

# Dysfagi

Bahareh B. Philipsen<sup>1</sup>, Hanna R. Mortensen<sup>2</sup> & Dorte Melgaard<sup>3</sup>



## STATUSARTIKEL

1) Øre-, Næse- og Halskirurgisk Afdeling, Odense

Universitetshospital  
2) Kræftafdelingen, Aarhus

Universitetshospital  
3) Center for Klinisk Forskning, Regionshospitalet Nordjylland

Ugeskr Læger  
2019;181:V09180594

Dysfagi er et hyppigt forekommende symptom hos mange patienter og har væsentlige konsekvenser for den enkelte patient og for samfundet. På trods heraf er der begrænset viden om og fokus på dysfagi i både primær- og sekundærsektoren i det danske sundhedsvæsen.

## DEFINITION

Ordet dysfagi stammer fra græsk: dys = vanskeligheder/besvær og fagi = spise. Dysfagi er et symptom, og der findes ingen entydig definition. I WHO's diagnoseklassifikationssystem [1] er dysfagi klassificeret under »Symptomer og abnorme fund i fordøjelsessystemet og abdomen«. I International Classification of Functioning, Disability and Health definerer man dysfagi således: »Problemer med funktioner bestemmende for at bringe mad og drikke fra mundhulen gennem svælget og spiserøret til mavesækken med passende frekvens og hastighed« [2]. Dysfagi betegnes ofte i hverdagen som synkebesvær. Synkefunktionen er en kompliceret sekvens af hændelser. En sikker og effektiv synkefunktion er afhængig af anatomiske strukturer og et velfungerende nervesystem. Der skelnes mellem øvre eller orofaryngeal dysfagi, der er relateret til problemer i mund og svælg, og nedre eller øsofageal dysfagi, der er relateret til problemer i spiserør og mavesæk [3]. Desuden skelnes der imellem dysfagi, som opstår på grund af kompleks neuromuskulær sygdom, og funktionel dysfagi, som defineres som synkeproblemer uden en organisk årsag. ICD 10-koden for dysfagi er R13.1.

## FOREKOMST

Dysfagi forekommer hos både patienter med forskellige diagnoser og en stor del af den ældre befolkning (Figur 1).

I USA er der beskrevet en aldersjusteret prævalens af dysfagi på 3% hos både mænd og kvinder med gastroøsofageal refluks som den hyppigste årsag [4]. Der findes danske tal for prævalensen af dysfagi i mindre populationer af patienter med pneumoni og cancer samt hos geriatriske patienter [5-7].

I Danmark har der i mange år været fokus på dysfagi hos patienter med neurologiske lidelser, herunder apopleksi, traumatiske hjerneskader og følger efter cerebrale operationer. Dysfagi forekommer hos 37-78% i den akutte fase af apopleksi [8], og patienter med akut apopleksi skal ifølge retningslinjer udarbejdet af Dansk Selskab for Apopleksi screenes for dysfagi på indlæggelsesdagen [8]. Der er ligeledes fokus på patienter med andre neurologiske sygdomme som Parkinsons sygdom, Alzheimers demens og dissemineret sklerose [9-11].

Der er høj forekomst af dysfagi ved flere cancersygdomme, især hoved- og halscancer med en prævalens på 20-80% [7, 12] samt øvre gastrointestinal cancer med en prævalens på op til 80%, men også ved f.eks. hjernetumorer og lungecancer kan der dokumenteres dysfagi med en prævalens på 20-40% [13].

Ældre, medicinske patienter og plejehjemsboere har også en høj prævalens af dysfagi (50-87%) og Det Europæiske Selskab for Dysfagi har sammen med Det Europæiske Selskab for Geriatri fremsat forslag om at betragte dysfagi som et geriatrisk syndrom på linje med f.eks. *frailty* og inkontinens [5, 11, 14, 15].

