La dysphagie
L'évaluation et la prise en charge

Nathalie Bouin, MD

Présenté dans le cadre de la conférence : *La médecine hospitalière*, Fédération des médecins ominpraticiens du Québec, juin 2006

La dysphagie n'est qu'un symptôme d'une maladie sous-jacente. Celle-ci doit être décelée rapidement, car ses conséquences cliniques peuvent être désastreuses.

Copyright
Vente et distribution commerciales interdites
L'utilisation non autorisée est prohibée. Vous pouvez télécharger, afficher, visualiser et imprimer une copie pour votre usage personnel

La **Dre Blouin** est omnipraticienne à l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) et chargée d'enseignement clinique à l'Université de Montréal. Elle est le médecin responsable de la Clinique externe de dysphagie de l'IUGM.

Qu'est-ce que la dysphagie?

La dysphagie se décrit par la difficulté que le patient éprouve à faire passer le bolus alimentaire de la bouche à l'estomac. La dysphagie n'est qu'un symptôme d'une maladie sous-jacente. Elle doit être décelée rapidement, car ses conséquences cliniques peuvent être désastreuses : pneumonie d'aspiration, dénutrition, détérioration de la fonction respiratoire, etc. De plus, les conséquences personnelles de la dysphagie sont graves : anxiété associée aux repas, isolement social, prise de médication perturbée et atteinte de la qualité de vie, entre autres.

Il est souvent nécessaire de faire la distinction entre une dysphagie et une difficulté pour procéder à l'alimentation à cause de limitations physiques ou cognitives, de maladie dentaire ou d'édentation.

La prévalence

La prévalence de la dysphagie est variable et difficile à préciser dans les hôpitaux de soins aigus, mais pourrait se situer aux environs de 10 à 30 %. Dans la population gériatrique, la fréquence varie de 30 à 40 %, et elle pourrait grimper jusqu'à 60 % dans les centres d'hébergement de soins de longue durée.

Tableau 1

Les types de présentation de la dysphagie

- Incapacité à avaler la salive
- Toux pré, per ou post-déglutition
- Bolus ressortant par les lèvres
- Impression de nourriture restant collée dans le pharynx
- Difficultés à propulser le bolus alimentaire
- Sensation de blocage rétrosternal
- Changement de rythme respiratoire
- Dysphagie aux solides *versus* liquides

Tableau 2

L'évaluation clinique de la dysphagie

- Évaluation de l'état de conscience
- Bonne connaissance des étiologies et de la fréquence de la dysphagie comme symptôme
- Examen neurologique complet
- Évaluation du mécanisme oral périphérique (MOP)
- Test de la gorgée d'eau
- Essai alimentaire (si possible)
- Évaluation de repas (si possible)

Quelles sont les maladies à l'origine de la dysphagie?

L'accident vasculaire cérébral (AVC) demeure la cause la plus fréquente de ce problème, surtout chez un patient de plus de 65 ans. Chez un patient plus jeune, outre l'AVC, on doit penser aux TCC (traumatismes cranio-cérébraux), à la dystrophie musculaire (principalement oculopharyngée et myotonique), à la sclérose en plaques et aux cancers ORL et de la thyroïde où la dysphagie peut aussi être la conséquence de la radiothérapie.

La présence de dysphagie est souvent un marqueur d'une pathologie plus grave. Quoiqu'elle puisse être temporaire dans beaucoup d'AVC, (50 % des patients ont une récupération spontanée dans la première semaine), 10 % de ces patients présenteront toujours une dysphagie un mois plus tard. Trois mois après l'événement initial, cette proportion chutera à 1 %.

L'AVC du tronc cérébral montre une incidence de dysphagie élevée d'environ 70 %. La dysphagie est souvent permanente, mais la rééducation est, en général, très efficace, et les patients retrouvent une alimentation agréable avec des techniques de déglutition individualisées.

Chez la personne âgée, mis à part l'AVC, on doit dépister ce problème dans certaines autres pathologies, comme la maladie de Parkinson, la paralysie supranucléaire progressive, la démence et la sclérose latérale amyotrophique. De façon générale, certains diagnostics devraient nous alerter de la présence de dysphagie :

- AVC du tronc cérébral
- AVC bihémisphérique
- AVC hémorragique
- Maladie de Parkinson décompensée ou avec maladie aiguë
- Syndrome de Guillain-Barré
- Trachéostomie en place
- Trauma crânien ou cervical
- Période post-opératoire d'une néoplasie ORL pharyngée
- Période post-radiothérapie cervicale ou cérébrale
- Etc.

La dysphagie est donc une pathologie prévalente dans tous les hôpitaux de soins aigus.

