

Approche globale du patient dysphagique en réanimation

Overall Treatment of Patient with Dysphagia in Intensive Care Unit

M.H. Houzé

Reçu le 23 janvier 2017 ; accepté le 27 mars 2017
© SRLF et Lavoisier SAS 2017

Résumé La question des troubles de déglutition en réanimation est complexe du fait du patient lui-même particulièrement fragile, du caractère multifactoriel des lésions et de l'environnement technologique nécessaire à sa survie. Les enjeux de la prise en charge de ces patients sont importants car les troubles de déglutition sont fréquents et entraînent une augmentation de la morbidité et de la mortalité. La gestion des patients dysphagiques est très variable mais elle implique tous les acteurs de soins qui œuvrent autour des patients, médecin, infirmier, diététicien, aide-soignant, etc. Le masseur-kinésithérapeute a-t-il un rôle propre auprès de ces patients ?

Mots clés Déglutition · Troubles de déglutition · Réanimation · Kinésithérapie

Abstract Intensive care unit swallowing disorders is a complex problem related to: the severe acute status of critical illness patient, multifactorial etiologies of dysphagia and the life-support technological environment. Frequency of dysphagia among critical illness patient, its association with endotracheal intubation duration and with poor patient outcome, induce high issues of care. There are significant variabilities in practice but all critical care practitioners are involved in swallowing disorders treatment, physician, nurse, dietitian, caregiver, etc. What is the physiotherapist's specific function with those patients?

Keywords Swallowing · Swallowing disorders · Intensive care unit · Physiotherapy

M.H. Houzé (✉)
C2R de rééducation,
HU Saint-Louis-Lariboisière-Fernand Widal,
AP-HP, 2 rue Ambroise Paré,
F-75475 Paris cedex 10, France
e-mail : m-h.houze@orange.fr

Introduction

Le problème posé par le patient dysphagique en réanimation présente plusieurs aspects :

- d'une part, le patient lui-même, porteur d'antécédents qui peuvent être des facteurs favorisant de la dysphagie ;
- les défaillances d'organes qui l'amènent en réanimation et peuvent contribuer à l'apparition d'une dysphagie ;
- les complications de la pathologie initiale, éventuellement en lien avec les traitements mis en place au cours du séjour en réanimation, peuvent être impliquées dans la dysphagie du patient.

D'autre part, les troubles de déglutition sont souvent multifactoriels et d'étiologie complexe. Leur expression clinique est plus ou moins franche et leur diagnostic est parfois retardé car peu d'études cherchent à identifier les patients à risque de dysphagie avant l'extubation [1-3]. Les déficits fonctionnels ont un pronostic de récupération très variable en lien avec ces facteurs.

Enfin, les enjeux de la prise en charge des patients porteurs de troubles de la déglutition comprennent la prévalence de ce type de déficit, leur taux de morbidité et de mortalité, et le coût induit notamment par l'augmentation de la durée moyenne de séjour en hôpital de ces patients.

La prise en charge des patients par une équipe multidisciplinaire contribue à réduire l'incidence de la dysphagie, à diminuer la prévalence et la durée des troubles de déglutition, à diminuer la durée moyenne de séjour et à améliorer la réadaptation [4]. Dans les services de réanimation, au sein de l'équipe de soins, le masseur-kinésithérapeute est souvent avec le diététicien le seul représentant de la famille des rééducateurs.

Devant l'exposé des différents éléments du problème posé par la prise en charge des patients dysphagiques quel doit être le rôle du masseur-kinésithérapeute ?

Les enjeux

La prévalence des troubles de déglutition dans la population de réanimation, correspondant au pourcentage de cas

recensés dans cette population, n'est pas établie précisément, les données variant beaucoup d'une étude à l'autre. Mais quelle que soit la méthode utilisée afin de diagnostiquer les troubles de déglutition : examen clinique, fibroscopie ou vidéofluoroscopie, la prévalence de la présence de ces dysfonctionnements est évaluée entre 31 et 56 % pour la population de réanimation ayant été intubée au moins 48 heures [5,6]. Dans le cas d'intubation de longue durée, le pourcentage de patients dysphagiques atteint 86 % [7]. Le pourcentage de pneumopathies, de réintubations et la durée d'hospitalisation des patients dysphagiques sont significativement augmentés. Treize pourcents des patients présentant une dysphagie modérée à sévère après extubation décèdent à l'hôpital contre 1 % des patients sans trouble de déglutition [8]. En France, dans la population gériatrique, jusqu'à 4000 décès/an sont en lien avec des troubles de la déglutition [9]. Une revue de la littérature médicale nord-américaine estime que le coût annuel des troubles de déglutition chez les patients hospitalisés est supérieur à 500 millions de dollars [10]. Très peu de données financières européennes sont disponibles.

