

LES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION DU SUJET ÂGÉ : un problème trop souvent sous-estimé

S. ALLEPAERTS (1), S. DELCOURT (2), J. PETERMANS (3)

RÉSUMÉ : Les troubles de la déglutition sont fréquents chez le sujet âgé et accompagnent souvent une pathologie organique. Ils peuvent rapidement représenter une menace vitale: fausses routes, pneumopathie d'inhalation, dénutrition, déshydratation. Leur diagnostic est difficile et repose sur l'anamnèse et l'examen clinique associés aux examens paracliniques. Leur prise en charge est globale et pluridisciplinaire laissant peu de place aux traitements médicamenteux ou chirurgicaux.

MOTS-CLÉS : *Troubles de la déglutition - Personne âgée - Étiologie - Symptômes - Prise en charge*

INTRODUCTION

Les troubles de la déglutition se rencontrent fréquemment chez les personnes âgées et davantage si celles-ci sont institutionnalisées. Bien que médecins gériatres et généralistes y soient souvent confrontés, ces anomalies restent mal connues, étant souvent révélées par leurs manifestations les plus démonstratives: pneumonie d'inhalation, dénutrition protéino-calorique (1). Il existe néanmoins des symptômes moins visibles dont la répercussion sur la qualité de vie et l'état général de la personne ne sont pas à négliger. Dans de nombreux cas, le diagnostic est difficile à établir et souvent posé de façon tardive.

Cet article a pour objectif d'aider le praticien dans son approche clinique et paraclinique afin de lui permettre d'établir un diagnostic précoce et une prise en charge optimale.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence des troubles de la déglutition dans la population âgée n'est pas connue avec précision; les données disponibles divergent fortement d'une étude à l'autre. Cependant, leur fréquence semble élevée et ce, davantage chez les patients souffrant d'états polypathologiques et séjournant en maison de repos. Citant différents auteurs, Greuillet et Couturier évoquent une prévalence allant de 12 à 68% au sein de populations de personnes âgées institutionnalisées. Quant aux patients vivant au domicile, une étude réalisée par questionnaire a révélé que 10 à 16% d'entre eux présentaient des symptômes de dysphagie (2).

SWALLOWING DISORDERS IN THE ELDERLY :

AN UNDERESTIMATED PROBLEM

SUMMARY : Swallowing disorders are frequently observed in the elderly and often accompany an organic pathology. Such disorders may quickly constitute a threat for life: inhalation syndrome, pulmonary infection, undernutrition, dehydration. Diagnosing swallowing disorders is difficult and relies on anamnesis, clinical examination combined with paraclinical investigations. However, there is little place for medicinal or surgical treatment, their management being integral and multidisciplinary.

KEYWORDS : *Dysphagia - Elderly - Etiology - Symptoms - Management*

LES DIFFÉRENTES PHASES DE LA DÉGLUTITION

La déglutition a un rôle fondamental. Elle permet le transport des aliments de la bouche jusqu'à l'estomac tout en assurant la protection des voies respiratoires. Elle participe également à l'élimination des sécrétions rhino-pharyngées, trachéales et salivaires. Classiquement, l'acte d'avaler est décrit en trois phases successives : préparatoire buccale, pharyngée et oesophagienne (3).

La phase préparatoire buccale est volontaire et automatique. Le sujet peut la débiter et l'arrêter de son plein gré. Deux actions chronologiques se succèdent lors de cette phase : la préparation du bol alimentaire et sa propulsion vers le pharynx.

La préparation du bol alimentaire se réalise grâce à la salivation et à la mastication (pour laquelle interviennent les dents, les muscles masticateurs, la langue, les lèvres et les joues). Les aliments sont maintenus en bouche grâce à l'action de deux sphincters : le sphincter buccal antérieur constitué par la fermeture des lèvres et le sphincter buccal postérieur créé par le rapprochement du voile du palais et de la base de langue. Le premier évite le bavage et le second empêche le passage prématuré des aliments vers le pharynx.

