

Prise en charge de la dysphagie en Soins Intensifs: bilan, prévention et traitement précoce

Marianne Devroey – Ingrid Koube

Kinésithérapeutes, Service des Soins Intensifs

CUB Erasme (1070 Bruxelles)

La dysphagie en soins intensifs

- L'incidence de la dysphagie chez des patients intubés ou trachéotomisés varie de **15 à 87%** en fonction des séries.
 - ✓ Mode d'évaluation des troubles
 - ✓ Pathologies différentes
- 3 à 62% des patients sortant de l'USI présentent des troubles de déglutition.

Barker 2009, Macht 2011, Macht 2013, Brodsky 2014, Zielske 2014

La dysphagie: conséquences

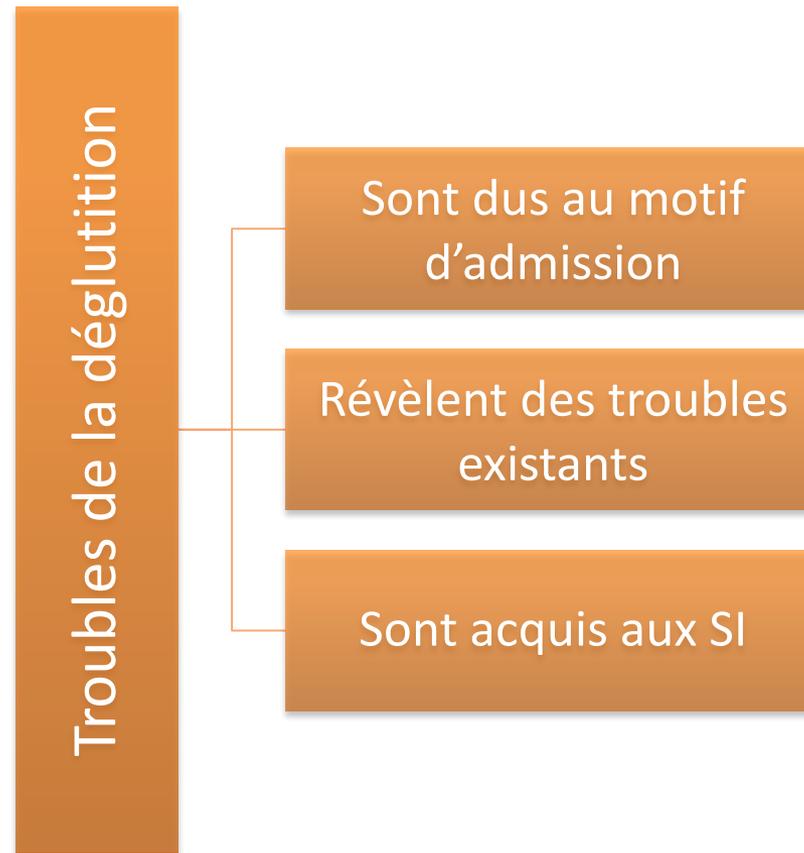
- Déglutition à risque = **Fausses routes**
 - Aspiration de salive et aspiration du reflux gastrique
 - Aggravation du déficit ventilatoire par **pneumonie d'inhalation**

La prévention de la dysphagie en SI est capitale

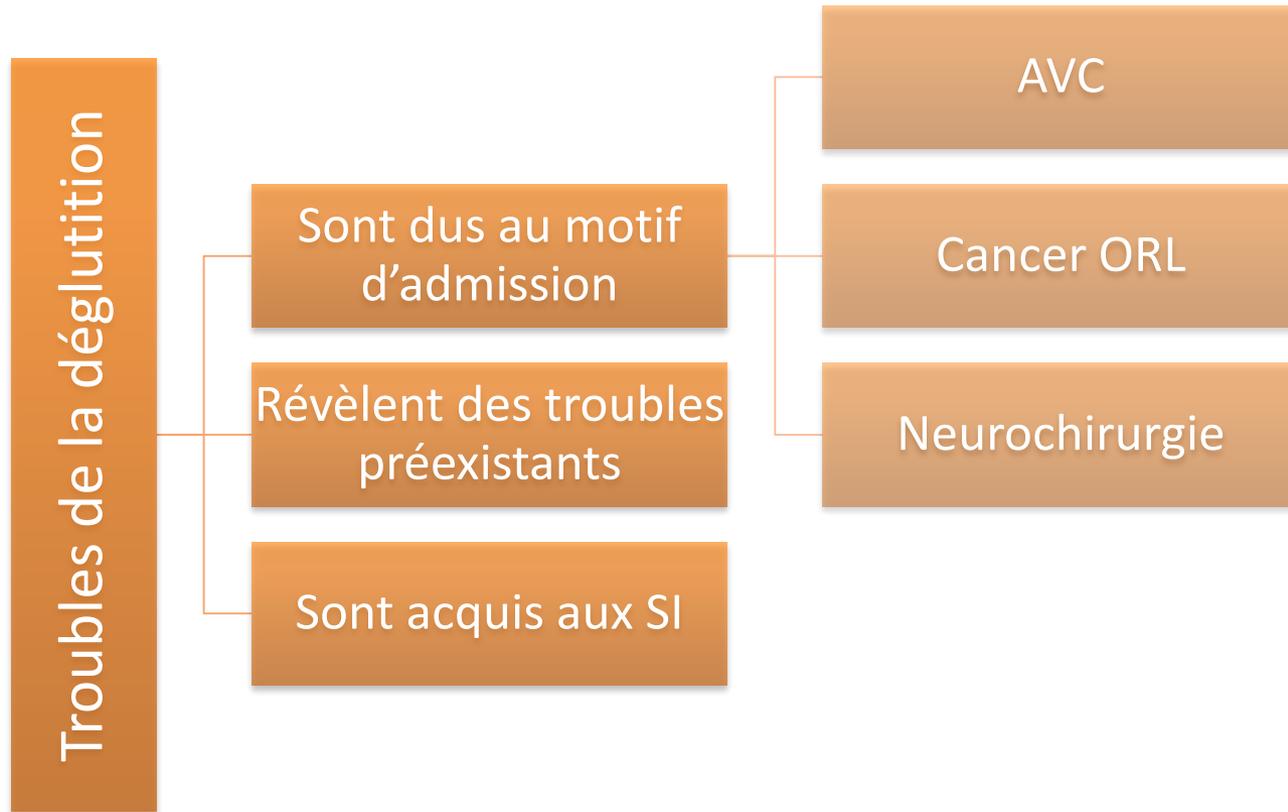
- **Durée d'hospitalisation** prolongée
- **Coût** qui augmente

