

# Stases hypopharyngées : faiblesse pharyngée ou atteinte œsophagienne ?

6 décembre 2019

Nathalie Guerry  
Nicolas Roper

# Introduction

- Prise en charge des patients dysphagiques au sein de notre institution :



- Evaluation clinique de la déglutition via bilan logopédique
- Evaluation objective de la déglutition via FEES

- Soit consultation commune
- Soit réalisés isolément

- Autres examens complémentaires à la demande, en fonction de la clinique

# Pourquoi les stases hypopharyngées?

- Bilan logo: les stases ne peuvent être que suspectées (voix mouillée, toux tardive,...)
- FEES:
  - Ne permet que de les constater
  - Probable « impaired efficacy »
  - Au mieux, permet de suspecter le.s mécanisme.s physiopathologique.s sous-jacent.s

➔ souvent besoin de bilans complémentaires

# 3 cas quelques similarités...

## Mr G.

- 92 ans
  - Hospitalisé en UNV (stroke) pour un AVC latéro-protubérentiel
- Screening (BJH-SDS) échoué

## Mr T.

- 74 ans
- Lymphome avec atteinte gastrique
- Dysphagie fluctuante
- Hospitalisé en hématologie pour dysphagie en aggravation
  
- Hemmages lors des repas ; ne s'alimente plus qu'avec des liquides

## Mme M.

- 69 ans
- Dysphagie d'apparition progressive sur plusieurs années
- Perte de 7 kg (47 à 40 kg)
- Prises alimentaires laborieuses
  
- Mise au point neuromusculaire en cours

# Résultats de l'examen logopédique

## Mr G.

- ✓ Voix mouillée et glaires épaisses en bouche ; recrache des glaires épaisses au cours de l'examen clinique
- ✓ Motricité oro-buccale
  - Mastication inefficace
  - Mouvements linguaux ↘
  - Pas d'asymétrie du voile ou de dysphonie
- ✓ Sensibilité non-investigable
- ✓ Réflexes
  - Mécanisme de DG = retard de déclenchement et élévation laryngée diminuée
  - Toux volontaire correcte mais *diminution de la toux réflexe*.
- ✓ Essais alimentaires
  - Toux aux liquides
  - Pas de signe de fausse route aux EG mais recrache de l'eau gélifiée sur toux volontaire

## Mr T.

- ✓ Motricité oro-buccale
  - quasi-intacte
  - Tonus ↘ bilatéralement au niveau du dôme lingual
- ✓ Sensibilité intacte
- ✓ Réflexes ok
  - Elévation laryngée complète
- ✓ Essais alimentaires
  - cf. FEES

## Mme M

- ✓ Motricité oro-buccale
  - Diminution de la contraction labiale contre résistance à gauche
  - Faiblesse des mouvements de la mandibule
  - Force musculaire de l'apex lingual diminuée avec atteinte des mouvements verticaux
  - Recul lingual diminué
- ✓ Sensibilité intacte
- ✓ Réflexes ok
  - Elévation laryngée complète
- Essais alimentaires
  - cf. FEES
- NB : Remontée d'une stase alimentaire pharyngée lors du testing du réflexe nauséux

# Résultats de l'examen FEES

## Mr G

- ✓ Stases salivaires et alimentaires partout
- ✓ Importantes pénétrations et aspirations +++
- ✓ Toux inefficace
- ✓ Suspicion de reflux œso-pharyngé

➤ PAS : 7

➔ Rien per os/SNG

## Mr T

- ✓ Stases importantes surtout au niveau de l'hypopharynx et de la bouche œsophagienne
- ✓ Pénétrations laryngées (sans aspiration)
- ✓ Toutes les textures
- ✓ Toux inefficace

➤ PAS : 2 ou 3

➔ Alimentation: IDDSI 7ec + liquides normaux

## Mme M

- ✓ Stases salivaires avec pénétrations
- ✓ Stases alimentaires hypopharyngées quelle que soit la texture
- ✓ Pénétrations laryngées aux liquides
- ✓ Déglutitions multiples et inefficaces

➤ PAS : 1 ou 2

➔ Alimentation: IDDSI 6 + liquides normaux

# FEES de Mr T

M. T

- ✓ Stases importantes surtout au niveau de l'hypopharynx et de la bouche œsophagienne
- ✓ Pénétrations laryngées (sans aspiration)
- ✓ Toutes les textures touchées
- ✓ Toux inefficace
  