Lorsque le bol alimentaire atteint l'isthme du gosier, la phase pharyngée se déclenche de façon réflexe. Ainsi, les aliments sont transportés à travers le pharynx jusqu'au sphincter supérieur de l'œsophage. La protection des voies aériennes est assurée par l'inhibition respiratoire centrale et une série de mécanismes complexes: le voile du palais s'élève pour fermer la partie nasale du pharynx, la racine de la langue recule pour protéger le larynx en abaissant l'épiglotte, les cor-

(1) Chef de Clinique Adjoint, Responsable du programme de liaison interne (2) Logopède, (3) Professeur, Chargé de Cours, Chef de Service, Service de Gériatrie, CHU Sart Tilman, Liège.

des vocales et les bandes ventriculaires s'étant au préalable refermées.

La phase oesophagienne, dernière étape du phénomène de déglutition, est essentiellement réflexe. Le bol alimentaire est entraîné par le péristaltisme oesophagien vers la partie distale de l'œsophage où le sphincter inférieur autorise la pénétration dans l'estomac (4, 5) (Fig. 1).

LA COMMANDE NEUROLOGIQUE DE LA DÉGLUTITION

Le bon déroulement des étapes de la déglutition est assuré par un ensemble de commandes neurologiques intervenant à différents niveaux anatomiques; il s'agit du tronc cérébral et de ses différents nerfs crâniens, du cortex, des noyaux gris centraux, du système cérébelleux et de l'innervation autonome du pharynx et du larynx.

La plupart des muscles impliqués dans la déglutition sont commandés par des structures situées au niveau du tronc cérébral. La région pontique jouerait un rôle de transmission des influx nerveux alors que les centres bulbaires seraient les «tours de contrôle» des mécanismes de déglutition. Les noyaux gris centraux assurent l'aspect automatique de la fonction en agissant en étroite collaboration avec le cervelet et les autres niveaux de commande.

Six nerfs crâniens interviennent au cours de la déglutition : le V (trijumeau), le VII (facial), le IX (glosso-pharyngien), le X (vague), une partie du XI (spinal), et le XII (grand hypoglosse). Ils assurent l'innervation motrice des muscles masticateurs jusqu'aux muscles laryngés ainsi que la sensibilité de la cavité buccale, de la langue, du larynx et de l'épiglotte.

Le cortex cérébral gère les activités volontaires : déglutir, moduler le souffle, réaliser une apnée ou tousser. L'influence de ces structures s'arrête au-delà du tiers supérieur de l'œsophage où la musculature striée fait place à des muscles lisses. La représentation des muscles de la déglutition serait bilatérale et asymétrique. Le côté dominant ne serait pas forcément en lien avec la dominance de la personne. Ceci explique qu'une atteinte corticale n'entraîne pas systématiquement la suppression de la déglutition.

Le système cérébelleux assure la synchronisation et la coordination entre tous ces événements. Il supervise ainsi les synergies et les chronométries correctes pharyngées et laryngées : l'ascension du larynx, la fermeture de la glotte et le déclenchement adéquat du réflexe de déglutition.

L'innervation autonome du pharynx et du larynx comprend des afférences sympathiques

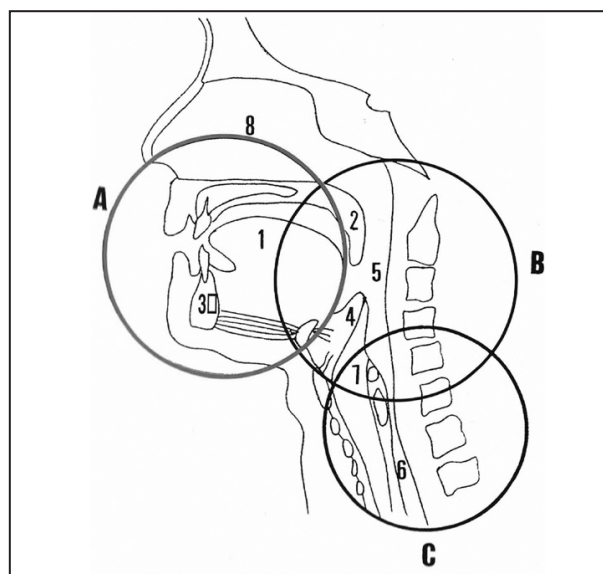


Figure 1. Evaluation et rééducation des troubles de la déglutition (3).

et parasympathiques passant par des plexus nerveux adjacents au raphé du pharynx (6).

LES AFFECTIONS GÉNÉRATRICES DE DYSPHAGIES CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Chez le sujet âgé, les troubles de la déglutition sont influencés par de nombreuses pathologies organiques mais aussi, par des causes iatrogènes de fréquence non négligeable.