Robert 2004, Vargas 2006, Houzé 2013, Altman 2010, Desport 2011, Macht 2013

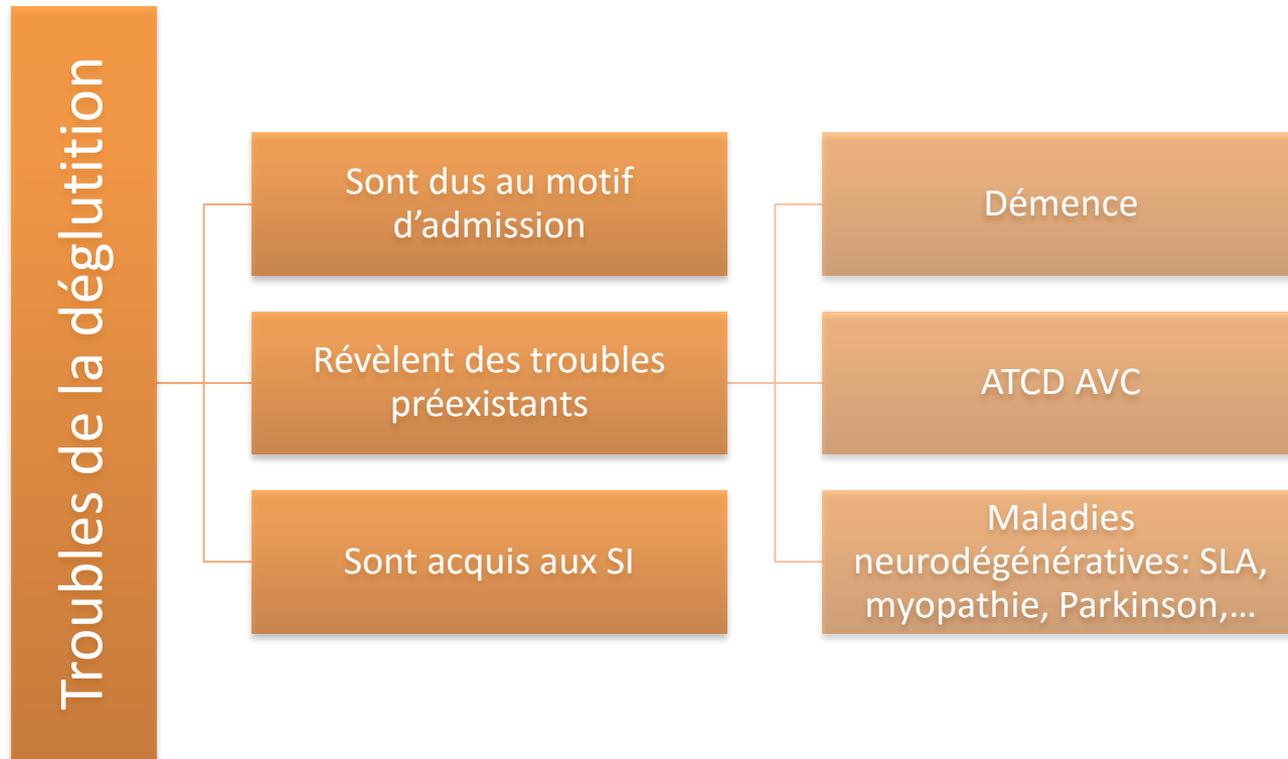
La dysphagie aux SI



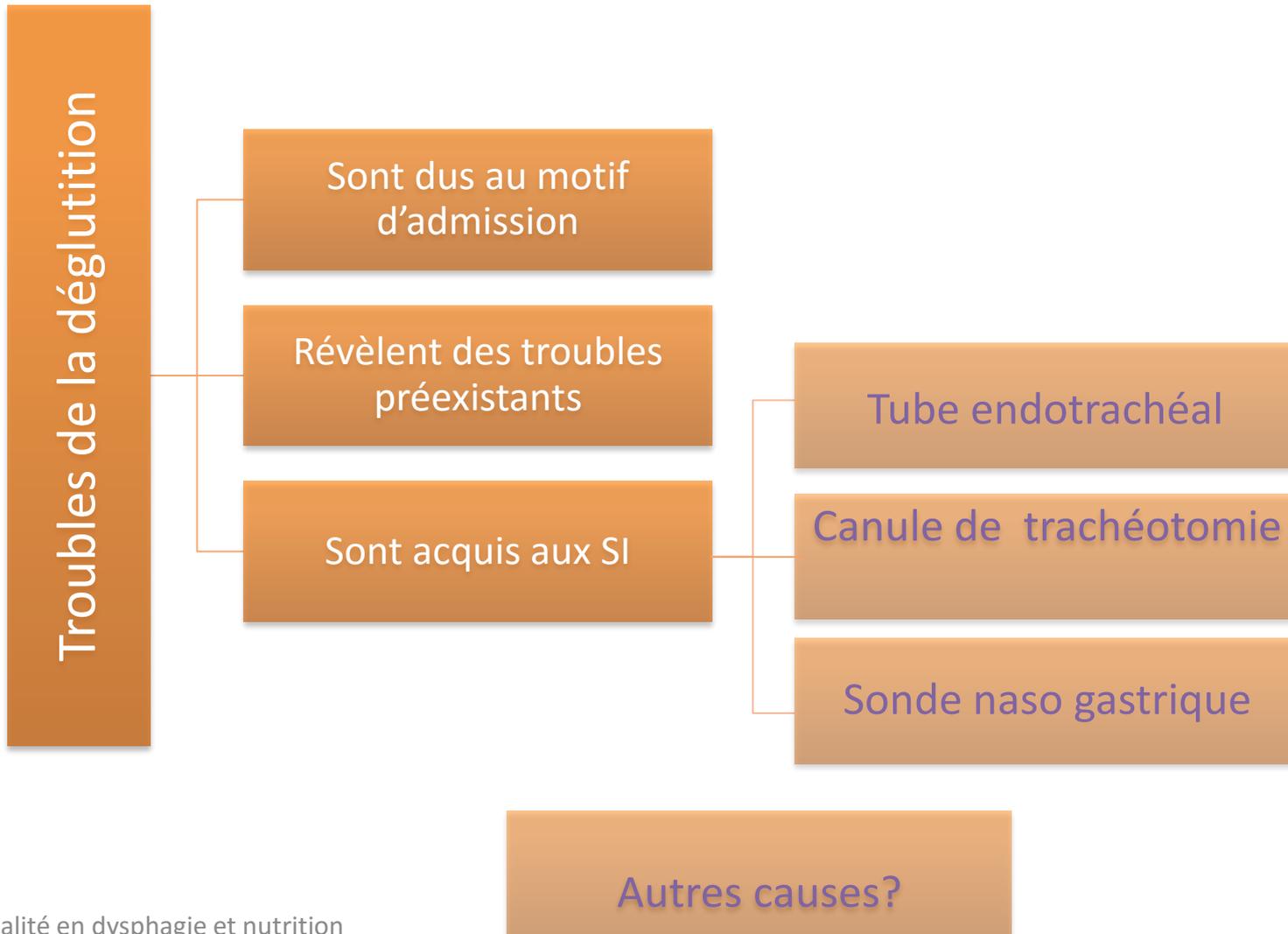
La dysphagie aux SI



La dysphagie aux SI

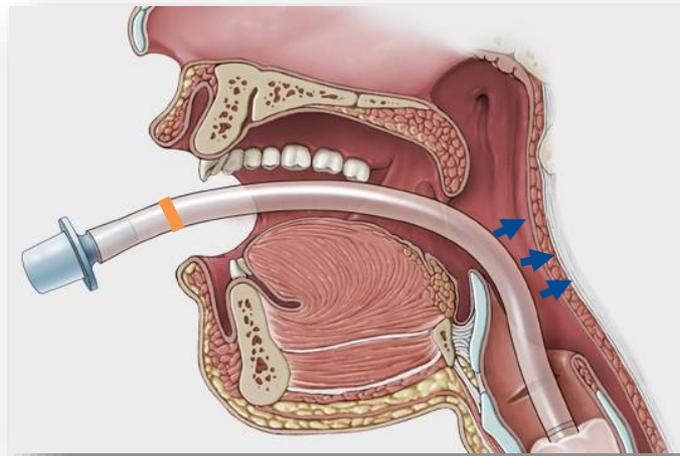


La dysphagie aux SI



Effets du tube endotrachéal

- Lésions de la muqueuse des voies aériennes supérieures dès la 8^e h d'intubation (augmentent avec la taille du \varnothing du tube)
- Altération des chémorécepteurs et des mécanorécepteurs dans la muqueuse au contact du tube endotrachéal



- > Le réflexe de déglutition se déclenche plus tardivement
- > Le réflexe de toux en cas d'inhalation est déprimé

Lindholm 1970, Hilding 1971, Weymuller 1983, De Larminat 1995, Guatterie 1998

Effets du tube endotrachéal

- Désafférenciation du larynx (absence de flux aérien translaryngé)
- Atteinte directe du plan glottique (dès 24 à 48h)
 - Paralysie 1 CV (luxation aryténoïdienne, inflammation art. crico aryténoïdienne)
 - Paralysie bilatérale (synéchie inter aryténoïdienne)



> Risques de fausses routes directes aux liquides

Lindholm 1970, Hilding 1971, Mc Govern 1971, Weymuller 1983

Effets de la canule de trachéotomie

- **Diminution de l'ascension laryngée, surtout si ballonnet gonflé:**
 - Fixation du lambeau trachéal aux tissus adjacents
 - Rétraction, fibrose cicatricielle
- **Canule ouverte:**
 - Toux inefficace
