

# **IL PAZIENTE DISFAGICO**

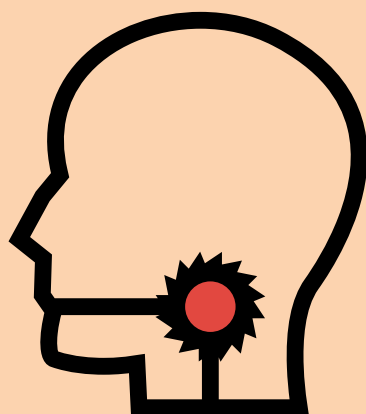
**COSA DEVE OSSERVARE  
IL CLINICO E PERCHÈ**

a cura della Dott.ssa Stefania Pescantini



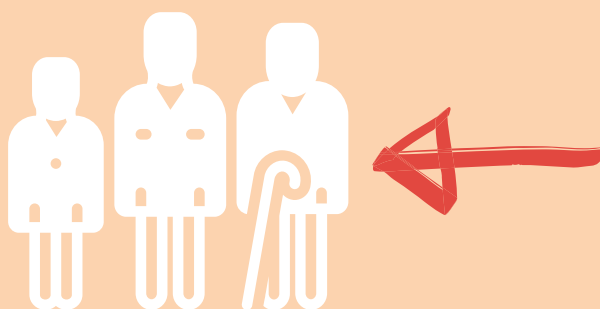
# COSA SI INTENDE PER DISFAGIA?

Con il termine **disfagia**, si intende qualsiasi disagio nel deglutire (aspetto soggettivo) o qualsiasi disfunzione deglutitoria obiettivamente rilevabile.



# COSA SI INTENDE PER DISFAGIA?

La disfagia può essere rilevata **direttamente** o **indirettamente** a causa delle conseguenze che può contribuire a determinare a livello sistemico. È una condizione **molto diffusa ed in continuo aumento** in particolare nella popolazione ultrasessantenne (dal 15 al 50% dei soggetti).



# COSA SI INTENDE PER DISFAGIA?

La disfagia può determinare problematiche a livello sistemico quali:  
malnutrizione

- disidratazione
- soffocamento
- sarcopenia
- immunodepressione
- infezioni
- fragilità

Una delle conseguenze più gravi in seguito alla presenza di disfagia è la **polmonite ab-ingestis**, dovuta alla penetrazione nelle vie aeree di germi e batteri presenti nell'orofaringe.

Queste conseguenze possono portare il soggetto disfagico all'exitus.



# **COSA SI INTENDE PER DISFAGIA?**

La quantità di batteri nella cavità orale è strettamente correlata alla salute orale del soggetto.

Minore è la salute orale e più alto è il rischio di ingestione nelle vie aeree di batteri patogeni che potrebbero causare infezioni con gravi conseguenze sino all'exitus del paziente (Merli et al. 2019).

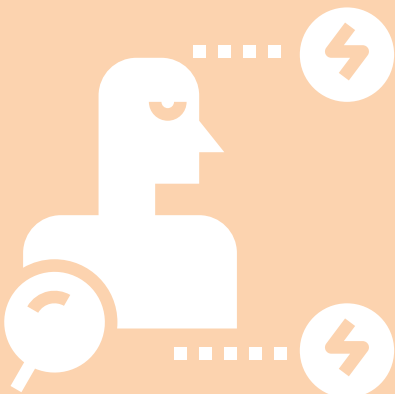
Per questo **l'igienista dentale ha un ruolo chiave nella gestione della salute orale dei pazienti disfagici.**



# EZIOPATOGENESI

Essendo la disfagia il **sintomo di una malattia** e non una malattia, il suo esordio, storia naturale e gravità sono condizionati dalla patologia di base e da altri fattori di comorbidità che possono coesistere.

**I disturbi della deglutizione orofaringea** possono derivare da varie menomazioni neurologiche e/o strutturali.



**Disturbi congeniti** possono influenzare la funzione deglutitoria a partire dall'età pediatrica, come:

- paralisi cerebrale, palatoschisi
- distrofia muscolare
- disautonomia
- altre malformazioni congenite neurologiche o strutturali

Numerosi **problemi neurologici** possono influenzare la funzione di deglutizione, tra cui:

- incidenti cerebrovascolari
- la sindrome di Guillain-Barré
- lesioni cerebrali traumatiche
- disturbi convulsivi, o demenza.

Anche **procedure neurochirurgiche** tra cui elisione di aneurismi cerebrali resezioni tumorali possono compromettere la funzione deglutitoria, in particolare se viene coinvolta la regione del tronco encefalico o i nervi cranici.