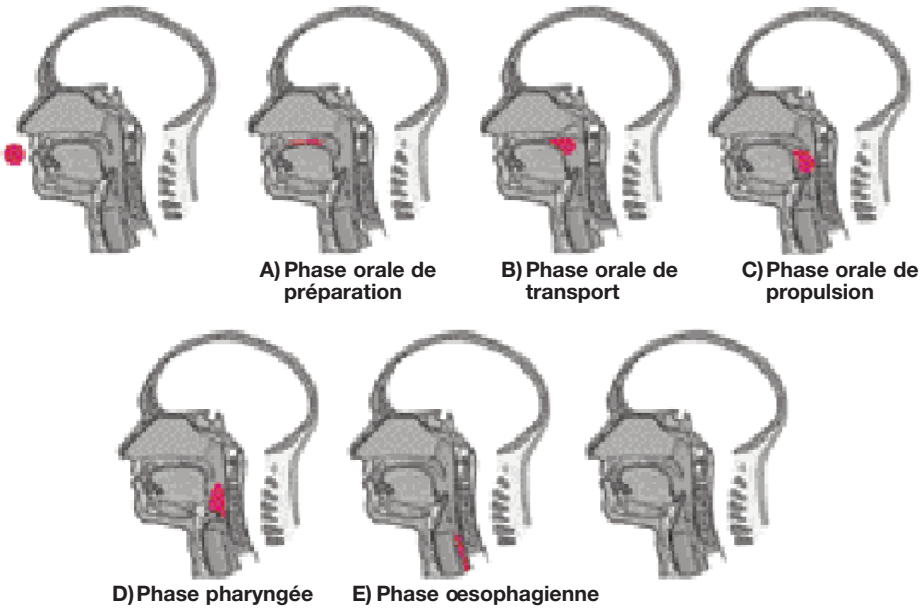

Figure 1. Les phases de la déglutition

Comment faire l'évaluation de la dysphagie?

Les symptômes devant nous faire suspecter un problème de déglutition chez le patient sont détaillés dans le tableau 1. Ces symptômes nous orientent quelquefois facilement vers l'étiologie, mais surtout vers l'atteinte fonctionnelle. Ainsi, la déglutition peut être divisée en plusieurs phases (figure 1). Certaines pathologies ont une atteinte prépondérante pour l'une ou l'autre des phases.

Le rôle du médecin

Le rôle du médecin consiste principalement à :

- déterminer l'étiologie la plus probable du trouble de la déglutition et le pronostic s'y rattachant;
- collaborer avec les professionnels disponibles à l'évaluation complète du problème;
- déterminer avec son patient (ou son répondant) et l'équipe traitante du type d'évaluation à privilégier. Les éléments compris dans l'évaluation clinique sont énumérés dans le tableau 2.

Les évaluations à considérer

L'évaluation médicale comprend un examen physique complet, en portant une attention particulière à l'évaluation cognitive, à l'examen cardiopulmonaire et à l'examen neurologique.

L'examen neurologique

Ce dernier doit comprendre un examen des paires crâniennes, particulièrement les V, VII, IX, X, XI, XIIe paires, et un examen des forces

segmentaires, des sensibilités et du tonus et du mouvement dans le but de déceler un syndrome parkinsonien. Il doit également questionner la présence de reflux gastro-œsophagien, de maladie pulmonaire, d'insuffisance cardiaque et de dénutrition préalable, qui peuvent compliquer un problème de déglutition.

Le test de la gorgée d'eau

Le test de la gorgée d'eau (sensibilité 42 à 86 %, spécificité 30 à 59 %) consiste à administrer 3 à 5 cc d'eau claire au patient et à vérifier la qualité vocale après la déglutition. Ce test, fréquemment utilisé au chevet du patient ou en bureau, est un guide clinique intéressant, malgré de faibles valeurs statistiques.

Les examens complémentaires

En complément de l'évaluation clinique, il existe des tests, tels que la vidéofluoroscopie, le FEES (*Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing*), le FEEST (*Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing and Sensory Testing*) et la manométrie.

La vidéofluoroscopie de la déglutition est, depuis plusieurs années, le meilleur examen pour l'évaluation. Elle réussit, à l'aide d'aliments de diverses textures et consistances et enrobés de baryum, à visualiser différentes phases de la déglutition, leur séquence et l'apparition d'aspiration laryngée. Elle nous montre les réactions laryngées à l'aspiration et nous permet, à travers l'étude des diverses phases et la présence des résidus pharyngés alimentaires, d'évaluer le risque d'aspiration. Ce dernier est important à évaluer, car l'absence d'aspiration laryngée, lors de ce test, n'exclut pas l'aspiration clinique.

Une évaluation complète permet de déterminer plus facilement les risques d'aspiration et d'étouffement présents pour chaque patient. Ces risques devraient être discutés en équipe interdisciplinaire et transmis au patient (ou son répondant) pour lui permettre de prendre une décision éclairée quant au risque encouru à la déglutition lors de l'alimentation orale.

