

**Examen ecosystémique de la déglutition de Mr X.
Réalisé le 22/10/2012 à l'EHPAD de Y.
Sur prescription du Dr. Z**

1/ recueil d'informations

 dans le dossier médical

- pas d'antécédents spécifiquement décrits
- deux étiologies potentiellement impliquées dans la déglutition : AVC et troubles cognitifs
- antécédents supposés : pneumopathie (potentiellement d'inhalation) ayant nécessité une hospitalisation d'urgence en octobre 2011, une autre semble t'il en 2010

 dans le dossier infirmier et soignant

- pas épisodes décrits de troubles de déglutition
- prescriptions récurrentes d'alimentation adaptée dans les deux dernières années

⇒ *Les troubles de la déglutition sont présents depuis deux années au moins, avec des tentatives successives pour les traiter par l'adaptation de la texture des aliments vers une texture lisse, sans résultats probants.*

2/ recueil d'informations auprès du patient

- les fonctions cognitives, autonomie, vigilance, communication sont suffisantes pour l'alimentation normale à table sans aide spécifique du personnel ou de la famille
- Le langage du patient en expression et compréhension est correct et suffisant pour communiquer à propos du repas, alerter sur ses difficultés éventuelles et décrire son ressenti de son trouble

⇒ *Les troubles cognitifs du patient ne sont pas en cause dans le dysfonctionnement de sa déglutition*

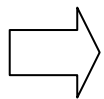
3/ tonus, posture observation de la respiration

- à table avec chaise, à distance correcte : la posture induite par le mobilier est adaptée
- tête légèrement inclinée vers l'avant
- thorax légèrement affaissé
- respiration d'amplitude limite mais suffisante pour expectorer

⇒ *Le mobilier n'est pas impliqué dans le risque d'inhalation chez ce patient, la posture et le tonus musculaire sont suffisants pour la toux et la respiration.*

4/ état bucco dentaire

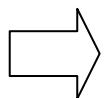
- bouche apparemment saine
- appareillage dentaire partiel haut et bas



L'hygiène buccodentaire semble correcte ce jour, mais mérite un examen plus approfondi, de même que le contrôle de l'adéquation de l'appareillage dentaire.

5/ motricité laryngée / fermeture glottique

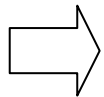
- remontée du larynx à la déglutition légèrement ralentie
- voix parlée légèrement affaiblie
- toux tonique



Il existe un retard de fermeture laryngée à la déglutition, sensible à la palpation. La fermeture elle-même est préservée, mais son mécanisme est ralenti.

6/ motricité / tonicité labio-linguale estimée par l'articulation

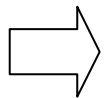
- phonèmes antérieurs conservés
- phonèmes postérieurs peu marqués, atteints d'un flou articulaire
- nasonnement est absent, donc la relève du voile du palais est intègre.



On note un signe léger de tonicité abaissée de la base de langue, ce qui peut faire supposer un trouble mineur du transport du bol alimentaire à la déglutition

7/ déglutition de liquide

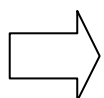
- toux et voix mouillée sont présents, alternativement



L'examen confirme le retard de fermeture laryngée, avec un réflexe de toux altéré. La toux n'est plus systématiquement déclenchée en cas de pénétration laryngée, ce qui majore le risque d'inhalation. Faire vocaliser le patient après la déglutition déclenche une toux de purge efficace.

8/ les 10 signes observables de la déglutition

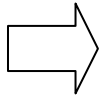
- geste d'adduction du bras et de la main intègre
- préhension et fermeture labiale intègre
- action de la mandibule efficace
- contraction de la langue tonique
- remontée du larynx ralentie
- réflexe de toux partiellement altéré
- voix mouillée
- 2^{ème} déglutition de purge présente
- vidange buccale efficace



Trois points se confirment lors du repas : propulsion du bolus par la langue efficace, retard de protection des voies aériennes, réflexe de toux altéré

9/ comportement alimentaire

- comportements inadaptés à la respiration : aucun
- comportements inadaptés à la nutrition = aucun
- comportements inadaptés à l'écosystème = gêne institutionnelle : aucun



Pas de trouble du comportement impliqué dans la déglutition

10/contexte

- textures adaptées : viande hachée, légumes et desserts normaux
- boissons normales
- les ustensiles proposés normaux
- Lieu du repas : à table, au réfectoire sans distracteurs, le lieu étant particulièrement calme ce jour là

Conclusion

Ce patient présente un trouble de la déglutition de type retard de fermeture laryngée, ce qui implique un **défaut de protection des voies aériennes lors de la déglutition des liquides**. C'est probablement une séquelle de l'AVC ancien.

La pénétration laryngée de liquide et de salive a progressivement altéré de réflexe de toux, qui bien que présent n'est plus systématique. **Des inhalations sont donc probables**, cause des pneumopathies d'inhalation.

L'observation du repas met en évidence l'absence de troubles du comportement alimentaire, ce qui **exclue l'implication des troubles cognitifs** dans le processus.

Conduite à tenir

Une rééducation orthophonique apparaît illusoire. En effet, dans le cas des AVC, la rééducation s'appuie sur la récupération spontanée du patient dans les 6 premiers mois. Au-delà, les troubles sont définitifs et **nécessitent une adaptation**.

La conduite à tenir est donc une adaptation des liquides pour ralentir leur vitesse d'écoulement à l'aide d'épaississant, pour obtenir **une consistance des liquides type crème anglaise au maximum**. La texture hachée de la viande utilisée actuellement ne se justifie pas au point de vue de l'aide à la déglutition. **Une texture lisse des aliments ne se justifie pas** non plus, car seuls les liquides sont impliqués dans les troubles observés.