

Les troubles de la déglutition

Spécificités gériatriques

Pr. Claude JEANDEL (Montpellier)

Les 12 questions posées

- ∞ Comment vieillit la déglutition ?
- ∞ Quelle est la prévalence des troubles de la déglutition ?
- ∞ Quelles sont les principales pathologies en cause ?
- ∞ Des médicaments peuvent-ils être responsables ?
- ∞ Dans quelles circonstances faut-il évoquer des troubles de la déglutition ?
- ∞ En quoi consiste l'évaluation clinique des troubles ?
- ∞ Qu'apportent les examens complémentaires ?
- ∞ Quels sont les principaux mécanismes des « fausses routes » ?
- ∞ Comment prendre en charge ces troubles ?
- ∞ Quelles sont les complications aiguës et chroniques des troubles ?
- ∞ Peut-on distinguer pneumopathies d'inhalation (liquide gastrique) et pneumopathies d'aspiration (infection). Est-ce utile ?
- ∞ Quel traitement antibiotique dans les pneumopathies d'aspiration ?

Comment vieillit la déglutition ?

∞ Altération des temps :

- Buccal
- Pharyngien
- Oesophagien

Presbyphagie



Effet de l'âge sur le temps buccal

- Diminution de la force des muscles masticateurs et de la langue
- Diminution du mouvement lingual antéro-postérieur
- Altération fonctionnelle de l'appareil dentaire
- Diminution de la sécrétion salivaire



- Difficulté de préparation du bolus (temps préparatoire)
- Diminution de la force de propulsion du bolus vers le pharynx
- Défaut de fermeture du sphincter buccal postérieur, fuite des aliments dans le pharynx

Effet de l'âge sur le temps pharyngien

↳ Retard de déclenchement du réflexe de déglutition pharyngé

- Défaut de l'élévation laryngé

- Diminution de la force de contraction pharyngée

- Défaut de relaxation du SSO



- Augmentation de la durée du temps pharyngé de la déglutition

- Stase dans les vallécules et/ou les sinus piriformes

- Pénétration laryngées / inhalations

Effet de l'âge sur le temps oesophagien

- ∞ interruption du péristaltisme primaire,
- ∞ rétention du bolus à la partie proximale de l'œsophage (possiblement en rapport avec le défaut de compliance du sphincter supérieur de l'œsophage),
- ∞ contractions tertiaires plus nombreuses

- ∞ L'âge en lui-même n'augmente pas le risque d'inhalation
- ∞ En revanche, l'incidence des principales pathologies responsables d'une altération de la déglutition et du réflexe augmente fortement avec l'âge

Quelle est la prévalence des troubles de la déglutition ?

- ∞ A domicile : entre 8 et 15%
- ∞ En EHPAD : 30 à 40%
- ∞ En SLD : > 50 %

Quelles sont les principales pathologies en cause ?

∞ Affections neurologiques :

- **AVC** : de 51 % (tests cliniques) à % 68 % (techniques instrumentaux)
- Parkinson
- **Démences (dégénératives/vasculaires) : sous-estimation**
 - **Troubles du comportement alimentaire ++**
 - **Dyspraxies, apraxies , agnosies (temps buccal et pharyngien)**
 - **Echelle de Blandford**
- **Maladie de Charcot, paralysie supra-nucléaire, progressive**

∞ Affections musculaires (pharyngolarynx, œsophage cervical) : **sarcopénie (dénutrition)**

∞ Causes loco-régionales : diverticule de Zenker, achalasie oesophagienne, ostéophytes cervicaux, cancer ORL, **candidose oro-pharyngée, xérostomie, prothèse dentaire....**

∞ Sonde naso-gastrique : inhalation de salive, contamination bactérienne, incompétence sphinctérienne (> et < œsophage)

Des médicaments peuvent-ils être responsables

?

∞ Xérostomie :

- les **anticholinergiques ++** : antihistaminiques, antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques, anti-émétiques, agents contenant de l'atropine,
- Les antidiarrhéiques,
- Les **antiparkinsoniens**,
- Les diurétiques

∞ Médicaments qui altèrent ou dépriment le système nerveux central et le niveau de vigilance : **benzodiazépines**, anticonvulsivants, antipsychotiques, opiacés, antihistaminiques, certains anti-émétiques, lithium

∞ Les **neuroleptiques** (effets pyramidaux, syndrome parkinsonien, dyskinésies bucco-faciales)

∞ Certains médicaments prescrits chez les sujets âgés peuvent entraîner une **dysphagie d'origine œsophagienne**

- soit par diminution de la pression du sphincter inférieur de l'œsophage entraînant ainsi un reflux gastro-œsophagien (théophylline, dérivés nitrés, **inhibiteurs calciques**, benzodiazépines),
- soit par atteinte directe de la muqueuse œsophagienne, responsable d'une œsophagite (certains antibiotiques, AINS, prednisone, diphosphonates, certains minéraux comme le chlorure de potassium ou le sulfate de fer)

Dans quelles circonstances faut-il évoquer des troubles de la déglutition ?

