

Dysfagia ustno-gardłowa

– przyczyny, przejawy i skutki

dr n. med. Joanna Chmielewska-Walczak¹, dr n. med. Barbara Jamróz¹,
dr n. o zdr. Magdalena Milewska²

¹ Katedra i Klinika Otolaryngologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Dietetyki Klinicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Zaburzenia połykania są objawem, z którym chorzy coraz częściej zgłaszają się do specjalistów. **Szacuje się, że u ok. 7% populacji występuje dysfagia ustno-gardłowa, a jej odsetek rośnie wraz z wiekiem.** Powyżej 60. r.ż. sięga nawet 33%-40% populacji. Europejskie Towarzystwo Zaburzeń Połykania (ESSD) podaje, że w 2012 r. w Europie było 30 000 000 osób powyżej 65. r.ż. z dysfagią ustno-gardłową. Najliczniejszymi grupami narażonymi na wystąpienie zaburzeń połykania są osoby chore neurologicznie, pacjenci leczący się z powodu nowotworów głowy i szyi oraz osoby starsze. Wśród chorych w ostrej fazie udaru odnotowuje się dysfagię ustno-gardłową u ok. 75% chorych, z czasem objawy ustępują i w fazie przewlekłej możemy mówić o 40% chorych z zaburzeniami połykania. Osoby zmagające się z chorobą Parkinsona cierpią z powodu dysfagii w 60% przypadków, a dane dotyczące późnego etapu choroby pokazują, że nawet 91% pacjentów ma zaburzenia połykania. U osób leczących się z powodu nowotworów regionu głowy i szyi dysfagia występuje u co drugiego chorego, podobne dane dotyczą osób po operacjach neurochirurgicznych. Zaburzenia połykania nie są więc marginalnym problemem. Społeczeństwo starzeje się, a wraz z tym zjawiskiem odsetek osób, które doświadczają zaburzeń połykania rośnie [1,2].

Konsekwencje kliniczne dysfagii ustno-gardłowej są bardzo poważne. Możemy wśród nich wymienić: zadławienia, zachłystowe zapalenie płuc, zapalenia dolnych dróg oddechowych (oskrzeli, płuc), niedożywienie

(przy prawidłowym BMI!), odwodnienie. Powikłania w postaci zaburzeń połykania mają istotny wpływ nie tylko na życie i zdrowie chorych, lecz także na jego jakość w aspekcie społecznym, emocjonalnym i funkcjonalnym. Nie bez znaczenia pozostają konsekwencje ekonomiczne związane z leczeniem tych powikłań lub przedłużającym się pobytem w szpitalu. Wielu autorów zwraca uwagę na to, że o ile dysfagia nie daje intensywnych objawów w postaci aspiracyjnego zapalenia płuc, o tyle pozostaje powikłaniem niedocenianym, tym bardziej że objawy takie jak niedożywienie czy niezamierzony spadek masy ciała są często akceptowane przez pacjentów jako konsekwencje ciężkiej choroby lub przebytego leczenia operacyjnego.

Do objawów zaburzeń połykania, które pacjenci zgłaszają specjalistom, należą:

- zachłystywanie;
- nawracające zapalenia płuc lub oskrzeli;
- wzmożony kaszel po jedzeniu czy napadowy kaszel w czasie jedzenia i/lub picia;
- wydłużony czas trwania posiłku;
- unikanie określonych konsystencji (np. płynu o konsystencji wody czy pokarmów suchych);
- konieczność chrząkania podczas jedzenia i/lub picia;
- uczucie zatrzymywania się pokarmu w gardle;
- konieczności przełknięcia kęsa kilka razy;
- cofanie się pokarmu do nosa;
- ból w czasie połykania (odynofagia);
- objawy refluksu żołądkowo-przełykowego (zgaga, odbicia, pieczenia);

- niezamierzony spadek masy ciała (spadek masy ciała o 5% w ciągu 6 miesięcy lub 10% w okresie dłuższym niż 6 miesięcy świadczy o niedożywieniu) [5].