- PAS : 2 ou 3
- Alimentation protégée/tendre + liquides clairs



# Résultats de l'examen FEES

## Mr G

- ✓ Stases salivaires et alimentaires partout
- ✓ Importantes pénétrations et aspirations +++
- ✓ Toux inefficace
- ✓ Suspicion de reflux œso-pharyngé

➤ PAS : 7

➔ Rien per os/SNG

## Mr T

- ✓ Stases importantes surtout au niveau de l'hypopharynx et de la bouche œsophagienne
- ✓ Pénétrations laryngées (sans aspiration)
- ✓ Toutes les textures
- ✓ Toux inefficace

➤ PAS : 2 ou 3

➔ Alimentation: IDDSI 7ec + liquides normaux

## Mme M

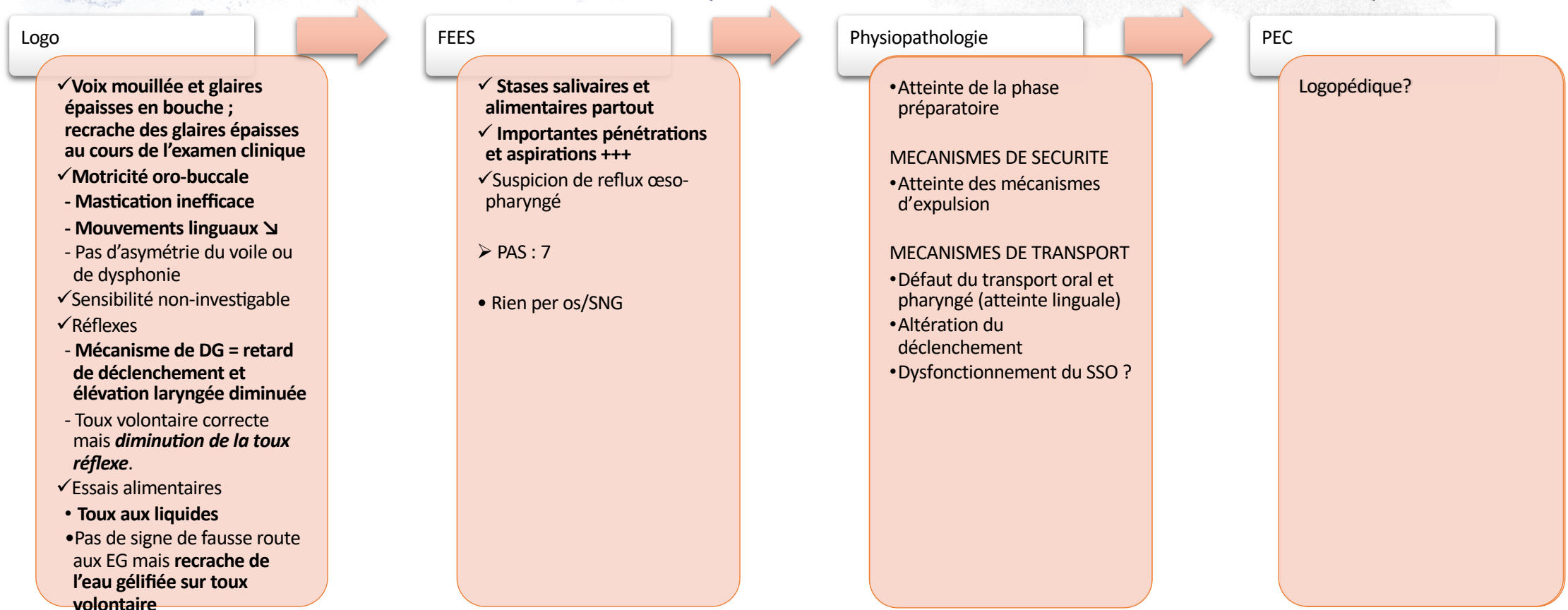
- ✓ Stases salivaires avec pénétrations
- ✓ Stases alimentaires hypopharyngées quelle que soit la texture
- ✓ Pénétrations laryngées aux liquides
- ✓ Déglutitions multiples et inefficaces

