

Comment éviter l'inhalation en EHPAD?



Sophie Hermabessière
Gérontopôle
CHU Toulouse

Journées du vieillissement – 19/10/2016

CAS CLINIQUES



S. Hermabessière JV Tlse 19/10/16

☞ Mr S. 84 ans



- ☞ ATCD : AVC ischémique sylvien gauche total non thrombolysé - **mai 2011** : hémiparésie droite complète proportionnelle avec déficit sensitif, paralysie faciale, HLH droite, aphasie, mutisme, récupération minime.
- ☞ 3 pneumopathies d'inhalation pendant le séjour en neurologie, la dernière à *Pseudomonas Aeruginosa*.
- ☞ Dénutrition.

Quelle CAT?

œ Gastrostomie posée en **juillet 2011** en neurologie.



œ Maintien d'une alimentation mixte.

œ Pneumopathies d'inhalation en **septembre** puis **novembre 2011**

œ Que proposez vous ?



Evaluation ORL :



- ∞ Analyse morphologique : Pas de lésion suspecte - tendance à l'accumulation de glaires
- ∞ Anomalies dynamiques : Pas de réduction de mobilité - dynamique subnormale sur les fonctions testées
- ∞ Evaluation de la déglutition :
Défaut d'initiation oral et de **contrôle oral** puis **retard +++ de déclenchement du temps pharyngé.**
Léger défaut de propulsion associé
Toux +++ aux liquides
- ∞ Conclusion :
 - **Troubles de la déglutition majeure incompatible avec une prise alimentaire sécuritaire.**
 - Si des **prises « plaisir »** sont envisagées : elles doivent rester dans des volumes très faibles par gorgée et sur un volume global également faible (quelques cuillères).
 - Si un travail était à envisager, il faudrait tenter des **stimulations électriques neuromusculaires** et recontrôler avec une radioscopie de la déglutition.

œ **Février 2012** : passage alimentation plaisir.

œ Pneumopathie d'inhalation en **mars 2013**.



œ Arrêt alimentation plaisir, car pneumopathie d'inhalation et difficultés constatées lors de la prise alimentaire, même minime. Poursuite de l'alimentation entérale.

œ Pneumopathies inhalations **juillet 2013** dans un contexte de syndrome occlusif; puis également en **sept 2013, mars 2014, avril 2014**.

œ Qu'en pensez – vous ?



œ **Fin avril 2014** : arrêt de la nutrition par GEP décidé collégialement, balance bénéfique / risque défavorable :

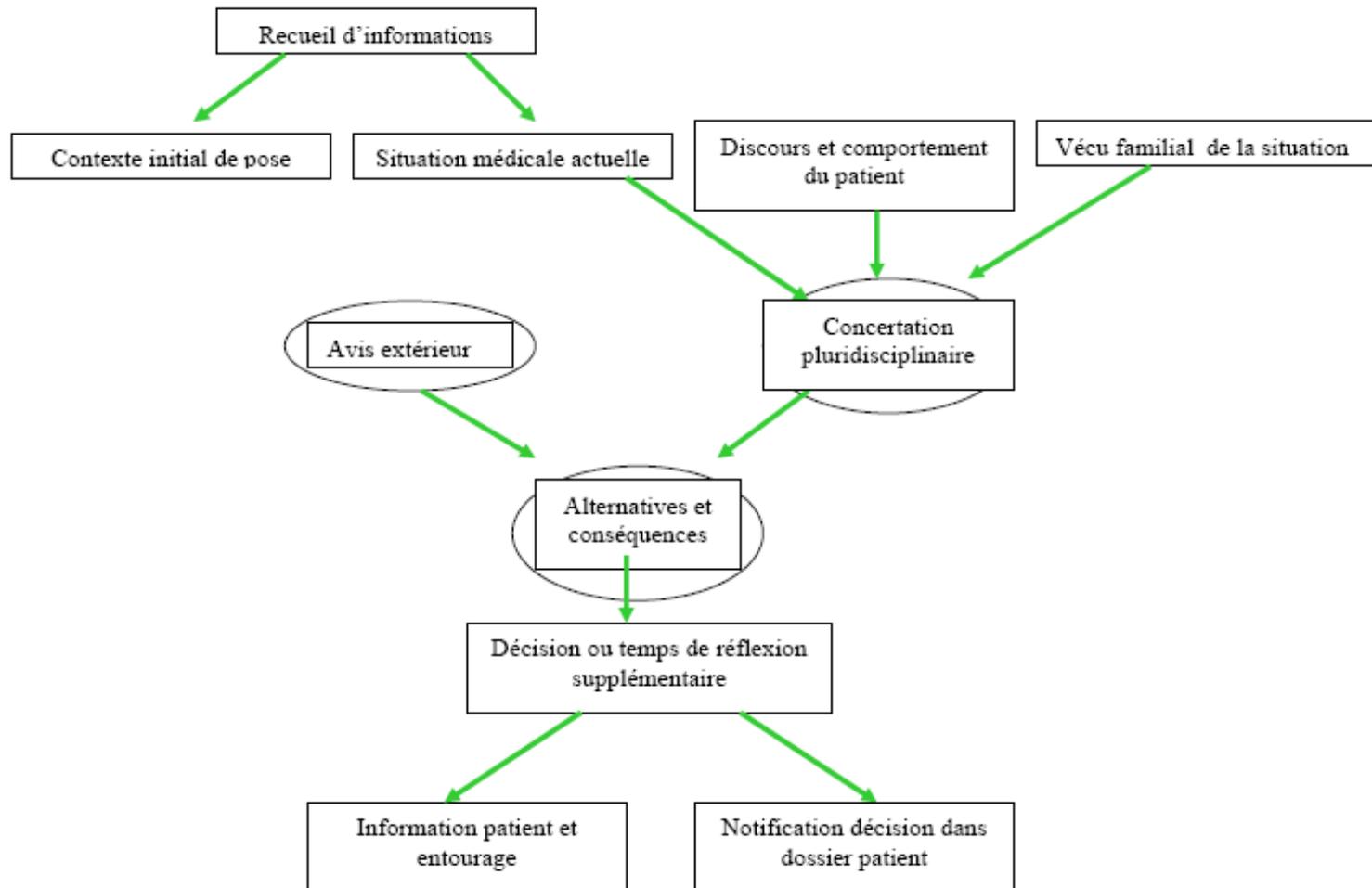


- œ opposition aux soins,
- œ discussion avec la famille,
- œ antibiothérapies répétées,
- œ perte de poids,
- œ encombrement chronique
- œ qualité de vie.

œ **Mai 2014** : majoration progressive encombrement, dégradation rapide de l'état général, prise charge symptomatique, décès.

Réévaluation de l'indication d'une GPE chez le patient âgé en fin de vie. (SFAP/SFGG) Fiche pratique Juin 2007

Modélisation de la démarche de réévaluation de l'indication de GPE



☞ Mme C., 79 ans

☞ ATCD :

- ☞ Diabète type 2,
- ☞ FA,
- ☞ AVC cortical sylvien superficiel droit et sous thalamique droit, octobre 2009 (récupération correcte, persistance déficit moteur modéré membre supérieur gauche)
- ☞ Démence type Alzheimer avec composante vasculaire.

- ☞ Compagnon présent au repas qui l'alimente « pour lui faire plaisir » (peut manger seule).

☞ Alerte sur le risque de fausses routes :

- gloutonnerie importante,
- repas donné par un tiers sans respect du rythme propre,
- épisodes antérieurs de fausses routes au cours des repas dont une avec manœuvre de Heimlich.

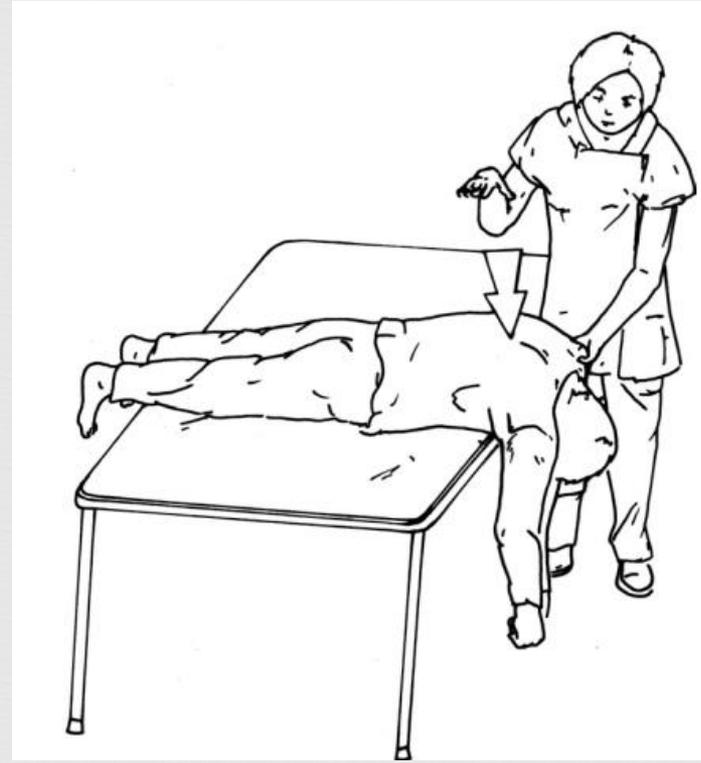
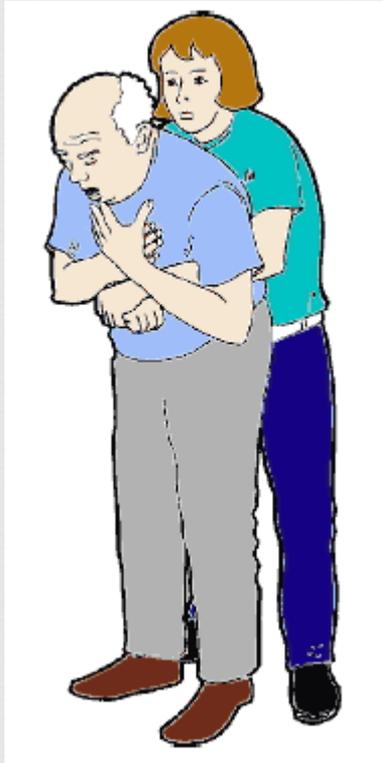
☞ Comment prévenir ce risque ?



Adaptations



- ❧ Adaptation des plats. Information de l'entourage pour contre-indiquer l'alimentation avec morceaux.
- ❧ Favoriser la prise des repas par la patiente elle-même.
- ❧ Avis ergothérapeute :
repas thérapeutique aboutissant à la mise en place d'adaptations :
 - installation jambes sous la table,
 - pas d'élément distracteur,
 - présenter les plats les uns après les autres,
 - sous surveillance.