## ÅRSAGER OG SYMTOMER

Årsagerne til dysfagi kan være yderst forskellige og omfatter både direkte årsager og følgevirkninger af en given behandling. Dysfagi kan udløses af f.eks. infektion og inflammation, mekanisk obstruktion, tumorer, anatomiske forandringer, refluks, fibrose, parese, muskelsvækkelse, motilitetsforstyrrelser, sensibilitetsforstyrrelser og psykologiske problemer samt være følger efter kirurgi/strålebehandling og bivirkninger af en medicinsk behandling [16, 17]. Dysfagi kan også være udløst af psykosomatiske problemer som f.eks. angst og depression [18]. Symptomerne på dysfagi er mangfoldige (Tabel 1).

## UDREDNING

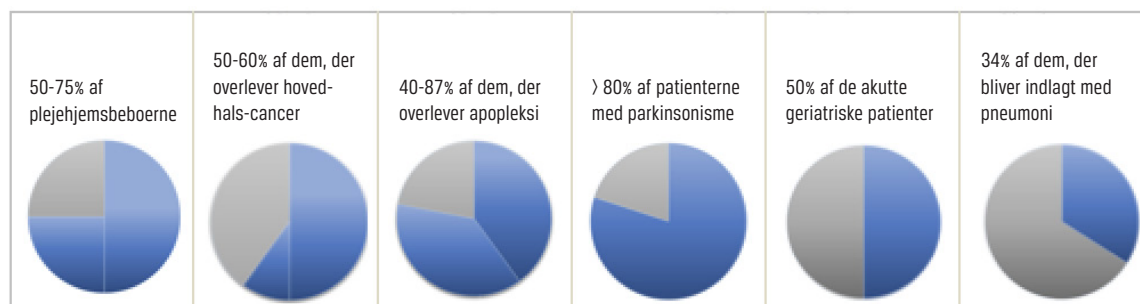
I Danmark anvendes forskellige dysfagiscreeningredskaber og kliniske undersøgelser. Styrken ved kliniske undersøgelser er, at de er ressourcelette, hvad angår tid

## HOVEDBUDSKABER

- ▶ I Danmark er der begrænset viden om dysfagi.
- ▶ Der er få videnskabelige artikler med beskrivelse af forekomst, udredning og behandling af dysfagi.
- ▶ Dysfagi er et hyppigt forekommende symptom hos patienter med f.eks. neurologiske sygdomme, cancer, demens og udviklingsforstyrrelser samt ældre patienter.
- ▶ Henvisnings-, udrednings- og behandlingsmulighederne er begrænsede.
- ▶ Dansk Selskab for Dysfagi sætter fokus på vigtigheden af en tværfaglig og tværsektoriel indsats mod dysfagi.

 FIGUR 1

Prævalens af dysfagi [4-12].



og økonomi. Et meget anvendt screeningsredskab er vandtesten, hvor man observerer patienten under indtagelse af vand. Gugging Swallowing Screen anvendes til patienter med nyopstået apopleksi, og EAT10 er et spørgeskema, hvormed man afdækker patientens evne til at synke.

Der findes desuden flere klinisk validerede undersøgelsesredskaber f.eks. Volume Viscosity Swallow Test, hvormed man tester patienternes evne til at indtage forskellige konsistenser og mængder af væske. Til observation af et måltid kan anvendes Minimal Eating Observation Form version II eller McGill Ingestive Skills. Assessment Facial Oral Tract Therapy er en visuel og taktile undersøgelse af mund og svælg. Ud over ovenstående findes der flere forskellige spørgeskemaer som f.eks. The M.D. Anderson Dysphagia Inventory og Swallowing Quality of Life questionnaire.

De kliniske synkeundersøgelser foretages i Danmark typisk af ergoterapeuter, men i udlandet udføres undersøgelserne ofte af særligt uddannede *speech and swallowing therapists*.