➤ PAS : 1 ou 2

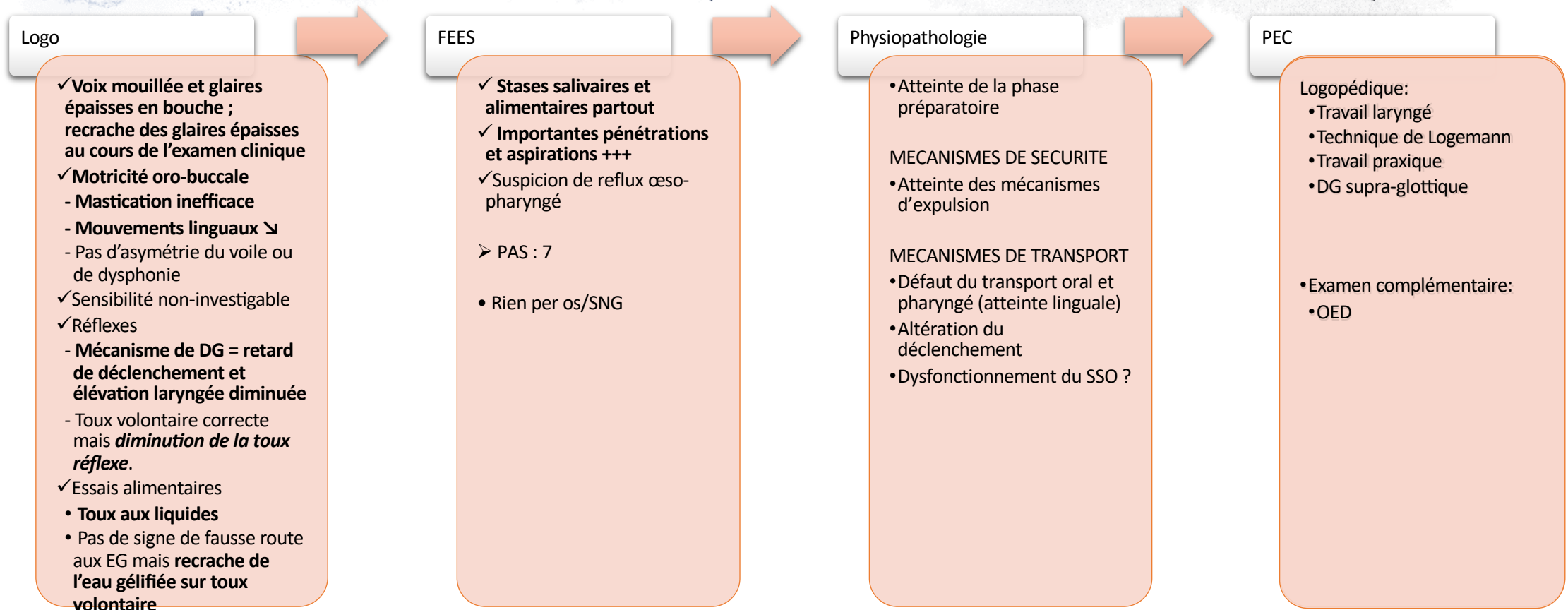
➔ Alimentation: IDDSI 6 + liquides normaux



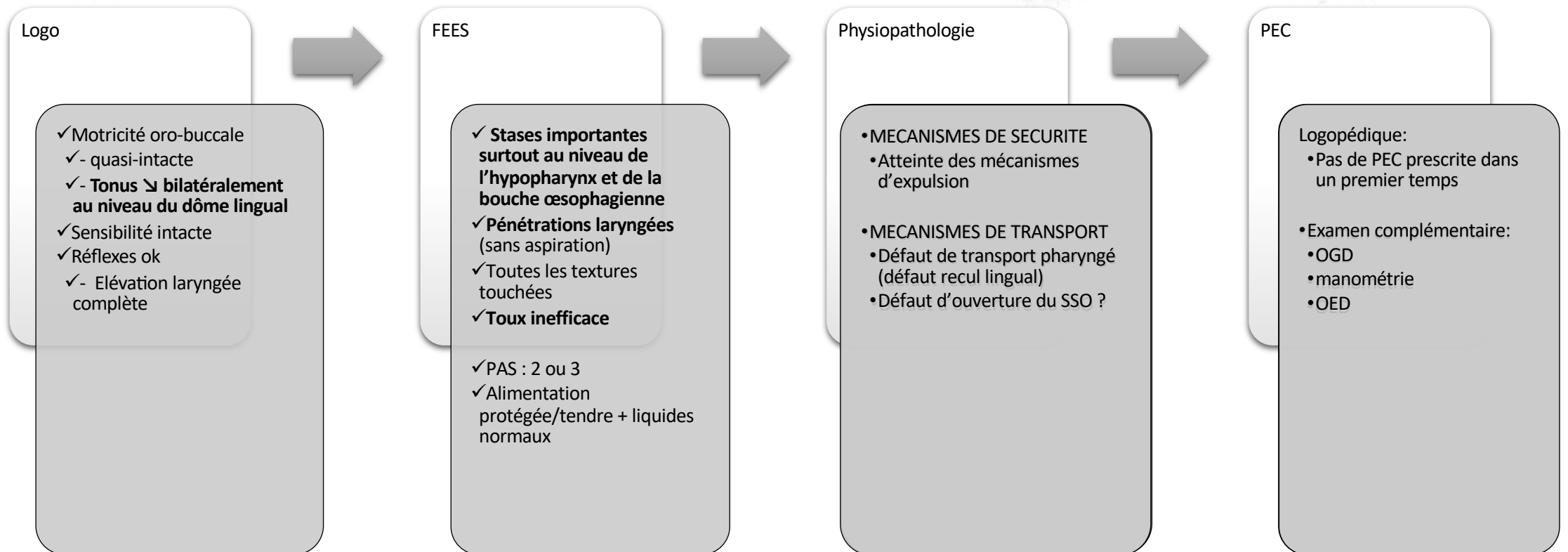
# Mr G: quels sont les processus physiopathologiques ?



