

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Οι κλινικές διαστάσεις της δυσφαγίας

MICHAEL E. GROHER

ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Τι είναι η δυσφαγία;	1
Συχνότητα και επιπολασμός	3
Επιπολασμός αναλόγως του κλινικού πλαισίου	4
Κοινότητα	5
Επείγουσα και χρόνια αντιμετώπιση γηριατρικών περιστατικών	5
Γενικά Νοσοκομεία Οξείας Περιθαλψης	5
Μονάδες αποκατάστασης επειγόντων περιστατικών	5
Ειδικοί πληθυσμοί	5
Επιπτώσεις της δυσφαγίας	10
Ιατρικές επιπτώσεις	10
Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις	11
Κλινική αντιμετώπιση	12
Κλινική εξέταση	12
Απεικονιστικές εξετάσεις	12
Θεραπευτικές επιλογές	12
Ποιος διαχειρίζεται τη δυσφαγία;	13

Λογοθεραπευτής	13
Ωτορινολαρυγγολόγος	15
Γαστρεντερολόγος	15
Ακτινολόγος	15
Νευρολόγος	15
Οδοντίατρος	16
Νοσηλευτικό προσωπικό	16
Διατροφολόγος	16
Εργοθεραπευτής	16
Ειδικός σε νευροαναπτυξιακά θέματα	16
Πνευμονολόγος και φυσικοθεραπευτής αναπνευστικού συστήματος	17
Επίπεδα παροχής φροντίδας	17
Μονάδες επειγόντων περιστατικών	17
Μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών	18
Μονάδες υποξέων περιστατικών	18
Μονάδα αποκατάστασης	18
Μονάδα εξειδικευμένης νοσηλείας	19
Φροντίδα στο σπίτι	20
Κύρια σημεία	20

ΣΤΟΧΟΙ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

1. Ορισμός της *δυσφαγίας* και των επιπτώσεών της.
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 διάφορων ειδικών που υπεισέρχονται στην αντιμετώπιση της δυσφαγίας.
6. Παρουσίαση 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-» και αναφέρεται σε διαταραχή ή δυσκολία της κατάποσης. Υποδηλώνει μια διαταραχή ή δυσκολία στην κατάποση. Διαφέρει από τη *δυσφασία*, που είναι μια μορφή επικοινωνιακής διαταραχής του προφορικού λόγου (βλ. Πρακτική Σημείωση 1-1).

Σύμφωνα με το *Ιατρικό Λεξικό του Taber*,¹ υπάρχουν πέντε υποκατηγορίες της δυσφαγίας:

1. Περιοριστική (*constricta*): οφειλόμενη σε στένωση του φάρυγγα ή του οισοφάγου.
2. Οφειλόμενη σε συμπίεση του οισοφάγου από έκτοπη, δεξιά, υποκλειδική αρτηρία (*Iusoria*).
3. Στοματοφαρυγγική (*oropharyngeal*): οφειλόμενη σε

ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ 1-1

Ενώ εργαζόμουν ως σύμβουλος σε μια εταιρεία παραγωγής τροφίμων, τους ρώτησα ποιο νόμιζαν ότι ήταν το μέγεθος της αγοράς τους, υποδεικνύοντας ότι γνωρίζω πως είχαμε μόνο ασαφείς εκτιμήσεις για το πόσα άτομα με δυσφαγία θα επωφελούνταν από κάποιο εξειδικευμένο διατροφικό προϊόν. Μου είπαν ότι συνεργάστηκαν με μια εταιρεία που είχε κάνει εκτενή ανάλυση σε αυτό το θέμα και είχαν ετοιμάσει μια λεπτομερή έκθεση για το δυνητικό μέγεθος της αγοράς. Τους ζήτησα να μου στείλουν ένα αντίγραφο, διότι με ενδιέφεραν δεδομένα που τεκμηριώναν την επίπτωση της δυσφαγίας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Δύο εβδομάδες αργότερα, έλαβα ένα πακέτο με αντίγραφα των δεδομένων. Προς έκπληξή μου, υπήρχαν τουλάχιστον 15 σελίδες αναφορών. Κατά την προσεκτικότερη εξέταση της πρώτης σελίδας, παρατήρησα ότι η εταιρεία που είχαν προσλάβει είχε χρησιμοποιήσει τη λέξη-κλειδί δυσφασία και όχι δυσφαγία. Τους πληροφορήσα πως η τεκμηρίωση για την οποία είχαν πληρώσει ήταν μια εκτεταμένη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τις γλωσσικές διαταραχές μετά από νευρογενή τραυματική βλάβη και όχι για την κατάποση. Τι διαφορά μπορεί να κάνει ένα γράμμα!

