

GUIDE

Les troubles de la déglutition



DÉFINITIONS & PRÉVALENCES

La déglutition est définie comme le transfert d'aliments solides ou liquides, ou de salive, de la bouche vers l'estomac, transitant par le pharynx et l'œsophage.

Il existe différents troubles de la déglutition :

- ◆ La **dysphagie** : ralentissement, gêne lors de la déglutition, fausses routes
- ◆ L'**odynophagie** : douleur pharyngée ou œsophagienne lors de la déglutition
- ◆ L'**aphagie** : impossibilité de déglutir

Les troubles de la déglutition peuvent être observés lors de la consommation d'aliments solides et/ou liquides.

Ils représentent un véritable problème de santé publique, par leur fréquence et leur gravité, avec des conséquences sur la mortalité des sujets et plus particulièrement des sujets âgés. En effet, leur prévalence augmente avec l'âge, pouvant atteindre 30 à 60% en EHPAD.

Pourtant cette pathologie est sous-évaluée, peu diagnostiquée et insuffisamment pris en charge. Sa symptomatologie étant souvent peu spécifique, le diagnostic peut s'avérer difficile, avec des causes multiples, chez des sujets fragiles polyopathologiques.

Les troubles de la déglutition sont responsables de 4000 décès par an en France.

(Intergroupe Pneumo Gériatrique SPLF-SFGG (Société de Pneumologie de Langue Française et Société de Gériatrie et de Gériatrie). Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions / réponses. Rev Mal Respir 2009 ; 26 : 587-605).

CAUSES

Les **maladies neurologiques cérébro-vasculaires, dégénératives ou traumatiques** sont les principales causes de dysphagie chez la personne âgée : AVC, maladie de Parkinson, démences, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, maladies neuromusculaires, tétraplégies, etc.

Les **pathologies touchant la sphère ORL et l'œsophage** sont aussi propices à l'apparition de troubles de la déglutition : stomatites, gingivites, altérations dentaires et surtout cancers des voies aérodigestives supérieures, cancers de l'œsophage, dyskinésies œsophagiennes, œsophagite, etc.

D'autres causes telles qu'un **goître, un traitement à base de neuroleptique, d'anxiolytique, de sédatif, d'antiépileptique** sont également des facteurs de risque de troubles de la déglutition.

SIGNES ÉVOCATEURS

Un trouble de la déglutition peut être évoqué en présence :

- ◆ d'une toux, d'une modification de la voix (voix mouillée, voilée ou mouillée ou gargouillante) après la déglutition, traduisant une fausse route respiratoire
- ◆ d'une fausse route nasale
- ◆ de fuites alimentaires par la bouche ou d'un bavage
- ◆ d'un maintien prolongé des aliments en bouche, d'une gêne ou d'un blocage pour avaler
- ◆ d'une réduction de la prise alimentaire jusqu'au refus complet de s'alimenter
- ◆ d'une prolongation de la durée des repas
- ◆ d'un amaigrissement avec retentissement sur l'état général
- ◆ d'une déshydratation
- ◆ de pneumopathies récidivantes

Mais **les troubles de la déglutition peuvent passer inaperçus**, par exemple s'il n'y a plus de réflexe de toux après une fausse route respiratoire, comme cela peut se voir après un AVC. Il s'agit alors de **fausses routes respiratoires dites « silencieuses »**.

D'où l'intérêt, pour une détection et une prise en charge précoces, d'une **observation vigilante des signes autres que la toux**.

CONSÉQUENCES & COMPLICATIONS

Les conséquences peuvent être psycho socio émotionnelles et cliniques.

Conséquences psycho socio émotionnelles :

- ◆ Anxiété associée au repas pour la personne elle-même et son entourage et/ou le personnel soignant
- ◆ Isolement social
- ◆ Dépression réactionnelle
- ◆ Perte du côté convivial du repas

Complications cliniques :

- ◆ Infections pulmonaires à répétition et détérioration de la fonction respiratoire pouvant aller jusqu'à l'asphyxie et au décès
- ◆ Dénutrition
- ◆ Déshydratation

DÉPISTAGE

Le dépistage repose sur un entretien et un examen clinique. Un test est possible de manière aisée : le **test de DePippo**.

Lors de l'entretien, la grille de repérage des troubles de la déglutition et facteurs associés (**voir annexe 1**) peut être utilisée. Les patients en EHPAD sont dans de nombreux cas à risque de dénutrition, d'où l'intérêt, en suivant l'arbre décisionnel présenté par l'**annexe 2**, de faire un test de DePippo.

