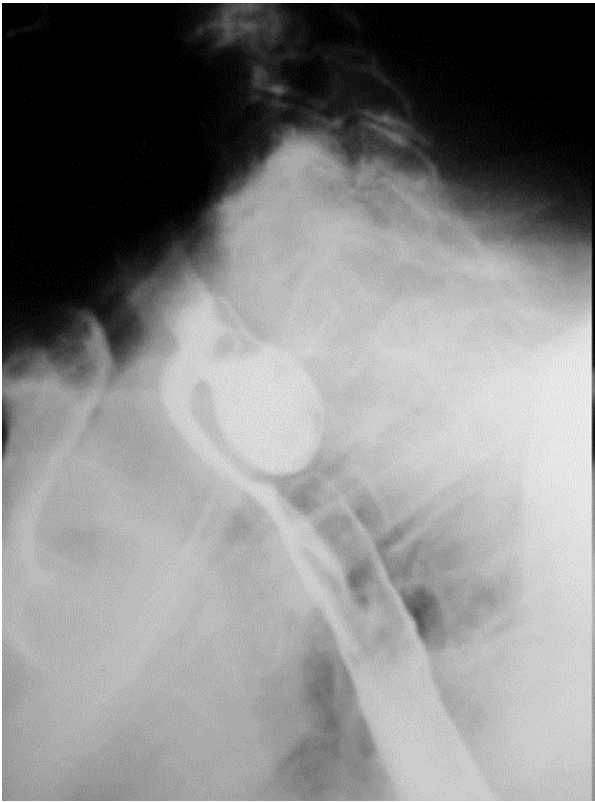
(Ruoppolo G et al. 2007)