 - Absence de stimulation des barorécepteurs sous-glottiques



> **Diminution du réflexe de fermeture glottique** (pas de synchronisation entre le mouvement des CV et l'apnée de déglutition)

> **Diminution de la propulsion pharyngée**

Sasaki 1977, Shaker 1995, Abraham 2000, Gross 2003

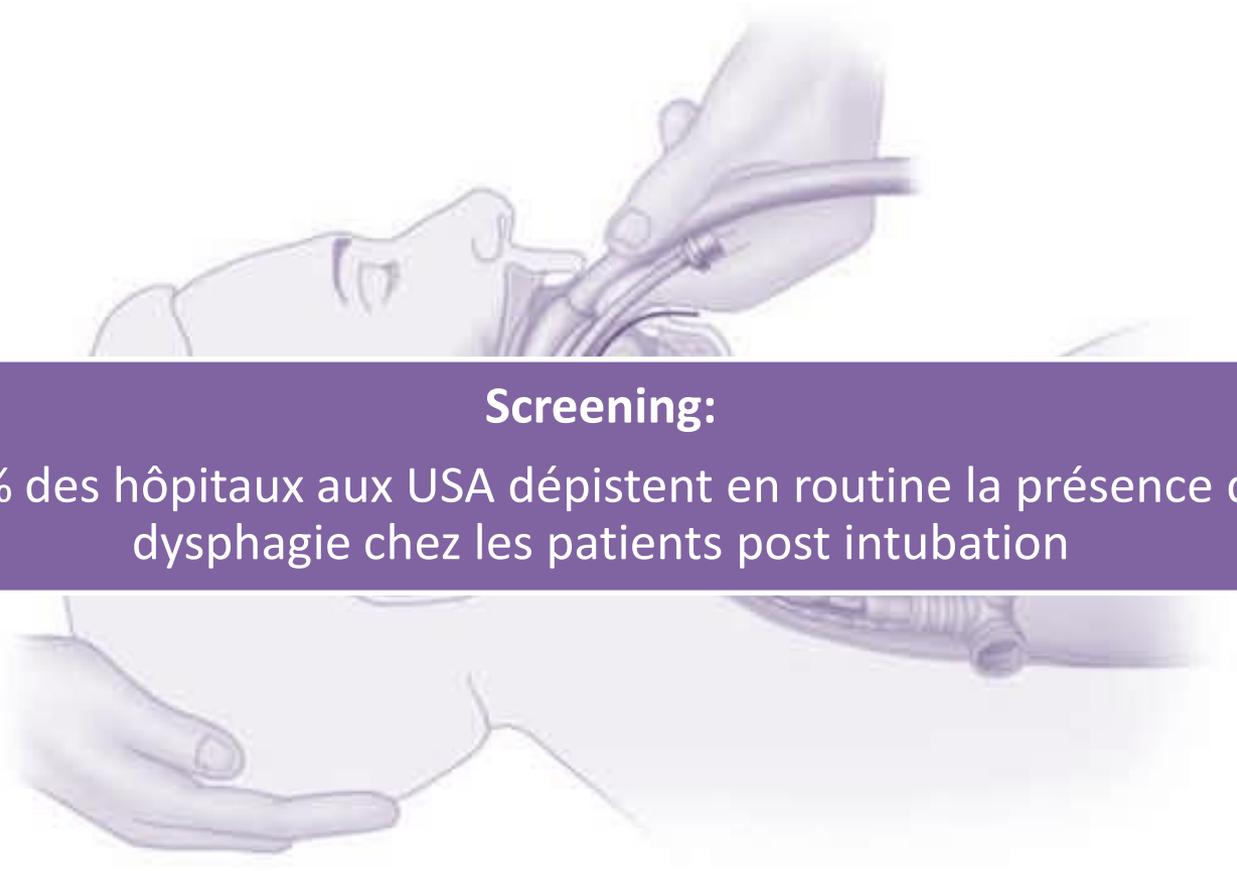
Effets de la sonde nasogastrique

- Œdème au niveau de la muqueuse aryénoïdienne uni ou bilatérale
 - Diminution de la sensibilité
 - Comblement du sinus piriforme > **fausse route par débord**
 - Immobilité CV > **fausse route directe**
- Diminution de la contraction de la paroi pharyngée post.
- Ulcération de la région rétro-cricoïdienne
- Aggravation du RGO



Les autres causes de la dysphagie aux SI

- Faiblesse musculaire acquise aux SI
 - Dénutrition
 - Effets des corticoïdes, curarisation longue?
- Altération de l'état de conscience
 - Confusion >>> Coma
 - Sédatifs
- Désynchronisation respiration-déglutition
 - Favorisée par les pathologies sous-jacentes et la tachypnée
 - Patient possédant une réserve pulmonaire moindre

A faint, light-colored illustration of a patient lying down with an endotracheal tube inserted into their airway. The tube is connected to a ventilator circuit. The patient's head is tilted back, and their mouth is open. The illustration is semi-transparent, allowing the text box to be clearly visible over it.

