

Troubles de la déglutition : de l'état buccodentaire à la fausse-route

Fausses-routes : que faire avant, pendant, après ?

Fiche pratique

C. Trivalle

Pôle « Vieillesse, Réadaptation et Accompagnement », Hôpital Universitaire Paul-Brousse, AP-HP, 12-14, avenue Paul-Vaillant-Couturier, 94804 Villejuif Cedex.

Correspondance : C. Trivalle, adresse ci-dessus.
 E-mail : christophe.trivalle@pbr.aphp.fr

La prise en charge des fausses-routes doit être pluridisciplinaire : médecins, infirmières, aides-soignantes, orthophoniste, kinésithérapeute, diététicienne... L'objectif général est de maintenir des apports nutritionnels suffisants tout en évitant les fausses-routes.

Avant : comment les éviter ?

Il faut tout d'abord repérer les malades à risque (*tableaux I et II*) et mettre en place un certain nombre de mesures préventives :

- assurer un bon état buccodentaire : soins de bouche, hygiène des dents et des prothèses, traiter les candidoses... ;
- adapter l'alimentation et les soins avec la diététicienne : pour un malade à risque, remplacer les liquides par de l'eau gélifiée

ou ajouter un épaississant, favoriser les textures fines, homogènes, pâteuses, et couper les aliments (ne pas laisser le malade couper seul les aliments +++);

- installer correctement le malade : position demi-assise ou assise (jamais couchée) ; maintenir la tête droite, le buste légèrement penché en avant ; s'asseoir en face du malade pour le faire manger ; prendre son temps ;

- gérer le repas : si possible en salle à manger (stimulation et surveillance), un plat après l'autre ; relancer les automatismes gestuels ; faire boire et manger par petites quantités (petites cuillerées) ; boissons et aliments glacés ou chauds, eau gazeuse ou aromatisée ; stimuler la déglutition en déposant l'alimentation sur la partie moyenne de la langue ; vérifier que la bouche est bien vidée toutes les 4 à 5 bouchées, obliger le patient à se

Tableau I : Principales pathologies et situations à risque rencontrées en gériatrie.

Maladies	Situations
Myasthénie, Sclérose latérale amyotrophique	Troubles de la conscience
Maladie d'Alzheimer et démences apparentées	Médicaments (sédatifs, anxiolytiques, neuroleptiques...)
Maladie de Parkinson	Édentation ou appareillage inadéquat
Accident vasculaire cérébral	Bouche sèche (hyposialie)
Reflux gastro-œsophagien	Incapacité à s'alimenter seul
Pathologies oropharyngées (diverticules, achalasie)	Gloutonnerie
Candidose buccale	Alitement

Tableau II : Symptômes devant faire évoquer un risque de fausses-routes.**1 - Symptômes spécifiques**

- Antécédents de fausses-routes
- Blocages alimentaires
- Fuite alimentaire par la bouche
- Gêne pour avaler
- Modification de la voix au cours des repas
- Reflux d'aliments par le nez
- Toux au cours des repas

2 - Symptômes non spécifiques

- Altération de l'état général avec amaigrissement
- Encombrement bronchique
- Épisodes de dyspnées au moment des repas
- Épisodes fébriles à répétition et inexplicables
- Hypersialorrhée, bave
- Maintien prolongé des aliments dans la bouche
- Pneumopathies récidivantes
- Prolongation des repas
- Raclements de gorge
- Réduction ou refus alimentaire

racler la gorge et à avaler à vide (il faut vérifier les mouvements de la pomme d'Adam qui traduisent seuls une déglutition, en sachant qu'une bouchée peut nécessiter plusieurs déglutitions) ; observer et signaler les difficultés ;

- *négoier avec le médecin la forme, l'administration et l'horaire des médicaments.*

Pendant : que faire ?**Clinique de la fausse-route**

- Syndrome de pénétration avec toux brutale et prolongée dans un contexte d'agitation : *en conséquence, il est fondamental de signaler toute toux au moment des repas +++.*
- C'est une *urgence vitale* (matériel nécessaire : aspiration, canule de Guedel, chariot d'urgence, oxygène...).
- *Isoler si possible le malade* des autres patients.
- *Dégager les voies aériennes* (sans attendre l'arrivée du médecin) en enlevant les prothèses dentaires, en dégagant la cavité buccale avec les doigts en crochets, en aspirant les voies aériennes en cas d'ingestion de liquides ou de sécrétions importantes.
- *Aspiration trachéale* répétée si hypersalivation.
- Oxygénothérapie (5 l/min).
- *Canule de Guedel et position latérale de sécurité* (si troubles de la conscience ou vomissements).

