

PERSONNES ÂGÉES ET TROUBLES DE LA DÉGLUTITION :

une approche pluridisciplinaire

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

RÉSUMÉ : La presbyphagie est le vieillissement physiologique de la déglutition. Elle n'est donc pas pathologique, mais prédispose aux troubles de la déglutition ou à la dysphagie dont l'incidence est élevée dans la population âgée. Les conséquences de la dysphagie sont multiples et représentent toujours un drame pour les patients. Elles consistent en pneumopathie d'inhalation, dénutrition, déshydratation, isolement social et décès. Un dépistage adéquat doit être réalisé afin de permettre une prise en charge précoce. Le diagnostic est difficile et repose sur l'anamnèse, l'examen clinique et les tests paracliniques. La prise en charge est globale et pluridisciplinaire laissant généralement peu de place aux traitements médicamenteux ou chirurgicaux.

MOTS-CLÉS : *Presbyphagie - Troubles de la déglutition - Personne âgée - Pluridisciplinarité - Traitement*

SWALLOWING DISORDERS IN ELDERLY PATIENTS : A MULTIDISCIPLINARY APPROACH

SUMMARY : Presbyphagia represents the physiological aging of swallowing function. It predisposes to difficulty in swallowing, namely dysphagia, which is of high incidence in the elderly population. The consequences of dysphagia are multiple and always a tragedy for the patient; they consist of aspiration pneumonia, malnutrition, dehydration, social isolation, and death. The diagnosis is difficult and is based on the medical history and clinical examination, associated with diagnostic tests. Its management is multidisciplinary, leaving only little room for medications or surgery.

KEYWORDS : *Presbyphagia - Dysphagia - Elderly - Multidisciplinary - Management*

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, souvent révélées par leurs manifestations les plus démonstratives telles les pneumonies d'inhalation et la dénutrition protéino-calorique. Il existe néanmoins des symptômes moins visibles dont les répercussions sur la qualité de vie et l'état général de la personne âgée ne sont pas à négliger. Dans de nombreux cas, le diagnostic est difficile à établir et souvent posé de façon tardive.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Les troubles de la déglutition touchent 13 % de la population âgée de plus de 65 ans et plus de 51 % des personnes vivant en institution (1, 2). Ils intéressent 44 % des patients hospitalisés en service de gériatrie (3). Après l'âge de 65 ans, ces troubles de la déglutition sont associés à des conditions médicales particulières. Après un accident vasculaire cérébral (AVC), près de 21 à 81 % des patients peuvent souffrir de dysphagie (4). Cette incidence atteint environ 40% chez les patients souffrant de maladie de Parkinson (5) et 60 % des personnes à un

stade avancé de leur démence (6). Le tableau I résume les étiologies les plus courantes de dysphagie chez les sujets âgés. Il est adapté selon une revue de la littérature de Dylan et al. de 2013 et de Wiereke et al. (7, 8).

LES DIFFÉRENTES PHASES DE LA DÉGLUTITION

La déglutition 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. L'acte d'avaler est décrit en trois phases successives : orale, pharyngée et œsophagienne.

La phase orale 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

(1) Chef de Clinique, (2) Logopède, (3) Chef de Service, Service de Gériatrie, CHU de Liège.

TABLEAU I. PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

NEUROLOGIQUE Accident Vasculaire Cérébral Maladie de Parkinson Pathologies démentielles Tumeurs cérébrales Sclérose latérale amyotrophique
MYOPATHIQUE Myasthénie Syndrome paranéoplasique
IATROGENIQUE Médicaments Post-chirurgie Radiations
INFECTIEUSE Mucites
STRUCTURELLE Diverticule de Zencker Tumeurs oro-pharyngées Ostéophytes

façon réflexe; 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 cordes vocales et les bandes ventriculaires s'étant refermées.

La phase œsophagienne est essentiellement réflexe. Le bol alimentaire est entraîné par le péristaltisme œsophagien vers la partie distale de l'œsophage où le sphincter inférieur autorise la pénétration dans l'estomac (9, 10).

