

*R4P • Réseau Régional de Rééducation
et de Réadaptation Pédiatrique en Rhône-Alpes*

Les troubles des fonctions d'alimentation : Que faire? Quand et comment?

Dr Bruno Fernandez, MPR CHU St Etienne



Troubles de déglutition

Rappels physiologiques, objectifs et moyens

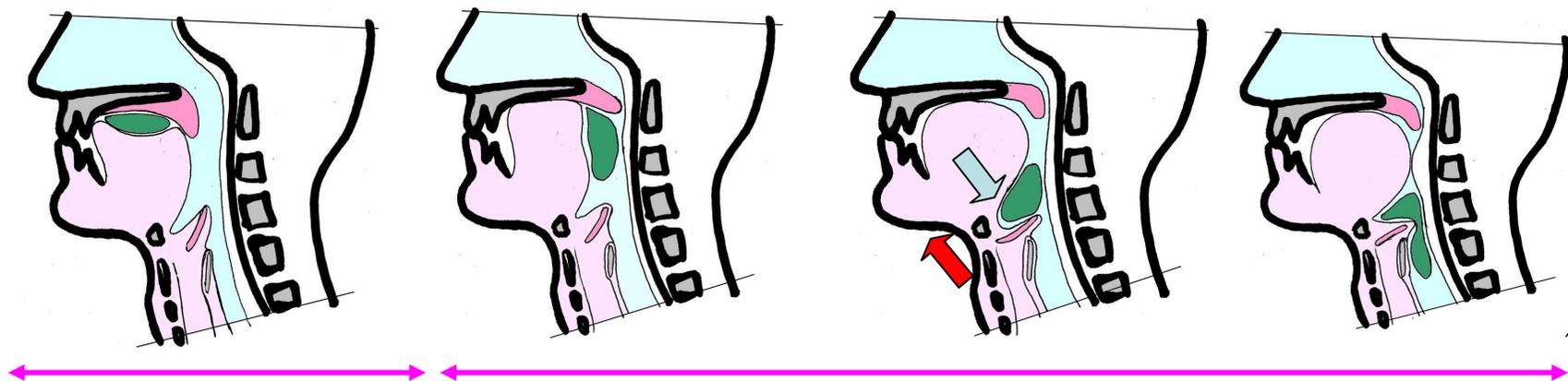
Concepts de base

- Réflexe de déglutition (RD): Avant tout un réflexe de protection des voies aériennes
- L'autre est la toux
- Passage de corps étrangers du pharynx vers l'œsophage sans risque pour les voies aériennes
 - Aliments/boissons → *adaptation*
 - Sécrétions nasales → *soins de nez*
 - Salive → *soins de bouche*

Objectifs: Eviter les Complications

- À court terme
 - Suffocation
 - Inflammation pulmonaire grave (inhalation, pneumopathie de déglutition)
- À long terme
 - Dénutrition
 - Encombrement chronique
 - syndrome infectieux à bas bruit

Les phases de la déglutition



Phase « volontaire »

Phase réflexe, automatique

Rééducation +/- sur des aspects précis, peu en neurologie

Adaptation +++

Postures, éducation

Éducation (patient, soignants, entourage)

Les différentes fausses routes (FR)

- Avant la déglutition
 - Le bol passe avant que le réflexe se déclenche: passage **trop rapide** (liquides) face à un réflexe **en retard**
 - défaut d'homogénéisation du bol (aliments mixtes, dispersibles)
- Pendant
 - Défaut des systèmes de protection du larynx
- Après (FR secondaire ou indirecte)
 - FR à la reprise respiratoire, à partir d'une **stase alimentaire** de divers mécanismes ou d'un reflux nasal
- mécanismes parfois associées chez un même patient

FR: la toux et ses pièges

- Signe principal de FR, mais :
 - est elle efficace pour l'évacuer ?
 - Souvent manquante (T. de sensibilité, « désensitisation »)
- Les FR silencieuses: comment les évoquer?
 - Indices « aigus »: déglutition bruyante, hémhage, **voix mouillée**
 - Indices « chroniques »: encombrement, sd inflammatoire, pics fébriles quelques heures > repas, pneumopathies à répétition, anxiété devant le repas et anorexie...

