Troubles de la déglutition

Swallowing disorders

Coordination : Professeur Yves Rolland, Gériatropie, CHU de Toulouse, Hôpital Purpan-Garonne et Cité de la Santé, 170 et 224 avenue de Cézélet, TSA 40031, 31059 Toulouse Cedex 9, France.
Courriel : rolland.y@chu-toulouse.fr

Troubles de la déglutition en Gériatrie

Swallowing disorders in geriatrics
Hernuress S, Lacoste-Forre MH, Laffon de Matières C, Velas B, Rolland Y.

p. 585

Troubles de la déglutition en EHPAD, la nécessaire remise en question des réflexes

Swallowing troubles in nursing homes. The necessary questioning of habits
Devittignies F, Lacoste E, Tarnou T.

p. 604

Éviter les fausses routes et ses complications en 10 points
Ten ways to avoid aspiration and subsequent complications
Hernuress S.

p. 609

Technologies

Une check-list à domicile pour prévenir les réhospitalisations

Les réhospitalisations sont l’une des interventions les plus coûteuses pour le système de santé, et les services à domicile ont un rôle important à jouer pour réduire les hospitalisations évitables», confirme le Pr David Grabovski, du Département de politique de santé de l’Ecole de médecine Harvard à Boston (États-Unis), en partenariat avec vingt-deux équipes de la société de soins et services à domicile Right at Home. Cette société opère sur le modèle de la franchise, avec trois niveaux de soins : accompagnement social (companions care), soins à la personne et soins spécialisés. Les aidants professionnels utilisent une plateforme Internet (CherCare) pour planifier les visites à domicile, rendre compte de ce qu’ils ont fait par téléphone sur le lieu d’intervention, échanger avec les autres professionnels par messagerie et gérer les tâches. Lorsque les professionnels s’enregistrent au début et à la fin de leur intervention, outre la pointeuse qui note leur temps de travail, le logiciel leur demande de remplir une check-list concernant leur client : la personne âgée. « La personne paraît-elle différente ? Y a-t-il un changement dans la mobilité, dans la prise alimentaire ou la boisson, lors de la toilette, dans l’état de la peau ? Un gonflement des membres ? Si l’aidant professionnel note un quelconque changement, le logiciel lui propose des questions supplémentaires, puis le responsable des soins lui envoie une tâche à réaliser et demande des informations complémentaires sur le tableau de bord de gestion d’équipe, ce qui permet de mettre en place des actions supplémentaires auprès de la personne âgée. La plupart des professionnels expliquent que les différents changements n’auraient pas été systématiquement détectés sans la check-list partagée.»


Acteurs

Les Personnes malades

Refus de s’alimenter : accepter que la personne accompagnée s’approprie sa fin de vie

La prise en soins d’une personne âgée présentant un syndrome de déshydratation relève d’une réflexion éthique que d’une stratégie de lutte contre la déshydratation, explique Stella Choque. La mise en place d’un projet d’accompagnement personnalisé est un outil de prévention de l’apparition de ce syndrome. Il convient néanmoins de pouvoir réfléchir sur la façon dont nous acceptons que les personnes que nous accompagnons s’approprient leur fin de vie. Le refus alimentaire est souvent une façon de nous signaler que la personne souhaite se retirer de ce monde. « Que faire ? Les soignants doivent tout d’abord écarter une cause organique et traiter les symptômes de la dépression, souligne l’infirmière. Dans cette phase, la mort, les actions doivent se faire simultanément et sans attendre la perte de poids. Les professionnels devront comprendre le facteur déclenchant. Une relation d’aide, parfois associée à une psychothérapie, doit être mise en place. La personne doit pouvoir exprimer sa souffrance et des solutions peuvent parfois être trouvées en aménageant son environnement et en améliorant la prise en soins : prise d’antialgiques, massage, bains de détente, installation confortable, stimulation multsensorielle, sorties vers des lieux qu’elle a aimés, interaction avec des animaux, réunion de famille ou d’amis. Pour les proches comme pour les soignants, « ce refus alimentaire est un traumatisme important qu’il convient d’accompagner. La famille aime manifester son affection en apportant des friandises ou en partageant un bon repas avec son parent. Ce refus alimentaire est vécu comme un rejet de leur affection. Pour les soignants, c’est un échec de leur prise en soins qui leur est renvoyé. »


Les Professionnels

La déshydratation en prison

Troubles de la déglutition en Gériatrie

Swallowing disorders in geriatrics

Sophie HERMABESSIERE1, Marie-Hélène LACOSTE-FERRE1, Clarisse LAFFON DE MAZIERES1, Bruno VELLAS1, Yves ROLLAND2

RÉSUMÉ

Les troubles de la déglutition sont fréquents en Gériatrie, particulièrement en établissement pour personnes âgées dépendantes. Ils sont favorisés par les pathologies des patients, maladies neurologiques en premier lieu, mais également par les effets indésirables des traitements mis en place. Le repère des patients à risque est un enjeu pour les équipes soignantes en raison des complications potentiellement graves que sont les pneumopathies d’inhaltation, la dénutrition voire le décès. En effet, des mesures peuvent être mises en place afin d’éviter ces complications, en particulier la posture en flexion antérieure de tête, l’épaisseur des boissons, l’enrichissement de l’alimentation et les soins bucco-dentaires. Comme pour d’autres syndromes gériatriques, une stratégie de prise en charge pluridisciplinaire est souhaitable afin d’améliorer l’état de santé des résidents mais également leur qualité de vie.

