

**LA DYSPHAGIE EN HÔPITAL
AIGU: VERS LA MISE EN PLACE
D'UN TEST DE SCREENING?**



La dysphagie en hôpital aigu: vers la mise en place d'un test de screening?

- **1. Constat et problématique**
- **2. Méthodologie**
- **3. Le 3-ounce water swallow test**
- **4. Résultats**
- **5. Cas cliniques**
- **6. Conclusion**

La dysphagie en hôpital aigu: vers la mise en place d'un test de screening?

1. Constat et problématique

□ Un constat:

La dysphagie est complexe:

- **Plusieurs formes**
- **Pas toujours visiblement symptomatique**
- **Vaste étiologie**
- **Dangereuse (peut menacer le pronostic vital)**
- **Peu connue (récemment reconnue et traitée)**

La dysphagie en hôpital aigu: vers la mise en place d'un test de screening?

1. Constat et problématique

Les demandes de prises en charges sont:

- **Aléatoires**
- **Subjectives**
- **Empiriques**

La dysphagie en hôpital aigu: vers la mise en place d'un test de screening?

1. Constat et problématique

□ Une problématique:

- La mise en place d'un test de screening, appliqué à tout patient entrant, permettrait-elle d'optimiser par la suspicion, la prise en charge des patients dysphagiques?

La dysphagie en hôpital aigu: vers la mise en place d'un test de screening?

2. Méthodologie

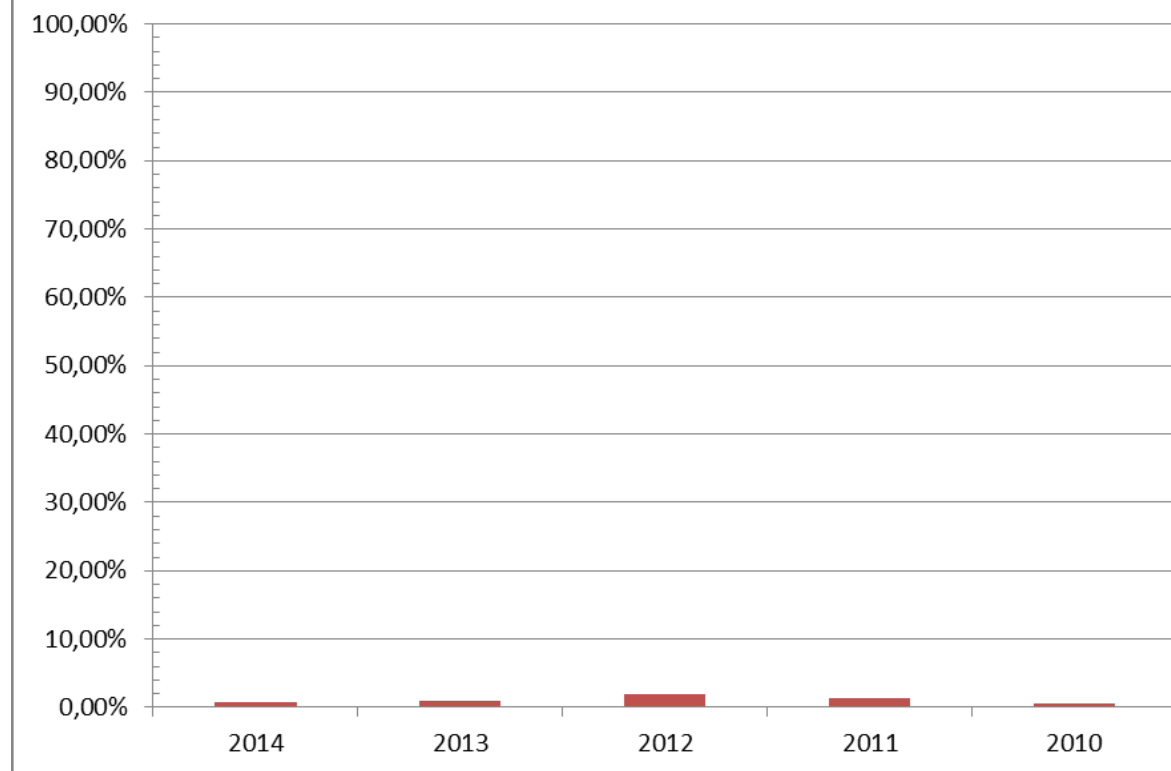
□ Le service d'orthopédie

2010	1034	5	0.48%
2011	1111	16	1,44%
2012	853	17	1,99%
2013	1082	11	1,01%
2014	1140	8	0.70%