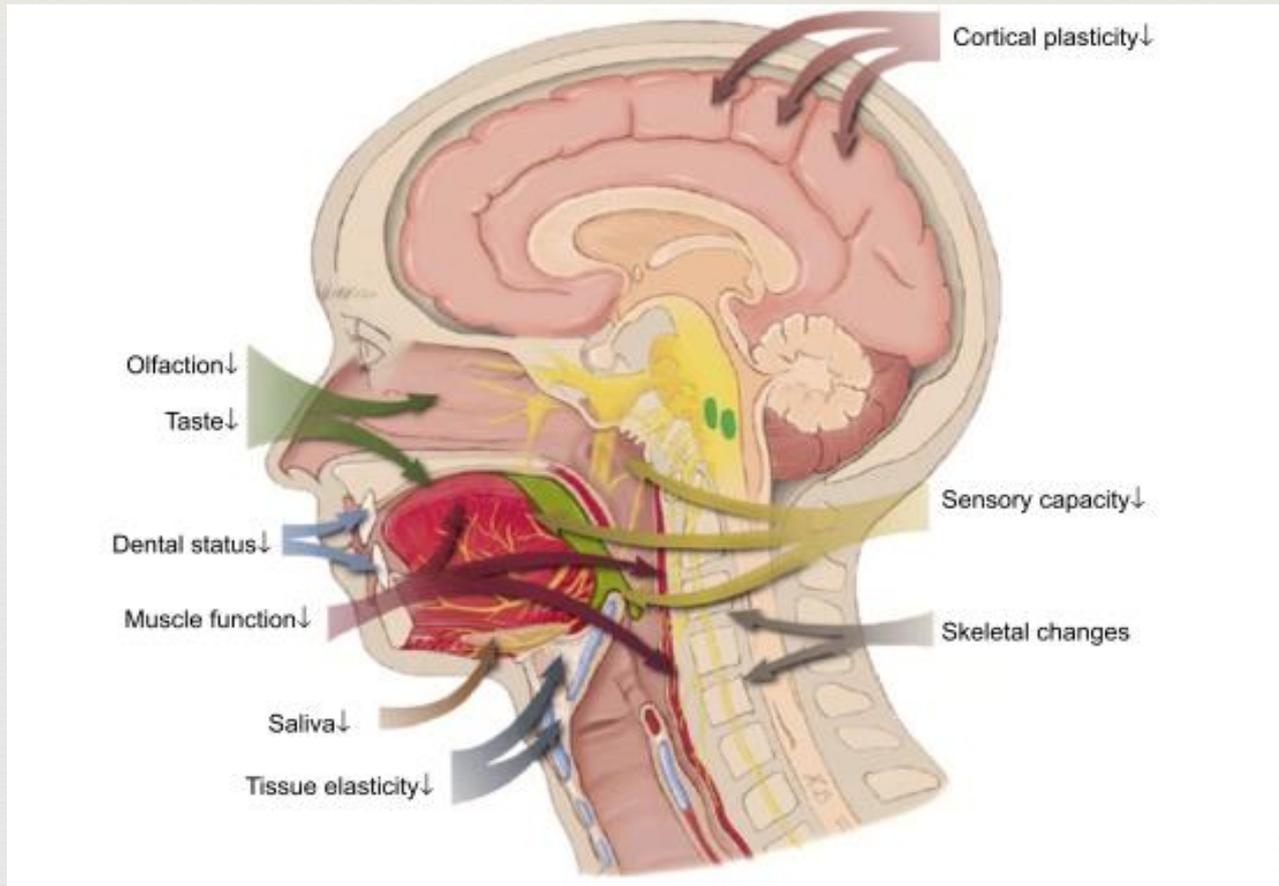
The Table Maneuver: A Procedure Used with Success in Four Cases of Unconscious Choking Older Subjects

Hubert Blain, MD, PhD,^a Mireille Bonnafous, RN,^b Nicolas Grovalet, MD,^b Olivier Jonquet, MD, PhD,^c Michel David, MD^{b,d}

DEGLUTITION EN GERIATRIE



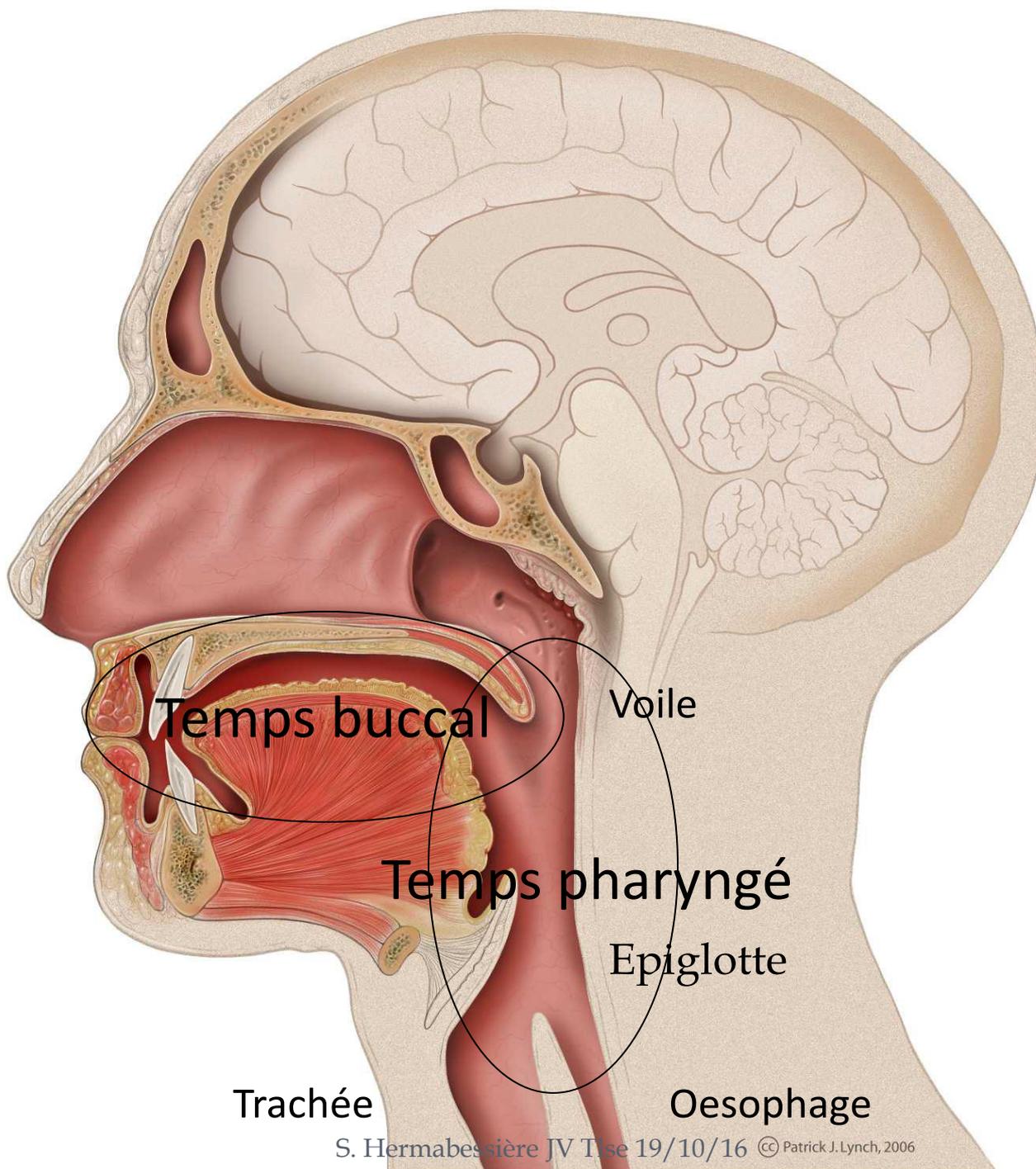
Rappels



Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting

Clinical Interventions in Aging 2016:11

Rainer Wirth,^{1,2} Rainer Dziewas,³ Anne Marie Beck,⁴ Pere Clavé,⁵ Shaheen Hamdy,⁶ Hans Juergen Heppner,^{7,8} Susan Langmore,⁹ Andreas Herbert Leischker,¹⁰ Rosemary Martino,¹ Petra Pluschinski,¹² Alexander Rösler,¹³ Reza Shaker,¹⁴ Tobias Warnecke,³ Cornel Christian Sieber,^{2,15} Dorothee Volkert²