Mots clés : Troubles de la déglutition - Dysphagie - Sujet âgé - Pneumopathie d’inhaltation - EHPAD

INTRODUCTION

Les troubles de la déglutition sont fréquents dans la population gériatrique. La prévalence à domicile est estimée autour de 13 % contre environ 50 % en institution2,3. Cette différence s’explique par la polypathologie et la dépendance des résidents en Etablissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou, en coré davantage, en Unités de soins de longue durée (USLD). Leur prévalence augmente fortement du fait de l’évolution démographique4. Les pathologies neurologiques sont particulièrement associées à l’apparition d’une dysphagie5. Les troubles se manifestent le plus souvent lors des repas par des signes allant de la simple toux jusqu’aux fausses routes systématiques, qui correspondent au passage du bol alimentaire dans les voies aériennes supérieures. Une des compli-

ABSTRACT

Swallowing disorders are common in the geriatric population, specifically in nursing homes and long term care units. Various diseases and conditions increase the risk of swallowing disorder, especially neurological diseases but also side-effects of medications. Screening for swallowing disorders is an important challenge for nursing home staff because they predict severe adverse events such as aspiration pneumonia, undernutrition and death. Preventive measures can indeed be implemented in order to avoid these complications, such as anterior flexion of the head, thickening of fluids, food enrichment and oral care. Like other geriatric syndromes, prevention relies on pluri-disciplinary programs that can improve global health of nursing home residents and their quality of life.

Rez Geriatr 2016 ; 41 (10) : 595-603.

Keywords: Swallowing disorders - Dysphagia - Elderly - Aspiration pneumonia - Nursing home

1 Gériatrique, CHU de Toulouse, Hôpital Garonne, 31059 Toulouse Cedex 9, France.
2 Gériatrique CHU de Toulouse, Hôpital Purpan-Garonne et Cité de la Santé, 31059 Toulouse Cedex 9, France.
3 Article reçu le 16/10/2016 et accepté le 28/11/2016

Auteur correspondant : Docteur Sophie Hermabessiere, Gériatrique, CHU de Toulouse, Hôpital Garonne, 31059, toulouse Cedex 9, France. Courriel : hermabessiere.sophie@toulouse.fr

© La Revue de Gériatrie, TOME 41, N° 10 DÉCEMBRE 2016 594

© La Revue de Gériatrie, TOME 41, N° 10 DÉCEMBRE 2016 595
PATHOLOGIES À RISQUE

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont fréquemment des conséquences de la déglutition, d'autant plus que l’accident est récent®. Ces troubles vont persister à distance chez 10 à 30 % des patients®. De plus, plusieurs études ont montré que l’existence d’une dysphagie à la phase aigüe de l’AVC était associée à une sévérité plus importante de l’accident et à un pronostic défavorable®. En effet, ces études retrouvaient un plus grand nombre de décès à 3 mois (13,6 % et 1,6 %)® mais également une majoration du taux d’entrée en institution se prolongeant dans l’année qui suit®.

Les troubles de la déglutition sont également très présents au cours du développement des pathologies neurogénératives. Ils apparaissent lors de l’évolution des démences, neurogénératives ou vasculaires, et favorisent alors la survenue de pneumopathies d’inhala tion. La dysphagie dans la maladie d’Alzheimer est encore peu étudiée dans la littérature. Les troubles de la déglutition et le risque d’inalation augmentent avec l’évolution de la maladie et prédominent à la phase sévère®. La phase aigüe est particulièrement perturbée, du fait des troubles liés à la maladie cognitive, aggravés par la nécessité de l’intervention d’un tiers pour le repas®. Dans la maladie de Parkinson, il est estimé que plus de 80 % des patients vont présenter une dysphagie initiale si peu de patients en ont conscience et s'en préparent®. Les troubles peuvent être fluctuants et présents dans les premiers stades de la maladie®. La durée d’évolution de la maladie favorise la survenue de dysphagie et la diminution du seuil de déclenchement du réflexe de toux est associée à une majoration des complications (pneumonies et infections)®. La dysphagie peut être présente dans l’absence de symptomatologie clinique et révèle seulement par des explo- rations spécialisées®.

Les lésions de la sphère ORL (cancer en particulier), du thym (ostéopérité ou les pathologies digestives anormales) ou le diverticule de Zener) ou fonctionnelles, sont potentielllement responsables ou aggravantes. Les pathologies musculaires, probablement sous-estimées en gériatrie, peuvent également être en cause. Enfin, les maladies psychiatriques peuvent se compliquer de troubles, souvent dans un contexte de troubles du sommeil (périodique ou tonique) et de traitement par psychotropes.

FRAGILITÉ ET DYSPHAGIE

Plusieurs auteurs® ont évalué la fréquence de la sarcopénie, indépendamment d’autres pathologies associées, sur l’apanage des troubles de la déglutition. Cependant, les troubles de la déglutition chez les personnes âgées fragiles sont encore peu étudiés.

AUTRES FACTEURS FAVORISANTS

L’hypoaldose, fréquente et multifactorielle en gérontiatrie va agir sur le contrôle de la déglutition du pH buccal, auto-nettoyage déficient, mastication difficile). Le malaxus était bucco-dentaire, favorisé par la diminution du flux salivaire, joue un rôle central et prélude dans les troubles de la déglutition®. Or, sa prévalence est haute chez les patients présentant une dysphagie®. Son impact est à la fois fonctionnel (occasionné par des édentements non compensés) et infectieux (colostomisation bactérienne et mycologique) favorisant les caries et les parodontopathies. La restauration et le maintien d’une bonne higiène bucco-dentaire sont nécessaires en institution pour diminuer le nombre de pneumopathies d’inhala tion des résidents®. La latérognathie médiane est un facteur d’aggravation fréquente des troubles de la déglutition. La liste des médecins prescrits doit être systématiquement réalisée lors de la mise en évidence d’une dysphagie chez un patient. De nombreux médicaments utilisés chez les patients âgés ont des propriétés anticholinergiques, parfois méconnues des cliniciens, et leur impact est souvent sous-estimé®. Différents traitements peuvent être à l’origine de dysphagie, soit en favorisant la xérostomie (médicaments anticholinergiques et traitements infirmiers), soit en altérant la vigilance (psy- chotropes) ou en entraînant des mouvements anormaux neurologiques®. Les neuroleptiques peuvent être responsables de troubles sévères mais réversibles, survenant dans la majorité des cas au cours du premier mois de prescription®. Ils seront si possible arrêtés, mais si le maintien est nécessaire, une diminution de posologie ou un changement de médicament sera discuté. Les médicaments altèrent la motricité de l’œsophage ou l’état de la muqueuse digestive, comme la théophylline, les dérivés nitrés, les inhibiteurs calciques ou encore les anti-inflammatoires, peuvent aussi aggraver les symptômes®.

