

C H U | U V C
B R U G M A N N

Éléments complémentaires au bilan clinique

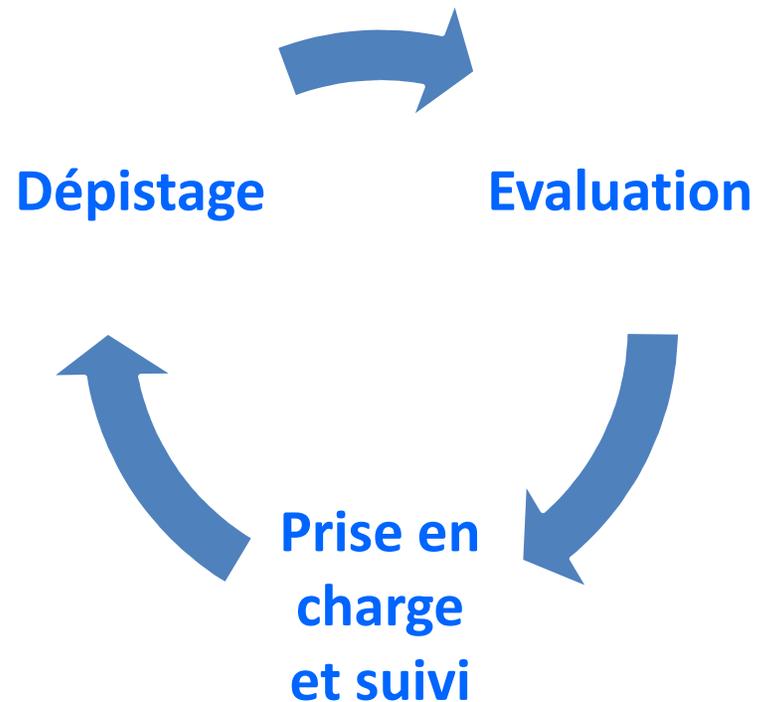
Odile Barthélémy – Logopède Gériatrie
Diane Lecat – Logopède Réadaptation Neurologique
Marie Modard – Logopède ORL

1. Introduction

Prise en charge efficace des patients dysphagiques basée sur 3 grands principes:

- 1/ **dépistage** → détection
- 2/ **évaluation** spécialisée → adaptation de texture
- 3/ **suivi et réévaluation** → modification

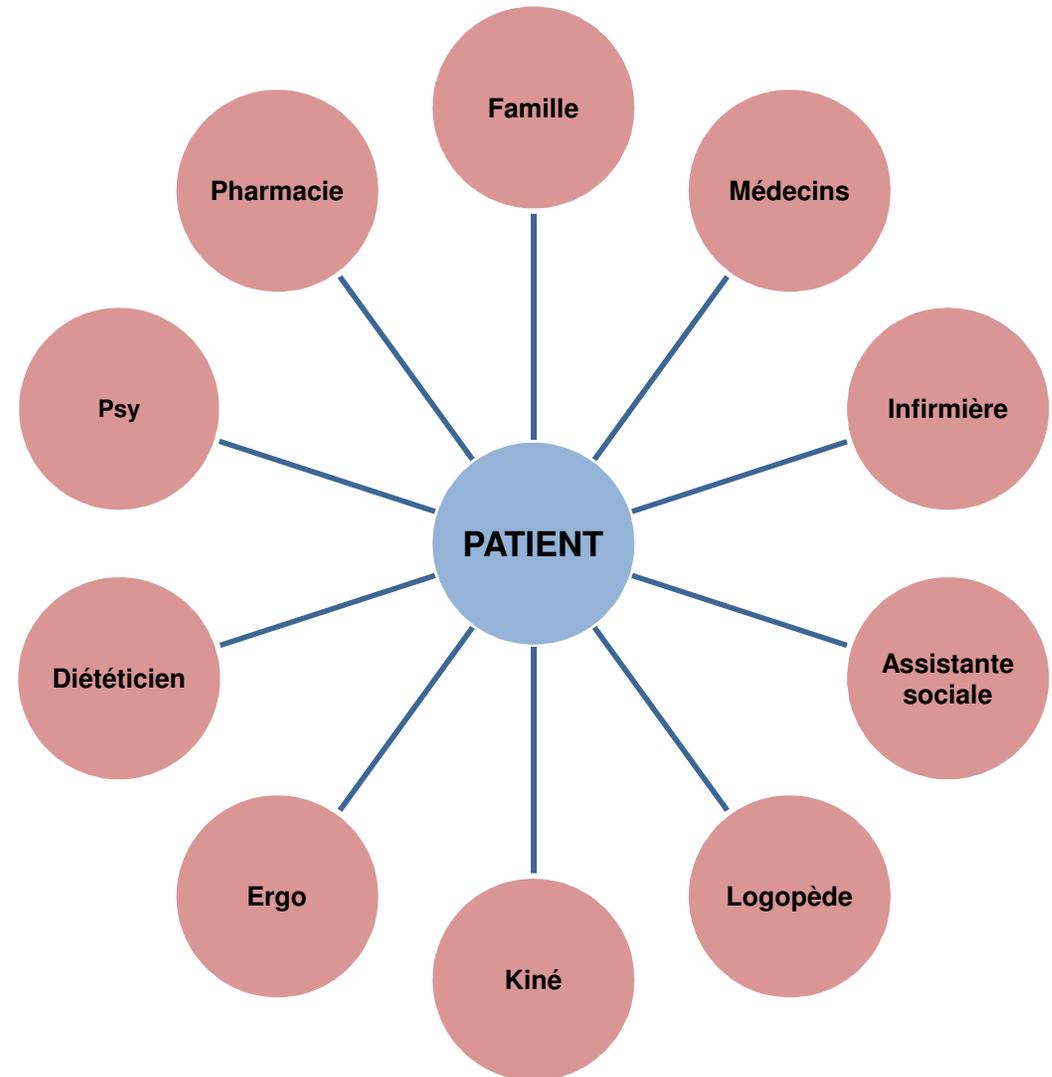
Et elle exige la contribution de chaque acteur de soin.



