



Perzistujúca orofaryngeálna dysfágia po tonzilektómii – prehľadový článok a kazuistika

Mgr. Frederika Mária Kupcová¹, PhDr. Žofia Korim, PhD.², MUDr. Zuzana Švarc Haninová¹

¹Klinika otorinolaryngológie, Fakultná nemocnica Nitra

²Klinika otorinolaryngológie a chirurgie hlavy a krku LF UK a UNB, Bratislava

Perzistujúca orofaryngeálna dysfágia po tonzilektómii je relatívne raritná komplikácia, ktorá môže významne ovplyvniť kvalitu života pacienta. Ťažkosti pri prehltaní sú častým nálezom v skorom pooperačnom období a vo väčšine prípadov spontánne ustupujú v priebehu niekoľkých týždňov. U malej časti pacientov však môžu pretrvávajúť a predstavovať významný problém. Článok poskytuje prehľad patomechanizmov orofaryngeálnej dysfágie po tonzilektómii s dôrazom na biomechaniku prehltania. Súčasťou je kazuistika pacientky s perzistujúcou orofaryngeálnou dysfágiou po operácii podnebných mandlí, zachytávajúca klinický priebeh, výsledky inštrumentálnych vyšetrení a progres pri pravidelnej logopedickej terapii. Výsledky ukazujú, že multidisciplinárny prístup a cieľená rehabilitácia môžu významne zlepšiť bezpečnosť a efektívnosť prehltania.

Kľúčové slová: orofaryngeálna dysfágia, tonzilektómia, patomechanizmy prehltania, logopedická terapia, multidisciplinárny prístup

Persistent oropharyngeal dysphagia after tonsillectomy – a review article and a case report

Persistent oropharyngeal dysphagia after tonsillectomy is a relatively rare complication that can significantly affect a patient's quality of life. Difficulty swallowing is a common finding in the early postoperative period and in most cases resolves spontaneously within a few weeks. However, in a small number of patients, these difficulties may persist and pose a significant problem. This article presents an overview of the patomechanisms of oropharyngeal dysphagia after tonsillectomy with an emphasis on the biomechanics of swallowing. It also includes a case report of a patient with persistent oropharyngeal dysphagia following palatine tonsil surgery, documenting the clinical course, results of instrumental examinations, and progress during regular speech-language therapy. The findings demonstrate that a multidisciplinary approach and targeted rehabilitation can significantly improve the safety and efficiency of swallowing.

Key words: oropharyngeal dysphagia, tonsillectomy, patomechanisms of swallowing, speech-language therapy, multidisciplinary approach

Via pract., 2026;23(3-4):117-121

■ ÚVOD

Tonzilektómia (chirurgické odstránenie podnebných mandlí) patrí medzi najčastejšie chirurgické výkony v otorinolaryngológii a spolu s tonzilotómiou (čiastočné chirurgické odstránenie podnebných mandlí) predstavuje štandardnú liečebnú metódu pri patologických stavoch podnebných mandlí. Medzi najčastejšie indikácie na tonzilektómiu patria rekurentné tonzilárne infekcie a chronická tonzilitída. Tonzilotómia je indikovaná pri obštrukčných poruchách dýchania počas spánku a vykonáva sa predovšetkým u pediatrických pacientov (1, 2). Aj keď ide o relatívne bezpečný výkon, pooperačné obdobie môže byť sprevádzané rôznymi komplikáciami. Medzi najčastejšie patrí subklinické orofaryngeálne krvácanie, bolesť v oblasti orofaryngu, bolesť pri prehltaní (odynofágia) a prechodné ťažkosti pri prehltaní počas stravovania (dysfágia), ktoré sa zvyčajne spontánne zlepšujú v priebehu niekoľkých dní až týždňov (2, 3). Naopak, hypertrofia podnebných mandlí, ktorých patologický stav vedie k ťažkostiam pri prehltaní, môže byť rovnako dostatočným indikátorom chirurgickej intervencie s cieľom odstrániť obštrukciu a zlepšiť prehltanie, ako aj celkové fyzické i psychické zdravie pacienta (3, 4, 5, 6, 7).