PRESBYPHAGIE : VIEILLISSEMENT DE LA DÉGLUTITION

La presbyphagie est un terme encore peu employé par les professionnels de la santé et peu retrouvé dans la littérature. Elle désigne le vieillissement physiologique des différentes structures et fonctions qui participent à la déglutition (11). Elle est bien tolérée, peu ou pas symptomatique, et ne le devient qu'en présence de pathologies intercurrentes, de maladies neurodégénératives, d'affections oncologiques ou de traumatisme.

La déglutition du sujet âgé présente des caractéristiques particulières : un allongement du temps oral, un retard de déclenchement du

réflexe de déglutition, un retard de déclenchement du réflexe de la toux, une diminution du péristaltisme pharyngé et des troubles de relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage (12).

Malgré ces modifications, la sécurité du temps oro-pharyngé ne semble pas compromise lorsque la personne est en bonne santé et autonome. Ces changements sont donc généralement bien compensés. Ils peuvent toutefois aussi mettre le sujet âgé en difficulté lorsqu'il est confronté à des sources d'agression multiples. Le potentiel de réserve du sujet âgé, étant altéré, apparaît alors une véritable dysphagie expliquant une prévalence élevée chez les patients partiellement ou totalement dépendants, poly-pathologiques et institutionnalisés (13). Une étude radiologique réalisée auprès de 56 personnes ayant un âge moyen de 83 ans sans plainte dysphagique a révélé que seuls 16% d'entre elles avaient une déglutition strictement normale (14).

IATROGÉNIE ET FACTEURS FAVORISANTS LA DÉCOMPENSATION DE LA PRESBYPHAGIE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

LES MÉDICAMENTS

Certains médicaments peuvent favoriser les troubles de la déglutition en altérant l'état de vigilance (benzodiazépines, antipsychotiques, anti-épileptiques, ...) ou en agissant directement sur la qualité des phases oro-pharyngées en diminuant le flux salivaire et en provoquant de la sécheresse de bouche (anticholinergiques). D'autres provoquent des dyskinésies oro-faciales, comme les neuroleptiques. Il est important d'identifier les médicaments susceptibles d'induire de la dysphagie afin de préciser la nécessité de les poursuivre. Une attention particulière doit être portée aux médicaments anticholinergiques; ils se cachent partout comme dans les antidépresseurs, antiparkinsoniens, antihistaminiques H1, antiémétiques, spasmolytiques urinaires et gastrointestinaux, médicaments de l'asthme et de la BPCO et certains décongestionnants (15). Le tableau II reprend l'ensemble des classes thérapeutiques ayant une influence sur la déglutition, il est adapté selon Wieseke et al. (8).

LA SONDE NASO-GASTRIQUE

L'alimentation par sonde-nasogastrique est la technique de référence pour les patients incapables de s'alimenter de façon partielle ou totale et ayant un tube digestif fonctionnel. Elle est

TABLEAU II. SIGNES ET SYMPTÔMES DE DYSPHAGIE ASSOCIÉS À LA PRISE DE CERTAINS MÉDICAMENTS

SÉCHERESSE DE BOUCHE Antidépresseurs, antispasmodiques, antihypertenseurs, anticholinergiques, antihistaminiques, bronchodilatateurs, antiparkinsoniens, anticonvulsivants, myorelaxants, antipsychotiques, narcoleptiques, anxiolytiques
DIMINUTION DE LA VIGILANCE Anticonvulsivants, anxiolytiques (alprazolam, diazépam), antispasmodiques (dantrolène, baclofène), antidépresseurs (trazodone, amitriptyline, desipramine), neuroleptiques (halopéridol)
IMMUNOSUPPRESSION Antibiotiques en raison de leurs effets indirects, provoquant glossite, stomatite et œsophagite tels : pénicilline, érythromycine, tétracycline et cytotoxiques
HYPERSALIVATION Anticholinestérases, clonazépam, clozapine
BLOCAGE DE LA JONCTION NEUROMUSCULAIRE Aminoglycosides, toxine botulique
MYOPATHIES Corticostéroïdes, hypolipémiants, colchicine
MYCOSE ŒSOPHAGIENNE Antibiotiques (doxycycline, tétracycline, clindamycine, triméthoprime-sulfaméthoxazole), alendronate, acide ascorbique, zidovudine, suppléments potassiques, sulfate ferreux, quinine, théophylline
DIMINUTION DU TONUS DU SPHINCTER DE L'ŒSOPHAGE Antihistaminiques, diurétiques, opiacés, antipsychotiques, ipratropium, bloqueurs α -adrénergiques, antihypertenseurs (inhibiteurs de l'enzyme de conversion, bloqueurs des canaux calciques), anticholinergiques (atropine, scopolamine)