1. Introduction

→ Importance de la prise en charge **multidisciplinaire**

→ Transmission rapide et efficace entre les soignants = gain de temps pour l'adaptation de l'alimentation et diminution du risque de complications



2. Présentation du cas clinique



Madame X – 67 ans

Soins intensifs durant 2 mois

AVC hémorragique du tronc cérébral (bulbe rachidien)

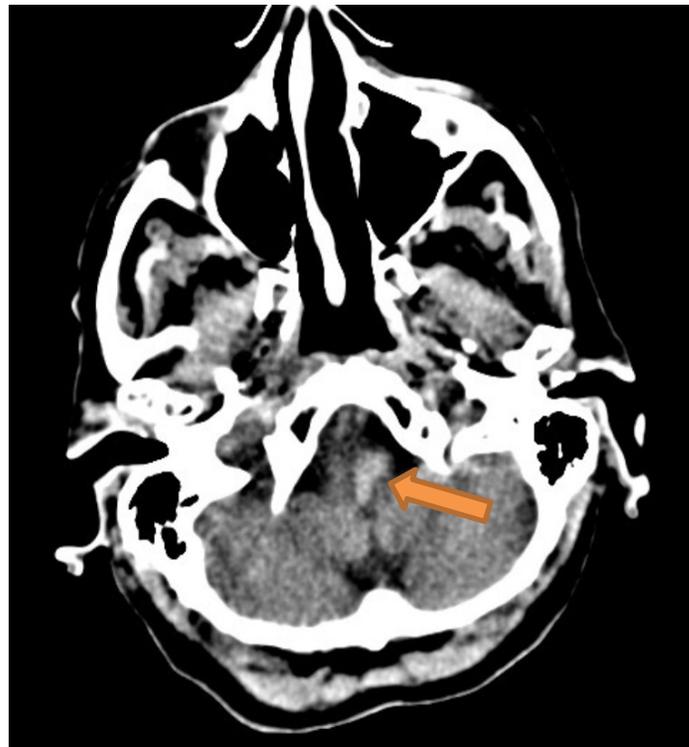
Insuffisance respiratoire sur broncho-inhalations à répétition ayant nécessité une intubation et une ventilation mécanique puis une trachéotomie

- Ventilation stoppée après 1 mois et demi
- Retrait de la canule après 1 mois et demi
- Transfert en revalidation neurologique après 2 mois de SI
- Revalidation pendant 1 an