Specjaliści, którym pacjent zgłasza takie dolegliwości, powinni skierować chorego do logopedy i lekarza laryngologa/foniatry specjalizujących się w diagnostyce i terapii zaburzeń połykania. Pierwszym testem, który zostanie wykonany, będzie przesiewowy test połykania wody oraz samoocena kwestionariuszowa jakości życia zależnej od połykania, z wykorzystaniem np.: kwestionariusza EAT-10 lub *Dysphagia Handicap Index*. Pozwala to na ewentualną kwalifikację pacjenta na poszerzenie diagnostyki w formie oceny klinicznej połykania. Ocena kliniczna połykania jest bardzo ważnym etapem diagnozy pacjenta. Poza wywiadem i badaniem chorego, ocenie podlegają wykorzystywane przez pacjenta strategie w czasie pobierania płynów i pokarmów. Badający odnotowuje techniki, z których korzysta pacjent: czy stosuje specjalne manewry do połykania (np. przywodzenie brody do klatki piersiowej, obrót głowy w czasie połykania itd.), czy pacjent eliminuje z pożywienia jakąś konkretną konsystencję, czy w czasie połykania jest prawidłowa ewakuacja krtani oraz zachowana prawidłowa koordynacja oddychania i połykania. Podczas oceny klinicznej połykania obserwuje się, czy pojawia się kaszel lub pochrząkiwania (które mogą świadczyć o zaleganiach w zachyłkach gruszkowatych lub o penetracjach przedsiönka krtani przez treści pokarmowe). Dodatkowo stosuje się osłuchiwanie stetoskopem przestrzeni tarczowo-gnykowej w celu wzmocnienia dźwięków obecnych w czasie pobierania posiłku.

Na podstawie oceny klinicznej połykania badający kwalifikuje chorego na badanie instrumentalne wideofluoroskopowe (VFSS) lub badanie endoskopowe połykania (FEES). Przed badaniem konieczne jest przeprowadzenie oceny klinicznej ze względu na to, że od tej oceny zależy przebieg badania FEES/VFSS. Oba ba-

dania są uznawane na świecie za „złoty standard” w diagnostyce dysfagii ustno-gardłowej oraz są powszechnie stosowane na świecie. Procedury badań zostały opracowane w latach 80. ubiegłego wieku przez logopedów klinicznych. Protokół badania FEES opracowała dr Susane Langmore, natomiast VFSS dr Jerilyn Logemann. Procedury obu badań składają się z części diagnostycznej i terapeutycznej, dlatego ważne jest zapoznanie się ze strategiami pobierania płynów i pokarmów przez chorego jeszcze przed przeprowadzeniem diagnostyki instrumentalnej [3,4]. W czasie badania możliwe jest wspólne wypracowanie z pacjentem takiej techniki połykania, żeby chory był w stanie przyjmować w sposób bezpieczny dla siebie płyny i pokarmy. Technik jest wiele, z najważniejszych można wymienić: połykanie nagłośniowe, supernagłośniowe, zmianę konsystencji i tekstury przyjmowanych płynów i pokarmów, poprawę domknięcia nagłośni poprzez przywodzenie brody do klatki piersiowej w czasie połykania, manewr Mendelsohna i inne [4].

Wartym podkreślenia jest fakt, że **chorym z zaburzeniami połykania powinien zajmować się interdyscyplinarny zespół**, w skład którego, poza lekarzem i logopedą, powinien wchodzić dietetyk wyspecjalizowany w zaburzeniach połykania. Dietetyk będzie jedyną kompetentną osobą, która zgodnie z zaleconą w badaniu instrumentalnym konsystencją i teksturą pokarmów i płynów, ułoży odpowiednio zbilansowaną dietę, dbając o stan odżywienia pacjentów pozostających pod jego opieką. © ®

Piśmiennictwo:

1. C. Takizawa, E. Gemmell, J. Kenworthy i R. Speyer, „A Systematic Review of the Prevalence of Orotharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson’s Disease, Alzheimer’s Disease, Head Injury, and Pneumonia,” *Dysphagia*, nr 31, pp. 434-441, 2016.
2. B. Cambell, K. Spinelli, A. Marbella, K. Myers, J. Kuhn i P. Layde, „Aspiration, Weight Loss, quality of Life in Head and Neck Cancer Survivors,” *ARCH OTOLARYNGOL HEAD AND NECK SURG*, tom 130, pp. 1100-1103.
3. B. Jamróz, J. Walczak, M. Milewska i K. Niemczyk, „Fiberoendoscopic Evaluation of swallowing -FEES: procedure with an assesment questionnaire,” *Pol Otorino Rev*, nr 7(3), pp. 1-7, 2018.
4. J. Chmielewska, B. Jamróz, Gibiński K., E. Sielska-Badurek, M. Milewska i K. Niemczyk, „Video Fluoroscopic Swallowing Study (VFSS) - procedure with an assesment questionnaire,” nr 6(1), pp. 12-20, 2017.
5. Cederholm T., Jensen G.L., Correia MITD et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*, 2019;38:1-9.