

Troubles de la déglutition et prévention des pneumonies d'inhalation chez la personne âgée hospitalisée

1. Contexte

La dysphagie ou plus communément appelé « troubles de la déglutition » se définit comme la difficulté à avaler les aliments liquides et/ou solides (1). La dysphagie est une problématique fréquente chez la population âgée et elle touche jusqu'à 13% des adultes âgés de plus de 65 dans la population (2). Cette proportion augmente en milieu hospitalier touchant jusqu'à environ 47% des patients âgés (2). Les conséquences et complications tels que dénutrition, déshydratation et la pneumonie d'inhalation (PI) sont multiples et peuvent mettre la vie du patient en danger, surtout si ce dernier est âgé et/ou fragilisé par la maladie ou l'hospitalisation (2,3).

Les pneumonies d'inhalation affectent au quotidien plus de 10% de la population âgée de plus de 65 ans (2) et représentent jusqu'à 50% de la totalité des pneumonies acquises en communauté (3) et entre 5% et 15 % des pneumonies nosocomiales (4). L'incidence de survenue d'une PI en milieu hospitalier est rare avant l'âge de 50 ans et augmente progressivement avec le vieillissement (3). Ce même risque est six fois supérieure chez les personnes de plus de 75 ans versus celles de 60 ans (5). Le taux de mortalité chez les patients ayant acquis une PI nosocomiale peut atteindre 30% et 50% (6) et il a aussi été démontré un allongement de la durée d'hospitalisation et des coûts (7–9).

2. Démarche clinique

La dysphagie est évaluée de trois façons : par dépistage (anamnèse et test), par des tests cliniques et/ou par des tests instrumentaux (1,2). Le test de dépistage sert à saisir un bref ensemble de signes et de symptômes de la dysphagie et vise à identifier les personnes les plus à risque de développer des complications et ainsi à instaurer rapidement des moyens de prévention pour fournir une hydratation et une nutrition les plus sûres et adéquates (6). L'évaluation clinique approfondie sert à identifier un ensemble plus complet de signes et de symptômes de dysphagie et confirmer la présence, l'emplacement et la gravité du trouble de la déglutition. Les outils d'évaluation instrumentale sont utilisés pour mesurer plus précisément le déficit de la dysphagie. L'évaluation de la dysphagie est suivie si nécessaire par une mise en place d'interventions thérapeutiques préventives (adaptatives, compensatoires) et d'une phase de rééducation/réadaptation spécifique.

Dépistage

Le dépistage de la dysphagie devrait faire partie d'une évaluation gériatrique globale (10). Il peut être réalisé par tout professionnel de la santé ayant été sensibilisé et formé à la problématique (2,11). Le dépistage contient une anamnèse ciblée en lien avec les facteurs de risque principaux, ainsi que les symptômes de dysphagie connus (2,6,12) (**annexe 1**). Ensuite, à l'aide d'un outil validé par sa sensibilité et sa spécificité (2,3,11) un test de dépistage est réalisé. Parmi les différents outils, le test à l'eau de DePippo (11) est recommandé pour sa facilité de réalisation et pour sa sensibilité (3,11) et devrait faire partie d'une évaluation clinique systématique. Le déroulement du dépistage doit respecter la méthodologie (**annexe 3**).

3. Investigations

Évaluation clinique

L'évaluation clinique non instrumentale peut s'effectuer uniquement par des professionnels formés à l'évaluation clinique de la dysphagie (médecins, physiothérapeutes, logopédistes). L'évaluation clinique instrumentale (nasofibroscopie, radiovidéoscopie de la déglutition, endoscopies digestives etc.) peut s'effectuer uniquement par des médecins formés (gastro-entérologues, ORL).

