

# Wprowadzenie do dysfagii jako problemu wielospecjalistycznego

## Introduction of dysphagia as an interdisciplinary problem

BOŻENA WISKIRSKA-WOŹNICA

Katedra i Klinika Foniatrii i Audiologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Zaburzenia połykania to trudności w przyjmowaniu i przechodzeniu pokarmów z jamy ustnej do gardła i przełyku, a stamtąd do żołądka oraz dyskomfort w połykaniu jako przejaw uszkodzeń morfologicznych górnego odcinka przewodu pokarmowego lub zaburzeń czynnościowych układu nerwowego i mięśniowego. Diagnostyka zaburzeń połykania wymaga współpracy wielu specjalistów, począwszy od lekarza rodzinnego poprzez laryngologa, foniatrę, gastrologa, neurologa, radiologa, dietetyka, logopedę i rehabilitanta.

W procesie połykania, oddychania, fonacji i artykulacji biorą udział te same górne odcinki drogi oddechowej i pokarmowej, stąd dysfagia towarzyszy często zaburzeniom głosu i mowy. Dlatego też chorzy z pierwszymi dolegliwościami trafiają często do foniatry lub logopedy po skierowaniu od lekarza rodzinnego. Również zaburzenia strukturalne w obrębie głowy i szyi po operacjach guzów nowotworowych mogą prowadzić do zaburzeń połykania, na skutek morfologicznych ubytków w jamie ustnej i gardle, uszkodzeń nerwów zaopatrujących te okolice lub radioterapii. Zaburzeniom połykania towarzyszy niekiedy zgłaszane przez chorych bolesne połykanie tzw. odynofagia, która występuje w stanach zapalnych, zwłaszcza bakteryjnych i grzybiczych jamy ustnej i gardła lub może towarzyszyć zmianom nowotworowym oraz stanom po radioterapii tych okolic. Postępowanie lecznicze w dysfagii jest również wielospecjalistyczne i opiera się na współpracy foniatry, laryngologa, logopedy, fizjoterapeuty i dietetyka.

**Słowa kluczowe:** połykanie, dysfagia, interdyscyplinarność

Dysphagia is a medical term for the symptom of difficulty in swallowing, in receiving and passage of food from the mouth into the throat and the esophagus and thence to the stomach, as well as a discomfort in swallowing as a manifestation of morphological damage of the upper gastrointestinal tract or functional disorders of the nervous and muscular system. Diagnosis of dysphagia requires cooperation of many specialists including family doctor, ENT specialist, phoniatrician, gastroenterologist, neurologist, radiologist, dietitian, speech therapist and physiotherapist.

Since the processes of swallowing, breathing, phonation and articulation involve the same parts of the upper respiratory and deglutition tract, dysphagia is often accompanied by voice and speech disorders. Therefore, patients with first symptoms are often referred to phoniatrician or speech therapist by their GP. Also structural abnormalities within the head and neck after cancer tumor surgery may lead to difficulty in swallowing due to morphological defects in the mouth and throat, damage to the nerves in the area, or radiation therapy. Sometimes, as reported by patients, swallowing disorders are accompanied by painful swallowing: odynophagia, which occurs in inflammation, especially bacterial and fungal infections of the mouth and throat or may accompany cancer changes and conditions after radiotherapy of these areas. Treatment procedure in dysphagia requires a multidisciplinary approach based on cooperation between phoniatrician, ENT specialist, speech therapist, physiotherapist and nutritionist.

**Key words:** swallowing, dysphagia, interdisciplinarity

© Otorinolaryngologia 2016, 15(2): 59-62

www.mediton.pl/orl



**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

Prof. dr hab. med. Bożena Wiskirska-Woźnica  
Katedra i Klinika Foniatrii i Audiologii,  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań  
tel. 61 867 32 15, 869 13 64; e-mail: bozena.woznica@wp.pl

Diagnostyka i leczenie zaburzeń połykania stanowi problem wielodyscyplinarny i wymaga współpracy wielu specjalistów, począwszy od lekarza rodzinnego poprzez laryngologa, foniatrę, gastrologa, neurologa, radiologa, dietetyka, logopedę,

rehabilitanta. Rola laryngologa i foniatry jest tym istotniejsza, że w procesie połykania, jak i fonacji, artykulacji i oddychania biorą udział te same górne odcinki drogi oddechowej i pokarmowej.

