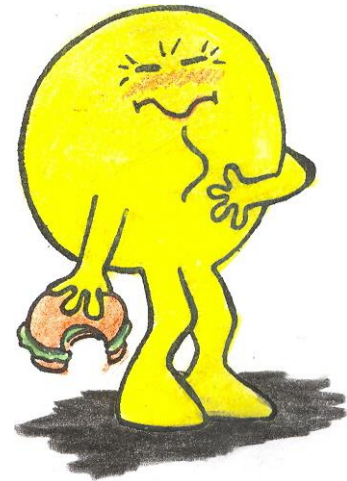


SINTOMI:

DISFAGIA



SOMMARIO

1. *Definizione* [p. 1](#)
2. *Fisiopatologia e cause* [p. 1](#)
3. *Assistenza infermieristica* [p. 3](#)
4. *Assistenza medica* [p. 4](#)
5. *Allegato: - Ricetta della gelatina* [p. 5](#)

1. DEFINIZIONE

Si intende con *disfagia* un disturbo della progressione del bolo alimentare solido o liquido nel suo passaggio attraverso l'esofago.
A volte è accompagnata da dolore generalmente retrosternale che può essere provocato dalla semplice deglutizione di materiale salivare.

2. FISIOPATOLOGIA E CAUSE

I meccanismi patogenetici alla base di questo sintomo sono complessi. L'elemento fondamentale è probabilmente rappresentato da una asincronia delle contrazioni muscolari e dell'onda peristaltica che percorre l'esofago.

Si distingue una disfagia **orofaringea** e una **esofagea**:

Orofaringea: si verifica per un disturbo del primo e del secondo stadio della deglutizione. Il paziente ha difficoltà nel muovere il bolo alimentare dalla bocca e dal faringe dentro l'esofago. Egli tenta di far partire la deglutizione ma questo non avviene cosicché il bolo alimentare rimane in faringe e può rigurgitare attraverso il naso o penetrare parzialmente nelle rime della glottide provocando la tosse.
In particolare questo tipo di disfagia si caratterizza per una peggiore intolleranza ai liquidi nei confronti dei solidi.

Cause:

Può essere in conseguenza a tumori della sfera ORL, ascessi retrofaringei o peritonsillari, paralisi muscolari legate a malattie neurologiche quali la sclerosi multipla o emorragie cerebrali con interessamento del tronco, in particolare del bulbo. Anche la carenza di ferro può provocare un'atrofia della mucosa ed un disturbo della conduzione nervosa.

Esofagea:

in questo caso la deglutizione avviene regolarmente ma si ha un arresto nella progressione del cibo lungo l'esofago. E' spesso un fenomeno intermittente legato principalmente all'alterazione dell'onda di contrazione peristaltica e forse a fenomeni di spasmo di fronte ad un ostruzione organica del lume esofageo.

Cause:

La malattia più frequentemente associata con questo disturbo è il **carcinoma stenosante dell'esofago**. Altre cause importanti sono **processi infiammatori** di origine infettiva o **esofagiti da reflusso**, cause organiche come **compressioni estrinseche dell'esofago** per patologie legate alla tiroide per quanto riguarda la porzione superiore dell'esofago, o patologie mediastiniche specie tumorali per quanto riguarda l'esofago toracico, alterazioni organiche dell'esofago come quelle che accadono nel corso di malattie quali le sclerodermie o stenosi cicatriziali secondarie all'ingestione di caustici.

3. ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Il paziente che si presenta a noi lamentando disfagia appare, oltre che fisicamente, psicologicamente abbattuto. L'incapacità o l'impossibilità di soddisfare adeguatamente o in modo "normale" il bisogno di base dell'alimentazione e dell'idratazione è spesso inteso come un inesorabile progredire della patologia. Per aiutare ad affrontare questa situazione, con l'intento di preservare la qualità di vita della persona, l'infermiere imposta il suo piano di cura realizzando inizialmente un'attenta **raccolta dati**.

Valutare

1. Approfondire mediante colloquio con il paziente e la cartella clinica la "storia" della persona. Conoscere quindi il modo in cui la malattia si è manifestata e i trattamenti eseguiti (es: interventi chirurgici, radioterapie).
2. Farsi spiegare dalla persona le sue abitudini alimentari e le variazioni che hanno subito (es: difficoltà ad inghiottire liquidi).
3. Individuare sintomi che si associano alla disfagia (es: alitosi, odinofagia, dispnea).
4. Riconoscere segni di processi infettivi in atto (es: candidiasi orale e/o esofagea).
5. Valutare le condizioni fisiche/psichiche/sociali della persona per prendere in considerazione eventuali metodi di alimentazione alternativi.

Curare con interventi specifici

Ripartiamo dai 5 punti della raccolta dati:

- ad 1.** Quando il paziente racconta la sua storia tende a sottolineare anche quali sono gli obiettivi a cui aspira affidandosi a noi per il trattamento del sintomo. Se gli **obiettivi** sono **realistici**, l'équipe si deve concentrare su di essi. Se le aspettative sono invece utopiche è essenziale iniziare il trattamento con un colloquio chiarificatore tra team curante, paziente e famigliari.

ad 2. Consigli dietetici:

- l'infermiere si informa sui **cibi che il paziente gradisce e che riesce a deglutire**. Naturalmente si valuta dapprima il passaggio dei liquidi; spesso risulta più difficoltoso di altri alimenti, quali quelli con forma gelatinosa che scivolano dall'orofaringe in esofago senza causare problemi. (vedi allegato 1).
- Sono sconsigliati cibi particolarmente asciutti, friabili e difficili da ridurre in piccoli bocconi.
- Frequentemente il paziente ha già eseguito una propria selezione che noi **possiamo arricchire** proponendo altri alimenti (es: gelati, budini, frappé). Prima di stimolare il paziente all'autogestione è essenziale che capisca anche l'importanza di un adeguato apporto calorico che può essere raggiunto anche mediante il ricorso ad integratori alimentari (es: Ensure, Meritene, ecc...).

ad 3. Tra i sintomi che più spesso ritroviamo nei pazienti con disfagia si ricordano: odinofagia, rigurgiti, alitosi, scialorrea o xerostomia e dispnea. Seppure in modo sistematico, possiamo tentare di raccogliere qualche utile consiglio terapeutico nello schema seguente:

odinofagia	→ dolore alla deglutizione	→ individuare e gestire stati infettivi → controllo del dolore (cap. dolore) → se dolore a livello orale, ev. utilizzo di medicinali topici (es: Tonex, Mundisal)
rigurgiti	→ reflusso di contenuto gastrico	→ frazionare i pasti → somministrazione di adeguata terapia medicamentosa (Ulcogant® + antiacido) → favorire la mobilizzazione post-brandiale, se il paziente è a letto posizione semi-seduta → sciroppo alla menta
alitosi	→ alito maleodorante	→ eseguire adeguata pulizia del cavo orale (vedi cap. problemi legati al cavo orale) → trattare adeguatamente le infezioni
scialorrea o xerostomia	→ abbondante o scarsa presenza di saliva	→ vedi capitolo sul cavo orale
dispnea in relazione a disfagia	→ difficoltà di respiro su prob. broncoaspirazione	→ individuare prontamente rischio di aspirazione di cibi → aiutare il paziente a trovare un'alimentazione adeguata

ad 5. Spesso una valida alternativa a disposizione del paziente disfagico (per il quale non è pensabile una remissione del sintomo) è rappresentata dalla nutrizione enterale (tramite una PEG) o eventualmente parenterale (tramite AVI). Entrambe comportano un'ospedalizzazione per pochi giorni per la posa del mezzo d'infusione, ma mentre la nutrizione enterale è gestita dal paziente o dai famigliari, quella parenterale richiede il supporto dell'assistenza infermieristica domiciliare. Essendo entrambe manovre invasive, risulta essenziale una corretta valutazione delle condizioni generali del paziente dal punto di vista fisico, ma anche psicologico (predisposizione all'autogestione delle cure) e sociale (sede dell'abitazione o presenza di famigliari di riferimento).

4. ASSISTENZA MEDICA

Per il lettore veloce:

L'atto di deglutizione è un fenomeno molto complesso, basta pensare che vi sono implicati 5 nervi cranici e 25 muscoli striati. Una macchina "delicata" e suscettibile a inceppamenti. Le possibili cause di disfagia in pazienti con tumore avanzato sono molteplici. I problemi di base sono però solo 2:

- **problema meccanico ostruttivo**, che si presenta prima con problemi di passaggio di solidi, poi andando avanti anche con i liquidi
- **problemi neuromuscolari**: disfagia per i solidi e i liquidi si presentano più o meno contemporaneamente o addirittura prima.

Eziologia

1. Dovuta direttamente al tumore
 - masse tumorali in bocca, faringe o esofago, con o senza lesione del plesso nervoso
 - compressione estrinseca
 - infiltrazione della base cranica, con o senza infiltrazione meningeale
 - metastasi cerebrale (plegia o paralisi bulbare)
 - paraneoplastico
2. Dovuta indirettamente al tumore
 - xerostomia
 - candidiasi o altri infetti locoregionali
 - sonnolenza
 - astenia grave
 - ipercalcemia
3. Dovuta alla terapia
 - chirurgia
 - radioterapia
 - chemioterapia o altri farmaci (neurolettici, compreso il Metoclopramide)
4. Cause concomitanti
 - esofagite di reflusso
 - sideropenia

Trattamento causale

Identificare le cause potenzialmente reversibili (vedi *Eziologia*) e, se possibile, eliminarle.

Gestione

1. Consigli dietetici (vedi assistenza infermieristica)
2. Mantenimento del lume (radioterapia, trattamento laser, dilatazione meccanica con impianto di stent)

Terapia medicamentosa

Tentativo con corticosteroidi.

Una volta che l'ostruzione viene considerata totale e irreversibile, l'obiettivo rimane quello di combattere i sintomi che essa procura come dolori (vedi cap. Dolore), sintomi da stomatite (vedi cap. Cura della Bocca) e scialorrea. Quest'ultima si può trattare con farmaci anticolinergici tipo Buscopan oppure antidepressivi triciclici. In alternativa: irradiazione delle ghiandole salivari.

RICETTA DELLA GELATINA

- 1 litro di acqua
- 165 g di marmellata di frutta o gelatina di frutta
- 3 a 4 foglie di gelatina

Sciogliere e far addensare a fiamma bassa. La consistenza deve essere quella di una gelatina spessa. Versare in recipienti tipo coppette. Conservare nel frigorifero.

100 g di questo prodotto corrispondono a 100 ml di acqua.

- Sul mercato esiste una **polvere istantanea** (Resource ThickenUp® - Novartis). Questo prodotto è stato creato apposta per quei pazienti che hanno una disfagia orofaringea.
- Ospedali EOC: a disposizione il prodotto "Thick & Easy®" che è una polvere istantanea a base di amido di mais e malto destrine