

Neurofisiologia della deglutizione e indicazioni per il trattamento dei disturbi della deglutizione di origine neurologica

Autor(en): **Gampp, Karin**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapie = Fisioterapia**

Band (Jahr): **30 (1994)**

Heft 12

PDF erstellt am: **11.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929359>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Nous devons être conscients du fait que 40% des patients/-tes pour lesquels la vidéofluoroscopie révèle une aspiration ne présentent aucun symptôme critique lors de l'examen clinique.

5. Thérapie

En résumé, nous disposons des possibilités thérapeutiques suivantes:

- exercices oraux actifs et passifs pour améliorer la motricité et la sensibilité et pour compenser le tonus;
- stimulations des réflexes;
- exercices pharyngaux (dans un cadre très restreint);
- exercices laryngaux et manœuvre correspondante

pour l'amélioration de la fermeture laryngale;

- développement des techniques d'alimentation et de déglutition, ou exercice des techniques de compensation qui protègent le/la patient/-te contre l'aspiration et facilitent le processus de déglutition.

Chez les patients/-tes peu coopératifs/-ves ou apalliques, il s'agit avant tout de normaliser la survenue de réflexes primitifs oraux (p.ex. les réflexes de succion, de morsure), d'éviter dans la mesure du possible le développement d'une spasticité orale et de normaliser la sensibilité.

Dans ces cas, l'utilisation de stimulations tactilo-cinesthésiques et la stimulation par l'intermédiaire des récepteurs olfactifs et organoleptiques constitue une

méthode éprouvée. Comme condition première de toute thérapie de la dysphagie, il faudra effectuer les travaux préliminaires correspondants sur le tronc et les extrémités, étant donné que toute augmentation du tonus s'y transmet directement à la zone oropharyngale.

6. Conclusion

La thérapie orofaciale devrait faire partie intégrante de notre travail de rééducation précoce des patients/-tes atteints d'une lésion neurologique et s'effectuer en collaboration avec le personnel soignant, les médecins et d'autres domaines thérapeutiques avant que les patients/-tes ne commencent à absorber de la nourriture par voie orale. Après tout, notre travail sur le tronc et les extrémités ne commence pas non plus seulement quand les pa-

PRAXIS

tients/-tes devraient déjà apprendre à marcher et inversement, une thérapie orofaciale n'aurait aucun sens si on n'y intégrait pas le tronc.

Mais malheureusement, les échanges interdisciplinaires sont encore nettement insuffisants dans ce domaine, ce qui entrave la mise en œuvre des moyens thérapeutiques appropriés. Toutefois, l'intervention physiothérapeutique dans ce domaine me tient particulièrement à cœur et je reste donc volontiers à disposition pour toutes suggestions et questions.

Karin Gampp, Fuchsweg 9, 3097 Liebefeld BE

Neurofisiologia della deglutizione e indicazioni per il trattamento dei disturbi della deglutizione di origine neurologica

1. Introduzione

In fisioterapia trattiamo di regola i disturbi dell'apparato motorio o degli organi respiratori.

Desidero però richiamare l'attenzione sul fatto che anche il trattamento dei disturbi della deglutizione rientra nella sfera della medicina riabilitativa e

quindi della fisioterapia. Nella misura in cui questi disturbi sono di origine neurologica, essi sono direttamente correlati a disturbi generali della motricità

e largamente influenzati dagli stessi.

Ciò significa che qualsiasi trattamento dei disturbi della deglutizione dovrebbe compren-

dere anche la terapia del torace. A prescindere dai disturbi motori corporei per noi molto più appariscenti, i disturbi della deglutizione comportano per il paziente pregiudizi considerevoli della qualità di vita a causa del timore di inghiottire di traverso, del modo di alimentarsi poco appetitoso, della perdita del controllo della salivazione, dell'isolamento sociale, dell'espressione del viso solitamente alterata, per arrivare nei casi gravi fino all'alimentazione artificiale.