Zaburzenia połykania określane są jako trudności w przyjmowaniu i w przechodzeniu pokarmów z jamy ustnej do gardła i przełyku, a stamtąd do żołądka – określa się je też jako dysfagię lub dyskomfort w połykaniu. Dolegliwości te są przejawem uszkodzeń morfologicznych górnego odcinka przewodu pokarmowego lub zaburzeń czynnościowych układu nerwowego i mięśniowego tej okolicy. Ogólnie znany podział dysfagii to dysfagia górna tj. ustno-gardłowa i dysfagia dolna tj. przełykowa. W procesie diagnostycznym dysfagii górnej bierze udział przede wszystkim laryngolog, foniatra i neurolog. Tego typu zaburzenia połykania spowodowane są w około 80% zaburzeniami nerwowo-mięśniowymi a w 20% zaburzeniami strukturalnymi, natomiast odwrotnie zachowują się przyczyny dysfagii przełykowej – w 15% to zaburzenia nerwowo-mięśniowe, a w 85% zaburzenia strukturalne. Diagnostyką specjalistyczną zaburzeń połykania fazy przełykowej zajmuje się przede wszystkim gastrolog, chirurg oraz neurolog.

**Patomechanizm** dysfagii fazy ustnej to zaburzenia żucia, formowania się i transportu kęsa pokarmowego wskutek osłabienia napięcia mięśniowego, to również nadmierne ślinienie się w wyniku słabego zamknięcia wargowego i osłabienia czucia w jamie ustnej. W dysfagii ustnej występować mogą odruchy prymitywne ssania i gryzienia, występuje wzmożony odruch gardłowy, krztuszenie się. Dodatkowo zaburzenia pogłębiać mogą towarzyszące inne zaburzenia ośrodkowe jak zaburzenia węchu i smaku. W fazie gardłowej zaburzenia lub brak odruchu połykania to przede wszystkim ryzyko aspiracji treści pokarmowej. Wynika to z osłabienia funkcji ochronnej krtani, zaburzenia czucia w zakresie gardła dolnego i krtani, osłabienia odruchu kaszlowego, jak też osłabienia napięcia mięśniowego głównie zwieracza gardła dolnego, zaburzenia koordynacji pomiędzy skurczem zwieracza gardła dolnego a mięśniówką przełyku [1,2]. Objawy zaburzeń połykania w dysfagii górnej niezależnie od etiologii dotyczą zalegania pokarmów w jamie ustnej i w gardle, trudności w zainicjowaniu połykania, wydłużonego w czasie jedzenia, zachłystywania się podczas jedzenia, towarzyszącego kaszlu, odchrząkiwania, a w efekcie prowadzić mogą do spadku wagi ciała. Chorzy skarżą się na piekący ból zamostkowy, częste odbijanie, zgagę, ślinotok, ulewanie, podają też nasilanie się dolegliwości w pozycji leżącej [3,4].

W procesie diagnostycznym bardzo istotne jest pokierowanie do właściwego specjalisty stąd też ważne jest ustalenie w wywiadzie dominujących dolegliwości, które mogą sugerować lokalizację miejsca uszkodzenia aktu połykania. Zarzucanie pokarmów do nosogardła i nosa sugeruje zmiany strukturalne lub czynnościowe okolicy podniebienia miękkiego,