Face à la proportion de patients dysphagiques et à l'impact des déficits observés, en termes de morbidité et de mortalité, sur la population de réanimation, les équipes ont réfléchi à des algorithmes diagnostiques permettant la détection précoce des patients à risque. Ces algorithmes sont basés sur un bilan clinique dont les résultats orientent ou non vers des examens complémentaires plus invasifs [10]. Il est à noter que les patients hospitalisés en réanimation sont fragiles et requièrent un monitoring et des traitements limitant et compliquant leur déplacement pour des consultations ou des évaluations auprès des professionnels spécialisés (ORL, phoniatre, orthophoniste) et que tous les centres hospitaliers ne possèdent pas de plateau d'exploration spécialisé avec vidéofluoroscopie et manométrie œsophagienne.

Les pratiques restent très variables. Environ 41 % des hôpitaux utilisent des protocoles d'évaluation de la dysphagie. Cinquante-six pourcents des patients intubés en moyenne huit jours n'ont aucune évaluation de leur capacité de déglutition après extubation [11,12].

Ces constats expliquent pourquoi la proportion des troubles de déglutition est probablement sous-estimée et varie de 3 % à 62 % suivant la population étudiée [13].

Dans le cadre de la réanimation, l'implication de l'équipe multidisciplinaire permet de réduire l'incidence et la prévalence des troubles de la déglutition chez les patients et de diminuer les conséquences des déficits constatés [4]. Le kinésithérapeute a plusieurs rôles auprès des patients et des autres professionnels de l'équipe soignante : l'évaluation, la rééducation, l'information et la formation. L'expertise du masseur-kinésithérapeute se formalise en trois axes : l'approche respiratoire, l'approche posturale globale et l'approche spécifique centrée sur la sphère ORL.

Le rôle du masseur-kinésithérapeute dans l'évaluation et le soin

Approche respiratoire

Avant tout, la priorité est mise sur la protection des voies aériennes. Le masseur-kinésithérapeute doit évaluer l'encombrement et les capacités de désencombrement du patient. La force de toux en tant que traitement curatif de l'inhalation est importante pour l'autonomie du patient. La restauration de la protection des voies aériennes passe par la normalisation du réflexe de déglutition, du réflexe de toux et du réflexe nauséux, et surtout par la récupération de la coordination des schémas moteurs de toux et de déglutition [14]. Si le patient est intubé, la force expiratoire seule est évaluée et la toux sera testée après extubation. Les aptitudes aux techniques de drainage bronchique, de raclement et d'hémage sont développées. Les capacités d'expectoration doivent être évaluées ; en cas de déficit un système d'aspiration buccale peut être proposé. Les voies respiratoires et les voies digestives sont communes dans l'oropharynx, normalement la déglutition est prioritaire sur la respiration afin d'évacuer les corps étrangers et de protéger les voies aériennes contre les inhalations et les fausses routes. Pendant la déglutition, la respiration est interrompue durant moins d'une seconde. Un double phénomène peut être retrouvé chez les patients insuffisants respiratoires polypnéïques. La répétition de séquences d'apnée peut augmenter leur charge respiratoire et aggraver leur état clinique. Le temps d'apnée réflexe peut être raccourci et ainsi diminuer la protection des voies respiratoires avec augmentation du risque de fausse route. Généralement, le déclenchement de la déglutition survient lors de l'expiration, or l'âge et les maladies respiratoires chroniques tendent à déplacer la phase de déglutition sur le temps inspiratoire, augmentant ainsi le risque de fausse route. De même, les patients hypoxiques inhalent plus fréquemment, notamment en raison de la sensibilité des centres neurologiques au taux d'oxygène [15]. L'étude du couple respiration-déglutition est essentielle dans la compréhension de la dysphagie du patient [4,16].