largement utilisée chez la personne âgée. Elle favorise malheureusement les broncho-inhalations, en raison de l'accumulation de sécrétions et du reflux gastrique dans le pharynx (16). L'incidence des broncho-inhalations est estimée entre 7 à 13 % chez les patients porteurs d'une sonde naso-gastrique (17). La sensibilité et la motricité du pharynx peuvent être affectées par la présence de la sonde naso-gastrique.

L'INTUBATION ENDO-TRACHÉALE

Après une intubation endotrachéale de plus de 48 heures, 44 à 87 % des patients présentent un trouble de la déglutition. La fréquence est plus élevée dans les groupes d'âges, inférieur à 14 ans et supérieur à 55 ans (18). En cas de prise en charge différée, la durée du séjour hospitalier est majorée de 4,3 jours chez les patients présentant une dysphagie modérée à sévère post-intubation (19).

LA DENTITION

Une mauvaise dentition altère la phase orale. Le port du dentier diminue la force de mastication, il altère aussi la sensibilité buccale et les sensations gustatives. L'efficacité diminue de 30 à 75% lors du port de prothèses dentaires. Or, 60 % des personnes de plus de 65 ans sont édentées et portent des prothèses souvent usées et mal adaptées (20, 21).

LA BOUCHE

Les personnes âgées sont à risque de colonisation de l'oropharynx par des germes pathogènes, tels le Staphylocoque Auréus ou par des grams négatifs aérobies, tels le Klebsiella Pneumoniae et l'Escherichia Coli (22). Les inhalations de salive colonisée peuvent donc, à elles seules, provoquer des bronchopneumonies, celles-ci alors souvent plus sévères. Des soins bucco-dentaires adéquats chez les patients âgés en institution permettent de réduire la colonisation de la bouche par des germes résistants (23).

LA SALIVE

Le vieillissement s'accompagne d'une atrophie progressive des glandes salivaires et d'une modification de la salive, qui devient plus épaisse et plus visqueuse. La plupart des médicaments prescrits chez la personne âgée, tels les antihistaminiques ou les antihypertenseurs, diurétiques, antidépresseurs) ont pour effets secondaires de diminuer le flux salivaire. Ces modifications favorisent le développement de mycoses qui augmentent la sensation de sécheresse buccale et peuvent provoquer une dysphagie douloureuse qui s'accompagne secondairement d'anorexie (24).

DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE

Les patients gériatriques ont une prévalence élevée de dysphagie. Il est important de pouvoir identifier précocement les troubles de déglutition par un dépistage adéquat. Les tests de dépistage décrits dans la littérature concernent exclusivement les patients atteints d'AVC (25-27). Ces tests associent des données anamnestiques avec ou sans tests paracliniques. Seul, le test à l'eau sera décrit, il est largement utilisé et est la référence pour notre équipe de gériatrie. Ce test est rapide, facilement réalisable par tous et reproductible. Il consiste en l'ingestion de 90 ml 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, dite mouillée. Il a été confronté à une FEEST (Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing with Sensory Testing) chez 3000 patients souffrant d'AVC et montre une spécificité de 46% et une sensibilité de 96 % (28). Il a été validé par Suiter et Leder en 2007 dans une large population de patients dont des patients parkinsoniens et déments (29).

MOYENS DIAGNOSTIQUES

L'ANAMNÈSE ET L'HÉTÉROANAMNÈSE

L'anamnèse 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, gastroentérologiques et les éventuels traitements concomitants, souvent mis en cause dans la dysphagie.