Les traitements médicamenteux favorisent les troubles de la déglutition lorsqu'ils modifient la vigilance (ex : les benzodiazépines, les somnifères), lorsqu'ils favorisent les dyskinésies oro-faciales (ex : les neuroleptiques) ou encore lorsqu'ils altèrent la salivation (ex : les anticholinergiques).

La présence de sonde nasogastrique ou des antécédents d'intubation fragilisent le carrefour pharyngo-laryngé.

Une hygiène buccale altérée est également un facteur de risque. Il faut savoir que les personnes âgées ont une augmentation de la colonisation de l'oropharynx par des germes pathogènes tels, le *Staphylocoque Aureus* et des grams négatifs aérobies tels le *Klebsiella pneumoniae* et l'*E. Coli* (7). Associé à une diminution des défenses immunitaires, une diminution du flux salivaire, une réduction du transport muco-ciliaire et un affaiblissement des muscles respiratoires, ce risque de colonisation est encore augmenté (8). Les inhalations de salive colonisée peuvent donc, à elles seules, provoquer une bronchopneumonie.

A côté de ces causes diverses, de nombreuses pathologies organiques fragilisant la déglutition, ont une prévalence accrue chez la personne âgée: affections neurologiques, affections musculaires (ex : myopathies) et affections de la sphère ORL (ex : tumeurs, ostéophytes cervicaux compressifs, diverticule de Zenker).

Au premier plan chez le sujet âgé, se trouvent les affections neurologiques. Parmi celles-ci, les accidents vasculaires cérébraux sont responsables de 40 à 70% des troubles de la déglutition. Classiquement, la récupération se fait de façon spontanée au cours des trois à six premiers mois après l'accident. Dans la majorité des cas, les anomalies sont constituées par des retards du temps pharyngé. Les bronchoinhalations sont par conséquent fréquentes et engendrent des risques de suffocation et de pneumopathie responsables d'une réduction de la récupération fonctionnelle. Les risques de bronchopneumonie chez les patients souffrant d'un accident vasculaire cérébral sont sept fois plus élevés que dans la population générale et persistent à distance de l'épisode aigu (9, 10).

Les maladies neurodégénératives, telles les démences et les syndromes parkinsoniens, provoquent quant à eux, dans plus de la moitié des cas, des troubles de la déglutition (11, 12). Chez les patients souffrant de maladie d'Alzheimer, les troubles apparaissent généralement à un stade avancé de la maladie. Des incapacités fonctionnelles majeures telles que la disparition de la mastication, un mauvais contrôle lingual, l'oubli de déglutir, etc, sont observées. Chez ces patients s'ajoutent des troubles du comportement alimentaire (refus de manger). Très souvent, l'alimentation est assurée par un tiers, ce qui majore encore les risques d'inhalation.

LES EFFETS DU VIEILLISSEMENT SUR LA DÉGLUTITION

La dysphagie est communément associée à l'âge et pourtant les principales études concernant les sujets âgés sains ne mettent pas en évidence une augmentation significative des troubles de déglutition (6).

Néanmoins, les processus physiologiques du vieillissement n'épargnent pas la déglutition. Ils modifient l'ensemble des structures bucco-dentaires, pharyngées, laryngées et oesophagiennes y participant. C'est ce que l'on appelle la presbyphagie. Cette dernière présente des caractéristiques particulières : un allongement du temps oral, un retard de déclenchement du réflexe de déglutition, une augmentation du seuil de sensibilité de la toux, une diminution du péristal-

TABEAU I. MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES DE LA DÉGLUTITION AU COURS DU VIEILLISSEMENT

1. Phase orale
- trouble de l'habileté motrice, difficultés pour gérer les aliments dans l'assiette et les mettre en bouche. → augmentation de la durée du repas, réduction des prises alimentaires - altération du goût (perte physiologique de 60% des bourgeons du goût) et de l'odorat → modification du plaisir et de l'intérêt alimentaire. - difficultés de mastication (édentation, vieillissement de l'articulation temporo-mandibulaire, ...) → préparation du bol alimentaire prend plus de temps pour un résultat moins homogène - trouble de l'insalivation → bol alimentaire moins homogène et propulsion moins efficace - invagination et trouble du tonus labial → moins bon contrôle du bol en bouche, favorise le bavage - perte de sensibilité linguale et diminution des mouvements antéro-postérieurs. → stases buccales, moins bon contrôle en bouche, risque de fuites prématurées vers le pharynx.
2. Phase pharyngée
- perte de sensibilité bucco-pharyngée, seuil de détection des stimuli plus élevé et donc retard de déclenchement du réflexe de déglutition → réflexe de toux déprimé, risque de fuite prématurée vers le pharynx. - ossification des cartilages laryngés → diminution de l'amplitude laryngée - diminution du péristaltisme pharyngé → diminution de la durée du transit, stases dans les vallécules et sinus piriformes nécessitant des déglutitions multiples.
3. Phase oesophagienne
- Trouble de la relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage, trouble du péristaltisme oesophagien → sensation de blocage.