Temps buccal

Voile

Temps pharyngé

Epiglotte

Trachée

Oesophage

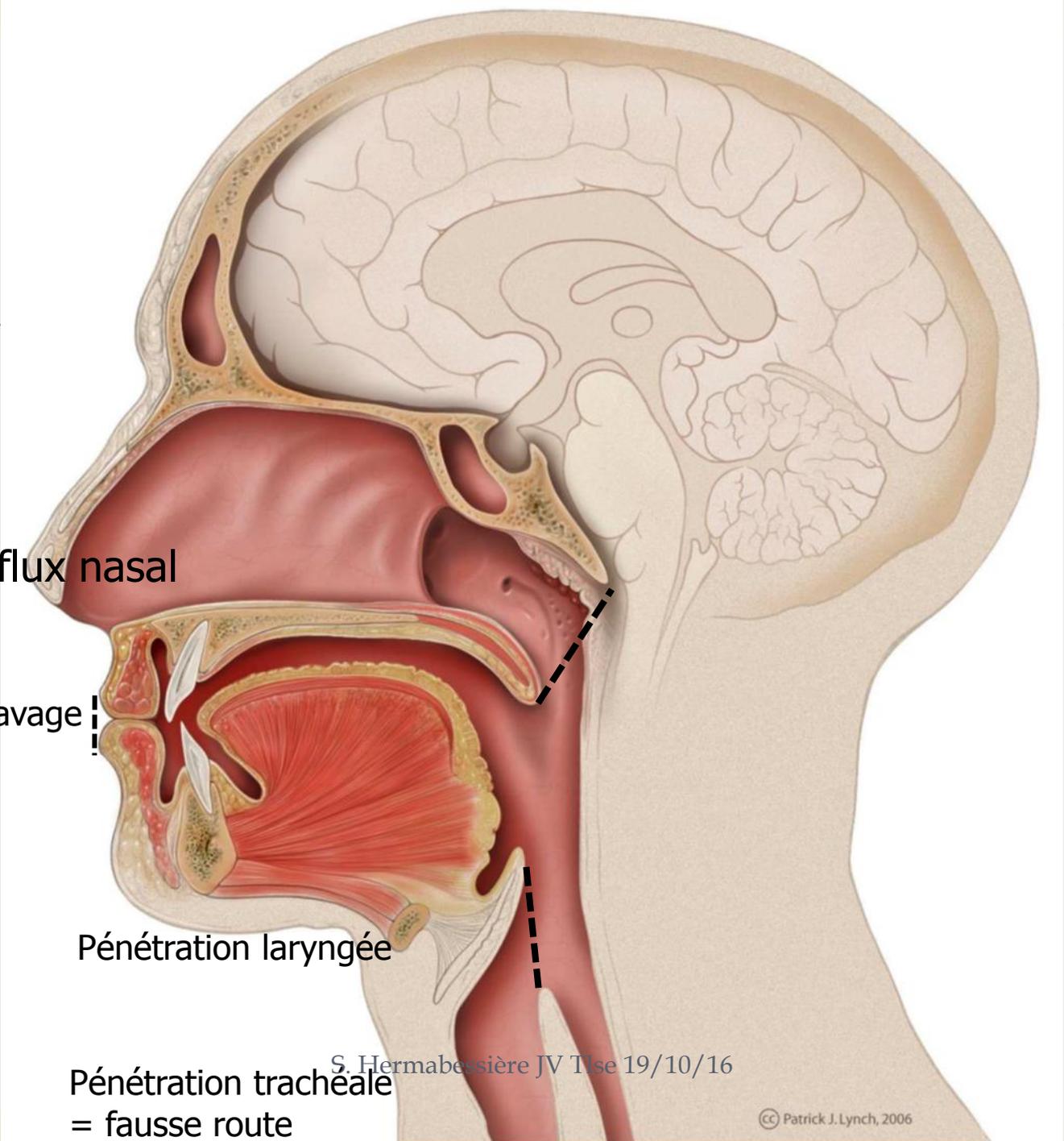
Reflux nasal

Bavage

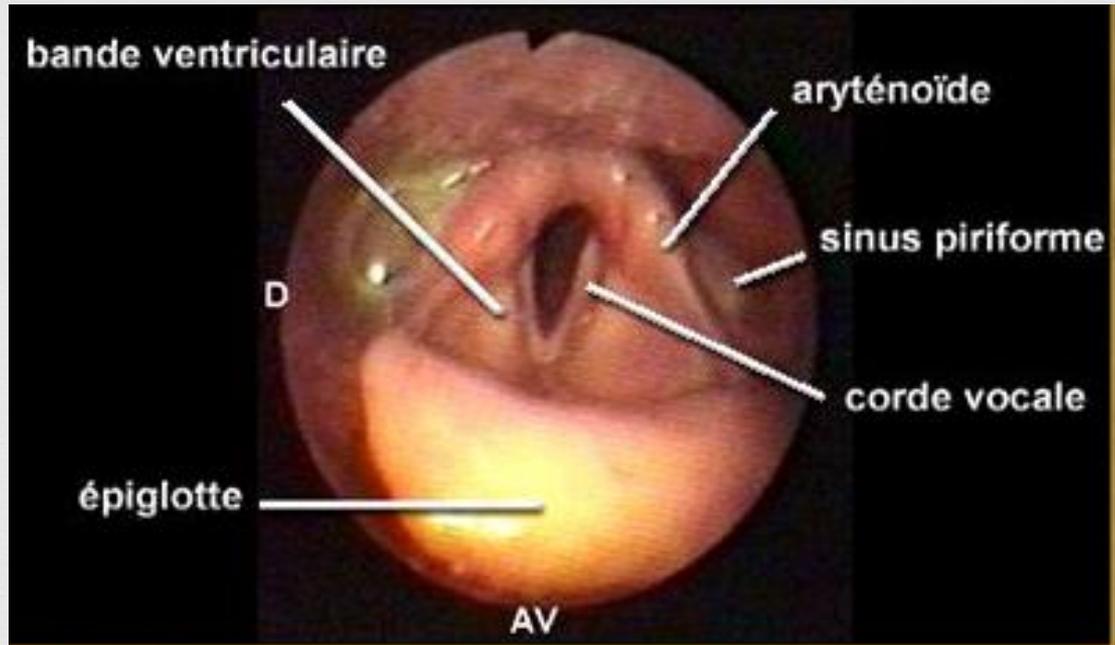
Pénétration laryngée

Pénétration trachéale
= fausse route

S. Hermabessière JV Tlse 19/10/16



Larynx



Presbyphagie



- ❧ Ralentissement global du processus de la déglutition
- ❧ Phase orale et phase pharyngée essentiellement
- ❧ En l'absence de comorbidités, modifications lentes et **peu pénalisantes**, y compris jusqu'à un âge **avancé**.

Altération temps buccal



- ❧ Perte de force des muscles masticateurs
- ❧ Altérations dentaires
- ❧ Diminution sécrétion salivaire

Phase volontaire = adaptation possible : texture adaptée, augmentation du temps de mastication.

Altération temps pharyngé++



- ❧ Retard déclenchement réflexe déglutition pharyngé
- ❧ Diminution sensibilité et force pharyngée
- ❧ Défaut d'élévation laryngée
- ❧ Défaut de relaxation sphincter supérieur de l'œsophage.

Phase réflexe = pas de mécanismes compensateurs possibles par le patient.

Altération temps oesophagien



- ❧ Défaut du péristaltisme œsophagien
- ❧ Hypertonie SSO (s'ouvre moins + temps d'ouverture plus long)
- ❧ Augmentation RGO
- ❧ Rétention du bol alimentaire partie proximale

Au total



- ❧ L'âge en lui-même n'augmente pas le risque dde fausse route.
- ❧ Incidence et prévalence des **pathologies responsables** de troubles de déglutition augmentent avec l'âge.



A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia

Claire Takizawa¹ · Elizabeth Gemmell² · James Kenworthy² · Renée Speyer^{3,4}

- ❧ Prévalence haute dans certaines pathologies :
 - MP : 11 – 60 % (selon stade de la maladie)
 - AVC : 8,1 – 80 % (population hétérogène)
 - Traumatismes crâniens : 30 %
 - **PNP communautaires : 91 %**
- ❧ Manque de données dans la Maladie d'Alzheimer
- ❧ Standardisation du diagnostic nécessaire
- ❧ Dépistage nécessaire pour favoriser une prise en charge précoce chez les patients à risque

Un syndrome gériatrique



Prévalence élevée dans la population âgée

○ EHPAD :

- Lin LC. JAGS 2002

1221 résidents, dysphagie : 51 %, GEP : 29 %

- Autres : de 38 à 51 %

○ Domicile :

- Serra-Prat M. Clavé P. JAGS,2011

253 personnes, déglutition moins efficace : 27 %, défaut de protection des VAS : 15 %, inhalation : 6 %

- Autres : de 11 à 34 %

○ Si pneumopathie : de 55 à 92 %

Symptomatologie spécifique

Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/ réponses

Intergroupe PneumoGériatrie SPLF-SFGG placé sous l'égide de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) et de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)* : F. Puisieux¹, C d'Andrea², P. Baconnier³, D. Bui-Dinh⁴, S. Castaings-Pelet⁵, B. Crestani⁶, B. Desruets⁷, C. Ferron⁸, A. Franco⁹, J. Gaillat¹⁰, H. Guenard¹¹, B. Housset¹², C. Jeandel¹³, G. Jebrak¹⁴, A. Leymarie-Selles¹⁵, E. Orvoen-Frija¹⁶, F. Piette¹⁷, G. Pinganaud¹⁸, J.-Y. Salle¹⁹, D. Strubel²⁰, J.-M. Vernejoux²¹, B. de Wazières²², S. Weil-Engerer²³

Un syndrome gériatrique



- ❧ Association avec la polypathologie (AVC, maladies neuro-dégénératives++), les autres syndromes gériatriques
- ❧ Association forte avec la perte d'autonomie et la fragilité
- ❧ Rôle de la iatrogénie++

Un syndrome gériatrique



Majoration de la mortalité

Age and Ageing 2010, 39: 39–45
doi: 10.1093/ajageing/lp100
Published electronically 26 June 2009

© The Author 2009. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.
All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oxfordjournals.org

Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia

MATEU CABRÉ,¹ MATEU SERRA-PRAT,² ELISABET PALOMERA,³ JORDI ALMIRALL,³ ROMAN PALLARES,⁴ PERE CLAVE⁵

Facteur de risque de ré-hospitalisation pour PNP

=> *évaluation systématique si hospitalisation pour PNP*

Journals of Gerontology: MEDICAL SCIENCES
Cite journal as: J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2014 March;69(3):338–337
doi:10.1093/geronj/gkt099

© The Author 2013. Published by Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America.
All rights reserved. For permission, please e-mail: journals.permissions@oup.com.
Advance Access publication July 5, 2013

Oropharyngeal Dysphagia is a Risk Factor for Readmission for Pneumonia in the Very Elderly Persons: Observational Prospective Study

Mateu Cabré,¹ Mateu Serra-Prat,^{2,3} Ll Forcé,¹ Jordi Almirall,^{4,5} Elisabet Palomera,² and Pere Clavé^{6,3}

FR d'institutionnalisation et de mortalité à 1 an après hospitalisation en soins aigus

Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital[☆]

Silvia Carrión^{a,b,*}, Mateu Cabré^{c,*}, Rosa Monteis^c, Maria Roca^d, Elisabet Palomera^e, Mateu Serra-Prat^{b,e}, Laia Rofes^{a,b}, Pere Clavé^{a,b}

ABSTRACTS

European Society for Swallowing Disorders

Position Statements and Meeting Abstracts

Uniting Europe Against Dysphagia

Barcelona, Spain

October 25–27, 2012

© Springer Science+Business Media New York 2013

ESSD Position Statements

Oropharyngeal Dysphagia in Adult Patients

The Statements were drafted by expert panels which included the chairs of the corresponding session at the **2nd ESSD Congress, Barcelona 25 October 2012** and were debated and corrected at the

Position Statements on OD in Neurodegenerative Diseases

- OD is a common and potentially life threatening problem in patients suffering from neurodegenerative diseases.
- Due to the heterogeneous entities leading to neurodegeneration, interdisciplinary, holistic patient management has to be tailored to their specific symptoms and needs. However, there is a need to standardize clinical guidelines for patients with neurodegenerative diseases in order to allow early detection and appropriate management of OD.
- Adequate nutrition (oral/non-oral) deserves special interest. There is a lack of consensus over if and when PEG is indicated. Ethical considerations have to be addressed.
Comment: The demographic situation in the western world and improved health care will increase the population of the elderly. Diseases with progressive dementia will therefore become more common and, among other things, represent a challenge for adequate dysphagia management.

Position Statements on OD in Older Persons

- Older persons are at risk for OD due to a variety of factors (aging, neurodegenerative disease, dementia, frailty, pneumonia, impaired functional status, acute conditions, poly medication) and should undergo screening for dysphagia and nutrition/hydration concerns.
- Screening of older persons should be disease-specific when possible (validated questionnaires for Parkinson's disease, screening of patients with dementia etc.).