Disfagia esofagea

➤ **Diverticolo di Zenker**

➤ **Acalasia**

➤ **Discinesie esofagee**



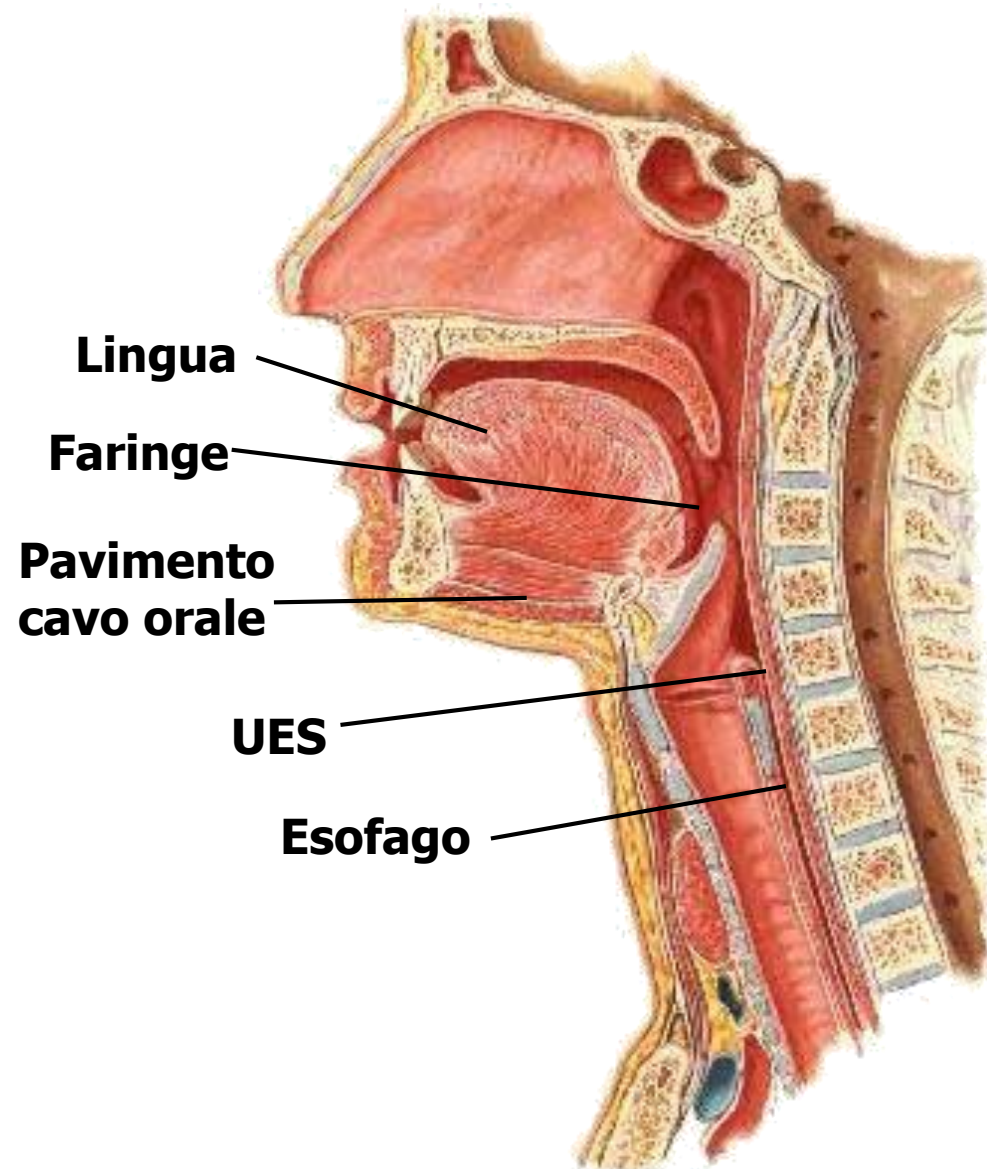
Disfagia esofagea

- Osteofitosi cervicale
- S. di Forestier
- Placche di Osteosintesi

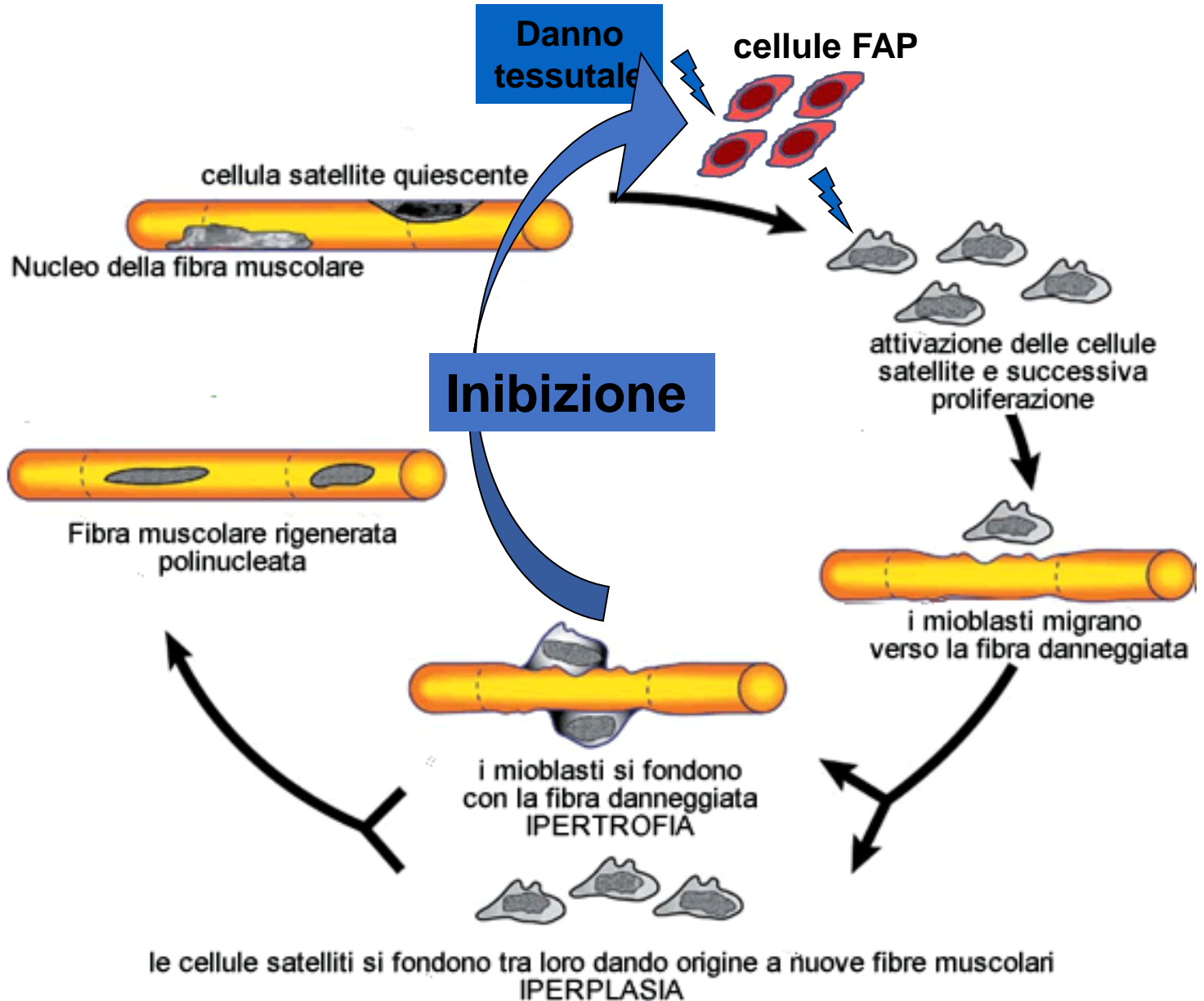


Esiti tardivi della RT

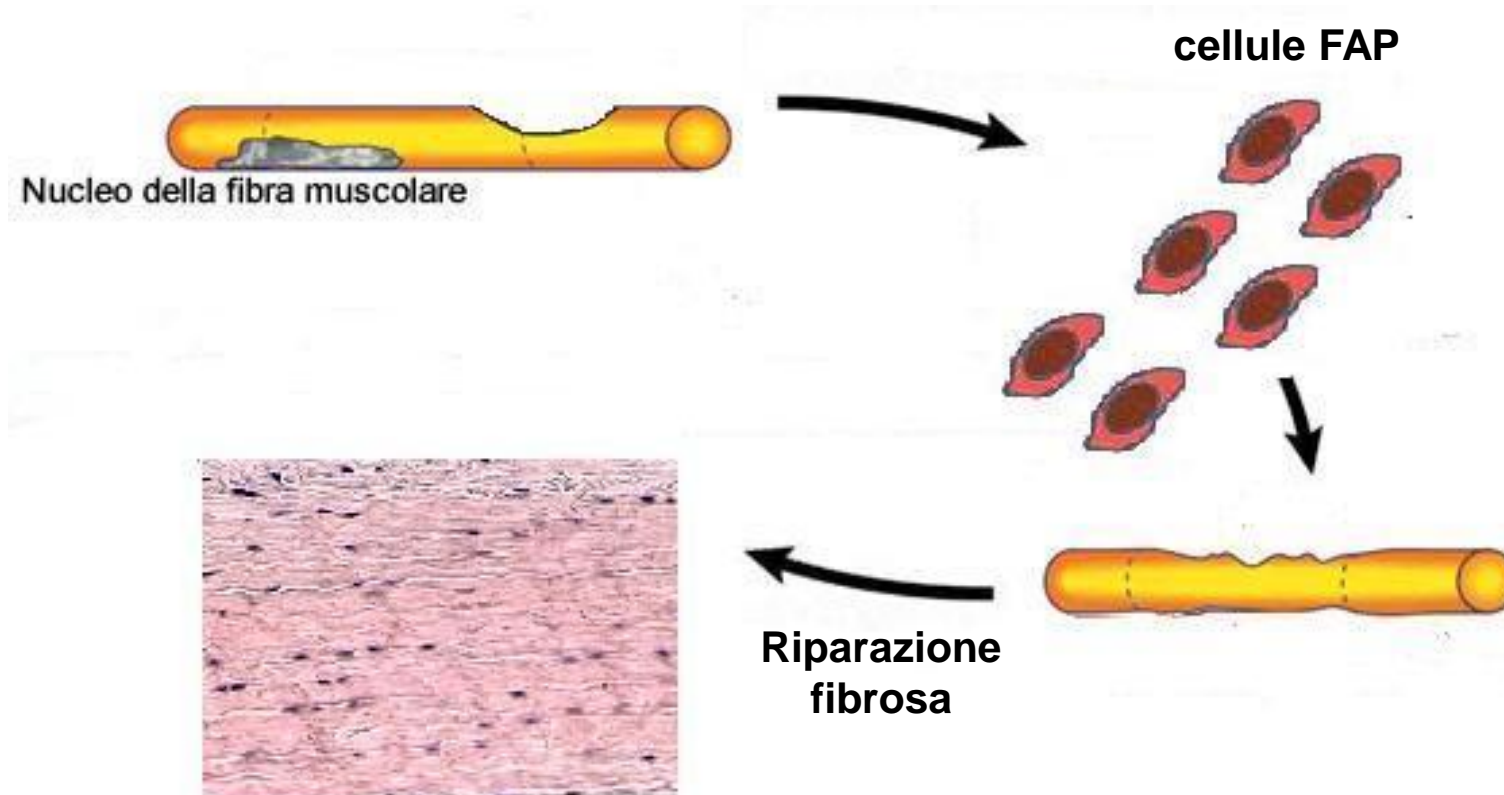
Negli esiti tardivi di RT
sostituzione di tessuto
muscolare contrattile con
tessuto fibroso



