



# Dysphagie

Journée régionale de restitution 2019

ARS

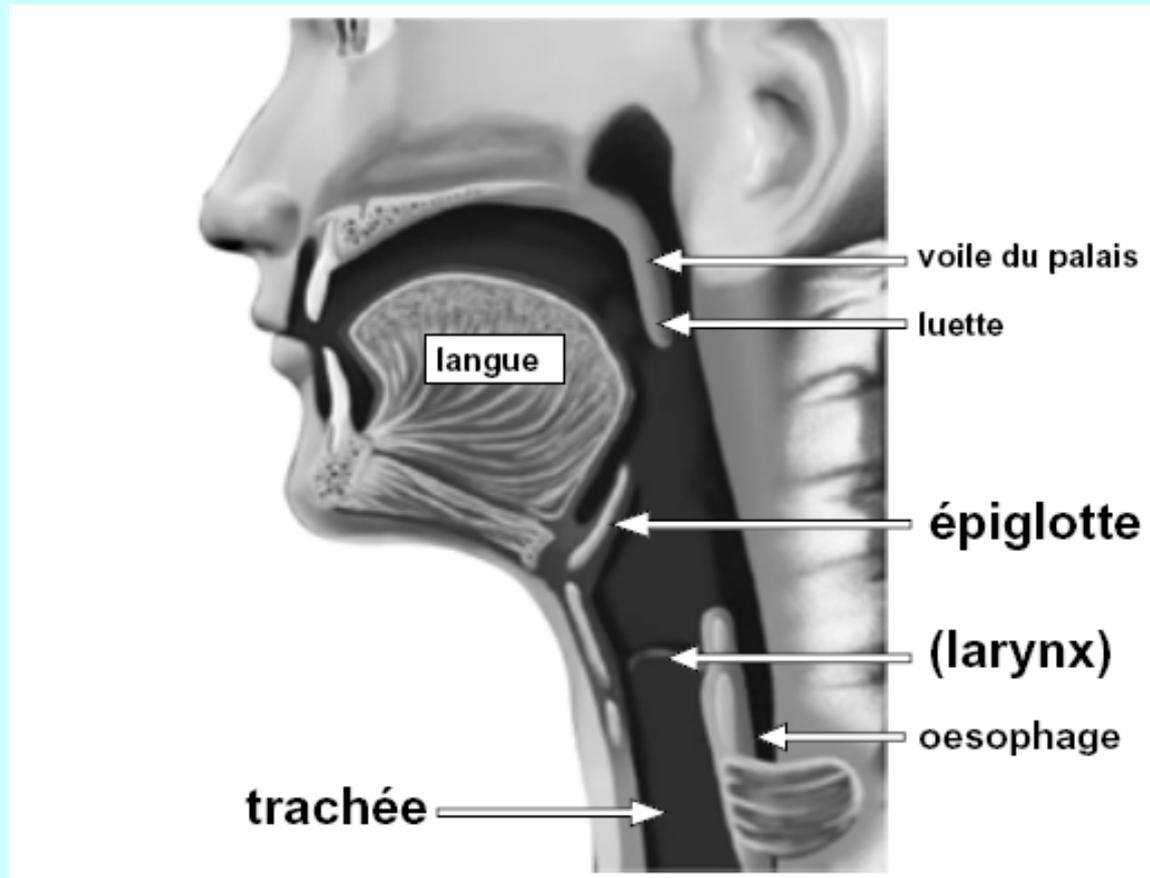
Dr Christine LEPAISANT - Clinique de la Miséricorde Caen