Screening, Diagnosis and Treatment of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke Patients

Iatrogénie (résultats étude IQUARE 2011)



- Psychotropes (Neuroleptiques+++)
 - 24 % des patients d'Ehpad sous neuroleptiques (environ le double en UHR).

Perturbation de toutes les phases mais surtout orale et pharyngée. Risque d'inhalation majoré. Réversibilité.

Dziewas R. et al. Neuroleptic-Induced Dysphagia: Case Report and Literature Review. Dysphagia 22:63-67 (2007)

- 43 % sous antidépresseurs
- 45 % sous anxiolytiques

- 7,9 médicaments en moyenne (variations de 0 à 29...), 0,8% sans ttt



COMPLICATIONS



Dans l'urgence



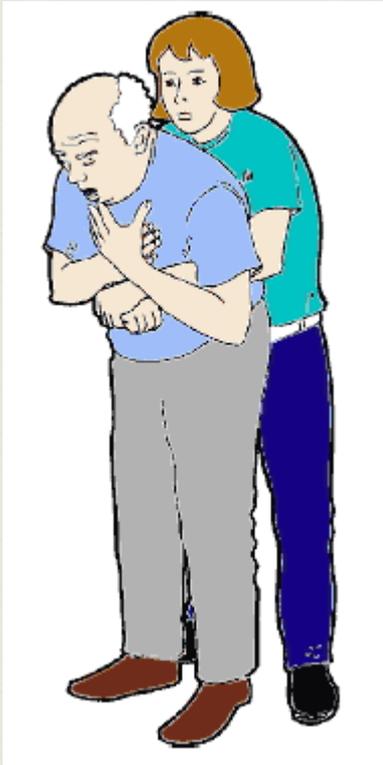
- ∞ Tapes dans le dos
- ∞ Manœuvre de Heimlich
- ∞ Manœuvre proposé par Blain et al.



∞ Aspiration

Intérêt d'un protocole ++

Heimlich



PNP d'inhalation



- ☞ Probablement plus fréquentes que ce qui est supposé
- ☞ Pas toujours visible sur la RT
- ⇒ Y penser pour toute PNP du SA +++



October 7, 2015

RESEARCH ARTICLE

Risk Factors for Aspiration Pneumonia in Older Adults

Toshie Manabe^{1,2}, Shinji Teramoto^{1,3*}, Nanako Tamiya², Jiro Okochi^{4,5}, Nobuyuki Hizawa¹

¹ Department of Pulmonary Medicine, Graduate School of Comprehensive Human Science, University of

Our comprehensive, observational study established that the predictive clinical risk factors for aspiration pneumonia in older adults receiving nursing care were: **sputum suctioning, deterioration of swallowing function, dehydration, and dementia**. The results could be incorporated into clinical practice to prevent and reduce repetitive aspiration pneumonia. The results warrant further investigation in a prospective cohort study.



Intérêt de la VACCINATION (pneumocoque++, grippe)

Quantitative Aspiration During Sleep in Normal Subjects*

Kevin Gleeson, MD; Douglas F. Eggli, MD; and Steven L. Maxwell, DO, FCCP

Study objective: To determine the within-subject variability and to estimate the quantity of occult aspiration of nasopharyngeal secretions during sleep in normal humans.

Design: Prospective duplicate full-night sleep studies.

Setting: Pulmonary sleep laboratory, university hospital.

Participants: Ten normal male volunteers aged 22 to 55 years.

Interventions: Two full-night polysomnographic recordings with infusion of 2 mL/h radioactive ^{99m}Tc tracer into the nasopharynx through a small catheter during EEG-documented sleep.

Standard lung scans were conducted immediately following final awakening. Aspiration was defined as the presence of radioactivity in the pulmonary parenchyma on two separate views.

Results: A mean sleep efficiency of $85.7 \pm 9.6\%$ was found with no differences between the two studies.

CHEST / 111 / 5 / MAY, 1997

Toute inhalation n'entraîne pas de PNP ; la moitié des adultes sains inhalent des petites quantités la nuit.

*Primary Care***ASPIRATION PNEUMONITIS
AND ASPIRATION PNEUMONIA**

PAUL E. MARIK, M.B., B.CH.

ASPIRATION is defined as the inhalation of oropharyngeal or gastric contents into the larynx and lower respiratory tract.^{1,2} Several pulmonary syndromes may occur after aspiration, depending on the amount and nature of the aspirated material, the frequency of aspiration, and the host's

300,000 to 600,000 people each year in the United States.⁸⁻¹⁰ Aspiration pneumonia is also common among residents of nursing homes. In one study of patients with nursing home-acquired pneumonia and controls with community-acquired pneumonia, the incidence of aspiration pneumonia was 18 percent and 5 percent, respectively.⁴

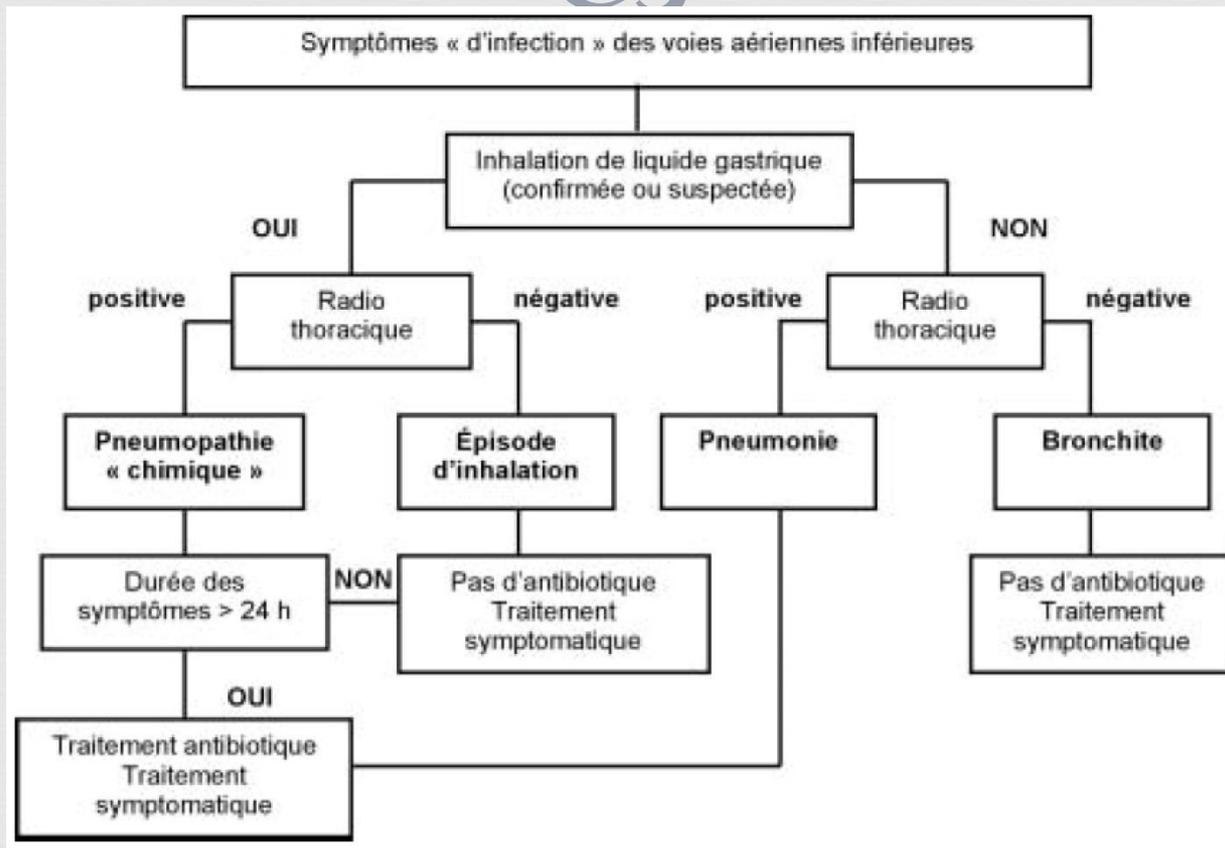
Aspiration pneumonitis occurs in approximately 10 percent of patients who are hospitalized after a drug overdose.^{11,12} It is also a recognized complication of general anesthesia, occurring in approximately 1 of 3000 operations in which anesthesia is administered and accounting for 10 to 30 percent of all deaths associated with anesthesia.^{13,14}

N Engl J Med, Vol. 344, No. 9 · March 1, 2001 · www.nejm.org

- PNP d'inhalation = image radio chez patient ayant des TDD. Relation volume de l'inhalation et développement d'une PNP.
- Bactério : strepto pneumoniae, staph aureus, H. influenzae, entéroB
 - Hôpital : BGN, P. aeruginosa, SARM
 - Anaérobies pas systématiques (état bucco-dentaire...)
- Pneumopathie chimique (inflammation sans germe) : attente avant antibiothérapie

Algorithme ttt des pneumopathies

Mylotte JM et al. Pneumonia versus pneumonitis in nursing home residents: prospective application of a clinical algorithm. JAGS 2005



Dénutrition et TDD



Age and Ageing 2012; 41: 376–381 © The Author 2012. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.
doi: 10.1093/ageing/afs006 All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oup.com
Published electronically 5 February 2012

Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study

MATEU SERRA-PRAT^{1,2}, MERCÉ PALOMERA³, CARLOS GOMEZ³, DAVID SAR-SHALOM³, ADORACIÓN SAIZ³, JORGE G. MONTOYA³, MARIO NAVAJAS³, ELISABET PALOMERA¹, PERE CLAVÉ^{2,4}

227 sujets réévalués à 1 an
Incidence plus importante de dénutrition et infections respiratoires basses si TDD

J Nutr Health Aging
Volume 18, Number 7, 2014

CAREGIVER-REPORTED SWALLOWING DIFFICULTIES, MALNUTRITION, AND MORTALITY AMONG OLDER PEOPLE IN ASSISTED LIVING FACILITIES

E. LINDROOS^{1,4}, R.K.T. SAARELA^{2,4}, H. SOINI^{3,4}, S. MUURINEN⁴,
M.H. SUOMINEN⁴, K.H. PITKALA⁴

1. Helsinki Metropolia, University of Applied Sciences, Finland; 2. Social Services and Health Care Department, Oral Health Care, City of Helsinki, Finland; 3. Social Services and Health Care Department, City of Helsinki, Finland; 4. Helsinki University Central Hospital, Unit of Primary Health Care and Department of General Practice and Primary Health Care, University of Helsinki, Finland. Corresponding author: Eeva Lindroos, M.Sc., Helsinki Metropolia, University of Applied Sciences, Finland, Mannerheimintie 172, FIN-00300 Helsinki Finland, tel. +358-50-5695677. E-mail address: eeva.lindroos@metropolia.fi

Abstract: *Objective:* The aim of this study is to explore the prevalence of swallowing difficulties (SWD) and their associations with nutritional status, eating habits, nutritional care, and mortality among older people in assisted living. *Design:* A cross-sectional study with interviews and nutritional assessments at baseline and 3-year follow-up for mortality. *Setting:* Assisted living facilities in the Helsinki metropolitan area, Finland. *Participants:* All residents (N=1466) in assisted living facilities. *Measurements:* Personal interviews yielded information on

1466 résidents
11,8% de TDD
Majoration du risque de dénutrition et de mortalité

Consequence of Dysphagia in the Hospitalized Patient

Impact on Prognosis and Hospital Resources

Kenneth W. Altman, MD, PhD; Gou-Pei Yu, MD, MPH; Steven D. Schaefer, MD

Objective: To determine if comorbid dysphagia in all hospitalized patients has the potential to prolong hospital stay and increase morbidity. Dysphagia is increasingly prevalent with age and comorbid medical conditions. Our research group has previously shown that dysphagia is a bad prognostic indicator in patients with stroke.