La **fausse route aiguë** qui ne pose cliniquement aucun problème d'interprétation.

Des **symptômes d'emblée évocateurs** :

- une gêne pour avaler,
- des fuites alimentaires par la bouche,
- un reflux nasal,
- un blocage alimentaire,
- la modification de la voix (voix mouillée).

Des **symptômes souvent mal interprétés** :

- un bavage, des résidus alimentaires en bouche,
- une réduction de la prise alimentaire jusqu'au refus complet de s'alimenter surtout dans un cadre collectif,
- le maintien prolongé des aliments en bouche et la prolongation de la durée des repas,
- un hémimage,
- un amaigrissement avec retentissement sur l'état général,
- des pneumopathies récidivantes,
- des épisodes fébriles inexplicables.

En quoi consiste l'évaluation clinique des troubles ?

- ∞ L'entretien avec le patient
- ∞ L'examen clinique
- ∞ Les tests cliniques sans test de réalimentation : échelle prédictive de Fr de Guinvarc'h)
- ∞ Les tests de réalimentation
 - 3 oz water swallow test (Se 76 %)
 - Test à l'eau (Guatterie)
 - Timed test of swallowing capacity
- ∞ **Les tests mixtes (signes/symptômes suspects et tests de réalimentation) +++**
 - Burke Dysphagia Screen Test (Se 92 %, Sp 66 %)

Echelle cliiue prédictive du risque de fausse route

Variables cliniques	cotation	score
absence des réflexes archaïques	12	
présence du réflexe vélaire	8	
déglutition volontaire possible	7	
absence de dysphonie	6	
présence du réflexe nauséux	6	
blocage laryngé possible	3	
<i>TOTAL (score clinique prédictif)</i>		

Score prédictif clinique	Diagnostic	Conduite à tenir
total < 14	Fausse-route + :	Examen clinique complet Attitude thérapeutique adaptée
14 < total < 28	Fausse-route ?	Radiovidéoscopie pour affirmer le diagnostic
total > 28	Fausse-route -	Simple surveillance

Qu'apportent les examens complémentaires ?

- ∞ Les examens complémentaires sont particulièrement indiqués quand le bilan clinique est peu contributif
- ∞ Ils permettent :
 - de confirmer ou d'infirmer le trouble
 - d'en préciser le mécanisme et
 - de valider les adaptations palliatives
- ∞ Les explorations suivantes peuvent être envisagées :
 - **vidéofluoroscopie,**
 - **examen endoscopique,**
 - **manométrie pharyngo-oesophagienne**

Quels sont les principaux mécanismes des « fausses routes » ?

Fausses routes avant la déglutition

- ∞ **Par absence de réflexe de déglutition.** Dans ce cas, aucune posture de facilitation ni aucune texture ne permet d'activer ce réflexe.
- ∞ Etiologies possibles : interventions chirurgicales touchant l'épiglotte et très élargies vers la base de langue, lésions sensibles de la base de langue après radiothérapie, laryngectomies reconstructives, certaines atteintes musculaires comme dans certaines myopathies ou dans les myosclérodermies, atteintes bilatérales du IX-X-XI, etc...
- ∞ **Par retard de déclenchement du réflexe de déglutition.** Dans ce cas, il s'agit très souvent de fausses routes à l'eau dont le simple épaississement permet de faire disparaître les troubles en ralentissant la progression du bol dans le pharynx.
- ∞ Etiologies possibles : atteinte des voies cortico-bulbaires qui ne contrôlent plus l'activation du réflexe de déglutition, vieillissement physiologique,...

Fausses routes pendant la déglutition

- ∞ Les structures de protection du larynx sont déficientes Une rotation de la tête du côté de la lésion permet de déglutir du côté opposé à la rotation et peut supprimer les fausses routes.
- ∞ Etiologies possibles : laryngectomies sub totales, paralysies du nerf pneumogastrique, ...