tisme pharyngé et des troubles de relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage (Tableau I) (13, 14).

Malgré ces modifications, la sécurité du temps oro-pharyngé ne semble pas compromise du moins lorsque la personne est en bonne santé et relativement autonome. Ces changements sont donc généralement bien compensés. Cependant, ils peuvent mettre le sujet âgé en difficulté lorsqu'il est confronté à des sources d'agression multiples qui cumulent leurs effets. Lorsque le potentiel de réserve du sujet âgé est altéré, alors apparaît une véritable dysphagie. C'est ce qui explique une prévalence élevée chez les patients partiellement ou totalement dépendants, polydéficients et institutionnalisés (15) (Tableau I).

LES SYMPTÔMES DES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION

Ils peuvent être spécifiques aux troubles de la déglutition ou aspécifiques traduisant alors un retentissement en amont sur l'alimentation et en aval sur l'état nutritionnel et/ou respiratoire.

Les symptômes spécifiques sont : un bavage, des difficultés de mastication, des résidus buc-

caux, une toux avant/pendant/après la déglutition, un reflux nasal, des modifications de la voix (sons mouillés), des blocages «hauts» ou «bas», etc. Ils permettent de localiser la cause; par exemple, un bavage signe un problème au niveau du temps oral tandis qu'un blocage bas plaide en faveur d'une atteinte pharyngo-oesophagienne.

Les symptômes aspécifiques rendent compte des retentissements organiques et sociaux et informent sur la gravité du trouble et sur sa tolérance. Sur le plan social, on peut noter une modification du déroulement des repas, qui est plus lent avec un refus de prendre certains aliments ou une adaptation de leur consistance. Le patient peut perdre le plaisir de passer à table jusqu'à en avoir peur et s'isoler socialement. Sur le plan organique, on peut assister à une altération de l'état général avec une perte de poids, des infections broncho-pulmonaires à répétition (16).

LE BILAN CLINIQUE

Il a pour but d'identifier le trouble de déglutition, d'en déterminer la cause et de proposer des investigations complémentaires.

L'anamnèse (et/ou hétéroanamnèse) permet de recueillir des informations sur les antécédents personnels, médicaux et chirurgicaux du patient. Elle se centrera particulièrement sur les affections neurologiques, oto-rhino-laryngologiques, gastro-entérologiques et les éventuels traitements concomitants.

La nature du trouble sera appréciée par la recherche des symptômes, leur mode d'apparition et leur évolution au cours du temps. Idéalement les questions à poser au patient seraient : Avec quel(s) aliment(s) rencontrez-vous des difficultés ? Y a-t-il des aliments que vous évitez ? Vous arrive-t-il d'«avalier de travers»? Combien de temps mettez-vous pour manger votre repas ? Perdez-vous du poids ? Avez-vous fréquemment des infections pulmonaires ?

L'examen clinique général, orienté par l'interrogatoire, commencera par la mesure du poids corporel, l'inspection de la peau et de la musculature. Il recherchera une pathologie de la sphère cardio-respiratoire, cervico-thoracique ou neurologique. La marche, la posture et les fonctions cognitives seront évaluées.

L'EXAMEN CLINIQUE LOCAL

Une attention particulière sera portée à l'examen de la sphère oro-faciale. Ainsi, seront évaluées successivement : l'hygiène buccale

(rechercher une mycose, une mauvaise adaptation du dentier), la salivation, la motricité et la sensibilité de la sphère bucco-faciale, les praxies bucco-faciales et la possibilité de réaliser des actions volontaires telles qu'avaler sa salive ou tousser.

Si les conditions de sécurité sont suffisantes (bon état d'éveil, réflexe de toux efficace, installation correcte du patient et matériel d'aspiration disponible), le bilan se termine généralement par l'évaluation d'essais alimentaires.