δυσχέρεια προώθησης βλωμού από το στόμα στον οισοφάγο.

4. Παραλυτική (paralytica): οφειλόμενη σε παράλυση των μυών του στόματος, του φάρυγγα ή/και του οισοφάγου.
5. 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 πως η δυσφαγία αποτελεί συνήθως πρόβλημα κατάποσης, σχετιζόμενο κυρίως με τον οισοφάγο. Ωστόσο, ο όρος περιγράφει παθολογία που μπορεί να αφορά σε οποιοδήποτε από τα τρία στάδια της κατάποσης: στοματικό, φαρυγγικό, οισοφαγικό. Ορισμένοι πιθανώς να επεκτείνουν τον όρο στον στόμαχο ή στην κατώτερη γαστρεντερική οδό, καθώς οι πρωτοπαθείς διαταραχές σε αυτές τις δομές, όπως στον στόμαχο, μπορεί δευτερευόντως να επηρεάσουν άλλα μέρη του γαστρεντερικού σωλήνα, όπως ο οισοφάγος. Η δυσφαγία δεν αποτελεί νοσολογική οντότητα, αλλά **σύνπτωμα** κάποιας υποκείμενης νόσου και, ως εκ τούτου, περιγράφεται με βάση τα κλινικά χαρακτηριστικά (**σημεία**) της. Κλινικά σημεία, όπως βήχας, πνιγμός κατά τη λήψη τροφής ή κατόπιν, στάση τροφής, **αναγωγή, οδυνοφαγία**, σιελόρροια, απώλεια βάρους άγνωστης αιτιολογίας και διαταραχές της θρέψης, μπορεί να συσχετιστούν στο σύνολό τους με τη δυσφαγία. Καθώς

αποτελεί σύμπτωμα υποκείμενης νόσου που μπορεί να μην περιορίζεται μόνο στη διαδικασία της κατάποσης, η δυσφαγία μπορεί να σχετίζεται με ένα πλήθος παθήσεων. Στο Πλαίσιο 1-1 παρουσιάζονται συνοπτικά οι αντίστοιχες διαγνώσεις. Σε όλη την έκταση αυτού του συγγράμματος, η πλειονότητα αυτών των διαγνώσεων θα παρουσιαστεί αναλυτικά. Στο Κεφάλαιο 9 παρουσιάζεται η πλήρης περιγραφή των συμπτωμάτων και των σημείων που σχετίζονται με τη δυσφαγία.

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

ΠΛΑΙΣΙΟ 1-1 ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑ

Νευρολογικές διαγνώσεις

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ)

Τραυματική εγκεφαλική βλάβη

Άνοια

Νόσος κινητικού νευρώνα

Βαρεία μυασθένεια

Εγκεφαλική παράλυση

Σύνδρομο Guillain-Barré

Πολιομυελίτιδα

Λοιμώδη νοσήματα

Μυοπάθεια

Προοδευτικές νόσοι

Νόσος του Πάρκινσον

Νόσος του Huntington

Προοδευτική υπερπυρηνική παράλυση

Νόσος του Wilson

Ηλικιακές εκφυλιστικές νόσοι

Νόσοι του συνδετικού ιστού/ρευματοειδείς διαταραχές

Πολυ- και **δερματομυοσίτιδα**

Προοδευτική συστηματική σκλήρυνση

Νόσος του Sjögren

Σκληρόδερμα

Επικαλυπτόμενα σύνδρομα

Δομικές διαγνώσεις

Νεοπλασμάτα της πεπτικής οδού

Ιατρογενείς διαγνώσεις

Ακτινοθεραπεία

Χημειοθεραπεία

Διασωλήνωση ή τραχειοστομία

Μετεγχειρητικές επιπτώσεις σύντηξης-

σπονδυλοδεσίας αυχενικών σπονδύλων

Μετεγχειρητικές επιπτώσεις αορτοστεφανιαίας

παρακάμψης (bypass)