COMPLICATIONS

La pneumopathie d’inhala tion est une complication redoutée en raison du risque important de décès qu’elle entraîne chez les patients âgés®. Elle est la conséquence d’une inflammation bronchique par la sauvage ou des résidus alimentaires. Elle peut survenir dans un contexte d’aggravation progressive d’une pathologie respiratoire à risque ou être favorisée par une décompensation aiguë de l’état de santé d’un patient®. Un groupe d’experts a retenu, après analyse de la littérature, qu’en raison de la rareté, une pneumopathie pouvait être considérée comme survenue à une infection en cas de dysphagie, d’antécédent de fausse route, de port de gastroscope, de maladie neurologique ou de troubles cognitifs du résident®. Dans un contexte de déshydratation, il a été montré chez des patients âgés hospitalisés pour pneumopathie d’inhala tion, que l’âge avancé, la dépendance et la déshydratation étaient des critères d’ajoutation de la mortalité de 6 mois®. En EHPAD, la mortalité des pneumopathies sont secondaires à une infection comptée pour la polypathologie des résidents et de leur âge. En effet, la proportion des pneumopathies d’inhala tion dans l’incidence globale des pneumopathies augmente avec l’âge®. Marabe et al. ont retrouvé un âge très orthopédi que de personnes âgées, les facteurs de risque suivants : l’alimentation d’expectorants, l’altération de la déglutition, la déshydratation et la démence®. Les an- nomalies du réflexe de toux sont également un marqueur du risque d’inhala tion des pneumopathies®. Il a par ailleurs été montré que la reprise de l’alimentation après une pneumo- pathie d’inhala tion était plus longue chez les patients maîtrisant des co-morbidités et lorsque l’infection pré- sentait des critères de sévérité®.

Toute infection n’entraîne pas de pneumopathie ; en effet, il a été montré que les sujets sains restaient normalement sans conséquence pour leur santé®. Il faut également dis- socier les pneumopathies infectieuses des pneumopathies bactériennes comme l’inhalation de liquide gastrique®. My- lotte et al. ont proposé un algorithme décisionnel pour le traitement des pneumopathies en EHPAD séparant les in- halations « simples » des pneumopathies chimiques et dysphagiques infectieuses®. Les antibiotiques ne sont en effet nécessaires que dans le cas d’infection ou de pneumo- pathie sévère évoluant depuis plus de 24 h. Sur une co- horte de patients hospitalisés à la maison en institut pour infection pulmonaire, les pneumopathies chimiques ont été retrouvées plus fréquentes que les infectieuses, ce qui per- met d’envisager une limitation des antibiothérapies chez ces patients déjà fragilisés®. Cependant, même en l’absence d’infection, les inhalations répétées vont favoriser le dé- veloppement d’un état inflammatoire chronique, qui va aggraver la vulnérabilité du patient®.

La survenue d’une infection après inhalation est secondaire à la conjonction de différents facteurs comme la baisse d’efficacité des défenses immunitaires, la diminution des méca- nismes d’expulsion, une forte concentration de germes in- halés®. Les médicaments diminuent l’acidité gastrique pourraient également favoriser les infections en facilitant la prolifération bactérienne dans le liquide gastrique inhalé®. En effet, il a été montré que dans une survenue d’infec- tion pulmonaire était associée à un âge avancé, l’existence d’une dysphagie/asphtése, la sévérité du défi res, des troubles cognitifs et un test à l’eau perturbé®. L’hydrogène bucco-dentaire apparaît comme un élément particu- lièrement important pour limiter la pénétration de bacté- ries dans les voies aériennes®. Il existait des conditions d’insuffisances chez qui ont été mises en évidence des inhalations lors de explorations spé- cialisées. Le faible volume du bolus alimentaire influe sur l’absence de symptomatologie lors de ces inhalations, un bolus de 50 ml étant préférable à de plus petits volumes pour pouvoir dépister cliniquement d’éventuels troubles®.
En cas de positivité du test de dépistage, mettant en évidence une déficience de la sécurité de la déglutition, une exploration spécialisée est souhaitable pour préciser l’origine du dysfonctionnement. L’examen de référence est la vidéofluoroscopie (VFS) qui, du fait de son aspect dynamique, permet d’évaluer les différentes phases de la déglutition. Il permet d’étudier la cinétique des ingestés marqués par un produit radio-opaque, de profil puis de face. Il s’agit d’un examen rapide (environ 15 minutes), mais le patient doit être vêtu, relativement calmé et supporter la position debout ou assise. Une alternative est l’endoscopie (fibroscopie endoscopique ou swallowing ou FEES) qui est un examen plus invasif, mais qui ne nécessite pas d’injection de produit de contraste et a l’avantage de pouvoir être réalisé au lit du patient, y compris chez des patients participant peu. L’endoscopie permet, lorsque le patient n’a pas de trouble cognitif marqué, de faire apprécier au patient, par biofeedback, l’efficacité de certaines mesures (postures, texture...) sur sa déglutition. D’autres examens spécialisés peuvent être proposés par l’oto-rhino-laryngologiste, mais relèvent du cas particulier.

**PRISE EN CHARGE**

La prise en charge de la déglutition comprend divers axes. Elle mobilise chaque membre de l’équipe, en premier lieu l’aide-soignant qui aide quotidiennement à la prise des repas supervisée par l’infirmier qui gère également la dispensation des traitements, mais également le médecin prescripteur éventuellement conseillé par le pharmacien, le diététicien et en fonction des situations, le chirurgien-dentiste, l’orthophoniste, le kinésithérapeute et l’ergothérapeute (Tableau 1).