## **Malattie degenerative neuromuscolari**

possono compromettere significativamente la funzionalità della deglutizione in una o più fasi dell'atto deglutitorio tra cui:

- morbo di Parkinson
- paralisi sopranucleare progressiva
- distrofia oculofaringea
- sclerosi laterale amiotrofica
- sclerosi multipla
- distrofia muscolare
- distonia o miastenia grave



Le **malattie del collagene**, compresa la dermatomiosite o la sclerodermia, possono provocare una contrazione faringea compromessa.

La disfagia orofaringea può anche derivare da **cause strutturali**, tra cui osteofiti cervicali o cricofaringei, tessuto cicatriziale orale o faringeo.



Le **cause mediche** della disfagia orofaringea includono decadimento muscolare, artrite reumatoide, malattia polmonare ostruttiva cronica avanzata, alcune infezioni virali, e prolungata intubazione endotracheale. La **radioterapia** per i tumori della testa e del collo può causare fibrosi delle fibre muscolari cruciale per la deglutizione normale. Temporaneamente, la mucosite indotta da radioterapia, spesso rende la deglutizione estremamente dolorosa.

Molti **farmaci** possono causare xerostomia o un eccesso di salivazione, che possono influenzare l'efficienza e/o la sicurezza della funzionalità deglutitoria.



# **COSA OSSERVARE DURANTE LA SEDUTA**

Come detto in precedenza, la disfagia è un sintomo che può portare a conseguenze di diversa gravità.

Per questo motivo, **il clinico deve essere in grado di individuare un soggetto disfagico il più precocemente possibile**, allo scopo di diminuire il più possibile la carica batterica e ridurre il rischio di polmonite ab-ingestis ed altre conseguenze pericolose per la vita del paziente.

Prima di iniziare la seduta è bene effettuare un'**accurata anamnesi** che indaghi la presenza di patologie o situazione che possono causare l'insorgere di disfagia.



# COSA OSSERVARE

## Segni e i sintomi da osservare nel paziente disfagico:

- difficoltà a deglutire;
- incapacità di gestire il cibo o la saliva in bocca;
- asimmetria del volto;
- tosse prima, durante o dopo l'assunzione di cibo o liquidi;
- soffocamento durante i pasti;
- congestione o aumento delle secrezioni dopo il pasto;
- cambiamenti della qualità vocale (voce gorgogliante, umida, roca...);
- . infezioni ricorrenti delle vie aeree superiori e/o polmoniti;
- rifiuto del cibo o riluttanza ad aprire la bocca;
- presenza di residui di cibo nel cavo orale o in faringe;
- calo ponderale.



# **COSA PUO' FARE IL PROFESSIONISTA UNA VOLTA INDIVIDUATO IL PAZIENTE DISFAGICO**

Quello che il professionista può fare con il paziente è:

## **PRIMA DELLA SEDUTA:**

- **sensibilizzare** il paziente o i caregivers a non sottovalutare la problematica illustrandone le possibili conseguenze;
- **chiedere al paziente** se ha difficoltà a deglutire i liquidi o se gli va spesso di traverso l'acqua;



# COSA PUO' FARE IL PROFESSIONISTA

## DURANTE LA SEDUTA:

- tenere il paziente in posizione non troppo sdraiata;
- chiedere al soggetto di tenere il mento il più appoggiato possibile al petto spiegandogli che è una manovra di sicurezza che aiuta a far sì che le sostanze deglutite non vadano nei polmoni;
- chiedere al soggetto di respirare con il naso e di concentrarsi a sentire l'aria che defluisce dalle narici;
- utilizzare la doppia aspirazione;
- evitare di toccare i pilastri palatini e la base linguale durante la seduta in quanto toccando questi punti si innesca l'atto deglutitorio;



# **COSA PUO' FARE IL PROFESSIONISTA**

- utilizzare polveri senza toccare i punti sopracitati; generalmente senza il tocco non si innesca l'atto deglutitorio e le polveri si possono utilizzare senza particolari problemi;
- trattamenti remineralizzanti per proteggere lo smalto dal maggior rischio di carie (spesso in questi pazienti non vi è un pH stabile a causa della gestione non ottimale della saliva)
- motivare a tecniche di igiene orale domiciliare rigorose, spiegando al paziente l'importanza di ridurre la carica batterica per evitare l'insorgere di complicanze dovute alla disfagia e ad una scarsa igiene orale.

**È di fondamentale importanza che nel cavo orale non permangano particelle di cibo che spesso vengono deglutite senza un controllo dell'atto deglutitorio e quindi facilmente inalate nelle vie aeree.**



# COSA PUO' FARE IL PROFESSIONISTA

## DOPO LA SEDUTA

- inserire il paziente in un programma di controlli frequenti per valutare la presenza di lesioni cariose;
- indirizzare il paziente ad una visita otorinolaringoiatrica per verificare lo stato anatomico e funzionale deglutitorio;
- indirizzare il paziente ad un logopedista che si occupi di disfagia per poter intervenire sulle consistenze del cibo e sulle posture di compenso.