Le patient doit déglutir des volumes croissants de textures variées (eau, crème, solide). Un test facilement réalisable est le «test à l'eau». Il consiste en l'ingestion d'un verre d'eau sans interruption. Le test est considéré comme positif, avec haute suspicion d'inhalation lorsqu'un phénomène de toux pendant la manœuvre ou dans la minute suivante est observé ou lorsque la voix du patient est altérée (voix mouillée). Ce test est rapide et identifie 80% des patients qui inhalent lors de l'examen par vidéoradioscopie (17).

Si l'examen clinique permet d'analyser aisément la phase orale, il rencontre plusieurs limites à la phase pharyngo-oesophagienne qui n'est pas accessible à l'œil nu. Selon certains auteurs, l'examen clinique au chevet du patient serait médiocre pour prédire les inhalations. Plus précisément, il ne détecterait qu'un tiers des patients qui font des fausses routes avec pénétration laryngée lors des examens complémentaires (18). Dans certains cas, il est donc intéressant de compléter le bilan clinique par un examen paraclinique.

LE BILAN PARACLINIQUE

D'une manière non spécifique, il comporte un bilan biologique nutritionnel, une évaluation de la fonction respiratoire, un examen de l'œsophage et de l'estomac, un scanner cérébral, une radiologie du thorax complétée éventuellement par un scanner thoracique.

De façon spécifique, il existe différentes techniques consacrées à l'étude de la déglutition. Le choix de l'examen complémentaire est orienté par l'interrogatoire et l'examen clinique. En effet, ces tests ont chacun des avantages et des inconvénients. Ils ont cependant en commun la mise en situation de déglutition.

- *L'exploration nasofibroscopique* de la déglutition, appelée également FEESST (pour «Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing with Sensory Testing»), consiste en l'introduction d'un nasofibroscope par voie nasale jusqu'au niveau de la luette. Il est réalisé par un médecin

ORL. C'est un examen à la fois morphologique, permettant de visualiser le rhino-pharynx, l'oro-pharynx, l'hypo-pharynx et le larynx, et dynamique puisqu'il permet d'analyser des essais de déglutition. Il teste aussi bien la sensibilité que la mobilité des structures. Il évalue les deux premières phases de la déglutition et non la phase oesophagienne.

Il a l'avantage de pouvoir être réalisé au chevet du patient, d'être peu invasif et nécessite très peu de participation du malade. Les inconvénients sont peu nombreux, le principal étant qu'il quantifie les fausses routes de façon imprécise (19, 20).

- *L'examen vidéoradioscopique* de la déglutition se déroule sur une table de radiographie. Le patient est en position assise, verticalisé et doit avaler quand on le lui demande une quantité précise de bolus radio-opaque. Un enregistrement est réalisé et permet d'analyser les séquences au ralenti. On obtient ainsi une étude biomécanique permettant de déterminer les mécanismes physiopathologiques.

Cette technique connaît néanmoins plusieurs limites. La première étant que l'interprétation des images est difficile et nécessite un opérateur expérimenté. La seconde étant inhérent à la condition des patients gériatriques qui ne peuvent pas tenir assis ou qui présentent des troubles cognitifs trop importants pour savoir avaler à la commande. Enfin, le danger d'inhalation de baryte n'est pas négligeable (21).

- *La scintigraphie* consiste en l'ingestion d'un bolus d'aliments mélangé à un radio-isotope permettant ainsi d'évaluer le transit des aliments dans des conditions physiologiques. Elle respecte l'aspect habituel du bol alimentaire et se réalise dans n'importe quelle position. Elle permet de quantifier les fausses routes mais pas d'en déterminer les mécanismes physiopathologiques. Elle nécessite un service de médecine nucléaire et son coût est très élevé.

- *La résonance magnétique nucléaire* dynamique est une technique expérimentale qui n'est pas facilement accessible. Elle ne respecte pas les conditions physiologiques puisque le patient est isolé en décubitus dorsal. Ses indications restent encore indéterminées. *A priori*, elle permettrait de mieux appréhender les structures anatomiques et les mécanismes physiopathologiques de la déglutition grâce à la visualisation des tissus mous.

