

Δυσφαγία/ Διαταραχές σίτισης και κατάποσης

Ορισμός

Η δυσφαγία είναι διαταραχή της φυσιολογικής διαδικασίας κατάποσης, δηλαδή της μεταφοράς της τροφής, των υγρών ή και του σάλιου από τα χείλη έως το στομάχι (Cichero & Murdoch, 2006).

Η δυσφαγία μπορεί να αφορά ένα ή περισσότερα στάδια της κατάποσης.

1. **Στοματικό στάδιο** = γίνεται μάσηση της στερεάς τροφής και μίξη με σίελο, ώστε να καταστεί μαλακή και υγρή. Δημιουργείται ο βλωμός και κινούνται οι μύες και οι αρθρωτές. Είναι χρήσιμη η κίνηση της γλώσσας και της κάτω γνάθου.
2. **Φαρυγγικό στάδιο** = η γλώσσα ωθεί το περιεχόμενο της στοματικής κοιλότητας προς τον φάρυγγα, ενώ ταυτόχρονα προκαλείται ερμητική σύγκλιση του λάρυγγα με αναστολή της αναπνοής, ώστε να αποτραπεί είσοδος τροφής και υγρών στις αναπνευστικές οδούς και τους πνεύμονες
3. **Οισοφαγικό στάδιο** = η τροφή και τα υγρά περνούν τον οισοφάγο και καταλήγουν στο στομάχι.

Επιπολασμός

Οι διαταραχές κατάποσης μπορεί να εμφανιστούν σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, ως αποτέλεσμα συγγενών ανωμαλιών, δομικών βλαβών ή/και ιατρικών καταστάσεων (Logemann, 1998). Εκτιμάται ότι περίπου το 8% του παγκόσμιου πληθυσμού αντιμετωπίζει προβλήματα κατάποσης (Wirth et al., 2016). Ασθενής σε οξύ στάδιο μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο παρουσιάζουν δυσφαγία σε ποσοστό 42% (Gu & Ren, 2025). Σύμφωνα με τους Schefold et al. (2017), ποσοστό 12.4 % των αποσωληνηθέντων ασθενών παρουσιάζουν δυσφαγία στις μονάδες εντατικής θεραπείας, ενώ ποσοστό 36.5% των πρόωρων βρεφών (<37 εβδ.) στην Κύπρο, εμφάνισαν διαταραχές σίτισης/κατάποσης (Senekki-Florent & Walshe (2021).

Ενδείξεις διαταραχής στην κατάποση ή και πιθανή εισρόφηση στον πνεύμονα (ASHA, n.d.)

- Βήχας ή πνίξιμο κατά την διάρκεια ή μετά το φαγητό
- Υγρή φωνή
- Υγρά μάτια, δάκρυ ή βουρκωμένα μάτια
- Αυξημένη σιελόρροια
- Πόνος κατά την κατάποση (οδυνοφαγία)
- Αίσθηση ότι κάτι μένει στον λαιμό
- Δύσπνοια ή δυσκολία στην αναπνοή ή δυσκολία στον συντονισμό αναπνοής και κατάποσης
- Δυσκολία στην μάσηση ή παρατεταμένη μάσηση

Συνέπειες δυσφαγίας

Οι συνέπειες της δυσφαγίας εάν δεν ανιχνευθούν και αξιολογηθούν άμεσα μπορεί να είναι σοβαρές όπως, υποσιτισμός, αφυδάτωση και μείωση σωματικού βάρους (Saito et al., 2017; Via & Mechanick, 2013), φοβία για σίτιση ή αλλαγές/ αποφυγή στην επιλογή φαγητών (Sura et al., 2012) , μειωμένη ποιότητα ζωής, πνευμονία εισροφήσεως (Bock et al., 2017; DiBardino & Wunderink, 2015; Marik, 2010) ή ακόμη και θάνατο (Garand et al., 2020).

Αξιολόγηση και διαχείριση δυσφαγίας

Η αξιολόγηση και η διαχείριση της δυσφαγίας γίνεται από λογοπαθολόγο εξειδικευμένο σε θέματα κατάποσης σε συνεργασία με άλλο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό. Μπορεί να περιλαμβάνει κλινική αξιολόγηση της κατάποσης (clinical bedside assessment) αλλά και εργαστηριακά με βιντεοακτινοσκόπηση (videofluoroscopy -VFSS) σε συνεργασία με ακτινολόγους ή ενδοσκοπική αξιολόγηση (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing- FEES) σε συνεργασία με ωτορινολαρυγγολόγους (Langmore et al, 1988).