Lorsque le patient est conscient

- Claques dorsales et, au besoin, compressions abdominales (manœuvre de Heimlich).
- *Claques dorsales* : se positionner à côté du patient, mettre une main à plat sur la poitrine et pencher le tronc en avant ; appliquer de *fortes claques dorsales* (5 ou plus) entre les omoplates.

Tableau III : Comment pratiquer une manœuvre de Heimlich ou des compressions abdominales ?**La manœuvre de Heimlich se pratique DEBOUT**

- se placer derrière le patient
- passer ses bras sous ceux du patient
- mettre un poing au creux de l'estomac, juste au-dessous du sternum
- placer l'autre main sur la première
- les avant-bras doivent appuyer sur les côtes
- tirer brusquement vers soi en remontant les mains et les avant-bras

**La manœuvre de Heimlich peut également être pratiquée lorsque le patient est : ASSIS**

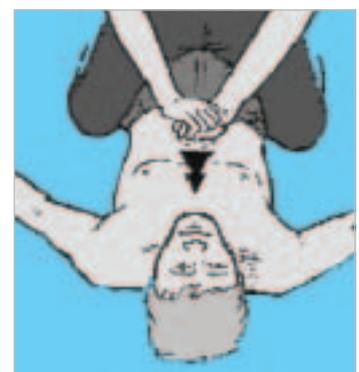
- se placer derrière le patient, genoux fléchis pour être à la bonne hauteur. Agir comme expliqué ci-dessus

ALITÉ

- allonger le patient sur le lit
- le tourner sur le côté
- pratiquer la manœuvre précédemment citée

AU SOL

- mettre le patient sur le dos
- mettre un poing au creux de l'estomac
- placer l'autre main sur la première
- appuyer fortement vers le haut



– En cas d'échec, le mieux est d'appliquer la manœuvre de Heimlich ou compressions abdominales (tableau III). Le principe est d'exercer une forte pression de bas en haut sur la région épigastrique afin de chasser violemment l'air intrathoracique et d'entraîner ainsi l'expulsion d'un corps étranger trachéal ou laryngé. Après cinq tentatives inefficaces, faire une nouvelle série de cinq claques dorsales.

Lorsque le patient est inconscient

Il faut appliquer des *compressions thoraciques* en procédant comme pour un massage cardiaque externe, mais avec plus de force et plus lentement. Après une série de 15 compressions thoraciques, vérifier la cavité buccale et tenter d'insuffler les poumons par *bouche à bouche*.

Critères d'efficacité

Expulsion des matières obstructives, recoloration des téguments, diminution de la dyspnée, régression de l'agitation.

Après : surveillance, rééducation et traitement

- Surveillance du *pouls*, de la *tension artérielle* et de la *conscience*.
 - Surveillance de la température (48 h) et du poids (les semaines suivantes).
 - Traitement antibiotique efficace sur les anaérobies.
 - Bilan systématique : radio de thorax, biologie (numération formule sanguine, protéine C réactive, ionogramme sanguin).
 - À discuter : consultation ORL, fibroscopie de la déglutition.
 - Rééducation par l'orthophoniste (ex : déclencher les réflexes de déglutition à l'aide de glaçons).
 - Rééducation par le kinésithérapeute pour améliorer la motricité générale.
 - Revoir les modalités ultérieures de l'alimentation.
- Intérêt discutable de la gastrostomie dans certaines situations (réflexion éthique en équipe pluridisciplinaire). ■

Références

1. Baulon A. Troubles de la déglutition du vieillard. Le point de vue du gériatre. *Rev Généraliste Gériontol* 2000 ; 63 : 124-8.
2. Lacau Saint-Guilly J. Troubles de la déglutition en gériatrie. Le point de vue de l'ORL. *Rev Généraliste Gériontol* 2000 ; 63 : 130-1.
3. Poudroux P, Jacquot JM, Royer E, et al. Les troubles de la déglutition du sujet âgé. Procédés d'évaluation. *Presse Med* 2001 ; 30 : 1635-44.
4. Rédaction Prescrire. Faire face à une asphyxie par corps étranger. *Rev Prescrire* 2004 ; 24 : 211-4.