Design: Analysis of national database.

Main Outcome Measures: The National Hospital Discharge Survey (NHDS), 2005-2006, was evaluated for presence of dysphagia and the most common comorbid medical conditions. Patient demographics, associated disease, length of hospital stay, morbidity and mortality were also evaluated.

Results: There were over 77 million estimated hospital admissions in the period evaluated, of which 271 983 were

associated with dysphagia. Dysphagia was most commonly associated with fluid or electrolyte disorder, esophageal disease, stroke, aspiration pneumonia, urinary tract infection, and congestive heart failure. The median number of hospitalization days for all patients with dysphagia was 4.04 compared with 2.40 days for those patients without dysphagia. Mortality increased substantially in patients with dysphagia associated with rehabilitation, intervertebral disk disorders, and heart diseases.

Conclusions: Dysphagia has a significant impact on hospital length of stay and is a bad prognostic indicator. Early recognition of dysphagia and intervention in the hospitalized patient is advised to reduce morbidity and length of hospital stay.

Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2010;136(8):784-789

Augmentation de la mortalité et de la durée d'hospitalisation ++

Table 4. Days of Hospitalization With Major Diseases and Symptoms Associated With Dysphagia, National Hospital Discharge Survey, 2005-2006^a

| Disease and/or Symptom (ICD-9-CM Code) | Hospitalization Days, Median No. (95% CI) | | Difference, d (%) |
|--|---|----------------|-------------------|
| | Dysphagia | No Dysphagia | |
| Total | 4.04 (4.0-5.0) | 2.40 (3.0-3.0) | 1.64 (40.6) |
| Major Disorders and Symptoms^a | | | |
| Hemorrhagic stroke (430-432) | 10.55 (4.9-13.4) | 4.74 (4.8-5.9) | 5.81 (55.1) |
| Congestive heart failure (428.0, 428.2-428.9) | 3.96 (4.0-5.1) | 2.26 (2.9-2.9) | 1.70 (42.9) |
| Parkinson disease (332.0-332.1) | 5.70 (3.9-6.9) | 3.49 (3.9-4.0) | 2.21 (38.8) |
| Ischemic stroke (433-434, 436, 437.0-437.2) | 5.07 (4.7-5.9) | 3.26 (3.9-4.0) | 1.81 (35.7) |
| Cardiac dysrhythmias (427) | 3.91 (2.7-6.2) | 2.76 (3.0-3.0) | 1.15 (29.4) |
| Intervertebral disc disorders (722) | 2.74 (0.0-4.9) | 1.94 (NR) | 0.80 (29.2) |
| Use of rehabilitation procedure (V5789) | 12.53 (11.3-16.0) | 9.40 (9.6-9.9) | 3.13 (25.0) |
| Fluid and electrolyte disorder (276) | 4.85 (5.0-6.1) | 3.70 (3.9-4.0) | 1.15 (23.7) |
| Pneumonia (480-487) | 5.33 (4.9-6.8) | 4.18 (4.6-4.7) | 1.15 (21.6) |
| Coronary atherosclerosis (414) | 3.14 (2.6-3.9) | 2.54 (2.9-2.9) | 0.60 (19.1) |
| Urinary tract infection (518) | 5.27 (5.0-6.0) | 4.36 (4.8-4.8) | 0.91 (17.3) |
| Alzheimer disease (331.0) | 4.35 (3.0-6.0) | 3.72 (3.9-4.0) | 0.63 (14.5) |
| Disease of esophagus (530) | 2.93 (2.4-3.5) | 2.51 (2.9-2.9) | 0.42 (14.3) |
| Acute myocardial infarction (410) | 4.01 (3.3-6.3) | 3.54 (3.9-3.9) | 0.47 (11.7) |
| Chronic bronchitis (491.0-491.9) | 4.27 (3.7-4.9) | 3.85 (4.0-4.0) | 0.42 (9.8) |
| Disorder of function of stomach (536) | 3.34 (1.9-4.3) | 3.07 (3.0-4.0) | 0.27 (8.1) |
| Acute and chronic respiratory failure (518) | 6.98 (6.0-9.6) | 6.85 (7.0-7.8) | 0.13 (1.9) |
| Disease of lung (722) | 6.89 (6.0-9.5) | 6.90 (6.9-7.7) | -0.01 (-0.2) |
| Pneumonia due to inhalation of food or vomitus (507.0) | 5.17 (4.9-6.8) | 6.76 (6.7-8.0) | -1.59 (-30.8) |
| Septicemia (038) | 4.87 (4.2-7.4) | 6.70 (6.7-7.0) | 1.83 (37.6) |
| Accompanying Disorders and Symptoms^b | | | |
| Diabetes mellitus (250) | 3.86 (3.4-4.7) | 2.85 (3.0-3.0) | 1.01 (26.2) |
| Hemiplegia and hemiparesis (342) | 5.35 (5.0-6.8) | 4.68 (4.9-5.0) | 0.67 (12.5) |
| Dyspnea and respiratory abnormalities (786.0) | 8.23 (3.1-13.2) | 1.99 (NR) | 6.24 (75.8) |
| Chronic airway obstruction (496) | 3.89 (3.2-5.0) | 3.6 (3.9-3.9) | 0.27 (6.9) |
| Atrial fibrillation and flutter (427.3) | 4.65 (4.0-5.0) | 3.8 (4.0-4.0) | 0.87 (18.7) |
| Essential hypertension (401) | 3.89 (3.9-5.0) | 2.6 (3.0-3.0) | 1.28 (32.9) |
| Persistent mental disorders (294) | 4.06 (3.6-4.7) | 3.7 (3.9-4.0) | 0.33 (8.1) |

Troubles de la déglutition

Pathologie

Co-morbidités

Mauvais état
bucco-dentaire

Iatrogénie

Sarcopénie



Dépression

Dénutrition

*Cercle
vicieux*

Déficit des fonctions immunitaires

Pneumopathies à répétition

Décès

EVALUATION





Pathophysiology of dysphagia in the elderly and its nutritional and respiratory complications

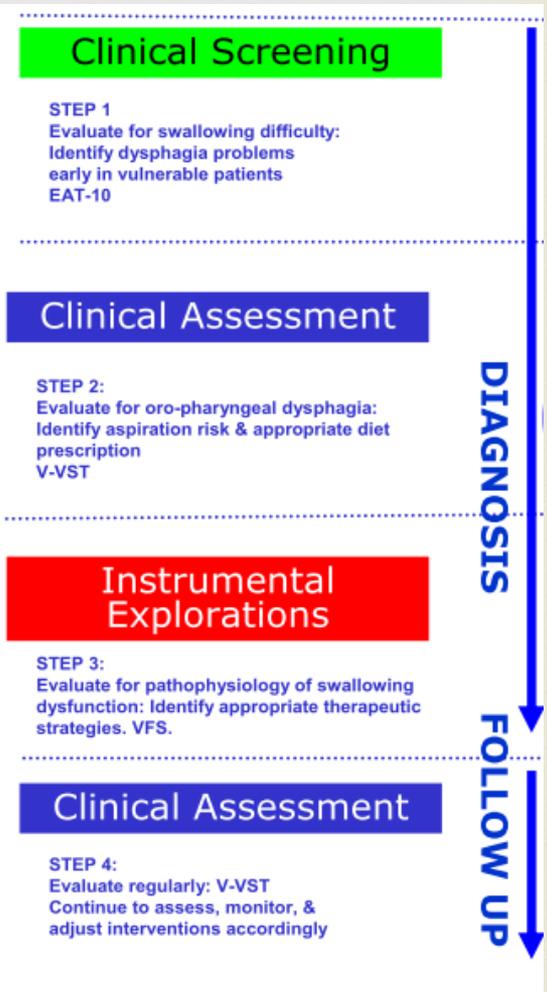


Pere Clavé MD, PhD.

Department of Surgery. Hospital de Mataró, Catalonia.
Autonomous University of Barcelona, Catalonia, Spain.

European Society for Swallowing Disorders

www.myessd.org



Dépistage ?

Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10)

Peter C. Belafsky, MD, PhD; Debbie A. Mouadeb, MD; Catherine J. Rees, MD;
Jan C. Pryor, MA; Gregory N. Postma, MD; Jacqueline Allen, MBChB, FRACS;
Rebecca J. Leonard, PhD

Objectives: The Eating Assessment Tool is a self-administered, symptom-specific outcome instrument for dysphagia. The purpose of this study was to assess the validity and reliability of the 10-item Eating Assessment Tool (EAT-10).

EATING ASSESSMENT TOOL (EAT-10)

Date: _____
Name: _____ MR#: _____
Height: _____ Weight: _____

Please briefly describe your swallowing problem.

Please list any swallowing tests you have had, including where, when, and the results.