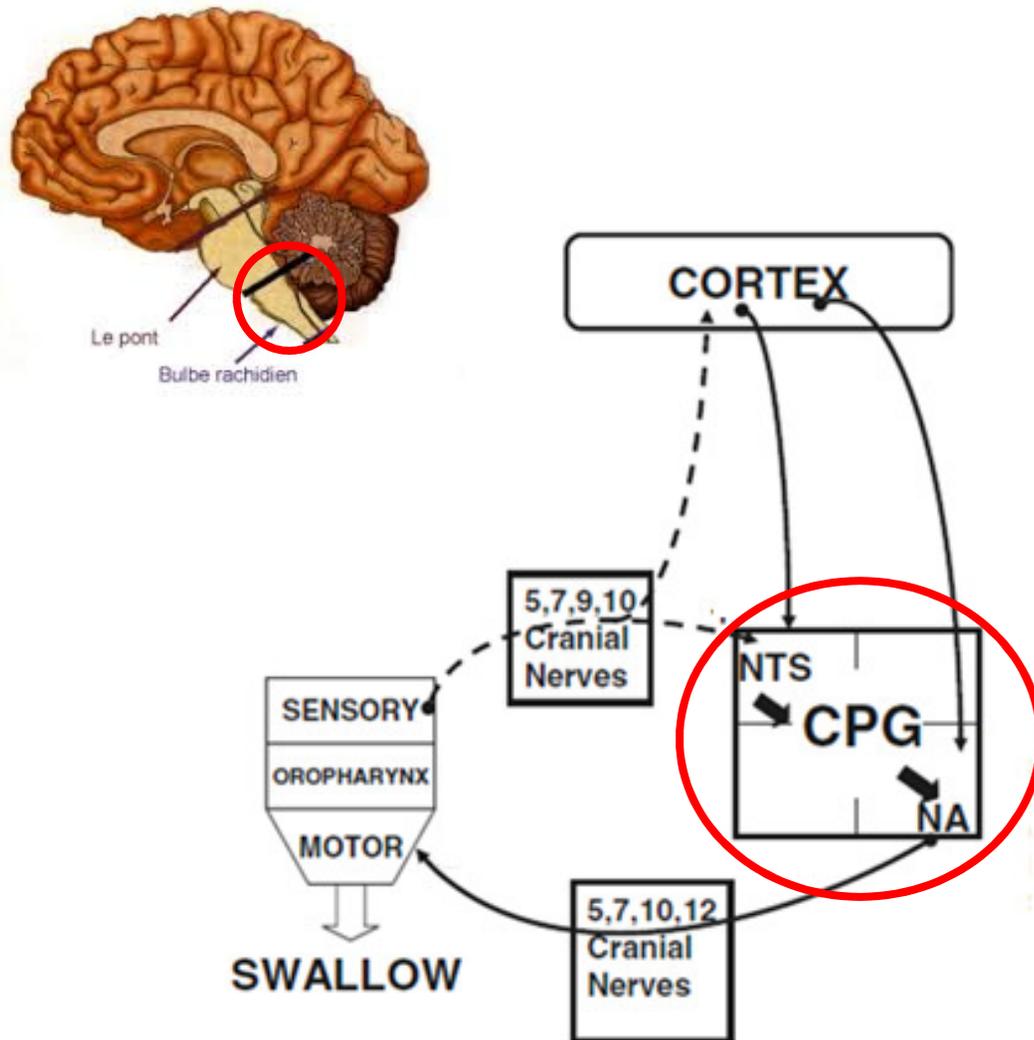
3. La lésion – Point de vue du neurologue

AVC hémorragique : diagnostic au CT crâne le jour de l'hospitalisation

Au niveau du bulbe de l'encéphale, au niveau de la pyramide et au niveau de l'olive latérale gauche, foyer hémorragique intra-parenchymateux.



3. La lésion – Point de vue du neurologue



CPG = Central Pattern Generator for Swallowing

- Centre bulbaire de la déglutition
- Bilatéral
- Intégration d'afférences, d'efférences et de fonctions réflexes (réflexe nauséux, toux...)