4. Prévention

Une prévention active dès l'arrivée du patient doit être mise en œuvre systématiquement chez les patients âgés présentant des facteurs de risque de troubles de la déglutition. L'objectif est de réduire la morbidité et la mortalité associées aux PI et au mauvais état nutritionnel (2). Il est conseillé d'effectuer immédiatement à l'arrivée, le dépistage en réalisant une anamnèse et test de la déglutition, suivi par la mise en œuvre rapide de mesures préventives et d'adaptation (voir point 5).

5. Traitement - Interventions

Les mesures préventives ainsi que les mesures de réadaptation ont pour objectif de fournir une nutrition et une hydratation sécuritaire et adéquates avec un minimum de complications. Le gold standard peut être divisée en trois stratégies d'intervention thérapeutique différentes (adaptatives, compensatoires et rééducatives) (2,12) (**annexe 3**).

Les interventions adaptatives et compensatoires :

Elles sont utilisées en première ligne pour ralentir le processus de déglutition en le rendant plus sécuritaire lorsque le patient s'alimente et s'hydrate. Il existe 3 genres d'interventions :

- Posture = la position adéquate du patient durant l'alimentation
- Texture = la texture adéquate (solide et liquide) pour diminuer les fausses routes
- Contenant = le contenant adéquat pour boire sans incliner la tête

Les stratégies de rééducation ou de réadaptation

La phase de rééducation/réadaptation spécifique s'effectue par des professionnels de la santé avec expertise (physiothérapeute, logopédiste). Des objectifs sont fixés et réévalués quotidiennement. Sous délégation des professionnels avec expertise, des exercices de rééducations peuvent être réalisés au quotidien par les équipes soignantes formés.

6. Sortie : Suivi et lettre de sortie / DMST

Noter la présence de troubles de la déglutition et les informations prioritaires dans le dossier du patient et le mentionner dans la lettre de sortie et le document médico-social de transmission (DMST).

Les informations suivantes seront présentes :

- Le résultat du test de dépistage
- Les interventions de préventions et/ou de rééducations mises en œuvre.
- L'évaluation clinique (*si réalisée*)

7. Références

Sources internes

Comparaison avec RPC

Messina, L., Moser S., Garcia Manjon A-J. (2019) Fausses routes, test de la déglutition, prévention et utilisation de poudre épaississante. Mémo infirmier de référence. CHUV, Service de médecine interne. https://tribu.chuv.ch/docs?UniqueId=34E293BB-9E74-4EE3-9657-B6BF6F784A62	Absence de notions d'évaluation clinique et réadaptation
Bonny, M., Grand, K., Giordano, F., Claivaz, V., Benmachiche, M., (2020) Algorithme de prise en charge interdisciplinaire des troubles de la déglutition, CHUV, Service de médecine interne. http://gedchuv.intranet.chuv/vdocopenweb/asp/center.asp?UserLogin=Public&DBIndex=%7b956E536C-2488-4C15-A08E-6DB315928E83%7d&RedirectTo=LoadHttpLinkByRef.asp%3fiddoc%3d1023	Algorithme et population spécifique soins intermédiaire (complexe, intubation, trachéotomie) Rôle pivot et coordination par physio des situations complexes
Busch, J., Boca, F., (2016) Déglutition au SMIA, CHUV, Service de médecine intensive adulte. http://gedchuv.intranet.chuv/vdocopenweb/asp/center.asp?UserLogin=Public&DBIndex=%7b9CF397AD-894F-4ECE-94F3-CA5DB7B59846%7d&RedirectTo=LoadHttpLinkByRef.asp%3fiddoc%3d928837	Algorithme et population spécifique soins intensifs (complexe, intubation, trachéotomie) Rôle pivot et coordination par physio des situations complexes
Garcia Manjon, A-J., (2022) La dysphagie et la prévention des pneumonies d'inhalation en gériatrie aigüe, CHUV, Service de gériatrie et de réhabilitation gériatrique.	Adapté à la population gériatrique. Différentes étapes du processus