# CONCLUSIONI

**Il ruolo dell'igienista dentale nell'intercettazione precoce e nella gestione del paziente disfagico prima, durante e dopo la seduta è di fondamentale importanza.**

Riuscire a monitorare la carica batterica del paziente disfagico contribuisce a **prevenire l'insorgere di possibili conseguenze** e a migliorare la qualità di vita di persone disfgiche che non conoscevano la causa del proprio problema o che non sapevano come affrontarlo..



La disfagia è un campo ancora altamente sconosciuto e ciò a cui auspico è che gli igienisti dentali, pionieri della prevenzione, non solo orale ma anche sistemica di gran parte della popolazione, **agiscano da sentinelle** per poter migliorare la qualità di vita delle persone.

**Dott.ssa Stefania Pescantini**



# BIBLIOGRAFIA

Arifa, Mando K, et al. "Recent Advances in Dental Hard Tissue Remineralization: A Review of Literature."

International Journal of Clinical Pediatric Dentistry, vol. 12, no. 2, 2019, pp. 139–144., doi:10.5005/jp-journals-10005-1603.

EG, Paolantonio, et al. "Association between Oral Habits, Mouth Breathing and Malocclusion in Italian Preschoolers." Eur J Paediatr Dent, vol. 20, no. 3, Sept. 2019, pp. 204–208., doi:10.2380.

Hennig, Tais Regina, et al. "Swallowing of Oral and Nose Breathers: Speech-Language and Electromyography Assessment." Revista CEFAC, vol. 11, no. 4, 2009, pp. 618–623., doi:10.1590/s1516-18462009000800010.

Hyder, M., et al. "Are Down Syndrome Children More Vulnerable to Tooth Wear?" Journal of Intellectual Disability Research, vol. 63, no. 11, 2019, pp. 1324–1333., doi:10.1111/jir.12673.

IQ, Marchesan. "The Speech Pathology Treatment with Alterations of the Stomatognathic System." The International Journal of Orofacial Myology : Official Publication of the International Association of Orofacial Myology, no. 6, Nov. 2000, pp. 5–12.



# BIBLIOGRAFIA

Ramos, Vinícius M., et al. "Impact of Adenotonsilectomy on Nasal Airflow and Pulmonary Blood Pressure in Mouth Breathing Children." *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, vol. 125, 2019, pp. 82–86., doi:10.1016/j.ijporl.2019.06.025.

SMOF, Italia. "SMOF Italia - Squilibrio Muscolare Orofacciale." *SMOF Italia - Squilibrio Muscolare Orofacciale*, 29 May 2018, [www.smofitalia.it/](http://www.smofitalia.it/).

Widmer, Richard P. "Oral Health of Children with Respiratory Diseases." *Paediatric Respiratory Reviews*, vol. 11, no. 4, 2010, pp. 226–232., doi:10.1016/j.prrv.2010.07.006.

Zheng, Weiyang, et al. "Facial Morphological Characteristics of Mouth Breathers vs. Nasal Breathers: A Systematic Review and Meta-Analysis of Lateral Cephalometric Data." *Experimental and Therapeutic Medicine*, 2020, doi:10.3892/etm.2020.8611.

Zong, Dandan, et al. "The Role of Cigarette Smoke-Induced Epigenetic Alterations in Inflammation." *Epigenetics & Chromatin*, vol. 12, no. 1, 2019, doi:10.1186/s13072-019-0311-8.



**Focus on...**

## ***Il punto di vista di un paziente disfagico dal dentista***

Mi presento:

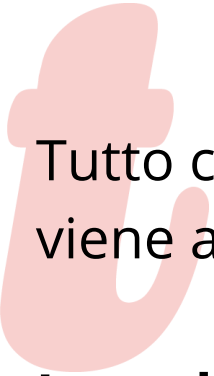
sono Claudia, ho 23 anni e sono disfagica da 10 anni.

Quando ero piccola non avevo assolutamente paura del dentista, non avevo problemi a stare a bocca aperta con gli strumenti in bocca per tutta la seduta.

Il mio dentista mi diceva sempre che ero bravissima perché facevo addirittura le otturazioni senza anestesia. Ma non avevo ancora problemi di deglutizione.

Crescendo la disfagia ha cambiato le cose, rendendole diverse e forse più difficili.