Man bør tilbyde instrumentel undersøgelse til patienter, der er diagnostisk uafklarede efter primærundersøgelse, patienter med kendt diskrepans mellem eget rapporteret synkebesvær og resultatet af objektive undersøgelser [19] samt patienter, hvor man har mistanke om *silent aspiration*. *Silent aspiration* defineres som aspiration uden hoste eller andre objektive tegn på aspiration. Det ses f.eks. hos 15% af de patienter, der er behandlet for hoved- og halscancer, og 25% af patienterne efter to døgn's intubation, og i disse tilfælde er en instrumentel undersøgelse nødvendig [20, 21].

Patienter, der har tegn på dysfagi med ukendt ætiologi, bør udredes i et relevant speciale, hvilket oftest vil være i øre- næse- og halskirurgisk, gastromedicinsk eller kirurgisk regi. Ved øvre dysfagi bør der foretages en øre-, næse- og halsundersøgelse inkl. fiberlaryngoskopi. Ved mistanke om en neurologisk årsag bør der foretages en neurologisk undersøgelse. Ved øsofageal

dysfagi bør der altid foretages øsofagoskopi. Billeddiagnostiske undersøgelser i form af PET-CT, CT eller MR-skanning kan være indiceret, alt afhængigt af symptomer og fund ved de øvrige undersøgelser [22].

Instrumentelle undersøgelser inkluderer funktionel endoskopisk evaluering af synkefunktionen (FEES), *modified barium swallowing* (MBS) også benævnt videofluoroskopi, øsofagoskopi, manometri, intraøsofageal pH-måling og røntgen af øsofagus med kontrast. De to førstnævnte undersøgelser betragtes som guldstandard ved undersøgelse for øvre dysfagi, mens de sidstnævnte betragtes som guldstandard ved undersøgelse for nedre dysfagi.

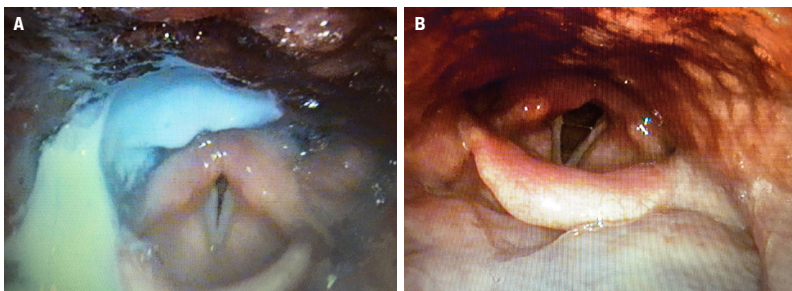
 TABEL 1

Tegn på dysfagi [3].

Hosten og harken før, under og efter synkning
Ændret, våd stemme ved indtagelse af føde/væske
Besværet/rallende vejrtrækning under og efter måltidet
Fejlsynkning
Fornemmelse af at føde og væske stopper op i halsen eller diffust bag brystbenet
Globulusfornemmelse
Forlængede måltider
Lang tid om at bearbejde føde, samle bolus og initiere synket
Savlen
Hyppige feberepisoder
Hyppige lungebetændelser
Utilsigtet væggtab
Nasalregurgitation
Regurgitation og opgylpning af føde og mad
Halsbrand
Smerter, ofte i forløbet af cancersygdomme

 **FIGUR 2**

Funktionel endoskopisk evaluering af synkefunktionen A. Farynx og larynx efter indtag af yoghurt hos en patient med højresidig n. laryngeus recurrens-skade som følge af cervikal discusprolapsoperation med anterior adgang. B. Farynx og larynx efter indtag af yoghurt hos en rask person.



