

Κεφάλαιο 1



Οι κλινικές διαστάσεις της δυσφαγίας

MICHAEL E. GROHER KAI JO PUNTIL-SHELTMAN

ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Τι είναι η δυσφαγία;

Συχνότητα και επιπολασμός
Επιπολασμός ανά περιβάλλον

Επιπτώσεις της δυσφαγίας

Ιατρικές επιπτώσεις
Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις
Κλινική αντιμετώπιση
Κλινική εξέταση
Εργαστηριακές εξετάσεις
Θεραπευτικές επιλογές

Ποιος διαχειρίζεται τη δυσφαγία;

Λογοθεραπευτής
Ωτορινολαρυγγολόγος
Γαστρεντερολόγος

Ακτινολόγος

Νευρολόγος

Οδοντίατρος

Νοσηλευτικό προσωπικό

Διαιτολόγος

Εργοθεραπευτής

Ειδικός σε θέματα νευροανάπτυξης

Πνευμονολόγος/φυσικοθεραπευτής αναπνευστικού

Χώροι παροχής φροντίδας

Μονάδες επειγόντων περιστατικών

Μονάδες νεογνών

Μονάδες υποξέων περιστατικών

Μονάδες αποκατάστασης

Μονάδες εξειδικευμένης νοσηλείας

Φροντίδα στο σπίτι

Κύρια σημεία

Βιβλιογραφία

ΣΤΟΧΟΙ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

1. Ορισμός της δυσφαγίας και του πώς αντιμετωπίζεται.
2. Εξέταση της επιδημιολογίας της δυσφαγίας.
3. Παρουσίαση των ιατρικών και των κοινωνικών επιπτώσεων της δυσφαγίας.
4. Παρουσίαση μιας επισκόπησης της κλινικής αντιμετώπισης της δυσφαγίας.
5. Διερεύνηση του ρόλου των διαφόρων θεραπόντων της δυσφαγίας.
6. Εξέταση των διαφορετικών χώρων παροχής φροντίδας στους οποίους μπορούν να προσέλθουν ασθενείς με δυσφαγία και του τρόπου με τον οποίο το εκάστοτε περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει την αντιμετώπιση της δυσφαγίας.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΔΥΣΦΑΓΙΑ;

Ο όρος προέρχεται από τον συνδυασμό του προθήματος «δυσ-» με τη ρίζα «φαγ-» της αρχαίας ελληνικής και αναφέρεται σε διαταραχή ή δυσκολία της κατάποσης.

Σύμφωνα με το ιατρικό λεξικό του Taber¹ υπάρχουν πέντε υποκατηγορίες δυσφαγίας:

- Περιοριστική (constricta):** οφειλόμενη σε στένωση του φάρυγγα ή του οισοφάγου
- Οφειλόμενη σε συμπίεση του οισοφάγου από έκτοπη δεξιά υποκλείδια αρτηρία (lissoria)**
- Στοματοφαρυγγική (oropharyngeal):** οφειλόμενη σε δυσχέρεια προώθησης βλωμού από το στόμα στον οισοφάγο
- Παραλυτική (paralytica):** οφειλόμενη σε παράλυση των μυών του στόματος, του φάρυγγα ή/και του οισοφάγου
- Σπαστική (spastica):** οφειλόμενη σε σπασμό του φάρυγγα ή του οισοφάγου

Κατά την κλινική πράξη, συνήθως απαντάται η στοματοφαρυγγική δυσφαγία.

