Dysphagie en réanimation :

Une approche pluridisciplinaire

J. Becquet, infirmière spécialisée en soins intensifs et neuro-rééducation aigue, CHUV – SIA/Unité NRA Lausanne, Suisse

A. Lattion, kinésithérapeute cardio-respiratoire, CHUV – SIA Lausanne, Suisse

I. Physiologie de la déglutition

II. Dysphagie

Impact du séjour en réanimation

III. Notre approche pluridisciplinaire

Prévention selon F.O.T.T.®

Prise en charge : évaluation et traitement

I. Physiologie de la déglutition

II. Dysphagie

Impact du séjour en réanimation

III. Notre approche pluridisciplinaire

Prévention selon F.O.T.T.®

Prise en charge : évaluation et traitement

I. Physiologie de la déglutition

II. Dysphagie

Impact du séjour en réanimation

III. Notre approche pluridisciplinaire

Prévention selon F.O.T.T.®

Prise en charge : évaluation et traitement

I. Physiologie de la déglutition

II. Dysphagie

Impact du séjour en réanimation

III. Notre approche pluridisciplinaire

Prévention selon F.O.T.T.®

Prise en charge : évaluation et traitement

Pas de consensus littéraire

Dysphagie

Altération du transit du bol alimentaire ou de sécrétions (salive, …) de la bouche vers l'estomac.

Inhalation ou « fausse route »

Passage de particules alimentaires ou de sécrétions dans les voies aériennes (VA), avec ou sans mécanismes d'expulsion.

Mécanismes d'expulsion

Moyens de dégagement physiologiques des VA lors d'inhalation : toux, hemmage.

RÔLES DE LA DÉGLUTITION

PROTECTION DES VA

NUTRITION

Woisard-Bassols & Puech, La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte, Deboeck supérieur, 2011
Robert, Réanimation 2004; 417-430
Zuercher et al., Critical Care (2019) 23:103

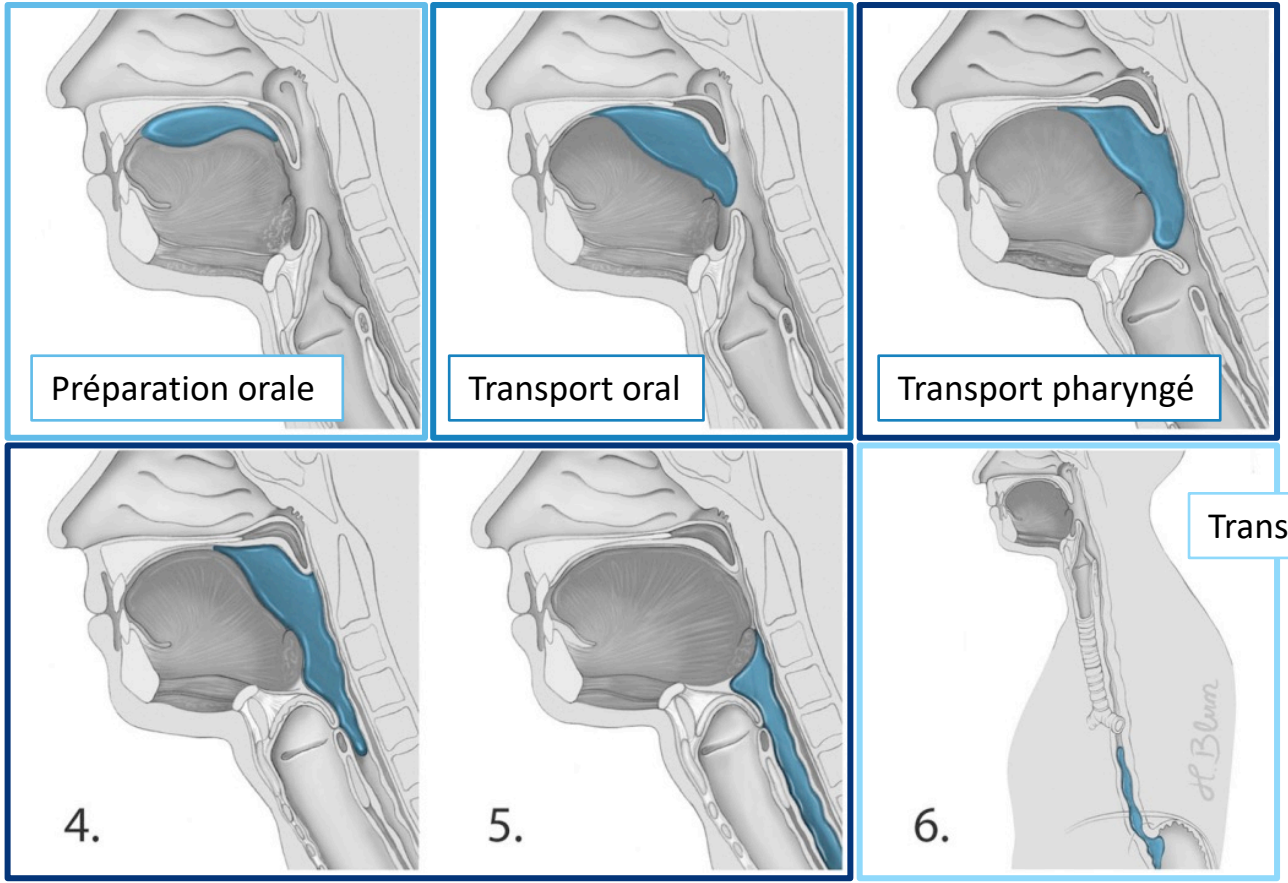
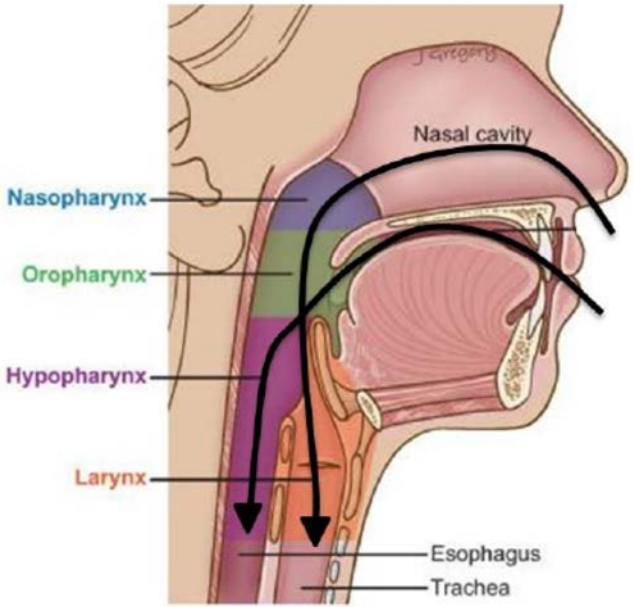


Illustration des phases : Zuercher et al., Critical Care (2019) 23:103

COORDINATION RESPIRATION - DÉGLUTITION



Modification des cycles respiratoires :

- Apnée = protection des VA
- 80% durant phase expiratoire
- Déglutition suivie d'une expiration
- Vt du cycle suivant est augmenté

La respiration prime sur la déglutition !