La famille peut également bénéficier d’une éducation lorsqu’elle participe au temps des repas.

**Tableau 1 : Rôle des différents intervenants lors d’un trouble de la déglutition.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tableau 1 : Rôle des différents intervenants lors d’un trouble de la déglutition.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Aide-soignant</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Infirmier</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Cadeau de santé</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Médicin</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Dietéticien</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Orthophoniste</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ergothérapeute</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kinésithérapeute</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Chirurgien-dentiste</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pharmacien</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Famille</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

© La Revue de Gériatrie, Tome 61, N° 10 DÉCEMBRE 2016

La déglutition est un facteur de risque de réhospitalisation pour pneumopathie. Il serait donc souhaitable, chez tout patient hospitalisé pour pneumopathie, de rechercher les troubles de la déglutition afin de mettre en place un programme de prévention. De même, chez les patients hospitalisés, l’existence d’une dysphagie est associée à une plus longue durée de séjour et à une mortalité plus élevée. Les patients en institution présentant une dysphagie sont plus souvent décédés que ceux qui n’ont pas de difficultés pour déglutir. La dysphagie est un facteur de risque indépendant de décès[1]. La dysphagie et la dénutrition sont deux conséquences psychologiques et sociales importantes pour les personnes qui en souffrent. Ces dernières peuvent développer un repli sur soi, une perte d’estime de soi et refuser de prendre leurs repas en collectivité. Le retraitisme sur la qualité de vie doit donc également être pris en considération. Le développement d’un syndrome dépressif va en aggraver le risque de dénutrition et diminuer l’adhésion à un projet de soins. Ces complications, en aggravant l’état général, sont placer la personne atteinte de dysphagie dans un cercle vicieux qui nécessite une évaluation et une prise en charge pluridisciplinaire[2].

**ÉVALUATION**

Actuellement, le repérage de la dysphagie n’est que rarement effectué de façon systématique. Les troubles sont souvent détectés lorsqu’ils sont sévères ou conduisent à des complications pour le patient. Une évolution de la pratique est souhaitée par différents experts qui suggèrent que la dysphagie soit reconnue comme un syndrome gériatrique à part entière[3]. Il n’y a actuellement pas d’échelle de déglutition validée dans la population gériatrique, qui pourrait conduire à un repérage clinique répétés par la formation des soignants présents lors des repas. Des autoquestionnaires destinés aux patients ont été développés afin de repérer les troubles de la déglutition sur le plan fonctionnel et sur leur qualité de vie, mais leur utilisation n’est limitée en gériatrie et leur qualité métrique inappropriée[4]. Plusieurs tests à l’eau sont décrits dans la littérature mais validés chez des personnes ayant présenter des AVC. Le plus utilisé est le « 3 Oe water swallow test » consistant à faire boire au patient 90 mL sans interruption et à surveiller la survenue de troubles (toux, fausse route, voix gargonlante)[5]. Glave et al. ont montré l’efficacité du « Volume-viscosity Swallow Test » (V-VST) pour repérer un dysfonctionnement de la déglutition au lit du malade. Ce test a été évalué sur une échantillon de 85 patients dont 40 personnes âgées présentant des pathologies diverses[6]. La sensibilité de ce test pour la détection de l’inhalation et le repérage du patient devant bénéficier de modification de texture est haute. Il s’agit d’un test simple, pouvant être réalisé par un soignant à l’arrivée du patient ou lorsqu’a lieu la situation nécessaire. Il consiste en une administration d’eau en volumes croissants (5, 10 puis 20 mL) en surveillant l’apparition de signes cliniques évocateurs de dysphagie. Le test, par sécurité, est initié avec une consistance type nectar puis, en l’absence d’incident, est poursuivi avec de l’eau claire. En cas d’incident, l’organigramme permet de passer à une texture plus épaisse (« pudding »). Une formation des infirmières, en particulier dans les structures gériatriques, à l’utilisation de ces tests de dépistage au lit du patient est souhaitable[8]. D’autres équipes ont recherché des tests de dépistage pertinents. Toutefois, aucun de ces tests n’ose une sensibilité et une spécificité satisfaisantes[9]. Ainsi, les tests existants permettent surtout d’identifier des patients nécessitant une exploration supplémentaire (signes respiratoires et modification de la voix lors de l’ingestion). À l’inverse, une absence de symptomatologie après la prise de plusieurs boîtes de granulés est rassurante. L’utilisation de différentes méthodes pouvait augmenter l’efficacité du dépistage mais serait difficile à organiser en institution. Des études rigoureuses de grande envergure seraient toutefois nécessaires pour améliorer la détection des patients à risque de complications.

**Cercle vicieux**

![Figure 1: Cercle vicieux des troubles de la déglutition en Gériatrie.](image)

Le coût des hospitalisations liées à la pneumopathie, les conséquences des antibiorthérapies répétées sur l’écolo- gie bactérienne et le risque accru d’institutionnalisation font des troubles de la déglutition une problématique de santé publique qui va s’accentuer dans les années à venir.
L'environnement de la prise du repas est important. Il convient d'éviter tout élément perturbateur (comme la télévision) et favoriser une ambiance calme, propice à la concentration.

La cavité buccale doit être propre et l'état bucco-dentaire régulièrement entretenu afin de limiter la prolifération bactérienne et les désordres fonctionnels. Si le patient porte des prothèses dentaires, elles doivent être adaptées et quotidiennement nettoyées. La mise en place d'une intervention destinée à former le personnel soignant sur ce sujet a été menée avec succès dans des institutions génériques. Cependant, le manque de connaissances ne semble pas être la principale cause de l'insuffisance des soins bucco-dentaires dans la pratique. Une volonté institutionnelle de promotion de l'hygiène bucco-dentaire paraît donc souhaitable.

L'adaptation de la texture des aliments est une mesure qui a montré son efficacité dans une population adulte. Certaines études supplémentaires, contrôlées et randomisées, concernant la population générique, paraissent nécessaires afin de détailler les types d'épissaissements en fonction des situations cliniques. Cette adaptation doit également être considérée individuellement car certains patients refusent de boire de l'eau épaisse et s'exposent alors à un risque de déshydratation. L'épissaissement des liquides se fait par ailleurs moins efficace dans les démences très évoluées.