Fausses routes après la déglutition

- ∞ Ce type de fausse route se produit par débordement de la stase pharyngée dans les voies aériennes dû à une incompetence de propulsion pharyngée et/ou de relaxation du SSO.
- ∞ Etiologies possibles : paralysies ou parésies pharyngées, dans certaines laryngectomies subtotales, vieillissement physiologique,...
- ∞ NB : cette distinction est un peu artificielle car ces deux temps de fausse route peuvent avoir la même étiologie.

Fausses routes extra-laryngées

- ∞ Etiologies possibles : canules de trachéotomie par fistule trachéo-oesophagienne.

Comment prendre en charge les troubles ?

Un but prioritaire : le maintien du plaisir du manger et du boire, tout en assurant une nécessité vitale

Un travail en équipe, un travail coordonné impliquant tous les acteurs de santé : personnel soignant comprenant AS, ASH, IDE, diététiciens, personnel rééducatif (kiné, orthophoniste, ergothérapeute psychomotricien) **avec un objectif adaptatif, ou réadaptatif**

L'orthophoniste transforme la rééducation en situation écologique (de vie quotidienne) mais les décrets autorisent les différents membres de l'équipe paramédicale à y participer.

Il est essentiel aussi d'impliquer l'entourage familial, susceptible d'apporter une aide significative, notamment dans l'investissement psychologique et affectif que peut faire la personne âgée dans les repas

L'installation du patient +++

le positionnement du malade, bien assis ou semi-assis si nécessaire, mais avec un redressement céphalique correct, éventuellement une flexion antérieure qui protégera les voies aériennes supérieures et facilitera l'ouverture du SSO.

l'aménagement environnemental, avec la suppression de tout facteur de distraction ou de perturbation pouvant entraîner des fausses routes.

l'utilisation d'un matériel adapté, selon les difficultés motrices éventuelles du malade (petite cuillère, verre « canard » etc...). Il faut savoir observer la mise en place des objets nécessaires à la prise de l'aliment, pour faciliter l'acte de repas. Il suffit parfois d'une fourchette placée trop loin sur la table pour que la personne se fatigue, et mange de moins en moins.

Comment prendre en charge les troubles ?

La reprise alimentaire

- ∞ Quand les fausses routes sont invalidantes et mettent en jeu le pronostic vital du patient, une gastrostomie remplace l'alimentation per os
- ∞ **L'hydratation par voie sous-cutanée** est largement utilisée en gériatrie pour assurer les apports hydriques.
- ∞ L'incapacité de manger normalement est ressentie par le patient comme une perte de dignité humaine. **La ré-alimentation per os peut favoriser la réhabilitation de cette dignité.**
- ∞ **La reprise alimentaire est le fait d'accomplir de nouveau et avec succès les fonctions de mastication et de déglutition, sans fausse route.**
- ∞ La décision d'une reprise alimentaire ou d'une adaptation de texture se fait **sur prescription médicale au vu des résultats du bilan de déglutition, en concertation avec les équipes soignantes et de rééducation.**
- ∞ La reprise se fait en **4 étapes successives** : étape 1 : texture « lisse », étape 2 : texture « semi-liquide », étape 3 : texture « mou/haché », étape 4 : texture « normale ».
- ∞ Le passage d'une étape à l'autre est décidé en fonction de critères bien codifiés.
- ∞ A chaque étape, **un système d'aspiration naso-pharyngée en état de marche dans la chambre du patient doit être installé, en cas de fausses routes massives.**

Quelles sont les complications aiguës et chroniques des troubles ?

Les manifestations aiguës sont dominées par trois tableaux cliniques :

- ∞ **Tableau évident d'inhalation trachéo bronchique d'un corps étranger**, en général alimentaire donnant soit une symptomatologie classique dépendante de l'importance de l'inhalation du corps étranger
 - **classique syndrome de pénétration** (accès de suffocation, toux, dyspnée, désaturation)
 - plus rarement **tableau asphyxique** rapidement mortel
- ∞ **Tableau d'inhalation du contenu gastrique réalisant le classique syndrome de Mendelson** (« aspiration pneumonitis » des anglo-saxons). = atteinte pulmonaire aiguë chimique, secondaire à l'inhalation du contenu gastrique acide régurgité (pH inférieur à 2,5 et volume supérieur à 0.3 ml/kg pour développer des lésions pulmonaires = brûlure chimique de l'arbre bronchique et du parenchyme pulmonaire avec réaction inflammatoire).