Woisard-Bassols & Puech, La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte, Deboeck supérieur, 2011
Robert, Réanimation 2004; 417-430

INHALATION OU « FAUSSE ROUTE »

Signe de gravité

Absence inhalation ≠ absence dysphagie

Silencieuse chez 36% des patients !

Aliments, liquides, salive, sécrétions, …

INCIDENCE EN RÉANIMATION

3-62%

- Dysphagie post-extubation
- Médian 41% *(McIntyre et al., 2021)*

Dont 80%

- En présentent encore à la sortie de réanimation

Dont 60%

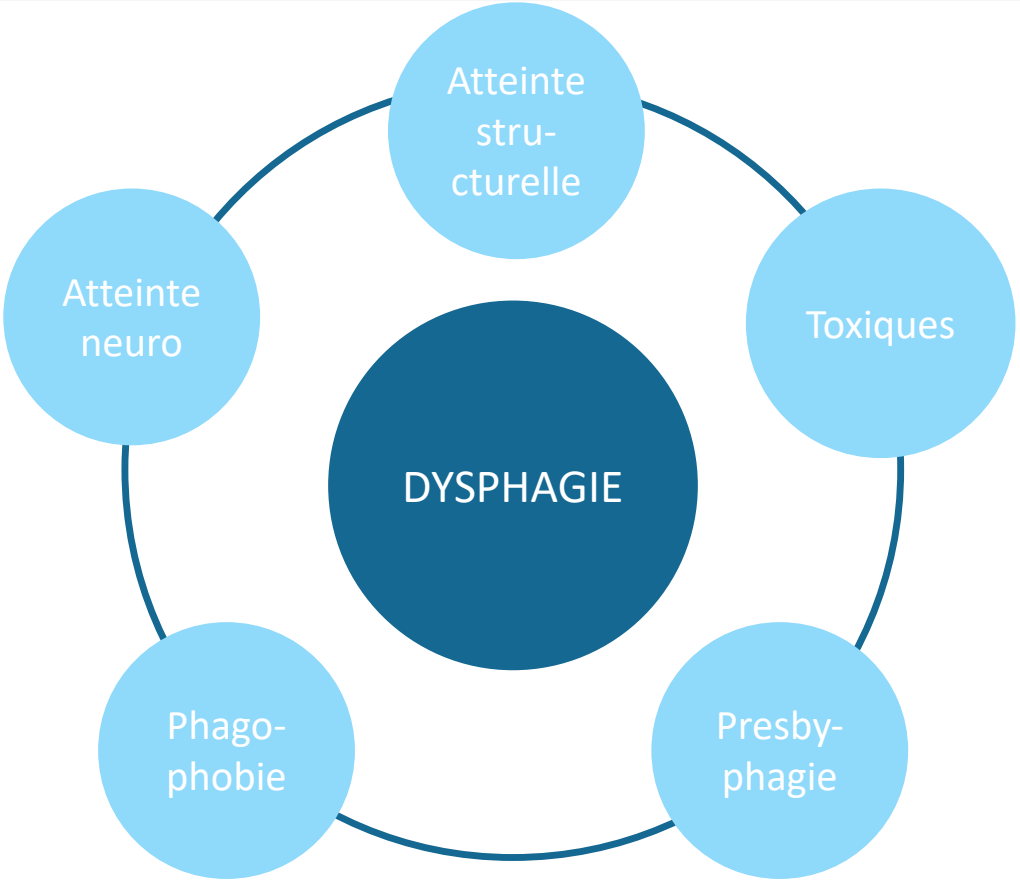
- En souffrent encore à la sortie d'hospitalisation

Zuercher et al., Critical Care (2019) 23:103 // Skoretz et al., CHEST 2010; 137(3):665–673 // Omura et al., Critical Care (2018), 24:70-75