a w szczególności niewydolność podniebienno-gardłową, co z kolei wskazuje na konieczność badania laryngologicznego, foniatrycznego i neurologicznego. Krztuszenie się i zarzucanie treści pokarmowej do krtani, a nawet do tchawicy może być objawem refluksu żołądkowo-przełykowego, co z kolei wymaga diagnostyki gastroenterologa, ale też i foniatry, ze względu na obecność towarzyszących refluksowi zmian w krtani tzw. *laryngitis posterior*. Skargi na zaburzenia połykania mogą dotyczyć konsystencji pokarmu. I tak, dysfagia odnosząca się do połykania pokarmów płynnych dotyczy zwykle zaburzeń fazy ustnej i gardłowej (specjalista laryngolog, foniatra, neurolog), natomiast pokarmów stałych dotyczy fazy przełykowej, gdzie diagnostyka powinna odbywać się na oddziałach gastroenterologicznych, ale też neurologicznych, ponieważ zaburzenia połykania bez względu na rodzaj i konsystencję pokarmu zwykle towarzyszą schorzeniom neurologicznym [1,5,6]. W praktyce foniatrycznej dysfagia może współwystępować z zaburzeniami głosu i mowy. Są to zwykle dolegliwości o charakterze dyzartrii, a więc spowolnionej, zamazanej, czasami bełkotliwej mowy, a zaburzenia głosu, wynikają z zaburzeń koordynacji oddychania i fonacji. Głos jest wówczas tworzony w sposób party, z twardym nastawieniem głosowym, czasem z chrypką o zmiennym nasileniu i hiperkinezą mięśni szyi [2]. Najczęstsze przyczyny dysfagii neurogennej to w kolejności występowania udar (do 47%), stwardnienie boczne zanikowe (SLA), choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane (SM), dystrofia mięśniowa, miastenia.

U osób ze schorzeniami zawodowymi głosu występują pewne zaburzenia połykania określane jako dyskomfort w połykaniu lub parestezje gardłowe, które obok zawodowego nadużywania krtani, mogą wynikać już niezależnie od zawodu, z obniżonego poziomu żelaza w surowicy. Uczucie dyskomfortu, przeszkody w gardle i zawadzania określa się jako kłębek (globus), nie jest typowym objawem dysfagii, jakkolwiek towarzyszy aktowi połykania i w pewnym sensie go utrudnia. Przyczyną takich dolegliwości są zwykle zmiany chorobowe w obrębie przełyku, żołądka i dwunastnicy m.in. refluks żołądkowo-przełykowy, zakażenia *Helicobacter pylori*, wymagają więc diagnostyki i leczenia przez gastroenterologa. Pewnym zaburzeniem połykania jest połykanie atypowe lub infantylne spotykane u normalnie rozwijających się dzieci. Może ono wynikać z zaburzeń motoryki warg i języka, wad zgryzu, utrudnionego oddychania przez nos lub pewnych utrwalonych nawyków dziecka, jak ssania palca, przygryzania policzków i warg, lub przy długotrwałym karmieniu butelką. Z kolei w grupie dzieci z zaburzeniami oligofrenicznymi zaburzenia

połykania spowodowane są dużym, nadmiernie rozwiniętym i słabo ruchomym językiem, w fazie przygotowawczej dziecko wypycha pokarm na zewnątrz [1,4,7]. Konieczna jest wówczas w diagnostyce i leczeniu współpraca pediatry, laryngologa, foniatry i logopedy. Należy też wspomnieć o zaburzeniach połykania spotykanych u ok. 16% osób starszych, a nawet u 5-8% populacji w wieku powyżej 50 lat, gdzie zaburzenia połykania wynikają z fizjologicznego procesu starzenia się i zmian w postaci osłabienia napięcia mięśniowego, zmniejszenia produkcji śliny, zaburzeń czucia błony śluzowej, osłabienia węchu i smaku. Dysfagia zwłaszcza fazy ustno-gardłowej stanowi problem u 60% pensjonariuszy domów opieki społecznej. Wówczas to nawet niewielkie zmiany naczyniowe mogą być powodem uciążliwych dolegliwości połykowych i wymagają postępowania rehabilitacyjnego.