Esiti tardivi della RT



Esiti tardivi della RT



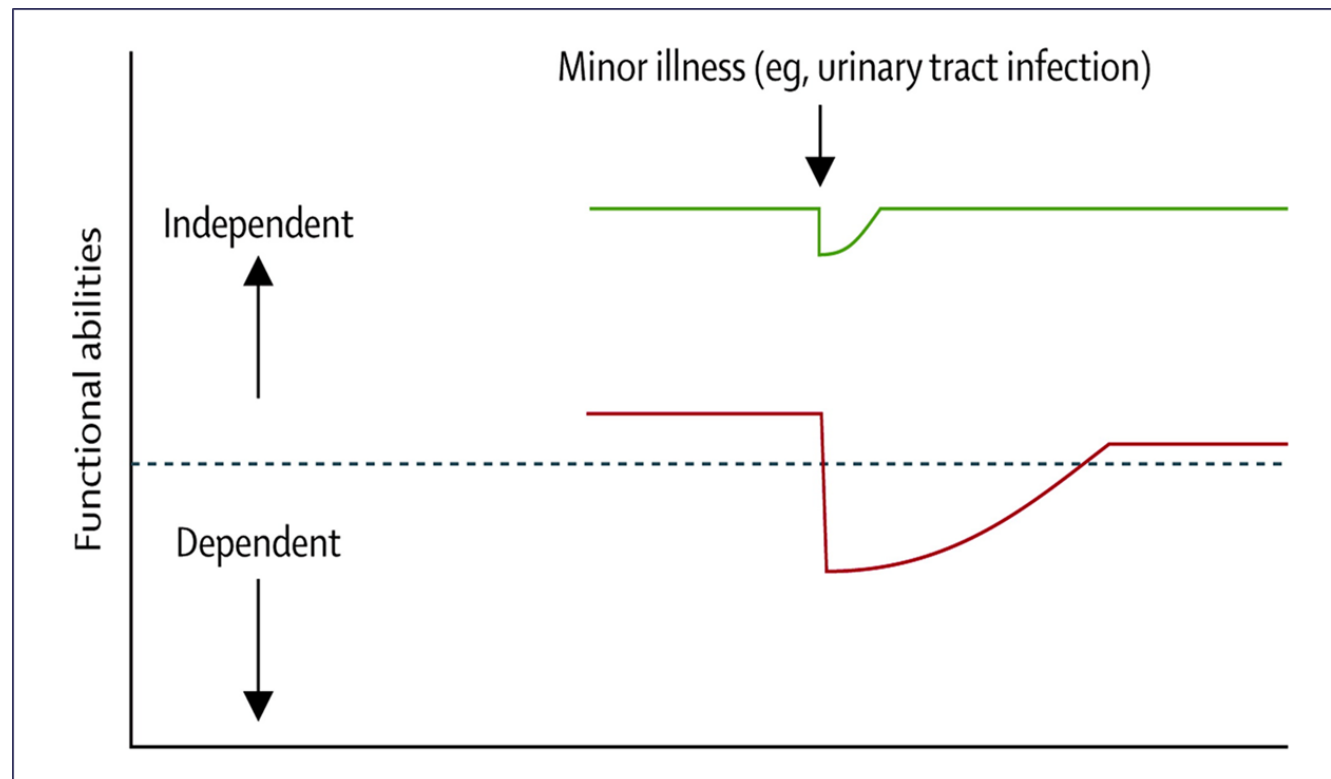
Joe AW, Yi L, Natarajan A, Le Grand F, So L, Wang J, Rudnicki MA, Rossi FM. Muscle injury activates resident fibro/adipogenic progenitors that facilitate myogenesis. *Nat Cell Biol.* 2010 Feb;12(2):153-63.

Wang, Y. X. & Rudnicki, M. A. Satellite cells, the engines of muscle repair. *Nature Reviews Molecular Cell Biology* 13, 127–133 (2012).

L'anziano fragile

FRAGILITA' : "Situazione biologica caratterizzata da riduzione di resistenza agli stress, provocata dal declino cumulativo di più sistemi fisiologici (Fried 2001) e correlata con comorbidità, disabilità, istituzionalizzazione e mortalità (Fried 2004) "

Comporta vulnerabilità agli eventi stressanti anche per malattie minori



Cleg et al, Lancet 2003

Come riconoscere il paziente fragile?

Criteri di Fried per la caratterizzazione biologica del paziente fragile

1. Perdita di peso ($> 4,5$ Kg nell'ultimo anno)
2. Affaticamento (almeno 3 giorni/settimana)
3. Riduzione della forza muscolare (*hand-grip* $< 5,85$ per i maschi e $3,37$ Kg per le femmine)
4. Ridotta attività fisica (scala PASE: Physical Activity Scale for the Elderly)
5. Riduzione della velocità del cammino (> 7 secondi per percorrere 5 m)

(Vi è **fragilità** se vi sono **3 o più** di questi **criteri**)



Come riconoscere il paziente fragile?

Criteri di Fried per la caratterizzazione biologica del paziente fragile

Ridotta attività fisica (scala PASE: Physical Activity Scale for the Elderly)

PASE (PHYSICAL ACTIVITY SCALE FOR THE ELDERLY)

R.A. Washburn, E. McAuley, J. Katula, S.L. Mihalko, R.A. Boileau The Physical Activity Scale for the Elderly (PASE): evidence for validity J Clin epidemiol, 52 (1999)