Screening:
41% des hôpitaux aux USA dépistent en routine la présence de dysphagie chez les patients post intubation

Modalités d'évaluation des troubles de la déglutition post-intubation aux SI

Schimchowitsch M., Devroey M., Koube I., Carlot S., Roper N., Preiser J.-C.

Objectifs de l'étude:

- concevoir et tester un bilan clinique destiné à évaluer de façon systématique les troubles de la déglutition chez les patients récemment extubés dans les USI de l'hôpital Erasme

93% des patients présentent de la dysphagie post-intubation

- De dépister et prendre en charge précocement ces troubles
- De prédire la réintubation pour encombrement et inhalation

Bours 2009, Desport 2011, Houze, Deye, Megarbane 2013





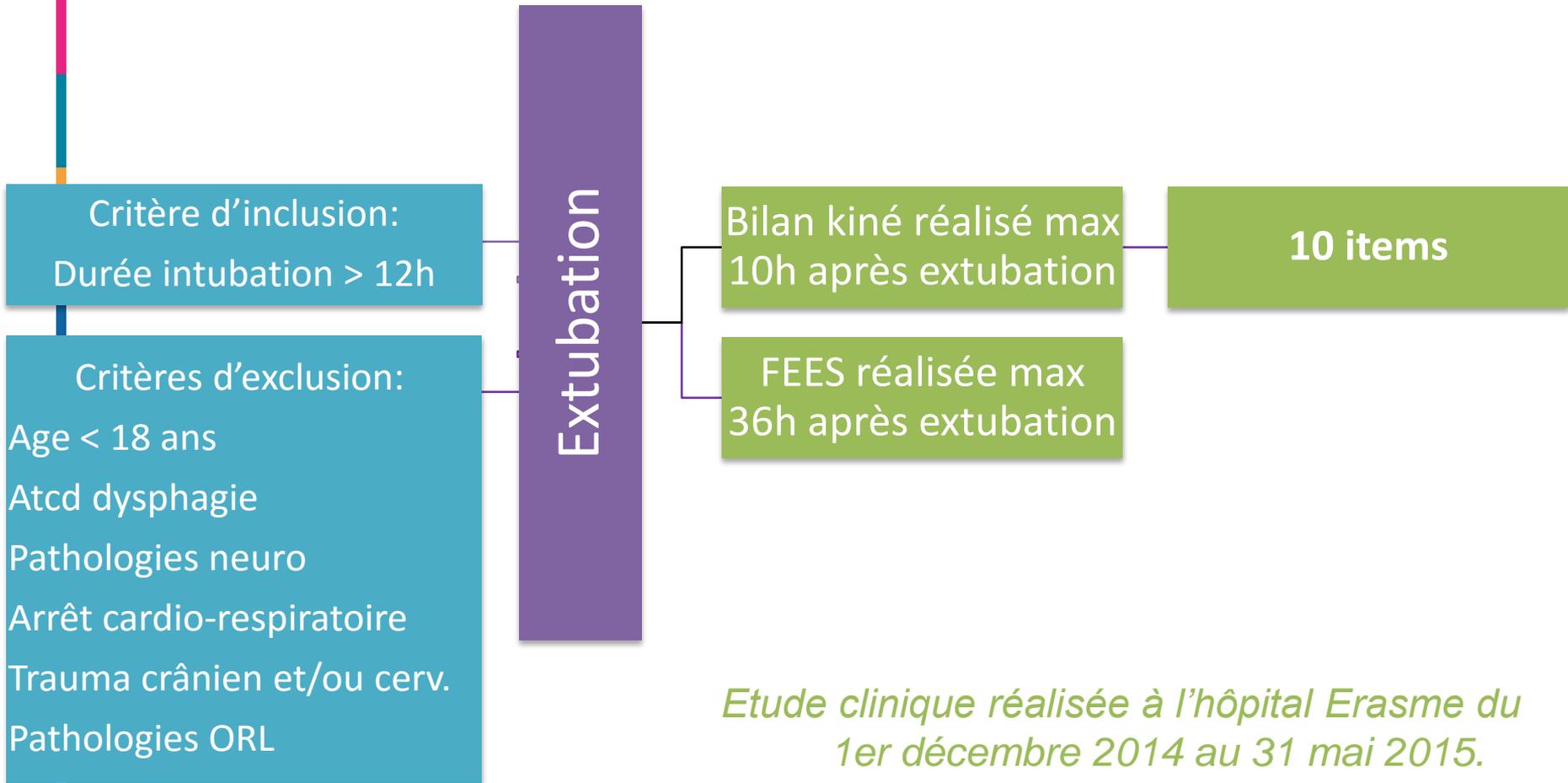
Evaluation rapide du risque de dysphagie post-intubation en soins intensifs

Delplanque C., Devroey M., Koube I., Carlot S., Roper N., Preiser J.-C.

Objectifs de l'étude:

1. Objectiver l'intérêt d'un **bilan fonctionnel kinésithérapeutique (BFK)**
 - ✓ Non invasif
 - ✓ Facilement réalisable au chevet du patient
 - ✓ Détection de la dysphagie (sensibilité et spécificité)
 - ✓ Reproductible
2. Evaluer l'impact de la durée d'intubation du patient sur la déglutition

Protocole expérimental



Etude clinique réalisée à l'hôpital Erasme du 1er décembre 2014 au 31 mai 2015.

Critères d'évaluation

1. Etat cognitif
2. Port de la tête (tonus des fléchisseurs du cou)
3. Praxies buccales et linguales

Testing alimentaire



7. Qualité de la voix (parole audible et articulée)
8. Test du « Ka » (test du dôme lingual)
9. Toux efficace
10. Sensibilité du nerf crânien X (réflexe nauséux)

Satisfaisant (2) Partiel (1) Non satisfaisant (0)

Penetration Aspiration Scale (PAS)

- 
- | | Penetration of Larynx | Aspiration |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| – 1. No penetration of airway whatsoever | – 2 Penetrates larynx, above folds, no visible laryngeal residue | – 6 Below folds, no visible tracheal residue |
| | – 3 Penetrates larynx, above folds, visible laryngeal residue | – 7 Below folds, visible tracheal residue despite effort |
| | – 4 Penetrates larynx, contacts folds, no visible laryngeal residue | – 8 Below folds, no response or effort, tracheal residue |
| | – 5 Penetrates larynx, contacts folds, visible laryngeal residue | |

**Nombre d'admissions à l'USI
(12/2014 – 05/2015)
n = 1496**

**Nombre de patients extubés à
l'USI n = 275**

**Nombre de patients exclus
n = 202**

**Patients éligibles: 73
Tests réalisés: 69
Patients inclus: 52 (71%)**

**Intubation < 48H
n = 19
FEES n = 12 (63%)**

**Intubation > 48H
n = 33
FEES n = 27 (82%)**



Résultats

Données démographiques	Patients (n=52)
Genre masculin (n)	35
Age (moyenne \pm écart type) (années)	56 \pm 16
Motif d'admission:	
•Médical:	23 (44%)
•Chirurgie programmée	21(41%)
•Chirurgie en urgence	8 (15%)
Score APACHE II	25 \pm 7
Score SOFA	10 \pm 3
Durée de ventilation mécanique (heures)	108 \pm 104
Réintubation (n, %)	15 (29%)
Décès (n)	5