La nature du trouble est 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'«avaler de travers»? Combien de temps mettez-vous pour manger votre repas ? Perdez-vous du poids ? Avez-vous fréquemment des infections pulmonaires ?

Les symptômes typiques sont, pour la phase orale, l'incapacité de fermer les lèvres avec présence d'un bavage, les difficultés de mastication, la diminution de la mobilité de la langue, la présence de résidus buccaux et une difficulté à initier la déglutition. Pour la phase pharyngée, une incapacité à avaler, une toux, une voie mouillée, un reflux nasal, des modifications de la voix avec sons mouillés ou raucité et un blocage de nourriture dans la gorge. On peut aussi observer un mauvais goût en bouche au réveil, une douleur retrosternale ou une régurgitation de nourriture dans le pharynx (30).

Les symptômes atypiques rendent compte des retentissements physiques et sociaux et informent sur l'ancienneté 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 physique, on peut assister à

une altération de l'état général avec une perte de poids et la présence d'infections broncho-pulmonaires à répétition. Le tableau III reprend les symptômes typiques et atypiques pouvant révéler l'existence d'une dysphagie (31).

L'EXAMEN CLINIQUE GÉNÉRAL

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

LE BILAN PARACLINIQUE

Le bilan paraclinique de base 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.

LE BILAN LOGOPÉDIQUE

Il débute par la prise de connaissances des informations révélées par l'anamnèse/hétéroanamnèse. Il se poursuit par un examen clinique centré sur l'état général (état d'éveil, contexte médical) et sur les fonctions associées à la déglutition. Il se termine généralement par l'observation des symptômes lors des essais alimentaires ou lors de la prise d'un repas.

TABLEAU III. SYMPTÔMES D'ALERTE DE LA PRÉSENCE D'UNE DYSPHAGIE

SYMPTOMES TYPIQUES Toux au cours des repas Modification de la voix au cours de repas Douleur ou gêne en avalant Blocages alimentaires Reflux d'aliments par le nez
SYMPTOMES TYPIQUES SOUVENT NEGLIGES Bavage Raclement de gorge Maintien prolongé des aliments en bouche Réduction des prises alimentaires Allongement de la durée des repas Refus de manger en société
SYMPTOMES ATYPIQUES Perte de poids Modifications respiratoires au cours de l'alimentation Encombrement bronchique Infection broncho-pulmonaire à répétition Episodes fébriles inexpliqués

Au niveau de la fonction respiratoire, le logopède apprécie la capacité à tenir une apnée, à réaliser une toux ou un hémage volontaire. Au niveau des capacités fonctionnelles, il observe la qualité de la station assise et de la mobilité cervicale (raideur, hyper-extension spontanée). Au niveau des fonctions supérieures, il évalue la voix, la parole, le langage, mais aussi les capacités cognitives (attention, mémoire, ...). Il porte une attention particulière à l'anatomie, la motricité et la sensibilité oro-faciales et pharyngées. L'examen des paires crâniennes ne suffit pas. Il faut rechercher les facteurs déclenchants ou favorisants tels la xérostomie, l'édentation, les mycoses. L'ascension laryngée est appréciée par l'inspection et la palpation du larynx lors d'une déglutition. L'amplitude du mouvement renseigne sur le degré de bascule de l'épiglotte et le niveau de protection des voies aériennes. Le réflexe nauséeux a été longuement testé, mais il semble actuellement bien démontré qu'il n'est pas pertinent pour établir le diagnostic ou évaluer le pronostic (32).

Si les conditions minimales de sécurité sont assurées, des essais alimentaires sont réalisés en proposant au patient d'avaler des volumes croissants, de texture plus ou moins homogène, afin de repérer les symptômes de la phase orale et pharyngée. Le test à l'eau de De Pippo est un test de dépistage qui ne doit pas être utilisé tel quel chez un patient dysphagique, car il expose à un trop grand risque d'inhalation. C'est pourquoi, lors du bilan logopédique chez un patient dépisté «dysphagique», il semble plus raisonnable de réaliser une adaptation du test qui consiste à administrer des bolus croissants (5ml) à la cuillère, puis une gorgée et, en l'absence de trouble majeur, permettre la déglutition libre au verre (33).