■ Nombre de patients hospitalisés dans le service d'orthopédie/an

■ Nombre de patients diagnostiqués dysphagiques dans le service d'orthopédie/an

Données antérieures - Pourcentages



2. Méthodologie

□ Le service d'orthopédie

= service qui ne présente pas de prévalence pour la dysphagie en termes d'étiologie

= motif d'hospitalisation sans rapport avec la dysphagie

= entre **0,5 et 2%** de patients dysphagiques pris en charge les 5 dernières années

→ Y a-t-il des patients dysphagiques là où nous n'en n'attendons pas?

La dysphagie en hôpital aigu: vers la mise en place d'un test de screening?

3. Le 3-ounce water swallow test

□ Consigne:

→ Boire un verre d'eau (90ml) en une seule fois

Passation:

5 minutes

maximum



90ml

→ FACILITÉ ET
ACCESSIBILITÉ

3. Le 3-ounce water swallow test

□ Pourquoi le 3-ounce water swallow test?

-Simple d'utilisation : Il est donc accessible à tout soignant ayant été sensibilisé et ayant reçu les instructions nécessaires pour sa passation.

-Rapide en passation : Il n'est pas chronophage pour un soignant dont le temps est compté et l'organisation chronométrée.

-Non invasif pour le patient : Risque peu d'apporter une perturbation ou un dérangement.

-Destiné à une population hétérogène : Il peut être appliqué à tout patient n'ayant pas de trouble de la déglutition connu, de restriction hydrique et n'étant pas à jeun. Il permet de suspecter une dysphagie, quelle qu'en soit l'étiologie.

La dysphagie en hôpital aigu: vers la mise en place d'un test de screening?

3. Le 3-ounce water swallow test

□ Le protocole: 3 ounce-water swallow test

« 3 ounce water swallow test »

	OUI	NON
Le patient boit la totalité des 90ml d'eau		
Le patient boit sans interruption		
Le patient boit avec interruption -en gardant le verre aux lèvres		
Le patient a un réflexe de toux immédiat -avant d'avoir terminé les 90ml d'eau -en terminant les 90ml d'eau		
Le patient s'étouffe après avoir bu		
Le patient a un réflexe de toux retardé (une fois la déglutition terminée, dans la minute qui suit)		
Le patient produit un hémorragie dans la minute qui suit		
Le patient a la voix rauque/mouillée (altération de la voix) dans la minute qui suit		
Le patient a des régurgitations nasales après la déglutition		
Commentaires :		

Test de Leder négatif: pas de suspicion de dysphagie



Test de Leder positif : suspicion de dysphagie



La dysphagie en hôpital aigu: vers la mise en place d'un test de screening?

3. Le 3-ounce water swallow test

□ Le protocole: Nasofibroscopie

Examen fibroscopique

	OUI	NON
Liquides		
Coordination oro-pharyngée		
Fausse route primaire : 1. Pénétration (au-delà de la fermeture glottique) 2. Inhalation (au-dessus de la fermeture glottique)		
Fausse route secondaire : 1. Pénétration (au-dessus de la fermeture glottique) 2. Inhalation (au-delà de la fermeture glottique)		
Stases pharyngées <i>au niveau des</i> 1. Vallécules 2. Sinus spiriformes		
Fermeture glottique complète		

La dysphagie en hôpital aigu: vers la mise en place d'un test de screening?

3. Le 3-ounce water swallow test

□ Le protocole: Nasofibroscopie

Semi-liquides		
Coordination oro-pharyngée		
Fausse route primaire : 1. Pénétration (au-dessus de la fermeture glottique) 2. Inhalation (au-delà de la fermeture glottique)		
Fausse route secondaire : 1. Pénétration (au-dessus de la fermeture glottique) 2. Inhalation (au-delà de la fermeture glottique)		
Stases pharyngées <i>au niveau des</i> 1. Vallécules 2. Sinus spiriformes		
Fermeture glottique complète		
Commentaires :		

La dysphagie en hôpital aigu: vers la mise en place d'un test de screening?