Littérature scientifique

1. Sassi FC, Medeiros GC, Zilberstein B, Jayanthi SK, de Andrade CRF. Screening protocol for dysphagia in adults: comparison with videofluoroscopic findings. *Clin Sao Paulo Braz*. 2017;72(12):718-22. DOI: 10.6061/clinics/2017(12)01
2. Wirth R, Dziewas R, Beck AM, Clavé P, Hamdy S, Heppner HJ, et al. Oropharyngeal dysphagia in older persons - from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clin Interv Aging*. 2016;11:189-208. DOI: 10.2147/CIA.S97481
3. González-Fernández M, Humbert I, Winegrad H, Cappola AR, Fried LP. Dysphagia in old-old women: prevalence as determined according to self-report and the 3-ounce water swallowing test. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(4):716-20. DOI: 10.1111/jgs.12745
4. DiBardino DM, Wunderink RG. Aspiration pneumonia: A review of modern trends. *J Crit Care*. 2015;30(1):40-8. DOI: 10.1016/j.jcrc.2014.07.011
5. Marik PE. Pulmonary aspiration syndromes. *Curr Opin Pulm Med*. 2011;17(3):148-54. DOI: 10.1097/MCP.0b013e32834397d6
6. Limper AH. Overview of Pneumonia. *Goldmans Cecil Med*. 2012;587-96. DOI: 10.1016/B978-1-4377-1604-7.00097-X
7. Di Luca DG, McArthur EW, Willis A, Martino R, Marras C. Clinical and Economic Outcomes Associated with Dysphagia in Hospitalized Patients with Parkinson's Disease. *J Park Dis*. 2021;11(4):1965-71. DOI: 10.3233/JPD-212798
8. Allen J, Greene M, Sabido I, Stretton M, Miles A. Economic costs of dysphagia among hospitalized patients. *The Laryngoscope*. 2020;130(4):974-9. DOI: 10.1002/lary.28194
9. Jo T, Yasunaga H, Michihata N, Sasabuchi Y, Hasegawa W, Takeshima H, et al. Influence of Parkinsonism on outcomes of elderly pneumonia patients. *Parkinsonism Relat Disord*. 2018;54:25-9. DOI: 10.1016/j.parkreldis.2018.03.028
10. Overall B. Dysphagia (Older Adult): Screening and Assessment. 2022;
11. DePippo KL, Holas MA, Reding MJ. Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. *Arch Neurol*. 1992;49(12):1259-61. DOI: 10.1001/archneur.1992.00530360057018
12. Shaker R, Easterling C, Belafsky PC, Postma GN. *Manual of Diagnostic and Therapeutic Techniques for Disorders of Deglutition*. Springer Science & Business Media; 2012.
13. Cichero JAY, Lam P, Steele CM, Hanson B, Chen J, Dantas RO, et al. Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. *Dysphagia*. 2017;32(2):293-314. DOI: 10.1007/s00455-016-9758-y
14. Cichero JAY, Steele C, Duivesteyn J, Clavé P, Chen J, Kayashita J, et al. The Need for International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Liquids Used in Dysphagia Management: Foundations of a Global Initiative. *Curr Phys Med Rehabil Rep*. 2013;1(4):280-91. DOI: 10.1007/s40141-013-0024-z
15. [En ligne]. ThickenUP® Clear | Nestlé Health Science [cité le 17 mai 2023]. Disponible: <https://www.nestlehealthscience.ch/fr/produits/thickenup/dysphagie/resource-thickenup-clear>

8. Rédaction et validation

Janvier 2023 – A-J., Garcia Manjon, Fabrice Giordano, P., D'Amelio

Remerciements aux experts : Stercq Leakos, C., Lafaille Paclet, M., Todic, J.

Illustrations : Jeongmin Lee

Annexe 1 :

Facteurs de risque principaux

Âge et presbyphagie : les mécanismes de la déglutition s'altèrent avec l'âge (presyphagie). Ils correspondent à un vieillissement mécanique et neurologique physiologique.

Maladies neurologiques : troubles neurocognitifs (TNC), accidents vasculaires cérébraux (AVC), Parkinson, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique.