Approche posturale globale

Le bilan des troubles toniques et des capacités motrices du patient va permettre de rééquilibrer l'ensemble du rachis dans les différents plans de l'espace afin de le placer dans une position favorable pour déglutir. Le redressement du tronc au-dessus de 45° par rapport à l'horizontale facilite la coordination du couple respiration-déglutition [17]. La stimulation motrice permet d'améliorer le niveau de conscience du patient et d'optimiser ses réflexes protecteurs des voies aériennes : toux, nausée et déglutition. Les lésions du système neurologique, la sédation, les sondes endotrachéales, les canules de

trachéotomie, les sondes gastriques et l'agitation du patient sont autant de facteurs favorisant l'altération de ces réflexes. Dès la stabilisation de l'état clinique du patient, la poursuite du travail de redressement depuis l'installation assis au lit puis en bord de lit, le transfert au fauteuil et la verticalisation, mis en place dans le cadre de la mobilisation précoce, permet aussi de faciliter la récupération de la fonction de déglutition. Au niveau cervical, le rééducateur privilégie une légère flexion du rachis cervical facilitant le travail des muscles sus-hyoïdiens qui réalisent l'ascension laryngée et optimisent la protection des voies respiratoires et l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage. Il lutte contre l'hyperextension rachidienne qui favorise les stases et les fausses routes. Il s'attachera de même à corriger si besoin les troubles posturaux en rotation, inclinaison ou flexion excessive pouvant perturber le schéma de déglutition. En dehors des séances de rééducation, l'installation globale du patient doit permettre de lutter contre les troubles toniques constatés, de faciliter la récupération motrice et de maintenir les acquis.

Approche centrée sur la sphère ORL

Avant tout, l'anatomie des structures est observée ainsi que l'état de la muqueuse, la dentition et l'hygiène buccale. Le masseur-kinésithérapeute évalue la sensibilité, la motricité et les capacités fonctionnelles de la sphère ORL grâce à l'activité et la réactivité labiale, linguale, jugale, palatine, pharyngée et laryngée. Les fonctions dépendantes des paires crâniennes V, VII, IX, X, XI, XII et en lien avec la déglutition sont examinées. Les bilans sont quotidiens et marqués par plusieurs temps importants : les prérequis à l'extubation ou à la décanulation, la phase de post-extubation et les tests de capacité fonctionnelle.

Le travail analytique centré sur la protection des voies aériennes est favorisé : ascension du larynx, recul de langue avec bascule épiglottique et fermeture glottique. Puis sont réalisés des exercices en vue d'améliorer la propulsion buccale et pharyngée, la mastication et la prise en bouche. Les exercices proposés intéressent la déglutition mais aussi la respiration et la phonation. Le rééducateur est sensibilisé à la présence de signes évocateurs de troubles de la déglutition comme une voix mouillée ou une toux réflexe. La normalisation de la fonction de déglutition inclut la récupération du contrôle des centres neurologiques avec l'intégration des stimuli périphériques, le déclenchement d'une réponse motrice adaptée et la coordination des différentes séquences motrices. Par exemple, l'analyse proprioceptive du bolus dans la cavité buccale, à travers son volume et sa texture, permet d'adapter la course et la vitesse de déplacement du larynx. Les centres nerveux adaptent ainsi le schéma moteur de la déglutition aux propriétés physiques du bolus [17]. L'analyse proprioceptive entraîne aussi un ajustement du temps d'apnée dans le cadre de l'activité du