3. La lésion – Point de vue du neurologue

Deux mois plus tard :

Dépôts d'hémosidérine au niveau bulbaire à gauche

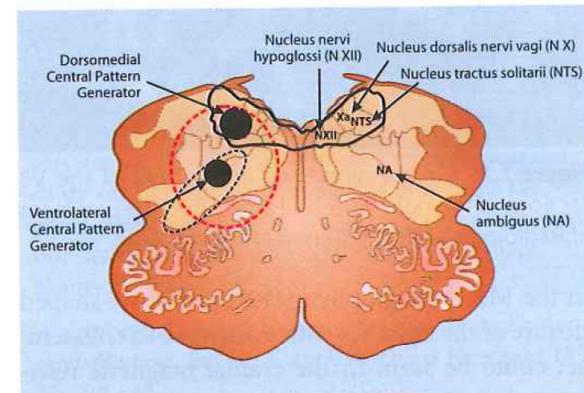
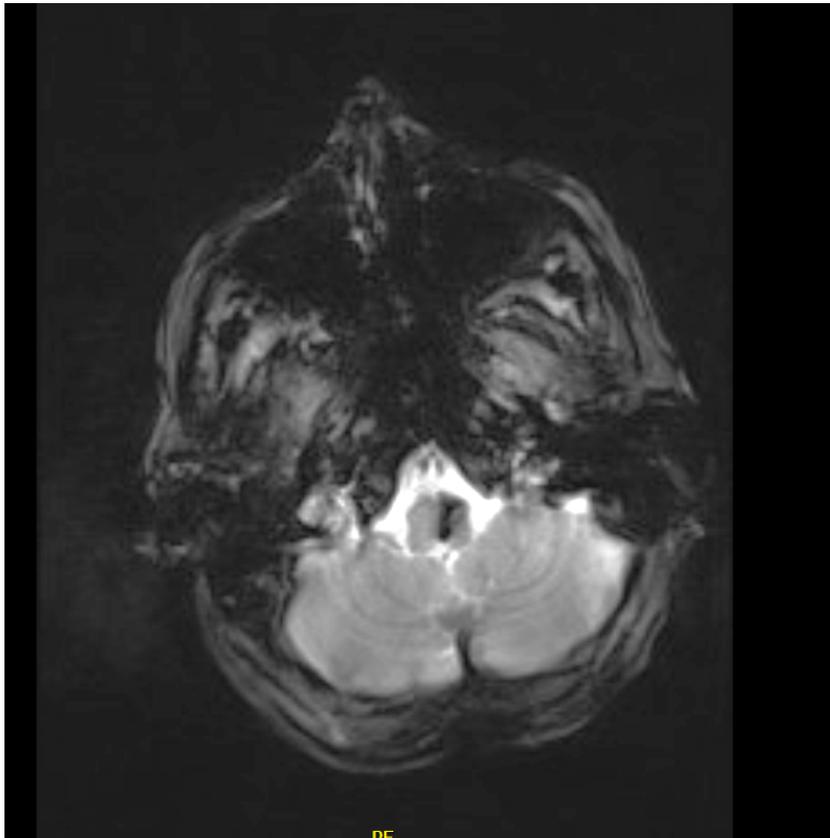


Figure 1.1: Brain stem with "Central Pattern Generators for Swallowing" (CPGs) in connection with the Nucleus ambiguus (NA – efferent system) and the Nucleus tractus solitarii (NTS – afferent system) [modified according to Prosiegel et al. 2005].

Garon, Sierzant & Ormiston, 2009

Etude rétrospective sur 2000 vidéofluoroscopies :

- 51 % de FR toutes pathologies confondues
- Parmi ces patients qui ont présenté des fausses routes
 - 55% ont présenté des FR silencieuses
- 58 patients présentaient une lésion du tronc cérébral
 - 46 de 58 patients ont présenté des FR silencieuses

Examen objectif indispensable avant tout essai alimentaire dans ce cas.

Nasofibroscopie ou vidéofluoroscopie?

4. Point de vue de l'ORL



La patiente a séjourné deux mois aux soins intensifs

- Intubation
- Trachéotomie
- Sonde nasogastrique

⇒ Facteurs de risque supplémentaires pour le développement d'une dysphagie.

Incidence des troubles de la déglutition chez les patients intubés ou trachéotomisés

→ Pas de proportion définie : varie de 15 à 87% selon les études !

Robert, 2004 ; Macht et al., 2013

4.1. *Intubation*



- Traumatisme direct sur les structures anatomiques responsables de la protection des voies aériennes lors de la déglutition
- Altération des chémorécepteurs et mécanorécepteurs situés dans les muqueuses
- Atrophie musculaire
- Augmentation du seuil de perception pharyngé

Robert, 2004 ; Macht et al., 2013; Chatellier et al, 2014

4.2. Trachéotomie



- Ascension laryngée limitée par la canule
- Désafférentation du larynx
Diminution des sensations proprioceptives et perturbation de la coordination du réflexe de fermeture glottique
- Absence de pression sous-glottique
Diminution de la propulsion pharyngée, de l'élévation laryngée et de la toux
- Atrophie musculaire
- Risque de sténose ou de fistule si le ballonnet est trop gonflé

4.3. Sonde Nasogastrique



- Œdème aryénoïdien au contact de la sonde
- Lésions sévères possibles sur ischémie tissulaire par compression de la sonde entre cartilages laryngés et rachis cervical
- Hypersalivation
- Augmentation du seuil de perception pharyngé
- Risque majoré de reflux gastro-oesophagien

Privilégier les microsondes!!