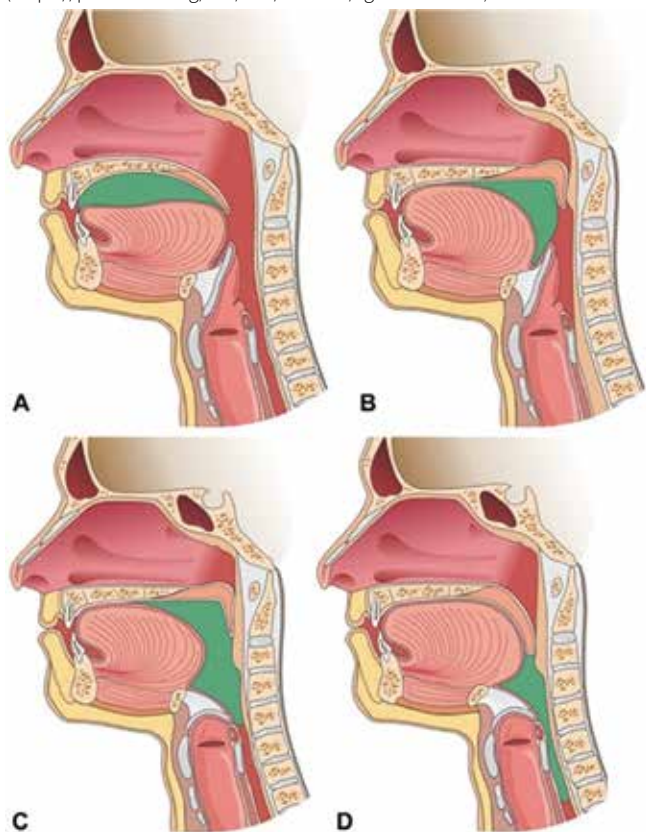
Orofaryngeálna dysfágia po tonzilektómii sa najčastejšie vyskytuje ako krátkodobý prechodný jav v dôsledku lokálneho zápalu, edému mäkkých tkanív, jazvenia aleboodynofágie (8, 9). Pri stave označovanom ako pretrvávajúca alebo perzistujúca orofaryngeálna dysfágia však pozorujeme prítomnosť ťažkostí s prehltaním aj niekoľko mesiacov po výkone. Tento stav predstavuje klinicky významný problém, ktorý môže ovplyvniť kvalitu života a spôsobiť nutričné deficity a/alebo zvýšiť riziko

aspirácie (10). Hoci sa orofaryngeálna dysfágia po tonzilektómii v odbornej literatúre neviaže na striktné stanovenú časovú hranicu, pri pretrvávani ťažkostí po skončení typického pooperačného obdobia (2 – 3 týždne) sa takýto stav považuje za perzistujúci symptóm vyžadujúci odborné vyšetrenie a intervenciu (8, 9). Výsledky rozsiahlej švédskej štúdie skúmajúcej dlhodobé komplikácie tonzilektómie u 54 462 pacientov ukázali, že približne 0,9 % osôb uvádzalo pretrvávajúce problémy s prehltaním aj šesť mesiacov po operácii. Analýza však preukázala, že percentuálne riziko pretrvávajúcich dlhotrvajúcich pooperačných komplikácií po tonzilotómii bolo v porovnaní s tonzilektómiou o tretinu nižšie (2).

PATOMECHANIZMY PERZISTUJÚCEJ OROFARYNGEÁLNEJ DYSFÁGIE

Prehltanie predstavuje komplexný neuromuskulárny proces zahŕňajúci koordinovanú aktivitu viacerých svalových skupín a nervových štruktúr vrátane kortikálnych a subkortikálnych oblastí mozgu, ako aj hlavových a spinálnych nervov zodpovedných za motoriku a senzorkú spätnú väzbu počas orálnej (prípravnej a transportnej), faryngeálnej a ezofageálnej fázy prehltania (11, 12). Chirurgický výkon v oblasti podnebnomandľového lôžka (*fossa tonsillaris*) sa vykonáva v tesnej blízkosti svalových štruktúr hltana a nervových vetiev, predovšetkým vetvy jazykohltanového nervu (*n. glossopharyngeus*), ktoré sa priamo podieľajú na regulácii prehltania (9, 12). Narušenie ich funkcie môže viesť k zmenám koordinácie, efektivity a bezpečnosti jednotlivých fáz, najčastejšie orálnej a faryngeálnej časti prehltania.