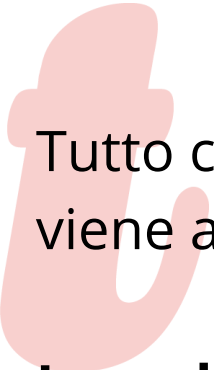
Per una persona disfagica, questo disturbo non si ferma soltanto all'impossibilità o alla parziale incapacità di deglutire determinate consistenze, ma si prolunga anche nell'ansia che si avverte prima e post deglutizione e/o nella paura che possa qualcosa andare di traverso e/o di non saperlo gestire.



Tutto ciò quindi va ad influire su qualsiasi azione viene attuata tramite o nella bocca.

**La seduta dal dentista è quasi una nemica:** minuti a bocca aperta con accumulo di saliva, strumenti che toccano varie parti che **potrebbero innescare la deglutizione** e vari “oggetti” che agli occhi di una persona disfagica sono potenziali nemici che potrebbero andare di traverso.

Nelle mie diverse esperienze da vari professionisti del mestiere ho potuto osservare come ognuno di loro valuta il disturbo del paziente e **lavora di conseguenza mettendo in atto delle soluzioni** per non creare ulteriore disagio.



Tutto ciò quindi va ad influire su qualsiasi azione viene attuata tramite o nella bocca.

**La seduta dal dentista è quasi una nemica:** minuti a bocca aperta con accumulo di saliva, strumenti che toccano varie parti che **potrebbero innescare la deglutizione** e vari “oggetti” che agli occhi di una persona disfagica sono potenziali nemici che potrebbero andare di traverso.

Nelle mie diverse esperienze da vari professionisti del mestiere ho potuto osservare come ognuno di loro valuta il disturbo del paziente e **lavora di conseguenza mettendo in atto delle soluzioni** per non creare ulteriore disagio.


E ALLORA COME  
METTERE A PROPRIO AGIO UN  
PAZIENTE DISFAGICO  
DURANTE LA SEDUTA?



## **Voglio lasciarvi di seguito i miei personali consigli**

- Chiedere se ha problemi con la deglutizione della saliva o in generale con i liquidi;
- Non metterlo in posizione troppo sdraiata (questa posizione crea molta agitazione, perché dal paziente è vista come quella più pericolosa: per gravità la saliva tende ad innescare la deglutizione più velocemente e si ha senso che se qualcosa cada in bocca possa andare di traverso);
- Metterlo a proprio agio dicendo di chiedere, con un gesto della mano, di fermare l'operazione che si sta compiendo in caso di qualsiasi fastidio o problema;
- Fare piccole pause chiedendo se vada tutto bene e se c'è bisogno di fermarsi qualche secondo per attenuare la tensione, o quando si avverte preoccupazione o ansia nel paziente;



- 
- Non farlo parlare mentre si utilizzano degli strumenti all'interno della sua bocca;
  - Evitare, ove possibile, di utilizzare nella parte posteriore della bocca i rulli di cotone. Questi potrebbero innescare la deglutizione e creare un senso di paura nel paziente;
  - Dopo operazioni che possono lasciare residui in bocca, più o meno solidi, assicurarsi che con i risciacqui il paziente li abbia espulsi così che non possano essere deglutiti o nelle peggiore delle ipotesi, se la persona presenta aspirazioni, vadano nelle vie aeree;

Per noi disfagici la seduta dal dentista non è proprio una passeggiata...

Tra preoccupazioni, livello di attenzione al massimo e ansia. Ma per vari motivi la situazione del nostro cavo orale deve essere monitorata e dev'essere mantenuta in uno stato di salute eccellente.

**QUINDI...**



**Per questo nelle sedute dal dentista e dall'igienista dentale è fondamentale trovare e affidarsi a un professionista che:**

- sappia cosa sia la disfagia e quali disagi comporta, o al massimo abbia la voglia e la disponibilità di documentarsi a riguardo;
- sappia ascoltare le esigenze e preoccupazioni del paziente;
- sappia consigliare al meglio le operazioni da attuare per il mantenimento di un'igiene domiciliare ad un livello adatto.



## CONCLUSIONI

Concludendo si può capire quindi che nelle sedute dal dentista è fondamentale il ruolo di entrambe le parti. Da parte del professionista dev'esserci una totale disponibilità a variare le proprie "abitudini" lavorative mettendo a disposizione diverse soluzioni e magari anche tempistiche, per mettere a proprio agio il paziente; mentre quest'ultimo deve assolutamente esternare tutte le preoccupazioni, disagi e problematiche che potrebbe riscontrare durante la seduta. Facendo così mette il professionista nelle condizioni ideali per lavorare, poiché saprà cosa aspettarsi, e in più si può creare un legame di totale fiducia e trasparenza senza sentirsi "diversi" o a disagio nel caso in cui ci fosse preoccupazione, bisogno di richiedere pause e/o un approccio diverso nella seduta.

Claudia Malaguzzi

Su Instagram invento ricette per persone disfagiche

@dysphagiafoods