

Sommaire :

- Généralités
- Corps étranger dans l'hypopharynx p. 3
- Décès par médiastinite suite à une fausse route alimentaire p. 4
- Dysphagie iatrogénique p. 5 et dystonie aiguë d'origine neuroleptique p. 6



TROUBLES DE LA DEGLUTITION- DYSPHAGIE – PRESBYPHAGIE

Généralités.

La dysphagie est une sensation de gêne ou d'obstacle à la progression du bol alimentaire survenant au cours de la déglutition. Deux types de dysphagie sont décrits : la dysphagie oropharyngée (difficultés à initier la déglutition) et la dysphagie oesophagienne (sensation de blocage ou de gêne à la progression du bol alimentaire). Les mécanismes de la dysphagie peuvent être lésionnels (tumeur) ou fonctionnels (trouble moteur). L'une des conséquences des troubles de la déglutition est la fausse route.

La prévalence de la dysphagie augmente avec l'âge. **En 2009, un groupe de travail composé de gériatres et de pneumologues a publié un article « Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses » dans la revue « Gériatrie et Maladies Respiratoires »*** qui estimait la prévalence de la dysphagie entre 8 à 15 % pour les personnes âgées à domicile, entre 30 et 50 % pour les personnes âgées résidant en institution et enfin entre 10 et 15 % des personnes âgées hospitalisées. La mortalité imputable aux conséquences de la dysphagie était estimée à 4 000 décès par an en France.

Les symptômes de la dysphagie apparaissent fréquemment dans un contexte pathologique. On peut citer l'AVC, la SLA, les traumatismes craniocérébraux, les démences, les cancers ORL, la maladie de Parkinson, les suites de la dénutrition principalement chez les personnes âgées, la iatrogénie médicamenteuse, et les états dentaires

médiocres. Les conséquences cliniques sont nombreuses et souvent graves comme les pneumopathies, les risques de malnutrition et de déshydratation, les difficultés à prendre des traitements médicamenteux. De plus lors des fausses routes itératives les patients développent une anxiété dans le cadre des prises de repas, pouvant aller jusqu'à une perte du plaisir de manger et de boire et entraînent un isolement social, voire une dépression réactionnelle. De même les aidants ou les équipes soignantes en viennent à redouter ces temps de soins relationnels privilégiés qui deviennent des temps de soins techniques à risques.

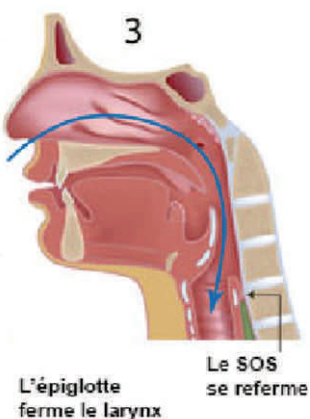
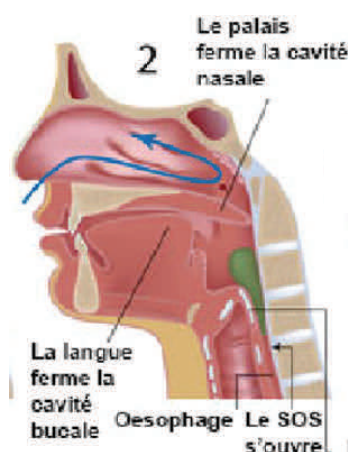
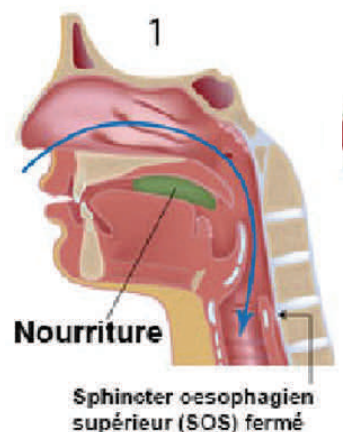
Encore peu de soignants sont formés à ces soins qui deviennent spécifiques pour certains groupes de patients.

Après l'identification, la prise en charge repose sur le dépistage des patients, l'adaptation des textures et d'aliments, l'adaptation du positionnement du patient, le traitement d'éventuelles affections comme les mycoses, des techniques (par exemple l'utilisation de matériels spécifiques, de tests), le recours à des professionnels (orthophonistes, kinésithérapeutes, neurologues, médecins de réadaptation physique) ou l'appareillage comme la gastrostomie. Le traitement dépend de la cause sous-jacente.

*F. Puisieux et coll. Rev Mal Respir 2009 ; 26 : 587-605

Doi : 10.1019/20094092

Généralités suite...