Changements structurels : dans la colonne vertébrale (squelettique), dans la sphère ORL (tumeur, chirurgie, radiothérapie), musculaire (reflux gastro-œsophagien), altération dentaire.

Modification des fonctions de la sphère ORL : réduction de la production de salive, sensibilité buccale et pharyngée réduite, fonction olfactive et gustative réduite.

Diminution de la masse musculaire : détérioration de la force musculaire (sarcopénie).

Médication : somnifères, antidépresseurs, neuroleptiques, relaxants musculaires.

Dénutrition : diminution de la masse musculaire avec sarcopénie, augmentation du risque d'infections et développer des plaies de pression.

Symptômes de dysphagie connus

Alimentaire

- Un changement dans les habitudes alimentaires
- Une durée de repas plus longue
- Un évitement de certains aliments
- Une peur ou un refus de s'alimenter
- Un raclement de gorge
- Une sensation d'aliment coincés dans la gorge et une sensation d'avaler quelque chose de travers
- Des aliments qui restent en bouche (bol alimentaire difficile à propulser vers la gorge)
- Une mastication difficile
- Un écoulement de salive ou de nourriture hors de la bouche
- Une nécessité de recracher ses aliments

Clinique

- Une perte de poids involontaire
- Une toux fréquente
- Un changement de voix avec aspect « mouillée ou enrouée »
- Une baisse de l'apport d'oxygène (désaturation)
- Une apparition de température
- Une bronchite ou pneumonie

Annexe 2 : les interventions adaptatives et compensatoires :

La position adéquate



- Le dos droit relevé à 90°
- Tête penchée en avant
- Menton vers la poitrine



- Éviter que la tête bascule en arrière pour avaler



- La personne qui aide à prendre le repas doit être en face, à la même hauteur (ou plus bas)

Le contenant adéquat



De préférence :

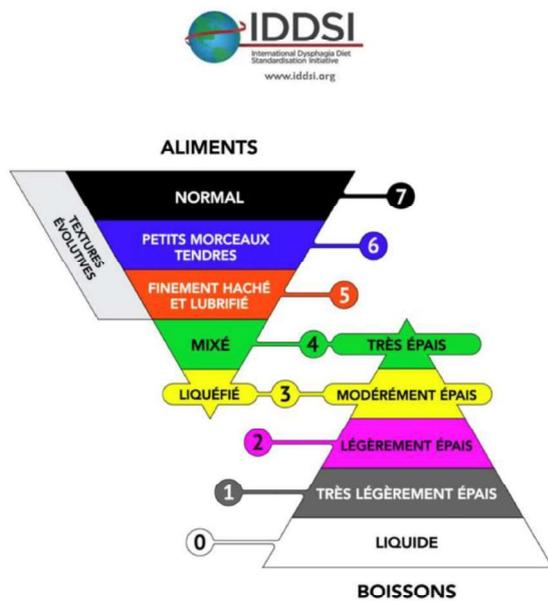
- Un verre normal, plein
- Un gobelet à encoche nasale ou à poignée
- Une cuillère pour le liquide très épais



Évitez

- Boire à la paille ou au goulot
Les gobelets à bec

La texture adéquate



Classification International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) (13,14)

Épaississant disponible au CHUV (15)

- L'adaptation des textures et l'épaississement des liquides sont importants pour fournir une hydratation et une nutrition sécuritaire, afin d'éviter que la nourriture, liquide ou salive n'entrent dans les voies respiratoires (risque de pneumonie d'inhalation).
- Différentes textures ont été définies et détaillées dans la classification internationale (IDDSI), dans le but de langage commun.
- Les épaississants disponibles sur le marché suivent cette classification internationale (IDDSI).
- Le nombre de mesurette nécessaires pour épaissir les liquides respecte la classification internationale (IDDSI)

Annexe 3 : méthodologie du test de la déglutition (modifié selon DePippo⁽¹¹⁾)