Παρουσιάζει ενδιαφέρον το γεγονός ότι οι φοιτητές ιατρικής διδάσκονται ότι η δυσφαγία είναι συνήθως πρόβλημα σχετιζόμενο με τον οισοφάγο. Ωστόσο, ο όρος περιγράφει παθολογία που μπορεί να αφορά οποιοδήποτε από τα τρία στάδια της κατάποσης: στοματικό, φαρυγγικό, οισοφαγικό. Η δυσφαγία δεν αποτελεί νοσολογική οντότητα, αλλά **σύμπτωμα** κάποιας υποκείμενης νόσου, και ως εκ τούτου περιγράφεται με βάση τα κλινικά της χαρακτηριστικά (**σημεία**). Κλινικά σημεία όπως βήχας, πνιγμός κατά τη λήψη τροφής ή κατόπιν, παραμονή τροφής, **αναγωγή, οδυνοφαγία,**

Κλινική παρατήρηση 1-1

Κατά το διάστημα που ασκούσα χρέη συμβούλου σε μια εταιρεία παραγωγής τροφίμων, τους ζήτησα να καθορίσουν την έκταση της αγοραστικού κοινού τους, καθώς υπήρχαν μόνο γενικές εκτιμήσεις για τον αριθμό των ατόμων με δυσφαγία που θα επωφελούνταν από την ύπαρξη ειδικών τροφών. Κατόπιν τούτου, ενημερώθηκα ότι είχε ανατεθεί σε μια άλλη εταιρεία η πραγματοποίηση μια εκτενών μελέτης επί του θέματος, καταλήγοντας σε μια ενδελεχή έκθεση επί της ειδικής αυτής αγοράς. Καθώς τα στοιχεία αυτά θα μας πληροφορούσαν για τη συχνότητα της δυσφαγίας στις Η.Π.Α., ζήτησα ένα αντίγραφο της έκθεσης. Εντυπωσιάστηκα από το γεγονός ότι υπήρχαν τουλάχιστον 15 σελίδες με βιβλιογραφικές αναφορές. Εξετάζοντας προσεκτικότερα την πρώτη σελίδα διαπίστωσα ότι αντί της λέξης-κλειδί «δυσφαγία» (dysphagia) είχε χρησιμοποιηθεί η λέξη «δυσφασία» (dysphasia). Τους ενημέρωσα ότι είχαν πληρώσει για μια βιβλιογραφική μελέτη σχετικά με γλωσσικές διαταραχές κατόπιν νευρολογικών τραυματισμών και όχι για διαταραχές της κατάποσης. Είναι εντυπωσιακή η διαφορά που μπορεί να κάνει ένα γράμμα!

σιελόρροια, απώλεια βάρουνς και διαιτητικές διαταραχές μπορεί να συσχετιστούν με τη δυσφαγία. Καθώς αποτελεί σύμπτωμα υποκείμενης νόσου που μπορεί να μην περιορίζεται μόνο στο γαστρεντερικό σύστημα, μπορεί να σχετίζεται με ένα πλήθος παθήσεων. Στο Πλαίσιο 1-1 παρουσιάζονται συνοπτικά διάφορες τέτοιες νόσου, στην πλειονότητα των οποίων θα αναφερθούμε εκτενώς. Στο Κεφάλαιο 7 υπάρχει μια πλήρης περιγραφή των συμπτωμάτων και των σημείων που σχετίζονται με τη δυσφαγία.

Με βάση τον ορισμό της δυσφαγίας σε διάφορα λεξικά, συνάγεται το συμπέρασμα ότι αποτελεί το αποτέλεσμα αλλαγών της φυσιολογίας των μυών της κατάποσης, οι οποίες συχνά οδηγούν σε δύο χαρα-

ΠΛΑΙΣΙΟ 1-1

Σύνοψη καταστάσεων που μπορεί να συμβάλουν στην εμφάνιση δυσφαγίας

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Κρανιοεγκεφαλική κάκωση

Άνοια

Νόσοι κινητικών νευρώνων

Μυασθένεια gravis

Εγκεφαλική παράλυση

Σύνδρομο Guillain-Barré

Πολιομελίτιδα

Λοιμώδεις νόσοι

Μυοπάθειες

Εκφυλιστικές νόσοι:

Νόσος Parkinson

Νόσος του Huntington

Προτούσα υπερπυρηνική παράλυση

Νόσος του Wilson

Αλλαγές σχετιζόμενες με την ηλικία

ΝΟΣΟΙ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ/ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Πολυυδερματομυοσίτιδα