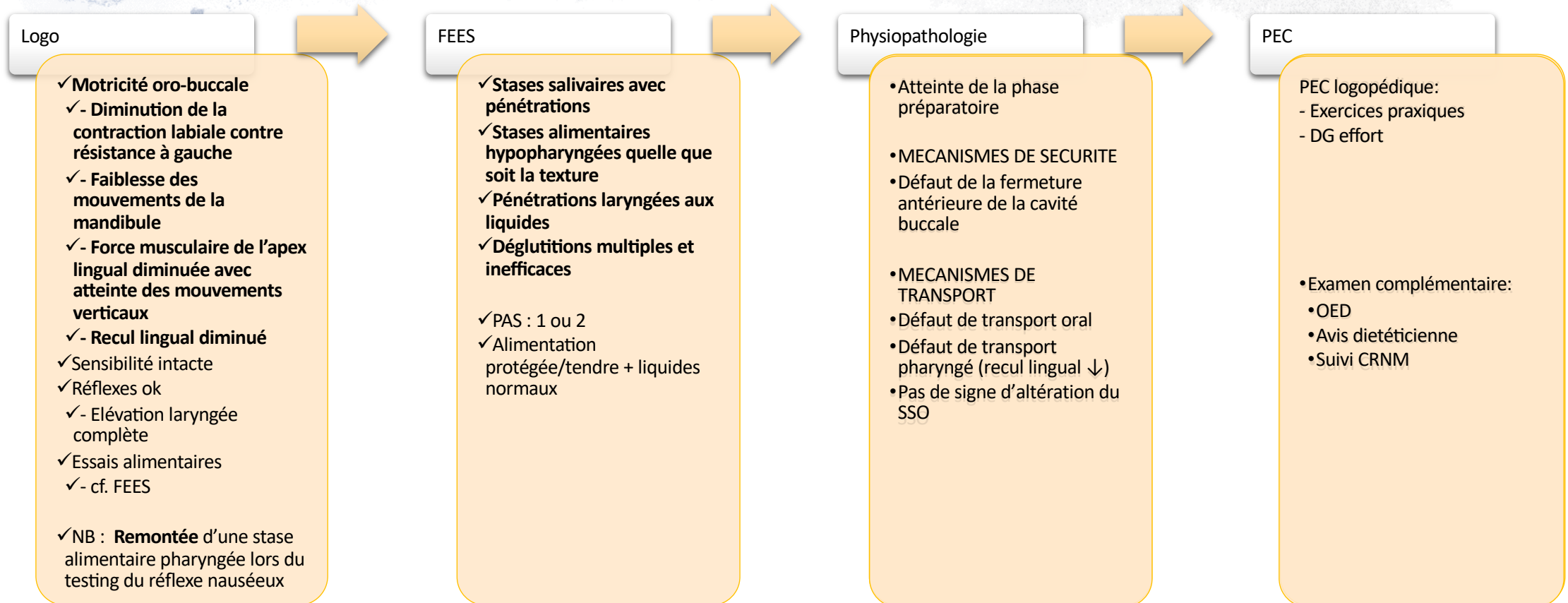
# Mr G: quels sont les processus physiopathologiques ?