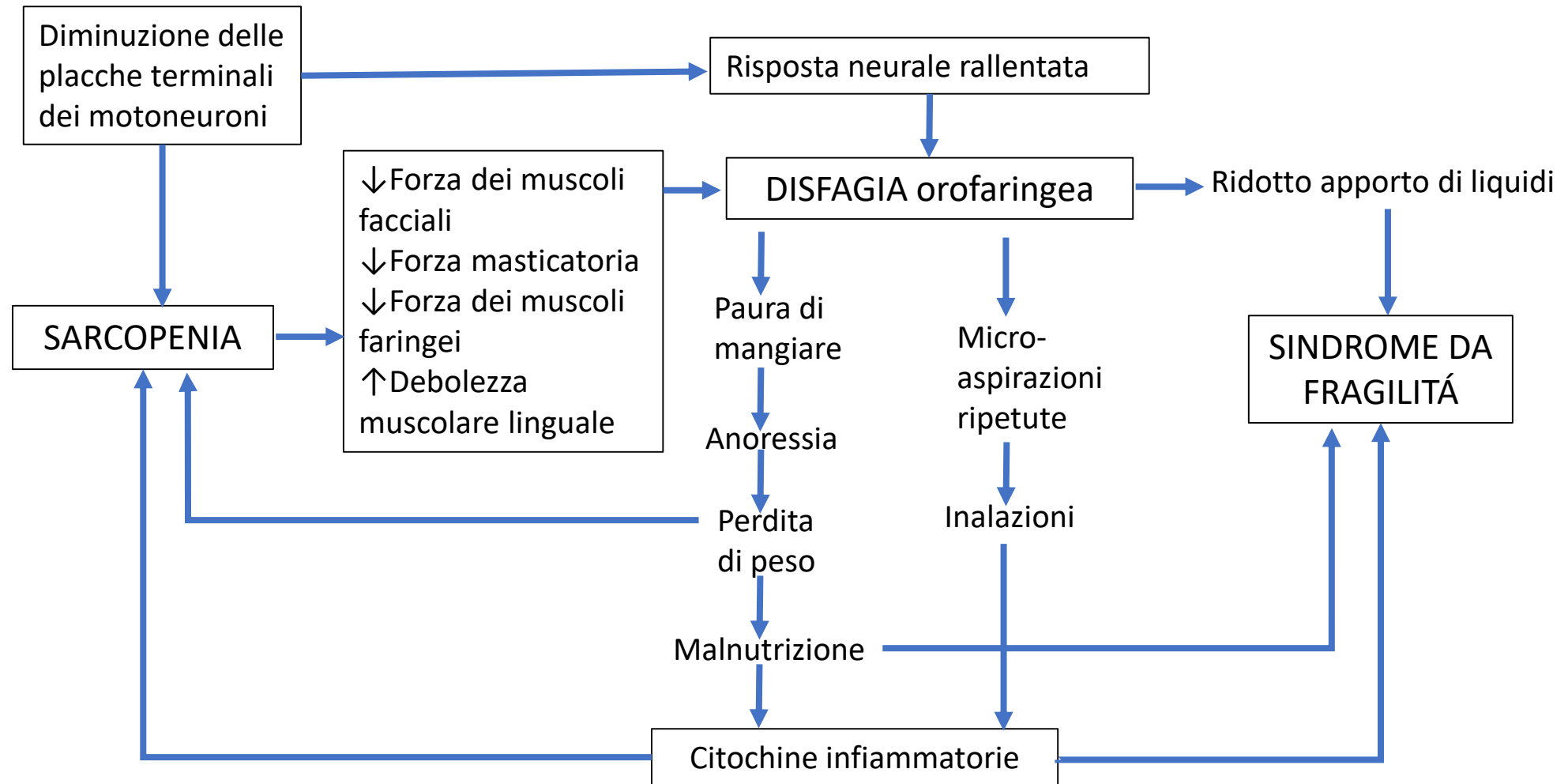
Attività ricreative del tempo libero	Ore al giorno (Q) (*)	Quanti giorni la settimana	Q x G/7	Peso Item (I)	Punteggio= Q x G/7 x I
Per quante ore al giorno cammina o va in bicicletta?				20	
Pratica attività sportive? Se Sì, quali e per quante ore al giorno?					
1) cyclette, andare a caccia,				21	
2) ginnastica, nuoto				23	
3) tennis, calcio, basket, sci da fondo, canottaggio				23	
Esegue esercizi in palestra? Se Sì, per quante ore al giorno?				30	
Attività domestiche	Partecipazione (P)			Peso Item (I)	Punteggio = P x I
Esegue un lavoro che richiede di stare in piedi o	SÌ	NO		21	
Esegue lavori casalinghi quali lavare i piatti,	SÌ	NO		25	
Esegue lavori casalinghi quali lavare indumenti,	SÌ	NO		25	
Esegue riparazioni domestiche?	SÌ	NO		30	
Lavora nei campi?	SÌ	NO		36	
Esegue lavori di giardinaggio?	SÌ	NO		20	
Sì prende cura di qualcuno?	SÌ	NO		35	
Totale					

(*) per 30 minuti calcolare come 0.5 ore, 15 minuti=0.25 ore e così via.

(**) esempio: il soggetto riferisce di praticare il tennis per 0.5 ore al giorno per 2 giorni la settimana: 0.5 ore x 2 giorni = 1; 1 / 7 giorni = 0.14; 0.14 x 20 (peso dell'item) = 3.22 che rappresenta il punteggio finale dell'item.

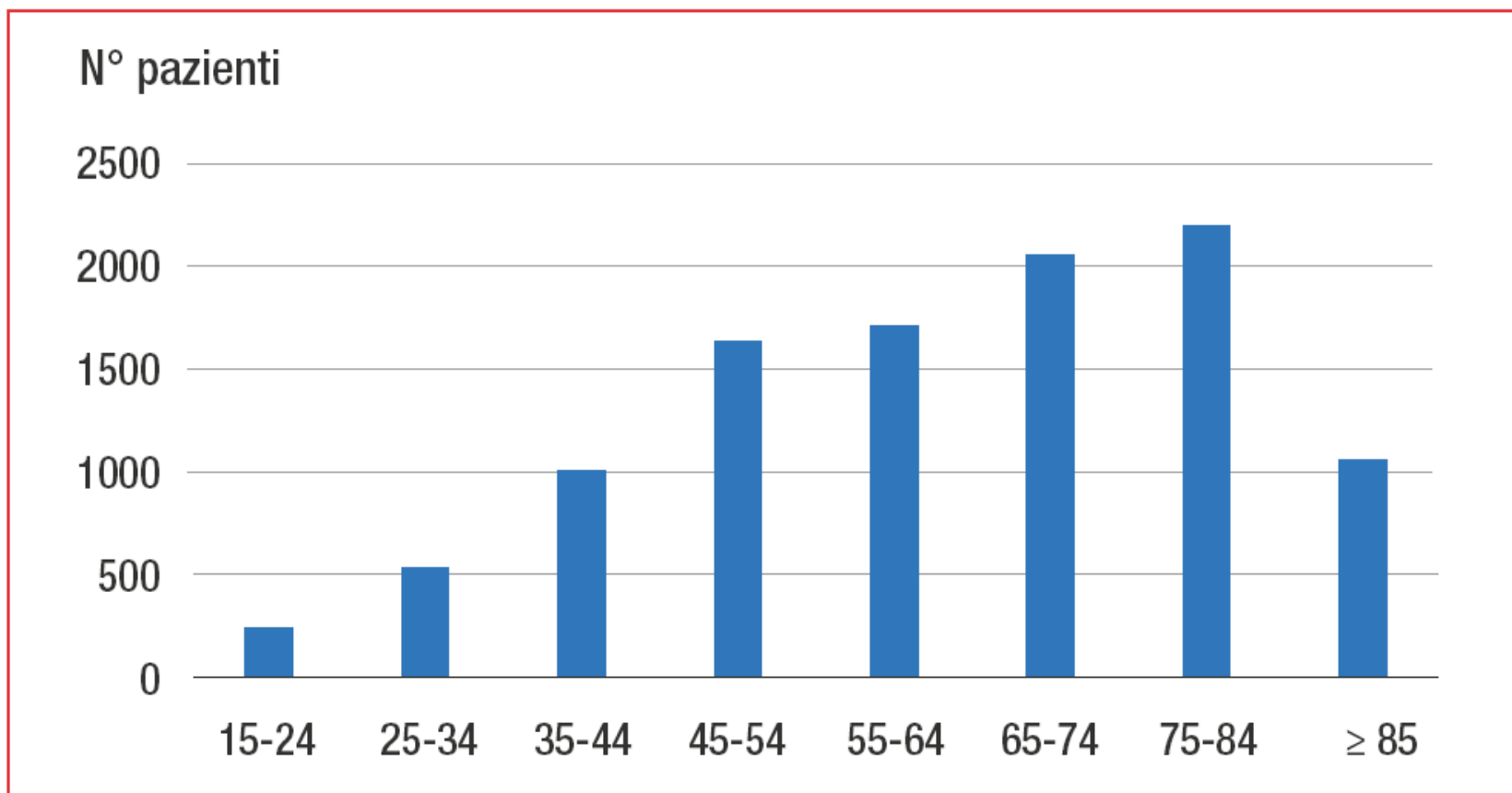
Il punteggio totale del PASE è determinato dal prodotto della quantità di tempo utilizzato per ogni attività ricreazionale del tempo libero (ore/giorno/settimana) o della partecipazione alle attività domestiche (sì/no) in una attività per il peso, derivato empiricamente per ogni attività; la somma di tutte le attività determina il grado di attività fisica