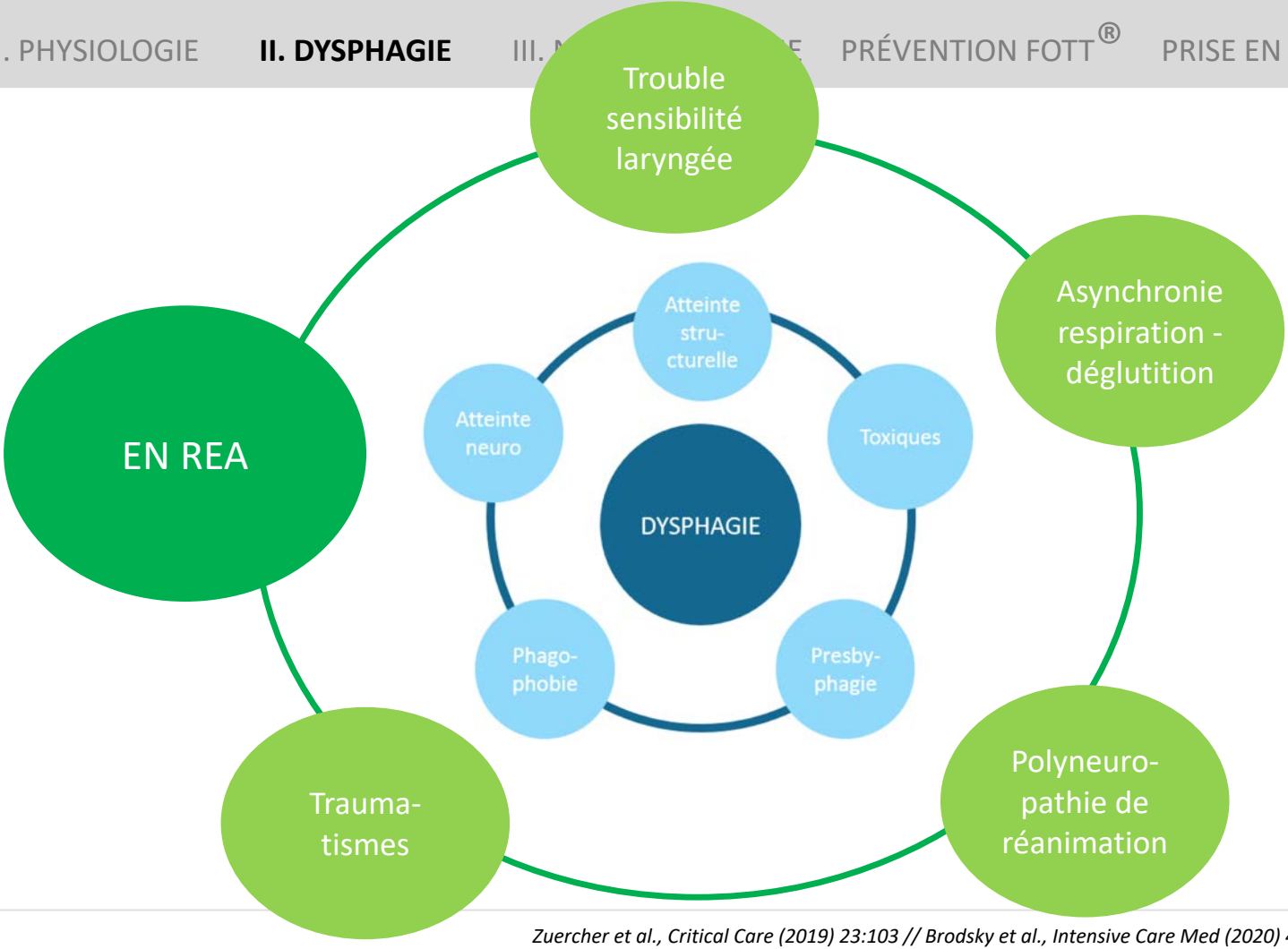
CONSÉQUENCES

Court terme	Moyen - long terme
Inhalation : → Hypoxie, obstruction bronchique, atélectasies, bronchospasme, … → **11x plus de pneumonie** Dénutrition Déshydratation ↑ Séjour en réa et hospitalier	↓ Qualité de vie ↓ Retour à domicile ↑ Morbidité ↑ Mortalité de 9,2% à 90 jours ↑ Coûts de la santé

Zuercher et al., Critical Care (2019) 23:103 // Omura et al., Critical Care (2018), 24:70-75



Zuercher et al., Critical Care (2019) 23:103
Brodsky et al., Intensive Care Med (2020) 46:93-96



Zuercher et al., Critical Care (2019) 23:103 // Brodsky et al., Intensive Care Med (2020) 46:93-96

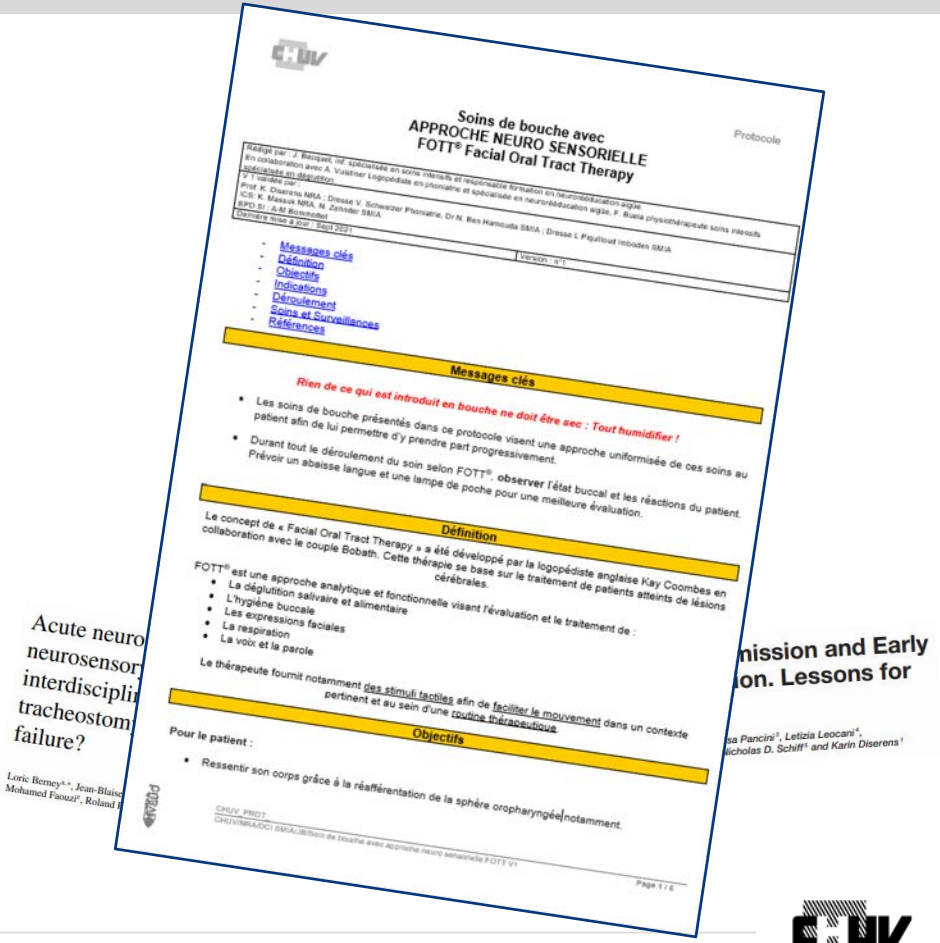
F.O.T.T.® - Facial Oral Tract Therapy

Développée par Kay Coombes selon les principes Bobath®

Approche thérapeutique intégrant :

- Déglutition réflexe
- Prise alimentaire
- Mouvements faciaux
- Voix et parole

→ Application systématique aux soins d'hygiène buccale



Berney et al., NeuroRehabilitation (2014) 34:4 // Pincherele et al., Front Neurol (2020), 25:11-880 // Bicego A, et al., Revue neurologique (2014)

PATIENTS CIBLES

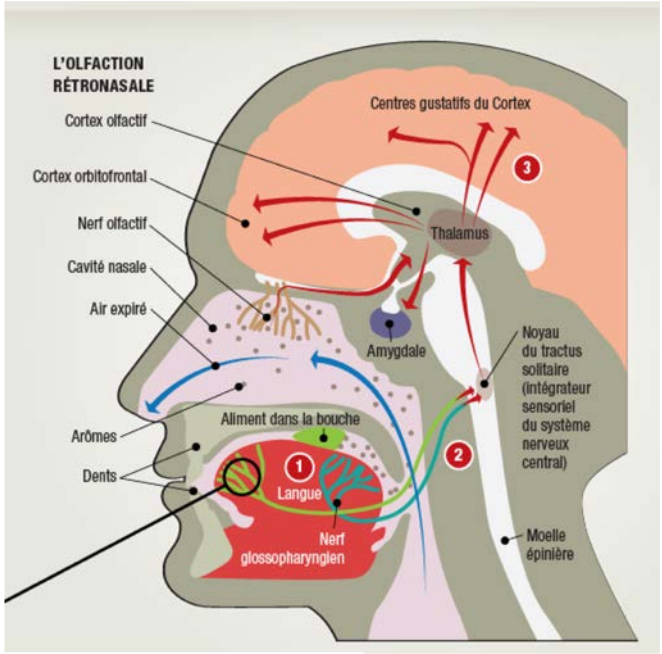
- Intubés ou trachéotomisés
- Avec accès et/ou état buccal problématique
- Dépendants pour soins d'hygiène
- Présentant dysphagie