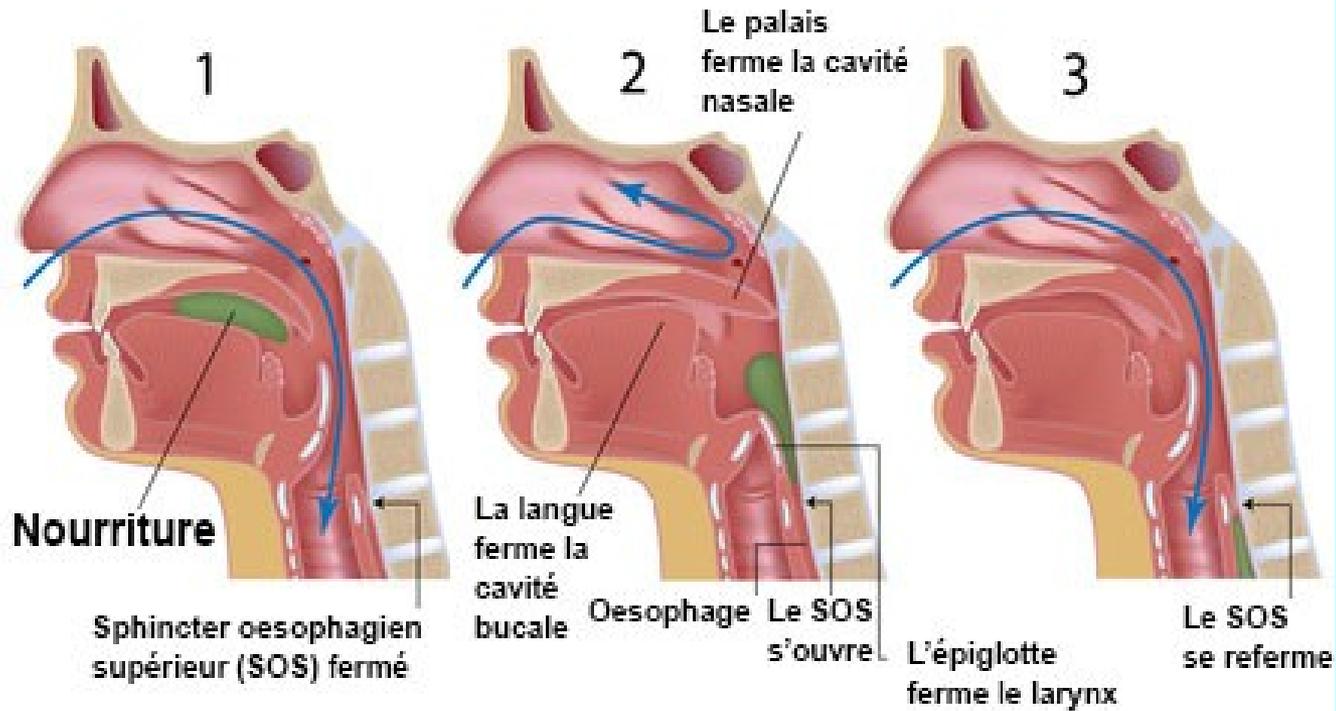
# Introduction

- Le trouble de la déglutition ou dysphagie, est lié à des difficultés du passage du bol alimentaire de la bouche au sphincter supérieur de l'œsophage.
- Cette impossibilité d'avaler peut mettre en jeu le pronostic vital par fausse route alimentaire par étouffement.
- La difficulté d'avaler est un véritable **handicap**, avec conséquences émotionnelles, perte du plaisir de manger, gêne sociale par lenteur de la prise au repas, raclement de gorge d'où isolement pour prendre les repas, par angoisse de frustration, par peur de récurrence du patient, de sa famille ou des soignants.
- La peur est souvent due à une méconnaissance de ces troubles, aux conséquences d'un traitement inadapté, mal défini, liée à un manque d'informations ou de formation de l'entourage.
- L'incompréhension de l'entourage familial face aux troubles de la déglutition peut aboutir à des comportements inadaptés tels la **négation** du handicap avec non modification de la texture des aliments donnés, ou au contraire à une **surprotection** de peur qu'il ne s'étouffe.

# Anatomie



# Déglutition



## Physiologie de la déglutition

- La déglutition commence dès que le bol alimentaire pénètre dans la bouche. L'aliment est préparé par la mastication et l'insalivation pour former un bol **homogène**. Celui-ci est ramené sur le dos de la langue. La pointe prend alors appui en arrière des incisives supérieures et se plaque progressivement d'avant en arrière contre le palais pour propulser le bol vers l'isthme du gosier. Toute l'activité de cette phase buccale est **volontaire** et **automatique**.
- Dès que le bol arrive sur la partie postérieure de la langue et passe l'isthme du gosier, le **réflexe** de déglutition est activé.
- Le voile du palais ferme les fosses nasales en arrière, tandis que les voies aériennes sont protégées par l'ascension du larynx, la bascule de l'épiglotte et la fermeture de la glotte par rapprochement des cordes vocales. Le bol alimentaire est propulsé grâce à la **contraction** de haut en bas des muscles constricteurs du pharynx.
- Ce réflexe est activé par le passage du bol sur la base de la langue, mais la déglutition pharyngée peut aussi être déclenchée par la **volonté** seule.