Le syndrome de Mendelson représentant environ 10 % des étiologies de SDRA.

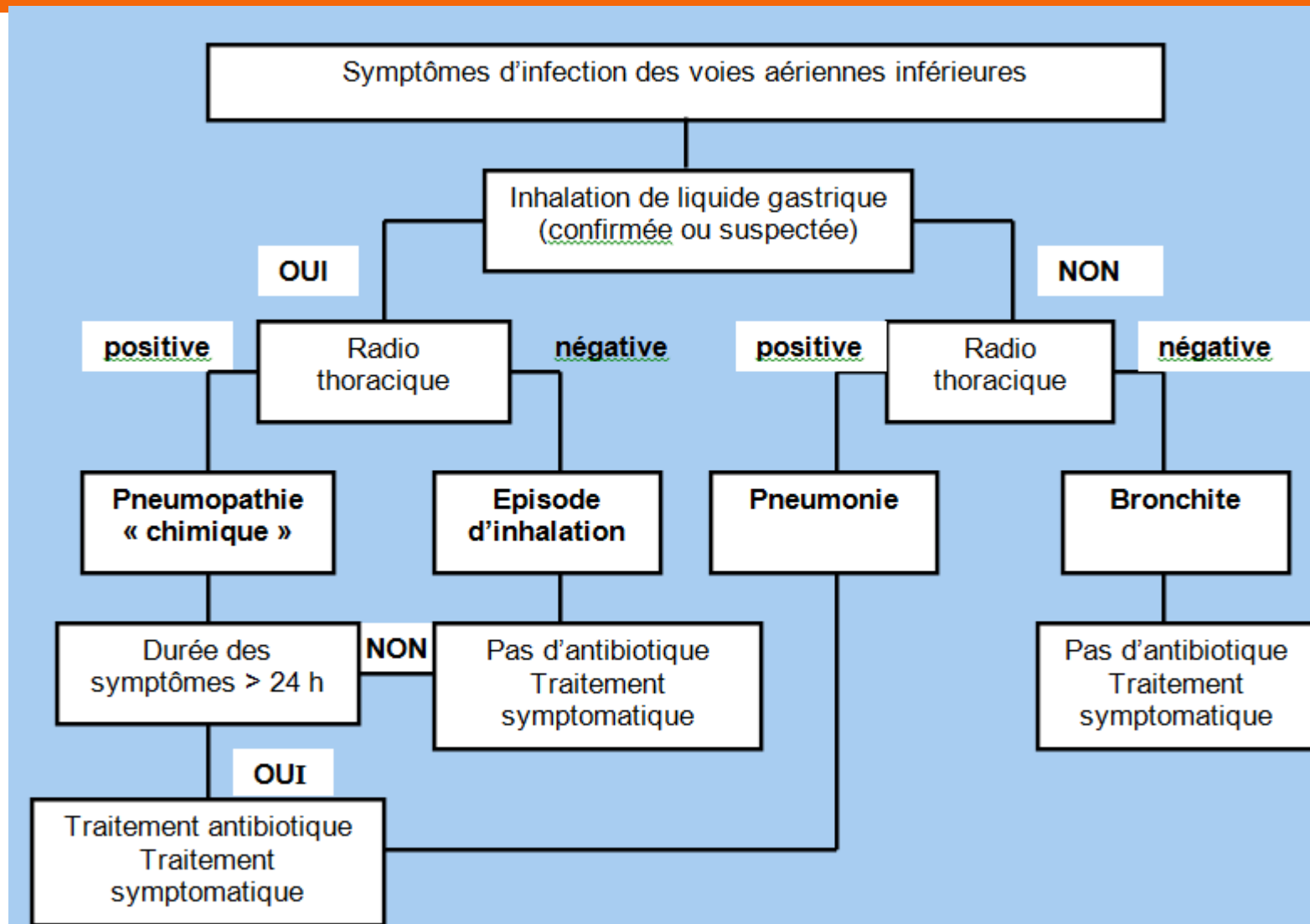
Quelles sont les complications aiguës et chroniques des troubles ?

- ∞ **Tableau d'infection des voies aériennes basses, souvent récidivant, associant**
- ∞ **une ou plusieurs des manifestations évocatrices d'infection des voies aériennes inférieures :**
 - toux, douleur de type pleurale,
 - fièvre supérieure à 38,5 °C,
 - expectoration purulente,
 - fréquence respiratoire supérieure ou égale à 25 par minute,
 - signes de localisation à l'examen clinique (râles crépitants ou bronchiques)
- ∞ **et un aspect radiologique compatible.**

Peut-on distinguer pneumopathies d'inhalation (liquide gastrique) et pneumopathies d'aspiration (infection). Est-ce utile ?