Le dépistage des patients à risques de dysphagie repose sur des symptômes tels que : une gêne pour avaler, un reflux nasal, des fuites alimentaires par la bouche, un bavage excessif, des résidus alimentaires en bouche, un refus complet de s'alimenter, un hémage *, des pneumopathies récidivantes...ces symptômes doivent être signalés au médecin et faire l'objet de transmissions ciblées le cas échéant. Les soignants signalent les difficultés lors des repas comme la toux ou des apnées prolongées ainsi que l'apparition d'une voix « mouillée. »

L'évaluation clinique s'appuie sur une anamnèse et sur l'examen des trois phases de la déglutition (préparatoire, orale et pharyngée). L'examen est réalisé sans prise alimentaire puis en situation d'essais aux liquides et aux solides. Des échelles prédictives du risque de fausses routes peuvent ainsi être établies. Parfois la nécessité de recourir à des examens complémentaires (vidéo-fluoroscopie, examen endoscopique de la déglutition) peut-être indiquée lorsque le bilan clinique est peu contributif. Les traitements suivis par le patient doivent être précisés et la balance bénéfices/risques doit être évaluée. En effet les traitements ayant des propriétés anti cholinergiques , ou de nombreuses thérapeutiques inhalées peuvent être la cause de xérostomie (sécheresse buccale) , de toux... les médicaments altérant ou déprimant les SNC peuvent causer une dysphagie. Les neurolepti-

ques sont responsables de dysphagie par effets extrapyramidaux.

D'autres médicaments peuvent entraîner une dysphagie d'origine oesophagienne (dérivés nitrés, théophylline, inhibiteurs calciques, KCl, disphosphonates...)

L'installation correcte du patient est un facteur essentiel pour réduire le risque de fausses routes; de même que le recours à un matériel adapté selon les difficultés motrices du patient. L'adaptation du régime alimentaire est lui aussi nécessaire. Ceci suppose une formation des équipes soignantes par des professionnels experts. Le travail en équipe pluridisciplinaire est alors primordial. Un objectif commun adaptatif ou réadaptatif coordonne l'ensemble des professionnels (médecins, dentistes, infirmiers et aides-soignants, kinésithérapeutes, diététiciens, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, etc.). Sans oublier d'impliquer le patient et son entourage afin de limiter les répercussions psychosociales et refaire du temps des repas un temps agréable, de partage et de vie.

Parfois des stratégies palliatives doivent être évoquées et mise en œuvre comme la mise en place d'une alimentation entérale ou parentérale, le recours à la gastrostomie per - endoscopique.

Le hémage est une expiration sonore brusque et prolongée, qui peut évoluer sur le mode des réitérations. Ce n'est pas une toux au sens strict du terme, mais son mécanisme semble proche, ses étiologies semblent similaires et les deux peuvent être associés chez un même patient. Il consiste à racler la gorge de façon répétée, chronique et régulière. Il a pour but de débarrasser le pharynx des mucosités qui l'encombrent.

1/ Corps étranger dans l'hypopharynx.



« Lors de son hospitalisation dans un service de chirurgie, la présence des 2 prothèses est cochée sur la fiche de liaison mais leur présence n'est pas vérifiée de visu. »

Un patient de 84 ans, est hospitalisé, pour une thrombose de l'artère poplitée droite et nécrose du troisième orteil du pied droit dans un contexte d'artérite stade IV. Il est prévu une intervention de type désobstruction artérielle. Le patient est atteint de plusieurs comorbidités (hémiplégie, diabète, phlébite récente avec traitement par AVK), et notamment d'une aphasie séquellaire limitant la communication. Il est résident en EHPAD. Sur la fiche de liaison remplie lors de son départ de l'EHPAD,

il est noté que le patient est habituellement porteur de 2 prothèses dentaires amovibles.

Lors de son hospitalisation dans un service de chirurgie, la présence des 2 prothèses est cochée sur la fiche de liaison mais leur présence n'est pas vérifiée de visu. L'équipe soignante constate un encombrement bronchique marqué. Le patient suit un régime mixé et son entourage très présent assure l'aide à la prise du repas.

Le matin de l'intervention,

une infirmière va prendre en charge le patient et retirer, pour la préparation à l'intervention, une seule prothèse visible.

Le lendemain de l'intervention, une prothèse amovible dentaire est retirée de l'hypopharynx devant l'aggravation de l'encombrement bronchique.

Cinq jours après l'intervention le patient décède dans un tableau de coma hyperosmolaire dans un contexte de pneumopathie bilatérale grave.

Les actions proposées ...