## Fréquence

- Sur 15 millions d'américains, elle est responsable de 12000 morts par an
- La fréquence des troubles de la déglutition augmente avec l'âge.
- Elle représente 16 à 50% de la population générale de plus de 50 ans
  
- Elle varie selon la population étudiée:
  - 10 à 30% environ des sujets âgés au domicile
  - 30 à 70% en institution
  - 10 à 20% des patients hospitalisés.

# Principales étiologies

- **Affections neurologiques:**
- AVC, traumatisme crânien, IMC
- Maladie de Parkinson et affections dégénératives apparentées
- Maladie d'Alzheimer et apparentées
- Sclérose latérale amyotrophique
- Sclérose en plaque..
- Tumeur du SNC
- **Affections musculaires:**
- Myasthénie, myopathies, polymyosites
- **Affections de la sphère ORL:**
- Tumeurs de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage
- Compressions extrinsèques( thyroïde, adénopathie..)
- Diverticule de Zenker
- Candidose oropharyngée

- **Pathologie stomatologique:**
- Les troubles masticatoires, liés au **vieillessement**:
- baisse de l'efficience de la musculature, l'édentation;
- -sont diminués par baisse du nombre de **paires** de dents, les dents prothétiques, les dentiers complets amovibles
- de 30 à 75% par rapport aux sujets à dentition **intacte**.
- La sécheresse buccale:
- due surtout aux médicaments, anticholinergiques, diurétiques
- respiration bouche ouverte, la radiothérapie, la deshydratation, le diabète, les maladies auto-immunes( Sjögren).
- Source de dysgueusie, de glossodynie, de fissuration de la muqueuse buccale, de caries dentaires.