Le test de DePippo est pratiqué soit par un médecin, soit par un personnel paramédical. Il consiste à absorber 90 mL d'eau plate à température ambiante. Si dans la minute qui suit, il y a apparition d'une toux ou si la voix devient voilée ou gargouillante, le test est positif. Un test positif indique qu'il y a eu une fausse route respiratoire. Attention cependant, un test négatif ne prouve pas qu'il n'y a pas, à une autre moment que le moment du test, des fausses routes respiratoires

Si la notion d'un trouble de déglutition antérieur existe, il faut effectuer ce test avec une titration, et il est nécessaire de tester la texture incriminée (liquide ou pâteuse ou solide), ainsi que diverses positions de la tête.

Si le test de DePippo est positif ou s'il y a une certitude de fausse route respiratoire, d'autres examens paracliniques (radiovidéoscopie, nasofibroscopie ORL, etc.) sont nécessaires pour préciser le mécanisme des troubles et les modalités de la prise en charge (voir annexe 2). Si ces tests ne sont pas accessibles, la seule solution restante est de réaliser des tests cliniques pour repérer la ou les postures et textures les mieux adaptées.

Il est préférable de réaliser le test de DePippo en disposant à proximité d'une source l'oxygène et d'une trousse d'urgence, et en ayant la possibilité d'aspirer le patient.

PRISE EN CHARGE (1/5)

Elle a pour buts d'éviter les complications liées aux troubles de la déglutition, mais aussi de conserver le plaisir de manger et de boire.

Il convient dans un premier temps de traiter si c'est possible la ou les causes éventuelles des troubles de la déglutition.

Il est nécessaire de fonctionner en équipe : tous les professionnels de santé en contact avec le patient sont concernés. Il est souvent important d'avoir l'avis d'un médecin de Réadaptation, d'un orthophoniste, d'un médecin nutritionniste, d'un diététicien, mais le médecin généraliste et les équipes paracliniques, voire les entourages familiaux sont en première ligne, que ce soit en institution ou à domicile.

Plusieurs paramètres sont à prendre en compte lors de l'accompagnement d'un patient présentant des troubles de la déglutition : adaptation des textures, adaptation de l'environnement, installation du patient, aide spécifique au repas.

ADAPTATION DES TEXTURES

Une adaptation de la texture des aliments et/ou des boissons est préconisée en fonction des difficultés masticatoires. Il s'agit d'une prescription médicale. En aucun cas, une modification de la texture ne doit se faire sans validation par le médecin et sans concertation avec l'équipe soignante.



Attention, la texture prescrite n'est pas figée ; elle peut évoluer dans le temps.
Les trois textures les plus souvent utilisées sont la texture entière, hachée et mixée.

	TEXTURE ENTIÈRE	TEXTURE HACHÉE	TEXTURE MIXÉE
DÉFINITION	Tous les aliments sont entiers.	La viande est hachée et les autres aliments sont entiers ou coupés fins ou facilement écrasables ; attention aux aliments fibreux ou à fibres dures.	Les aliments sont mixés avec une texture lisse, sans aspérité, sans fil et sans grain. Le bol alimentaire est homogène et fondant et ne nécessite pas une mastication intense.
DANS QUELS CAS ?	Pour des personnes ne présentant pas de troubles de déglutition et de mastication.	Pour des personnes présentant des troubles de mastication	Pour des personnes présentant des troubles de déglutition et/ou de mastication
		Nécessité d'une prescription médicale et d'un dépistage réalisé par un médecin ou un orthophoniste formé Réévaluation régulière	Nécessité d'une prescription médicale et d'un dépistage réalisé par un médecin ou un orthophoniste formé Réévaluation régulière

PRISE EN CHARGE (2/5)



- ◆ Textures homogènes, lisses, sans fil et sans grain
- ◆ Aliments lubrifiés par sauces, corps gras, jus, bouillon...
- ◆ Plats forts en goûts (épices, sel, aromates...)
- ◆ Produits laitiers et sucrés
- ◆ Boissons froides ou chaudes : boissons gazeuses à grosses bulles
- ◆ Boissons épaisses (nectars, smoothies, potages épais)
- ◆ Petites bouchées



- ◆ Boissons tièdes
- ◆ Eau plate
- ◆ Préparations neutres et fades
- ◆ Aliments collants, secs glissant mal en bouche, filandreux, solides, dispersibles en bouche ou à texture granuleuse
- ◆ Préparations associant un liquide et un aliment solide (yaourt aux fruits, île flottante, potage de vermicelle).