Résultats (1)

	Naso-fibroscopie positive	Naso-fibroscopie négative
Bilan Kiné positif	13	10
Bilan Kiné négatif	0	16

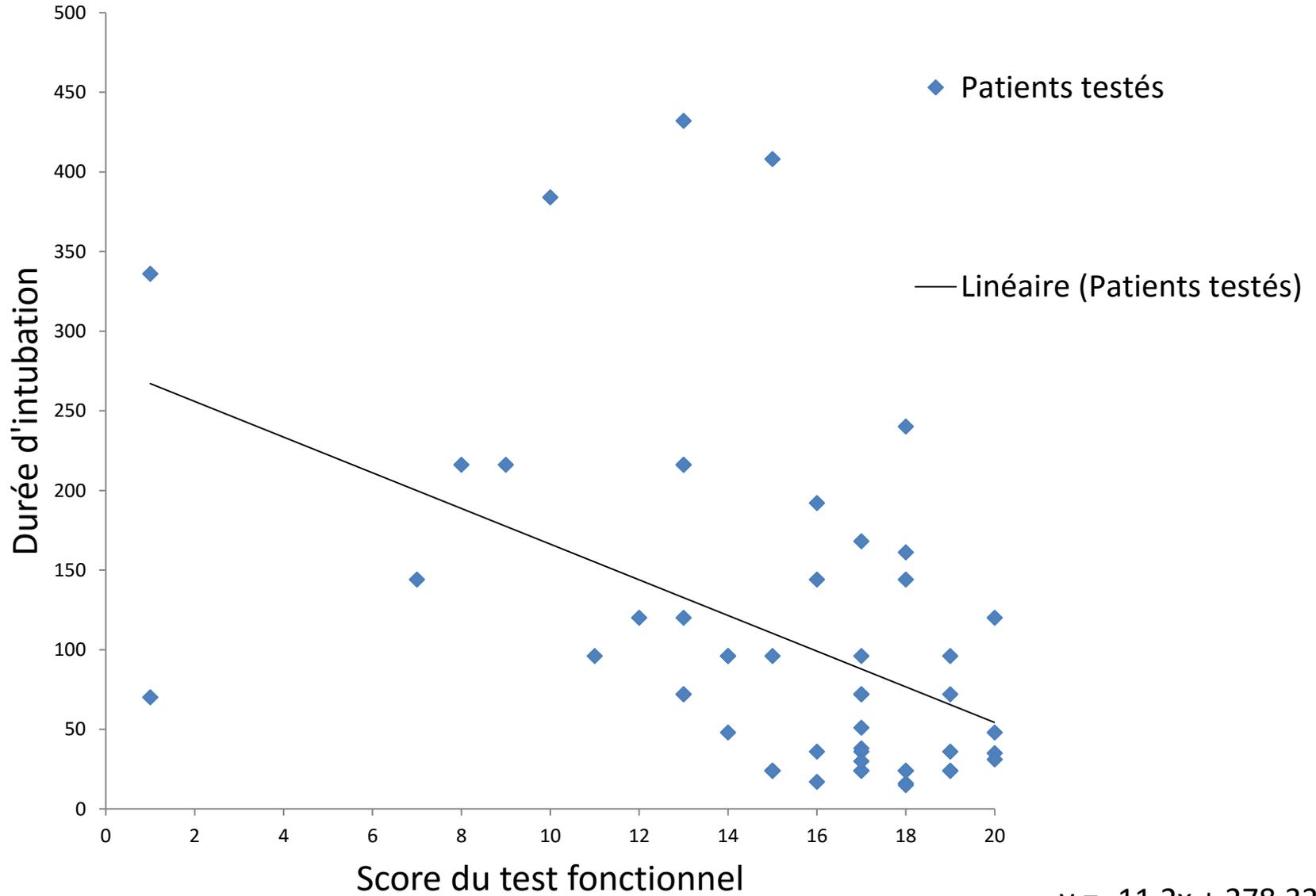


- Sensibilité du bilan kiné: **100%**
- Spécificité du bilan kiné: **61%**
- Valeur prédictive positive: **57%**
- Valeur prédictive négative: **100%**

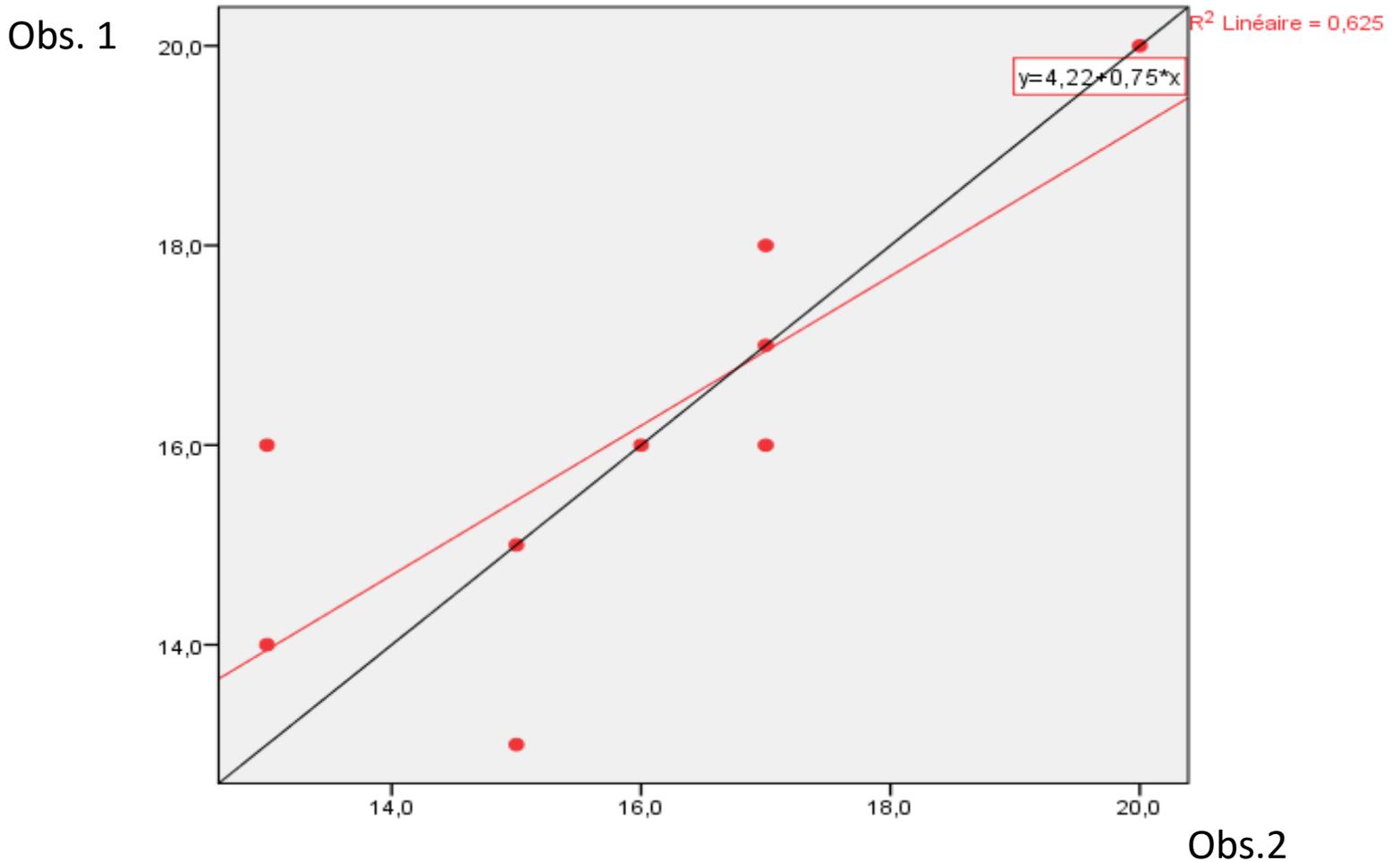
► **Le bilan fonctionnel kiné et la naso-fibroscopie sont comparables de manière très hautement significative.**