Εφόσον η δυσφαγία ανιχνευθεί και αξιολογηθεί τότε ο λογοπαθολόγος θα εισηγηθεί για ένταξη του ασθενή σε λογοθεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης της κατάποσης εφόσον το επιτρέπει το γνωστικό, νευρολογικό και κλινικό επίπεδο του ασθενή. Μπορεί να εισηγηθεί αλλαγές στον τρόπο σίτισης και πόσης του ασθενή ή ακόμη και εισήγηση για εναλλακτικό τρόπο σίτισης (με κύριους τον ρινογαστρικό – NGtube ή την γαστροστομία – PEG). Επίσης, ο λογοπαθολόγος εκπαιδεύει τον ασθενή με τεχνικές ή ασκήσεις κατάποσης, παρέχει συμβουλευτική και εκπαίδευση προς τους οικείους ή/και φροντιστές του ατόμου. (ASHA, n.d.)

Βιβλιογραφία

American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). *Adult dysphagia*. ASHA Practice Portal. <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/adult-dysphagia/>

Bock, J. M., Varadarajan, V., Brawley, M. C., & Blumin, J. H. (2017). Evaluation of the natural history of patients who aspirate. *The Laryngoscope*, 127(Suppl. 8), S1–S10. <https://doi.org/10.1002/lary.26854>

Cichero, J. A., & Murdoch, B. E. (Eds.). (2006). *Dysphagia: foundation, theory and practice*. John Wiley & Sons.

DiBardino, D. M., & Wunderink, R. G. (2015). Aspiration pneumonia: A review of modern trends. *Journal of Critical Care*, 30(1), 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.07.011>

Garand, K. L., McCullough, G., Crary, M., Arvedson, J. C., & Dodrill, P. (2020). Assessment across the life span: The clinical swallow evaluation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2S), 919–933. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00063

Gu H, Ren D. Prevalence and Risk Factors of Poststroke Dysphagia: A Meta-Analysis. *Cerebrovasc Dis*. 2025;54(2):236-259. doi: 10.1159/000538218. Epub 2024 Apr 20. PMID: 38643757.

Langmore, S. E., Kenneth, S. M. A., & Olsen, N. (1988). Fiberoptic endoscopic examination of swallowing safety: A new procedure. *Dysphagia*, 2(4), 216–219. <https://doi.org/10.1007/BF02414429>

Logemann, Jeri A. (1998). *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. Austin, Tex: Pro-Ed. ISBN 978-0-89079-728-0.

Marik, P. E. (2010). Aspiration syndromes: Aspiration pneumonia and pneumonitis. *Hospital Practice*, 38(1), 35–42. <https://doi.org/10.3810/hp.2010.02.276>

Mpouzika M, Iordanou S, Kyranou M, Iliopoulou K, Parissopoulos S, Kalafati M, Karanikola M, Papathanassoglou E. Strategies of Screening and Treating Post-Extubation Dysphagia: An Overview of the Situation in Greek-Cypriot ICUs. *Healthcare (Basel)*. 2023 Aug 13;11(16):2283. doi: 10.3390/healthcare11162283. PMID: 37628481; PMCID: PMC10454777

Saito, T., Hayashi, K., Nakazawa, H., Yagihashi, F., Oikawa, L. O., & Ota, T. (2017). A significant association of malnutrition with dysphagia in acute patients. *Dysphagia*, 33(2), 258–265. <https://doi.org/10.1007/s00455-017-9855-6>

Schefold, J.C.; Berger, D.; Zürcher, P.; Lensch, M.; Perren, A.; Jakob, S.M.; Parviainen, I.; Takala, J. Dysphagia in mechanically ventilated ICU patients (Dynamics): A prospective observational trial. *Crit. Care Med*. **2017**, 45, 2061–2069.

Senekki-Florent P, Walshe M. Prevalence, aetiology, and impact of paediatric feeding disorders in preterm infants admitted to a neonatal intensive care unit in Cyprus. *Advances in Communication and Swallowing*. 2021;24(1):45-53. doi:[10.3233/ACS-210025](https://doi.org/10.3233/ACS-210025)

Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., & Crary, M. A. (2012). Dysphagia in the elderly: Management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 287–298. <https://doi.org/10.2147/CIA.S23404>

Via, M. A., & Mechanick, J. I. (2013). Malnutrition, dehydration, and ancillary feeding options in dysphagia patients. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 46(6), 1059–1071. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2013.08.002>

Wirth R, Dziewas R, Beck AM, Clavé P, Hamdy S, Heppner HJ, et al. Oropharyngeal dysphagia in older persons – From pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clin Interv Aging*. (2016) 11:189–208. doi: 10.2147/cia.S97481