Obrazok 1. Biomechanizmus prehltania – orálna prípravná fáza (A), orálna transportná fáza (B), faryngeálna fáza (C), ezofageálna fáza (D) (<https://pubs.rsna.org/doi/abs/10.1148/rg.2021210051>)



Medzi hlavné patomechanizmy orofaryngeálnej dysfágie po tonzilektómii radíme zníženú efektivitu faryngeálnej kontrakcie, pooperačné zjazvenie, oneskorené spustenie faryngeálnej fázy prehltania, mechanické dráždenie nervových a cievnych štruktúr orofaryngu pri Eaglovom syndróme a psychogénny faktor.

Nedostatočná kontrakcia svalov hltana vedie k neúplnému vyprázdneniu faryngeálneho priestoru počas prehltania a k následnej retencii potravy, ktorá sa najčastejšie akumuluje vo valekulách alebo piriformných sínusoch ako faryngeálne rezíduum (13). Tieto ťažkosti sa môžu manifestovať subjektívnym pocitom sťaženej deglutície a môžu byť inštrumentálne zdiagnostikované aj niekoľko týždňov po výkone (8). Retenciu potravy v oblasti hltana alebo až riziko postdeglutičnej aspirácie sústa (vdýchnutie potravy do dolných dýchacích ciest po prehlnutí) môže zapríčiniť aj nedostatočná elevácia jazylkohrtanového (hyolaryngeálneho) komplexu, ktorá je nevyhnutná na správne otvorenie horného pažerákového zvierača (HPZ) a ochranu dolných dýchacích ciest (14).

Ďalším patomechanizmom orofaryngeálnej dysfágie po tonzilektómii je pooperačné zjazvenie. Vzniká v dôsledku obmedzenia pohyblivosti podnebných oblúkov a narušenia koordinácie kontrakcií svalov zúčastňujúcich sa na prehltaní. Viaceré zahraničné štúdie analyzujúce postoperatívne komplikácie tonzilektómie poukazujú na zvýšený pooperačný výskyt hypernazality reči a nazálnej regurgitácie tekutín a potravy (návrat sústa do nosa) počas prehltania s predpokladom narušenej funkčnosti velofaryngeálneho mechaniz-

mu (VFM), klinicky hodnotenej ako velofaryngeálna insuficiencia (2, 15, 16). Insuficiencia VFM po tonzilektómii je však zriedkavá a vo väčšine prípadov dochádza k spontánnej náprave stavu do piatich mesiacov (15).

Ďalším dôležitým faktorom je oneskorené spustenie faryngeálnej fázy, nakoľko receptory podnebnomandľového (tonzilárneho) lôžka a zadnej steny hltana zohrávajú kľúčovú úlohu pri iniciácii reflexnej zložky prehltania. Narušenie inervácie jazylkohltanového nervu (n. IX) vedie k zníženiu senzorickej aferencie v oblasti orofaryngu, čo môže mať za následok predčasný transport bolusu do hypofaryngu ešte pred iniciáciou prehltacieho reflexu. Tento patomechanizmus následne zvyšuje riziko penetrácie alebo aspirácie (11). Zahraničné štúdie opisujú zriedkavé prípady perzistujúcej orofaryngeálnej dysfágie v dôsledku bilaterálneho poškodenia jazylkohltanového nervu počas tonzilektómie, sprevádzané nazálnou regurgitáciou, faryngeálnymi rezíduami a laryngeálnou penetráciou prehltaného sústa (9). Napriek tomu orofaryngeálna dysfágia podmienená narušením inervácie prehltacieho aktu zostáva vzhľadom na svoj raritný výskyt nedostatočne preskúmanou oblasťou.

Niekoľké zahraničné štúdie upozorňujú aj na potrebu vyšetrenia *processus styloideus* v súvislosti s možnou elongáciou tejto štruktúry presahujúcou 30 mm alebo osifikáciou *ligamentum stylohyoideum*. Tento stav je známy ako Eaglov syndróm a môže spôsobovať symptómy ako orofaryngeálna dysfágia, odynofágia alebo *globus pharyngeus* (pocit cudzieho telesa v krku) v dôsledku mechanickej kompresie okolitých nervových a cievnych štruktúr (17, 18). V niektorých prípadoch sa klasická forma Eaglovho syndrómu opisuje aj po tonzilektómii s predpokladom pooperačného jazvenia v oblasti podnebnomandľového lôžka a následného dráždenia predĺženého *processus styloideus*. Diagnostika je založená na klinickom vyšetrení a zobrazovacích metódach, najmä CT alebo 3D zobrazovacích technikách, ktoré umožňujú posúdiť dĺžku a orientáciu *processus styloideus* a jeho vzťah k okolitým anatomickým štruktúram (12, 18).