Il peut exister une diminution des apports nutritionnels avec la modification des textures :

- Disparition de certains aliments (pain, beurre au petit déjeuner, crudités...)
- Diminution des quantités servies/consommées
- Dilution des préparations

→ **L'enrichissement protéino-énergétique des préparations mixées doit être systématique** (cf. fiche conseil « Enrichir son alimentation »).

→ **Une présentation soignée ainsi qu'une diversité des préparations proposées sont obligatoires**, afin de réduire le risque de dénutrition.



La texture mixée ne résout pas entièrement les problèmes de déglutition. Elle ne réduit qu'en partie le risque d'asphyxie, elle favorise la baisse de la fonction masticatoire et diminue la déglutition spontanée.

Il existe depuis 2018 une classification internationale des textures en 8 stades, depuis la texture solide non modifiée jusqu'à l'eau (voir sur Internet « IDDSI »), en recoupant en partie les trois textures de base, et en intégrant une classification des textures liquides. Des codes couleurs correspondent aux 8 stades, et les aliments industriels utilisent progressivement cette classification.

PRISE EN CHARGE (3/5)

ADAPTATION À L'ENVIRONNEMENT

- ◆ **Eviter les distractions** (télévision, passages répétitifs du personnel à proximité du patient, discussion avec le patient durant les repas...)
- ◆ **Créer une ambiance chaleureuse et détendue** afin de diminuer le stress éventuel lié à la prise du repas
- ◆ **Eviter les nuisances sonores** importantes
- ◆ **Mettre en place une aide technique** : couverts adaptés, tapis antidérapant, verre à encoche nasale, verre à fond large. Proscrire le verre à bec dit « canard »
- ◆ **Ne pas laisser un liquide à portée du patient** s'il ne peut pas gérer son épaissement
- ◆ **Prévoir la présence à proximité du matériel d'aspiration**



Figure 1 : Matériel adapté vs matériel déconseillé

INSTALLATION DU PATIENT

- ◆ **Prévoir un temps de repos** préalable au repas
- ◆ **Vérifier que les voies respiratoires ne soient pas encombrées**
- ◆ Vérifier que les repas sont pris avec les **appareils dentaires, lunettes et appareils auditifs fonctionnels**.
- ◆ Placer le patient en **position assise au fauteuil** avec si besoin l'utilisation de cales afin d'éviter le glissement. La **table doit être réglée à hauteur de l'estomac**. La flexion de la **tête vers l'avant** protégeant les voies respiratoires, inciter le patient à déglutir dans cette position.



Figure 2 : Patient en position assise

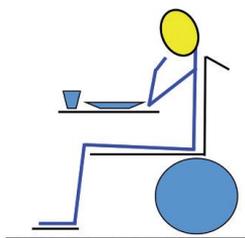


Figure 3 : Patient assis dans un fauteuil avec un appui derrière la tête permettant la flexion antérieure de celle-ci, et la table au niveau de l'estomac permettant la flexion antérieure de la tête.

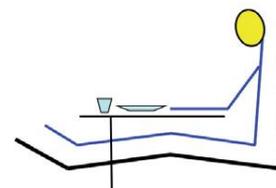


Figure 4 : Patient mangeant au lit : Position assise à 90°, les jambes légèrement fléchies.

PRISE EN CHARGE (4/5)

AIDE AU REPAS

- ◆ Favoriser l'**auto alimentation** autant que possible
- ◆ Expliquer au patient les **précautions mises en place** (positionnement, épaissement etc...)
- ◆ Contrôler la **bonne conformité** de la texture des préparations et des liquides
- ◆ **S'asseoir en face du patient et se positionner plus bas que lui** afin d'éviter les hyper extensions cervicales
- ◆ **Ne pas déconcentrer le patient** en le faisant parler lors de la mastication
- ◆ **Respecter le rythme de la prise alimentaire du patient** en évitant de le presser
- ◆ Servir des **petites bouchées**
- ◆ **S'assurer de la vacuité de la bouche** après chaque bouchée
- ◆ **Après le repas, ne pas rallonger le patient avant 30 minutes** afin d'éviter des éventuels reflux œsophagiens.