Badanie przedmiotowe z punktu widzenia laryngologa i foniatry wymaga przede wszystkim oceny motoryki warg, języka i podniebienia, oceny mięśni języka, napięcia mięśni twarzy, ruchomości żuchwy, jak również stanu błony śluzowej jamy ustnej i gardła oraz ewentualnych zaburzeń czucia w tym zakresie. W rutynowym badaniu gardła dolnego i krtani ocenić należy obecność zalegania śliny lub treści pokarmowej w obrębie dołków językowo-nagłośniowych, zachyłków gruszkowatych i w przedsiionku krtani, ocenia się stan głośni, a zwłaszcza okolice spoidła tylnego i tylnych odcinków fałdów głosowych najbardziej narażonych na zmiany w wyniku zachłystywania się podczas jedzenia oraz współtowarzyszącego refluksu żołądkowo-przełykowego. Z badań instrumentalnych bezpośrednio aktu połykania można prześledzić tylko w badaniach radiologicznych. W badaniu ultrasonograficznym można ocenić ruchy języka i kości gnykowej w fazie ustno-gardłowej połykania, natomiast w video-fluoroskopii całą dynamikę połykania począwszy od żucia i formowania kęsa pokarmowego w fazie ustnej, do ruchów podstawy języka, kości gnykowej i bocznych ścian gardła w fazie gardłowej. Metoda ta jest jednak kosztowna i dość inwazyjna. Badaniem mniej inwazyjnym nie wymagającym stosowania promieni Roentgena jest fibero-endoskopia przeznosowa tzw. FEES tj. *Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing*. Pozwala ona na wizualizację podstawy języka, nosogardła, gardła dolnego i krtani przed i po akcie połykania, poprawiając ocenę za pomocą specjalnie zabarwionych płynów. Daje możliwość identyfikacji normalnego i zaburzonego strukturalnie lub czynnościowo aktu połykania, ochrony dróg oddechowych w trakcie połykania [8]. Najważniejsze obserwacje w takim badaniu endoskopowym wg Schroeter-Morasch [9] to stwier-

dzenie obecności zmian strukturalnych w obrębie gardła i krtani, asymetrii w napięciu mięśniowym, w stopniu ruchomości i koordynacji ruchów struktur anatomicznych, osłabieniu czucia i odruchów, określeniu oznak uszkodzenia pochodzenia neurogenego. Bezpośrednie objawy dysfagii w badaniu endoskopowym to retencja, penetracja i aspiracja śliny lub płynów. Określa się, czy istnieje (1) retencja śliny w dołkach językowo-nagłośniowych lub zachyłkach gruszkowatych, czy (2) ślina przedostaje się (penetruje) do przedsiionka krtani i czy występuje (3) aspiracja śliny do dróg oddechowych poniżej fałdów głosowych. Najpoważniejszy objaw dysfagii w tym badaniu to obecność tzw. cichej aspiracji tj. aspiracji przy braku odruchu kaszlowego. Dodatkowo w badaniu FEES przeprowadza się obserwację gardła i krtani po akcie połykania przy zmianie konsystencji pokarmu oraz przy zmianie postawy i techniki połykania. Określa się też obecność reakcji chorego na zaburzenia połykania w postaci odkrztuszania i odruchu kaszlowego. Inne metody diagnostyczne to wykonywane głównie przez gastroenterologów manometria przełykowa i pH-metria. Ich przydatność w diagnostyce tzw. górnej dysfagii to przede wszystkim wykluczenie refluksu żołądkowo-przełykowego jako możliwej przyczyny dolegliwości.