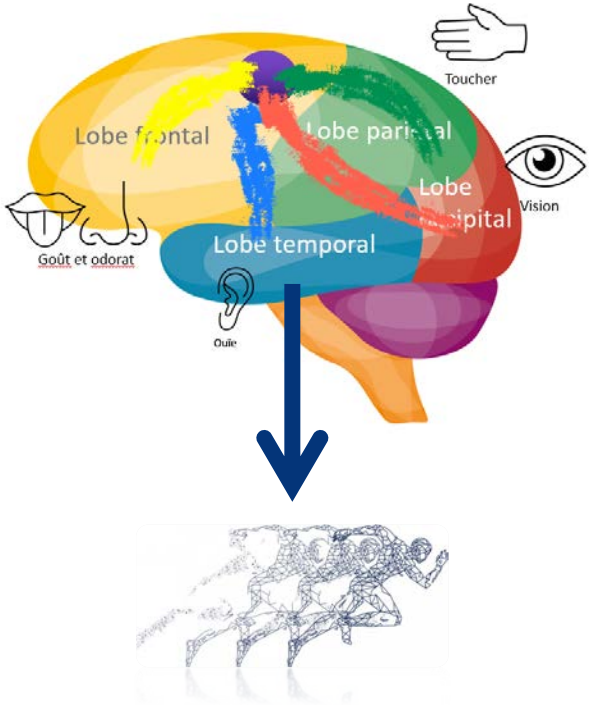
OBJECTIFS

- Limiter déprivation neuro-sensorielle
- Offrir fréquemment la possibilité de déglutir
- Limiter réactions de défense
- Choisir une position favorable
- Ritualiser l'hygiène et l'humidification buccale

https://www.dysphagie.ch/fran%C3%A7ais/diagnostic-et-th%C3%A9rapie/r%C3%A9habilitation-f-o-t-t

Goût - Odorat Fonction Neuro-sensorielle Majeure





Émotion → Mouvement

Attwell C et al., NeuroRehabilitation (2019) 44:4

Principe : Maintenir les fonctions de la sphère ORL

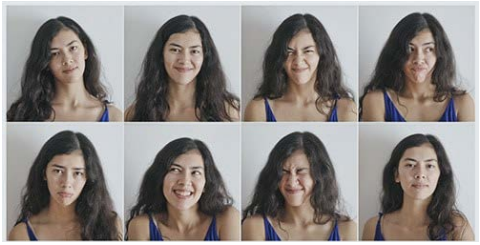
Respirer

S'exprimer

Source de plaisir

Déglutir

Vocaliser / Parler

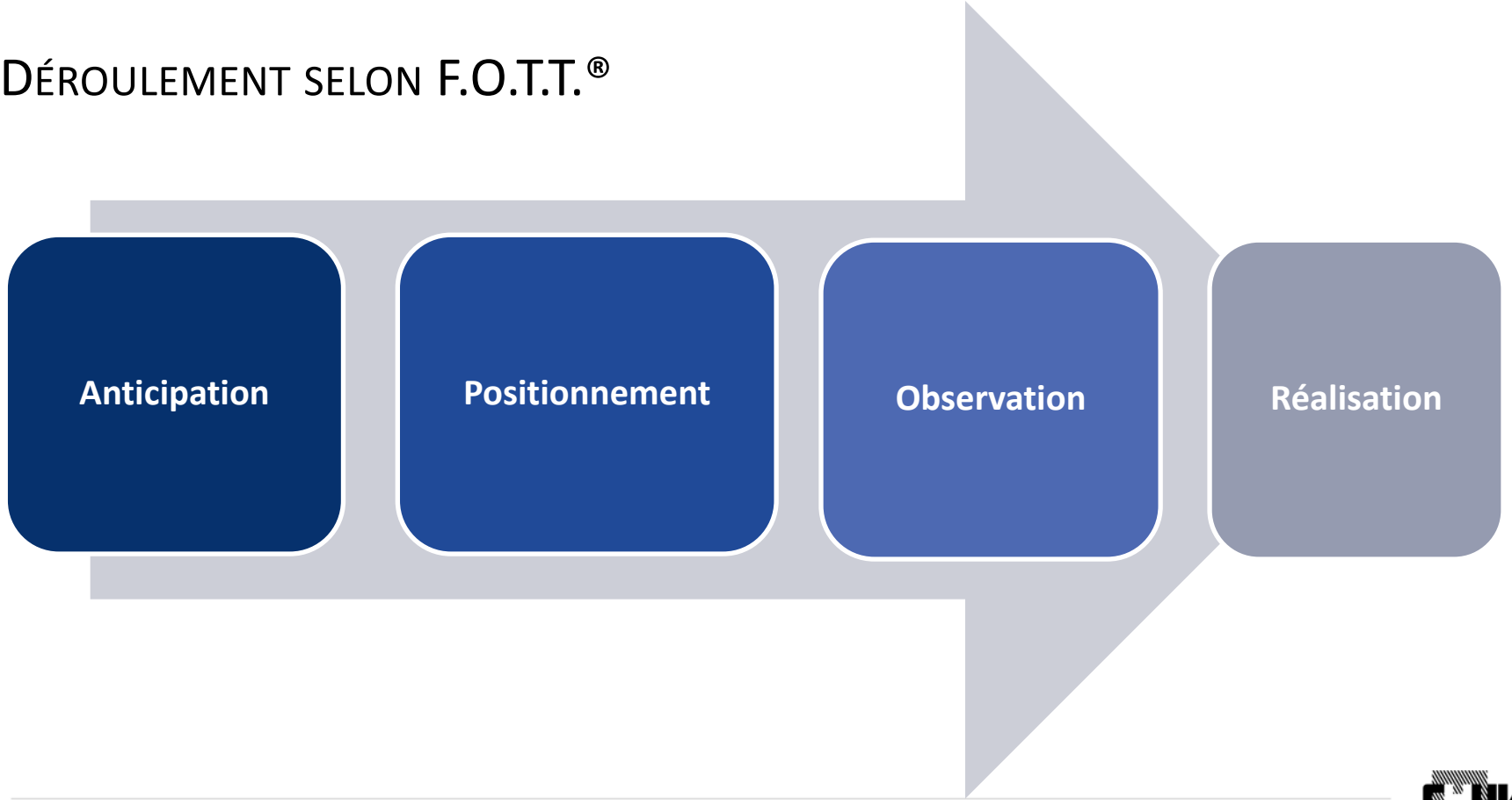


Émotion

Chanter

https://www.dysphagie.ch/fran%C3%A7ais/diagnostic-et-th%C3%A9rapie/r%C3%A9habilitation-f-o-t-t