Correlazione tra disfagia orofaringea, sarcopenia e fragilità



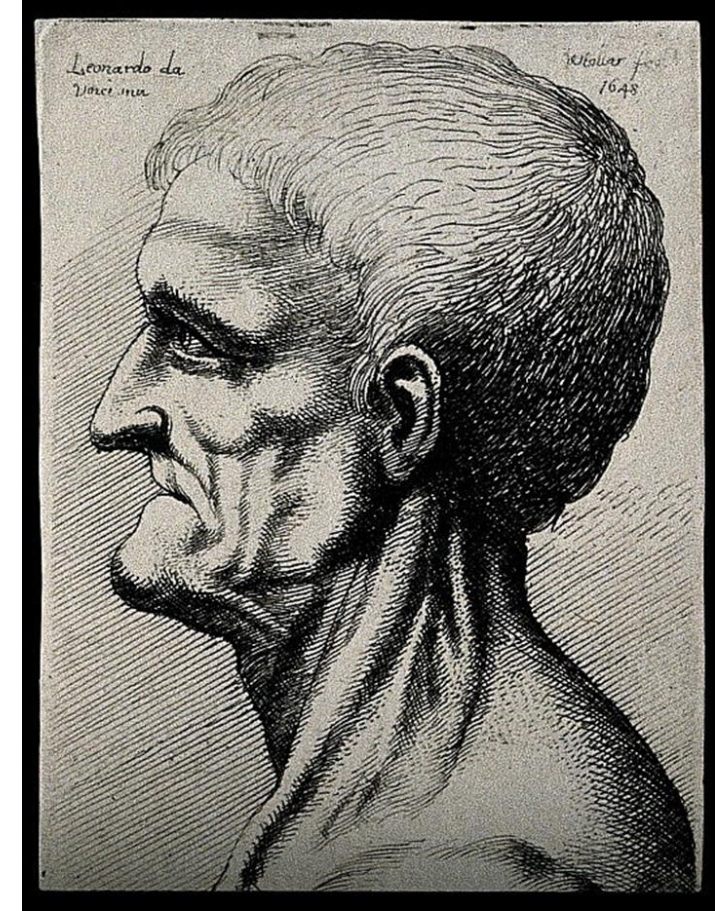
Riscontro di disfagia da parte del MMG

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).



Epidemiologia

Disfagia in anziani al domicilio	7-22%
Popolazione di anziani istituzionalizzati	40-60%
Regno Unito: popolazione di 800 anziani sani (età media di 81 anni)	11%
Demenza Alzheimer	84%
65-74 aa	2%
>85 aa	15%
Disturbi della fase esofagea (55 aa)	34%



Kawashima K, Motoashi Y, Fujishima I. Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening. *Dysphagia* 2004; 19(4): 266-271

Holland G, Jayasekeran V, Pendleton N, et al. Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a selfreporting questionnaire survey. *Dis Esophagus* 2011;24:476-80

Prevalenza dei gruppi di malattie che possono causare disfagia orofaringea

(dati Health Search al 31- 12-2015, 800 MMG con 1.082.340 assistiti).

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 multinfartuale ecc.)	430-438	59.769	5,52
Malattie diffuse del tessuto connettivo	710	3842	0,35
	Totale	134.123	12,40

Conseguenze della Disfagia

4) Polmonite ab ingestis (grave dispnea, ipertermia, grave malessere, segni di ingezione batterica o virale)



3) Dispnea (alterazioni funzionali polmonari)



2) Malnutrizione (parametri ematochimici, sarcopenia, calo delle difese immunitarie, astenia)

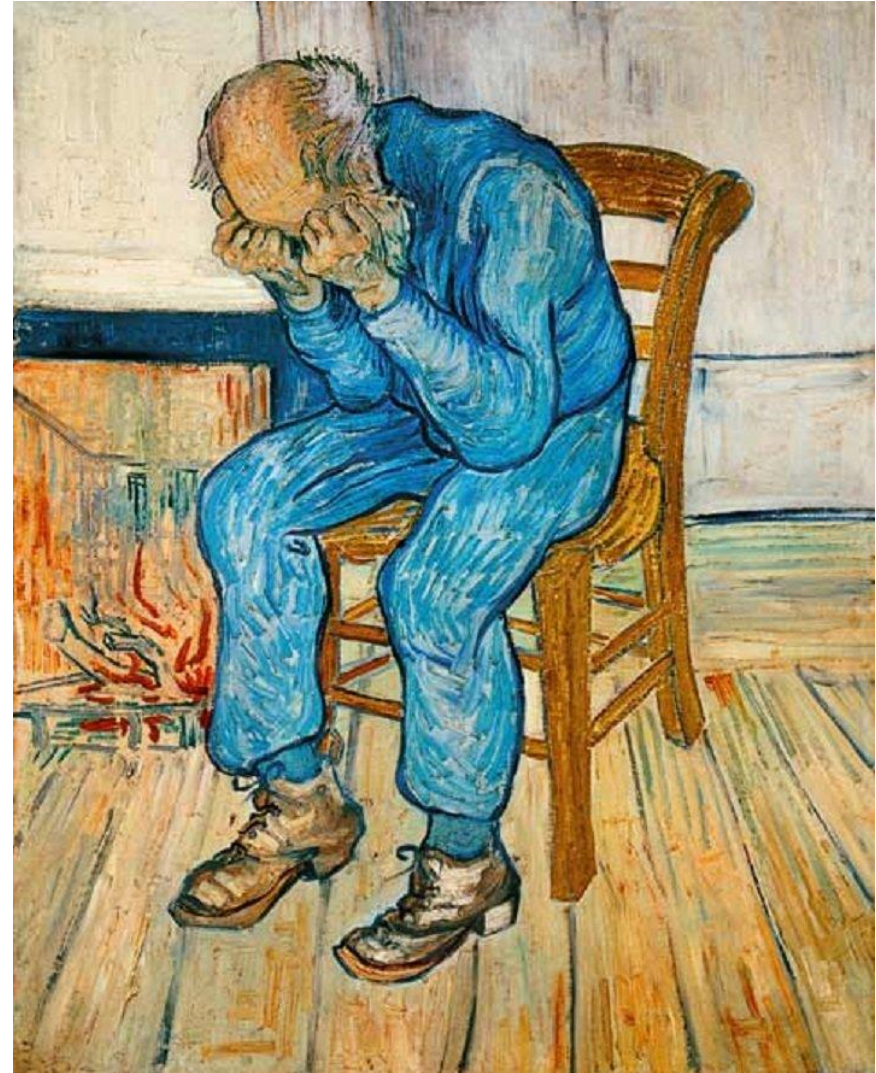


1) Disidratazione (secchezza di cute e mucose, astenia, squilibrio elettrolitico)



...ma anche

- Disagio
- Isolamento
- Ansietà
- Depressione
- Anoressia
- Malnutrizione
- Fagofobia



- Aumento dei costi: Bonilha et al nel 2014 rileva che i costi medici annuali per i pazienti con disfagia erano \$ 4510 più alti di quelli per i pazienti senza disfagia

Campanelli d'allarme!