Dans certains cas, l'utilisation de boiseux pétillants peut permettre, par une meilleure stimulation sensorielle, d'améliorer l'efficacité du déglutissement. De même, il a été rapporté que le vin rouge avait un effet stimulant. Concernant les solides, différentes textures peuvent être proposées en fonction du type de dysphagie. L'absence de recommandations scientifiques internationales, le maintien d'apparets corrigés après modification de la texture doit être contrôlé pour s'assurer du bénéfice apporté. Les patients et leurs proches doivent être informés que certains aliments, comme les aliments fiables ou secs et dispersables, sont à proscrire formellement. Les traitements médicamenteux, parfois maintenus alors que l'alimentation est stoppée, peuvent également être responsables d'insuffisance d'hydration.

La rééducation spécifique des troubles de la déglutition des sujets âgés est plus souvent difficile d'engager le patient dans un processus rééducatif. Par ailleurs, peu de travaux dans la littérature concernent la rééducation spécifique des troubles de la déglutition des sujets âgés. Ces travaux rapportent des résultats contradictoires et souvent insuffisants pour conclure et émettre des recommandations consensus.

Dans certaines situations, les manœuvres spécifiques peuvent être mises en place comme par exemple la double déglutition destinée à diminuer les troubles alimentaires. Un travail de mobilisations cervicales chez des patients déments a été mené, sur un petit effectif, montrant une bonne faisabilité mais une efficacité limitée dans le temps.

L'adaptation du matériel est en revanche importante. Le verre à découper nasale ou des verres larges et bas permettent ainsi à la personne de boire sans extension cervicale. L'ajout de couverts ergonomiques peut aussi permettre de maintenir l'autonomie au repas. L'adaptation des soins au rythme du patient, à ses difficultés au cours du repas mais aussi à ses préférences peut améliorer ses apports alimentaires. Ainsi, une intervention réalisée auprès d'un petit groupe de patients présentant une dépendance de type Alzheimer a permis d'obtenir une amélioration significative du statut nutritionnel.

Figure 2 : Positionnement au fauteuil et au lit. Figure 3 : Positioning in armchair and in bed.


La prise précoce d'une alimentation est préférable à un arrêt prolongé pendant toute la durée du traitement de la pneumopathie. Il a été montré dans la littérature que la mise en place d'une sonde de gastrostomie réduisait le risque de faute route alimentaire ou apportait un bénéfice en terme de survie chez les patients présentant une démanche sévère. Il en est donc actuellement peu recommandé d'utiliser une alimentation entérale dans l'optique de réduire la fréquence des inflammations ou de réduire la mortalité dans cette population. Une étude prospective récente, sur une petite cohorte de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, a montré une augmentation du risque de décès et une plus grande incidence de pneumopathies chez les patients alimentés par gastrostomie ou sonde nasogastrique. Chez les patients pensionnés, la pose de gastrostomie pourrait être motivée par la difficulté à prendre les médicaments et la nécessité de maintien de la dophaphorie. Pour les autres pathologies, la dimension éthique et le rapport bénéfice/risque doivent être considérés avant de prendre une décision.
Les troubles de la déglutition en Gériatrie
Swallowing disorders in geriatrics

Une démarche palliative peut être favorisée chez certains patients, notamment dans le cas des pathologies neurodégénératives. La Société française de gériatrie et de géro- oncologie (SFGG) et la Société française d’accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) ont élaboré un document d’aide à la prise en charge des troubles dysphagiques et de leurs complications chez les patients âgés en situation palliative23.

CONCLUSION
Les troubles de la déglutition sont fréquents en institution gériatrique, favorisés par les carences ou le port et l’autonomie des résidents. Ils peuvent avoir des conséquences graves telles que les pneumopathies d’inhalation, la dénutrition et le parcours. Pourtant, leur repérage ne repose que rarement sur une évaluation gériatrique standardisée. Une prise en charge détaillée de l’état de résidents et peu d’études de grande envergure ont été réalisées sur la prise en charge de ces troubles dans la population gériatrique. Il est nécessaire d’élaborer des outils fiables et adaptés à cette population pour pouvoir débattre des perspectives. Considérer les troubles de la déglutition comme un syndrome gériatrique à part entière permettrait de progresser sur leur dépistage et la mise en place d’une prise en charge standardisée.

Références

Troubles de la déglutition en EHPAD, la nécessaire remise en question des réflexes
Swallowing troubles in nursing homes. The necessary questioning of habits

Florance DECOTTIGNIES1, Estelle LACOSTE2, Vaen TANNOL3

RÉSUMÉ
La gestion des Troubles de la déglutition (TDG) du dépit stag à la prénention de ses complications passe par une remise en question de nos pratiques quotidiennes. Pour cela, l’expertise de l’orthophoniste formé aux TDG de la personne âgée est indispensable. La remise en cause de nos pratiques implique d’accepter de lutter contre le refus des textures modifiées, de modifier l’approche des risques en réfléchissant le risque d’asphyxie aiguë à la place qui lui revient derrière les complications infectieuses, nutritionnelles, hémorragiques et de poser la balance bénéfice/risque en tenant compte des attentes et souhait du résident dans une volonté de tendre vers une qualité de vie optimale.

Mots clés : Troubles de la déglutition - Textures modifiées - Balance bénéfice/risque

ABSTRACT
The management of swallowing disorders, from screening to preventing its complications, calls for a questioning of our daily practice. To achieve this, the expertise of a speech therapist, trained in gerontology, is essential. Questioning practice implies agreeing to fight against the habit of textures modified diets, modifying the risk approach by replacing the risk of acute asphyxia to its rightful place, behind infectious, nutritional and hydrical complications, and assessing the risk/benefit ratio taking into consideration the patient’s expectations and wishes, demonstrating a utilitarian sense to seek an optimal quality of life.