# Mr T: quels sont les processus physiopathologiques ?



# Mme M: quels sont les processus physiopathologiques ?



Bilans  
complémentaires  
proposés

- ✓ Spasme du SSO
- ✓ Discrète fausse route silencieuse

Mr G

➤ OED pour une suspicion de Zenker



# Bilans complémentaires proposés

Mr G

➤ OED pour une suspicion de Zenker

Mr T

➤ Gastroskopie  
➤ Manométrie  
➤ OED



Mr G

➤ OED pour une suspicion de Zenker

Mr T

➤ Gastroskopie  
➤ Manométrie  
➤ OED

- ✓ Hypopharynx « de lutte » de 6 cm de largeur en amont d'un spasme du crico-pharyngien
- ✓ 1 FR silencieuse

## Bilans complémentaires proposés

Mr G

- OED pour une suspicion de Zenker

Mr T

- Gastroskopie
- Manométrie
- OED

Mme M

- Avis diet
- OED
- Poursuivre bilan NM



- ✓ Contraction pharyngée insuffisante
- ✓ Bascule de l'épiglotte inadéquate
- ✓ Pénétrations secondaires
- ✓ Contraction quasi-permanente du crico-pharyngien
- ✓ Fausse route silencieuse



# Résultats des examens complémentaires et prise en charge

## Mr G

- ✓ Spasme du SSO
- ✓ Discrète fausse route silencieuse

## Mr T

- OED:
- ✓ Hypopharynx « de lutte » de 6 cm de largeur en amont d'un spasme du SSO
  - ✓ 1 FR silencieuse

### Manométrie & OGD :

- ✓ Echec

## Mme M

- OED :
- ✓ Contraction pharyngée insuffisante
  - ✓ Bascule de l'épiglotte inadéquate
  - ✓ Pénétrations secondaires
  - ✓ Contraction quasi-permanente du crico-pharyngien
  - ✓ Fausse route silencieuse

### Bilan NM :

- ✓ Myosite à inclusion

# Résultats des examens complémentaires et prise en charge: Mr G

## Résultats des examens complémentaires

- ✓ Spasme du SSO
- ✓ Discrète fausse route silencieuse

## Traitement

- Injection Botox SSO

## Résultats

- Dysphonie sur paralysie corde vocale droite
- Amélioration de sa déglutition

# Résultats des examens complémentaires et prise en charge: Mr T

## Résultats des examens complémentaires

- ✓ OED:
- ✓ Hypopharynx « de lutte » de 6 cm de largeur en amont d'un spasme du SSO
- ✓ 1 FR silencieuse
  
- ✓ Manométrie & OGD : échec

## Traitement

- Myotomie du crico-pharyngien sous contrôle microscopique

## Résultats

- Reprise d'une alimentation orale de type ordinaire
- FEES: moins de stases mais garde des aspirations