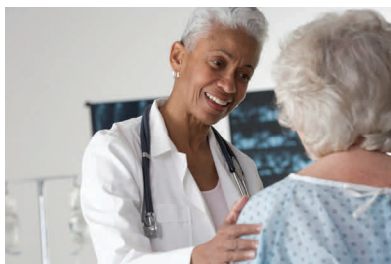
L'élaboration d'une check-list spécifique pour des patients particuliers et notamment non communicants pour « coller » aux besoins des professionnels de santé et éviter la complétude mécanique des fiches de renseignements de type fiche d'accueil a été proposée à l'équipe soignante suite à l'analyse approfondie des causes, le service accueillant beaucoup de patients âgés adressés par des EHPAD. Une sensibilisation de l'ensemble des professionnels concernant ce type d'événement indésirable avec présentation du nouveau support de traçage a été effectuée.

De plus un protocole de prise en charge concernant les soins spécifiques des patients dépendants pour les actes de la vie courante (notamment les soins de bouche, le positionnement du patient pour l'alimentation, la prise alimentaire et sa délégation) avec clarification des fonctions et des tâches propres de chacun dans la prise en charge des patients a été réalisée pour permettre d'améliorer la qualité des relations entre les équipes de soins et l'entourage des patients tout en légitimant la place de cet entourage. Dans cette analyse il a été impossible de savoir si le pa-

tient était arrivé dans l'établissement avec ses 2 prothèses dentaires. L'encombrement bronchique est noté dès l'accueil en hospitalisation. Cependant l'absence de recherche effective de la présence des 2 prothèses alors que leur présence est recopiée de la fiche de liaison fournie par l'EHPAD à la fiche d'accueil du service, puis la non prise en compte de l'absence d'une prothèse indiquent une sous-estimation du risque d'inhalation de corps étranger ou de fausse route dans une population pourtant à risque.



2/Décès par médiastinite suite à une fausse route alimentaire



Jerry Logemann (2007)
définit la presbyphagie

comme :

« l'ensemble des effets du processus de vieillissement sur le mécanisme de déglutition »

Un patient de 74 ans, est hospitalisé dans le service de gérontopsychiatrie en hospitalisation libre. Il est hospitalisé pour une acutisation de sa schizophrénie accompagnée d'hallucinations acoustico-verbales. Un traitement par neuroleptiques est équilibré et adapté. Au cours de son séjour, le patient présente toujours des épisodes d'hallucinations acoustico-verbales, et les soignants notent son comportement hyperphagique. Un discours incohérent avec un comportement perturbé re-

quiert la nécessité d'une surveillance étroite. Le soir du 04 décembre, à 19h50, après la prise du repas dans le réfectoire du service, le patient demande un supplément de pain qui lui est accordé. Il se rend dans le hall et s'installe dans un fauteuil. L'aide soignante entend un bruit et constate que le patient a les yeux révoltés. Elle appelle immédiatement ses 2 collègues infirmiers qui constatent une probable fausse route alimentaire. Un des infirmiers procède à plusieurs reprises à la manœuvre de

Heimlich, sans succès. La seconde infirmière aide son collègue à mettre le patient en position latérale de sécurité et prend le sac de secours. Un appel au SAMU est réalisé. Les IDE tentent les gestes de réanimation d'urgence (mais le sac n'est pas complet), sans succès. Le SAMU après recherche du service concerné en raison d'un défaut de signalisation, prend en charge le patient et l'emmène au CH proche. Le patient est hospitalisé en service de réanimation où il décède d'une médiastinite trois jours plus tard.

Gérontopsychiatrie et presbyphagie...

Le bilan neurologique de la déglutition est important chez la personne âgée, d'autant plus que ces troubles de la déglutition s'associent à des troubles psychiatriques du comportement alimentaire et aux effets indésirables des neuroleptiques.

Lors de l'analyse approfondie des causes menées avec les soignants plusieurs facteurs précipitant ont été relevés comme un état dentaire très délabré, une absence de compréhension des consignes données par les professionnels concernant les prises alimentaires de type hyperphagique, une sous-estimation des effets secondaires des traitements nécessaires pres-

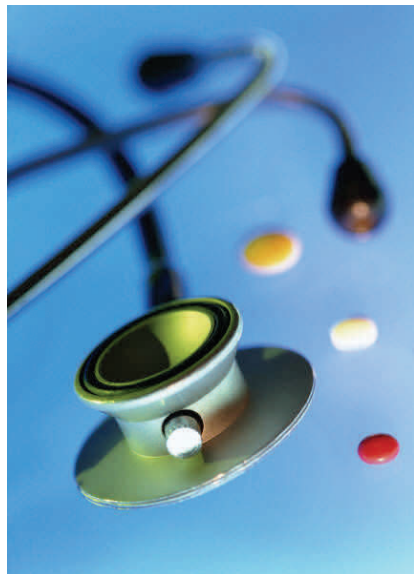
crits, une défaillance dans l'exécution de la surveillance de fausses routes alimentaires pourtant inscrites dans le plan de soins mais **sans protocole pour mettre en œuvre cette surveillance**, l'absence de bilan de déglutition pour une population âgée à risques multiples (état buccodentaire, traitements associés, troubles du comportement, etc.).