To what extent are the following scenarios problematic for you?

| Circle the appropriate response | 0 = No problem | 1 | 2 | 3 | 4 = Severe problem |
|--|----------------|---|---|---|--------------------|
| 1. My swallowing problem has caused me to lose weight. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. My swallowing problem interferes with my ability to go out for meals. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Swallowing liquids takes extra effort. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Swallowing solids takes extra effort. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Swallowing pills takes extra effort. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Swallowing is painful. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. The pleasure of eating is affected by my swallowing. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. When I swallow food sticks in my throat. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. I cough when I eat. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Swallowing is stressful. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Total EAT-10: | | | | | |

Validation of the Sydney Swallow Questionnaire (SSQ) in a cohort of head and neck cancer patients

Raghav C. Dwivedi^{a,b,*}, Suzanne St. Rose^c, Justin W.G. Roe^{a,b}, Afroze S. Khan^a, Christopher Pepper^a, Christopher M. Nutting^{a,b}, Peter M. Clarke^a, Cyrus J. Kerawala^{a,b}, Peter H. Rhys-Evans^{a,b}, Kevin J. Harrington^{a,b}, Rehan Kazi^{a,b}

^aHead and Neck Unit, Royal Marsden Hospital, Fulham Road, London, SW3 6JJ, UK

^bThe Institute of Cancer Research, 237 Fulham Road, London, SW3 6JB, UK

^cResearch, Data and Statistical Unit, Royal Marsden Hospital, Fulham Road, London, SW3 6JJ, UK

ARTICLE INFO

Article history:

Received 30 December 2009

Received in revised form 4 February 2010

Accepted 4 February 2010

SUMMARY

Impairment of swallowing function is a common multidimensional symptom complex seen in 50–75% of head and neck cancer (HNC) survivors. Although there are a number of validated swallowing-specific questionnaires, much of their focus is on the evaluation of swallowing-related quality of life (QOL) rather than swallowing as a specific function. The aim of this study was to validate the Sydney Swallow Questionnaire.

Mais moyenne d'âge < 65 ans...

The Laryngoscope
© 2011 The American Laryngological,
Rhinological and Otolaryngological Society, Inc.

Swallowing Disturbance Questionnaire for Detecting Dysphagia

Jacob T. Cohen, MD; Yael Manor, PhD

Objectives: To assess the accuracy of the swallowing disturbance questionnaire (SDQ) that had originally been designed and validated for detecting swallowing problems among patients with Parkinson's disease and was now applied for identifying patients with dysphagia associated with various other etiologies.

Study Design: Prospective.

Methods: One-hundred patients with the complaint of swallowing disturbances who underwent a full swallowing survey at the Tel-Aviv Voice and Swallowing Disorder Clinic participated. They all filled in the SDQ. The collected data included patient characteristics, medical history, and the results of an oromotor examination and a fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES). The SDQ results were compared to the FEES and oromotor examination findings.

Results: The responses to the questions in the SDQ were highly correlated with the findings of the oral part of the oromotor examination (85.71% sensitivity, 87.69% specificity). Items on the laryngopharyngeal phase reliably assessed dysphagia symptoms in correlation to the FEES examination (67.3% sensitivity, 76.7% specificity). The total SDQ score correlated with the total oromotor and the FEES scores (79.7% sensitivity, 73% specificity).

Conclusions: The SDQ is a sensitive and accurate tool for identifying patients with true swallowing disturbances arising from different etiologies and for indicating the need for more in-depth instrumental swallowing evaluations.

Key Words: Swallowing disturbances, fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES), dysphagia, questionnaire, swallowing disorder, cerebrovascular accident (CVA).

Key Words: Swallowing disturbances, fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing, dysphagia, questionnaire, swallowing disorder.

Level of Evidence: 3a.

Laryngoscope, 121:1383–1387, 2011

Movement Disorders
Vol. 22, No. 13, 2007, pp. 1913–1921
© 2007 Movement Disorder Society

Validation of a Swallowing Disturbance Questionnaire for Detecting Dysphagia in Patients with Parkinson's Disease

Yael Manor, MA,^{1,2*} Nir Giladi, MD,^{1,3} Alma Cohen, PhD,⁴ Dan M. Fliss, MD,^{2,3} and Jacob T. Cohen, MD^{2,3}

¹Department of Neurology, Movement Disorders Unit, Parkinson Center, Tel-Aviv Sourasky Medical Center, Tel-Aviv, Israel

²Voice and Swallowing Disorders Clinic, Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Tel-Aviv Sourasky Medical Center, Tel-Aviv, Israel

³Sackler Faculty of Medicine, Tel-Aviv University, Tel-Aviv, Israel

⁴The Berglas School of Economics, Tel-Aviv University, Tel-Aviv, Israel

Question

- Do you experience difficulty chewing solid food, like an apple, cookie or a cracker?
- Are there any food residues in your mouth, cheeks, under your tongue or stuck to your palate after swallowing?
- Does food or liquid come out of your nose when you eat or drink?
- Does chewed-up food dribble from your mouth?
- Do you feel you have too much saliva in your mouth; do you drool or have difficulty swallowing your saliva?
- Do you need to swallow chewed-up food several times before it goes down your throat?
- Do you experience difficulty in swallowing solid food (i.e., do apples or crackers get stuck in your throat)?
- Do you experience difficulty in swallowing pureed food?
- While eating, do you feel as if a lump of food is stuck in your throat?
- Do you cough while swallowing liquids?
- Do you cough while swallowing solid foods?
- Do you experience a change in your voice, such as hoarseness or reduced intensity immediately after eating or drinking?
- Other than during meals, do you experience coughing or difficulty breathing as a result of saliva entering your windpipe?
- Do you experience difficulty in breathing during meals?
- Have you suffered from a respiratory infection (pneumonia, bronchitis) during the past year?

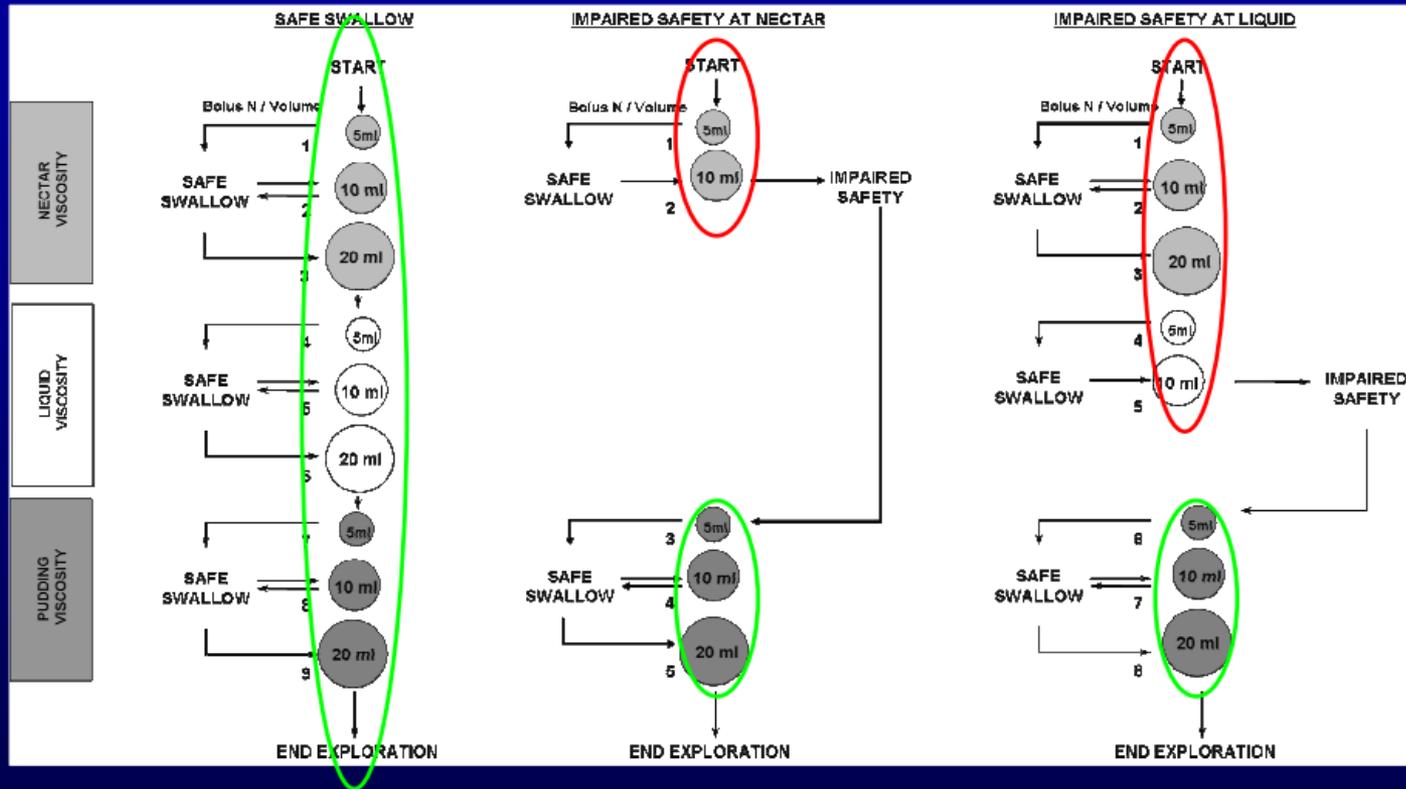
Tests de réalimentation



- œ Plusieurs tests à l'eau sont décrits dans la littérature mais validés chez des personnes ayant présenté des AVC.
- œ Le plus réalisé est le « *3 Oz water swallow test* » qui consiste à faire boire au patient 90 ml sans interruption et à surveiller la survenue de troubles (toux, fausse route, voix gargouillante)