# Résultats des examens complémentaires et prise en charge: Mme M

## Résultats des examens complémentaires

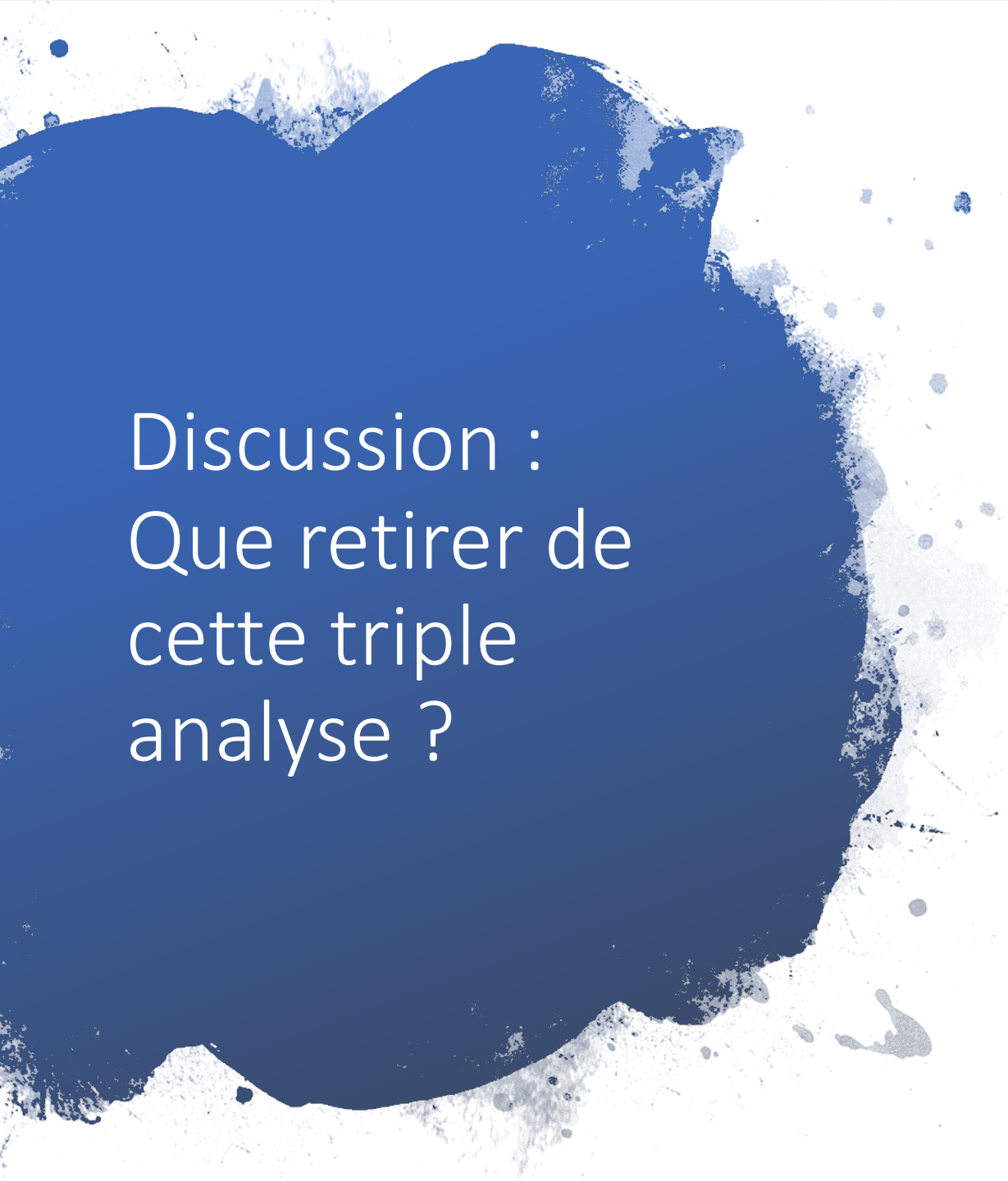
- ✓ OED :
- ✓ Contraction pharyngée insuffisante
- ✓ Bascule de l'épiglotte inadéquate
- ✓ Pénétrations secondaires
- ✓ Contraction quasi-permanente du crico-pharyngien
- ✓ Fausse route silencieuse
  
- ✓ Bilan NM :
- ✓ Myosite à inclusion

## Traitement

- Proposition myotomie
- post-posée pour composante inflammatoire à la biopsie musculaire
- traitement 6 semaines cortisone 1mg/kg