couple déglutition-respiration. L'ensemble du travail localisé sur la sphère buccale et pharyngée tend à optimiser le contrôle et la coordination des structures bulbaires, cérébelleuses et sous-corticales. Le test de capacité fonctionnelle permet d'adapter le volume et la texture des bolus proposés au patient. Progressivement et en lien avec les tests de capacité fonctionnelle, le rééducateur met en place les stratégies d'adaptation [18]. Ces stratégies vont permettre au patient de s'alimenter en diminuant ou en supprimant les symptômes mais sans effet sur la cause des dysfonctionnements. Le rééducateur recherche les postures et les manœuvres facilitant la déglutition et adaptées aux déficits du patient, soit parce qu'elles améliorent la protection des voies aériennes inférieures, soit parce qu'elles optimisent la propulsion du bolus. Il travaille sur l'environnement direct, le contexte sonore qui doit être calme et faciliter la concentration, sur les temps pré- et post-repas. L'installation du patient privilégie la position assise, la tête en flexion, mais la rotation ou l'inclinaison du rachis peuvent être aidantes. Les stratégies développées tendent aussi à stimuler l'appétit en travaillant sur les goûts du patient et les aliments proposés [19]. En complément, les techniques d'électrostimulation ont prouvé leur intérêt pour améliorer la coordination et la récupération à long terme et diminuer le recours à une sonde d'alimentation chez les patients porteurs d'un accident vasculaire cérébral [20,21]. Dans le cas particulier de patients porteurs d'une canule de trachéotomie, le masseur-kinésithérapeute participe aux soins et au travail de sevrage de la canule : ré-aération du pharynx et du larynx, normalisation des réflexes, épreuves de fermeture. La rééducation de la déglutition conciliera un travail sur la respiration et sur la phonation en accord avec la physiologie.

Rôle d'information et de formation auprès de l'équipe soignante, du patient et de ses proches

Auprès de l'équipe soignante

Les résultats des différentes évaluations, les prérequis à l'extubation évaluant les réflexes protecteurs des voies aériennes, déglutition, toux et nausée [1-3], les tests de capacité fonctionnelle ainsi que les consignes d'hydratation, d'alimentation et d'administration des traitements oraux sont tracés dans le dossier de soins et transmis aux autres professionnels intervenants auprès du patient. Des sessions de formation théoriques et pratiques aux méthodes de surveillance et de réalimentation peuvent être initiées. Ces actions permettent d'aider au diagnostic, d'assurer la continuité de la prise en charge et d'améliorer la qualité des soins.

Auprès du patient et de ses proches

Afin d'optimiser les résultats de la rééducation de la déglutition d'un patient, il est primordial que le patient adhère au traitement proposé. Il doit comprendre les enjeux, les objectifs et les moyens mis en œuvre dans le cadre de son traitement. Mais il convient de discuter avec le patient des bénéfices attendus et perçus par lui. Pour ce faire, le rééducateur doit dispenser les explications et les informations nécessaires sous une forme adaptée. Il doit faciliter l'autorééducation du patient en lui permettant d'acquérir les bases d'un entraînement régulier au moyen d'exercices maîtrisés et s'assurer du respect des consignes dispensées. Le niveau d'implication et de coopération impacte le succès thérapeutique [22]. La famille et les proches du patient seront associés à cette démarche.

Conclusion

Devant l'impact des troubles de déglutition sur le pronostic des patients de réanimation, le masseur-kinésithérapeute est un acteur essentiel car il est souvent un des seuls rééducateurs de l'équipe soignante. Il travaille en collaboration et en coordination avec les autres soignants et fait le lien avec la rééducation et la réadaptation post-réanimation. Du fait de son approche globale du patient et de ses domaines d'expertise, il participe à l'identification des patients à risques de troubles de déglutition et initie précocement un traitement adapté aux déficits constatés.