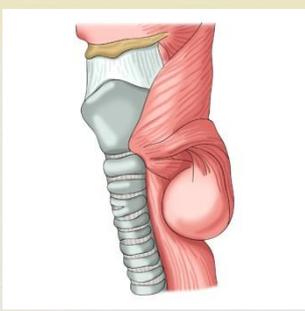
BEDSIDE VOLUME-VISCOSITY TEST



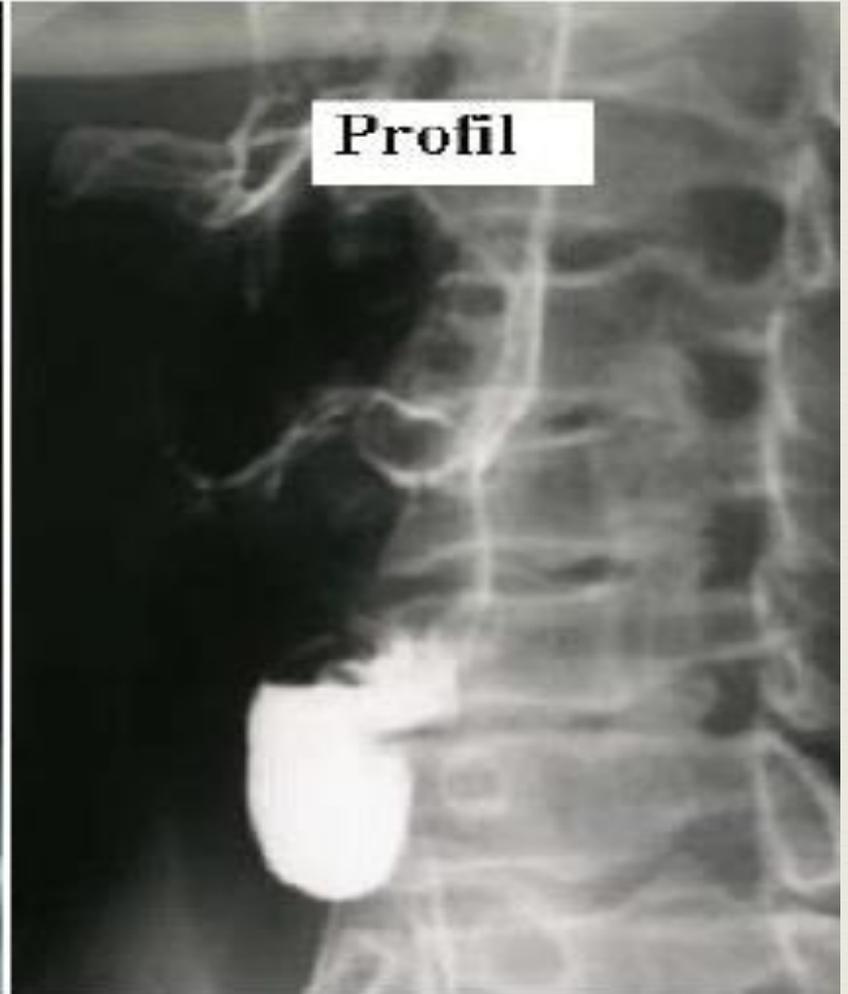
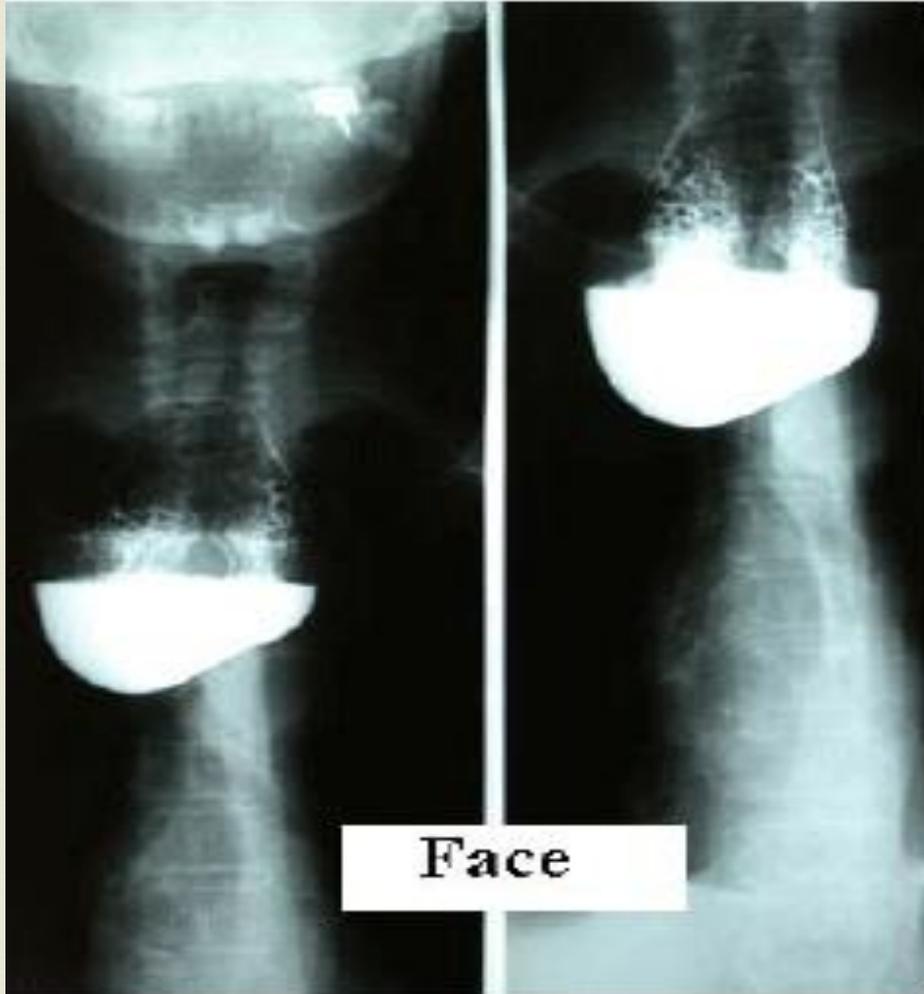
Clavé P. Clinical Nutrition 27, 806-815, 2008.

Sensitivity >90%-100% / Specificity > 60%.

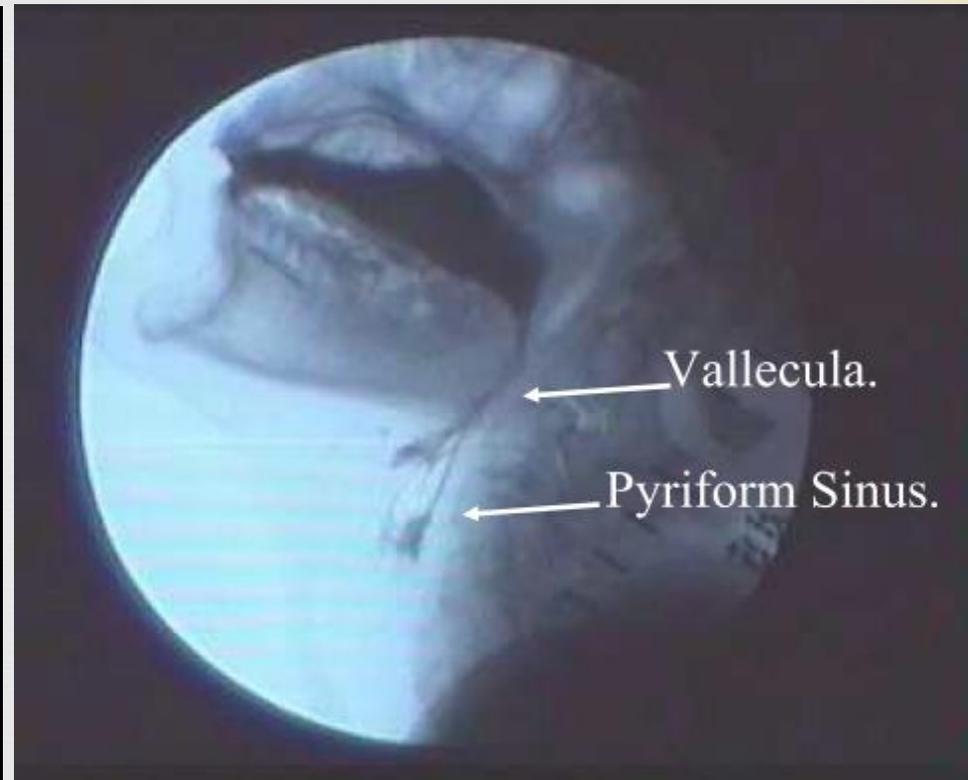
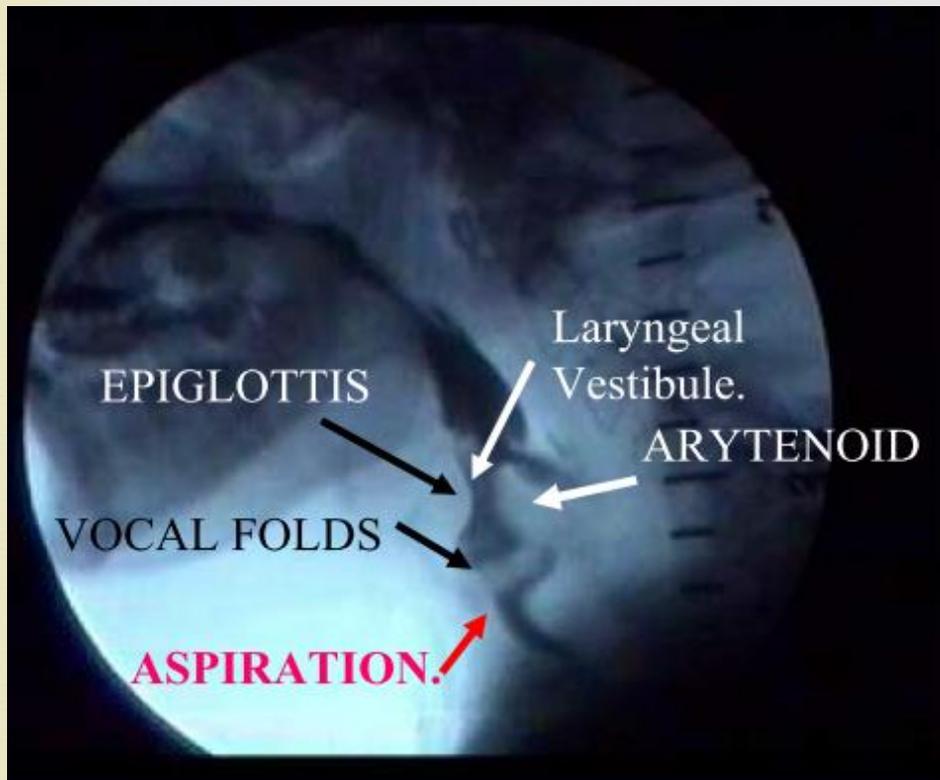
48% aspirations are silent (without cough)



Diverticule de Zenker



Inhalation (vs pénétration)



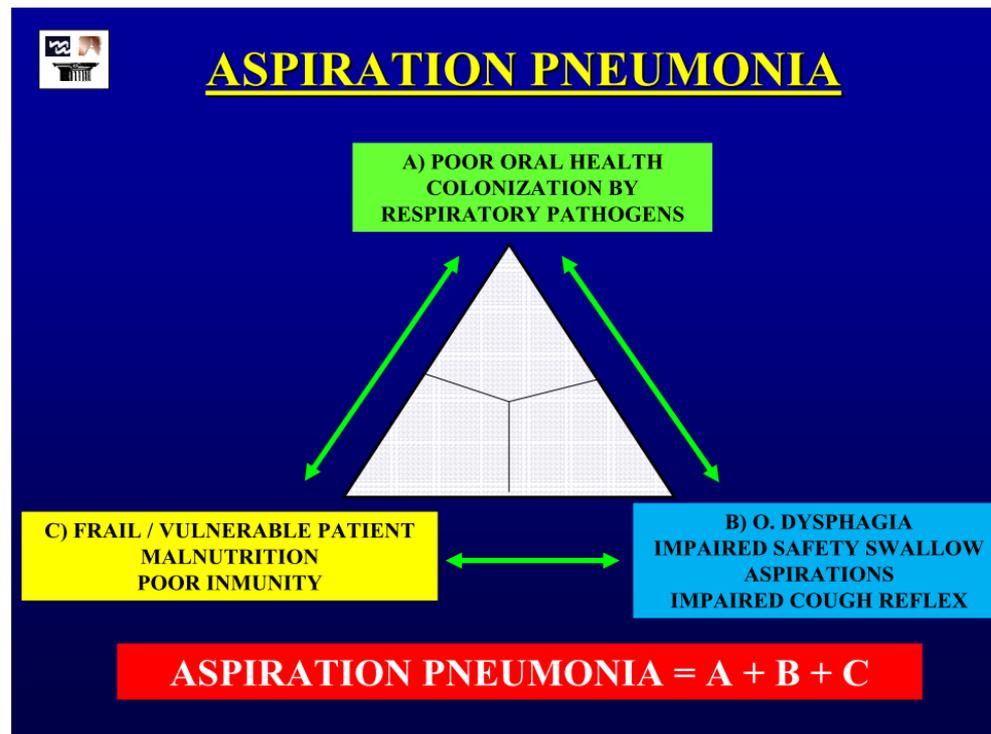
INTERVENTIONS



Minimal Massive Intervention (MMI)