- **Tosse riflessa**: frequente comparsa di tosse involontaria durante o dopo (entro 2-3 minuti) la deglutizione di un boccone di cibo o di un liquido
- **Voce gorgogliante**: comparsa di voce velata o gorgogliante o «umida» dopo la deglutizione
- **Secrezioni orali**: difficoltà a gestire le secrezioni orali, scialorrea
- **Reflusso nasale**: fuoriuscita di liquidi o cibo dal naso
- **Deglutizione dolorosa**: fastidio o dolore associato alla deglutizione
- **Blocco in gola**: sensazione che parte del cibo resti fermo in gola
- **Durata del pasto**: allungamento del tempo dedicato al pasto
- **Abitudini alimentari**: progressivo cambiamento delle abitudini alimentari (quantità, consistenza)
- **Dimagrimento**: perdita di peso di 2-3 chili o più in circa 3 mesi senza causa apparente
- **Febbre**: comparsa di febbre anche non elevata (37,5-38°C) senza causa apparente
- **Dispnea**: difficoltà a respirare o presenza di frequenti infezioni respiratorie senza altra causa

Test di screening

Gugging Swallowing Screen (GUSS) Test

Validato per l'italiano affidabile per identificare i pazienti che presentano disfagia e sono a rischio di aspirazione

Si compone di due parti

- prima parte: viene effettuata una valutazione indiretta della funzione deglutitoria
- seconda parte: prove di deglutizione diretta di cibi di consistenza semisolida, liquida e solida.

(Trapl M et al. 2007)

1. Indagine preliminare / Prova indiretta di deglutizione

		SI	NO
Vigilanza (Il paziente deve essere vigile per almeno 15 minuti).		1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Tossire e/o schiarire la voce (tosse volontaria) (Il paziente deve tossire o schiarirsi la voce due volte)		1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Deglutizione della saliva:	<ul style="list-style-type: none"> • Deglutizione senza difficoltà • Perdita di saliva • Modifica della VOCE (rauca, gorgogliante, velata, debole) 	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
TOTALE			(5)
		1-4 = Indagare ulteriormente! 5 = Continuare con la 2ª parte	

2. Prova diretta di deglutizione (Materiale: acqua, cucchiaino da tè, addensante alimentare, pane)

Nel seguente ordine:		1 ⇨	2 ⇨	3 ⇨
		SEMISOLIDO*	LIQUIDO**	SOLIDO***
DEGLUTIZIONE:	<ul style="list-style-type: none"> • Deglutizione non possibile • Deglutizione ritardata (>2 sec.) (consistenza solida > 10 sec.) • Deglutizione avvenuta correttamente 	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
TOSSE (involontaria): (prima, durante o dopo la deglutizione - fino a 3 minuti dopo)	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
PERDITA DI SALIVA:	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
MODIFICA DELLA VOCE: (ascoltare la voce prima e dopo la deglutizione - Il paziente deve pronunciare "O")	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
TOTALE		(5)	(5)	(5)
		1-4 = Indagare ulteriormente! 5 = Continuare con i cibi liquidi	1-4 = Indagare ulteriormente! 5 = Continuare con i cibi solidi	1-4 = Indagare ulteriormente! 5 = Nella norma
PUNTEGGIO TOTALE: Prova indiretta di deglutizione e Prova diretta di deglutizione _____(20)				

* Per prima cosa somministrare 1/3 fino a 1/2 cucchiaino d'acqua con addensante alimentare (consistenza di un budino). Se non insorgono sintomi, somministrare da 3 a 5 cucchiaini. Valutare dopo il 5° cucchiaino.

** 3, 5, 10, 20 ml d'acqua - se non ci sono sintomi, continuare con 50ml d'acqua (Daniel et al 2000; Gottlieb et al 1996). Valutare e fermare le indagini quando uno dei criteri viene osservato.

*** Clinico: Pane secco, FEES: Pane secco inzuppato in liquido chiaro.

¹ Utilizzare le indagini funzionali come la valutazione endoscopica della deglutizione con registrazione video (VFES) o la valutazione endoscopica della deglutizione con fibra ottica flessibile (FEES)

Test di screening

G U S S - VALUTAZIONE

	RISULTATI	CODICE DI GRAVITÀ	RACCOMANDAZIONI
20	Cibi di consistenza semisolida / liquida e cibi solidi deglutiti senza difficoltà	Lieve disfagia / disfagia assente minimo rischio di aspirazione.	<ul style="list-style-type: none">• Dieta normale• Liquidi regolari (<u>La prima volta sotto la supervisione di un logopedista o di un infermiere esperto</u>)
15 - 19	Cibi di consistenza semiliquida o liquida deglutiti senza difficoltà mentre i cibi solidi con difficoltà	Lieve disfagia con basso rischio di aspirazione.	<ul style="list-style-type: none">• Dieta per la disfagia (frullati e cibi morbidi)• Ingerire liquidi molto lentamente - un sorso alla volta• Valutazione funzionale della deglutizione come valutazione endoscopica della deglutizione con fibra ottica flessibile (FEES) o Valutazione endoscopica della deglutizione con registrazione video (VFES)• Fare riferimento a un logopedista
10 - 14	Cibi semisolidi deglutiti senza difficoltà mentre i liquidi con difficoltà	Moderata disfagia con rischio di aspirazione.	<p>La dieta per disfagia inizia con:</p> <ul style="list-style-type: none">• cibi di consistenza semisolida come alimenti per neonati e nutrizione parenterale supplementare• Tutti i liquidi devono essere addensati!• Le compresse devono essere tritate e mescolate con liquido denso• Niente medicinali liquidi!• Ulteriori valutazioni funzionali della deglutizione (FEES, VFES)• Fare riferimento a un logopedista <p>Integrazione con sondino naso-gastrico o con nutrizione parenterale</p>
0 - 9	Indagine preliminare fallita da deglutizione dei cibi semisolidi fallita	Grave disfagia con alto rischio di aspirazione.	<ul style="list-style-type: none">• NPO (nulla per os = niente per bocca)• Ulteriori valutazioni funzionali della deglutizione funzionale (FEES, VFES)• Fare riferimento a un logopedista <p>Integrazione con sondino naso-gastrico o con nutrizione parenterale</p>

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

(*) Le disfagie neurogene in alta percentuale sono diagnosticabili mediante una accurata anamnesi familiare e personale nonché basandosi sui reperti dell'esame obiettivo speciale neurologico *Linee Guida Diagnostiche e Terapeutiche in Neurologia della Società Tedesca di Neurologia*