Robert, 2004

Nasofibroscopie ou vidéofluoroscopie?

- AVC du tronc cérébral
 - Antécédents ORL : intubation, trachéotomie
 - Sonde nasogastrique
- ➔ La nasofibroscopie est l'examen de choix dans un premier temps
- Intégrité anatomique des structures
 - Dynamique de ces structures
 - Sensibilité laryngée

Examen ORL :

- Atrophie linguale à gauche
- Paralysie de la corde vocale gauche
- Stases salivaires importantes (base de langue, sinus piriformes, vestibule laryngé) avec débordement
- Anesthésie complète du vestibule laryngé
- Réflexe de toux absent

Conclusion : RIEN PER OS

- Mise en place d'une sonde de gastrostomie
- Prise en charge logopédique intensive

Vidéofluoroscopie

Avantages :

- Evaluation de toutes les phases de la déglutition
- Testing avec différents types de textures : liquides, liquides épais, pâte, pain.
- Permet l'essai de plusieurs types de manœuvres

Inconvénients :

- Exposition aux radiations
- Les résultats ne reflètent pas toujours ce qui se passe au quotidien
- Demande une certaine expertise également
- Ne peut être effectuée au lit du patient

5. Point de vue du radiologue

Vidéofluoroscopie



5. Point de vue du radiologue



Vidéo fluoroscopie

Conclusion :

- Bascule incomplète de l'épiglotte
- Passage des produits (liquides et liquides épais) en dessous et latéralement par rapport à l'épiglotte vers les voies aériennes
- FR directes

6. Point de vue du pneumologue



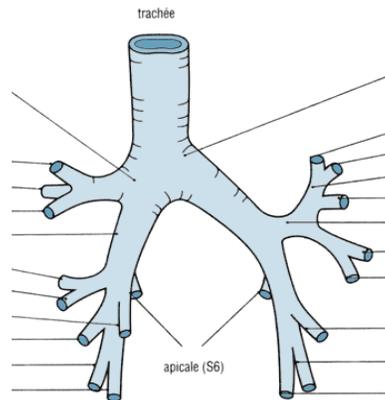
Pneumonie

- Infection du poumon causée par une bactérie, un virus ou un champignon.
- Agents infectieux dans les alvéoles provoquant une inflammation (pus et mucus) et empêchant leur fonctionnement normal
- Distribution non efficace de l'oxygène dans le sang
- Difficultés à respirer, douleur thoracique, toux importante et forte fièvre.

Pneumopathie d'inhalation

- Inhalation de liquide gastrique réalisant une pneumonie chimique (pneumopathie de Mendelson)
- Inhalation de sécrétions oropharyngées colonisées ou infectées par des bactéries

6. Point de vue du pneumologue



Pneumopathie basale droite = FD?

→ Influence de l'anatomie classique de l'arbre bronchique

→ Inhalation des aliments davantage à droite

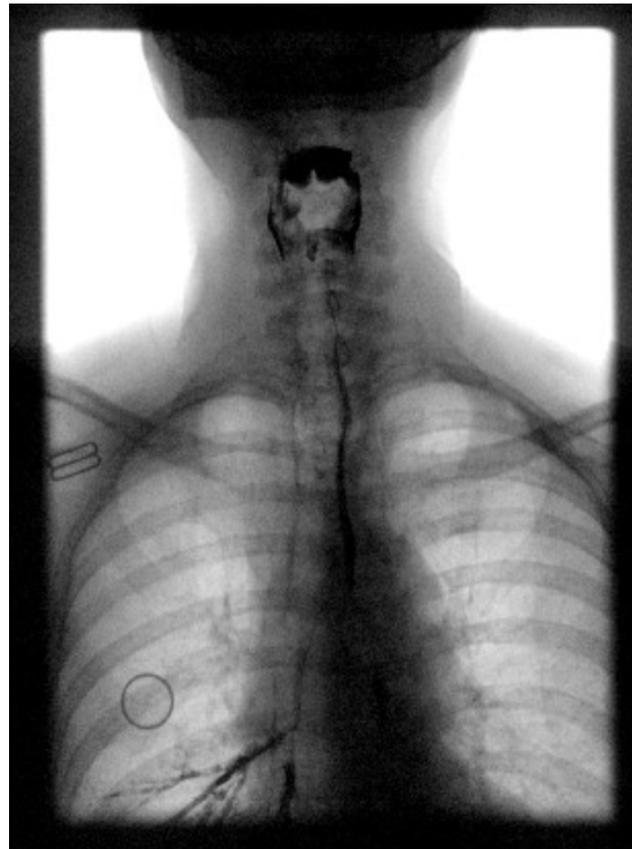
MAIS PAS un critère majeur de diagnostic de pneumopathie d'inhalation