Wielospecjalistycznego podejścia wymaga również postępowanie lecznicze w dysfagii. Koordynacji działań rehabilitacyjnych logopedycznych, fizjoterapeutycznych wymaga postępowanie kompensacyjne oraz terapeutyczne pośrednie i bezpośrednie, ale też konieczne jest w postępowaniu współdziałanie dietetyka. Rozważenia wymaga włączenie ewentualnego leczenia farmakologicznego, a przy braku poprawy leczenia zachowawczego, postępowania operacyjnego. Postępowanie kompensacyjne ma za zadanie przeciwdziałanie zalegania i aspiracji treści pokarmowej do dróg oddechowych poprzez stosowanie zmiany postawy ciała w czasie aktu połykania, odpowiedniego ułożenia głowy względem ciała np. obrót głowy w stronę uszkodzoną lub w innych przypadkach, w stronę zdrową, obniżenie bądź uniesienie podbródka, połykanie na leżąco. Inne to odpowiednie przygotowanie pokarmu np. przygotowanie potrawy bardzo ostrej, podawanie pokarmu głęboko do jamy ustnej z jej podrażnieniem łyżeczką lub wywoływanie innych wrażeń czuciowych w jamie ustnej zwykle dotykowo-cieplnych. Postępowanie terapeutyczne pośrednie wykonywane jest bez treści pokarmowej i polega na ćwiczeniach ruchowych warg, języka, żuchwy i krtani. Terapia bezpośrednia to ćwiczenia z treścią pokarmową wykonywane w zależności od uzyskanego efektu jako ponadgłośniowe zwierania się fałdów rzekomych

i okolic międzynałekowych, lub tzw. głośniowe zwieranie się samej głośni, czy wysiłkowe cofania języka lub tzw. manewr Mendelsohna, w którym poprzez uniesienie krtani ku górze zmniejsza się napięcie mięśnia pierścienno-gardłowego ułatwiając wejście pokarmu do przełyku [10]. Postępowanie chirurgiczne [11], jak wspomniano, powinno być stosowane tylko w przypadkach niepowodzeń leczenia zachowawczego i zmierzać głównie do zapobiegania zachłystywaniu się śliną i treścią

pokarmową. Można wykonać przecięcie nerwów unerwiających ślinianki, przemieszczanie przewodów ślinianek podżuchwowych do nisz migdałków bocznych lub nawet usunięcie ślinianek, przecięcie mięśnia pierścienno-gardłowego, resekcję chrząstki pierścieniowatej, próbę zwiększania masy fałdu głosowego, a nawet bardziej radykalne postępowanie jak wykonanie tracheotomii lub zszycie krtani. Postępowanie farmakologiczne ogranicza się w zasadzie do leczenia refluksu żołądkowo-przełykowego.

## Piśmiennictwo

1. Denk DM. Phoniatische Aspekte der oropharyngealen Dysphagie in Diagnostik und Therapie. HNO 1996, 44: 339.
2. Denk DM, Bigenzahn W. Oropharyngeale Dysphagien. (w) Phoniatrie und Padaudiologie. G.Friedrich, W.Bigenzahn, P.Zovorka (red. Hans Huber). Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, 2005: 169.
3. Halama AR. Clinical approach to the dysphagia patients. Acta Oto-rhino-laryngologica belg 1994, 48: 119-26.
4. Logemann JA. Dysphagia: evaluation and treatment. Folia Phoniatri Logop 1995, 47: 140.
5. Wiskirska-Woźnica B. Zaburzenia połykania w praktyce lekarza rodzinnego. Nowa Medycyna 2000, 3. [www.czytelniamedyczna.pl](http://www.czytelniamedyczna.pl)
6. Pruszevicz A, Obrębowski A, Woźnica B, Gąsiorek J. Ausgewählte Dysphagie probleme. Der Phoniatrie Sprach-Stimm-Gehör 1995, 19: 162.
7. Pruszevicz A, Wiskirska-Woźnica B, Walczak M. Zaburzenia połykania – postępowanie diagnostyczne i zasady rehabilitacji. Przew Lek 2002, 5(9): 102-4.
8. Hiss SG, Postma GN. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing. Laryngoscope 2003, 113(8): 1386-93.
9. Schröter-Morasch H. Schwergadeinteilung der Aspiration bei Patienten mit Schluckstörungen. (w) Aktuelle phoniatisch-pädaudiologische Aspekte. Gross M (red.). Median Verlag, Berlin, 1996: 145.
10. Logemann JA. Rehabilitation of oropharyngeal swallowing disorders. Acta Oto-rhinolaryng belg 1994, 48: 207.
11. Halama AR. Surgical treatment of oropharyngeal disorders. Acta Oto-rhino-laryngologica belg 1994, 48: 217-27.