

**Examen écosystémique de la déglutition
de Mme A.
Réalisé le 23/10/2012 à l'Hôpital de B.
Sur prescription du Dr.C.**

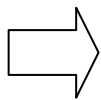
1/ recueil d'informations

auprès de l'infirmière

- pas d'antécédents spécifiquement décrits
- une étiologie potentiellement impliquée dans la déglutition : Parkinson traité par Sinemet
- antécédent supposé : pneumopathie (potentiellement d'inhalation) ayant nécessité l'hospitalisation actuelle

auprès de l'aide soignante

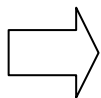
- pas d'épisodes décrits de troubles de déglutition par l'AS (peut être parle-t-elle plutôt d'alimentation ?)
- prescription d'alimentation transformée : eau épaissie par épaississant + eau gélifiée en barquette pré-préparée + aliments mixés lisses



Les troubles de la déglutition sont déjà repérés puisque l'alimentation est transformée au maximum.

2/ recueil d'informations auprès du patient

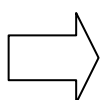
- les fonctions cognitives n'ont pas été testées, mais la vigilance est suffisante pour toute la durée du repas observé (midi).
- la communication est ralentie et peu performante, ce qui ne permet pas à la patiente de moduler le repas et surtout de réguler l'aide qui lui est apportée par l'AS pour porter les aliments en bouche.
- Le langage de la patiente en expression et compréhension difficile à évaluer, compte tenu de la réduction de la voix, mais les réponses sont cohérentes.



D'éventuels troubles cognitifs ne sont pas en cause dans le dysfonctionnement de sa déglutition

3/ tonus, posture, respiration

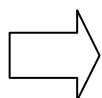
- à table avec fauteuil, à distance correcte : la posture induite par le mobilier est inadaptée : le bassin est basculé en avant à cause du fauteuil « confort »
- tête légèrement inclinée vers l'avant
- thorax affaissé
- respiration d'amplitude faible car l'abdomen est pincé entre l'affaissement du thorax et la bascule du bassin
- pieds au sol



L'environnement est impliqué dans le risque d'inhalation chez ce patient, car le tonus musculaire est insuffisant pour la toux et la respiration. De plus la mauvaise posture liée au Parkinson est amplifiée par le fauteuil.

4/ état bucco dentaire

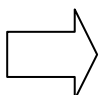
- bouche apparemment saine
- sans appareillage d'après l'AS



L'hygiène buccodentaire semble correcte ce jour, mais mérite un examen spécifique, au vu du risque d'inhalation

5/ motricité laryngée / fermeture glottique

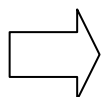
- voix parlée affaiblie
- toux faible



La fermeture laryngée elle-même est peu tonique en phonation, donc probablement en déglutition.

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

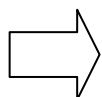
La puissance de la voix n'est pas suffisante pour pratiquer cet examen.



La tonicité est probablement trop faible pour permettre une préhension labiale et une propulsion linguale correcte

7/ déglutition de liquide

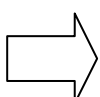
- la toux est présente, mais non systématique.
- c'est la gestion de la tenue du verre + le mouvement main bouche + la déglutition + la toux qui pose le plus gros problème. La patiente tousse, mais ne parvient pas à retirer le verre de ses lèvres.



L'examen confirme que la toux est possible, mais peu efficace, car les cordes vocales sont peu toniques et le volume d'air expectoré est faible.

8/ les 10 signes observables de la déglutition

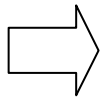
- geste d'adduction du bras intègre. Geste fin de la main impossible
- préhension et fermeture labiale intègre, mobilité de l'apex de la langue efficace
- action de la mandibule non utilisée sur la texture lisse employée
- l'aliment reste en bouche très longtemps avant sa propulsion, sans effet de rolling
- absence d'inspiration avant la déglutition
- contraction de la langue présente mais faible
- remontée du larynx synchrone avec la contraction linguale
- réflexe de toux partiellement altéré
- 2ième déglutition de purge absente
- vidange buccale efficace



Trois points se confirment lors du repas : l'aliment reste en bouche trop longtemps avant la déglutition, le rythme respiratoire est désynchronisé, le réflexe de toux est altéré

9/ comportement alimentaire

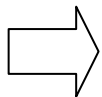
- comportements inadaptés à la respiration :
 - pas de prise inspiratoire avant la déglutition
 - persistance du geste alimentaire malgré la toux
- comportements inadaptés à la nutrition = aucun
- comportements inadaptés à l'écosystème = gêne institutionnelle : aucun



Pas de trouble du comportement impliqué dans la déglutition, mais un geste de déglutition désynchronisé caractéristique

10/ contexte

- textures adaptées : alimentation lisse
 - boissons épaissies
- les ustensiles proposés normaux
- la patiente est quasi totalement aidée durant le repas
- Lieu du repas : à table, au réfectoire sans distracteurs, le secteur étant particulièrement calme ce jour là.



L'usage des couverts normaux pose problème. En effet, le geste du bras est correct, mais la rotation du poignet ne se fait pas correctement. Un couvert adapté permettrait une plus grande autonomie durant le repas

Conclusion

Ce patient présente un trouble de la déglutition de type retard de déclenchement de la propulsion linguale, associée à une hypotonie de la langue et du larynx et une désynchronisation de la respiration, ce qui implique un risque de **stases pharyngées et des inhalations à la reprise inspiratoire**. Ce sont des signes classiques de troubles de la déglutition parkinsonienne.

La pénétration laryngée de liquide et de salive a probablement altéré le réflexe de toux, qui bien que présent n'est plus systématique. **Des inhalations sont donc probables sans toux notable**, 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 adaptation des aliments est utile pour éviter les stases pharyngées : l'alimentation doit pouvoir s'écouler sans effort majeur dans le pharynx.

Une consistance de l'alimentation lisse semi liquide est indiquée type crème anglaise. L'épaississement des liquides ne se justifie pas, mais s'il doit être réalisé, il faut veiller à conserver au liquide une possibilité d'écoulement (plutôt semi liquide que semi pâteux)

Un bilan ergothérapeutique sera utile pour adapter les couverts, qui ne le sont pas du tout aujourd'hui et permettre une autonomie partielle pour le repas, et pour rechercher une posture assise sans bascule du bassin en avant.

D'autre part, le temps des repas est un temps d'activité motrice importante, il est donc indispensable que la patiente bénéficie à ce moment là de l'action du traitement antiparkinsonien. Il faut donc que **la prise du Sinemet soit réalisée au moins une demi heure avant le repas** plutôt que lors du repas lui-même.