

Pathologie digestive

VIELLISSEMENT DIGESTIF DR A. FRAISSE

LES TROUBLES DE DEGLUTITION

Les troubles de déglutition augmentent avec l'avance en âge mais leur prévalence est très mal connue :

- 16 % environ des personnes âgées à domicile,
- 10 à 30% des personnes âgées à l'Hôpital,
- 30 à 68 % des personnes âgées en USLD.

1 - MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES

On observe des modifications modestes des différentes phases de la déglutition avec l'avance en âge:

- Phase orale:

- * mastication moins efficace
- * mobilité et force linguales diminuées
- * diminution de la force labiale
- * diminution des possibilités de succion
- * altérations praxiques
- * altérations sensitives.

- Phase pharyngée:

- * réflexe de déglutition plus lent
- * péristaltisme altéré
- * défaut de relaxation du sphincter supérieur de l'oesophage (SSO)

- Globalement, on note :

- * une déglutition plus lente
- * volume moindre du bolus → Pb de déglutition car il doit être suffisamment formé et volumineux
- * un réflexe de toux diminué → majoration des risques de fausse route.

En fait ces modifications sont très variables d'un individu à l'autre, et sont sans conséquences chez les personnes âgées bien portantes.

2 - FACTEURS ETIOLOGIQUES

- Le vieillissement : on peut penser qu'il «fragilise» la déglutition

- Déficiences liées à l'âge, citons les plus courantes :

- Diminution de l'efficacité masticatoire avec

- * la perte dentaire,
- * les dentiers amovibles,
- * les prothèses mal adaptées, peu suivies

Pathologie digestive

-Sécheresse buccale (xérostomie) >60ans :

* liée à différentes pathologies :

- radiothérapie
- chimiothérapie
- iatrogénie
- diabète
- insuffisance rénale
- dysthyroïdies

* liée à certains médicaments (Pb de la motricité digestive+↓secrétions par les psychotropes) :

- neuroleptiques
- tricycliques

→ Elle va entraîner

* des dysgueusies (perception altérée, permanente, de la saveur des médicaments),

* des douleurs,

* des troubles au niveau des différentes phases de déglutition.

-Prises médicamenteuses :

* certains médicaments vont altérer la fonction musculaire

- neuroleptiques
- benzodiazépines

* d'autres vont altérer la déglutition par le biais

- d'une stomatite
- d'une xérostomie
- d'un trouble de la vigilance

•Pathologies associées

-Neurologiques :

*AVC,

*Parkinson ou apparentés ← cyphose cervicale

← bavage → fausses routes nocturnes

*Alzheimer ← troubles du comportement alimentaire

← gavage rapide → fausses routes

← anorexie par perte du réflexe de manger

← apraxie alimentaire

-pas de bolus

-bavage

-aliments restent dans les joues

-perte du réflexe de succion ????????

*SLA,

*SEP,

*neuropathies périphériques,

*TC.

-Neuromusculaires :

*myasthénie,

*myopathies cortisoniques

*polymyosites

*connectivités.

-ORL :

- *cancers,
- *radiothérapie,
- *chirurgie cervicale,

Pathologie digestive

- *candidoses oropharyngées,
- *diverticules de Zenker.

-Divers :

- *Diabète → xérostomie
→ troubles moteurs
- *Dysthyroïdies
→ anomalies anatomiques loco-régionales
→ anomalies salivaires
- *Ostéophytes cervicaux,
- *Déshydratation,
- *Dénutrition → sarcopénie → fausses routes

-Psychiatrie :

- *dépression
- *démence → troubles du comportement

3 – MORBIDITE DES TROUBLES DE DEGLUTITION

•Retentissement **psychosocial** avec :

- anxiété au moment des repas
- réactions d'isolement.

•Dénutrition - Déshydratation

•Infections pulmonaires:

-Bronchiolites diffuses : inflammation majeure de tout l'arbre bronchique avec, à la radio, RAS. Décrites dans une étude japonaise, elles seraient dues à l'inhalation nocturne de salive.

-Pneumopathies d'inhalation :

Les études sont discordantes quant au lien entre inhalation et survenue de pneumopathies. De nombreux facteurs entrent en ligne de compte :

- *quantité et nature de l'inhalation
- *état buccal (flore pathogène)
- *présence de sonde au niveau des VAES
- *niveau de conscience
- *existence d'un reflux gastrique...
- *dépendance d'un tiers → risque x 2

Pneumopathies de la base droite car bronche souche droite verticalisée.