Προϊούσα συστηματική σκλήρυνση

Νόσος του Sjögren

Σκληρόδερμα

Μικτά σύνδρομα

ΔΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Όγκοι των γαστρεντερικού συστήματος

ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ακτινοθεραπεία

Χημειοθεραπεία

Διασωλήνωση ή τραχειοστομία

Μετεγχειρητική αυχενική σπονδυλοπηγία

Μετεγχειρητικές διαταραχές κατόπιν επέμβασης επαναιμάτωσης μυοκαρδίου (bypass)

Σχετιζόμενες με λήψη φαρμάκων

ΑΛΛΑ ΑΙΤΙΑ

Σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια

Ψυχογενείς καταστάσεις

ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΝΘΕΤΟ 1-1

Ο ασθενής Λ. Γ. εισήχθη στο νοσοκομείο λόγω αριστερού εγκεφαλικού επεισοδίου. Κατά την εισαγωγή δεν ανταποκρινόταν στα ερεθίσματα και τοποθετήθηκε ρινογαστρικός σωλήνας σίτισης για παροχή τροφής και ενυδάτωση. Καθώς άρχισε να ανταποκρίνεται στα ερεθίσματα, ο σωλήνας σίτισης αφαιρέθηκε και ξεκίνησε σίτιση από το σόμα. Κατά τη λήψη της τροφής διαπιστώθηκε πνιγμονή στις περισσότερες περιπτώσεις, οπότε ετέθη η υποφία δυσφαγίας. Κατά τον κλινικό έλεγχο παρατηρήθηκε αδυναμία της γλώσσας και περιορισμός της ανύψωσης του λάρυγγα. Ο έλεγχος με ειδικές εξετάσεις ανέδειξε σημεία εισρόφησης. Με βάση τα δεδομένα αυτά ετέθη η διάγνωση δυσφαγίας κατόπιν εγκεφαλικού επεισοδίου.

ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ:

- Πότε χρειάζεται να τεθεί ρινογαστρικός σωλήνας σίτισης;
- Ορθώς αφαιρέθηκε ο σωλήνας; Γιατί πιστεύετε ότι αφαιρέθηκε;

ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΝΘΕΤΟ 1-2

Ο Μ. Μ. εισήχθη στη μονάδα εγκαυμάτων με εκτενή εγκαύματα στην κεφαλή, στον τράχηλο και στο άνω ημιθωράκιο. Λόγω έντονου πόνου τέθηκε σε καταστολή. Με τη βελτίωση της κατάστασής του και πριν από την έναρξη της σίτισης από του στόματος, ζητήθηκε να εκτιμηθεί η κατάποση του ασθενούς, καθώς είχε παρατηρηθεί ότι δεν διαχειρίζονταν καλά το σάλιο του. Η εκτίμηση της κατάποσης ανέδειξε φυσιολογική ισχύ των μυών της κατάποσης, αλλά παρατηρήθηκε μείωση του επιπέδου συνείδησης σε λιγότερο από 30 δευτερόλεπτα. Λόγω της πτώσης του επιπέδου συνείδησης, θεωρήθηκε ότι υπάρχει κίνδυνος δυσφαγίας και δεν ξεκίνησε η από του στόματος σίτιση.

ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ:

- Με ποιον τρόπο μπορούν τα διάφορα φάρμακα να προκαλέσουν δυσφαγία;
- Μπορεί η πτώση του επιπέδου συνείδησης να προκαλέσει πνιγμονή; Αναφέρατε παραδείγματα.

κτηριστικά σημεία της δυσφαγίας: καθυστέρηση της προώθησης του **βλωμού** κατά τη μετάβασή του από το σόμα στον στόμαχο ή/και εσφαλμένη πορεία του βλωμού. Ως εσφαλμένη πορεία εννοούμε την είσοδο του βλωμού στο ανώτερο αναπνευστικό ή/και στους πνεύμονες, ή τον βλωμό που ενώ εισέρχεται στο σόμα, στον φάρυγγα ή στον οισοφάγο κατά την κατάποση, δεν καταλήγει στον στόμαχο. Στις περιπτώσεις αυτές η κατηγοριοποίηση της δυσφαγίας με βάση την κλινική εξέταση ή με τη χρήση ειδικών εξετάσεων φαίνεται λογική και εύκολη.

Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι η εμφανής καθυστέρηση ή η εσφαλμένη πορεία του βλωμού δεν παρατηρείται σε όλους τους ασθενείς με διαταραχή της φυσιολογίας της κατάποσης. Το ερώτημα λοιπόν για τον θεράποντα (και συχνά για τον ερευνητή που μελετά μια ομάδα ατόμων με δυσφαγία) είναι η βαρύτητα της διαταραχής της φυσιολογίας των μυών της κατάποσης που απαιτείται προκειμένου να παρουσιαστεί δυσφαγία. Για παράδειγμα, αλλαγές της φυσιολογίας των μυών κατάποσης έχουν παρατηρηθεί σε ηλικιωμένα άτομα² –μείωση της ισχύος της γλώσσας ή της κινητικότητας του οισοφάγου– οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν καθυστέρηση στη μεταφορά του βλωμού στον στόμαχο. Όμως μόνο όταν οι αλλαγές αυτές προκαλέσουν κλινικώς αντιληπτές διαταραχές στην πρόσληψη της τροφής, ή συσχετιζόμενα ιατρικά προβλήματα όπως **υποθρεψία** ή **πνευμονία εξ εισροφήσεως**, μπορούμε να χαρακτηρίσουμε το άτομο ως πραγματικά δυσφαγικό. Καθώς η κατάποση αποτελεί δυναμική διαδικασία, οι διάφοροι ασθενείς μπορεί να μην εκδηλώνουν τα αντίστοιχα σημεία και συμπτώματα δυσφαγίας σε κάθε κατάποση και κάθε τύπο τροφής. Στις περιπτώ-

ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΝΘΕΤΟ 1-3

Ο Λ. Τ. εισήχθη στην ψυχιατρική κλινική με εικόνα οξείας σχιζοφρένειας. Κατά τη σίτιση παρατηρήθηκε ότι χρειαζόταν υπερβολικός χρόνος για την ολοκλήρωση του γεύματος, με ενδιάμεσα επεισόδια πνιγμονής. Ο λογοθεραπευτής που τον εκτίμησε για σημεία και συμπτώματα δυσφαγίας παρατήρησε ότι οι μύες της στοματοφαρυγγικής φάσης της κατάποσης ήταν φυσιολογικοί. Κατά τη διάρκεια της παρατήρησης της κατάποσης διαπίστωσε ταχύ ρυθμό λήψης τροφής με υπερβολική μεγάλη ποσότητα ανά μπουκιά. Επίσης, παρατήρησε υπερβολική ομιλία κατά τη σίτιση και επεισόδια πνιγμονής κατά τη διάρκεια της ομιλίας. Με βάση τα δεδομένα αυτά ετέθη η διάγνωση της δυσφαγίας οφειλόμενης σε διαταραχές συναισθήματος και συμπεριφοράς.

ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ:

- Ποιες άλλες διαταραχές συμπεριφοράς μπορεί να συχετίστούν με τη δυσφαγία;
- Ποιο είναι το αίτιο των επεισοδίων πνιγμονής κατά τη διάρκεια της λήψης τροφής και της ομιλίας;