Au terme de son bilan, le logopède doit pouvoir estimer la sévérité du trouble et le risque face à l'alimentation et l'hydratation orales. Il doit orienter la recherche étiologique, argumenter la nécessité d'examen complémentaires et déterminer les moyens d'adaptation et de rééducation du trouble (34).

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Le choix des tests complémentaires est orienté par l'interrogatoire, l'examen clinique et logopédique. Les trois examens principaux sont la nasofibroscopie, le transit pharyngo-œsophagien avec baryte et la manométrie. D'autres examens complémentaires peuvent être réalisés selon l'orientation diagnostic : gastroscopie, scintigraphie, imagerie du cou ...

La nasofibroscopie avec ou sans FEEST, réalisée par un ORL, permet une description morphologique et fonctionnelle du pharyngo-larynx et une évaluation des réflexes laryngés. Un endoscope flexible est passé par voie nasale pour visualiser le larynx et le pharynx. Des essais alimentaires sous forme d'eau gélifiée peuvent être réalisés afin d'étudier la phase pharyngée. La sensibilité peut également être testée. Cet examen peut être réalisé au chevet du malade et nécessite peu de participation de celui-ci, d'où son intérêt chez les patients peu compliants en raison de troubles cognitifs ou dans le décours d'un AVC (35).

Le transit pharyngo-œsophagien avec baryte permet une évaluation fonctionnelle par la visualisation et l'analyse de séquences radiologiques pendant les phases de déglutition. Différentes textures et positions de la nuque peuvent être testées. Ils s'agit de l'examen idéal pour visualiser l'élévation laryngée, la relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage et la contraction du pharynx. Il détermine également le temps de la phase orale et pharyngée, il identifie les aspirations et les récessus pharyngés (36). Les difficultés inhérentes à cet examen sont le transport du patient vers la salle de radiologie et le maintien de la posture pendant l'examen. Il est également observateur dépendant (37).

La manométrie pharyngo-œsophagienne est souvent réalisée dans le contexte d'une dysphagie inexpliquée par les autres examens complémentaires. Elle permet l'étude des ondes de contraction pharyngées et œsophagiennes (amplitude, durée et propagation) ainsi que l'évaluation de la relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage et la pression du sphincter inférieur de l'œsophage (38).

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION (39, 40)

L'infirmier dépiste les signes d'alertes rencontrés au cours de l'alimentation, il installe correctement le patient pour les repas, au fauteuil de préférence, la tête dans l'alignement du tronc et le cou légèrement fléchi. Il veille à la bonne hygiène buccale et au port des prothèses dentaires. Il s'assure de la bonne mise en pratique des consignes médicales et logopédiques. Le logopède, grâce aux observations obtenues à l'issue de son bilan, va adapter la texture des aliments (par exemple, liquides épaissis en cas de retard du réflexe de déglutition, aliments semi-liquides pour pallier un déficit d'ouver-

ture du sphincter supérieur de l'œsophage, ...) et leurs propriétés (par exemple: liquides froids et goûteux pour stimuler le réflexe de déglutition). Il peut proposer la mise à jeun et le recours à l'alimentation et/ou l'hydratation artificielle. Il travaille les postures lors de la déglutition afin d'agir sur l'anatomie du pharynx et, par conséquent, sur l'orientation du bol alimentaire. La posture la plus utilisée est l'antéflexion de la tête qui permet de protéger les voies respiratoires par le recul de la base de langue. Le tableau IV résume les consignes à respecter lors de la prise d'un repas.

Le kinésithérapeute, sensibilisé à la fonction respiratoire, est parfaitement positionné pour la rééducation des troubles du carrefour aéro-digestif ainsi que pour les nombreuses conséquences respiratoires des reflux, stases ou complications laryngées et pulmonaires des fausses routes alimentaires. Le relâchement de la spasticité ou la clairance des voies respiratoires sont indispensables à une alimentation correcte. Il utilise les moyens classiques de drainage, de gymnastique respiratoire ou d'aspiration trachéo bronchique.