- *L'échographie* permet d'étudier la structure et les mouvements de la langue, du plancher buccal ainsi que le déplacement de l'os hyoïde en plaçant la sonde au milieu de la région sous-

mentale. Elle permet une évaluation de la phase orale uniquement (pas de visualisation du pharynx et du larynx). Aucune objectivation de fausse route n'est possible. Elle est peu utilisée dans la pratique quotidienne.

- *La manométrie* étudie les sphincters supérieur et inférieur de l'œsophage via une sonde souple introduite par voie nasale et munie de capteurs enregistrant les variations de pression. Cette technique est utilisée en cas de dysphagie neurologique, de maladies de système ou de pathologies motrices de l'œsophage où elle permet de poser l'indication d'une myectomie du crico-pharyngien. Cependant, l'analyse des données est délicate et l'intérêt reste à démontrer.

- *L'auscultation cervicale* repose sur l'analyse de bruits de la déglutition dans le but de vérifier l'intégrité du temps pharyngé et de détecter les fausses routes. Elle demande un entraînement spécifique et est non standardisée (3, 6).

Toutes ces méthodes, en plus d'être onéreuses, comportent de nombreuses limitations techniques. C'est la raison pour laquelle, en pratique quotidienne, elles ne sont envisagées qu'après une anamnèse et un examen clinique rigoureux. Les explorations fonctionnelles les plus utilisées et les plus informatives sont les essais de déglutition sous nasofibroscope et l'examen vidéoradioscopique. Actuellement, ces deux tests permettent le remboursement de la rééducation logopédique.

LES ABORDS THÉRAPEUTIQUES

Il n'y a que peu de place pour des traitements médico-chirurgicaux qui sont spécifiques à certaines pathologies comme le diverticule de Zenker ou le reflux gastro-œsophagien. L'aspect thérapeutique repose essentiellement sur la prise en charge pluridisciplinaire nécessitant la coopération entre les médecins, le personnel soignant, le patient, sa famille ou les membres de l'institution dans laquelle il réside (Fig. 2).

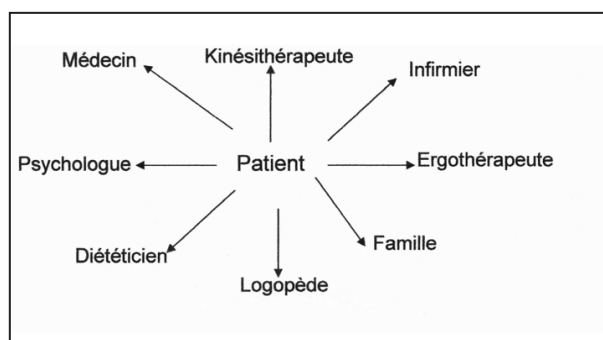


Figure 2. Prise en charge multidisciplinaire autour du patient.

L'infirmier, au chevet du patient, dépiste les signes d'alertes rencontrés au cours de l'alimentation. Il installe correctement le patient pour les repas : de préférence au fauteuil, la tête dans l'alignement du tronc, cou légèrement fléchi. Il veille à la bonne hygiène buccale et aux ports des prothèses dentaires (19, 20). Il s'assure de la bonne mise en pratique des consignes médicales et logopédiques. Son rôle est de stimuler l'appétit et d'offrir une assistance concrète lors des repas. Enfin, il note la quantité d'aliments ingérés.

Le logopède est le rééducateur. Il réalise un bilan clinique détaillé. Par la suite, il dégage les stratégies d'adaptation : détermine les quantités, la texture des aliments et la position adaptée à la pathologie. Enfin, il peut rééduquer la phase déficitaire. Par exemple, il est capable d'apprendre à améliorer la mobilité et la sensibilité de la sphère bucco-faciale ou à contrôler la respiration. Cependant, ces techniques nécessitent une participation active du patient et ne sont donc pas toujours applicables chez les personnes âgées.

Le kinésithérapeute gère la fonction respiratoire. Par diverses techniques (aspiration, aérosolthérapie, drainage), il réalise un désencombrement bronchique. Parfois, il intervient au niveau postural en améliorant la tenue de la tête et du tronc.

L'ergothérapeute veille à l'utilisation optimale des acquis rééducatifs dans la gestion des actes de la vie journalière ou la compensation des déficits par des aides techniques adaptées. Il s'attache également à rendre le goût de s'alimenter en restaurant, par exemple, et des contacts sociaux.