DÉROULEMENT SELON F.O.T.T.®



Bicego A, et al., Revue neurologique (2014)

Positionnement

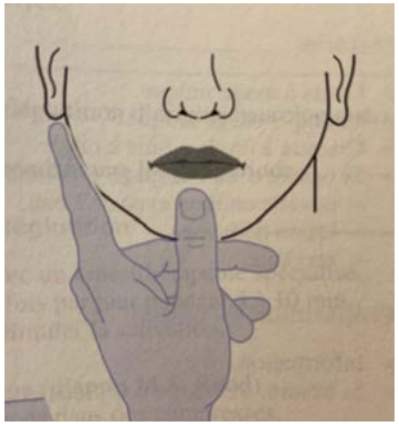
Stable, sécuritaire et confortable → **facilitateur**

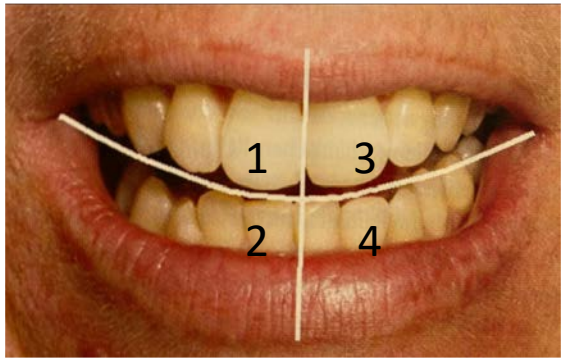
Tête en flexion vers l'avant

Bicego A, et al., Revue neurologique (2014)

Réalisation

- Prise KKG (KieferKontrollGriff®)
  - Contrôle tête
  - Stabilisation mâchoire pour recrutement musculaire
  - Facilitation tactile déglutition
- Par cadran
  - Lèvre supérieure la plus sensible
  - Offrir des temps de pause pour déglutir
- Eau froide





www.formatt.org//Bicego A, et al., Revue neurologique (2014)//L.Ullrich, et al,Check-lists-soins infirmiers.L'infirmière et les soins intensifs Broché 1997

- Positionnement
- Observation
- Aspiration
- Vérification pression
- Prise KKG
- Cadran 1
- Pause pour déglutir
- Cadran 2

Tableau comparatif

Hygiène de la bouche standard	Hygiène de la bouche selon FOTT®	Stimulation buccale selon FOTT®
Eau + dentifrice Chlorhexidine buccale 2X/J (Prévention VAP)	Eau + dentifrice Chlorhexidine buccale 2X/J (Prévention VAP)	Liquide savoureux Sirop , Thé, Café
Brosse à dents Bâtonnets mousse Compresses + gants	Brosse à dents Bâtonnets mousse Compresses + gants	Gants
Position 30°	Position stable sécurisée Assis 45° ou PLS	Position stable sécurisée Assis 45° ou PLS
Laver sécher aseptiser 2X/J Min	Laver sécher aseptiser 2X/J Min	Stimulation neurosensorielle du goût et de l'odorat
	Procédure neurosensorielle coordonnée	Procédure neurosensorielle coordonnée

RECOMMANDATIONS D'ÉVALUATION

Gold Standard	Adaptations en réanimation
Évaluation instrumentale : - Nasofibroscopie - Vidéo-fluoroscopie	1) **Screening** infirmier **systématique** post-extubation ↓ 2) Selon screening : **évaluation complète au lit du patient par thérapeute formé** ↓ 3) Si évaluation précédente non suffisante : **évaluation instrumentale**

Omura et al., Critical Care (2018), 24:70-75

Évaluation comp

Rééducation et ada

Alimentation ave

st à l'eau ✓

Alimentation normale

Service de médecine intensive adulte et Centre des brûlés

Procédure

Déglutition au SMIA

Rédigé par : Justine Busch et Flore Buela	
Validé par la direction élargie du SMIA du : 8.12.2016	
Dernière mise à jour : 8.12.2016	Version : n°1

- Procédure
- Rappel théorique pour les patients des soins intensifs
- Spécificité de la prise en charge de la déglutition avec la canule de la trachéotomie
- En pratique et par étape :

Test de screening
  - Mise en évidence d'une population à risque de développer une dysphagie
  - Test à l'eau réalisé par l'infirmière
  - Rééducation faite par le physiothérapeute
- Transmission infirmière-physiothérapeute
- Complications/ risques/ dangers
- Critères d'arrêt de la prise en charge de la déglutition
- Annexes : Tableau récapitulatif des liquides et textures et Panneau d'indication pour la stratégie à adopter lors de l'alimentation.
- Référence

Procédure

Patient cible : Patient des soins intensifs dont l'alimentation orale est envisagée.

Intervenants :

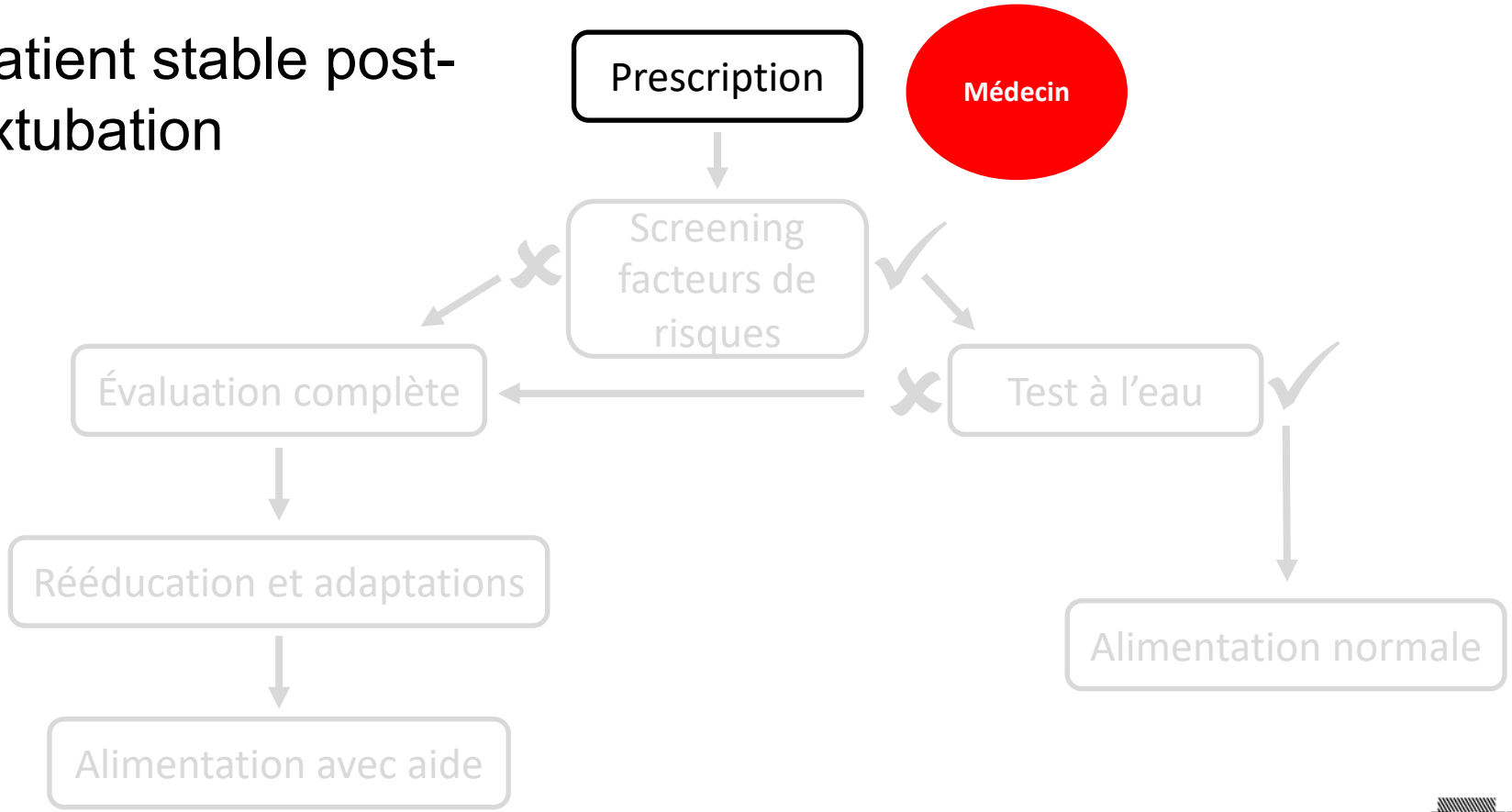
Médecin : Autorise l'essai alimentaire et la rééducation à la déglutition