V prípadoch, keď perzistujúcu orofaryngeálnu dysfágiu nie je možné vysvetliť anatomickou alebo fyziologickou príčinou, často zohrávajú hlavnú úlohu psychogénne alebo funkčné faktory. Štúdie ukazujú, že pacienti s orofaryngeálnou dysfágiou majú zvyčajne vyššie skóre depresie a úzkosti v porovnaní s kontrolnou populáciou. Tieto psychogénne faktory môžu nielen zhoršovať subjektívne vnímanie symptómov, ale aj priamo ovplyvňovať koordináciu svalov zapojených do procesu prehltania (19). V publikovanej kazuistike z roku 2025 (1) sa u pacienta po tonzilektómii a následnom pooperačnom krvácaní rozvinula fagofóbia (strach z prehltania), ktorá viedla k odmietaniu jedla a tekutín. Po vylúčení anatomických a neurologických príčin bola stanovená diagnóza psychogénnej dysfágie. Autori zdôrazňujú, že ide o diagnózu *per exclusionem*, ktorá si vyžaduje multidisciplinárny prístup zahŕňajúci otorinolaryngológa, logopéda a psychológa.

■ KAZUISTIKA

23-ročná žena bola v marci 2025 vyšetrená na klinike otorinolaryngológie (ORL) vo fakultnej nemocnici pre subjektívne uvádzaný pretrvávajúci diskomfort v orofaryngu vľavo a recidivujúce epizódy akútnej tonzilitídy niekoľkokrát ročne

od detstva. Poruchy spánku, chrápanie, ťažkosti s dýchaním alebo prehĺtaním pacientka negovala. Pri ORL vyšetrení bola objektívne zistená hypertrofia tonzíl s akcentom vľavo, s prítomnými čapmi bilaterálne a Mallampati skóre I (najnižší stupeň – kompletne viditeľný orofarynx). V osobnej anamnéze okrem nízkej expozície nikotínu a laktózovej intolerancie neuvádzala ďalšie ochorenia alebo zdravotné ťažkosti. Po splnení indikačných kritérií pacientka v septembri 2025 podstúpila bilaterálnu tonzilektómiu studenou technikou v celkovej anestézii. Okrem patologického stavu tonzíl neboli pri príjmovom ORL vyšetrení zistené žiadne anatomické alebo funkčné abnormality. Priebeh operačného výkonu bol bez komplikácií, histológia odobraného tkaniva potvrdila klinický nález. V skorom pooperačnom období nebolo prítomné krvácanie, rana sa hojila, bolesti pacientka tolerovala, stravovala sa kašovitou stravou bez ťažkostí.

Na 12. deň od operácie počas kontrolného ambulantného vyšetrenia pacientka referovala prítomnosť výraznej odynofágie, hypernazálnu reč, bolesť v oblasti temporomandibulárneho kĺbu pri otváraní úst, chudnutie, návrat tekutín do nosohltanu a ťažkosti pri prehĺtaní tuhej stravy. ORL vyšetrenie vylúčilo prítomnosť krvácania, febrilitu i anatomické abnormality. Pre pretrvávajúcu dysfágiu po mesiaci od tonzilektómie bola pacientke odporúčaná logopedická diagnostika a flexibilné endoskopické vyšetrenie prehĺtania (FEES). Klinické vyšetrenie preukázalo prítomnosť trizmu, absenciu dávivého reflexu a velofaryngeálnu insuficienciu evidovanú pri reči i prehĺtaní. FEES vyšetrenie bolo kvantifikované pomocou škály Úroveň narušenia prehĺtania na dynamickom zobrazení (Dynamic Imaging Grade of Swallowing Toxicity, DIGEST), pričom celkové skóre zodpovedalo ľahkému stupňu orofaryngeálnej dysfágie, prehĺtanie bolo bezpečné (Bezpečnosť = 0) a efektivita prehĺtania bola ľahko narušená (Efektivita = 1). Hlavným nálezom bol predĺžený orálny transport tuhej stravy, prítomnosť faryngeálnych rezíduí a nazálna regurgitácia pri kašovitaj a tekutej konzistencii.

