

## Deglutizione: un nuovo fronte per la riabilitazione neuromotoria

La riabilitazione si sta accorgendo che anche la deglutizione è una prestazione motoria, e che purtroppo essa può essere alterata nelle più varie patologie neuromotorie. Ce lo ricorda una serie di ben tre articoli recentemente comparsi sui prestigiosi *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.

Un lavoro realizzato da otorinolaringoiatri francesi (1) ha tentato un calcolo di prevalenza dei disturbi della deglutizione fra i pazienti con varie patologie neuromuscolari: miodistrofie (Duchenne, cingoli, facio-scapolo-omerale, miotonica), amiotrofia spinale, polimiosite, miastenia gravis. La ricerca ha utilizzato questionari inviati a pazienti domiciliari. I disturbi venivano classificati a seconda della "fase" dell'alimentazione in cui si verificavano: fase "extra-buccale" (quindi, pre-deglutizione: portare il cibo alla bocca), fase di deglutizione "anteriore" (masticazione e propulsione linguale), fase "posteriore" (in cui interviene la coordinazione faringo/laringo/esofagea). La Fig.1 riporta la distribuzione di frequenza dei disturbi, dedotta da 451 questionari ricevuti dai ricercatori, e suddivisa per patologia. Si tratta di prevalenze tutt'altro che trascurabili. È decisamente interessante la varietà dei problemi, spesso patologia-specifici, che possono condurre a questa grave forma di disabilità: si va da ovvie difficoltà motorie nell'utilizzo degli arti superiori (ad esempio, nelle amiotrofie spinali), a disturbi da macroglossia (per esempio nella distrofia di Duchenne), a ipostenia masticatoria e soffocamento da ipostenia faringea (per esempio nella miotonia e nella miastenia).

Evidentemente siamo di fronte ad un grosso tema sommerso della riabilitazione: epidemiologia e fisiopatologia sono ancora tutte da scoprire, così come è ancora da definire una precisa tassonomia dei di-

sturbi, dalla quale trarre programmi di trattamento razionali. Gli Autori concludono che "riabilitazione ed esercizio restano campi inesplorati nei disturbi della deglutizione da patologia neuromuscolare".

Qualche esploratore, per la verità, comincia a muoversi. È il caso di una coppia di audiologi americani che hanno tentato una prima rassegna dei trattamenti utilizzati, e la stesura di linee-guida generali (2).

La gamma di approcci riabilitativi è decisamente vasta. Una prima classificazione distingue fra trattamenti "facilitativi" e "compensatori". Un riabilitatore direbbe: fra trattamenti di recupero "intrinseco" e "adattativo". Fra i primi possiamo fare rientrare il biofeedback elettromiografico per aumentare il reclutamento di muscoli ad inserzione idonea, così come la stimolazione del faringe con freddo, per favorirne la contrazione riflessa. Fra i secondi possiamo includere la scelta di cibi con consistenza adatta o l'assunzione di posture che facilitano il transi-

to degli alimenti. Ma quanto sono efficaci questi trattamenti, e con quale posologia? Il tema è affrontato apertamente in un secondo lavoro della stessa coppia di studiosi (3). Le conclusioni sono molto interlocutorie. Gli studi sperimentali disponibili in letteratura soffrono di molte carenze metodologiche (ad esempio, la cronica mancanza di gruppi di controllo) e di molte difficoltà obiettive (ad esempio, il recupero spontaneo che si sovrappone a quello che si presume indotto dal trattamento). La Tabella dà un'idea dell'articolazione ormai notevole delle proposte terapeutiche, ciascuna fondata su ragionevoli presupposti fisiopatologici. Tuttavia "controversie sul trattamento della disfagia restano, e c'è da sperare che servano come impulso all'avanzamento delle nostre conoscenze" (3). Probabilmente, suggeriscono gli Autori, i pazienti ideali per la sperimentazione sono quelli che soffrono di disabilità croniche stabilizzate, come quelli affetti da paralisi cerebrale.

Dunque, le proposte terapeuti-

### TECNICHE DI TRATTAMENTO DELLA DISFAGIA OROFARINGEA

#### MANOVRE

- 1) Deglutizione sovraglottica
- 2) Tentativi di deglutire con movimenti della lingua.
- 3) Manovra di Mendelsohn per prolungare l'elevazione della laringe e l'apertura dello sfintere esofageo.

#### POSTURE

- 1) Mento piegato per favorire la chiusura delle vie aeree.
- 2) Capo ruotato verso il lato debole del faringe.
- 3) Capo piegato verso il lato più forte.
- 4) Postura di lato

#### TECNICHE DI FACILITAZIONE

- 1) Esercizi di rinforzo
- 2) Deglutizione con un sondino naso-gastrico
- 3) Biofeedback per aumentare la forza di contrazione.
- 4) Stimolazione termica, per accelerare la deglutizione.
- 5) Applicazione di ghiaccio, vibrazione, pressione, in pazienti con paralisi cerebrale, per facilitare la contrazione o inibire l'ipersensibilità.
- 6) Stimoli gustativi termici, utilizzati in pazienti con corea di Huntington.

