

Poruchy polykání u Parkinsonovy nemoci

Mgr. Marie Kaniová, Ph.D.^{1,5}, MUDr. Pavel Ressler, Ph.D.^{2,4}, Mgr. Barbora Kopecká¹, MUDr. Karol Zeleník, Ph.D.^{1,3}

¹Otorinolaryngologická klinika FN Ostrava

²Neurologická klinika FN Ostrava

³Katedra kraniofaciálních oborů, LF Ostrava

⁴Katedra interních oborů, LF Ostrava

⁵Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, LF Ostrava

Příspěvek je věnován poruchám polykání u pacientů s Parkinsonovou nemocí (PN). Dysfagie výrazně zhoršuje kvalitu života u pacientů s PN, zhoršuje příjem potravy, zvyšuje riziko malnutrice a rovněž riziko rozvoje bronchopneumonie. Dysfagie je z velké míry kurabilní porucha. Je jí třeba proto věnovat pozornost, protože často uniká pozornosti při běžném neurologickém vyšetření pacienta s PN. V práci jsou zmiňovány základní pojmy týkající se dysfagie a popisován fyziologický průběh polykacího aktu. Krátce jsou popsány možnosti přístrojového vyšetření poruch polykání a další vyšetřovací techniky. Vyšetření poruch polykání u PN může odhalit nejčastější problémy se zpracováním sousta v ústech (drooling, leaking, rocking) a s aspiracemi, resp. tichými aspiracemi. Hlavní důraz je kladen na typické projevy polykacích obtíží u Parkinsonovy nemoci a možnosti i konkrétní techniky (logopedické) rehabilitace.

Klíčová slova: Parkinsonova nemoc, dysfagie, aspirace, tichá aspirace, aspirační bronchopneumonie.

Presented article deals with swallowing problems in patients with Parkinson's disease

Dysphagia is very common symptom in patients with Parkinson's disease, often resulting in poor quality of life – as an result of decreased food intake, malnutrition and bronchopneumonia. Dysphagia is overall pretty good curable disorder and it is necessary to keep it in mind, because it is often overlooked during neurological examination of a patient with Parkinson's disease. The article summarizes basic terminology related to dysphagia and describes physiological course of the swallowing act. The possibilities of instrumental examination of swallowing problems and other investigative techniques are shortly described. Problems with processing of the food in mouth (drooling, leaking, rocking) and aspirations, as well as silent aspiration, are being most frequently diagnosed. The main goal of the article is to describe typical symptoms of swallowing problems in Parkinson's disease and rehabilitation techniques used by nurses and speech language pathologist.

Key words: Parkinson's disease, dysphagia, aspiration, silent aspiration, aspiration pneumonia.

Úvod

Parkinsonova nemoc (PN) je charakterizována příznaky: bradykinezi, rigiditou, posturálními poruchami a klidovým tremorem. Dalšími častými pozdními komplikacemi bývají kognitivní poruchy a poruchy polykání (Dostál, 2013). Krom této klasické symptomatologie pozorujeme u PN též v různé míře poruchy řeči (hypokinetic dysarthrie) (Zamišková et al., 2010).

Zatímco poruchy řeči, jejich diagnostika a terapie jsou již rutinní součástí léčby PN, u poruch polykání (dysfagií) tomu tak dosud vždy není, a to i přesto, že jimi trpí v různé míře až 80 % nemocných (Klempíř, 2013). Mezi pacienty s PN existuje s ohledem na počátek vzniku a stupeň poruchy velká variabilita potíží s příjmem potravy a s postupem nemoci se zvyšuje tendence k rozvoji a zhoršování dysfagických symptomů (Lowe et Webb, 2009).

Včasná intervence může zlepšit účinky léčby, zabránit komplikacím, prodloužit délku života a – především – zlepšit jeho kvalitu. Zhoršování polykání u pacientů sice nelze zvrátit, ale je možno rozvoj polykacích obtíží

zpomalit a zajistit bezpečný orální příjem. Diagnostikou a terapií poruch polykání se zabývají kliničtí logopedové.