Liens d'intérêts : L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

- Colonel P, Houzé MH, Vert H, Mateo J, Mégarbane B, Goldgran-Tolédano D, Bizouard F, Hedreul-Vittet M, Baud FJ, Payen D, Vicaut E, Yelnik AP, (2008) Swallowing disorders as a predictor of unsuccessful extubation: A clinical evaluation. *Am J Crit Care* 17: 504–510
- Houzé MH, Deye N, Mégarbane B, Mateo J, Bizouard F, Yelnik A, (2013) Swallowing physiotherapy assessment as a predictor of unsuccessful extubation in relation to excess upper airway secretions? *Ann Phys Rehabil Med* 56: e184
- Godet T, Chabanne R, Marin J, Kauffmann S, Futier E, Pereira B, Constantin JM, (2017) Extubation Failure in Brain-injured Patients. *Anesthesiology* 126: 104–114
- Goldsmith T, (2000) Evaluation and treatment of swallowing disorders following endotracheal intubation and tracheostomy. *Int Anesthesiol Clin* 38: 219–242
- Tolep K, Getch CL, Criner GJ, (1996) Swallowing dysfunction in patients receiving prolonged mechanical ventilation. *Chest* 109: 167–172
- Ajemian MS, Nirmul GB, Anderson MT, Zirlen DM, Kwasnik EM, (2001) Routine fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing following prolonged intubation: implications for management. *Arch Surg* 136: 434–437
- Partik B, Pokieser P, Schima W, Schober E, Stadler A, Eisenhuber E, (2000) Videofluoroscopy of swallowing in symptomatic patients who have undergone long-term intubation. *AJR Am J Roentgenol* 174: 1409–1412
- Macht M, Wimbish T, Clark BJ, Benson AB, Burnham EL, Williams A, Moss M, (2011) Postextubation dysphagia is persistent and associated with poor outcomes in survivors of critical illness. *Crit Care* 15: R231
- Puisieux F, D'Andrea C, Baconnier P, Bui-Dinh D, Castaignes-Pelet S, Crestani B, Desrues B, Ferron C, Franco A, Gaillat J, Guenard H, Housset B, Jeandel C, Jebrak G, Leymarie-Saddles A, Orvoen-Frija E, Piette F, Pinganaud G, Salle JY, Strubel D, Vernejoux JM, de Wazières B, Weil-Engerer S; Intergroupe PneumoGériatrie SPLF-SFGG placé sous l'égide de la Société de pneumologie de langue française (SPLF) et de la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG), (2009) Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *Rev Mal Respir* 28: e76-93
- Macht M, Wimbish T, Bodine C, Moss M, (2013) ICU-Acquired swallowing disorders. *Crit Care Med* 41: 2396-1405
- Brodsky MB, González-Fernández M, Mendez-Tellez PA, Shanholtz C, Palmer JB, Needham DM, (2014) Factors associated with swallowing assessment after oral endotracheal intubation and mechanical ventilation for acute lung injury. *Ann Am Thorac Soc* 11: 1545–1552
- Macht M, Wimbish T, Clark BJ, Benson AB, Burnham EL, Williams A, Moss M, (2012) Diagnosis and treatment of post-extubation dysphagia: results from a national survey. *J Crit Care* 27: 578–586
- Skoretz SA, Flowers HL, Martino R, (2010) The incidence of dysphagia following endotracheal intubation: a systematic review. *Chest* 137: 665–673
- Pitts T, Rose MJ, Mortensen AN, Poliacek I, Sapienza CM, Lindsey BG, Morris KF, Davenport PW, Bolser DC, (2013) Coordination of cough and swallow: a meta-behavioral response to aspiration. *Respir Physiol Neurobiol* 189: 543–551
- Ludlow CL, (2015) Laryngeal reflexes: physiology, technique and clinical use. *J Clin Neurophysiol* 32: 284–293
- Martin-Harris B, (2008) Clinical implications of respiratory-swallowing interactions. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 16: 194–199
- Schultheiss C, Wolter S, Schauer T, Nahrstaedt H, Seidl RO, (2015) Effect of body position on coordination of breathing and swallowing. *HNO* 63: 439–446
- Guatterie M, Lozano V, (2003) Test de capacité fonctionnelle de la déglutition. Actes de congrès européen « Around dysphagia dysarthria dysphonia », Toulouse
- Guatterie M, Lozano V, (1997) Déglutition et dysphagie en neurologie. *La Lettre du Médecin Rééducateur* 43: 3–9
- Sun SF, Hsu CW, Lin HS, Sun HP, Chang PH, Hsieh WL, Wang JL, (2013) Combined neuromuscular electrical stimulation (NMES) with fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES) and traditional swallowing rehabilitation in the treatment of stroke-related dysphagia. *Dysphagia* 28: 557–566
- Kushner DS, Peters K, Eroglu ST, Perless-Carroll M, Johnson-Greene D, (2013) Neuromuscular electrical stimulation efficacy in acute stroke feeding tube-dependent dysphagia during inpatient rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil* 92: 486–495
- Dujardin F, Roussignol X, (2010) L'adhésion du patient à son traitement, une difficulté thérapeutique méconnue. *Revue de chirurgie orthopédique et traumatologique* 96: 1018-1022