σεις αυτές μπορεί να χαρακτηριστούν ως «σε κίνδυνο εμφάνισης δυσφαγίας» ή εναλλακτικά ως «λειτουργικώς δυσφαγικοί». Επίσης, υπάρχει η πιθανότητα οι μύες της κατάποσης να είναι λειτουργικοί αλλά λόγω γενικότερων ιατρικών προβλημάτων ο ασθενής να μην έχει τη διαύγεια να τους χρησιμοποιήσει κατάλληλα. Στις περιπτώσεις αυτές συνάγουμε το συμπέρασμα ότι η απόπειρα κατάποσης θα προκαλέσει επιπλοκές, οπότε ο ασθενής χαρακτηρίζεται ότι «βρίσκεται σε κίνδυνο δυσφαγίας». Ασθενείς με διαταραχές συμπεριφοράς που επηρεάζουν τη φυσιολογική κατάποση μπορεί είτε να παρουσιάζουν σημεία και συμπτώματα δυσφαγίας είτε απλώς να βρίσκονται σε κίνδυνο εμφάνισης δυσφαγίας. Ως εκ τούτου, μπορούμε να ορίσουμε τη

δυσφαγία όχι μόνο με βάση τη διαταραχή των μυών της κατάποσης, αλλά και με βάση τις επιπτώσεις της διαταραχής, ή της πιθανής διαταραχής, των μυών της κατάποσης και μπορεί να οφείλεται ακόμα και σε μηχανισμούς που δεν σχετίζονται πάντα με την κατάποση. Για τον λόγο αυτό προτιμάται ο ορισμός της δυσφαγίας κατά Tanner:³ «Δυσφαγία: διαταραχή συναισθηματικών, γνωσιακών, αισθητικών ή/και κινητικών ενεργειών που σχετίζονται με τη μεταφορά του βλωμού από τη στοματική κοιλότητα στον στόμαχο, με αποτέλεσμα τη διαταραχή της θρέψης και της ενυδάτωσης και την ύπαρξη κινδύνου εμφάνισης πνιγμονής και εισρόφησης» (σελ. 152).

Η διαταραχή κατάποσης πρέπει να διακρίνεται από τις διαταραχές πρόσληψης τροφής (feeding disorder). Η διαταραχή πρόσληψης τροφής αποτελεί πρόβλημα της διαδικασίας μεταφοράς της τροφής έξω από το γαστρεντερικό σύστημα και είναι συνήθως το αποτέλεσμα αδυναμίας ή έλλειψης συντονισμού του χειρός κατά τη μεταφορά προς το στόμα. Στις Η.Π.Α. και στο Ηνωμένο Βασίλειο οι δύο όροι μπορεί να θεωρηθούν συνώνυμοι, ιδίως όταν πρόκειται για νεογνά και παιδιά. Ασθενείς με διαταραχή πρόσληψης τροφής (διαταραχές κινητικής μεταφοράς) μπορεί επίσης να πάσχουν από δυσφαγία, όπως στην περίπτωση των ασθενών με εγκεφαλική παράλυση όπου υπάρχει διαταραχή τόσο στην πρόσληψη της τροφής (κινητική μεταφορά) όσο και στην κατάποση. Δεν γνωρίζουμε εάν μια διαταραχή πρόσληψης τροφής που χρειάζεται υποβοήθηση στη μεταφορά της τροφής επηρεάζει επίσης και την επακόλουθη πράξη της κατάποσης, πιθανώς με διαταραχή του συντονισμού των καταποτικών κινήσεων.

Επίσης οι διαταραχές κατάποσης πρέπει να διακρίνονται από τις διαταραχές σίτισης (eating disorders) όπως είναι η **νευρογενής ανορεξία** και η **βουλιμία**. Παρά το γεγονός ότι και στις δύο περιπτώσεις παρουσιάζεται περιορισμός της όρεξης, με κατάλληλες διαιτητικές αλλαγές και προετοιμασία της τροφής στα δυσφαγικά άτομα παρατηρείται ορατή βελτίωση, εν αντιθέσει με τους ασθενείς με νευρογενή ανορεξία ή βουλιμία.⁴