Suite à cet événement indésirable les responsables du pôle ont mis en place une formation au dépistage des troubles de la déglutition et leur évaluation. Le circuit de prise en charge des urgences vitales au sein du pôle a également été complètement revisité (contenu du sac d'urgence; adaptation des range-

ments pour faciliter la séquence des gestes de réanimation à effectuer; facilitation de l'accès aux locaux par le SAMU tenant compte de l'architecture complexe et des nécessités de sécurisation des locaux ; état des lieux des formations et organisation de formation).

Les cause de la médiastinite ne sont pas connues avec certitude. Les hypothèses évoquées (rupture de l'œsophage consécutive à des efforts de vomissements sur un obstacle aéro-digestif haut, ou hyperpression liée au massage cardiaque externe ?) ont permis des échanges à même de rassurer les soignants dans la légitimité des gestes d'urgences prodigués et leur exécution correctes.





3/ Décès en chambre d'isolement.

Une jeune femme de 29 ans est hospitalisée, le 19 janvier 2014, pour « bizarrerie du comportement ». Elle est accompagnée par sa mère dans le service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique du centre hospitalier C. La patiente déclare être en rupture de traitement depuis un mois. Dans les antécédents de la patiente on retrouve une hospitalisation dans un autre centre hospitalier en 2011 pour troubles psychotiques. Durant cette hospitalisation, le diagnostic de trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique a été posé. Un traitement par olanzapine (Zyprexa®) a été initié. La patiente a ensuite été prise en charge dans un centre médico-psychologique (CMP). Le traitement alors comprenait de l'aripiprazole (Abilify®). Depuis un mois, la patiente est prise en charge dans un autre CMP. L'évaluation réalisée par un entretien médical lors de l'admission montre un contact hermétique ; la patiente est mutique, ne répond pas aux questions et semble très anxieuse. Une hos-

pitalisation libre pour évaluer une probable décompensation psychotique est décidée conjointement. Un traitement est initié et comprend un anti psychotique atypique l'amisulpride (Solian®) et une benzodiazépine.

Le 20 janvier, la patiente est transférée dans une autre unité .

Le médecin conclut au diagnostic de décompensation d'une schizophrénie paranoïde avec ambivalence aux soins. Il pose l'indication d'hospitalisation psychiatrique en urgence sous contrainte et réalise le certificat. Le traitement de fond est modifié avec introduction de la risperdone (Risperdal®).

Un électrocardiogramme réalisé montre un espace QT long, mais l'examen n'est pas renouvelé. Les traitements, de fond et à visée sédatrice, sont adaptés en posologie en fonction de l'état clinique de la patiente tout au long du séjour. Des difficultés sont constatées lors de la prise des médicaments et l'équipe soignante a des difficultés à évaluer si cette prise laborieuse est liée à des troubles de la déglutition par dysphagie iatro-

génique ou en raison d'une opposition de la patiente. Cependant, la symptomatologie clinique reste inchangée et nécessite des adaptations ou switches des traitements sédatifs. Trois semaines plus tard, la patiente présente toujours des angoisses massives, des idées délirantes et de persécution. Elle est placée en chambre d'isolement et le traitement de fond est changé pour de l'aripiprazole (Abilify®) le 11 février. Dans la soirée, la patiente est retrouvée derrière la porte de la chambre d'isolement, en arrêt cardio-respiratoire. Malgré les gestes de réanimation par l'équipe soignante et l'intervention du SAMU, la patiente est déclarée décédée. Devant l'obstacle médical à la délivrance de l'acte de décès par les médecins sur place, la police judiciaire est contactée, puis le procureur de la république qui ordonne une autopsie. La mère de la patiente est informée du décès de sa fille et des circonstances du décès. Les conclusions de l'autopsie ne sont pas connues.