→ Localisation de l'atteinte respiratoire dépend de la position du patient lors de l'inhalation

→ Atteinte radiologique souvent multilobaire

6. Point de vue du pneumologue

Madame X – Vidéofluoroscopie



6. Point de vue du pneumologue

Madame X - Radiothorax



7. Hygiène buccale



Collaboration dentiste – stomatologue – soins infirmiers

Mauvaise hygiène buccodentaire : risque d'infection pulmonaire ↑

→ Diminution du flux salivaire

→ Favorise la colonisation de l'oropharynx par des pathogènes du fait d'une diminution de l'immunité cellulaire et humorale et de la diminution de la clairance de la salive

Plaque dentaire = réservoir important pour les bactéries impliquées dans les pneumopathies d'inhalation

Certains médicaments favorisent la sécheresse buccale (ex : neuroleptiques)

Importance des soins de bouche pour limiter la pullulation microbienne locale

7. Hygiène buccale



Collaboration dentiste – stomatologue – soins infirmiers

Madame X :

- Accumulation très importante de sécrétions épaisses dans la bouche
- Séances de logopédie de préférence après les soins de bouche pour permettre un travail de la sensibilité de la langue, des joues et des piliers antérieurs → Eveil proprioceptif
- Consultation chez le dentiste
- Réalimentation : mise en place d'une prothèse dentaire complète

8. Réalimentation



Collaboration diététicienne – nutritionniste

Collaboration diététicienne/logopède

- Alimenter le patient dysphagique en toute sécurité
- Diminuer le risque de broncho-inhalation
- Éviter une perte pondérale progressive
- Informations recueillies par la diététicienne de façon régulière :
 - Poids
 - Taille
 - BMI
 - Biologie

Dates	30/5/13	25/4/14
Préalbumine	0.12	0.13
Albumine	3.5	42
CRP	18.2	6.8

8. Réalimentation



Madame X

Après 5 mois de revalidation :

- Amélioration clinique en logopédie
 - Nasofibroscopie de contrôle : nette amélioration de la fermeture glottique et légère amélioration de la sensibilité laryngée, diminution des stases salivaires. FR persistantes aux liquides.
- Réalimentation progressive avec kinésithérapie respiratoire et surveillance pulmonaire
- Epaissement des liquides

Evolution

- Evolution dans les textures
- BMI à 20,7 kg/m² après 10 mois de revalidation : alimentation per os exclusive sans perte de poids
- Retrait de la sonde de gastrostomie
- Sortie en maison de repos après 1 an de revalidation

9. Logopèdes indépendantes



Quels contacts ?

Pour les patients de **> 75 ans** :
hospitalisation de jour gériatrique

- Vidéodéglutition
- Avis ORL
- Bilan clinique de la déglutition (logopède)
- Entretien avec une diététicienne
- Entretien avec le médecin nutritionniste (et/ou gériatre)
- Biologie

Contact : 02/477.34.71

Pour les patients de **< 75 ans** :
consultation pluridisciplinaire

- Consultation ORL & fibroscopie
- Bilan clinique de la déglutition (logopède)
- Vidéodéglutition
- Biologie
- Bilan comprenant les résultats des examens et les conclusions

Contact : 02/477.37.49

L'infirmière se charge de planifier et regrouper les rendez-vous selon les besoins du patient

Merci pour votre attention !

Des questions?



Avec la collaboration :

- Dr André S.
- Dr Calderon P.
- Dr Damry N.
- Dr Kabtouri H.
- Dr Schelte C.
- Dr Spinato L.