Keywords: Swallowing disorders - Textures modified diets - Risk/Benefit ratio

INTRODUCTION
Les troubles de la déglutition sont un risque gériatrique identifié avec une prévalence estimée de 30 à 60 %1,2. Ils sont particulièrement redoutés dans leur forme la plus traumatisante qui est l’asphyxie par fausse route. Ce type d’épisode n’est cependant pas fréquent, même s’il n’est pas exceptionnel, et ne doit pas occulter une réalité plus sournoise à l’origine d’une qualité de vie médiocre, de l’installation ou de la majoration d’une dénutrition et de décès liés à des épisodes de pneumopathies de déglutition à répétition.

La population accueillie dans nos établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est de fait très exposée à ce risque puisqu’elle cumule les effets du vieillissement physique, les conséquences des pathologies neurodégénératives présentes dans nos établissements et une santé bucco-dentaire souvent allérée. Le refus, encore très ancien, d’instaurer de façon systématique des textures modifiées, voire une eau modifiée, chez le résident identifié (tou ou à risque) est à réinterroger, car il peut rassurer à tort le soignant. Il a en effet été montré que les fausses routes à l’origine de décès chez la personne âgée incriminent plus souvent les textures semi-liquides ou de petites caloriques.

Figure 1 : Test ABP, Test repose sur 5 questions évaluant le prê-

tesse buccale de fusions identifiées comme favorisant la survenue de troubles de la déglutition. Une réponse négative classe la resi-
dante comme à risque avec un bilan complémentaire à pratiquer

to infirmer ou non la présence de troubles de la déglutition.

1. AOP (Atteinte Ordonnée), Oral cavity, Postural Test.

Outils pour bien travailler :
• un plan alimentaire tenant compte des régimes, textures et non goûts, qui est l’outil de communication entre les services soins et restauration ;
• un plan de table contenant toutes les informations matériales (couverts ergonomiques, installation sur une chaise...).
Troubles de la déglutition en EHPAD, la nécessaire remise en question des réflexes
Swallowing troubles in nursing homes. The necessary questioning of habits

Le rôle de l’AIDE-SOIGNANT LORS DES REPAS

- je veille à l’environnement : pas de télévision allumée, pas de ballade entre collègues ;
- je conseille le menu et le présentement au patient, plat après plat ;
- je conseille le positionnement du patient (assise ou couché) ;
- je vérifie que le matériel à portée de main du patient est adapté ;
- je stimule le patient et lui laisse le temps ;
- je vérifie que le plat est à la bonne température (froid ou chaud) mais pas trop chaud…
- lorsque l’âge du paciente, je m’assure de sa hauteur, je suis en face de lui, je lui parle ;
- je vérifie que les morceaux de viande sont de la bonne taille (1 cm de diamètre) ;
- je note les difficultés et les facilités du patient ;
- je note les goûts et non goûts ;
- je transmets à l’infirmière diplômée d’état (IDF) le déroulement des repas, et je le note sur le dossier.

LA VISION DE L’ORTHOPONISTE

Les troubles de la déglutition sont fréquents chez les personnes âgées jusqu’à 60 % en institution, mais sont souvent mal estimés par les patients, les soignants et l’entourage. On le sait, les pathologies à risque, c’est-à-dire susceptibles d’entraîner ces troubles, sont fréquentes en EHPAD : les démences et la maladie d’Alzheimer, les AVC et la maladie de Parkinson.

LA DÉGLUTITION

Elle se produit de 1500 à 2000 fois par jour. C’est un enchaînement de gestes volontaires, automatiques et réflexes. Le contrôle neurologique de la déglutition est complexe et les structures impliquées nombreuses :

- les récepteurs sensoriels ;
- le cortex moteur ;
- le tronc cérébral ;
- le cervelet ;
- les structures profondes du cerveau.

Les relations étroites entre ces différentes structures cérébrales permettent la modulation du geste de déglutition (Figure 2). Le geste est adapté en fonction des caractéristiques du bolus. Il est donc impératif de parler de réflexe de déglutition.

Le myotome et les poutres musculaires sont doublément protégés de l’entrée de salive, de liquide ou de solide :
- par l’efficacité de la déglutition, qui transporte les solides et les liquides vers l’estomac ;
- par le déclenchement de la toux, qui projette les corps étrangers en dehors des voies aériennes lorsqu’il y a pénétration.

La déglutition est un acte essentiel pour la survie. Elle est nécessaire à la nutrition et à l’élimination. Cependant, elle peut devenir un souci pour les personnes âgées et les patients atteints de démences.

Figure 2 : Neurologie de la déglutition.

QU’EST-CE QU’UN TROUBLE DE LA DÉGLUTITION ?

Lorsque la toux s’affaiblit ou que la déglutition perd en efficacité, la personne âgée est exposée au risque de fausse route, c’est-à-dire à la pénétration dans les voies aériennes d’un corps étranger. La fausse route peut être binaire, lorsqu’elle est isolée et qu’elle déclanche une toux efficace. Lorsqu’elle est trop fréquente ou qu’elle ne déclenche plus le réflexe de toux, c’est un trouble de la déglutition, ou dysphagie.

On distingue 3 sortes de dysphagie :
- aspiré : un corps étranger vient obstruer les voies aériennes ;
- altéré : la fausse route par obstruction, épisode qui peut se produire avec toutes sortes d’aliments, y compris des aliments hachés ou mélangés (2 156 cas en France en 2004) ;
- chronique : de petites quantités de salive, de sucus, de matières ou d’aliments pénètrent dans les poumons suite à une fausse route. Si l’hystératique n’est pas satisfaisante, ces particules, même en petit volume, peuvent être les vecteurs d’une infection déjà présente dans la bouche et qui atteint alors les poumons. C’est la pneumopathie d’aspiration, très fréquente chez la personne âgée, puisqu’elle représente le deuxième type d’infections après les infections urinaires (environ 30 % selon les données de la littérature).