Logopedická terapia bola zameraná na rehabilitáciu faryngeálnych svalov, kompenzáciu počas prehĺtania a diétne opatrenia. Pre výraznú odynofágiu bolo odporúčané pokračovať v stravovaní tekutou, kašovitou a mäkkou stravou podľa International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) a pre výrazný úbytok hmotnosti (približne o 6 kg) bola zavedená nutričná podpora vo forme perorálnych nutričných doplnkov. Pacientka bola edukovaná o fyziologickom prehĺtaní a efektivite kompenzačných a režimových opatrení cez záklon hlavy pri prehĺtaní tekutín, termotaktilnú a gustatórnu stimuláciu orofaryngu spolu s technikami posilnenia VFM. Po poučení realizovala Mendelsonov manéver (zvyšovanie trvania a rozsahu elevácie hrtanu počas prehĺtania) a Masako manéver (posilňovanie svalov jazyka a zadnej hltanovej steny) prehĺtaním slín v intenzite desiatich opakovaní trikrát denne a rehabilitačný nácvik úsilného prehĺtania realizovaný počas prehĺtania stravy v rozsahu 25 opakovaní trikrát denne. Logopedická intervencia bola realizovaná vo frekvencii raz za tri týždne.

Napriek prvotnému zlepšovaniu klinického stavu na začiatku terapie pacientka v decembri 2025 referovala zvýraznenie nazálnej regurgitácie pri konzumácii tuhej a tekutej stravy. S cieľom diferenciálnej diagnostiky a opätovného zhodnote-

Obrázok 2. Nazálna regurgitácia slín zachytená počas vyšetrenia prehĺtania FEES – stav VFM počas dýchania (1), začiatok VFM (2), vrcholenie tvorenia VFM (3), vrchol VFM s viditeľnou regurgitáciou slín (4) (zdroj: autori)



nia prehĺtania bolo indikované videofluoroskopické vyšetrenie prehĺtania (VFSS) s podaním báriovej kontrastnej látky. Vyšetrenie nepotvrdilo štrukturálne abnormality, narušenie bezpečnosti prehĺtania ani dysfunkciu otvárania HPZ. Dominujúcim nálezom bola porucha transportu bolusu v dôsledku insuficiencie podnebnójazykového a jazykohltanového záveru, čo viedlo k signifikantnej retencii bolusu v oblasti valekúl s následným výskytom faryngeálnych rezíduí, najmä pri kašovitej konzistencii, kvantifikovaných v Bolus residual scale (BRS) na úrovni 2. Pohyb mäkkého podnebia bol zachovaný, avšak s prítomnou velofaryngeálnou insuficienciou manifestujúcou sa miernou nazálnou regurgitáciou tekutín. Vzhľadom na preukázanú dyskoordináciu prehĺtania bol terapeutický plán rozšírený o supraglotické prehĺtanie a cielený tréning sily jazyka. Masako manéver bol z terapeutického protokolu exkludovaný, nakoľko sa v danom klinickom obraze javil ako maladaptívny.

Pri päťmesačnej kontrole bolo zaznamenané výrazné objektívne i subjektívne hodnotené zlepšenie prehĺtania, najmä pri používaní kompenzačných mechanizmov a režimových opatrení realizovaných počas stravovania. Nazalita, pohyblivosť a senzitivita mäkkého podnebia, ako aj zrozumiteľnosť reči sa vrátili na úroveň normy a aj zásluhou rozmanitej stravy v plnom rozsahu konzistencií s podpornou výživou sa stabilizovala telesná hmotnosť pacientky. Pretrvával však mierny pocit rezíduí vo faryngu a sporadická nazálna regurgitácia pri pití tekutín bez použitia slamky. K marcu 2026 pacientka zostáva aj naďalej v interdisciplinárnej logopedickej a otorinolaryngologickej starostlivosti. Terapeutické úsilie je primárne zamerané na optimalizáciu prehĺtania, elimináciu pretrvávajúcich symptómov a zmiernenie diskomfortu v oblasti hltanu. Cieľom pokračujúcej intervencie je dosiahnutie maximálnej novej miery funkčnej rehabilitácie prehĺtania.