Σχετιζόμενες με τη φαρμακευτική αγωγή

Άλλες ή συγγενείς διαγνώσεις

Βαριά αναπνευστική ανεπάρκεια

Ψυχογενείς καταστάσεις

κτηριστικά σημεία της δυσφαγίας: καθυστέρηση της προώθησης του βλωμού κατά τη μετάβασή του από το στόμα στον στομάχο ή την εσφαλμένη πορεία του βλωμού. Η τυχόν εσφαλμένη πορεία ορίζεται ως η είσοδος του βλωμού στον ανώτερο αεραγωγό ή στους πνεύμονες, ή τον βλωμό που, ενώ εισέρχεται στο στόμα, στον φάρυγγα ή στον οισοφάγο κατά την κατάποση, παρά την προσπάθεια δεν καταλήγει στον στομάχο. Στις περιπτώσεις αυτές, η κατηγοριοποίηση της δυσφαγίας με βάση την κλινική εξέταση ή με τη χρήση απεικονιστικών 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 ο βαθμός βαρύτητας 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 άτομα προχωρημένης ηλικίας² –μείωση της δύναμης της γλώσσας ή της κινητικότητας του οισοφάγου–, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν καθυστέρηση στη μεταφορά του βλωμού στον στομάχο. Όμως, μόνο όταν οι αλλαγές αυτές προκαλέσουν κλινικά αντιληπτές διαταραχές στην πρόσληψη της τροφής ή συσχετιζόμενα ιατρικά προβλήματα, όπως **υποθρεψία** ή **πνευμονία από εισρόφιση**, μπορούμε να χαρακτηρίσουμε το άτομο ως πραγματικά δυσφαγικό.

Σημείο κλειδί: Όταν οι ερευνητές περιγράφουν μια ομάδα ασθενών που είναι δυσφαγικοί, μπορεί να μην είναι σαφές πώς ορίζουν τη δυσφαγία ή πώς ταξινομούν τον βαθμό βαρύτητας της διαταραχής των ασθενών τους. Οι αναγνώστες πρέπει να γνωρίζουν αυτό το ζήτημα, όταν ερμηνεύουν τα αποτελέσματα της μελέτης τους.