QU’ELLES SONT LES CONSÉQUENCES ?

Trois complications prévalent dans les troubles de la déglutition :
- complications pulmonaires : pneumopathie d’aspiration ou de dysphagie ;
- complications nutritionnelles : les difficultés de déglutition réduisent les prises alimentaires en ralentissant les repas. Ce phénomène, associé au manque d’appétit, est amplifié devant un repas en texture mise à protocole ;
- complications hydriques : le recours à l’épuration des liquides induit une réduction des apports hydriques qui conduit à la déshydratation, sans forcément palier la sensation de soif.

Les complications pulmonaires et nutritionnelles sont les plus fréquentes et s’aggravent réciproquement : le manque de nutrition et d’hydratation peuvent conduire à des complications plus graves.

TEXTURE MÉLÉE, LIQUIDES ÉPAISSIS : QUELLE LA SOLUTION ?

Le premier réflexe de prévention des troubles de la déglutition est l’étatienisation, chez un patient qui présente des risques de fausses routes, la mise en place d’une alimentation mise à liquides épais ou gélifiés. C’est la craindre de l’aspérophobie rapide chez les patients âgées, du fait de sa forte charge émotionnelle et anxiogène pour le personnel et les familles, qui motive ces changements d’alimentation. Malheureusement, cette alimentation mise à liquides épais sont souvent peu attrayants pour les patients, qui s’en plaignent, les refusent ou s’y réstiguent, mais risquent toujours de réduire leurs apports alimentaires et de basculer dans la dénutrition.

De nombreuses équipes de restauration sont conscientes de ces problèmes et ont de leur mieux pour y pallier, consacrant de gros efforts en temps, en créativité et en personnel pour trouver des recettes et des présentations adaptées à ces textures, qui n’en restent pas moins mises, gélifiées ou épaisselles.

Il faut s’interroger sur l’utilité de ces modifications de textures et ne pas y avoir recours de manière indifférenciée et irréfléchie. En effet, Grehier et McKeag dans une étude de 1995 ont montré que 91 % des patients qui bénéficiaient d’une alimentation transformée mangeaient en fait une alimentation trop simplifiée par rapport à leurs capacités réelles de déglutition.

En effet, les facteurs de risque de complications sont indépendants de la texture alimentaire.
- Pour les pneumopathies d’aspiration, l’étude prospective américaine de Susan Langmore montre que les trois premiers facteurs de risque de développer une pneumopathie d’inhalation sont la dépendance pour manger (41 %), la dépendance pour les soins de bouches (40 %) et le nombre de déliétés élevés (84 %).

Pour l’asphérophobie par un corps étranger, l’étude prospective japonaise de Takedah Kikutani et al. montre que la perte de l’excursion dentaire multiplie le risque d’asphérophobie par 1,7.

Le tout mixé - tout épais n’est donc pas indiqué pour tous les patients qui présentent des troubles de la déglutition, en particulier dans le cadre de 2 pathologies largement représentées dans les établissements et bien connues des orthophonistes : les Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les démences.

En phase aiguë, dans les premières semaines qui suivent l’AVC, ces patients ont besoin de protéger leurs voies aériennes supérieures des inhalations : l’adaptation de l’alimentation et de la boisson et la pratique de postures d’incision modérée de la tête sont alors les deux outils palliatifs des fausses routes. En phase de récupération, ces patients sont alors le mieux servis par des alimentations plus adaptées pour progresser. Aussi, les simplifications alimentaires qui étaient nécessaires dans les jours/semaines qui suivent l’AVC deviennent des déprélations sensorielles qui entraînent la récupération spontanée si elles durent trop longtemps. Tout comme les patients ne peuvent pas récupérer la marche s’ils restent toujours assis dans un fauteuil roulant, ils ne peuvent récupérer une déglutition efficace en ayant trop longtemps une alimentation trop simplifiée.

La démente, et en particulier la démente de type Alzheimer, comporte des atteintes de la mémoire de travail qui provoquent des pertes d’informations immédiates. Ainsi, le patient devient pour oubliger qu’il a un aliment en bouches. Lorsque cette information cognitive est perdue, le masticage s’arrête et la déglutition est automatiquement arrêtée. À la reprise inspiratoire, l’aliment est inhalé, entraîné par l’air entrant vers la glose puis les poumons, déclenchant une toux réflexe, qui peut conduire malheureusement à la prescription fausse sans avis orthophonique d’une alimentation mise à liquide par une équipe soignante. L’aliment à faible pouvoir stimulant (mixé, bééé, fée) a peu de chance d’activer la mémoire de travail déficiente et risque au contraire de favoriser l’oubli en bouches, alors que l’aliment d’apports nutritionnels potentiels (chaud ou froid, goûteux, croquant, épeptillé) aurait pu déclencher un traitement de l’information et donc une déglutition efficace.

Il faut donc s’efforcer de retenir autant que possible l’introduction d’une alimentation mise à liquide qui amplifie

Troubles de la déglutition en EHPAD, la nécessité remise en question des réflexes
Swallowing troubles in nursing homes. The necessary questioning of habits

la dégradation que l'on voit circonscrire. Au contraire, on s'efforcera de rechercher tous les moyens possibles de stimulations augmentées de l'alimentation : le goût, la consistance, le bulleage, le contexte seront les composantes de cette prévention active.

Une alimentation attractive n'limite les risques de fausses routes
L'aliment doit répondre aux critères mécaniques suivants :
1. sa taille doit être adaptée à la taille de la douche, de la bouche, de l'œsophage
2. sa consistance doit être cohésive, pour que l'aliment reste intégré à la bouchée et ne se dépose pas de la bouche
3. sa viscosité doit être suffisante pour pallier le déficit éventuel de lubrification au cas où la manœuvre se déroule.