# Symptômes de la fausse route alimentaire

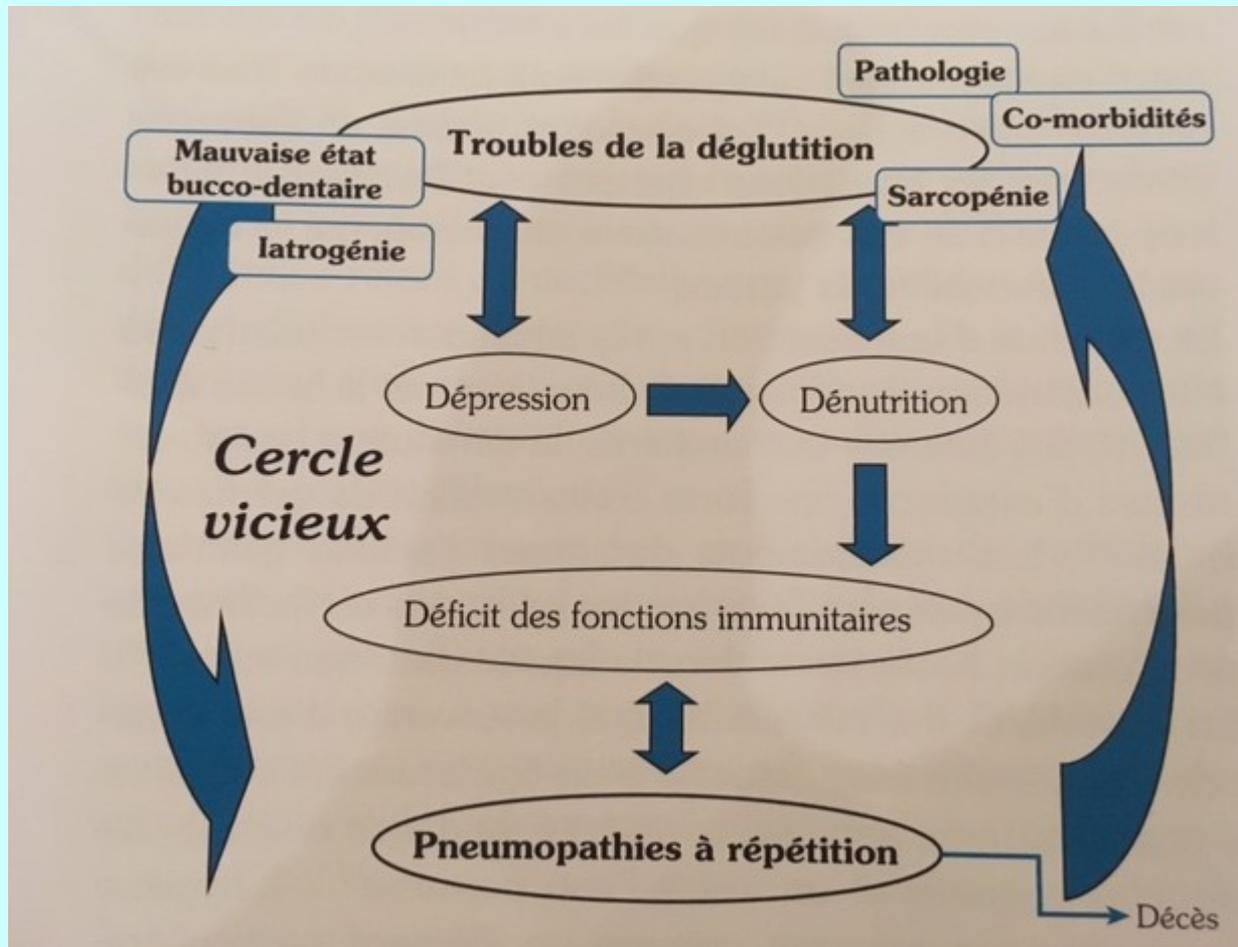
- **Symptômes évocateurs:**
- Gêne pour avaler.
- Reflux alimentaire par le nez .
- Blocages alimentaires.
- Fausse route évidente, signes d'étouffement, grimaces, changement de coloration de la peau, suffocation, transpiration.
- Toux lors du repas.
- Modification de la voix au cours du repas.

- **Symptômes souvent mal interprétés:**
- Réduction de la prise alimentaire.
- Raclements de gorge.
- Stase salivaire: salive persistante au coin des lèvres, oreiller mouillé au réveil.
- Stase alimentaire: résidus demeurant en bouche ou dans la gorge après le repas.
- Augmentation de la durée du repas.
- Modifications respiratoires lors du repas.
- Refus de la prise du repas en commun.
- Perte de poids, dénutrition, déshydratation, AEG.
- Pneumopathies récidivantes.
- Episodes fébriles inexplicables.
- Encombrement bronchique.

## Conséquences des troubles de la déglutition

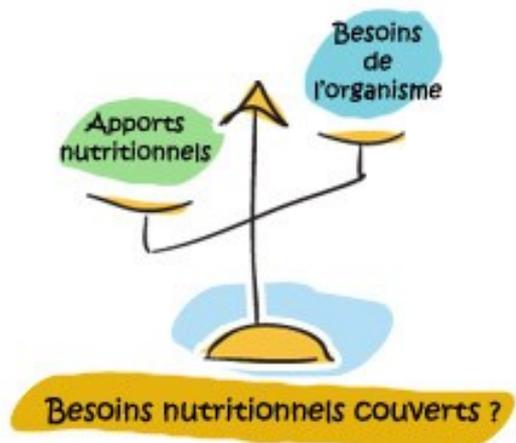
- Retentissement psychologique et social.
- Troubles de la nutrition et de l'hydratation.
- Accident lié au blocage alimentaire, dans les voies respiratoires.
- Infections respiratoires, pneumopathie, bronchites par déglutition chronique de **sécrétions** oropharyngées.