Projevy dysfagie u Parkinsonovy nemoci

Dysfagie či dysfagické obtíže postihují až 80 % všech pacientů s PN, mnoho z nich bez zjevných klinických obtíží (Klempíř, 2013). Mezi pacienty s PN existuje s ohledem na počátek vzniku a stupeň poruchy velká variabilita (lehká orální dysfagie, tiché aspirace i afagie), ale s postupem nemoci se zvyšuje tendence k rozvoji a zhoršování dysfagických symptomů (Lowe et Webb, 2009).

Pro PN je – vzhledem k poruchám koordinace horních končetin v rámci bradykineze a rigidity – typické to, že se pacient není schopen sám najíst. Dále mívají tyto pacienti problémy s udržením a transportem potravy v ústech a následným bezpečným polykáním tak, aby nedocházelo ke vdechnutí polykané stravy (Dostál et Chvístková, 2010). Pro nedostatečný retní uzávěr jim jídlo, tekutiny či sliny často vypa-
dávají z úst (drooling). V orální fázi můžeme také

pozorovat tzv. rocking (vlnivý nebo houpavý pohyb jazyka), symptom přítomný výlučně u PN. Při rockingu přední část jazyka opakovaně pohybuje soustem v ústech vzhůru a zpět, zatímco zadní část jazyka zůstává zvednutá proti patru, takže brání vstupu sousta do hltanu, a tím započetí reflexní reakce polknutí (Lowe et Webb, 2009).

Oslabení dýchacích svalů (Burianová et al., 2006) a oslabení uzávěru hlasivek vedou

Tabulka 1. Otázky kladené nemocným při zjišťování polykacích potíží

- Máte pocit, že Vám jídlo nebo tekutiny vážnou v krku?
- Kašlete při jídle?
- Zaskakuje Vás sousto?
- Máte nepříjemné pocity, tlaky až bolest na hrudníku při jídle?
- Zůstává Vám potrava v ústech?
- Stává se, že jídlo nebo tekutinu v ústech neudržíte?
- Máte nadbytek slin nebo pocit sucha v ústech?
- Vracejí se Vám nebo vytékají při jídle tekutiny či strava nosem?
- Cítíte bolest při polknutí?
- Polyká se Vám hůře tekutina, kaše, maso nebo sypká potrava jako např. rýže?
- Jíte mnohem déle než ostatní lidé?
- Cítíte se unavený a ztrácíte na váze?

Neurol. praxi 2014; 15(6): 329–332

Tabulka 2. Fáze polykacího aktu z hlediska pozice sousta

Fáze polykacího aktu z hlediska pozice sousta	
Preorální	Jídlo nebo jeho příprava aktivizuje smysly (čich, hmat, zrak) a zvýší se produkce slin.
Orální	Začíná v okamžiku, kdy se potrava dostane do úst a je žvýkána, míchá se slinami a jídlo se v nové konzistenci (bolus) jazykem posouvá pod patrem dozadu do hltanu. Kontaktem bolusu s patrovými oblouky se spouští polykací reflex. V tomto okamžiku již polykání nelze vůlí ovlivnit.
Hypofaryngeální	Začíná momentem, kdy se potrava dostane do hltanu. Současně se uzavřou hlasivky a přimknutím měkkého patra na zadní stěnu hltanu se uzavřou i horní cesty dýchací. Hrtanová příklopka (epiglottis) uzavře hrtan a reflexně se zastaví dýchání. Kontrakcí hltanu se potrava dostává do jícnu.
Ezofageální	Kontrakcemi jícnu se potrava posouvá do žaludku.

Obrázek 1. Videoendoskopie polykacího aktu – pomocí flexibilního endoskopu je při polykání sledován transport potravy v hypofaryngu a její případný průnik do hrtanu

u PN k tzv. tichým aspiracím. Tento typ aspirací je zvláště nebezpečný, neboť se navenek nedemonstruje kašlem při jídle, přestože dochází k zatékání potravy do dolních cest dýchacích.