Évaluation clinique

- Qui?
 - Médecin
 - Kiné (décret de compétence)
 - Orthophoniste
 - ...?
- Interrogatoire, auscultation et examen clinique
- Tests cliniques simples
 - Test de capacité fonctionnelle (**TCF, Michel Guatterie, Valérie Lozano**)
 - Autres tests

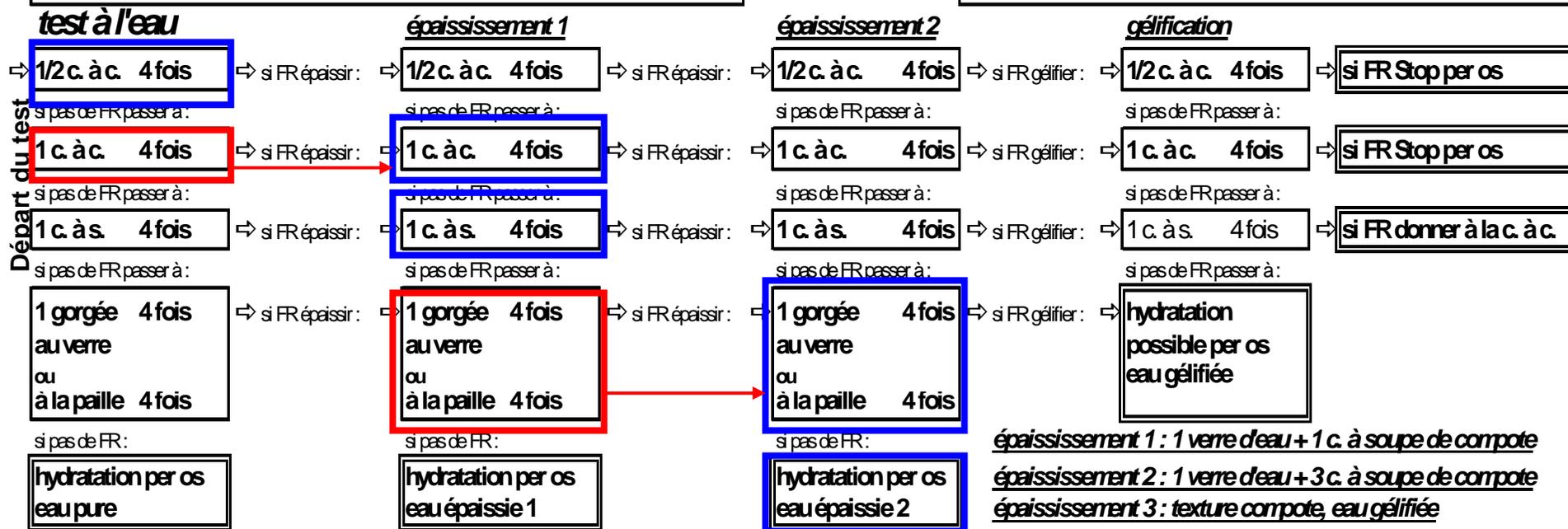
Les troubles des fonctions d'alimentation

TCF partie liquides

Tests de Capacité Fonctionnelle de la Déglutition
 Guatterie, Lozano 1997
 unité de rééducation de la déglutition
 USN Tastet Girard - CHU BORDEAUX