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

Ως συχνότητα μιας πάθησης ορίζουμε τον αριθμό των νέων περιστατικών κατά τη διάρκεια ενός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος (συνήθως τουλάχιστον 1 έτος) σε σχέση με τον πληθυσμό αναφοράς. Επιπολασμός είναι ο αριθμός των περιστατικών σε έναν πληθυσμό κατά τη διάρκεια ενός βραχύτερου, προκαθορισμένου διαστήματος, συνήθως σε συγκεκριμένο περιβάλλον. Ο ακριβής υπολογισμός της συχνότητας και του επιπολασμού των διαταραχών της κατάποσης σε μεγάλους και ποικίλους πληθυσμούς είναι αδύνατος,

λόγω της χρήσης διαφορετικών ορισμών της δυσφαγίας, διαφορετικών πλαισίων καταγραφής (**μονάδες επειγόντων περιστατικών, χρονίων περιστατικών, αποκατάστασης**) και διαφορών στις μεθόδους μέτρησης μεταξύ των μελετών.⁵ Για παράδειγμα, η διάγνωση της δυσφαγίας ρωτώντας τους ασθενείς εάν πάσχουν από αυτήν ή όχι είναι ένα τελείως διαφορετικό κριτήριο από τη χρήση ειδικών εξετάσεων με εργαλεία, όπως η **βιντεοακτινοσκόπηση**. Η πλειονότητα των δημογραφικών δεδομένων που έχουμε στη διάθεσή μας είναι πληροφορίες σχετικά με τον επιπολασμό. Η γνώση του επιπολασμού μιας νόσου βοηθά τους θεράποντες στη διάγνωση αυτής και ως εκ τούτου στην κατανομή των διαθέσιμων μέσων. Για παράδειγμα, εάν ένας θεράπων γνωρίζει ότι κάποια διαταραχή απαντάται με συχνότητα μικρότερη από 1% του πληθυσμού, τότε μπορεί να μην διαθέσει χρόνο στον αποκλεισμό αυτής της νόσου, καθώς είναι πολύ σπάνια. Αντιθέτως, εάν μια συγκεκριμένη διαταραχή παρατηρείται σε περισσότερο από το 50% των ασθενών με μια πάθηση, τότε ο θεράπων πρέπει να περιμένει την εμφάνιση της. Για παράδειγμα, εάν σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα το 50% των ασθενών με οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο παρουσιάζουν δυσφαγία και το 20% των δυσφαγικών αυτών ασθενών παρουσιάζουν σιωπήλη εισρόφηση, οι θεράποντες πρέπει να υπολογίζουν ότι οι μισοί ασθενείς με εγκεφαλικό

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 1-1

Ο διευθυντής του τμήματος προσωπικού του νοσοκομείου εξέταζε το αίτημα της ομάδας δυσφαγίας να προσληφθεί ένας επιπλέον λογοθεραπευτής και ένας διαιτολόγος για τη διαλογή και τη θεραπεία ασθενών στις νέες μονάδες εγκεφαλικού και γηριατρικής του νοσοκομείου. Το αίτημα στηριζόταν στις προσφάτως δημοσιευθείσες κατευθυντήριες οδηγίες των Centers for Medicare & Medicaid Services ότι η διαλογή για δυσφαγία σε μονάδες εγκεφαλικών επεισοδίων ήταν ενδεδειγμένη καθώς σύμφωνα με δόλα τα υπάρχοντα δεδομένα η πρώιμη διάγνωση σχετίζεται με μειωμένη νοητότητα και θνητότητα, τα οποία επιφέρουν αύξηση του κόστους για το σύστημα υγείας και το νοσοκομείο. Επίσης, σύμφωνα με 5 μελέτες, ο επιπολασμός της δυσφαγίας ήταν περίπου 50% στους ασθενείς στις μονάδες εγκεφαλικών και τα ποσοστά ήταν ανάλογα στις γηριατρικές μονάδες. Το τμήμα οικονομικών είχε καταλήξει ότι, με βάση αυτά τα δεδομένα, το οικονομικό όφελος από την πρόσληψη αυτή θα ήταν κατά πολύ μεγαλύτερο από την επιβάρυνση. Με βάση το αίτημα ομάδας δυσφαγίας, τη θετική εισήγηση του τμήματος οικονομικών, τα στοιχεία από τις επιδημιολογικές μελέτες και το δυνητικό κέρδος, εγκρίθηκε ο διορισμός των νέων μελών.