# Cercle vicieux des troubles de la déglutition en gériatrie



# Prise en charge pluridisciplinaire

- Le médecin.
- L'IDE, évalue, coordonne, réévalue, vérifie l'adéquation de la galénique des médicaments, supervise le déroulement du repas, fait une éducation de la famille, réalise l'aspiration.
- L'aide soignant, fait les soins de bouche, installe le patient, vérifie le plateau repas, aide, stimule et surveille le repas.
- La diététicienne, adapte les textures, optimise l'apport nutritionnel, compose les menus.
- L'orthophoniste, évalue, rééduque, adapte les textures.
- L'ergothérapeute aide au positionnement, au maintien de l'autonomie avec du matériel ergonomique.
- Le kinésithérapeute, aide au positionnement, fait de la kinésithérapie respiratoire.
- Le chirurgien dentiste, améliore l'état bucco-dentaire et prothétique.
- Le pharmacien, contrôle la galénique, limite le recours aux psychotropes.
- La famille, participe, stimule, est informée sur le déroulement du repas, la position, la texture.



## Evaluer la sévérité du trouble

- Les troubles présentés sont-ils liés à la déglutition d'aliments ou aggravés par elle?
- Sont-ils au contraire présents en dehors de la prise alimentaire et même soulagés par elle ?
- La réponse à cette question permet de distinguer les troubles vrais de la déglutition des paresthésies pharyngées.
- Quel est le retentissement vital des troubles ?
- Celui-ci s'apprécie sur la perte de poids, l'albuminémie, l'état pulmonaire (pneumopathies de déglutition) et la survenue d'épisodes asphyxiques par fausse route.
- Le trouble de la déglutition est-il sévère, l'alimentation non orale est-elle à envisager ?
- Le trouble de la déglutition est-il peu sévère, la rééducation de la déglutition et l'adaptation de l'alimentation sont-elles possibles ?

## Evaluation clinique

### Contexte général

- Altération de l'état général, dénutrition, deshydratation, infection respiratoire.
- Inconfort ou position assise impossible, raideur du rachis cervical, atteinte des membres supérieurs gênant la prise alimentaire.
- Troubles cognitifs, absence de motivation.
- Symptômes décrits.

## Examen clinique: limité

- Etude de la cavité buccale et de l'oropharynx:
- Sensibilité, motricité
- Occlusion des lèvres, l'engrènement des dents, l'état dentaire, l'adaptation des dentiers, la stase salivaire
- *En cas d'AVC: béance du sinus piriforme atteint et stase salivaire du côté atteint, signe du rideau (pilier postérieur)*
- Etat des muqueuses, rechercher une lésion, une mycose
- Paires crâniennes
- Palpation cervicale: masse, adénopathies

## Tests alimentaires

- Test de De Pippo, recommandé par l'ANAES:
- Evaluation systématique à l'entrée de tout patient hospitalisé avant toute ingestion.
- Consiste, chez un patient vigilant, à faire boire en continu 90ml d'eau plate , température ambiante, au verre (**1/2 verre**), en position assise à 90°, en présence d'un infirmier ou d'un médecin.
- Test positif:
- en cas de difficultés, de toux, de voie modifiée pendant la déglutition ou **une minute après**.
- arrêt immédiat du test.

## Patient à risque : test d'évaluation des capacités de déglutition

- En cas d'examens paracliniques ORL non accessibles.
- Attention, aux fausses routes silencieuses.
- **Test à l'eau:**
- Au préalable, faire un **soin de bouche**, installer le matériel d'aspiration.
- Il consiste à donner une cuillère à **café** (cc) d'eau 4 fois.
- En cas de fausse route, essayer une cc d'eau **gélifiée** 4 fois, si il y a une nouvelle fausse route, l'eau pure ou gélifiée est interdite.
- Si le test est bon, donner une cuillère à **soupe** d'eau 4 fois, si FR essayer une cuillère à soupe d'eau gélifiée 4 fois, en cas de FR, donner de l'eau **gélifiée** à la cuillère à café.
- Si le test est bon , donner une **gorgée** d'eau 4 fois, si pas de FR, hydratation per os d'eau pure est possible.
- **Test avec des aliments mixés:**
- Une cuillère à **café** 4 fois, en cas de FR , l'alimentation orale est interdite.
- Si le test est bon, essayer avec une cuillère à **soupe** 4 fois de suite, en cas de FR, l'alimentation se fait à la cuillère à café.
- Renouveler le test avec une texture **moulinée**, en cas de bonne déglutition.