DISKUSIA

Perzistujúca orofaryngeálna dysfágia po tonzilektómii predstavuje relatívne zriedkavú, no klinicky významnú komplikáciu, ktorá môže byť podmienená kombináciou ana-

Obrázok 3. VFSS vyšetrenie s faryngeálnymi rezíduami po prehltnutí kašovitej konzistencie (zdroj: autori)



tomických, neurologických, funkčných a psychogénnych faktorov (8, 9, 18, 19). Kazuistika prezentovanej pacientky demonštruje, že aj u mladých dospelých pacientov bez významných komorbidít môže dôjsť k dlhodobým ťažkostiam s prehĺtaním, ktoré si vyžadujú komplexný multidisciplinárny diagnostický a terapeutický prístup.

Inštrumentálne vyšetrenia FEES a VFSS umožnili detailnú analýzu biomechaniky prehĺtania a identifikáciu viacerých funkčných odchýlok, najmä prítomnosť faryngeálnych rezíduí, narušenie funkcie orofaryngeálnych záverov a epizódy nazálnej regurgitácie stravy. Podobné nálezy opisujú aj zahraničné štúdie, ktoré poukazujú na možné pooperačné zmeny v koordinácii faryngeálnej kontrakcie, zníženie efektivity transportu bolusu a oneskorenie iniciácie faryngeálnej fázy prehĺtania (2, 8). Tieto mechanizmy môžu byť dôsledkom lokálneho chirurgického zásahu, pooperačného zjazvenia alebo prechodných zmien senzorickej aferencie v oblasti orofaryngu (18).

Dôležitým aspektom diagnostického procesu bolo využitie kombinácie klinického logopedického vyšetrenia a inštrumentálnych metód, ktoré umožnili komplexné zhodnotenie bezpečnosti a efektivity prehĺtania. FEES poskytuje priamu vizualizáciu faryngeálnej fázy prehĺtania a umožňuje identifikovať prítomnosť rezíduí, penetrácie a/alebo aspirácie. VFSS umožňuje dynamické zhodnotenie všetkých fáz prehĺtania a detailnú analýzu transportu bolusu a koordinácie jednotlivých štruktúr zapojených do prehĺtacieho aktu. Kombinácia týchto vyšetrení sa v súčasnosti považuje za štandardný prístup pri komplexnom hodnotení orofaryngeálnej dysfágie (8, 20).

Cieľom logopedickej terapie bolo predovšetkým zlepšenie koordinácie prehĺtacieho aktu, zvýšenie efektivity velofaryngeálneho uzáveru a posilnenie kontrakcie orofaryngeálnych svalov. Použité rehabilitačné manévry a kompenzačné stratégie sú v súlade s odporúčaniami zahraničných štúdií, ktoré poukazujú na pozitívny efekt cielených dysfagiologických intervencií na bezpečnosť a efektivitu prehĺtania (9, 13). Napriek snahe ovplyvniť velofaryngeálnu insuficienciu nie je terapia zameraná na zlepšenie funkcie VFM dostatočne do-

kumentovaná ani v zahraničnej literatúre, čo sa nám potvrdilo aj pri našej klinickej skúsenosti. V priebehu terapie sa dokonca ukázalo, že niektoré terapeutické techniky môžu byť v špecifických klinických situáciách menej vhodné. V našom prípade sa Masako manéver ukázal ako potenciálne maladaptívny vzhľadom na prítomnú zhoršenú velofaryngeálnu insuficienciu a epizódy nazálnej regurgitácie. Podobné zistenia opisujú aj experimentálne štúdie, podľa ktorých môže tento manéver viesť k zvýšenej variabilite faryngeálnych tlakov a k dyskoordinácii prehĺtacieho aktu (21).

Významnú úlohu pri perzistujúcej orofaryngeálnej dysfágii zohráva aj psychogénny a nutričný aspekt ochorenia. Pretrvávajúce ťažkosti s prehĺtaním môžu spôsobiť obmedzenie príjmu potravy a tekutín, úbytok telesnej hmotnosti a zhoršenie kvality života pacienta. U niektorých pacientov sa zároveň môže rozvinúť strach spojený s príjmom potravy alebo prehĺtaním, čo zvýrazňuje potrebu včasnej intervencie (2, 13, 19). Prezentovaná kazuistika poukazuje na význam individualizovaného terapeutického prístupu a pravidelného monitorovania klinického stavu pacienta. Aj napriek relatívne zriedkavému výskytu môže perzistujúca orofaryngeálna dysfágia po tonzilektómii predstavovať významný klinický problém, ktorý si vyžaduje komplexnú diagnostiku a dlhodobú intervenciu.