La vidéofluoroscopie de la déglutition est, depuis plusieurs années, le meilleur examen pour l'évaluation.

Q Comment prévenir le risque d'aspiration?

R Le choix de l'alimentation chez la personne dysphagique demeure l'objectif principal des interventions. Malgré des méthodes d'intervention visant à améliorer et à sécuriser l'alimentation orale, on doit, quelquefois, recourir à une voie d'alimentation alternative. Les indications relatives d'une telle alimentation sont surtout l'aspiration trop importante, une dénutrition préalable au problème aigu, des apports per os insuffisants ou une maladie systématique significative. Elles doivent toujours être discutées avec le patient ou son représentant.

La voie digestive devrait être favorisée (gastrostomie, gastrojéjunostomie, jéjunostomie), et la voie parentérale ne devrait être réservée qu'aux patients qui ont une voie digestive inaccessible ou non fonctionnelle.

L'évaluation et la prise en charge d'une dysphagie sont résolument interdisciplinaires, car la dysphagie est un symptôme intéressant pour beaucoup de professionnels de la santé.

À retenir...

- La dysphagie est un symptôme important à déceler, car ses conséquences cliniques sont graves.
- Il est souvent nécessaire de faire la distinction entre une dysphagie et une difficulté pour procéder à l'alimentation.
- L'accident vasculaire cérébral (AVC) demeure la cause la plus fréquente de ce problème, surtout chez le patient de plus de 65 ans.
- La présence de dysphagie est souvent un marqueur d'une pathologie plus grave.
- Le choix de l'alimentation chez la personne dysphagique demeure l'objectif principal des interventions.
- Son approche clinique est toujours interdisciplinaire afin de faire une évaluation complète et d'établir un plan d'intervention adapté au patient et au milieu.

Q Pourquoi parler de dysphagie en pratique hospitalière?

R En médecine hospitalière, les principales étiologies de la dysphagie se retrouvent soit à l'urgence, soit sur les étages. Ces étiologies sont énumérées dans le tableau 3 (page 74), mais peuvent varier selon l'âge du patient.

Q L'évaluation et la prise en charge de la dysphagie touchent-elles plus d'un domaine médical?

R L'évaluation et la prise en charge d'une dysphagie sont résolument interdisciplinaires, car la dysphagie est un symptôme intéressant pour beaucoup de professionnels de la santé. Il n'est pas rare de trouver, autour du patient dysphagique, les intervenants suivants : médecin généraliste, otorhinolaryngologiste, pneumologue, gastroentérologue, neurologue, infirmier(ière), nutritionniste, orthophoniste, ergothérapeute, inhalothérapeute, pharmacien(cienne), physiothérapeute, dentiste, neuropsychologue et tout autre médecin-spécialiste ou professionnel intéressé. La vision propre de chaque discipline permet d'enrichir l'évaluation globale, de préciser le risque d'aspiration et d'élaborer un plan d'intervention complet et personnalisé, basé sur les volontés et les capacités du patient et sur les ressources du milieu. Clin

Tableau 3

Principales étiologies de la dysphagie

Maladies neurologiques	
Vasculaire	Accident vasculaire cérébral ischémique, hémorragique ou lacunaire Accident vasculaire cérébral bulbaire ou hémisphérique Vasculite
Traumatique	Hématome sous-dural Trauma crânien
Tumorale	Tumeur primaire Métastases
Dégénérative	Maladie d'Alzheimer et autres démences dégénératives Maladie de Parkinson (et autres syndromes akinéto-rigides) Dégénérescence cérébelleuse Maladie du motoneurone : sclérose latérale amyotrophique, paralysie bulbaire progressive Paralysie supranucléaire progressive
Musculaire	Dystrophie oculopharyngée et myotonique Polymyosite Myosite à corps d'inclusion Myopathie mitochondriale et métabolique (hyper et hypothyroïdie) Sarcoïdose
Infectieuse	Poliomyélite aiguë ou syndrome post-polio
Neuropathique	Diabétique Paralysie VII (de Bell) Infection à herpès, diphtérie, TB, syphilis Tumorale Syndrome Guillain-Barré
Autre	Sclérose en plaques
Jonction neuromusculaire	Myasthénie grave
Affections anatomiques	
Cavité orale	Néoplasie Xérostomie Post-irradiation
Pharynx	Xérostomie Mycose Complication post-opératoire : par exemple, post-laryngectomie Post-irradiation Ostéophytes cervicaux Diverticule de Zenker
Œsophagienne	Néoplasie Achalasie Spasme œsophagien diffus Trouble de mobilité secondaire au diabète, à la sclérodermie Hernie hiatale Stricture de l'œsophage secondaire au reflux gastro-œsophagien Diverticule de Zenker Compression vasculaire Ostéophytes cervicaux