In base alle statistiche americane, il 6% dei pazienti che hanno subito un insulto cerebrovascolare muoiono nel primo anno di malattia in seguito ad una polmonite da aspirazione cronica (10).

I disturbi della deglutizione possono essere dovuti da un lato ad operazioni, processi e lesioni che interessano tutto il settore orofaringeo e, dall'altro a disturbi cerebrali e del tronco cerebrale – ossia del sistema nervoso centrale.

2. Elementi di base per la terapia

Per poter trattare in modo mirato ed efficace i disturbi della deglutizione, dobbiamo conoscere in modo dettagliato l'anatomia delle strutture in questione e tutte le fasi del processo di deglutizione, come pure l'innervazione corrispondente ed i circuiti di regolazione nervosa (ad es. relazioni tra nucleus ambiguus, nucleus tractus solitarii, nucleus

salivatorius superior ed i nervi cerebrali V, VII, IX, XI, XII).

Nei casi in cui il paziente non riesce più ad esercitare un controllo volontario sulla deglutizione, si deve far ricorso a tutte le possibilità di stimolazione indiretta e riflessa (ad es. facilitare l'insorgere del riflesso di deglutizione mediante stimoli olfattivi).

3. Possibilità di esame

L'esatta identificazione dei disturbi e la determinazione della loro localizzazione neuroanatomica costituiscono i più importanti presupposti per poter praticare una terapia adeguata.

A tale scopo disponiamo da un lato della valutazione «bedside», un esame clinico che permette di valutare soprattutto la motricità e la sensibilità del tratto orale e l'attivazione dei vari riflessi.

Inoltre osserviamo la postura e il tono del torace, e la capacità generale del paziente di cooperare e le modalità di alimentazione fino a quel momento. Si possono così eventualmente già individuare i nessi tra la postura del torace ed i disturbi della deglutizione.

Come ulteriore metodo d'esame, atto a fornire indicazioni dettagliate, impieghiamo la videofluoroscopia.

4. Videofluoroscopia

La videofluoroscopia permette di riprendere con una videocamera una sequenza di immagini radiografiche (30 al secondo) mentre il paziente inghiotte pasti di contrasto di diverse consistenze.

L'esposizione ai raggi X è inferiore a quella delle normali radiografie. La videofluoroscopia può fornire indicazioni su eventuali lesioni esistenti a livello faringo-laringeo e permette di localizzare le lesioni neuroanatomiche corrispondenti.

La videofluoroscopia ci aiuta a comprendere il meccanismo dei disturbi, ma non consente tuttavia di dedurre in modo certo quale sia la patologia neurologica alla base degli stessi. Per poter effettuare una videofluoroscopia è inoltre necessario che il paziente sia in grado di fornire una cooperazione minima, ossia che sia in grado di sostenere autonomamente il capo ed eseguire semplici istruzioni.

Occorre tener presente ed essere consapevoli del fatto che il 40% dei pazienti che alla videofluoroscopia presentano un'aspirazione, non ne risultano affetti all'esame clinico.

5. Terapia

In sintesi, le possibilità terapeutiche sono le seguenti:

- esercizi orali attivi e passivi per migliorare la motricità e la sensibilità, e per riequilibrare il tono muscolare;
- stimolazione dei riflessi;
- esercizi che interessano la faringe (in misura molto limitata);
- esercizi che interessano la laringe e corrispondenti manovre per migliorare la chiusura laringea;
- sviluppo di tecniche di alimentazione e deglutizione, risp. di tecniche compensatorie che assicurano al paziente una protezione contro l'aspi-

razione di sostanze e che facilitano il processo di deglutizione.

Nei casi di pazienti poco cooperativi o afagici, occorre soprattutto impedire per quanto possibile il manifestarsi di riflessi orali primitivi (ad es. riflesso di suzione o riflesso del mordere), lo sviluppo di una spasticità orale ed occorre al contempo normalizzare la sensibilità.