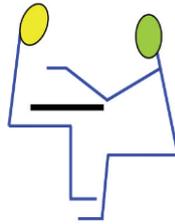


Figure 5 : Bon positionnement de l'aidant

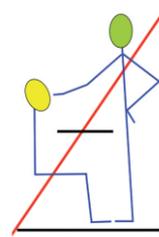


Figure 6 : Mauvais positionnement de l'aidant



Lors du repas, ne jamais laisser seul un patient ayant des troubles de la déglutition

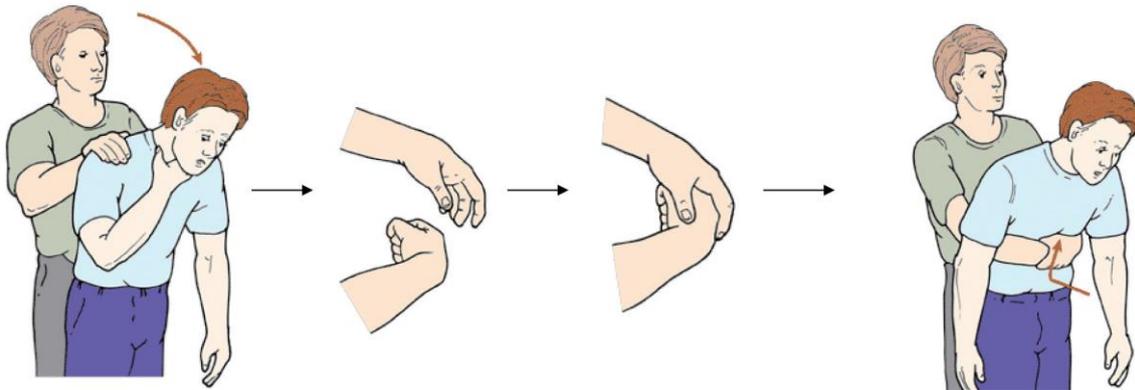
COMMENT RÉAGIR EN CAS D'INHALATION ?

- ◆ Si le patient ne respire pas du tout (ni voix ni bruit de respiration)
 - > **À faire** : Taper dans le dos du patient (5 claques)
- ◆ Si le patient respire (voix ou respiration faible)
 - > **À ne pas faire** (risque de compléter l'obstruction) :
 - NE PAS** taper dans le dos du patient
 - NE PAS** lui demander de lever les bras
 - NE PAS** le faire boire
 - > **À faire** :
 - 1) Rester calme
 - 2) Faire cracher le contenu de la bouche du patient
 - 3) Lui demander de fermer la bouche et de bloquer un instant la respiration
 - 4) L'inciter à inspirer lentement par le nez
 - 5) Lui demander de tousser le plus fortement possible
 - 6) Lui faire vider la bouche

PRISE EN CHARGE (5/5)

COMMENT RÉAGIR EN CAS D'INHALATION ?

- ◆ Si la respiration est bloquée, utilisez la manœuvre de Heimlich.



La manœuvre consiste à **compresser l'abdomen avec force dans un mouvement allant de bas en haut.**

Répétée à plusieurs reprises, cette compression repousse violemment le diaphragme vers le haut. L'air résiduel est alors expulsé des cavités pulmonaires en entraînant les particules alimentaires.

ANNEXE 1

GRILLE DE REPÉRAGE DES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Service ou secteur :
 Date :
 Pathologies(s) :