παρουσιάζουν διαταραχές κατάποσης και οι μισοί εξ αυτών βρίσκονται σε κίνδυνο σιωπηλής εισρόφησης. Επιπλέον το 37% των ασθενών με εισρόφηση κατόπιν οξέος εγκεφαλικού παρουσιάζουν πνευμονία.⁶ Τα δεδομένα αυτά παρέχουν σημαντική βοήθεια στο ιατρικό προσωπικό που διερευνά και αντιμετωπίζει τις διάφορες παθήσεις που εμφανίζονται κατόπιν οξέος εγκεφαλικού επεισοδίου (βλ. Κεφάλαιο 4).

Η American Speech-Language Hearing Association (ASHA) υπολογίζει ότι περίπου 6 με 10 εκατομμύρια κάτοικοι των Η.Π.Α. εμφανίζουν δυσφαγία ποικίλου βαθμού, χωρίς να γνωρίζουμε τον ακριβή τρόπο αντού τον υπολογισμού.⁷ Σύμφωνα με τον Kuhlemeier,⁸ η συχνότητα της καταγεγραμμένης δυσφαγίας στην πολιτεία του Maryland αυξήθηκε από 3 ανά 1.000 το 1979, σε 10 ανά 1.000, πιθανώς λόγω καλύτερης καταγραφής της πάθησης. Με βάση αυτούς τους υπολογισμούς, περίπου 25.000 άνθρωποι στο Maryland παρουσίασαν δυσφαγία είτε ως πρωτοπαθές είτε ως δευτεροπαθές νόσημα.

Επιπολασμός ανά περιβάλλον

Οι υπολογισμοί του επιπολασμού της δυσφαγίας ποικίλουν ανάλογα το περιβάλλον που εμφανίζεται η διαταραχή, καθώς ορισμένες ήλικιακές ομάδες (ήλικιαμένοι και νεογνά) και άτομα με συγκεκριμένες παθήσεις (νευρογενή νοσήματα) έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης δυσφαγίας. Για παράδειγμα, οι ασθενείς που εισάγονται σε μονάδες αποκατάστασης μπορεί να μην έχουν συνοδά ιατρικά προβλήματα και δυσφαγία στον βαθμό που έχουν οι ασθενείς που εισάγονται σε γηριατρικές μονάδες. Αντιστρόφως, τα πρόωρα νεογνά ενδέχεται να παρουσιάζουν πολλαπλά ιατρικά προβλήματα τα οποία μπορεί να προκαλέσουν δυσφαγία δευτερογενώς. Σε μια μελέτη του συνόλου των ασθενών ενός νοσοκομείου επειγόντων περιστατικών, η συχνότητα δυσφαγίας στον συνολικό πληθυσμό ήταν χαμηλότερη απ' ότι ήταν σε ειδικές μονάδες του νοσοκομείου, όπως στη μονάδα που αντιμετωπίζονται τα εγκεφαλικά επεισόδια

Κοινότητα

Ο υπολογιζόμενος επιπολασμός της δυσφαγίας μεταξύ των ηλικιαμένων κατοίκων μιας κοινότητας κυμαίνεται από 16% έως 22%.^{9,10} Μια μελέτη αναφέρεται στον επιπολασμό της δυσφαγίας σε νεαρότερα άτομα (14 έως 30 ετών) που ζουν σε κοινότητα τα οποία είχαν παραπεμφθεί με συμπτώματα δυσφαγίας.¹¹ Στην ομάδα αυτή, στο 70% διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα που σχετίζονταν με τα συμπτώματά τους.

