

“LA DISFAGIA NELLA MALATTIA DI STEINERT”

Annalisa Enrico - A.Farri, F.Farri

La fenomenologia della deglutizione, suddivisibile in sette fasi (anticipatoria, extraorale, buccale, orale, faringea, esofagea, gastrica) non può essere considerata isolatamente come la propulsione dei cibi dalla bocca allo stomaco, ma in connessione con altre funzioni: respiratoria, articolatoria, fonatoria, comunicativa, odontostomatologica, e “nervosa”. La disfagia è riferibile a qualsiasi disagio soggettivo del paziente e a qualsiasi disfunzione deglutitoria obiettivamente rilevabile direttamente, oppure indirettamente per le sue conseguenze; la sua prevalenza, valutabile nel 20% della popolazione generale, tende ad aumentare nei soggetti anziani, in quelli con accidenti vascolari, nei traumatizzati cranici, nei pazienti oncologici cervico-facciali e in quelli affetti da “patologie neurologiche e muscolari”. La storia clinica evolutiva della “Malattia di Steinert (MS)” è caratterizzata da disfagia nel 70% dei casi, spesso associata a turbe gastroenteriche (RGE). Deficit ed atteggiamenti posturali scorretti determinano una malocclusione dentaria, la quale altera la fase buccale ed orale dell’assunzione del bolo alimentare: ne consegue una incoordinazione dell’atto volontario della deglutizione. La disfunzione muscolare può interferire anche con la fase faringea della deglutizione; infatti, la disfagia faringea è una disabilità pericolosa in quanto l’alterata progressione del bolo alimentare può indurre false vie tracheali, con aspirazione di liquidi o particelle alimentari, con possibile esito in una polmonite ab ingestis. Nella MS la disfagia esofagea è stigmatizzata dal rallentamento della peristalsi, con difficoltà di transito esofago-gastrico. Materiali e metodi Durante gli anni 2005-2006, abbiamo seguito ambulatorialmente 17 soggetti (9 donne ed 8 maschi) colpiti da MS. Per tutti i 17 pazienti, il nostro iter diagnostico e di follow up prevedeva: 1) visita orl, 2) visita foniatica, 3) videoendoscopia VADS con fibroscopio flessibile, 4) prove della deglutizione di liquidi e semisolidi, 5) videofluorografia con studio della deglutizione. Risultati Attraverso un counseling foniatico-terapeutico scaturito da un mirato lavoro di team, i risultati del nostro percorso terapeutico-riabilitativo sono stati discreti o sufficienti; tale protocollo terapeutico era finalizzato: a)acquisizione di modalità di compenso nell’introduzione ed elaborazione dei cibi, b)rieducazione a base di stimolazioni del distretto bucco-linguo-faringeo, c)compensi posturali del capo, d)proposte dietetiche, e)terapie farmacologiche. Veniva inoltre raccomandata la nutrizione enterale mediante gastrostomia endoscopica percutanea in caso di importante compromissione della funzione deglutitoria. Conclusioni Le rimediazioni della MS sono alquanto limitate; lo sforzo delle professionalità (otorinolaringoiatri, foniatrici, logopedisti, neurologi, fisioterapisti, dietisti) che intervengono nella loro gestione, deve essere mirata soprattutto alla ricerca e al miglioramento della qualità di vita di tali pazienti.