Καθώς η κατάποση αποτελεί δυναμική διαδικασία, οι διάφοροι ασθενείς μπορεί να μην εκδηλώνουν τα αντίστοιχα σημεία και συμπτώματα δυσφαγίας σε κάθε κατάποση και σε κάθε τύπο τροφής. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να χαρακτηριστούν ως «σε κίνδυνο εμφάνισης δυσφαγίας» ή εναλλακτικά ως «λειτουργικά δυσφαγικοί». Επίσης, υπάρχει η πιθανότητα οι μύες της κατάποσης να είναι λειτουργικοί, αλλά λόγω γενικότερων ιατρικών προβλημάτων ο ασθενής να μην έχει την εγρήγορση να τους χρησιμοποιήσει κατάλληλα. Στις περιπτώσεις αυτές, συνάγουμε το συμπέρασμα ότι οι προσπάθειες για ασφαλή κατάποση 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 του μυϊκού συστήματος της κατάποσης, αλλά και με βάση τις επιπτώσεις της διαταραχής ή της πιθανής διαταραχής του μυϊκού συστήματος της κατάποσης και μπορεί να οφείλεται ακόμα και σε μηχανισμούς που δεν σχετίζονται πάντα με την κατάποση. Για τον λόγο αυτόν, προτιμάται ο ορισμός της δυσφαγίας κατά Tanner:³ «Δυσφαγία: διαταραχή συναισθηματικών, γνωστικών, αισθητηριακών ή/και κινητικών ενεργειών που σχετίζονται με τη μεταφορά του βλωμού από τη στοματική κοιλότητα στον στομάχο, με αποτέλεσμα τη διαταραχή της θρέψης και της **ενυδάτωσης** και την ύπαρξη κινδύνου εμφάνισης πνιγμονής και εισρόφισης». Η διαταραχή της κατάποσης πρέπει να διακρίνεται από τις διαταραχές σίτισης. Η *διαταραχή σίτισης (feeding disorder)* αποτελεί πρόβλημα της διαδικασίας μεταφοράς της τροφής έξω από το γαστρεντερικό σύστημα και είναι συνήθως το αποτέλεσμα αδυναμίας ή έλλειψης συντονισμού του χεριού 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 (διαταραχή κινητικής μεταφοράς του βλωμού) μπορεί επίσης να πάσχουν από δυσφαγία, όπως στην περίπτωση των ασθενών με εγκεφαλική παράλυση, όπου υπάρχει διαταραχή τόσο στη σίτιση (κινητική μεταφορά βλωμού/τροφής/υγρών) όσο και στην κατάποση. Δεν γνωρίζουμε εάν μια διαταραχή σίτισης που χρειάζεται υποβοήθηση στη μεταφορά της τροφής επηρεάζει και την επακόλουθη πράξη της κατάποσης, ενδεχομένως με διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων της κατάποσης, πιθανώς λόγω της παρεμβολής παραγόντων που επηρεάζουν τη διαδικασία χρονομίου των σταδίων της κατάποσης

Επίσης, οι διαταραχές κατάποσης πρέπει να διακρίνονται από τις διαταραχές πρόσληψης τροφής (eating disorders), όπως 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.

Σημείο κλειδί: *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, χρόνιων περιστατικών, αποκατάστασης) και διαφορών στις μεθόδους μέτρησης μεταξύ των μελετών.*

Για παράδειγμα, η διάγνωση της δυσφαγίας, ρωτώντας τους ασθενείς εάν πάσχουν από αυτή ή όχι είναι ένα τελείως διαφορετικό κριτήριο από τη χρήση ειδικών απεικονιστικών εξετάσεων, όπως η **βιντεοφλουροσκοπία**. 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 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 μη 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 εμφάνισή της. Για παράδειγμα, εάν σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα το 50% των ασθενών με οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο παρουσιάζουν δυσφαγία και το 20% των δυσφαγικών αυτών ασθενών παρουσιάζουν **σιωπηρή εισρόφηση**, οι θεράποντες πρέπει να υπολογίζουν ότι οι μισοί ασθενείς με εγκεφαλικό παρουσιάζουν διαταραχές κατάποσης και οι μισοί από αυτούς διατρέχουν κίνδυνο σιωπηρής 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. Κεφάλαια 4 και 9).

Ο American Speech-Language Hearing Association (ASHA) υπολογίζει ότι περίπου 6–10 εκατομμύρια κάτοικοι των Η.Π.Α. παρουσιάζουν έως κάποιο βαθμό δυσφαγία, χωρίς να γνωρίζουμε τον ακριβή τρόπο αυτού του 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.