4/ Décès par inhalation massive consécutive à un malaise avec

Un patient de 60 ans est adressé au centre hospitalier spécialisé par les urgences d'un hôpital, sur le mode d'une admission en soins psychiatrique à la demande d'un tiers en urgence. Le patient a été retrouvé par l'aide-ménagère au sol chez lui, présentant des troubles de la conscience. Le diagnostic possible de décompensation psychotique et de syndrome extrapyramidal est évoqué par le service d'urgence. Il est donc admis au SECOP (Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique) et indique être en rupture de traitement depuis plusieurs semaines. L'avis du médecin référent qui suit le patient depuis de nombreuses années pour psychose de type schizophrénique et exerçant dans une unité voisine est demandé. Il suggère,

la symptomatologie extrapyramidale, de prescrire un traitement par clozapine (Leponex®) pour favoriser une amélioration clinique marquée, si le patient accepte cette proposition thérapeutique. Celui-ci refuse le traitement. Il est hospitalisé dans un service.

Au cours des premières semaines, le patient présente toujours un discours peu intelligible et une discordance idéo-affective. Le discours est centré sur son désir de retourner à son domicile. La symptomatologie extrapyramidale reste très marquée. En janvier, le patient accepte l'instauration d'un traitement par clozapine. Fin janvier, le patient est transféré dans l'unité où exerce son médecin référent. L'état clinique évolue peu. Le 9 février, en fin d'après midi, le patient présente une diarrhée profu-

se, suivie d'un malaise vagal après un soin de nursing. Il est placé en PLS et présente des convulsions puis un arrêt cardiorespiratoire. Une réanimation est débutée, puis le SAMU dirige la réanimation. Une fonction cardiaque est récupérée. Le patient est transporté en unité de réanimation médicale. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien et cérébral est réalisé et montre une pneumopathie d'inhalation au niveau thoracique et une colectasie majeure sur un iléus fonctionnel avec une dilatation de plus de 8 cm du grêle, sans bride ni volvulus. Les suites dans le service de réanimation médicale sont défavorables avec une évolution vers une défaillance multi viscérale, un tableau de SDRA. Le patient décède dans la nuit à 2h45.

Dysphagie iatrogénique et dystonie aiguë d'origine neuroleptique.

Les neuroleptiques sont la cause la plus fréquente de dystonie aiguë induite par les médicaments. L'apparition d'une dystonie lors d'un traitement par des neuroleptiques dépend surtout de l'existence de facteurs de risque. Les antécédents de dystonie aiguë constituent le principal facteur de risque, ainsi que l'âge : le risque est élevé pour les patients jeunes. **Dans 95% des cas, la dystonie aiguë survient dans les 4 jours qui suivent l'instauration d'un traitement par un antipsychotique ou une augmentation rapide de la dose.** La dystonie peut toucher n'importe quel groupe musculaire, mais elle survient le plus souvent au niveau de la tête et du cou. Une aggravation de la situation est souvent observée lors de l'activation d'un ou plusieurs groupes musculaires, par exemple à la marche; dans certains cas, la dystonie n'apparaît que lors de certaines activités et pas au repos. Une dystonie généralisée peut également s'observer. Dans certains cas, **un anti cholinergique** peut être associé préventivement cependant il entraînera d'autres effets indésirables dont la dysphagie. Un autre risque rare mais potentiellement fatal est représenté par **les entérocrites nécrosantes sous antipsychotiques**. La survenue de symptômes tels que des douleurs abdominales associées à des vomissements et/ou des diarrhées doit attirer l'attention, car certains cas d'entérocrite nécrosante ont eu une évolution fatale malgré des signes cliniques peu spécifiques. Une vigilance doit être observée, particulièrement chez les patients recevant parallèlement des médicaments connus pour provoquer une constipation (en particulier les médicaments ayant des propriétés anticholinergiques). La phase initiale est brève souvent précédée de quelques jours de constipation puis troubles fonctionnels digestifs (diarrhées-vomissements). La seconde phase est caractérisée par une altération sévère de l'état général.

L'évolution spontanée révèle 40 à 90 % de décès en 2 à 3 jours dans un contexte de choc septique, avec échec des traitements dans 70 à 90 % des cas. 70 cas ont été signalés en France entre 1997 et 2007, 27 patients sont décédés. (M. Le Duff, E. Polard. Bulletin d'Information du Médicament et de Pharmacovigilance 2008 ; 136.

<http://www.adiph.org/documents-de-travail/bulletin-dinformation-du-medicament-et-de-pharmacovigilance/bulletin-du-crim-n-136-mars-avril-2008-enterocolites-necrosantes-sous-antipsychotiques-archivage-des-documents-de-gestion-et-dactes-medicopharmaceut/finishdown>)