Γηριατρικές μονάδες επειγόντων και χρόνιων περιστατικών

Σύμφωνα με μια μελέτη σε 211 ασθενείς που εισήχθησαν σε μια γηριατρική μονάδα επειγόντων περιστατι-

κών στη Σιγκαπούρη, ο επιπολασμός της δυσφαγίας ήταν 29% κατά την εισαγωγή και 28% κατά την έξοδο.¹² Σε μια γηριατρική μονάδα (χρονίων περιστατικών) στο Maryland, έως και 60% των ασθενών είχαν συνδυασμό διαταραχών κατάποσης ή/και διαταραχών σίτισης.¹³ Σύμφωνα με μια μελέτη, σε περιπτώσεις συνδυασμού διαταραχών κατάποσης και σίτισης, έως και το 87% των ασθενών σε ένα γηροκομείο παρουσίαζαν κίνδυνο ανεπαρκούς σίτισης από το στόμα.¹⁴ Σύμφωνα με μελέτες από γηριατρεία σε περιπτώσεις δυσφαγίας στοματοφαρυγγικής αιτιολογίας, η θνησιμότητα πλησιάζει το 45% εντός 1 έτους.¹⁵

Νοσοκομεία επειγόντων περιστατικών

Με βάση το Fleming index of Dysphagia, ένα εργαλείο διάγνωσης της δυσφαγίας, οι Layne και συνεργάτες¹⁶ διαπίστωσαν ότι περίπου το ένα τρίτο των περιστατικών τους ήταν έπασχαν από δυσφαγία. Τα ποσοστά τους ήταν περίπου 18% υψηλότερα από αυτά που κατέγραψαν οι Groher και Bukatman,¹⁷ οι οποίοι ανέφεραν επιπολασμό 13% σε παρόμοιες συνθήκες. Η διαφορά στον επιπολασμό αποδίδεται στο ότι οι ασθενείς με αφυδάτωση στη μελέτη του Layne συμπεριλαμβάνονταν στην ομάδα με δυσφαγία, ενώ στη μελέτη των Groher και Bukatman όχι.

Μονάδες αποκατάστασης επειγόντων περιστατικών

Σε μια μελέτη από 307 διαδοχικές εισαγωγές σε μια μονάδα αποκατάστασης επειγόντων περιστατικών, το ένα τρίτο των ασθενών παρουσίαζε δυσφαγία.¹⁸ Στους ασθενείς αυτούς, η δυσφαγία οφειλόταν στο 50% των περιπτώσεων σε εγκεφαλικό επεισόδιο, στο 20% σε κρανιοεγκεφαλική κάκωση, στο 7% σε τραυματισμό νωτιαίου μυελού και όγκο εγκεφάλου και στο 5% σε προϊόντα νευρολογική νόσο. Κατά την εισαγωγή, οι ασθενείς με τη βαρύτερη δυσφαγία ήταν αυτοί με κρανιοεγκεφαλική κάκωση, και ακολουθούσαν οι ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο. Η ελαφρύτερη μορφή δυσφαγίας παρατηρήθηκε στις περιπτώσεις με όγκο εγκεφάλου.

Ειδικοί πληθυσμοί

Ορισμένες παθήσεις συνοδεύονται συχνότερα από την εμφάνιση συμπτωμάτων δυσφαγίας, όπως για παράδειγμα οι νόσοι που επηρεάζουν το κεντρικό και το περιφερικό νευρικό σύστημα καθώς και οι νόσοι που επηρεάζουν τη γαστρεντερική οδό, όπως ο καρκίνος. Υπολογίζεται ότι στις Η.Π.Α. 300.000 με 600.000 άτομα ετησίως εμφανίζουν δυσφαγία λόγω νευρολογικών νοσημάτων, η πλειονότητα των οποίων σχετίζεται με εγκεφαλικά επεισόδια.⁵ Επί τη βάση της εγκυρότητας των δεδομένων αυτών, η εμφάνιση δυσφαγίας κατόπιν εγκεφαλικού είναι συχνό εύρημα.

Εγκεφαλικό επεισόδιο. Το ύψος του επιπολασμού σε εγκεφαλικό επεισόδιο καθορίζεται από τη