Wyšetření dysfagie Anamnéza

Protože se u PN polykací obtíže objevují typicky, nesmíme opomenout se na ně při sestavení běžné (neurologické) anamnézy zaměřit.

Obrázek 2. Masako cvičení slouží k posílení kořene jazyka – pacient přidržuje hrot jazyka prsty a zároveň usilovně několikrát polkne**Obrázek 3.** Mendelsohnův manévř – pacient během polykání potravy drží hrtan manuálně ve zvýšené poloze tak, aby jícen zůstal déle otevřený

Základem vyšetření je rozhovor s pacientem a jeho pečovatelem či členem rodiny. Ptáme se na ztížené polykání, množství tekutiny, kterou (ústý) za den vypije, jeho stravovací režim a změny v poslední době, váhový úbytek. Počínající dysfagii může neurolog v anamnéze odhalit vhodně kladenými otázkami (tabulka 1). Pacienti totiž mnohé své problémy a příznaky nepokládají za polykací potíže, a proto dysfagické obtíže negují (Klempíř, 2013).

Identifikace místa poruchy polykání

Důležitá je identifikace místa poruchy polykání z hlediska pozice sousta. Fyziologický průběh polykacího aktu probíhá ve 4 fázích (tabulka 2).

Pacienti s PN vykazují narušení ve všech čtyřech fázích polykacího aktu. Klinický logoped může dobře vyšetřit preorální a orální část polykacího aktu, tedy pohyblivost a symetrii a kvalitu obličejového (orofaciálního) svalstva a jazyka v klidu i v pohybu. Je-li pacient připraven (je při vědomí, spolupracující, schopen vzpřímeného sedu a má dostatečnou expektoraci), logoped dále provede polykací pokus. Významným signálem při polykacím pokusu je nástup kaše a vlhký, zastřený až kloktavý hlas po polknutí, který svědčí pro penetraci (proniknutí bolusu po úroveň hlasivek) či aspiraci (proniknutí bolusu pod úroveň hlasivek do dýchacích cest).

Další vyšetření

Při podezření na penetraci či aspiraci je nutné provést další upřesňující vyšetření za pomoci přístrojové diagnostiky: videoendoskopie (FEES) (obrázek 1), videofluoroskopie (VFSS).

Vyšetření jsou prováděna lékařem (ORL, radiologem) a klinickým logopedem. Na vyše-

Tabulka 3. Rehabilitační techniky u PN vzhledem k místu poruchy polykání

Fáze polykacího aktu	Problém u PN	Symptom	Rehabilitační technika
Preorální	nedostatečný příjem potravy	hypersalivace, xerostomie	popíjení tekutin, stimuluje kyselé a studené
		nechutenství	rozdělení jídla na více porcí
		třes rukou, ztuhlost	speciální nádobí, „Provale cup“
		kognit. deficit	asistence při jídle
Orální	neefektivní orální transport	drooling, leaking, rocking	cviky motoriky mluvidel a jazyka, Masako manévr (obrázek 2), posilování kořene jazyka, mixovaná strava
Faryngeální	tiché aspirace	zpožděný nástup trigger mechanismů	ledování patrových oblouků
		hyposenzitivita, rezidua bolusu	Mendelsohnův manévr (obrázek 3)
		neúplný hlasivkový uzávěr	supraglotické polykání
		slabá expektorace	zahušťování tekutin, hlasová a dechová terapie
Ezofageální	aspirace	reflux, postdeglutinační aspirace	zvýšená poloha (15–30 minut) po jídle

Tabulka 4. Shrnutí rehabilitačních technik u PN - obecná doporučení

Poloha těla	Pozice hlavy	Konzistence bolusu	Technika polykání	Další
Pevný sed s oporou loktů Lehký předklon trupu (obrázek 4)	Při polknutí lehce stlačit bradu dolů	Zahuštěné tekutiny, mixovaná strava (pyré, kašovitá)	Supraglotické polykání nebo Men- delsohnův manévr (obrázek 3)	Cviky mluvidel a jazyka, Masako cvičení (obrázek 2), setrvat ve zvý- šené poloze (15–20 minut po jídle)

třovací část plynule navazuje část terapeutická s volbou optimálních rehabilitačních technik.