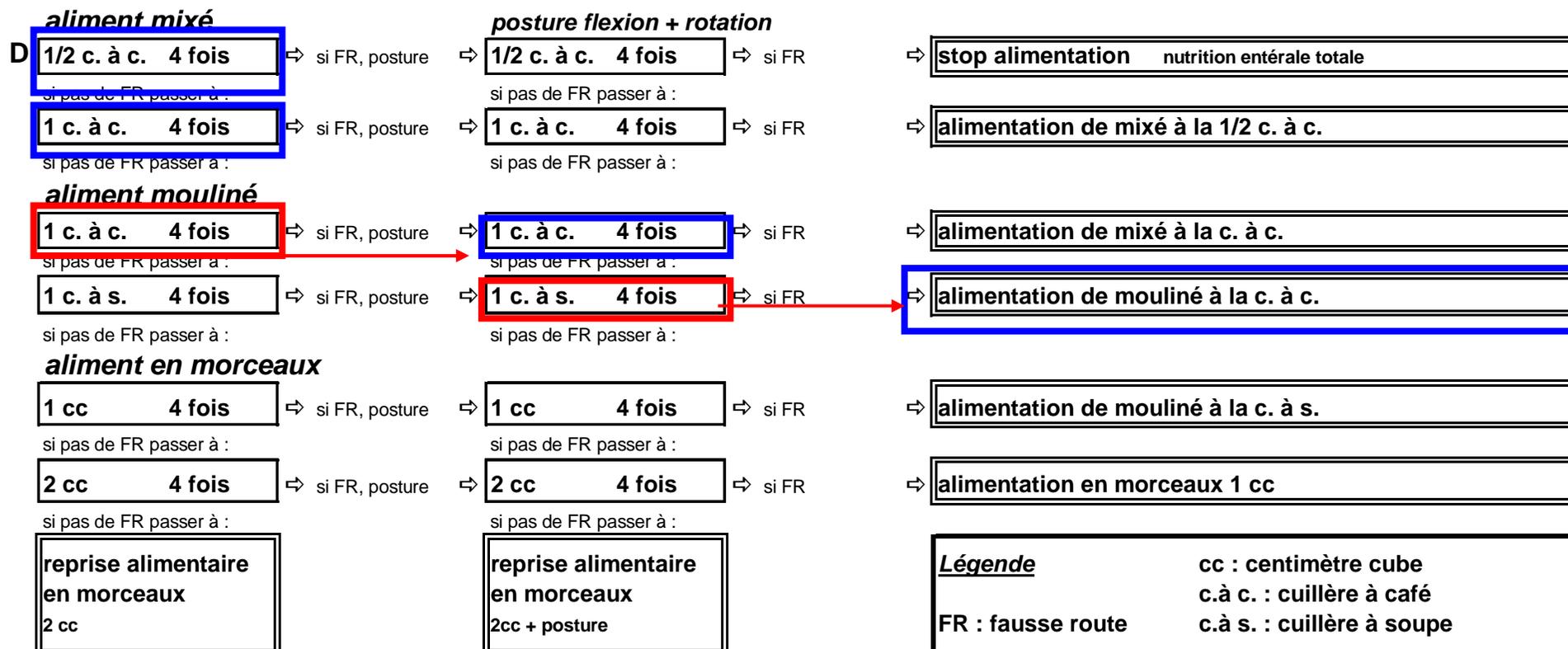
Date du test

Nom du malade



Les troubles des fonctions d'alimentation

TCF partie Solides



TCF: à confronter au quotidien

- **Le TCF peut conclure à des capacités faibles, en volume**
 - Difficilement faisable
 - Longueur du repas incompatible avec un bon apport calorique
- **Mais objectif rééducatif autant que réadaptatif**
 - Apport « rééducatif » en quantité faible
 - Complément d'apport calorique (ex SNG, VVC...)
 - Complément d'hydratation (SC...)
- **Penser à l'endurance**
 - Un patient peut bien déglutir en début de repas, et pas en fin
 - ➔ texture « rééducative » au début, + adaptée en fin

Objectifs de l'évaluation

- Le patient peut-il manger/boire sans danger?
- Si oui
 - Peut-il le faire avec des aliments/boissons normales et en environnement normal?
 - Ou ne peut-il le faire qu'en adaptant ?
- Si non
 - Comment l'alimenter/hydrater ?
 - SNG, VVP ou VVC
 - Gastrostomie, perf sous-cut

Moyens généraux de l'adaptation 1

- Adaptation d'un déficit de force de déglutition (stases)
 - Manipulation de **texture** des Solides
- Adaptation d'un déficit de vitesse de déglutition (réflexe de déglutition trop lent)
 - Manipulation de **texture** des Liquides (épaississements)
 - Stimuler le RD: température, saveur
- **Tenir compte de la fatigabilité, de l'endurance +++++**

Moyens généraux de l'adaptation 2

- Optimiser la protection du larynx, adapter une asymétrie de fonctionnement du pharynx (paralysie unilatérale), gérer les stases pharyngées
 - Postures, installation, éducation
- Comment décider ?
 - En fonction des mécanismes supposés par l'étiologie et +/- confirmés par l'évaluation paraclinique
 - En fonction du TCF

Examens complémentaires ?

- Ssi
 - les examens et tests cliniques laissent des doutes
 - Échec des moyens mis en place
 - Causes mixtes et complexes
 - Contrôle de l'effet des adaptations/postures
- Vidéo-fluoroscopie
- fibroscopie

Hypersalivation (?)

- Souvent hypodéglutition de salive
- Encombrement
- Traiter une cause (soins dentaires, bouche...)
- Aspirateurs de mucosités
- Diminuer la sécrétion salivaire?
 - Bien peser les conséquences
 - « petits moyens » médicaux (patches...)
 - Toxine botulique
 - Voire + (radiothérapie?)

Cadres étiologiques chez l'adulte

- Pathologies aiguës, type AVC
 - Récupération au moins partielle
 - Adapter pour « passer le cap », réévaluations rapprochées
- Pathologies dégénératives
 - Parkinson, SEP, SLA...
 - Réévaluations en fonction du profil évolutif
 - Anticipation: adaptations voire passage à la nutrition entérale
- Presbyphagie
 - Décompensations aiguës
- **Attention à la iatrogénie**

L'IMC adulte, observations personnelles

- « Habitudes » alimentaires acquises tout au long du suivi pédiatrique
- Évoquer ce qui n'est pas toujours vécu comme un problème?
- Intrication évidente avec la problématique respiratoire
 - Cf déformations rachidiennes et thoraciques
- Réflexions sur le rapport quantité/qualité nutritionnelle
- Confronter les tests/recommandations à l'observation en VQ
 - Et à la fréquence des complications
 - Savoir ne pas être trop strict, intolérance au changement
- Problématiques posturales

CONCLUSIONS

- Importance des complications
- Difficile parfois de faire comprendre la nécessité impérative d'imposer une adaptation vite contraignante
- Importance de la conviction de toutes les parties, patient, soignants, famille
- Multidisciplinarité obligatoire donc
 - Formation des intervenants
 - Transmission des infos

Multidisciplinarité!