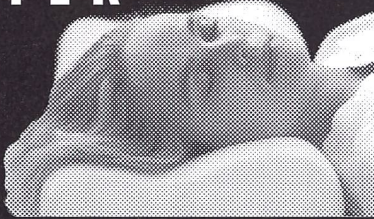
Si usa come metodo di comprovata efficacia l'impiego di stimoli tattili-cinestetici e la stimolazione dei ricettori olfattivi e gustativi. La più importante premessa per ogni terapia dei disturbi della deglutizione è data dal lavoro preliminare sul torace e sulle estremità, visto che ogni aumento del tono muscolare in queste regioni si ripercuote direttamente a livello orofaringeo.

6. Considerazioni finali

La terapia orofacciale dovrebbe diventare parte integrante del nostro lavoro preliminare di riabilitazione dei pazienti che hanno subito lesioni neurologiche, in collaborazione con infermieri, medici e altri interventi terapeutici e prima che i pazienti riprendano ad assumere alimenti per via orale. Così come il nostro lavoro a livello del torace e delle estremità non inizia solo nel momento in cui i pazienti devono riapprendere a camminare, una terapia orofacciale non ha senso se non include la postura del torace. Dato che purtroppo in questo settore terapeutico lo scambio di conoscenze professionali è insufficiente e che un miglior trattamento fisioterapeutico si impone con urgenza, sono volentieri a disposizioni per suggerimenti, domande ed ulteriori chiarimenti.



**EIN GUTER
TIP
MACHT
SICH BEZAHLT!**



**Jetzt schlafen Sie und
Ihre Patienten besser!**

TEMPUR, orthopädische MATRATZEN und KISSEN ergänzen Ihre Behandlung und geben Ihren Patienten den Schlaf zurück.

TEMPUR, ein völlig neuartiges Material ermöglicht dank optimaler Druckentlastung beinahe schwereloses Liegen und fördert durch Schmerzlinderung den gesunden Schlaf.



TEMPUR Matratzen-Auflagen,
TEMPUR Kombi-Matratzen und
TEMPUR Kissen
bilden die Körperform nach und
bewirken optimale
Druckverteilung.

Ein guter Grund für Sie
TEMPUR erfolgreich
unverbindlich 30 Tage
zu probieren!

INFO-BON für besseres Schlafen

Die neuen TEMPUR - Produkte interessieren uns!

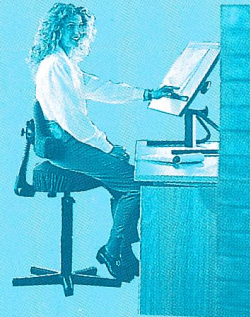
Bitte senden Sie uns die INFO-Mappe mit den Partner-Konditionen und das kostenlose TEMPUR-Demonstrations-SCHLAFKISSEN (im Wert von Fr. 138.--).

Telefon _____ Unterschrift _____

Wir wünschen eine Vorführung der Produkte in unserer Praxis, bitte rufen Sie uns an!

TEMPUR - AIROFOM
Juraweg 30, 4852 Rothrist
Tel. 062 440 220, Fax 062 444 363

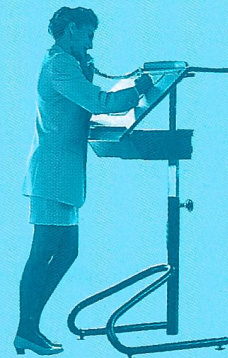
MIT UNSEREN DYNAMISCHEN



PRODUKTEN LÄSST'S SICH IN DER



SCHULE UND IM BÜRO BEWEGT



SITZEN! SCHON PROBIERT?



Bitte senden Sie mir Ihre Unterlagen
inkl. die Broschüre "on the move" von
Dr. med Bruno Baviera

Name.....

Adresse.....

Tel.....

VISTA
WELLNESS

GYMNIC
LINE

RITMO
BIL

Vista Wellness AG • Langendorfstrasse 2 • 4513 Langendorf • Tel: 065/382914