Résultats (2)

	Naso-fibroscopie (n)	Dysphagie (n)	Dysphagie (%)
< de 48h (n=19)	12	1	8 %
> de 48h (n=33)	27	12	44 %
Total (n=52)	39	13	33 %

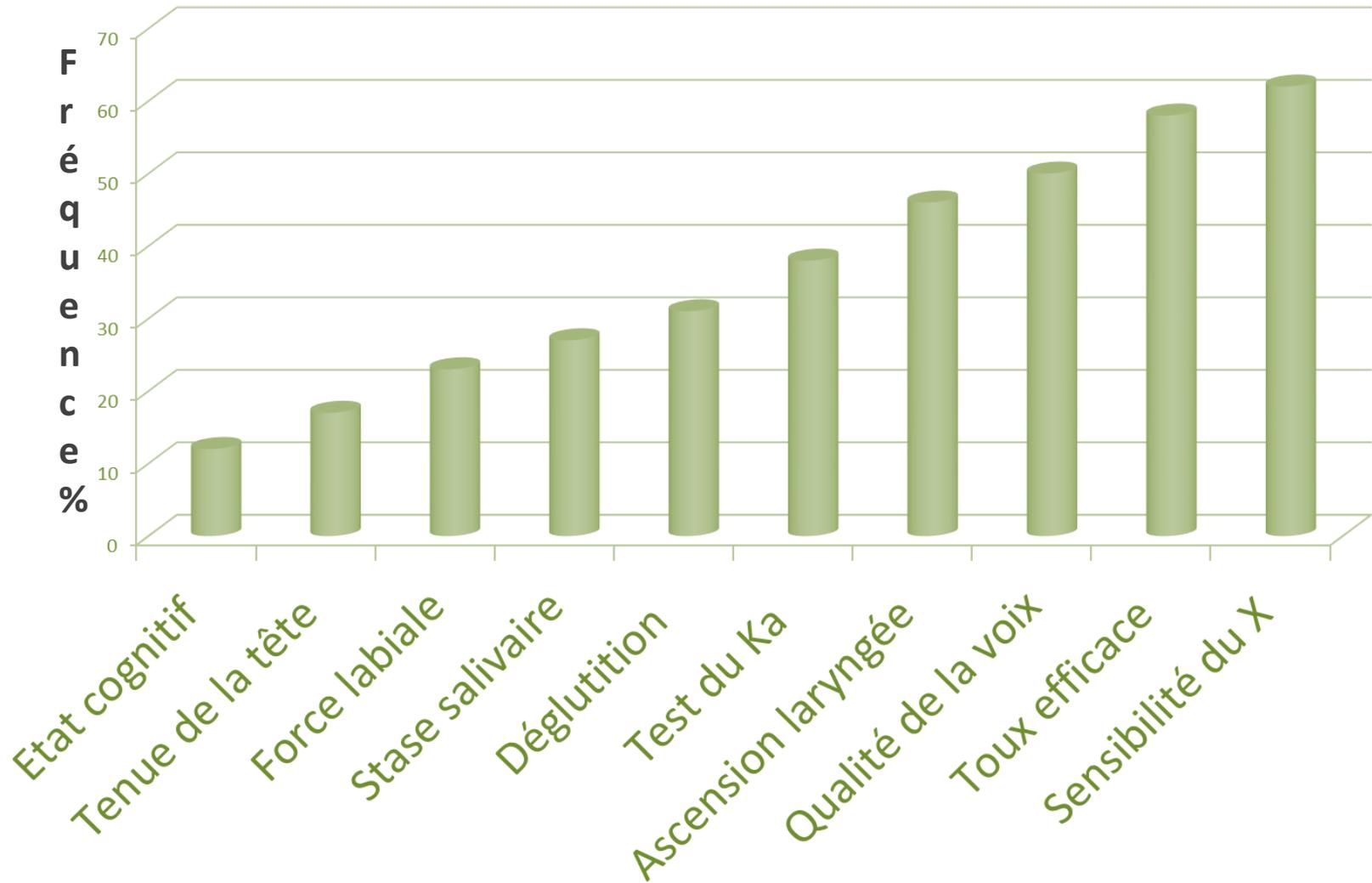


Régression des 2 séries inter-observateur (n=9)



► Bilan reproductible

Critères d'évaluation





Prise en charge propre aux soins intensifs

Pendant la période d'intubation

- Bon positionnement du patient (1/2 assis) pour lutter contre le RGO
- Eviter l'hyper extension de la tête
- Modifier les points d'appui du tube ED (en respectant sa courbure)
- Contrôler la pression du ballonnet (manomètre)
- Eviter la stase salivaire
- Soins de bouche
- Techniques de désencombrement bronchique et aspirations ED



Pendant la période d'intubation...

Prise en charge spécifique

Intubation difficile ou
traumatique

Durée intubation
longue (> 10 jours)

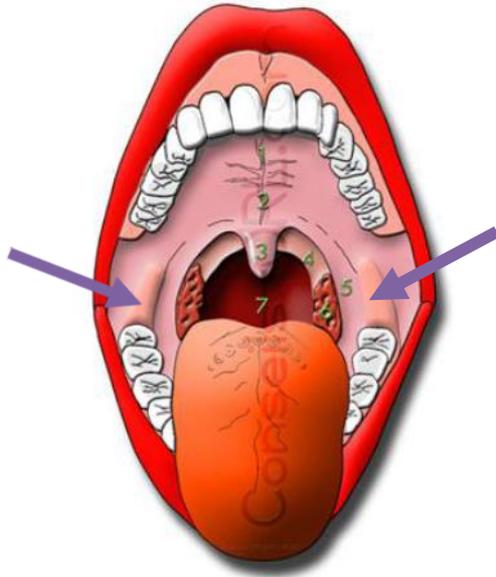
(ré) intubation pour
troubles de la
déglutition

Rééducation spécifique des troubles de la déglutition

- Travail des fléchisseurs du cou
- Travail de la déglutition
- Praxies buccales (ouverture, fermeture, diduction de la mandibule inf. possibles)
- Contrôle de la respiration
- Stimulations de la sensibilité

Pendant la période d'intubation...