Infirmière :
- Dépiste les patients à risque :
  - Si patient considéreré à risque → avertir physiothérapeute
  - Si le patient n'est pas à risque → Réalise test à l'eau
- Transmet au physiothérapeute

Physiothérapeute :
- Précise le déficit
- Rééduque
- Met en place une stratégie de prise en charge
- Transmet à l'infirmière la stratégie pour l'alimentation

Aide soignante/ ASSC : Permet l'alimentation en toute sécurité lors des repas

Patient stable post-extubation



Prescription

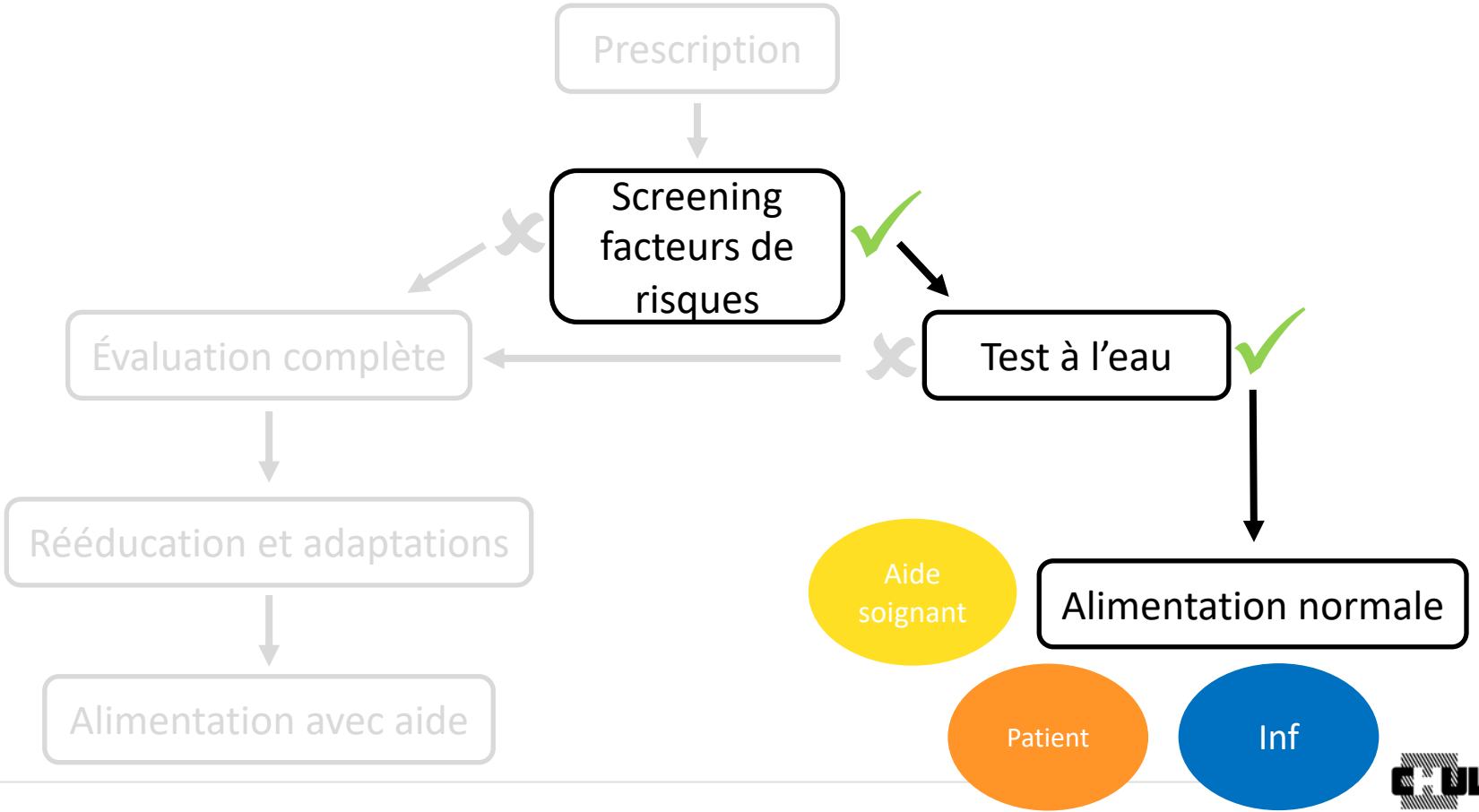
	Oui	Non		Oui	Non
Affections ORL :			***Variables médicales***		
○ Chirurgies	☐	☐	○ Canule de trachéotomie	☐	☐
○ Tumeurs	☐	☐	○ Antécédent de pneumonie sur broncho-aspiration	☐	☐
○ Séquelles post radique	☐	☐			
Affections neurologiques :					
○ Pathologies dégénératives (SLA, SEP,…)	☐	☐			
○ AVC	☐	☐			
○ Troubles persistants de l'état de conscience.	☐	☐			

Description du test à l'eau réalisé par les infirmières :

- **Position du patient** : en position assise, dossier à 90°. Si possible, installer le patient au fauteuil avant de débuter le test de screening.
- **Position du soignant** : en face du patient à la hauteur du patient voire légèrement plus bas afin d'éviter l'extension de la colonne cervicale.
- **Le matériel utilisé** : un gobelet blanc en plastique.
- **Texture** : eau plate.
- **Quantité** : 60 cl d'eau plate (un demi verre d'eau).
- **Consigne donnée au patient** : le patient doit déglutir le demi gobelet d'eau plate en entier. Il peut déglutir plusieurs fois à la suite.
- **Rôle du soignant** : observer la déglutition et repérer si un des critères ci-dessous est présent.