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ 1-1

Ο προϊστάμενος του νοσοκομείου εξέτασε το αίτημα της ομάδας δυσφαγίας, για να προσλάβει έναν επιπλέον λογοθεραπευτή και έναν διαιτολόγο για τον έλεγχο και τη θεραπεία ασθενών στη νέα μονάδα του νοσοκομείου για τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και τα οξέα γηριατρικά περιστατικά. Μέρος του σκεπτικού για το αίτημα βασίστηκε σε πρόσφατες δημοσιευμένες οδηγίες για τα κέντρα αποκατάστασης από τα Κέντρα Υπηρεσιών των Medicare & Medicaid Services ότι ο έλεγχος για τη δυσφαγία στις μονάδες αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων είχε νόημα, λόγω των ενδείξεων ότι η έγκαιρη ανίχνευση μπορεί να αποτρέψει τη σχετική **νοσηρότητα** και **θνησιμότητα**, καθώς τόσο η σχετική νοσηρότητα όσο και η θνησιμότητα αυξάνουν το κόστος λειτουργίας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και, κατά συνέπεια, του νοσοκομείου. Επιπλέον, υποβλήθηκαν δεδομένα επιπολασμού από πέντε μελέτες, που δείχνουν ότι τουλάχιστον οι μισοί από τους ασθενείς στις μονάδες αποκατάστασης αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και ένας αντίστοιχος αριθμός στη μονάδα οξείας περίθαλψης ηλικιωμένων μπορεί να έχουν δυσφαγία. Ο οικονομικός διευθυντής υπολόγισε ότι η έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία της δυσφαγίας θα είχε ως αποτέλεσμα εξοικονόμηση στο κόστος, που υπερέβαινε κατά πολύ το κόστος των δύο νέων υπαλλήλων σε αυτές τις μονάδες. Αφού ενσωμάτωσε το αίτημα από την ομάδα της δυσφαγίας, τα στοιχεία από τη βιβλιογραφία σχετικά με τον επιπολασμό και την πιθανή εξοικονόμηση στο ιατρικό κέντρο, ο διευθυντής προσωπικού ενέκρινε το αίτημα.

Επιπολασμός αναλόγως του κλινικού πλαισίου

Οι υπολογισμοί του επιπολασμού της δυσφαγίας ποικίλλουν, ανάλογα με το περιβάλλον όπου εμφανίζεται η διαταραχή, καθώς ορισμένες ηλικιακές ομάδες (ηλικιωμένοι και πρόωρα 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 μονάδες περίθαλψης ηλικιωμένων. Αντιστρόφως, τα πρόωρα νεογνά ενδέχεται να παρουσιάζουν πολλαπλά ιατρικά προβλήματα, τα οποία μπορεί να προκαλέσουν δυσφαγία δευτερογενώς (βλ. Κεφάλαιο 14). Σε μια μελέτη του συνόλου των ασθενών ενός νοσοκομείου επειγόντων περιστατικών, η συχνότητα δυσφαγίας στον συνολικό πληθυσμό ήταν χαμηλότερη απ' ό,τι ήταν σε ειδικές μονάδες του νοσοκομείου, όπως στη μονάδα που αντιμετωπίζονται τα εγκεφαλικά επεισόδια.

Κοινότητα

Ο υπολογιζόμενος επιπολασμός της δυσφαγίας μεταξύ των ηλικιωμένων κατοίκων μιας κοινότητας κυμαίνεται από 16% έως 22%.^{9,10} Μια μελέτη αναφέρεται στον επιπολασμό της δυσφαγίας σε νεαρότερα άτομα (14–30 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. Σε μια συστηματική ανασκόπηση 15 μελετών (μεταανάλυση), που πληρούσαν το κριτήριο για να συμπεριληφθούν, υπολογίστηκε ότι, όταν ολοκληρώθηκε η μεταανάλυση, ο επιπολασμός της δυσφαγίας σε ηλικιωμένους που κατοικούσαν σε κοινόβια (π.χ. σε οίκους ευγηρίας) ήταν 15%.¹²