KLINICKÉ ODPORÚČANIA PRE PRAX

Pri orofaryngeálnej dysfágii pretrvávajúcej 14 – 21 dní po operácii podnebných mandlí je indikovaný multidisciplinárny prístup zahrňajúci spoluprácu otorinolaryngológa, logopéda a v prípade potreby neurológa, psychológa a nutričného terapeuta (2, 19). Včasná diagnostika pomocou inštrumentálnych diagnostických metód umožňuje objektívne identifikovať orofaryngeálnu dysfágiu, hlavne faryngeálne rezíduá, narušenie velofaryngeálneho uzáveru, penetráciu a/alebo aspiráciu (8, 18, 20). Na Slovensku je dostupné flexibilné endoskopické vyšetrenie prehĺtania (flexible endoscopic evaluation of swallowing, FEES), ktoré umožňuje priamu vizualizáciu anatomických štruktúr hltana, identifikáciu faryngeálnych rezíduí a možnosť vylúčenia penetrácie alebo aspirácie pred alebo po prehltnutí a videofluoroskopické vyšetrenie prehĺtania (videofluoroscopic swallow study, VFSS), ktoré zas poskytuje detailné zhodnotenie všetkých fáz prehĺtania, ako aj rizík penetrácie alebo aspirácie počas prehltnutia prostredníctvom kontrastnej látky sledovanej pod röntgenovým žiarením (8, 18, 19, 20). Protokol logopedickej terapie vychádza z výsledkov diagnostiky. Mal by zahŕňať cielené cvičenia na posilnenie svalov prehĺtania či prehĺtacie manévry a režimové opatrenia prispôbené aktuálnemu nálezu pacienta (13, 21). Nutričná podpora a edukácia pacientov o mechanizmoch prehĺtania znižujú riziko podvýživy a dehydratácie a zlepšujú adhérenciu k terapii (10). Pravidelné sledovanie pacienta umožňuje priebežnú úpravu terapeutických stratégií a optimalizáciu bezpečnosti a efektivity prehĺtania (11).

ZÁVER

Dysfágia po tonzilektómii má spravidla prechodný charakter, no u malej časti pacientov môže pretrvávať aj dlhodobo.



Perzistujúca dysfágia je multifaktoriálny stav, ktorý môže byť spôsobený kombináciou štrukturálnych zmien, neurologických porúch a funkčných abnormalít prehĺtacieho aktu. Komplexná diagnostika, zahŕňajúca klinické vyšetrenie, inštrumentálne vyšetrenie a štandardizované dotazníky, umožňuje presnú lokalizáciu poruchy a plánovanie cieľného terapeutického prístupu. Logopedická a dysfagiologická terapia zahŕňajúca rehabilitačné, kompenzačné a režimové opatrenia počas stravovania významne prispieva k obnoveniu bezpečného a efektívneho prehĺtania a minimalizuje riziko nutričných deficitov či aspirácie.

Etické vyhlásenie: Pacientka súhlasila s publikovaním anonymizovaných údajov a všetkých informácií uvedených v článku.

Konflikt záujmov: Autori nemajú žiadne konflikty záujmov, ktoré by mohli ovplyvniť výsledky alebo interpretáciu práce.