TEST A l'EAU inspiré du « Massey bedside swallowing screen, GUSS test »

	Oui	Non	
Qualité de la parole après la déglutition : ○ Voix mouillée ○ Voix chuchotée, faible ou absente	☐ ☐	☐ ☐	Si présence d'un des critères («oui »), il faut interrompre le test de screening. L'évaluation de la déglutition est poursuivie par les physiothérapeutes.
Observation de la déglutition spontanée : ○ Impossible ○ Difficile ○ Douloureuse	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	
Qualité de la toux : ○ Toux associée lors de la déglutition ○ Etouffement lors de la déglutition	☐ ☐	☐ ☐	


Prescription
Screening facteurs de risques
Évaluation complète
Test à l'eau
Rééducation et adaptations
Alimentation avec aide
Aide soignant
Alimentation normale
Patient
Inf

Kiné

Évaluation co à l'eau

Rééducation et a

Alimentation a

Alimentation normale

Informations générales		
Type de bilan	O Initial	O Suivi
Motif du bilan	O Évaluation reprise alimentaire O Patient à risque post-extubation *(screening positif)*	O Suspicion troubles déglutition
Status ORL	O Oui, résumé : O Non	O A demander
Plaintes du patient	*(P. ex. : faim/soif, douleur, blocage, voix, etc.)*	
Dispositif d'alimentation	O SNG / SNJ O Aucun	O PEG / GPR / PEG-J
Trachéotomie	O Non O Oui *(type de canule, diamètre, bouchon)* :	
Éléments du status « *Red flags* »		
État général du patient		
- État neurologique *(vigilance, compréhension, fatigabilité)* : - Position / tonus global : - Status respiratoire *(FiO_2, SpO_2, FR, encombrement, stase, etc.)* : - Coordination respiration-déglutition *(possibilité d'apnée)* :		
État buccal		
- Muqueuses *(sécheresse, lésion, …)* : - Dentition :		
Évaluation bucco-linguo-faciale *(sangle labio-jugale, mandibule, langue, voile du palais)*		
- Mobilité *(amplitude, tonus, symétrie)* : - Sensibilité :		
Toux	O Efficace sur demande/spontanée *(= mécanisme d'expulsion adéquat)* O Inefficace	O Absente
Déglutition *(salive, liquide, solide, médicaments, etc.)*		
Réflexes	O Déglutition salivaire *(automatique)* O Nauséeux	O Archaïques *(morsure, succion, mâchonnement)*
Phase orale - préparation	O Défaut de contention *(ant./post.)* O Trouble de l'insalivation	O Trouble de la mastication O Défaut de sensibilité / goût
Phase orale - transport	O Défaut de contrôle	O Défaut de propulsion
Phase pharyngée	O Défaut de déclenchement O Défaut de transport *(péristaltisme / recul base de langue)* O Défaut de protection des VA : ○ Défaut de fermeture vélo-pharyngée ○ Défaut de fermeture laryngée ○ Défaut d'expulsion O Défaut d'ouverture SSO *(sensation de blocage)*	
Voix *(avant, pendant et après la déglutition)*		
O Audible, claire O Dysarthrie O Rhinolalie *(voix nasonnée = insuffisance voile du palais)*	O Soufflée O Fatigabilité	O Forcée O Débit limité *(limitation respiratoire)*
Conclusions du bilan		**Proposition pour la suite de PeC**
- *Résumé des déficits observés* - *Conditions de déglutition sécuritaire*		- *Axes de travail, exercices à réaliser* - *Éléments à réévaluer ou tester*