Le diététicien assure l'évaluation de la dénutrition et contrôle les quantités réellement ingérées par le malade. Sa connaissance des textures spécifiques à chaque patient en fonction de l'importance et du type de dysphagie lui permet d'adapter, en collaboration avec le logopède, la nutrition à chaque stade de l'évolution. L'élaboration de menus propres à la dysphagie, dans des termes semblables pour tous, renforce la compréhension entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire et évite bien des incidents et des complications lors de la prise des repas.

L'ergothérapeute conseille, en objectivant les déficits lors du repas, des adaptations en termes d'aides techniques adéquates comme des couverts spécifiques, un antidérapant ou une assiette à rebord pour les hémiplegiques, des ateliers de cuisine thérapeutique permettent aussi d'éduquer le patient et sa famille à la manière de préparer des repas adaptés aux potentialités résiduelles de la personne. Avant la sortie définitive, il peut se rendre au domicile du patient en compagnie de celui-ci, pour le tester en situation de vie réelle et, éventuellement, proposer certaines recommandations.

Le psychologue s'assure de la bonne compréhension du trouble, de l'intégration du sujet dans son entourage, de ses conséquences et décèle un éventuel syndrome dépressif réactionnel. Les troubles de la déglutition peuvent

TABLEAU IV. CONSEILS GÉNÉRAUX POUR L'ALIMENTATION D'UN PATIENT DYSPHAGIQUE

- Veiller à la bonne hygiène buccale (adaptation et port des prothèses dentaires, soins de bouche).
- Environnement calme sans distraction (pas de TV, radio, conversation, etc).
- Position assise tête légèrement inclinée vers l'avant.
- S'asseoir au même niveau que le patient s'il faut lui donner à manger.
- Respecter le rythme du patient.
- Utiliser un verre, une tasse ou une paille mais ne pas autoriser la déglutition à la bouteille ou au verre «canard» qui induit une position cervicale vicieuse.
- Privilégier des boissons froides ou chaudes pour stimuler le système nerveux central
- En fin de repas, vérifier l'absence de résidus dans la bouche
- Être vigilant lors de la prise des médicaments (broyer le comprimé si nécessaire et si cela est autorisé, ou préférer une forme «sirop» ou effervescente).

nuire de façon importante à la qualité de vie et aux échanges sociaux du patient. L'assistant social permet la transmission des informations que ce soit pour se procurer les produits adéquats ou pour assurer les remboursements éventuels auxquels le patient a droit.

Pour qu'elle soit efficace, cette prise en charge pluridisciplinaire 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 comprises.

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 la mise en route d'un tel traitement, l'équipe pluridisciplinaire doit s'interroger sur le cas unique du patient.

La perfusion sous-cutanée, ou hypodermoclyse, peut être utilisée temporairement dans des situations aiguës telles un syndrome infectieux fébrile, un syndrome confusionnel aigu 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 (41).

Dans les cas aigus, comme les traumatismes ou les AVC avec hémiplegie, la sonde nasogastrique permet de pallier l'absence d'alimen-

tation orale pour un temps court en favorisant l'utilisation du tube digestif. Il est conseillé d'utiliser de préférence des sondes de petits calibres, affectant moins les mécanismes de la déglutition que les sondes de gros calibres. La sonde peut être maintenue plusieurs semaines, mais lorsqu'on envisage une alimentation entérale dont la durée sera supérieure à 4 semaines, il vaut mieux avoir recours à une gastrostomie en attendant la récupération partielle ou totale des troubles (42, 43).

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 ni sur l'incidence des infections broncho-pulmonaires, ni sur la survie ou la qualité de vie. Les bronchoaspirations de salive persistent également et le reflux gastro-oesophagien semble potentialisé (44, 45).