FEES foretages ved videolaryngoskopi af farynx/larynx samtidig med, at patienten spiser og drikker forskellige konsistenser. Ved undersøgelsen visualiserer man strukturer, bevægelser og koordinationer under synk, mængden af retention, aspiration, penetration af føde og væske samt de anatomiske forhold ved indgangen til øsofagus. Aspiration defineres som tilstedeværelse af føde og væske under stemmebåndsniveau. Penetration defineres som tilstedeværelse af føde og væske i aditus laryngis, men over stemmebåndsniveau (**Figur 2**). Retention defineres som tilstedeværelse af føde og væske i svælget efter synket. FEES kan kombineres med en vurdering af den faryngeale og laryngeale sensibilitet, en såkaldt FEES *with sensitivity*-test.

 **FIGUR 3**

*Modified barium swallowing.*



Nedsat eller ophævet sensibilitet er korreleret til *silent aspiration*.

Ved MBS undersøges synkefunktionen ved røntgen-gennemlysning i forbindelse med indtag af forskellige konsistenser af føde og væske tilsat røntgenfast farvestof. Her visualiseres bevægelser og koordinationer under synkning, og unormal orofaryngeal og øsofageal anatomi kan påvises (**Figur 3**). Graden og frekvensen af retention, penetration og aspiration kan bestemmes.

Ved både FEES og MBS kan der afprøves forskellige kompenserende siddestillinger eller synkemetoder, mens patienten får direkte visuel feedback under undersøgelsen [21, 23].

Forholdene i øsofagus og ventriklen visualiseres ved øsofagoskopi med mulighed for biopsi. Manometri er en intraluminal undersøgelse af motilitet og trykforhold i øsofagus og er indiceret ved mistanke om motilitetsforstyrrelser. Intraøsofageal pH-måling foretages oftest som en 24-timersundersøgelse med en pH-sensitiv elektrode i øsofagus. Røntgenundersøgelse af øsofaguslumen kan foretages ved, at patienten synker et vandopløseligt kontrastmiddel, og metoden anvendes ved mistanke om perforation og fistler samt til påvisning af divertikler [22].

Øsofagoskopi kan udføres på stort set alle danske hospitaler, hvor man behandler akutte patienter, mens manometri tilbydes på de større hospitaler. FEES udføres primært på en del hospitaler i øre-næse- og halskirurgisk regi, men tilbydes mange steder primært til neurologiske patienter og patienter med hoved- og halscancer. MBS er kun tilgængeligt ganske få steder i Danmark og anvendes primært til kliniske studier og nationale projekter. En større tilgængelighed af ovenstående undersøgelser vil medføre en bedre og mere sikker udredning af patienter med dysfagi.

### BEHANDLING OG KONSEKVENSER

Dysfagi er i vid udstrækning et overset problem. Da dysfagi er en kompleks lidelse, der blandt andet kan påvirke åndedrættet, synkefunktionen, lysten til at spise og talen, bør det behandles helhedsorienteret i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Undersøgelse og behandling af dysfagi kræver inddragelse af læger, sygeplejersker, ergoterapeuter, diætister, tandlæger, fysioterapeuter og talepædagoger [24, 25], hvorfor et stærkt tværfagligt samarbejde er nødvendigt for at optimere patientforløbene.

Patienter med dysfagi er i risiko for aspirations-pneumoni, underernæring, social isolation, nedsat livskvalitet, kvælning og død [5, 14, 24, 25]. De har ofte længerevarende og flere indlæggelser end patienter, der har samme sygdomsbillede uden dysfagi, og er ofte i risikozonen for at udvikle en lang række komplikationer, der alle har en negativ indflydelse på sygdomsfor-

løbet og livskvaliteten og har store sundhedsøkonomiske konsekvenser [26, 27].

Forløbene for patienter med dysfagi kan omfatte behandling af den tilgrundliggende årsag og/eller etablering af sikker ernæring på anden vis. Behandling af den tilgrundliggende årsag er ikke altid mulig, og en del patienter med dysfagi vil have gavn af tilpasning af konsistensen af mad og drikke [23]. Ofte må den orale ernæring suppleres med eller erstattes af sondeernæring. Der er begrænset evidens for effekten af træning af patienter med dysfagi, men til trods for dette har en del patienter subjektivt udbytte af træning af synkefunktionen og kompensatoriske teknikker, således at de kan indtage føde og væske med nedsat risiko for aspiration [28]. Ekspiratorisk muskeltræning har dokumenteret effekt mht. at øge muskelstyrken og dermed øget evne til at sikre luftvejene [29].