Le diététicien adapte le régime alimentaire par rapport aux consignes médicales et logopédiques, mais aussi au goût du patient et se rend compte de la faisabilité de ceux-ci au domicile ou en institution.

Le psychologue décèle un éventuel syndrome dépressif réactionnel, s'assure de l'acceptation de la maladie et de l'intégration du patient dans son entourage.

Pour qu'elle soit efficace, cette prise en charge doit être réalisée en collaboration avec l'entourage, la famille ou le personnel de l'institution dans lequel réside la personne. Une information claire et précise doit être fournie afin que l'évolution du trouble et les éventuelles complications puissent être appréhendées.

LA MISE EN PLACE D'UN TRAITEMENT PALLIATIF

Lorsque les mesures qui viennent d'être décrites ne permettent pas d'assurer des apports suffisants et/ou sécurisants par voie orale, le recours à une hydratation ou une alimentation artificielle peut être envisagé.

Avant de décider de la mise en route d'un tel traitement, l'équipe pluridisciplinaire doit s'interroger sur le cas unique du patient. En effet, les indications d'alimentation artificielle varient suivant plusieurs facteurs, les plus importants étant l'étiologie et le pronostic du trouble.

L'hypodermoclyse est une voie de perfusion sous-cutanée qui peut être utilisée temporairement dans des situations aiguës tels un syndrome infectieux fébrile, un syndrome confusionnel ou une perte de liquide afin de prévenir la déshydratation. Dans les situations chroniques, elle n'apporte aucun bénéfice sur la survie ou la qualité de vie (22).

Dans les cas aigus, comme les traumatismes ou les accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégie, la sonde naso-gastrique permet de suppléer l'alimentation pour un temps court en favorisant l'utilisation du tube digestif. Il est conseillé d'utiliser de préférence des sondes de petit calibre. Cette sonde peut être maintenue jusqu'à quatre semaines en attendant la récupération partielle ou totale des troubles (10).

Pour les maladies dégénératives à un stade avancé, comme la démence, la mise en place d'une sonde naso-gastrique ou d'une sonde de gastro-jéjunostomie est controversée sur le plan éthique mais aussi médical, car aucune donnée de la littérature ne montre un effet bénéfique sur l'incidence des infections broncho-pulmonaires, ni sur la survie ou la qualité de vie.

Au lieu de bénéficier des effets escomptés, les patients déments à un stade avancé, alimentés par sonde, pourraient subir les effets secondaires de ces techniques. Citons parmi ces inconvénients l'usage des contentions favorisant les atrophies musculaires, la survenue d'escarres et l'agitation. De plus, les bronchoaspirations de salives persistent et le reflux gastro-oesophagien est potentialisé (23-25).

Dans les cas d'affections chroniques non curables, il reste bien des incertitudes quant aux avantages et inconvénients des alimentations artificielles. D'une façon générale, il semble qu'il faille adopter une approche plus globale des patients (étiologie du trouble, aspects fonctionnel, social, psychologique, espérance de vie, qualité de vie). La littérature actuelle (22), s'intéressant aux patients atteints de démence avancée, recommande de ne pas proposer d'alimentation

artificielle mais une alimentation orale assistée (AOA). La prévention des pneumonies d'inhalation pourrait être plus efficace en appliquant des mesures d'ordre général (comme assister la personne lors des repas, veiller à une bonne hygiène buccale, l'installer correctement, etc) qu'en utilisant une alimentation artificielle.

CONCLUSION

La prévalence des troubles de la déglutition du patient âgé varie selon les études réalisées mais semble très élevée lorsqu'ils sont recherchés. Elle peut ainsi atteindre 68%. Les troubles de la déglutition prédisposent à la dénutrition, l'infection broncho-pulmonaire à répétition, l'isolement social et l'atteinte de la qualité de vie. Ils accompagnent souvent une pathologie organique générale. Le diagnostic est difficile et repose sur un interrogatoire et un examen clinique détaillés associés à d'éventuels examens complémentaires. Les traitements pharmacologiques ou chirurgicaux étant rarement possibles, la prise en charge est essentiellement globale et pluridisciplinaire. Lorsque l'alimentation orale est insuffisante ou à risque, l'alimentation artificielle peut être envisagée. Cependant, de nombreuses incertitudes planent dans ce domaine. Dans tous les cas, les avantages et inconvénients doivent être discutés. Le pronostic semble dépendre de l'étiologie du trouble, des maladies concomitantes et finalement du bilan de santé initial incluant le statut fonctionnel et la présence ou non de troubles cognitifs évolutifs.