Anamnesi

Dato anamnestico	Elementi significativi
Epoca di insorgenza	Presente da giorni, mesi, anni
Evoluzione	Esordio improvviso Stabile nel tempo Lentamente/rapidamente progressiva
Modalità di presentazione	Deglutizioni multiple per un singolo bolo Difficoltà della progressione del bolo Sensazione di ristagno e a quale livello Tosse costante al pasto Ostruzione del bolo e a quale livello Senso di soffocamento Franca inalazione
Alterazione della voce dopo l'atto deglutitorio	Bitonale Umida Gorgogliante Afono
Malattie correlabili	Ad es.: neurologiche, neurodegenerative, muscolari, infettive (ma non solo) Interventi chirurgici Chemio e radio-terapia distretto capo e collo
Precedenti polmoniti <i>ab ingestis</i>	Recenti/remote Sospette/accertate
Attuale modalità di alimentazione	Consistenza del cibo: cremoso, morbido, solido, liquidi Alimentazione autonoma/assistita Uso di presidi o ausili: cannuccia, posate e bicchieri specifici, sostegni, ecc. Pasti: due/tre pasti principali, piccoli pasti frazionati, ecc.
Particolari abitudini comportamentali	Ad es.: abuso di alcol o uso di stupefacenti
Andamento del peso corporeo	Stabile Calo/incremento ponderale N.B.: registrare in ogni caso il peso attuale per futuri confronti
Presenza di febbre di n.d.d.	Febbricola, iperpiressia, ecc.

Spadola Bisetti M, Mastronuzzi T
 Il problema disfagia nelle cure primarie.
 Seconda parte. La disfagia orofaringea: approccio
 diagnostico
 Rivista Società Italiana di Medicina Generale N.3 VOL.25
 2018; 75-81

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;



Anamnesi patologica prossima

5. Andamento della respirazione, eventuale insorgenza di sintomi da infezione polmonare o di alterazioni funzionali polmonari
6. Eventuale presenza di cannula tracheostomica e sue caratteristiche
7. Caratteristiche cognitivo-comportamentali, con particolare attenzione al livello di vigilanza e di collaborazione.

Anamnesi farmacologica

Valutare se il paziente è in terapia cronica con farmaci che possono determinare disfagia



Farmaci che promuovono o inducono direttamente la disfagia

Classe	Farmaci	↓ SNC	Inibizione mm. lisci	↓ Press. Sfintere esofageo	Lesioni esofagee	Disfagia	Xerostomia
Alcol				X			
Alfa-simpaticomimetici	Metildopa						X
Analgesci centrali	Codeina Diidrocodina Fentanil Idrocodone Levomorfina Morfina Naloxone Petidina (o Meperidina) Petizozina Propofene Tilidina Tramadolo	X X X X X X X X X X X X					X X X X X X X X X X X
Anestetici locali	Novocaina						
Ansiolitici	Alprazolam Clonazepam Clorazepato Diazepam Lorazepam	X X X X X					
Antiaritmici	Dilsopiramide Mexiletina Proclorperazina						X X X
Antibiotici	Apocillina Clindamicina Doxiciclina Eritromicina Fenossimetilpenicillina Lincomicina Minociclina Ossitetraciclina Tetraciclina Timidazolo				X X X X X X X X X X		X
Anticolinergici	Atropina Clonazepam N-butilscolamina Nitrazepam Scopolamina Pirenzepina		X X X X X X		X X X X X X	X X X	X X X X X X
Antidepressivi	Citalopram Fluoxetina Nefaxodone Paroxetina Sertralina Venlafaxina						X X X X X X
Antiemetici	Meclizina Metoclopramide Procloperazina						X X X
Antiepilettici	Acido valproico Carbamezapina Gabapentina Fenobarbital Fenitoina	X X X X X					
Antipertensivi	Alfa-bloccanti Alprenololo Amlodipina Captopril Clonidina Guanetidina Lisinopril Reserpina			X X	X		X X X X X X X X

Classe	Farmaci	↓ SNC	Inibizione mm. lisci	↓ Press. Sfintere esofageo	Lesioni esofagee	Disfagia	Xerostomia
Antipsicotici/Neurolettici	Aloperidolo Azafenotiazina Butirofenone Clorpromazina Clozapina Dozepina Fenotiazina Flufenazina Imipramina Litio Loxapina Olanzapina Risperidone Tioridazina Tiotizene Tiozantene Trifluoroperazina Trioxantene					X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X
Antistaminici, decongestionanti	Astemizolo Clorfeniramina Difenidramina Pseudoefedrina						X X X X
Antitussigeni	Idrocodone						X
Bisfosfonati	Alendronato				X		
Chemioterapici	Vincristina					X	
Diuretici	Acido etacrinico Furosemide Tiazidici Triamterene Xipamide						X X X X X
FANS	Acido acetilsalicilico Fenilbutazone Ibuprofene Indometacina Naprossene Prednisone				X X X X X X		X X X X X X
Integratori	Potassio cloruro Acido ascorbico (vit. C)				X X		
Metilxantine, broncodilatatori	Teofilina				X		
Miorilassanti	Baclofen Ciclobenzaprina Tizanidina Tossina botulinica	X X X					X X X X
Ormoni	Glucagone Polipeptide vasoattivo intestinale Progesterone			X X X			
Vasodilatatori	Cinnarizina Nitrate			X			X

Al-Shehri AM. Drug-induced dysphagia. Ann Saudi Med. 2003 Sep-Oct;23(5):249-53.

Fusco S et al. Management of oral drug therapy in elderly patients with dysphagia. J Gerontol Geriatr 2016;64:9-20.