Conditions préalables au test

- Patient vigilant, calme et collaborant
- Respiration eupnéique
- Pas d'encombrement audible à la bouche
- Patient capable d'une toux efficace (mobiliser les sécrétions et les amener vers la bouche)
- Capacité du patient à avaler sa salive de manière sécuritaire
- Sphère naso-buccale propre et soigné

Déroulement du test

Le test 1 = administration de **3 x 3ml** d'eau avec une cuillère à café

Si le test 1 est réussi, le test 2 peut être réalisé

Si le test 1 est échoué, le test 3 est réalisé

Le test 2 = administration de **90 ml** d'eau dans un verre/tasse bu au rythme du patient

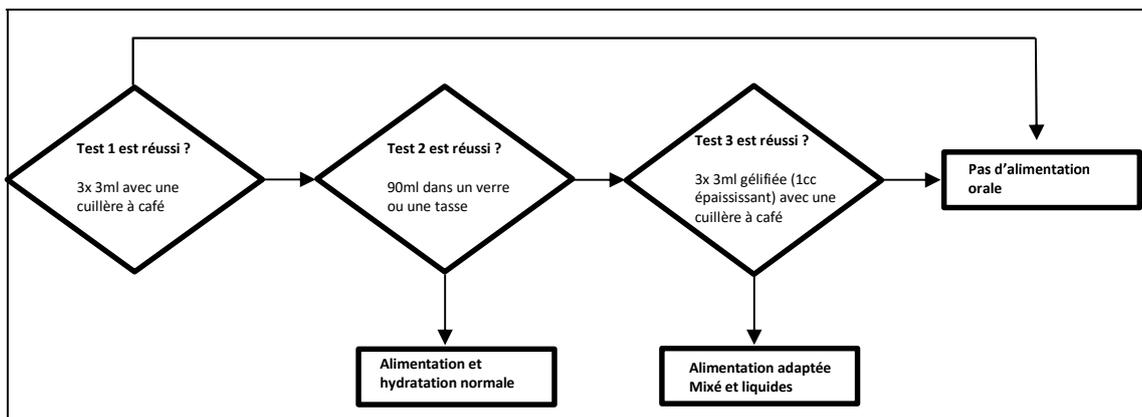
Si le test 2 est réussi, une alimentation normale et des liquides clairs peuvent être administrés

Si le test 2 est échoué, le test 3 est réalisé

Le test 3 = administration de **3x 3m** d'eau gélifiée avec une cuillère à café

Si le test 3 est réussi, une alimentation mixée et des liquides épaissis peuvent être administrés

Si le test 3 est échoué, il est recommandé de ne pas procéder à une alimentation orale



Position du patient lors du test

- **À privilégier au fauteuil ou chaise** : position assise, dossier à 90°, pieds au sol, menton légèrement rentré (vers les genoux).
- **Si fauteuil ou chaise non envisageable** : on peut placer le patient en position assise avec le lit, dossier à 90°, pieds légèrement descendus, menton légèrement rentré (vers les genoux).

Position du soignant lors du test

- En face du patient à hauteur, voir un peu plus bas pour éviter l'extension de la tête (garder menton légèrement rentré vers les genoux).

Arrêt immédiat du test, si présence de :

- Signes de détresse respiratoire
- Désaturation
- Tachycardie
- Agitation
- Non-collaboration
- Tout signe clinique montrant un inconfort du patient

Le dépistage de la dysphagie est positif (test échoué/non réussi), si présence de :

- Fausse route avérée et connue
- Toux associée lors de la déglutition (peut survenir plusieurs minutes après le test)
- Étouffement
- Modification de la voix (mouillée, gargouillante, faible ou absente) après le test

Un dépistage positif (*présence de troubles de la déglutition*) doit impérativement être suivi de la mise en œuvre d'actions d'adaptation et de prévention pour sécuriser la prise d'aliments solides ou liquides (**point 5 Traitement-interventions**).