BIBLIOGRAPHIE

- Hudson HM, Daubert CR, Mills RH.— The interdependency of protein-energy malnutrition, aging and dysphagia. *Dysphagia*, 2000, **15**, 31-38.
- Greuillet F, Couturier P.— Les troubles de la déglutition chez le sujet âgé. *Revue de Gériatrie*, 2005, **1**, 39-46.
- Bleeckx D.— Dysphagie : évaluation et rééducation des troubles de la déglutition. Eds DeBoeck Université, 1^{ère} édition, 2001.
- Robbins JA.— The evolution of swallowing neuroanatomy and physiology in humans : a practical perspective. *Ann neurol*, 1999, **46**, 279-280.
- Robert D.— Les troubles de la déglutition postintubation et trachéotomie. *Réanimation*, 2004, 417-430.
- Woisard V, Puech M.— La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte : le point sur la prise en charge fonctionnelle. Eds Solal, 2003.
- Marrie TJ.— Community-acquired pneumonia in the elderly. *Clin Infect Dis*, 2000, **31**, 1066-1078.
- Yoshino A, Ebihara S, et al.— Daily oral care and risk factors for pneumonia among elderly nursing home patients. *JAMA*, 2001, **286**, 2235-2236.
- Halos MA, De Pippo KL, Reading MJ.— Aspiration and relative risk of medical complications following stroke. *Arch Neurol*, 1994, **51**, 1051-1053.
- Mann G, Hankey GJ, Cameran D.— Swallowing function after stroke : prognosis and prognostic factors at 6 months. *Stroke*, 1999, **30**, 744-748.
- Leopold NA, Kagel MC.— Pharyngo-oesophageal dysphagia in Parkinson's disease. *Dysphagia*, 1997, **12**, 11-18.
- Bucht G, Sandmon PO.— Nutritional aspects of dementia, especially Alzheimer disease. *Age Ageing*, 1990, **19**, S32-S36.
- Clause RE, Richter JE, Heading RC.— Functional oesophageal disorder. *Gut*, 1999, **45**, 131-136.
- Katsumata V, Sekizawa K, Ebihara T, et al.— Aging effects on cough reflex. *Chest*, 1995, **107**, 290-291.
- Pelissier P, Finiels H, Pouderoux P, Jacquot JM.— Les troubles de la déglutition du sujet âgé. *La presse médicale*, 2001, **33**, 1617-1664.
- Feinberg MJ, Knebl J, Tully J, et al.— Aspiration and the elderly. *Dysphagia*, 1990, **5**, 61-71.
- De Pippo KL, Holas MA, Reding MJ.— Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. *Arch Neurol*, 1992, **49**, 1259-1261.
- Splaingard ML, Hutchins B, Sultan L, Chaudhuri G.— Aspiration in rehabilitation patients : videofluoroscopy vs bedside clinical assessment. *Arch Phys Med Rehabil*, 1988, **69**, 637-640.
- Logemann J.— The evaluation and treatment of swallowing disorders. San Diego, 1983, College-Hill Press.
- Wooi M, Scott A, Perry A.— Teaching Speech pathology students the interpretation of videofluoroscopic swallowing studies. *Dysphagia*, 2007, **16**, 32-39.
- Martino R, Meissner-Fishbein B, Saville D, et al.— Preferred practice guidelines for dysphagia. Toronto, ON, Canada : College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario, 2000.
- Frings M, Latteur V.— *Les alimentations artificielles en fin de vie*. Editions Racine, 2005.
- American Speech-Language-Hearing Association.— Roles of speech-language pathologists in swallowing and feeding disorders. *Technical report*, 2001.
- Finucane TE, Christmas C, Travis K.— Tube feeding in patients with advanced dementia. A review of the evidence. *JAMA*, 1999, **282**, 1365-1370.
- Olins NJ.— Feeding decisions for incompetent patients. *J Am Geriatr Soc*, 1986, **34**, 317.
- Campbell-Taylor, Fisher RH.— The clinical case against tube feeding in palliative care of the elderly. *J Am Geriatr Soc*, 1987, **35**, 1100-1104.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr S. Allepaerts, Service de Gériatrie, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.
Email : sallepaerts@chu.ulg.ac.be