- Stimulations passives intra buccales (tactiles, oro faciales)
- Technique de Logemann



Stimulation des piliers ant. du voile du palais à l'aide d'un écouvillon imbibé de solution citronnée réfrigérée

► **Facilite le réflexe de déglutition**

Wang 2007, Logemann 2012, Bleeckx 2013

Après l'extubation

- Bon positionnement du patient (1/2 assis ou fauteuil)
- Désencombrement bronchique (aspirations si nécessaires)

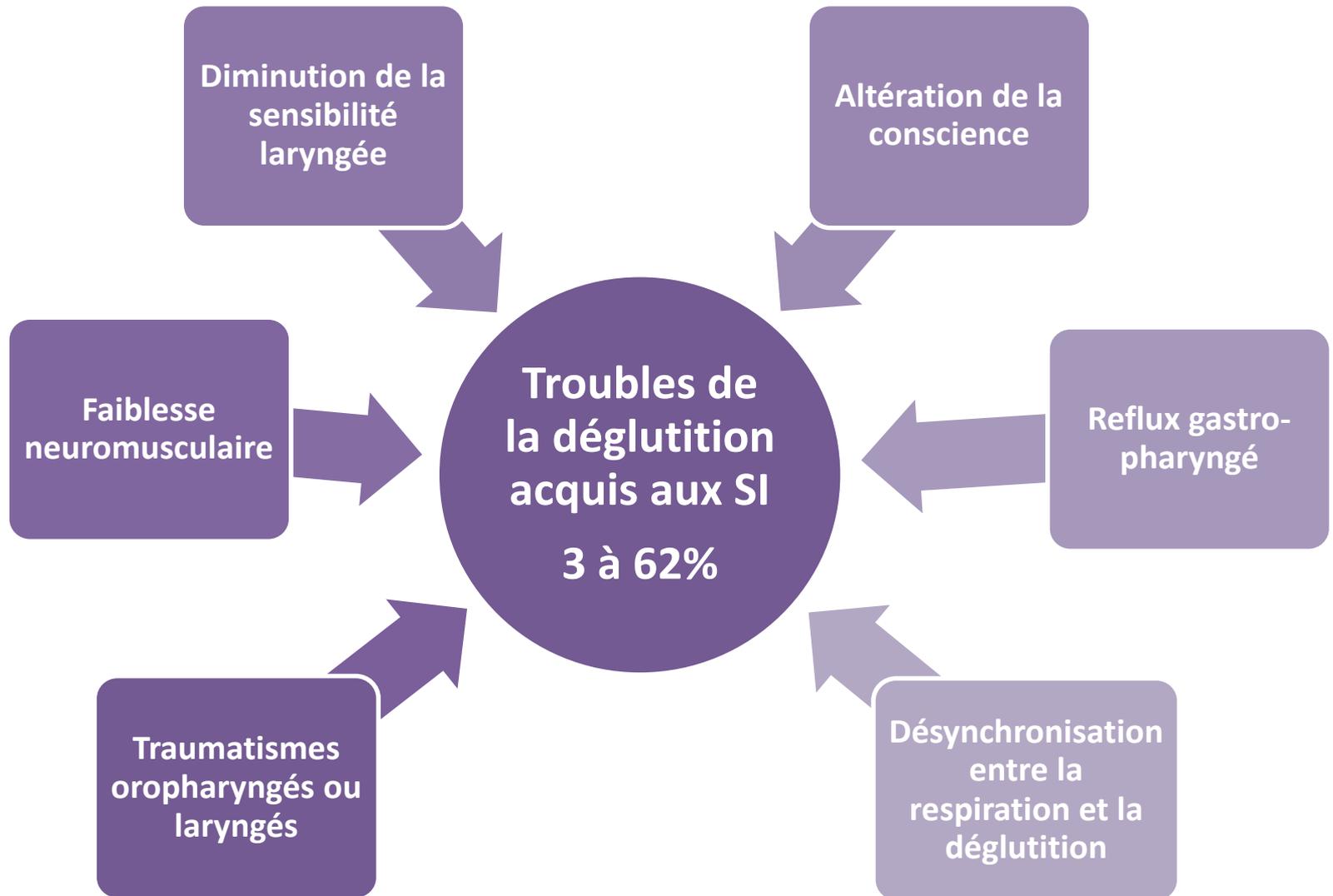
Evaluation clinique précoce

- Travail des fléchisseurs du cou
- Rééducation spécifique de la déglutition
- Praxies buccales (ouverture, fermeture, diduction de la mâchoire inf., étanchéité du sphincter labial, ...) et linguales
- Rééducation de la fonction respiratoire:
 - Travail de la toux
 - Coordination respiration – déglutition
- Stimulations de la sensibilité
- Stimulations phonatrices
- Réhabilitation fonctionnelle globale



La dysphagie à l'USI: Concrètement...

Causes aux SI



3 RISQUES MAJEURS

MALNUTRITION

ASPIRATION
PULMONAIRE

DÉSHYDRATATION

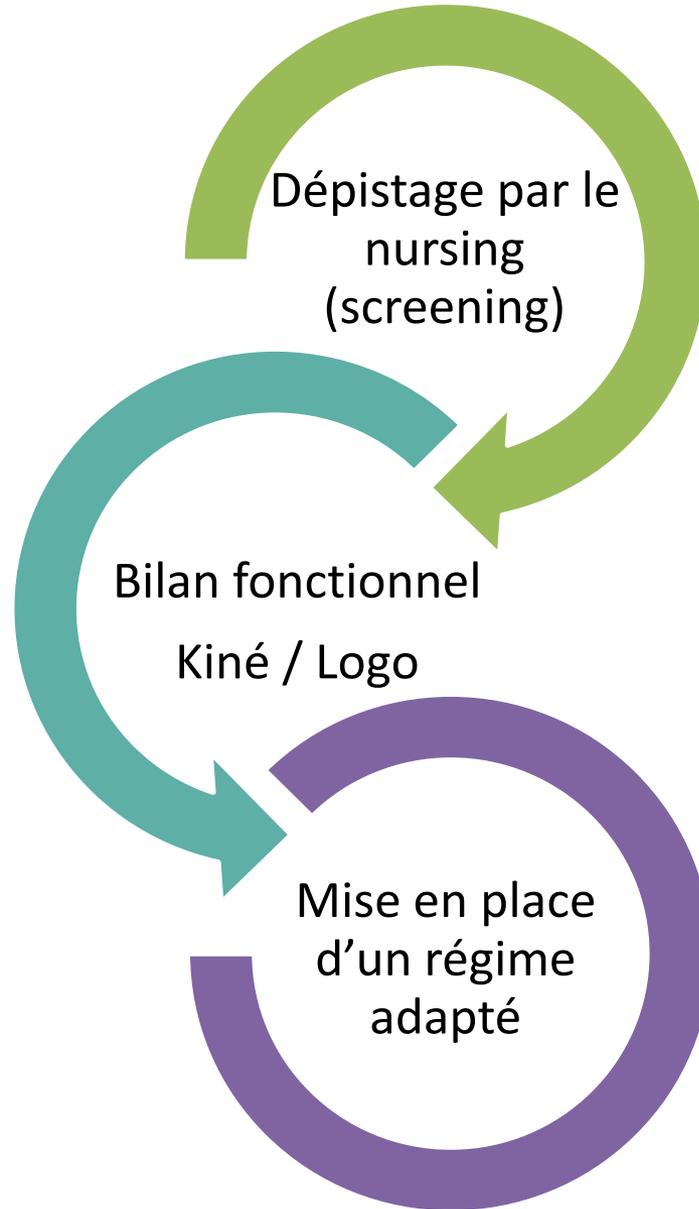


Concrètement...