CONCLUSION

La prévalence des troubles de la déglutition chez le patient âgé est très élevée, pouvant atteindre les 68 %. Ces troubles prédisposent à la dénutrition, aux infections broncho-pulmonaires à répétition, à l'isolement social et à une diminution de la qualité de vie. Ils accompagnent souvent une pathologie organique générale. Le diagnostic est difficile et repose sur le dépistage des patients à risque avec une anamnèse médicamenteuse et un examen clinique détaillés, associés à d'éventuels examens complémentaires. Les traitements pharmacologiques ou chirurgicaux étant rares, la prise en charge est essentiellement globale et pluridisciplinaire. Elle nécessite l'aide de toute l'équipe pluridisciplinaire, même si le rôle du médecin dans le diagnostic et du logopède dans la rééducation et les consignes de prise en charge sont essentiels.

BIBLIOGRAPHIE

1. Turley R, Cohen S.— Impact of voice and swallowing problems in the elderly. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2009, **140**, 33-36.
2. Lin LC, Wu SC, Chen HS, et al.— Prevalence of impaired swallowing in institutionalised older people in Tai- wan. *J Am Geriatr Soc*, 2002, **50**, 1118-1123.
3. Allepaerts S, Delcourt S, Wisley S, et al.— Promoting factors of laryngeal penetrations in elderly. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2011, **9**, 45-50.
4. Falsetti P, Acciaici C, Palilla R, et al.— Oropharyngeal Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2009, **8**, 329-335.
5. Kalf JG, de Swart BJ, Bloem BR, et al.— Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease : a meta-analysis. *Parkinsonism Relat Disord*, 2012, **18**, 311-315.
6. Gillick M.— When the nursing home resident with advanced dementia stop eating : what is the medical director to do? *J Am Med Dir Assoc*, 2001, **2**, 259-263.
7. Dylan F, Altman KW.— Causes of dysphagia among different age groups. A systematic review of the literature. *Otolaryngol Clin N Am*, 2013, **46**, 965-987.
8. Wieseke Ann, Banz D, Siktberg L et al. - Assessment of early diagnosis of dysphagia. *Geriatric Nursing* 2008,29, 376-283
9. Bleeckx D.— *Dysphagie : évaluation et rééducation des troubles de la déglutition*. 1^{ère} Édition. DeBoeck Université, Louvain-la-Neuve, 2001.
10. Robbins JA.— The evolution of swallowing neuroanatomy and physiology in humans : a practical perspective. *Annals of Neurology*, 1999, **46**, 279-280.
11. Schindler JS, Kelly JH.— Swallowing disorders in the elderly. *Laryngoscope*, 2002, **112**, 589-602.
12. Katsumata V, Sekizawa K, Ebihara T.— Aging effects on cough reflex. *Chest*, 1995, **107**, 290-291.
13. Pelissier P, Finiels H, Poudroux P, et al.— Les troubles de la déglutition du sujet âgé. *La presse médicale*, 2001, **30-33**, 1617-1664.
14. Ekberg O, Feinberg MJ.— Altered swallowing function in elderly patients without dysphagia : Radiologic findings in 56 cases. *AJR Am J Roentgenol*, 1991, **156**, 1181-1184.
15. Hilmer SN, Mager DE, Simonsic EM, et al.— A drug burden index score and functional decline in older people. *Am J Med*, 2009, **122**, 1142-1149.
16. Gomes GF, Pisani JC, Macedo ED, et al.— The nasogastric feeding tube as a risk factor for aspiration and aspiration pneumonia. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 2003, **6**, 327-333.
17. Barry A, Mizock MD.— Risk of Aspiration in Patients on Enteral Nutrition: Frequency, Relevance, Relation to Pneumonia, Risk Factors, and Strategies for Risk Reduction. *Curr Gastroenterol Rep*, 2007, **9**, 338-344.
18. Barquest E, Brown M, Cohn S, et al.— Postextubation fiberoptic endoscopy evaluation of swallowing after prolonged endotracheal intubation: a randomized, prospective trial. *Crit Care Med*, 2001, **29**, 1710-1713.
19. Madison M, King CJ, Wimbish T, et al.— Post-extubation dysphagia is associated with longer hospitalization in survivors of critical illness with neurologic impairment. *Critical Care*, 2013, **17**, R119.
20. Perrier M.— Les affections bucco-dentaires fréquentes du patient âgé. *Rev Med Suisse Romande*, 2003, **123**, 679-683.
21. Lamy M, Mojon P, Kalykakis G, et al.— Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. *J Dent*, 1999, **27**, 443-448.