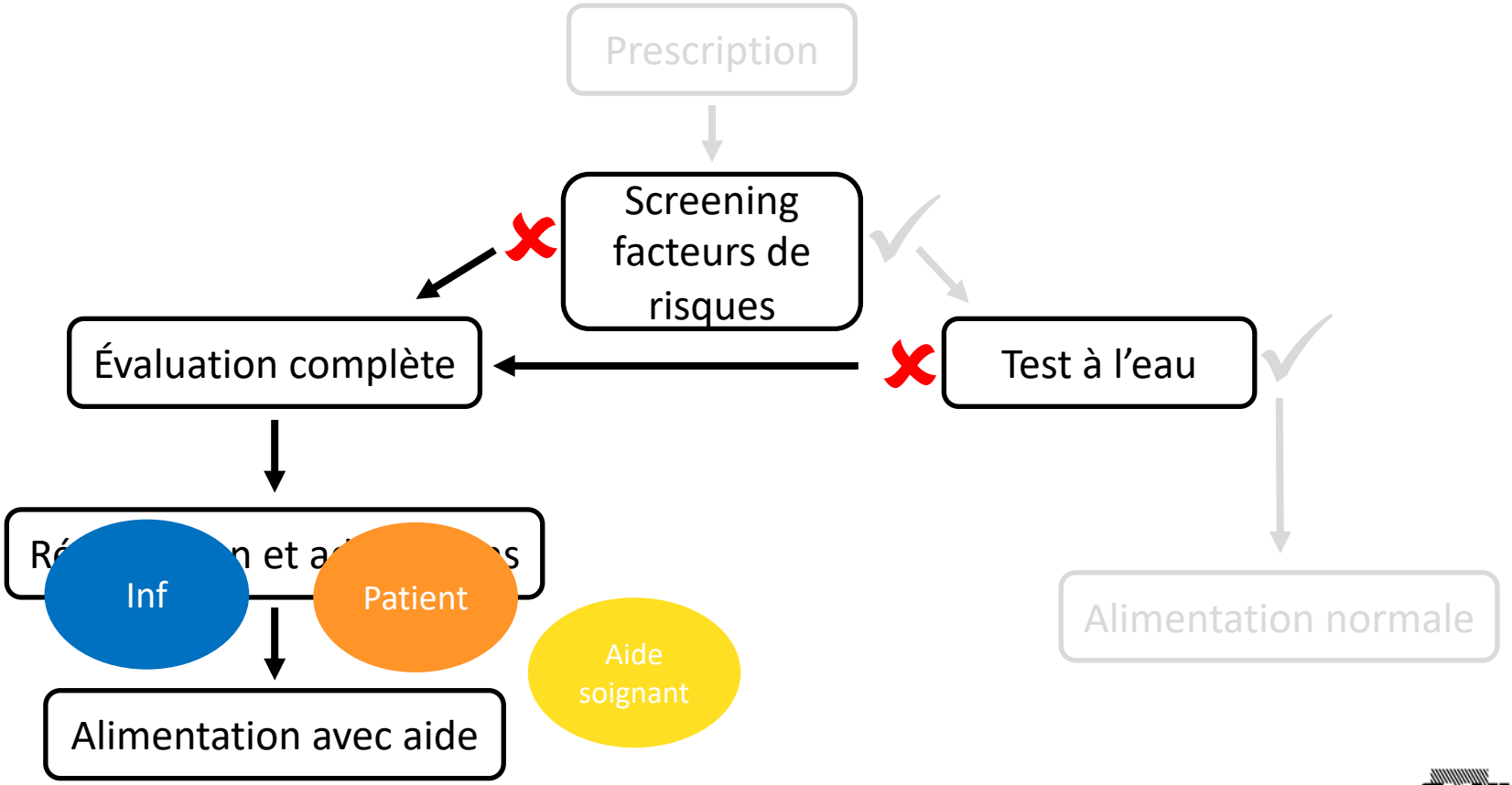
Kiné

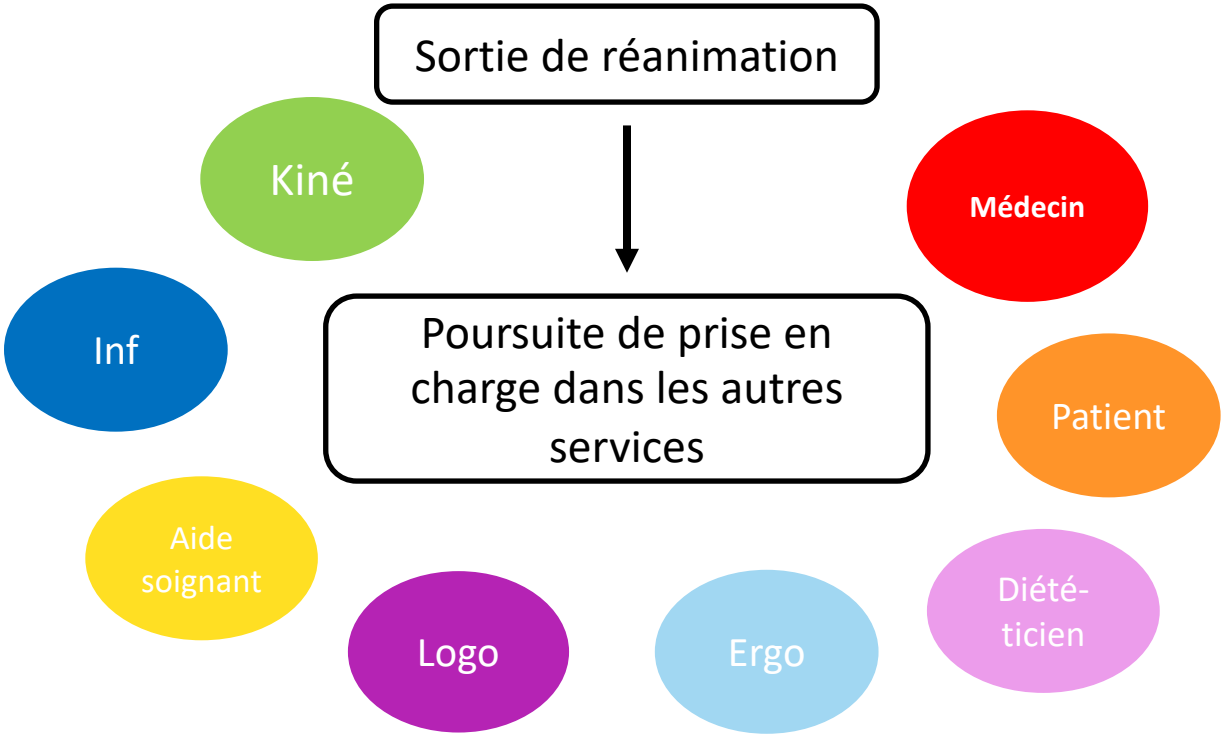
Rééducation et adaptations

Patient

Alimentation avec aide

Alimentation normale


Prescription
Screening facteurs de risques
Évaluation complète
Test à l'eau
Inf
Patient
Aide soignant
Alimentation avec aide
Alimentation normale


Sortie de réanimation
Kiné
Médecin
Inf
Poursuite de prise en charge dans les autres services
Patient
Aide soignant
Logo
Ergo
Diété-ticien

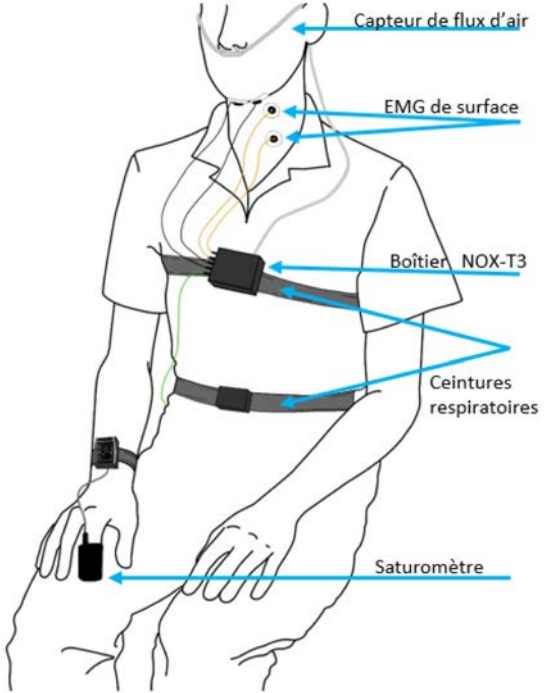
Dans L'unité de neurorééducation aiguë

De la Professeure Karin Diserens

Projet d'étude : évaluation du NOX T3© (Resmed) pour objectiver l'efficacité de la stimulation selon F.O.T.T.©

Neurosensory stimulation outdoors enhances cognition recovery in cognitive motor dissociation: A prospective crossover study

Caroline Attwell [1], Jane Jöhr [1], Alessandro Pincherle [1], Jean-Michel Pignat [1], Nina Kaufmann [1], Jean-François Knebel [1], Loric Berney [1], Philippe Ryvlin [1], Karin Diserens [1]



Attwell C et al., NeuroRehabilitation (2019) 44:4

TAKE HOME MESSAGE

Concerne la plupart de nos patients de réa…

Prévention et dépistage : systématisés et précoces.

Stratégies pluridisciplinaires à mettre en place !