## Examens complémentaires

- Permet d'analyser les perturbations physiopathologiques en cause et ainsi d'adapter la prise en charge.
- **Nasofibroscopie :**
- examen simple et peu invasif, elle permet d'observer le carrefour lors de la déglutition d'aliments et d'observer des signes indirects de dysfonction du sphincter supérieur de l'œsophage, de visualiser d'éventuelles fausses routes ; normale, elle fournit aussi un argument étiologique contre une atteinte du pharynx ou du larynx.



- **Radiocinéma (ou vidéofluoroscopie) :**
- utile pour observer les atteintes du sphincter supérieur de l'oesophage ( SSO).
  
- **Manométries œsophagiennes :**
- utiles pour le diagnostic des atteintes motrices œsophagiennes, ou quantifier une éventuelle hypertonie du SSO qui peut être en faveur d'une achalasie.
  
- **Electromyographie des constricteurs du pharynx**
  
- **Réhabilitation médicale:**
- TENS, stimulation électrique transcutanée

# Réhabilitation médicale: TENS, stimulation électrique transcutanée

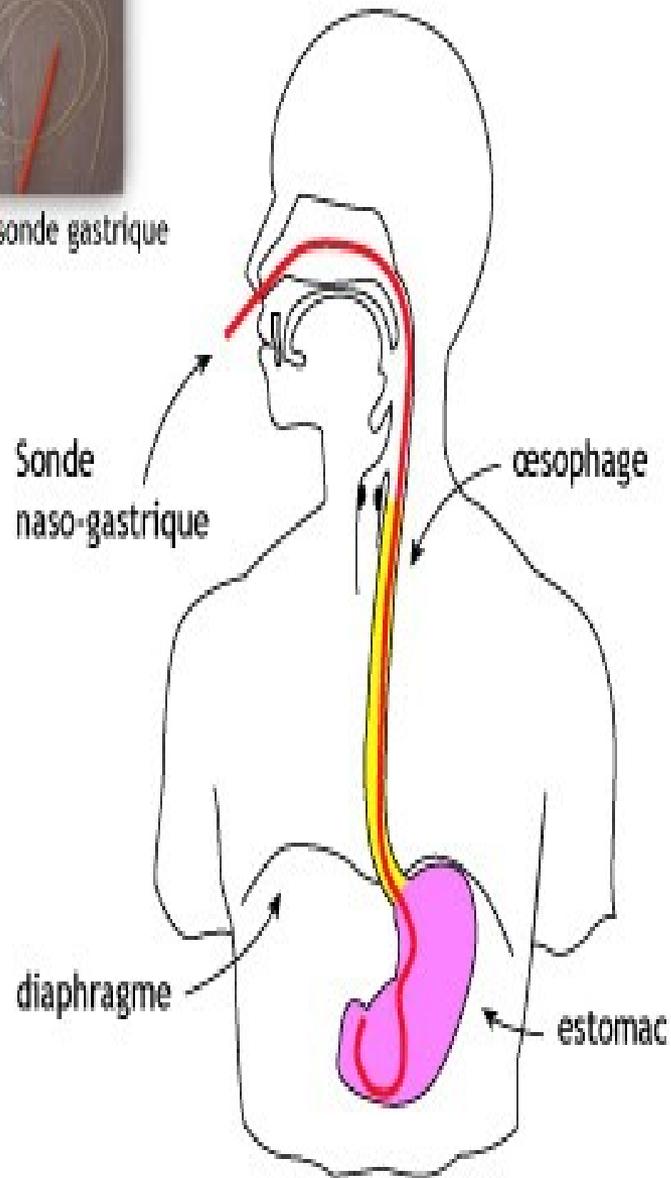


# Prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire

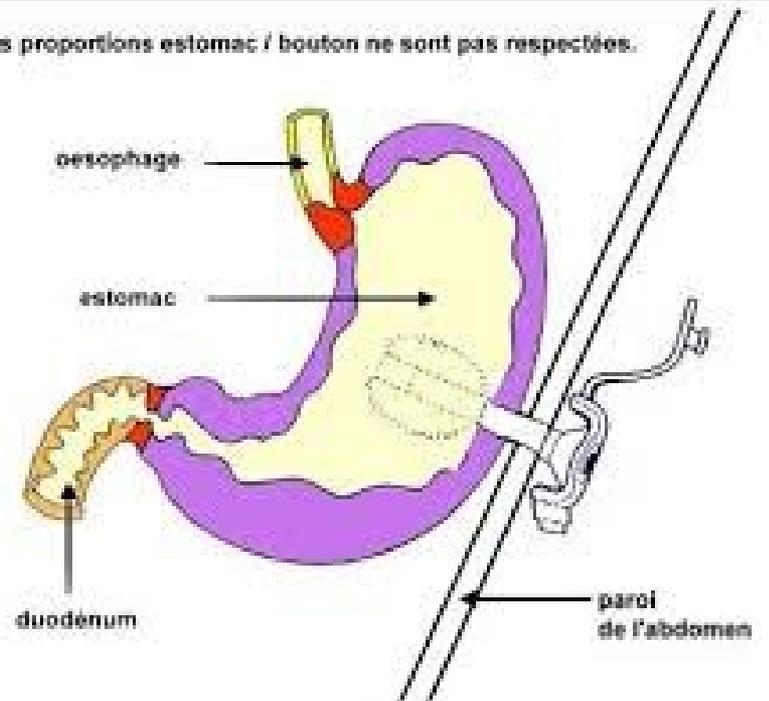
- Le médecin adapte la texture alimentaire, prescrit une alimentation hyperprotéinée, des compléments nutritionnels oraux en cas de dénutrition, un bilan orthophonique.
- L'urgentiste.
- La nutritionniste.
- L'IDE, information du patient et de sa famille, répétée, claire, sur les troubles de la déglutition, les conséquences et le changement des habitudes alimentaires, accompagnement, participation, permettra une meilleure compréhension et une bonne prise en charge des troubles.
- Le chirurgien.
- L'arrêt de l'alimentation orale est toujours sévèrement ressenti par les patients, lors d'un apport calorique insuffisant par voie orale ou lors de fausses routes dangereuses.
- Le recours à la nutrition artificielle s'impose en cas d'échec des thérapeutiques d'adaptation de l'alimentation et de la rééducation.