### DANSK SELSKAB FOR DYSFAGI

I forbindelse med udarbejdelsen af den nationale kliniske retningslinje for øvre dysfagi (opsporing, udredning og udvalgte indsatser) [3] opstod der et ønske om et øget fokus på dysfagi i form af et tværfagligt og tværsektorielt selskab. I 2016 blev Dansk Selskab for Dysfagi etableret med det formål at fremme udredning, behandling, forskning og uddannelse inden for dysfagi. Der er på nuværende tidspunkt begrænset fokus på dysfagi i Danmark, hvorfor yderligere forskning både mono- og tværfagligt er nødvendig.

### KONKLUSION

Dysfagi er et overset symptom, hvilket begrænser patienternes mulighed for at få den nødvendige behandling. Der er behov for øget fokus på udredning og behandling af dysfagi blandt alle faggrupper og et tæt samarbejde for at bedre kvaliteten af patientforløbene. Dansk Selskab for Dysfagi har fokus på at styrke et tværfagligt og tværsektorielt nationalt samarbejde til gavn for både patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle.

### SUMMARY

Bahareh B. Philipsen, Hanna R. Mortensen & Dorte Melgaard:  
Dysphagia  
Ugeskr Læger 2019;181:V09180594

Dysphagia is the medical term for the symptom of difficulty in swallowing. It is a common symptom in a wide group of patients, causing significant consequences for both patients and community. Patients with undiagnosed dysphagia are at high risk of aspiration and malnutrition, thus reducing quality of life and expanding health costs. Thorough examination is important, and implementation of a treatment strategy should be based on evaluation by a multidisciplinary team. Despite the implications of dysphagia, knowledge and focus are limited in both the primary and the secondary sectors of the Danish healthcare system. Consequently, many patients are not treated adequately.