Rehabilitace poruch polykání u PN

U poruch příjmu potravy pacientů s PN je vždy výhodou dobrá spolupráce odborníků z více oborů: neurologie, ORL, klinické logopedie, nutričních specialistů, fyzioterapeutů. Hlavní zásadou je načasování rehabilitace polykání a příjmu potravy v době dobrého hybného stavu (v tzv. on fázi) (Dostál et Chvístková, 2010). Logopedická rehabilitace využívá terapeutické a kompenzační strategie (Škodová et Jedlička, 2003).

- **Terapeutické techniky** jsou zaměřeny na posílení svalstva mluvidel, tepelnou, taktilní a chuťovou stimulaci a nácvik polykacích manévrů.
- **Kompenzační techniky** spočívají ve výběru množství a konzistence stravy, nácviku techniky držení těla při polykání a užití speciálních pomůcek (lžice, hrnky).

U pacientů s PN je kvůli drooling a rockingu nutno cvičit svalstvo obličeje a jazyka a provádět cvičení na posílení kořene jazyka (Masako cvičení, obrázek 2). Kvůli prevenci tichých aspirací polykat ve vzpřímeném sedu se zadržným dechem a mírně skloněnou hlavou, opakovaně doplnout a aktivně po polknutí odkašlat (technika supraglotického polykání). Prevenci postdeglutinačních aspirací reziduí bolusu v hypofaryngu zajistíme prováděním Mendelsohnova manévru (obrázek 3). Strava se mixuje a tekutiny se zahušťují tak, aby byl usnadněn jejich transport ústy a předešlo se dysfagickým obtížím. Denní dávka se rozděluje na více (4–6) jídel. Užití speciálních

nádob při pití umožní nezaklánět při pití hlavu (prevence předčasného zatečení, leakingu) a pít po malých předem určených dávkách (obrázek 4). Pro PN je typické i postižení enterického nervového systému a s ním související zvýšený výskyt gastroezofageálního refluxu (Klempíř, 2013). Jako prevence postdeglutinačních aspirací regurgitované stravy je nutné zachování vzpřímené polohy alespoň 15–30 minut po polknutí. Podrobnější shrnutí dysfagických obtíží v jednotlivých fázích polykacího aktu a rehabilitačních postupů uvádíme v tabulce 3.

Za použití rehabilitačních technik lze projevy dysfagie zmírnit a zajistit bezpečný způsob polykání a příjmu potravy. Ačkoli vždy zachováváme zásadu individuální terapie u všech pacientů, tedy i u pacientů s PN, lze formulovat jistá obecná doporučení (tabulka 4).

Když dysfagické obtíže při progresi onemocnění neustupují a pacient vykazuje výrazný váhový úbytek, je čas přistoupit k doplnění stravy, k fortifikaci diety pacienta výživovými doplňky formou popíjení (sippingu). Pokud je již výrazně omezena pacientova schopnost žvýkat a polykat, lze krátkodobě po několik týdnů zavést nazogastrickou sondu.

Neočekáváme-li v dohledné době zlepšení a také tehdy, když nelze účinně zabránit tichým aspiracím, je indikováno zavedení perkutánní gastrostomie (PEG). V indikaci zavedení PEG hraje nezastupitelnou roli vyšetření lékařem – nutričním specialistou, který posoudí nutriční situaci pacienta. Nazogastrická sonda ani PEG nevylučují současnou rehabilitaci, nácvik polykání ústy a (bezpečný) příjem potravy ústy pro potěšení z jídla.