Valutazione del paziente

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



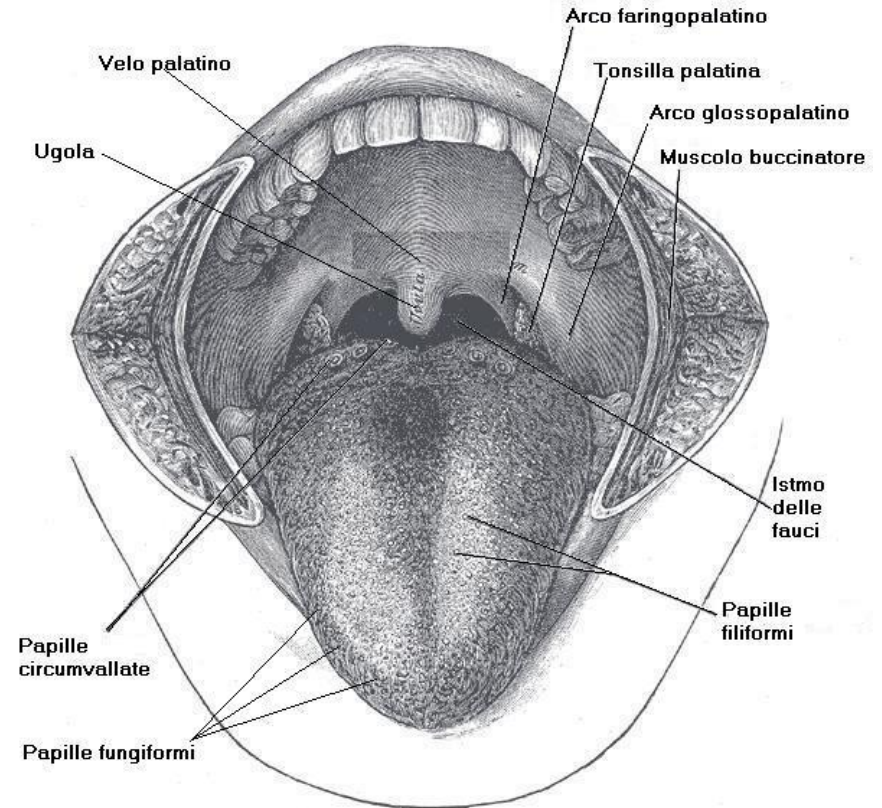
Valutazione clinica

- 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



Stato del cavo orale

- Stato del cavo orale: igiene, lesioni (labbra, lingua, palato, faringe), dentizione o protesi dentaria, presenta di ristagni o secrezioni e sensibilità
- La bocca è colonizzata da più di 350 specie di microorganismi patogeni!
- La presenza di infezioni, micosi, candidosi può essere causa, concausa, aggravante, favorente la disfagia
- La pulizia del cavo orale rientra nelle mansioni infermieristiche





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



College of Audiologists and
Speech-Language Pathologists of Ontario
Ordre des Audiologistes et
des Orthophonistes de l'Ontario

PRACTICE STANDARDS
AND
GUIDELINES
FOR DYSPHAGIA
INTERVENTION
BY SPEECH-LANGUAGE
PATHOLOGISTS

5060-3080 Yonge Street, Box 71
Toronto, Ontario M4N 3N1
416-975-5347 1-800-993-9459
www.caslpo.com

Approved: September 2007
Reformatted: April 2014

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 10.1378/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



S.S.L.E.
Società Scientifica
Logopedisti Italiani

Acta Phon Lat, vol.29, fasc 1,
2007, 33-76

I care, anno 32°, supp. n.2 apr-
giu 2007, 3-30



Dysphagia

Global Guidelines & Cascades
Update September 2014

Settore Nutrizione Artificiale **ADIO**

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

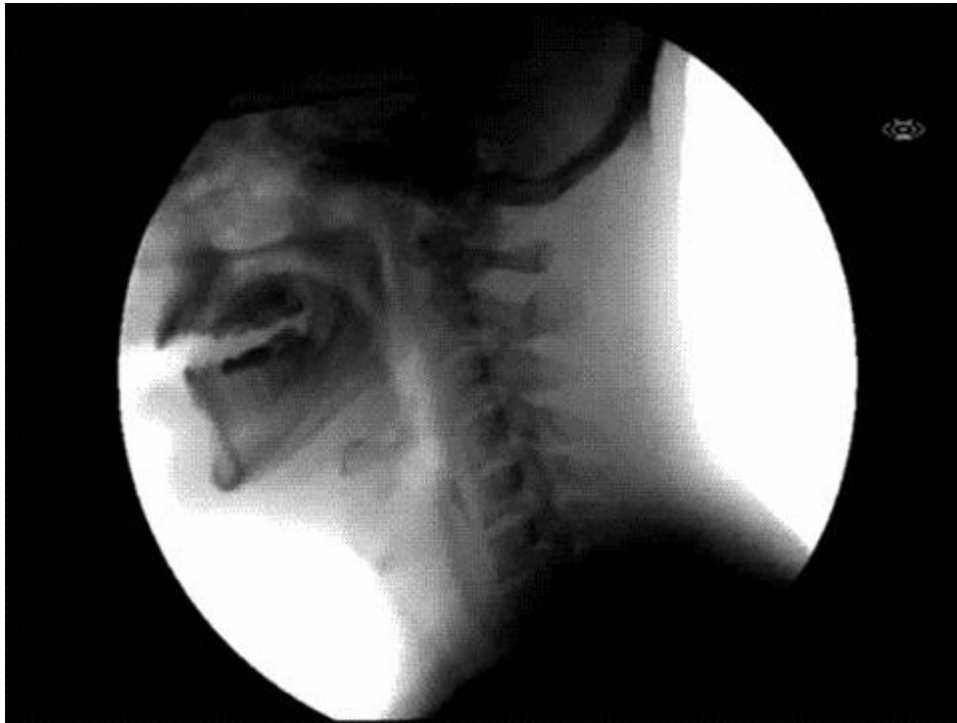
LINEE GUIDA DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE IN NEUROLOGIA
Le disfagie neurogene

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).



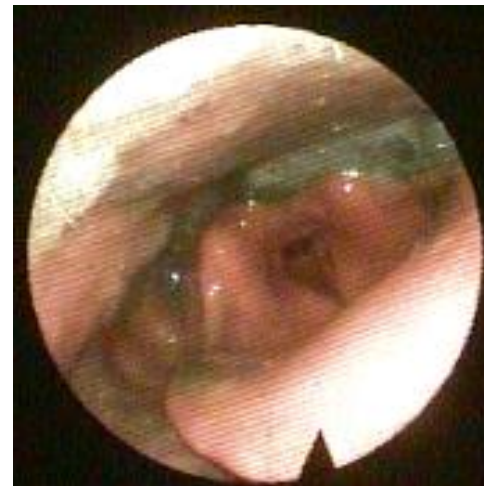
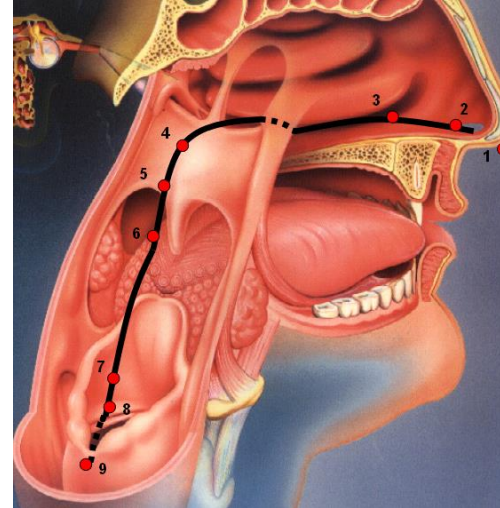
Fonte: dott. F. Barbiera – Ist. Radiologia Università di Palermo

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

Prove di deglutizione in fibroendoscopia (FEES)



Responso della FEES

- Osservazione diretta delle fase 3 della deglutizione (stadio faringeo)
- Studio della situazione locale post-deglutitoria
- Presenza di penetrazione e/o aspirazione di cibo
- Ristagno post-deglutitorio



- (Valutazione della durata della fase orale)
- Latenza o assenza del riflesso di deglutizione faringeo
- Presenza di ev. scolo pre-deglutitorio
- Valutazione dell'efficacia della tosse volontaria
- Valutazione dell'effetto di detersione di successive deglutizioni "a vuoto"
- Tosse post-deglutitoria riflessa e sua efficacia
- Durata complessiva dell'atto deglutitorio
- Comparsa di fatica con il ripetersi delle prove
- Ripetizione delle prove con posture di compenso e/o utilizzando cibi di una certa consistenza