**KORRESPONDANCE:** Bahareh B. Philipsen.

E-mail: Bahareh.Bakhshae.Philipsen@rsyd.dk

**ANTAGET:** 2. januar 2019

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 25. februar 2019

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

### LITTERATUR

1. World Health Organisation. International classification of diseases (ICD). [www.who.int/classifications/icd/en/](http://www.who.int/classifications/icd/en/) (1. dec 2018).
2. ICF – international klassifikation af funktionsevne, funktionsevnesættelse og helbredstilstand. Sundhedsstyrelsen, 2005.
3. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for øvre dysfagi – opsporing, udredning og udvalgte indsatser. [www.sst.dk](http://www.sst.dk) (1. dec 2018).
4. Cho SY, Choung RS, Saito YA et al. Prevalence and risk factors for dysphagia: a USA community study. *Neurogastroenterol Motil* 2015;27:212-9.
5. Melgaard D, Rodrigo-Domingo M, Mørch M. The prevalence of oropharyngeal dysphagia in acute geriatric patients. *Geriatrics* 2018;3:15.
6. Melgaard D, Baandrup U, Bøgsted M et al. The prevalence of oropharyngeal dysphagia in Danish patients hospitalised with community-acquired pneumonia. *Dysphagia* 2017;32:383-92.
7. Mortensen HR, Overgaard J, Specht L et al. Prevalence and peak incidence of acute and late normal tissue morbidity in the DAHANCA 6&7 randomised trial with accelerated radiotherapy for head and neck cancer. *Radiother Oncol* 2012;103:69-75.
8. Dansk Selskab for Apopleksi. Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi. [www.dsfa.dk/wp-content/uploads/REFERENCEPROGRAMFINAL20131.pdf](http://www.dsfa.dk/wp-content/uploads/REFERENCEPROGRAMFINAL20131.pdf). (1. dec 2018).
9. Ikeda M, Brown J, Holland AJ et al. Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;73:371-6.
10. Calcagno P, Ruoppolo G, Grasso MG et al. Dysphagia in multiple sclerosis – prevalence and prognostic factors. *Acta Neurol Scand* 2002;105:40-3.
11. Cook IJ. Oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterol Clin North Am* 2009;38:411-31.
12. Rosenthal DI, Lewin JS, Eisbruch A. Prevention and treatment of dysphagia and aspiration after chemoradiation for head and neck cancer. *J Clin Oncol* 2006;24:2636-43.
13. Kenny C, Gilheaney O, Walsh D et al. Oropharyngeal dysphagia evaluation tools in adults with solid malignancies outside the head and neck and upper GI tract: a systematic review. *Dysphagia* 2018;33:303-20.
14. Bajjens LW, Clave P, Cras P et al. European society for swallowing disorders – european union geriatric medicine society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging* 2016;11:1403-28.
15. European Society for Swallowing Disorders. ESSD position statements: oropharyngeal dysphagia in adult patients. [myessd.org/docs/position\\_statements/ESSD\\_Position\\_Statements\\_on\\_OD\\_in\\_adult\\_patients\\_for\\_web.pdf](http://myessd.org/docs/position_statements/ESSD_Position_Statements_on_OD_in_adult_patients_for_web.pdf) (1. dec 2018).
16. Leslie P, Carding PN, Wilson JA. Investigation and management of chronic dysphagia. *BMJ* 2003;326:433-6.
17. Manikantan K, Khode S, Sayed SI et al. Dysphagia in head and neck cancer. *Cancer Treat Rev* 2009;35:724-32.
18. Shaker R, Belafsky PC, Postma GN et al, red. Principles of deglutition. Springer, 2013.
19. Jensen K, Bonde Jensen A, Grau C. The relationship between observer-based toxicity scoring and patient assessed symptom severity after treatment for head and neck cancer. *Radiother Oncol* 2006;78:298-305.
20. Ajemian MS, Nirmul GB, Anderson MT et al. Routine fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing following prolonged intubation: implications for management. *Arch Surg* 2001;136:434-7.
21. Sassi FC, Medeiros GC, Zilberstein B et al. Screening protocol for dysphagia in adults: comparison with videofluoroscopic findings. *Clinics (Sao Paulo)* 2017;72:718-22.
22. World Gastroenterology Organisation. Guidelines dysphagia. [www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/dysphagia/dysphagia-english](http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/dysphagia/dysphagia-english) (1. dec 2018).
23. Newman R, Vilardeil N, Clave P et al. Effect of bolus viscosity on the safety and efficacy of swallowing and the kinematics of the swallow response in patients with oropharyngeal dysphagia: white paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia* 2016;31:232-49.
24. Eslick GD, Talley NJ. Dysphagia: epidemiology, risk factors and impact on quality of life – a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;27:971-9.
25. Melgaard D, Baandrup U, Bøgsted M et al. Rehospitalisation and mortality after hospitalisation for oropharyngeal dysphagia and community-acquired pneumonia: a 1-year follow-up study. *Cogent Med* 2017;4:1417668.
26. Westmark S, Melgaard D, Rethmeier LO et al. The cost of dysphagia in geriatric patients. *Clinicoecon Outcomes Res* 2018;10:321-6.

27. Patel DA, Krishnaswami S, Steger E et al. Economic and survival burden of dysphagia among inpatients in the United States. *Dis Esophagus* 2018;31:1-7.
28. Bath PM, Lee HS, Everton LF. Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;10:CD000323.
29. Brooks M, McLaughlin E, Shields N. Expiratory muscle strength training improves swallowing and respiratory outcomes in people with dysphagia: a systematic review. *Int J Speech Lang Pathol* 1. nov 2017 (e-pub ahead of print).