- Il est fondamental de donner une information claire et adaptée aux patients et à l'entourage.



Vrai sonde gastrique



Les proportions estomac / bouton ne sont pas respectées.



# Le chirurgien

- ***Chirurgie palliative***
- *Les gastrostomies* sont le plus souvent faites désormais de façon perendoscopique (GPE), ce qui améliore la tolérance psychologique de la gastrostomie.
- *Les trachéotomies* visent à protéger les voies aériennes tout en shuntant le larynx et en assurant la ventilation soit spontanément, soit avec une assistance ventilatoire. Indiquées dans des cas de troubles de la déglutition avec fausses routes massives, visant à empêcher les chutes de salive et d'aliments dans les voies aériennes.
- ***Chirurgie fonctionnelle***
- *La myotomie du sphincter supérieur de l'œsophage* est appelée communément dans la littérature myotomie du cricopharyngien. Elle consiste en la section de la musculature striée de la jonction pharyngo-œsophagienne. C'est en règle une myotomie extramuqueuse, faite par voie cervicale.
- *La chirurgie des diverticules de Zenker* est faite soit par voie endoscopique (myotomie transmuqueuse), soit par voie cervicale classique.
- *Les injections de graisse autologue et les thyroplasties* peuvent être proposées lorsqu'il existe une paralysie ou un défaut anatomique, notamment laryngés, susceptible de faciliter les fausses routes.

## Conduite à tenir en cas de fausse route alimentaire

- Syndrome de pénétration avec toux brutale et prolongée dans un contexte d'agitation: *en conséquence, il est fondamentale de signaler toute toux au moment des repas.*
- **C'est une urgence vitale.**
- Appeler de l'aide.
- Si le patient tousse, l'inciter à poursuivre.
- Si le patient a du mal à respirer: enlever les prothèses dentaires, désobstruer le contenu de la bouche en mettant les doigts en crochets.
- Mettre une main sur le sternum, donner 5 tapes entre les omoplates.
- Manœuvre de Heimlich.
- Oxygénothérapie: 5l/mn.
- Allez chercher le chariot d'urgence où se trouve le matériel d'aspiration.