Les liquides épaissis abinent la perception : un liquide est perçu comme désaltérant s'il possède les caractéristiques cognitives : température basse (aux bœufs ouvragés âlés), sucré et surtout un effet d'écoulement en bouche. La modification de la texture avec l'apétit vient abolir le potentiel stimulant du liquide. Au contraire, les stimulations diverses (jus de fruits par exemple) impulseront le traitement cognitif et rééducatif et faciliteront le geste de déglutition.

CONCLUSION
Notre manque d'attention est sans aucun doute l’impératif et revêt une spécificité méconnue :
• former nos soignants et l’ensemble des professionnels accompagnant les résidents au repérage des signes laissant suspecter un trouble de la déglutition, mais surtout au repérage des résistances à risques de complication liés aux troubles de la déglutition, telles que la dénutrition et la pneumopathie d’inhalation ;
• à ce titre le test ABP semble plus facile et reproductible en EHPAD que le test des 3 verres ;
• intégrer l’évaluation du risque de trouble de la déglutition à notre évaluation gérontologique ;
• poursuivre les actions de formations des soignants dans le domaine de l’hémostase buccodentaire afin de minimiser au maximum les complications infectieuses des troubles de la déglutition ;
• sensibiliser les médecins et infirmiers à l’indispensable rééducation en amont de toute prescription des textures modifiées, en s’aidant du diagnostic de l’orthophoniste afin d’éviter au plus tôt les textures adaptées ;
• poursuivre notre réflexion sur les textures et éaux dites "modifiées" pour permettre à nos résidents de garder le plaisir de manger, car la qualité de vie passe par le plaisir de la table, qui est un temps de plaisir gustatif et de partage. Notre mission est celle d’offrir une qualité de vie optimale dans nos établissements, cela passe par une qualité de santé et une qualité de la prestation hôtelière dont fait partie la restauration. Le résident, à chaque fois qu’il le peut, doit être au centre de la réflexion bénéfique/risque sur les mesures préventives des troubles de la déglutition et de ses complications.

RÉFÉRENCES

DOSSIER EHPAD

Éviter les fausses routes et ses complications en 10 points
Ten ways to avoid aspiration and subsequent complications
Sophie HERMAESSIÈRE

• S’assurer que le positionnement pendant le repas est correct, favoriser la flexion antérieure de tête.

• Maintenir ou restaurer une hygiène bucco-dentaire satisfaite.

• Préférer des boissons stimulantes (fruits, pétaillons) et savoureuses (sorbet) et ne pas introduire les liquides (consistance nez à nez le plus souvent).

• Adapter, si nécessaire, les textures et les apports protéino-énergétiques des repas, favoriser le fractionnement.

• Privilégier l’auto-réglage, c’est-à-dire adapter la mise en bouchée au rythme des déglutitions.

• Supprimer les éléments distracteurs lors du repas.

• Réviser l’ordonnance, en particulier les psychotropes, adapter les galéniques et vacciner contre le pneumocoque.

• Accompagner les familles si elles interviennent pendant les repas.

• former les soignants à la conduite à tenir en cas de fausse route.

• Si persistance de troubles, discuter, selon le projet de soin, une évaluation spécialisée en ORL avec vidéofluoroscopie.

Les troubles de la déglutition concernent une part importante des résidents en institution (alimentation, déglutition, etc.). On estime que 15 à 30% des patients de l'EHPAD ont un trouble de la déglutition. Ceux-ci sont liés à des facteurs divers (âge, pathologies我们一起, etc.) et peuvent entraîner des complications graves comme les pneumopathies. Il est donc essentiel de mettre en place des mesures préventives pour réduire le risque de complications. Les consignes suivantes sont recommandées pour éviter les fausses routes et leurs complications :

- S’assurer que le positionnement pendant le repas est correct, favoriser la flexion antérieure de tête.
- Maintenir ou restaurer une hygiène bucco-dentaire satisfaite.
- Préférer des boissons stimulantes (fruits, pétaillons) et savoureuses (sorbet) et ne pas introduire les liquides (consistance nez à nez le plus souvent).
- Adapter, si nécessaire, les textures et les apports protéino-énergétiques des repas, favoriser le fractionnement.
- Privilégier l’auto-réglage, c’est-à-dire adapter la mise en bouchée au rythme des déglutitions.
- Supprimer les éléments distracteurs lors du repas.
- Réviser l’ordonnance, en particulier les psychotropes, adapter les galéniques et vacciner contre le pneumocoque.
- Accompagner les familles si elles interviennent pendant les repas.
- former les soignants à la conduite à tenir en cas de fausse route.
- Si persistance de troubles, discuter, selon le projet de soin, une évaluation spécialisée en ORL avec vidéofluoroscopie.

Les troubles de la déglutition concernent une part importante des résidents en institution (alimentation, déglutition, etc.). On estime que 15 à 30% des patients de l'EHPAD ont un trouble de la déglutition. Ceux-ci sont liés à des facteurs divers (âge, pathologies ensemble, etc.) et peuvent entraîner des complications graves comme les pneumopathies. Il est donc essentiel de mettre en place des mesures préventives pour réduire le risque de complications. Les consignes suivantes sont recommandées pour éviter les fausses routes et leurs complications :

- S’assurer que le positionnement pendant le repas est correct, favoriser la flexion antérieure de tête.
- Maintenir ou restaurer une hygiène bucco-dentaire satisfaite.
- Préférer des boissons stimulantes (fruits, pétaillons) et savoureuses (sorbet) et ne pas introduire les liquides (consistance nez à nez le plus souvent).
- Adapter, si nécessaire, les textures et les apports protéino-énergétiques des repas, favoriser le fractionnement.
- Privilégier l’auto-réglage, c’est-à-dire adapter la mise en bouchée au rythme des déglutitions.
- Supprimer les éléments distracteurs lors du repas.
- Réviser l’ordonnance, en particulier les psychotropes, adapter les galéniques et vacciner contre le pneumocoque.
- Accompagner les familles si elles interviennent pendant les repas.
- former les soignants à la conduite à tenir en cas de fausse route.
- Si persistance de troubles, discuter, selon le projet de soin, une évaluation spécialisée en ORL avec vidéofluoroscopie.