Mgr. Frederika Mária Kupcová

Klinika ORL, Fakultná nemocnica Nitra

Špitálska 6, 950 01 Nitra

frederika.kupcova@fnnitra.sk

Literatúra

1. Wong CH, Ho YY, Chieng GEA, et al. Clinical Conundrum: The Post-tonsillectomy Patient Who Refused to Swallow [online]. Dysphagia. November 2025. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/397207750_Clinical_Conundrum_The_Post-tonsillectomy_Patient_Who_Refused_to_Swallow>. Accessed April 2, 2026.
2. Odhagen E, Alm F, Axelsson S, et al. Long-term complications after tonsil surgery: an analysis of 54,462 patients from the Swedish Quality Register for Tonsil Surgery [online]. Front. Surg. 2023;12. Available from: <<https://www.frontiersin.org/journals/surgery/articles/10.3389/fsurg.2023.1304471/full>>. Accessed April 3, 2026.
3. Ilango P. 2021. A study on post-tonsillectomy immediate and delayed complications. IAIM. 2021;8(7):23-29
4. Stefan S, Ericsson E. Health benefits in a cohort of children 6 months after tonsil surgery in relation to the perioperative period: an observational prospective cohort study [online]. Health Sci Rep. 2025;8(1). Available from: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hsr2.70364>>. Accessed April 3, 2026.
5. Clayburgh D, Milczuk H, Gorsek S, et al. Efficacy of tonsillectomy for pediatric patients with dysphagia and tonsillar hypertrophy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;137(12):1197-1202.
6. Štefanička P. Kapitoly z otorinolaryngológie: dutina ústna, hltan, hrtan, krk. Bratislava, Slovakia: Univerzita Komenského, Lekárska fakulta; 2018. 169s.
7. Staníková A, Majáková L, Kunzo S. Indikácie na tonzilektómiu a tonzilotómiu v detskom veku. Pediatria pre prax. 2013;14(5):188-190
8. Mansour AA, Sabry SM, Elbeltagy YM, et al. Evaluation of swallowing impairment after tonsillectomy [online]. The Egyptian Journal of Otolaryngology. 2025;41(119). Available from: <<https://link.springer.com/article/10.1186/s43163-025-00866-8>>. Accessed April 3, 2026.
9. Hong SA, LaGorio L, Husain I. Post-tonsillectomy dysphagia secondary to glossopharyngeal nerve injury. BMJ Case Reports. 2020;13(1).
10. Song JM. Dysphagia and quality of life: A narrative review. Annals of Clinical Nutrition and Metabolism, 2024;16(2):43-48.
11. Wei KC, Wang TG, Hsiao MY. The Cortical and Subcortical Neural Control of Swallowing: A Narrative Review. Dysphagia. 2024;39(2):177-197.
12. Standring S. Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice (42nd ed.) [online]. Elsevier. 2021. Available from: <https://www.elsevier-elibrary.com/contents/fullcontent/58750/epubcontent_v2/OEBPS/B978044306684950041X.htm>. Accessed April 2, 2026.
13. Heslin N, Regan J. Effect of effortful swallow on pharyngeal pressures during swallowing in adults with dysphagia: A pharyngeal high-resolution manometry study. International Journal of Speech-Language Pathology. 2022;24(2):190-199.
14. Cengiz E, Arslan SS, Demir N, et al. Possible Impact of Mylohyoid Muscle Architecture on Reduced Hyolaryngeal Elevation. Medical Hypotheses. 2022;165(3).
15. Khami M, Tan S, Glicksman JT, et al. Incidence and Risk Factors of Velopharyngeal Insufficiency Postadenotonsillectomy. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015;153(6):1051-1055.
16. Fageeh NA. Velopharyngeal insufficiency after adenotonsillectomy in children. Saudi Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. 2015;17(2):55-58.
17. de Ruiter RD, Treurniet S, Bravenboer N, et al. Eagle syndrome: tissue characteristics and structure of the styloid process [online]. JBMR Plus. 2024;8(10). Available from: <<https://academic.oup.com/jbmrplus/article/8/10/zia115/7745422>>. Accessed April 3, 2026.
18. AlAbdulwahed R, O'Flynn P. The Eagle Has Landed: an unusual case of Eagle's syndrome. Journal of Surgical Case Reports. 2021;12:1-3.
19. Ceylan BT, Gürü M. Depression and Anxiety in Patients with Oropharyngeal Dysphagia Evaluated by Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) [online]. Med Sci Monit. 2025;2(31). Available from: <<https://medscimonit.com/abstract/full/idArt/949150>>. Accessed April 2, 2026.
20. Labeit B, Ahring S, Boehmer M, et al. Comparison of simultaneous swallowing endoscopy and videofluoroscopy in neurogenic dysphagia. Journal of the American Medical Directors Association. 2022;23(8):1360-1366.
21. Teplansky KJ, Jones CA. Pharyngeal Pressure Variability During Volitional Swallowing Maneuvers. Journal of Speech, Language and Hearing Research. 2022;65(1):136-145.