Poruchy polykání zásadně ovlivňují kvalitu života pacienta, který se často dostává do sociální izolace. Nezřídka dysfagičtí pacienti trpí depresí z narušení životního rytmu, neboť nejsou schopni společného stolování s rodinou a přáteli (Tedla, 2009). Dysfagie může také způsobit potíže při užívání perorální antiparkinsonské medikace. U pacientů s PN přichází při dysfagii rovněž možnost podání antiparkinsonské medikace, agonistů dopaminu, konkrétně rotigotinu, transkutánně ve formě náplasti. Většinou ale závažné

Obrázek 4. Správný sed s oporou umožňující stabilitu šíjových a krčních svalů

dysfagické potíže řešíme u PN v pozdních stadiích choroby, kde je léčba již obvykle více preparáty podávanými perorálně, proto náplast řeší problém jen částečně, neboť neumožní v této fázi onemocnění vyloučení nutnosti podávat zejména levodopu perorálně, obvykle ve více než 3 dávkách denně. Dalším možným řešením se jeví využití formy levodopy v gelu podávaném speciální pumpou přes PEG do duodena, ale tato léčba patří do kompetence specializovaných extrapyramidových center, rozhodně nemůže být nasazena a nastavena mimo tato centra.

Závěr

Poruchy polykání u PN jsou závažnou komplikací, vyskytující se u většiny pacientů. Včasná diagnostika a rehabilitace polykání může zmírnit či významně oddálit vznik komplikací spojených s poruchami deglutace. Léčba dysfagie u PN je komplexní problematikou, kterou se zabývá tým

odborníků: základní dysfagiologický tým tvoří neurolog, ORL specialista, klinický logoped, fyzioterapeut, radiolog, nutriční specialista, všeobecná sestra. Udržení co nejdelšího časového horizontu perorálního příjmu u pacienta, dostatečná výživa a příjem tekutin, bezpečné polykání a zamezení rizika aspirací jsou hlavními cíli, o které tým usiluje. Stejně důležitým cílem je i zachování kvality života pacienta.

Podpořeno grantem IGA MZ ČR NT13725–4/2012 a MZ ČR – RVO – FNOs/2012.

Literatura

1. Burianová K, Zdařilová E, Mayer M, Ošťádal O. Poruchy dýchání u neurologicky nemocných. *Neurol. praxi*, 2006; 1: 46–48.
2. Dostál V, Chvístková E. Výživa u Parkinsonovy nemoci. Praha: Mladá Fronta 2010: 19–22.
3. Klempíř J. Poruchy výživy u Parkinsonovy a Huntingtonovy nemoci. Praha: Mladá Fronta/Lékař a pacient 2013: 10.
4. Love RJ, Webb WG. Mozek a řeč. Praha: Portál 2009: 204–205.
5. Roth J, Sekyrová M, Růžička E. Parkinsonova nemoc. Praha: Maxdorf 2005: 26.

6. Škodová E, Jedlička I. Klinická logopedie. Praha: Portál 2003: 548–557.

7. Tedla M, Bártošová I, Černý M, Fojtík P, Chmelová I, Chorváth M, Lorenc B, Matoušek P, Mokoš M, Mucska I, Paleček T, Rosolanka M, Satinský I, Šebová I, Šiller J, Štefanička P, Urban O, Vítek P, Zeleníková R. Poruchy polykání. Havlíčkův Brod: Tobiaš 2009; 18–20: 143.

8. Zamišková G, Rössner P, Dlouhá J, Šigutová D. Poruchy řeči u Parkinsonovy nemoci. *Neurol. praxi* 2010; 11(2): 112–116.

9. Dostál V. Pozdní komplikace u Parkinsonovy choroby. *Neurol. praxi* 2013; 14(1): 28–32.

Článek doručen redakci: 17. 3. 2014

Článek přijat k publikaci: 3. 6. 2014

Mgr. Marie Kaniová, Ph.D.

Otorinolaryngologická klinika FN Ostrava
17. listopadu 1 790, 708 52 Ostrava-Poruba
marie.kaniova@fno.cz