4. Résultats

Patient n°	Leder	Fibroscopie	Conclusion diagnostique	Prise en charge
1	-			
2	-			
3	-			
4	+	+	+	-
5	-			
6	-			
7	-			
8	-			
9	-			
10	-			
11	-			
12	-			
13	+	+	+	-
14	-			
15	-			
16	-			
17	-			
18	-			
19	-			
20	+	-	-	-
21	-			
22	-			
23	-			
24	-			
25	-			
26	-			
27	-			
28	-			
29	-			
30	+	/	/	+
31	-			
32	+	+	+	+
33	-			
34	-			
35	-			
36	-			
37	-			
38	-			
39	-			
40	-			

+	Positif
-	Négatif
/	Non réalisé

□ 40 patients testés au 3-ounce water swallow test (Leder):

-35 Leder négatifs

-5 Leder positifs

-3 vrais positifs

-1 faux positif

-1 sans conclusion

-2 prises en charge par l'équipe de logopèdes

-4 patients dysphagiques

5. Cas cliniques

□ Spécificités:

- Patients non évaluables
- La médication liée aux interventions chirurgicales
- La problématique du consentement

→ éléments qui viennent nuancer les résultats obtenus

La dysphagie en hôpital aigu: vers la mise en place d'un test de screening?

5. Cas cliniques

□ Patients non évaluables

= Patients déjà dysphagiques

→ Quelle prise en charge?

5. Cas cliniques

□ La médication liée aux interventions chirurgicales

= troubles de la déglutition temporaires
(post-opératoires) possibles

→ Dans quelle mesure ces patients doivent-ils être pris en charge par les logopèdes?

5. Cas cliniques

□ La problématique du consentement

= nombre important de patients ayant refusé de participer à l'étude

→ Quel nombre réel de patients dysphagiques hors du contexte d'étude?

6. Conclusion

□ 4 patients diagnostiqués dysphagiques / 40 patients testés

➤ Plus une patiente prise en charge (hors test)

➤ $5/41 = 12\%$ de patients dysphagiques durant notre étude

≠ 0,5 à 2% les 5 dernières années

→ Environ **10%** de patients de plus sont diagnostiqués grâce au test de screening proposé

6. Conclusion

- **Pour poursuivre:**

- **De quelle manière sont envisagées les questions relatives à l'alimentation lors de l'anamnèse réalisée à l'admission d'un patient en hôpital aigu ?**

Sont-elles suffisamment précises ?

Prennent-elles en compte les troubles de la déglutition ?

6. Conclusion

- **Pour poursuivre:**

- **Compte tenu de l'homogénéité ou de l'hétérogénéité des populations, de la spécificité des troubles et de la prévalence de la dysphagie, obtiendrions-nous des résultats différents dans d'autres services de l'hôpital ?**

6. Conclusion

- **Pour poursuivre:**

- **Comment le mettre en place en temps normal dans un service hospitalier ?**

Une formation pourrait-elle être proposée aux infirmiers afin de pouvoir réaliser ce test de screening chez tous les patients ?

6. Conclusion

- **Pour poursuivre:**

Renforcement de la qualité de la demande de la prise en charge

=

Plus de patients

=

Plus de prises en charge

=

Nécessité de moyens supplémentaires

- **Quels moyens pouvons-nous envisager ?**

6. Conclusion

- **Pour terminer:** **ET APRÈS?**
 - **Quelle place pour les logopèdes en milieu aigu?**
 - **Quelle considération de la demande en dysphagie et de son urgence?**
 - **Quelle énergie et quels moyens déployés à l'égard de la dysphagie et de l'exercice logopédique?**
 - **Quelle stratégie faudrait-il employer?**

Merci de votre attention.

**Julie Pires, logopède,
avec les Cliniques universitaires
Saint-Luc,
et l'Institut Libre Marie Haps**