4 – PRESENTATION CLINIQUE

Les symptômes sont :

- vagues
- discrets
- fluctuants en fonction du contexte (rôle du stress)
- voire nuls

Sont évocateurs :

- fausses routes
- reflux par le nez
- toux
- bavage** +++,
- blocage

Pathologie digestive

- lenteur des repas
- refus de s'alimenter
- pneumopathies.
- changement de voix au cours des repas, voix nasonnée** +++

Il faut également y penser devant un contexte :

- de dénutrition
- déshydratation
- de troubles de la vigilance
- de maladie neuromusculaire

5 - EVALUATION CLINIQUE

•**Interrogatoire** : il portera sur :

- les symptômes (peu de valeur)
- les ATCD
- le retentissement sur :
 - *l'alimentation
 - *qualité de vie

•**Examen clinique** :

- état général
- statut nutritionnel
- état cognitif
- contexte pathologique
- capacité à maintenir la position assise
- possibilité ou non de s'alimenter seul

•**Bilan de l'orthophoniste** :

- anatomie et motricité bucco faciale
- sensibilité oropharyngée
- contrôle salivaire
- maîtrise volontaire de la respiration et de l'apnée
- réflexe :
 - *voile
 - *nauséux
- efficacité de la toux
- analyse d'un essai de déglutition

•**Procédés cliniques complémentaires** :

- le réflexe de toux provoquée (nébulisation d'acide citrique)
- les tests à l'eau : déglutition en une seule fois d'un certain volume d'eau

6- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- **L'examen ORL** : recherche
 - une pathologie endoluminale
 - un dysfonctionnement des cordes vocales

Pathologie digestive

• **La radio vidéographie** : étudie le trajet de bolus radio opaques de volume et de consistance variables.

• **La vidéo endoscopie** : plus simple à réaliser que l'examen précédent (« au lit du malade ») permet d'apprécier les fausses routes salivaires ou alimentaires et d'étudier la muqueuse pharyngée, le fonctionnement des cordes vocales. En revanche, elle n'étudie pas la phase orale.

• **L'oxymétrie** : permet d'étudier les phénomènes de désaturation survenant pendant la déglutition.

7 - PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

• **Que ce soit à domicile ou en institution, il faudrait que le temps de repas soit un moment privilégié de détente et de plaisir :**

- installations agréables et confortables
- calme des locaux
- présentation des aliments...
- rythme adapté à chacun...

• **Les adaptations alimentaires** permettent d'atténuer les troubles de déglutition dans bon nombre de cas.

On privilégie

- les textures homogènes suffisamment liées pour éviter une dispersion dans la cavité, buccale.
- les suppléments nutritionnels du commerce,
- les eaux gélifiées constituent des apports intéressants... mais restent coûteux.

On peut également essayer de jouer sur le pouvoir stimulant des mets ou des boissons :

- température glacée
- glaces
- saveurs acides ou épicées
- eaux gazeuses, sodas...

Il existe aussi des épaississants facilement utilisables pour les potages, les boissons chaudes ou froides.

• **Parmi les techniques utilisées pour pallier aux troubles de déglutition, il faut distinguer trois types :**

- techniques compensatoires,
- techniques rééducatives,
- techniques palliatives.

-Techniques compensatoires:

-**Postures**: elles ont pour but de modifier l'orientation du bol alimentaire en modifiant l'anatomie du pharynx (cf. : annexe 1).

-**Stimulations sensorielles** : elles ont pour but de stimuler l'état d'alerte du SNC.

On utilise :

*soit des bolus « stimulants »

*soit des stimulations thermotactiles

Pathologie digestive

-**Manoeuvres de déglutition** : il s'agit d'utiliser au cours de la déglutition certains procédés volontaires pour améliorer l'efficacité.

-Techniques rééducatives:

Ce sont des méthodes simples :

-de sollicitation musculaire

-d'exercices phonétiques

-de contrôle de l'apnée...

On peut utiliser aussi des techniques plus sophistiquées de biofeedback.

Enfin, il existe des exercices de renforcement de la musculature cervicale antérieure qui donneraient des résultats intéressants.

-Techniques palliatives:

Il s'agit d'utiliser des sondes d'alimentation :

-SNG

-GPE

→ Bénéfice pas toujours évident

→ Morbidité importante

-arrachage

-inhalation

-infections

*locales

*pulmonaires

-Pour terminer signalons que les dysfonctions du SSO peuvent être traitées par une myotomie (bilan soigneux pour bien poser l'indication). Quelques études font également mention de l'utilisation d'injections de toxine botulique qui améliorent (transitoirement) les dysfonctions du SSO.