Dépistage par le nursing
(screening)

Bilan fonctionnel
Kiné / Logo

Mise en place
d'un régime
adapté



Mise en place de screening

- **Définition → Outil permettant de déterminer**

- ✓ La présence ou non de dysphagie
- ✓ La nécessité ou non de réaliser une évaluation approfondie
- ✓ La possibilité d'une alimentation orale en toute sécurité
- ✓ La nécessité d'instaurer un support nutritionnel

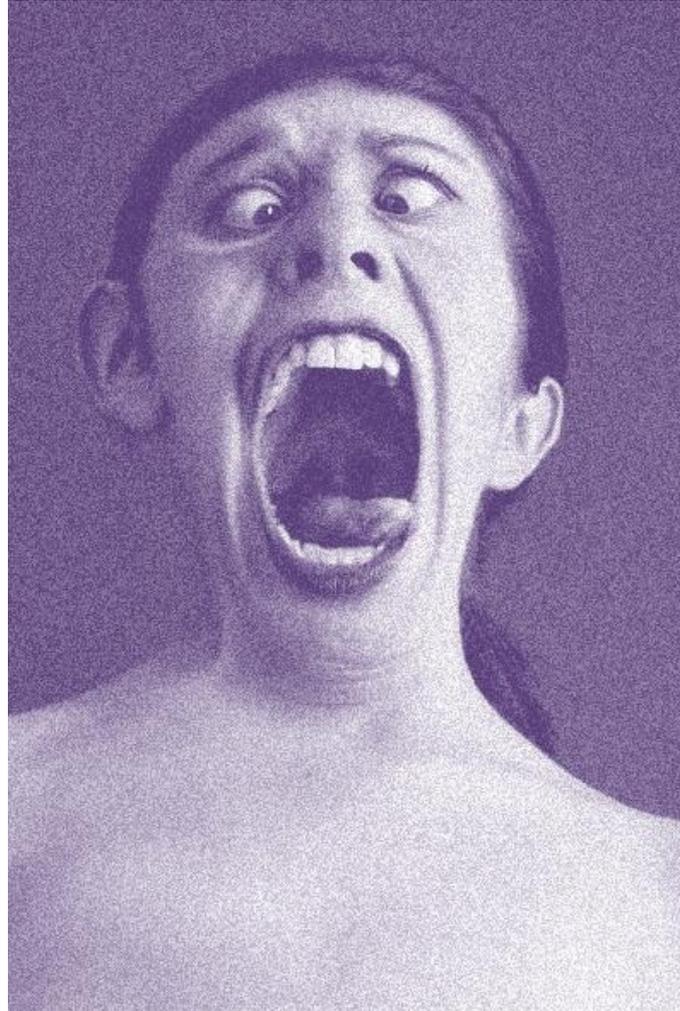
- **Objectif:**

Dépister la dysphagie plus systématiquement pour éviter ses conséquences

- **Intérêts:**

- ✓ Dépistage rapide et peu coûteux
- ✓ Régime adapté en concertation avec diététicien pour éviter perte de poids et malnutrition
- ✓ Moins de pneumopathies, morbidité et mortalité
- ✓ Hospitalisations plus courtes

FIN



Facteurs de risque

- GCS < 13
- Assistance ventilatoire (□ intubation ; □ VNI; □ CPAP ; □ optiflow)
- Intubation > 24h
- Trachéotomie
- Pneumonie à l'admission
- AVC, HIC, HSA, HTIC, chirurgie: colonne cervicale – T+ tronc cérébral
- Parkinson
- Démence
- SLA, myopathie, myasthénie, SEP
- Atcd dysphagie
- Pathologie ORL
- Age > 75 ans
- BMI > 30
- BPCO
- RGO
- Sédatifs
- Edentation (□ appareillée ; □ non appareillée)

DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE EN USI : CHECKLIST A L'ADMISSION

<p>1. Le score de Glasgow est-il SUPERIEUR à 13 ?</p> <p>2. Le patient est-il capable de tenir assis au lit ou au fauteuil avec le dos droit ?</p> <p>3. Le patient respire-t-il sans difficulté ? (cyanose, FR < 30'', tirage, bronchospasme, stridor, encombrement, VNI, CPAP)</p> <p>4. Son état mental est-il normal (absence de delirium) ? Si non, évaluer l'état de confusion du patient : le score CAM-ICU est-il négatif?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Critère 1 : La modification de l'état du patient est-elle soudaine ? ➤ Critère 2 : Le patient présente-t-il des difficultés à focaliser son attention ? ➤ Critère 3 : Désorganisation de la pensée ➤ Critère 4 : Evaluation de la vigilance : alerte, vigile, léthargique, stuporeux, comateux <p>→ Le diagnostic de delirium requiert la présence de 3 des 4 critères. Les critères 1 et 2 sont toujours requis, accompagnés du critère 3 ou 4 (CAM +)</p> <p>Si une réponse est NON, demander un bilan fonctionnel au kiné</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p>
<p>1. Le patient est-il capable de tousser efficacement à la demande ?</p> <p>2. Le patient parle-t-il ? S'il ne parle pas spontanément, lui demander de répéter « ii » ou « aa ».</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Avec une voix audible ? b. Avec une voix claire ? <p>Si une réponse est NON, demander un bilan fonctionnel au kiné</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p>

Test de déglutition :

1. A l'eau gélifiée avec goût :

- a. Diminution de la SpO₂ > 2%
- b. Présence d'une toux directe ou différée ?
- c. Présence d'un raclement ?
- d. Présence d'un changement de voix (voix mouillée)?

Non	Oui

Si une réponse est OUI: - ne pas poursuivre le screening
 - demander un bilan fonctionnel
 - rien per os

2. A l'eau (froide si possible, 60 ou 90 ml ?)

- a. Diminution de la SpO₂ > 2%
- b. Présence d'une toux directe ou différée ?
- c. Présence d'un raclement ?
- d. Présence d'un changement de voix (voix mouillée)?

Non	Oui

Si une réponse est OUI: - demander un bilan fonctionnel
 - commencer un régime moulu + EG

Si 4 réponses NON: débuter une alimentation ordinaire