Επείγουσα και χρόνια αντιμετώπιση γηριατρικών περιστατικών

Σύμφωνα με μια μελέτη σε 211 ασθενείς που εισήχθησαν σε μια μονάδα επειγόντων ηλικιωμένων περιστατικών στη Σιγκαπούρη, ο επιπολασμός της δυσφαγίας ήταν 29% κατά την εισαγωγή και 28% κατά την έξοδο.¹³ Σε μια μονάδα φροντίδας/περίθαλψης ηλικιωμένων (χρόνιων περιστατικών) στο Maryland, έως και 60% των ασθενών είχαν συνδυασμό διαταραχών κατάποσης ή διαταραχών σίτισης.¹⁴ Ένα αντίστοιχο ποσοστό (53%) βρέθηκε σε μια μονάδα χρόνιας περίθαλψης στην Ισπανία, σε δύο γηροκομεία στη Νότια Κορέα και σε οκτώ γηροκομεία στην Πορτογαλία.^{15–17} Μία μελέτη στις περιπτώσεις συνδυασμού διαταραχών κατάποσης και σίτισης έδειξε ότι έως και το 87% των ασθενών σε ένα γηροκομείο παρουσίαζαν κίνδυνο ανεπαρκούς σίτισης από το στόμα.¹⁸ Σύμφωνα με μελέτες από γηριατρεία σε περιπτώσεις δυσφαγίας στοματοφαρυγγικής αιτιολογίας, η θνησιμότητα πλησιάζει το 45% εντός 1 έτους.¹⁹

Γενικά Νοσοκομεία Οξείας Περίθαλψης

Με βάση το Fleming Index of Dysphagia, ένα εργαλείο διάγνωσης της δυσφαγίας, οι Layne et al.²⁰ διαπίστωσαν ότι περίπου το ένα τρίτο των περιστατικών τους έπασχε από δυσφαγία. Τα ποσοστά τους ήταν περίπου 18% υψηλότερα από αυτά που κατέγραψαν οι Groher και Bukatman,²¹ 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.²² 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 προϊούσα νευρολογική νόσο. Κατά την εισαγωγή, οι ασθενείς με τη σοβαρού βαθμού δυσφαγία ήταν αυτοί με κρανιοεγκεφαλική κάκωση και ακολουθούσαν οι ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο. Η πιο ήπια μορφή της σοβαρού βαθμού κλινικής εικόνας δυσφαγίας παρατηρήθηκε στις περιπτώσεις με όγκο εγκεφάλου.

Ειδικό πληθυσμό

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. 300.000–600.000 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 αποτελεί συχνό εύρημα.

Εγκεφαλικό επεισόδιο

Το ύψος του επιπολασμού σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο καθορίζεται από τη χρονική στιγμή στη διάρκεια της ανάρρωσης από το επεισόδιο κατά την οποία καταγράφεται η διαταραχή κατάποσης. Για παράδειγμα, στην οξεία φάση (εντός των πρώτων 5 ημερών) ο επιπολασμός της δυσφαγίας μπορεί να φτάνει και το 50%, ενώ στη 2η εβδομάδα έχει μειωθεί στο 10–28%. Με βάση αυτές τις σημαντικές αποκλίσεις, οι Smithard et al.²³ παρακολούθησαν με βιντεοφλουοροσκόπηση και κλινική εξέταση 121 ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, οι οποίοι δεν έλαβαν θεραπεία. Άμεσα μετά το επεισόδιο, το 51% των ασθενών υπήρχε η πιθανότητα να υπόκεινται σε κίνδυνο να παρουσιάσουν εισρόφηση. Έπειτα από 7 ημέρες, μόνο το 27% ανήκε σε αυτή την ομάδα κινδύνου. Στους 6 μήνες, μόνο το 3% των περιπτώσεων παρέμενε υπό κίνδυνο εισρόφησης, ενώ 3% των περιπτώσεων που προηγουμένως δεν παρουσίαζαν συμπτώματα, διέτρεχαν πλέον κίνδυνο. Με βάση τα δεδομένα αυτά, η πρώιμη διάγνωση είναι σημαντική για την πρόληψη επιπλοκών από δυσφαγία. Επίσης, τα δεδομένα της μελέτης δείχνουν ότι ένας σημαντικός αριθμός ασθενών θα βελτιωθεί χωρίς καμία ειδική παρέμβαση. Παρόμοια ποσοστά για δυσφαγία κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο κατέγραψαν και οι Gordon et al.²⁴ (43–51%) και οι Mann et al.,²⁵ αν και στην τελευταία μελέτη ο επιπολασμός της δυσφαγίας στους 6 μήνες ήταν μεγαλύτερος (50%) σε σχέση με άλλες μελέτες (3–9%).^{23–25} Οι Daniels et al.²⁶ σε 55 ασθενείς με οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο πα-