- ∞ L'intérêt de distinguer les deux entités est double :
 - le pronostic est meilleur pour les « pneumopathies » d'inhalation qui souvent régressent sous traitement symptomatique,
 - l'inhalation de liquide gastrique n'entraînant pas d'infection, au moins au début, il n'est pas utile de traiter d'emblée par antibiotiques une pneumopathie d'inhalation.
- ∞ Cependant, la distinction n'est pas aisée car dans les deux cas existent des signes évocateurs d'infection des voies aériennes inférieures.
- ∞ les « pneumopathies » d'inhalation seraient deux fois plus fréquentes que les pneumonies chez des sujets âgés, institutionnalisés admis en hospitalisation avec un diagnostic de pneumonie (Mylotte)

Conduite thérapeutique lors des complications aiguës des troubles de déglutition (d'après Mylotte)



Quelles sont les complications aiguës et chroniques des troubles ?

Les manifestations subaiguës ou chroniques

- ∞ **les paraffinomes** secondaires à l'inhalation répétée d'huile de paraffine survenant dans des contextes de constipation chronique avec possibilité concomitante d'infection à *Mycobacterium fortuitum*.
- ∞ **les bronchiolites oblitérantes avec pneumonie organisée (BOOP)**, en particulier s'il existe des anomalies radiologiques fluctuantes.
- ∞ **la bronchiolite diffuse d'inhalation** (Matsuse) : tableau clinique banal de dyspnée sibilante avec toux et infiltrats bilatéraux micronodulaires chez des patients alités, aux antécédents neurologiques ou de démence, des troubles de déglutition n'ayant été objectivés que dans 50 % des cas

Quel traitement antibiotique dans les pneumopathies d'aspiration ?

- ∞ Les recommandations françaises pour la prise en charge des pneumonies de 2001 distinguent les pneumonies d'aspiration et préconisent pour celles-ci en premier lieu **l'association amoxicilline-acide clavulanique (AAC)**
- ∞ Les recommandations de l'IDSA de 2003 mentionnent également ce cas particulier et proposent soit **l'AAC soit la clindamycine** pour couvrir les anaérobies
- ∞ En 2006, les recommandations françaises de la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) considèrent comme un cas à part les pneumonies acquises en institution avec une proposition à choix multiple : **AAC, ceftriaxone ou fluoroquinolones antipneumococciques (FQAP)**
- ∞ En réalité très peu d'études cliniques sont disponibles pour étayer ces propositions qui sont fondées principalement sur la connaissance, d'ailleurs très imparfaite, des germes présumés responsables

Quel traitement antibiotique dans les pneumopathies d'aspiration ?

- ∞ **L'antibiothérapie probabiliste** : le spectre antibactérien doit couvrir :
- ∞ **Pour les pneumonies d'aspiration en milieu communautaire ou chez des personnes âgées valides vivant en institution** : Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenza, les entérobactéries et les anaérobies en particulier en cas de mauvaise hygiène bucco-dentaire.
- ∞ Le choix peut se faire entre AAC, C3G injectable ± imidazolés et FQAP, voire ertapenem (une seule injection jour).
- ∞ **Pour les pneumonies d'aspiration en milieu institutionnel**, la question est de savoir s'il faut ou non prendre en compte Pseudomonas et/ou le SARM (tazocilline ou imipénème, l'adjonction de vancomycine est logique en cas de réelle suspicion de SARM)

Conclusion

- ∞ Prévalence élevée (affections neurodégénératives +++)
- ∞ Effets additionnels des morbidités (pathologies cérébro-vasculaires, sarcopénie) et des causes médicamenteuses
- ∞ Evènement « nosocomial » = effet inducteur ou précipitant des conditions de prise du repas (temps, positionnement...)
- ∞ Cause de morbidités prévalentes : pneumopathies et dénutrition
- ∞ Nécessité d'un repérage précoce : rôle des soignants ++ et d'une évaluation orthophonique plus systématique
- ∞ Indicateur pronostique +++
- ∞ Prise en soin en pluri-professionnalité ++
- ∞ Une vigilance « sentinelle » permanente ++
- ∞ Un des traits d'union du CLAN et du CLIN