(da Miller RM, 3, modificata)

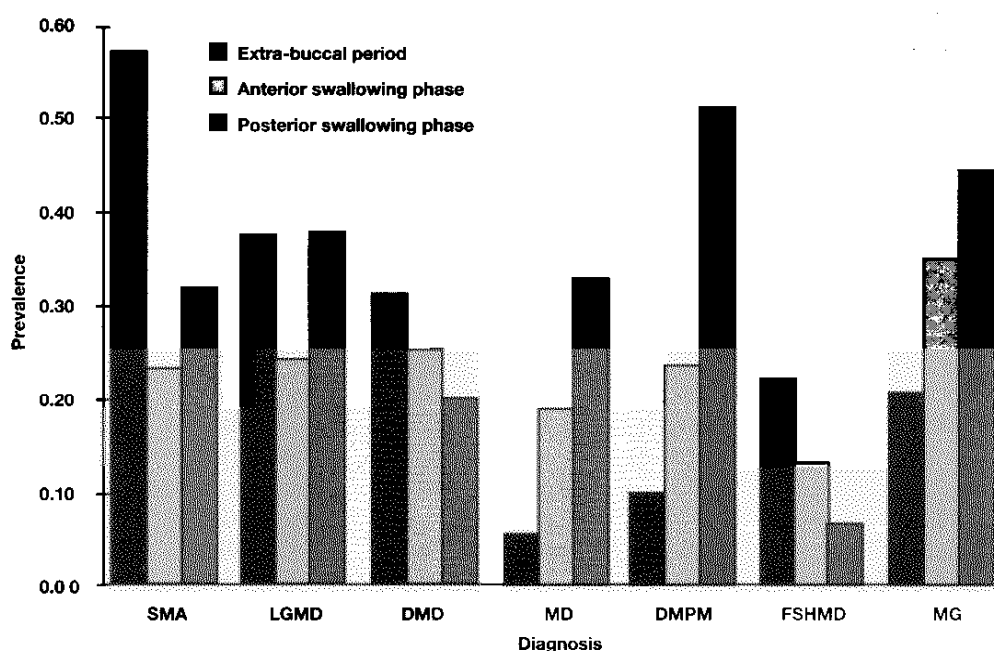


Fig.1

Prevalenza di disturbi dell'alimentazione in 451 pazienti con varie patologie neuromuscolari: amiotrofia spinale (SMA), distrofia muscolare tipo cingoli (LGMD), distrofia tipo Duchenne (DMD), distrofia miotonica (MD), dermatopolimiosite (DMPM), distrofia facio-scapolo-omerale (FSHMD), Miastenia gravis (MG). I disturbi venivano riportati dai pazienti su appositi questionari, e sono qui classificati in disturbi delle fasi: "extra-buccale" (portare il cibo alla bocca), "deglutizione anteriore" (masticazione, propulsione linguale) e "deglutizione posteriore" (faringo-esofagea) (da Willig TN, 1)

tiche ormai ci sono: quello che manca è seria ricerca sulla loro efficacia.

Nel frattempo, i chirurghi ci hanno proposto la gastrostomia percutanea endoscopica (o PEG): attraverso una comune gastroscopia si inserisce una sorta di "valvola" che consente di introdurre direttamente nello stomaco alimenti con caratteristiche molto vicine a quelle abituali, mantenendo inalterate le successive fasi della digestione (Fig. 2). Il tempo di sopravvivenza di pazienti con gravi disfagie da patologia neuromuscolare si può allungare notevolmente: e soprattutto il paziente non è più schiavo né dell'alimentazione parenterale, né del sondino nasogastrico, con ottime ricadute sulla sua salute e sulla sua qualità di vita. Ce lo ricorda un recente e brillante lavoro di un'equipe di gastroenterologi e fisiatri italiani (4). Dunque, Otoiatri e Chirurghi sono già da tempo sul campo (e sulle riviste) della riabilitazione: ci auguriamo che altri fisiatri si facciano vivi presto.

## BIBLIOGRAFIA

1. WILLIG TN et al. *Swallowing problems in neuromuscular disorders*. Arch Phys Med Rehabil 1994;75:1175-1181
2. LANGMORE SE, MILLER RM. *Behavioral treatment for adults with oropharyngeal dysphagia*. Arch Phys Med Rehabil 1994;75:1154-1160
3. MILLER RM, LANGMORE SE. *Treatment efficacy for adults with oropharyngeal dysphagia*. Arch Phys Med Rehabil 1994;75:1256-1262
4. ZACCALA M et al. *Ruolo della gastrostomia endoscopica percutanea nelle malattie neurologiche*. Eur Med Phys 1994;30,4:211-218

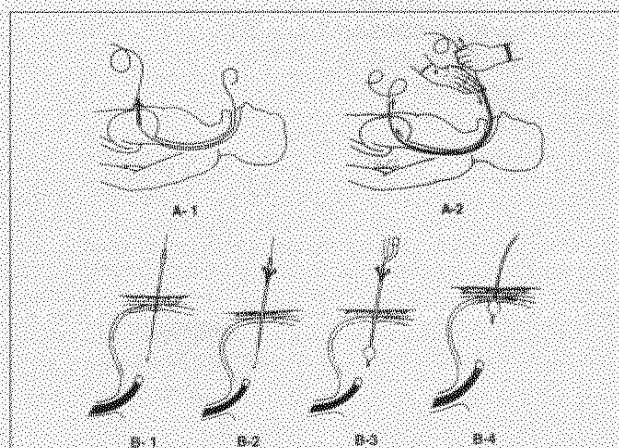


Fig.2

Due tecniche di gastrostomia percutanea endoscopica (PEG). A1-2: push method; B1-4: introducer method (da Zaccala M,4, modificata) La tecnica consente l'alimentazione direttamente per via gastrica.