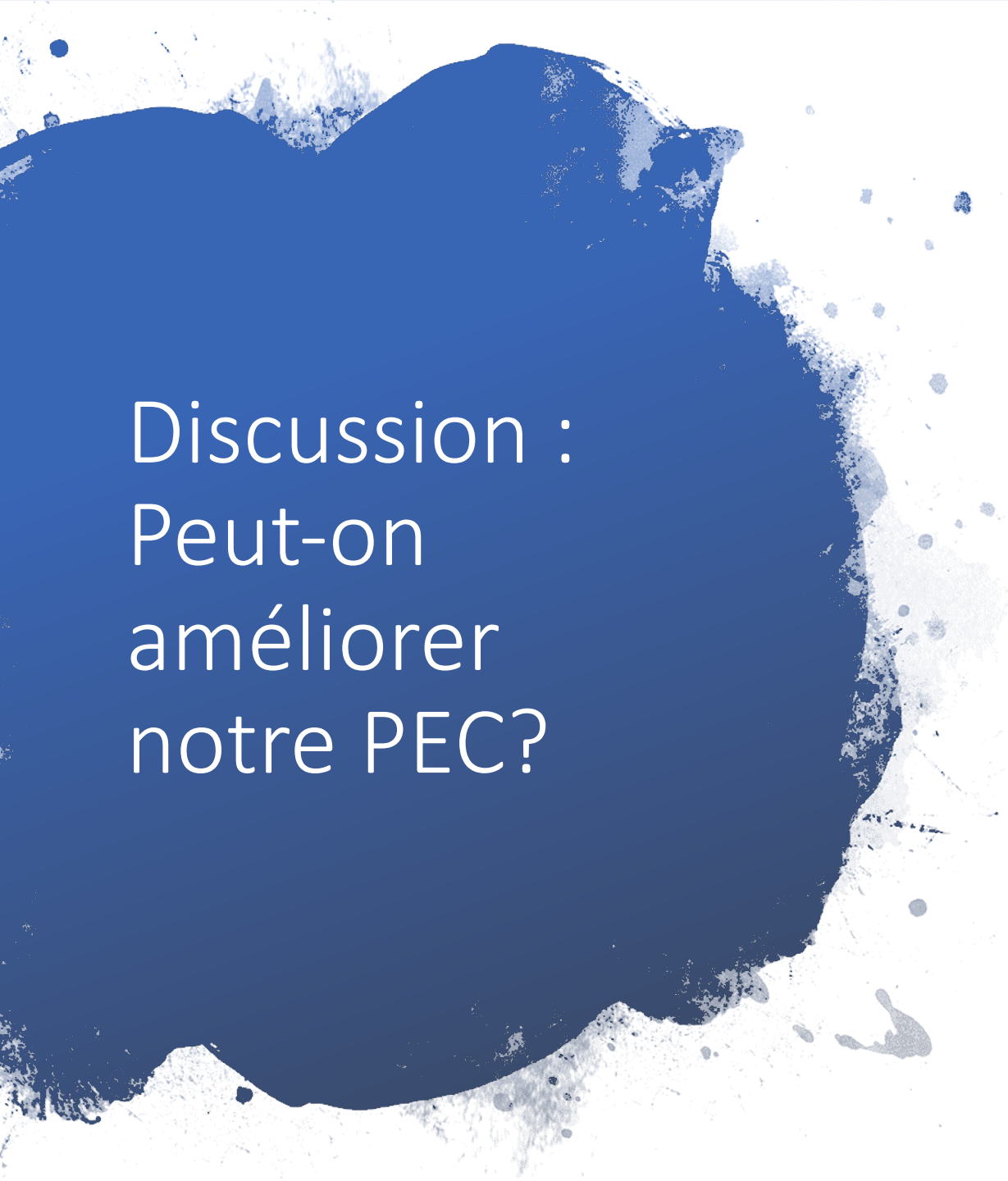
## Résultats

- 38 à 41kg
- FEES: déglutitions multiples moins nombreuses et stases pharyngées moins importantes.
- 1 FR.



## Discussion : Que retirer de cette triple analyse ?

- Quels sont les points communs ?
  - Stases salivaires
  - Pénétrations systématiques
  - Atteinte du mécanisme de toux
  - Atteintes fluctuantes de la fonction linguale
- Analyse des mécanismes physiopathologiques inhérents aux stases hypopharyngées :
  - Atteinte du mouvement laryngé
  - Péristaltisme pharyngé
  - Défaut de relaxation du SSO
- Et pourtant... TOUS ont une atteinte du SSO et tendent vers une PEC œsophagienne



## Discussion : Peut-on améliorer notre PEC?

- Y a-t-il un avantage à évaluer les résidus?
  - Si oui, comment?
    - La quantité ou la localisation?
    - Quelle échelle (Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale) ?
    - Faut-il scorer des résidus « transitoires »?
- En fibroscopie, peut-on se baser sur le « white-out » pour estimer la contraction pharyngée ?





Discussion :  
Peut-on  
améliorer  
notre PEC?

- Aurait-on dû envisager une PEC logopédique davantage ciblée sur le SSO?
  - Manœuvre de Shaker ?
  - Déglutition d'effort?
  - Manœuvre de Mendelsohn?

# Stases hypopharyngées

« *dia du lundi* »

## Besoin de bilans complémentaires

- des examens cliniques et dynamiques pour déterminer les mécanismes physiopathologiques

SSO = zone charnière entre 2 spécialités, elle doit être plus étudiée par les déglutologues

- Scorer les résidus?
- Place de la manométrie pharyngée?

Souvent plusieurs étiologies aux stases pharyngées  
--> prise en charge logo et médicale en parallèle

Gold-Standard en cas d'atteinte du SSO = la manœuvre de Shaker