Clavé P. Université de Barcelone Espagne



Epaississement des liquides



Dysphagia (2016) 31:232–249
DOI 10.1007/s00455-016-9696-8



EDITORIAL

Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD)

Roger Newman^{1,5} · Natàlia Vilardell^{2,5} · Pere Clavé^{1,2,3,5} · Renée Speyer^{1,4,5}

Received: 5 February 2016 / Accepted: 9 February 2016 / Published online: 25 March 2016
© Springer Science+Business Media New York 2016

Des études supplémentaires, contrôlées et randomisées, concernant la population gériatrique, paraissent nécessaires afin de détailler les types d'épaississements en fonction des situations cliniques.



L'épaississement de l'eau

|  | Epaississement moyen (fluide) <i>Correspond à la majorité des patients</i> | Epaississement fort (type compote) <i>Rarement utilisé</i> |
|---|--|--|
|  100 ml | 1 mesure | 1 mesure + 1/4 |
|  200 ml | 2 mesures | 2 mesures + 1/2 |
|  300 ml | 3 mesures | 3 mesures + 3/4 |
|  Environ 900 ml | 9 mesures | 11 mesures |

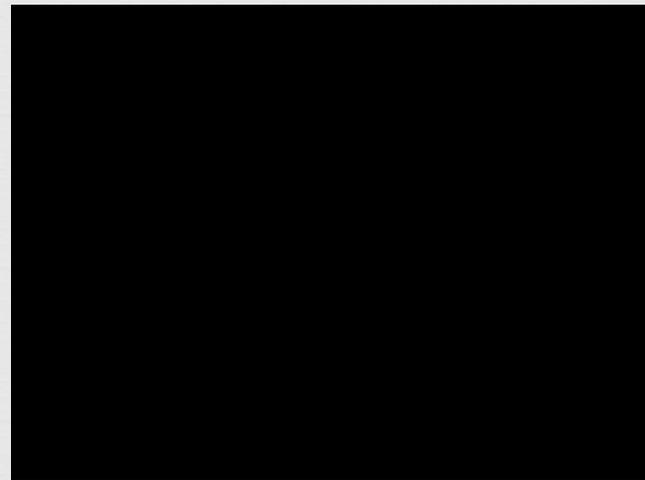
 Le verre canard n'est **pas sécuritaire** en cas de troubles de la déglutition, il est indispensable **d'enlever le couvercle** ou d'utiliser un verre à découpe nasale.

 L'eau épaissie ne doit pas être préparée en avance.

 Ne pas oublier d'ajouter du sirop dans l'eau épaissie, afin d'améliorer le goût.

S. Hermabessière JV Tlse 19/10/16

Choix des aliments



Textures



Hôpitaux de Toulouse

PA1

Alimentation **tendre**, destinée aux personnes âgées présentant **aucun trouble de mastication ou déglutition**.

MOU 1

Alimentation à texture molle destinée aux patients présentant des **légers troubles de la déglutition**.

Aliments interdits : pain, crudités, pâtes, riz, semoule, légumes secs, fromages à pâte ferme, fruits crus.

MOU 2

Alimentation à texture molle destinée aux patients présentant des **difficultés de mastication**. Indiquée chez les patients ayant une dentition défaillante ou bien une asthénie majeure.

Aliments interdits : pain, crudités, fruits crus.

Que cache une texture ?

LIQUIDE

Alimentation à consistance **liquide stricte**, destinées aux patients présentant une **muçite de la cavité buccale**, une **sténose de l'œsophage** ou une **pathologie ORL**.

Remarque : **sont autorisés uniquement** les aliments pouvant être consommés à la paille (lait, potage, jus de fruit).

MIXE/PA2

Alimentation à texture mixée (lisse et homogène), destinée aux patients présentant une **absence de dentition et/ou des troubles de la déglutition sévères**.

Composition du repas :

- entrée mixée ou potage
- plat principal mixé (portion protidique + accompagnement)
- fromage fondu/yaourt/crème dessert
- compote

Remarque : il est souvent nécessaire d'épaissir les liquides (potages, eau et jus de fruits).

MOULINE

Alimentation à texture moulignée destinée aux patients présentant des **troubles de la déglutition importants**.

Composition du repas :

- entrée mixée ou potage
- purée de légumes ou de pomme de terre
- fondant de poisson ou de viande (viande/poisson mouliné avec sauce)
- fromage fondu/yaourt/crème dessert
- compote
- pain de mie

Positionnement/ installation



Matériel



Alimentation/ déglutition



- Prise en charge globale indispensable++
- Pathologies aiguës et chroniques
- Installation physique et « psychologique », pas d'élément perturbateur
- Il faut du temps (mais attention aussi aux repas qui s'éternisent)...
- Dynamique sociale et familiale
- Renutrition versus alimentation-plaisir , *questionnement éthique fréquent* (maladies neuro-dégénératives ...),

Groupe SFAP/SFGG « soins palliatifs et gériatrie » Aide à la prise en charge Fiche pratique Juin 2007

Troubles de la déglutition chez le sujet âgé en situation palliative

La prise en charge terminale des sujets âgés nous confronte souvent à des questions très concrètes dans le champ de l'alimentation orale. Ce patient peut-il encore manger ? Avec quel plaisir ? Quels risques ? Quels types d'aliments ? Cette fiche pratique se veut être une aide pour le praticien et les soignants qui souhaitent évaluer les risques et les possibilités du patient dans ce domaine afin de prendre les décisions les plus adaptées à la situation. Ne pas priver le malade d'un plaisir oral encore possible, sans prendre de risque inconsidéré de provoquer des fausses routes est l'objectif principal de cette synthèse clinique. L'ensemble des mesures proposées dans cette fiche vise en outre à éviter les poses injustifiées et/ ou inadaptées de sondes d'alimentation. (voir fiche « réévaluation pose GPE).

Place de la GEP ?



- Rapidement et facilement mise en place mais...
- N'élimine pas le risque d'inhalation et PNP
- Nécessite un positionnement adéquat parfois difficile à maintenir
- Retour en arrière difficile ++



Indication à bien poser en amont

GEP et démences



J Nutr Health Aging
Volume 18, Number 10, 2014

A COMPARISON OF SURVIVAL, PNEUMONIA, AND HOSPITALIZATION IN PATIENTS WITH ADVANCED DEMENTIA AND DYSPHAGIA RECEIVING EITHER ORAL OR ENTERAL NUTRITION

M.T.G. CINTRA¹, N.A. DE REZENDE², E.N. DE MORAES², L.C.M. CUNHA³, H.O. DA GAMA TORRES²

aspiration pneumonia was observed in the alternative feeding group ($p=0.006$), but no difference in the number of hospital admissions was detected between the groups ($p=0.365$). **Conclusion:** The use of alternative feeding, along with the number of pressure ulcers were associated with an increased risk of death in elderly patients with advanced dementia. A higher incidence of aspiration pneumonia was also observed in the alternative feeding group. The number of hospital admissions was not different between the feeding routes.

Réévaluation de l'indication d'une Gastrostomie Percutanée Endoscopique (GPE) chez le patient âgé en fin de vie, Décision de maintien, de retrait ou de repose

Les équipes gériatriques sont amenées à prendre en charge des patients porteurs de GPE pour lesquels il est difficile de repérer exactement le contexte initial ayant conduit à introduire une alimentation artificielle. Dans d'autres cas c'est la modification d'une situation chronicisée qui amènera à réfléchir sur la poursuite ou non de ce type d'alimentation. Cette fiche est une aide à la réflexion en équipe pour la prise de décision médicale devant un patient déjà porteur de GPE.

Situations gériatriques conduisant habituellement à proposer une alimentation artificielle par GPE

- Anorexie sévère secondaire à une maladie aiguë curable.
- Dénutrition exogène, endogène.
- Obstacle ORL ou oesophagien altérant les possibilités de déglutition ou d'alimentation (cancer ORL, Œsophage).
- AVC récent avec troubles de déglutition sévères (voir fiche « troubles de la déglutition »).
- Maladie neuro-dégénérative non évoluée.
- Situation à risque : troubles de déglutition, fausses routes.

Annexe : Grille de questionnement éthique Renée Sebag Lanoe « soigner le grand âge » Ed. Desclée de Brouwer, Paris 1992

Quelle est la maladie principale de ce patient ?

Quel est son degré d'évolution ?

Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté ?

Est-il facilement curable ou non ?

Y a-t-il eu répétition récente d'épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes diverses ?

Que dit le malade s'il peut le faire ?

Qu'exprime-t-il à travers son comportement corporel et sa coopération aux soins ?

Quelle est la qualité de son confort actuel ?

Qu'en pense la famille ? (Tenir compte de...)

Qu'en pensent les soignants qui le côtoient le plus souvent ?

Perspectives...





- ❧ Electrostimulation (place en Gériatrie ?)
- ❧ Nouveaux épaississants avec une meilleure appétence ?
- ❧ Etudes contrôlées et randomisées en institution ++

Projet de recherche en EHPAD - PIANO



- Obj. : diminution des pneumopathies en EHPAD par une formation multi-domaine des équipes
- Soumis en septembre 2016
- Pr ROLLAND (Toulouse)- Pr BLAIN (Montpellier) – Pr GAVAZZI (Grenoble)

Conclusions



- ❑ **La dysphagie est un syndrome gériatrique fréquent et potentiellement grave**
- ❑ **Un repérage et une évaluation individuelle doivent être mis en place en institution**
- ❑ **Prise en charge pluri-disciplinaire et pluri-domaine**
- ❑ **Recherche à poursuivre pour validation scientifique et nouvelles voies de PEC.**

Merci de votre attention