22. Yoshikawa ThT, Marrie ThJ.— Community-acquired pneumonia in the elderly. *Clin Infect Dis*, 2000, **31**, 1066-1078.
23. Yoneyama T, Yoshida M, Ohru T, et al.— Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*, 2002, **50**, 430-433.
24. Ship JA, Pillemer, Baum BJ.— Xerostomia and the geriatric patient. *J Am Geriatr Soc*, 2002, **50**, 535-543.
25. Smithard DG, O'Neill PA, Parks C, et al.— Complications and outcome after acute stroke. Does dysphagia matter? *Stroke*, 1996, **27**, 1200-1204.
26. Perry L.— Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: identification, implementation and in evaluation of a screening tool for use nurses. *J Clinical Nursing*, 2001, **10**, 474-481.
27. Ickenstein GW, Riecker A, Hohlig C, et al. — Pneumonia and in-hospital mortality in the context of neurogenic oropharyngeal dysphagia (NOD) in stroke and a new NOD stepwise concept. *J Neurol*, 2010, **257**, 1492-1499.
28. 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.
29. Suiter DM, Leder SB.— Clinical Utility of the 3-ounce Water Swallow Test. *Dysphagia*, 2007, **23**, 244-250.
30. Pieker M.— Evaluating dysphagia. *Am Acad Fam Physicians*, 2000, **61**, 3639-3648.
31. Schweitzer V.— Trouble de la déglutition de la personne âgée. *Rev Med Suisse*, 2010, **6**, 1859-1862.
32. Poudroux P, Jacquot JM, Royer E, et al.— Les troubles de la déglutition du sujet âgé : procédés d'évaluation. *Press Med*, 2001, **30**, 1635-1644.
33. Guatterie M, Tison F.— Les troubles de la déglutition: de l'hypersalivation à la fausse-route. *Neurologie*, 2003, **6**, 358-362.
34. Puech M, Woisard V.— *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte : le point sur la prise en charge fonctionnelle*. Ed. Solal, Marseille, 2003.
35. Wooi M, Scott A, Perry A.— Teaching Speech pathology students the interpretation of videofluoroscopy swallowing studies. *Dysphagia*, 2007, **16**, 32-39.
36. East L, Nettles K, Vansant A, et al.— Evaluation of oropharyngeal dysphagia with the videofluoroscopic swallowing study. *J Radiol Nurs*, 2014, **33**, 9-13.
37. Stoeckli SJ, Huisman TA, Seifert B, et al.— Interrater reliability of videofluoroscopic swallowing. *Dysphagia*, 2003, **18**, 53-57.
38. Pandolfino JE, Kahrilas PJ.— AGA technical review on the clinical use of oesophageal manometry. *Gastroenterol*, 2005, **128**, 209-224.
39. Jacquot JM, Poudroux P, Piat C, et al.— Les troubles de la déglutition du sujet âgé: prise en charge. *Presse Med*, 2001, **30**, 645-656.
40. Allepaerts S, Delcourt S, Petermans J.— Les troubles de la déglutition du sujet âgé : un problème trop souvent sous-estimé. *Rev Med Liege*, 2008, **63**, 715-721.
41. Frings M, Latteur V.— *Les alimentations artificielles en fin de vie*. Editions Racine, Bruxelles, 2005.
42. Mann G, Hankey GJ, Cameran D.— Swallowing function after stroke: prognosis and prognostic factors at 6 months. *Stroke*, 1999, **30**, 744-748.
43. Schneider SM.— Nutrition entérale de la personne âgée. *Traité de nutrition de la personne âgée*. Ed. Springer, Paris, 2009, **29**, 259-277.
44. Finucane TE, Christmas C, Travis K.— Tube feeding in patients with advanced dementia. A review of the evidence. *JAMA*, 1999, **282**, 1365-1370.
45. Olins NJ.— Feeding decisions for incompetent patients. *J Am Geriatr Soc*, 1986, **34**, 313-317.

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