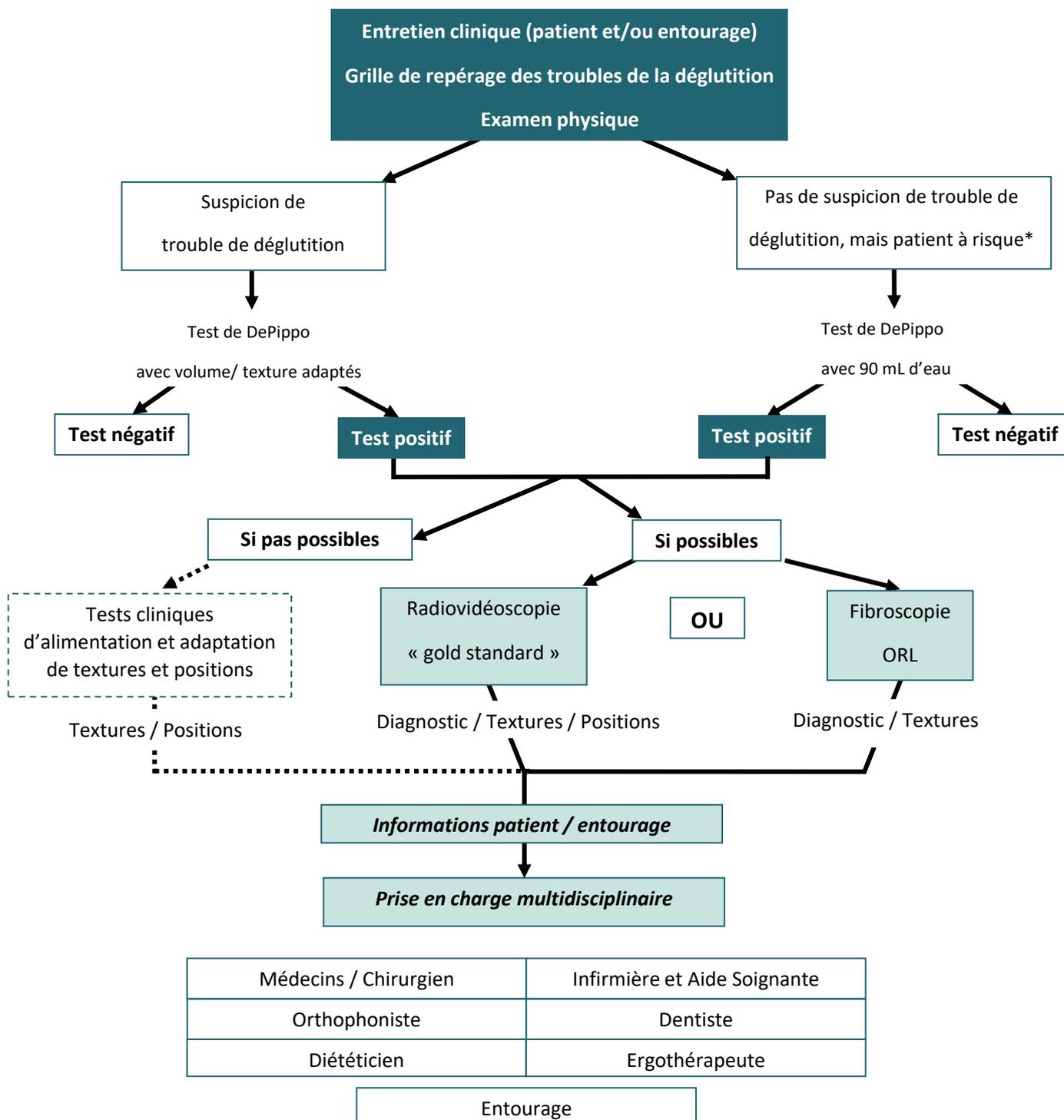
TROUBLE RECHERCHÉ	OUI	NON
Toux		
◆ après la déglutition de salive		
◆ après la déglutition de liquides		
◆ après la déglutition de solides - si aux solides, préciser la texture :		
Modification de la voix		
◆ type de modification : modification du timbre ou de l'intensité, voix voilée ou voix mouillée après la déglutition)		
- constante :		
- après la déglutition de salive :		
- après la déglutition de liquides :		
- après la déglutition de solides :		
Autres troubles		
◆ Déglutition lente / difficile		
◆ Blocages intermittents de la déglutition		
◆ Localisation du blocage		
◆ Difficultés de mastication		
◆ Bavage (trop de salive ou fuite labiale de salive)		
◆ Fuites alimentaires au niveau des lèvres		
◆ Salive anormalement épaisse		
◆ Reflux alimentaires par le nez		
◆ Xérostomie (bouche sèche)		
◆ Problèmes infectieux pulmonaires récurrents		
◆ Temps de repas augmentés		
- durée du petit déjeuner (minutes) :		
- durée du repas de midi (minutes) :		
- durée du repas du soir (minutes) :		
◆ Positions de la tête et du cou dangereuses - lesquelles ?		
◆ Positions de la tête et du cou favorables - lesquelles ?		
◆ Utilisation de matériels spécifiques pour les repas - lesquels ?		
◆ Nécessité d'une aide pour l'alimentation		
◆ Existence de problèmes dentaires - lesquels ?		
◆ Existence de difficultés sociales liées à un trouble de déglutition - lesquelles ?		
Relevé des médicaments utilisés :		

Desport JC, Fayemendy P, Jésus P, Salle JY. Conduite à tenir devant des troubles de la déglutition. Nutr Clin Metab 2014 ; 28 : 221-4.

ANNEXE 2

PARCOURS DE SOIN DE DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE DÉGLUTITION

Patient à risque : patients atteints d'une maladie neurologique, ou ORL, ou sous traitement favorisant les troubles de la déglutition





CERENUT

NOUVELLE-AQUITAINE

📍 Résidence l'Art du Temps
16 rue Cluzeau
87170 ISLE

📞 05 55 78 64 36

✉ contact@cerenut.fr

www.cerenut.fr

