



**F. Esteve Piguet
P. Dulguerov**

Françoise Esteve Piguet
Logopédiste
Pr Pavel Dulguerov
Service d'ORL et chirurgie
cervico-faciale
HUG, 1211 Genève 14
francoise.esteve@hcuge.ch
pavel.dulguerov@hcuge.ch

Rev Med Suisse 2015; 11: 248

PRÉSENTATION CLINIQUE

Un homme de 75 ans est hospitalisé suite à un AVC ischémique capsulaire droit, en novembre 2013, puis ischémique lenticulaire et pontique gauche, en décembre 2013. Suite à ces AVC, il présente une dysarthrie sévère, des troubles de la déglutition qui nécessiteront la pose d'une gastrostomie endoscopique percutanée (PEG), et une labilité émotionnelle. En juin 2014, après une longue rééducation à l'hôpital qui permettra l'ablation de la PEG, le patient rentre à domicile.

En septembre, ce patient est amené aux urgences pour toux avec expectorations jaunâtres, état fébrile à 38,5°C et troubles de la vigilance. Le bilan met en évidence un syndrome inflammatoire, une insuffisance rénale aiguë et un foyer pulmonaire bibasal. La gazométrie montre une hypoxémie. Une sonde nasogastrique est posée. Une consultation pour évaluation logopédique de la déglutition est demandée pour «doute sur fausses routes nouvelles».

1. Des fausses routes sont-elles à l'origine de la dernière hospitalisation ?
2. Si oui, sont-elles nouvelles ?

COMMENTAIRE

La dysphagie neurologique se définit par des troubles de la déglutition résultant d'une affection neurologique. D'un point de vue neuro-anatomique, 40% des patients présentent une dysphagie lors d'un AVC unilatéral. Ce taux augmente à 56% dans les atteintes bilatérales, comme dans le cas présenté ci-dessus. Les troubles de la dé-

a Voix provoquée par une stase salivaire ou alimentaire au niveau laryngé.

Troubles de la déglutition : que faire ?

glutition montent même jusqu'à 67% dans les atteintes du tronc cérébral.^{1,2} Pour Lundy et coll.³ également, l'importance de la dysphagie est corrélée à la taille, au lieu de la lésion et est augmentée en cas d'atteinte bilatérale.

Si ces critères anatomiques peuvent nous renseigner sur la prévalence et l'importance de la dysphagie, ils ne nous disent rien sur le dépistage et les spécificités de celle-ci. En effet, lors d'atteinte neurologique, le tableau de la dysphagie comporte des éléments propres, le plus souvent un retard du réflexe de déglutition et une toux inefficace. Lors d'un AVC récent, une pneumonie est retrouvée chez 22% des patients dysphagiques et chez 43% des patients présentant des fausses routes.⁴ Il faut également se méfier de fausses routes silencieuses, à savoir des aspirations sans réflexe de toux,⁵ présentes chez environ la moitié des patients après AVC.⁶

L'évaluation logopédique de la déglutition s'effectue au lit du patient. La voix est faible et soufflée. Le patient est dysarthrique. La toux volontaire est très faible et grasse. A l'essai à l'eau, le retard du réflexe de déglutition est patent, le patient tousse très peu et tardivement. A l'essai au yoghourt, la voix se mouille. L'évaluation logopédique nous apprend que ce patient présente des fausses routes primaires aux liquides avec très peu de réflexe de toux, une stase valléculaire aux solides avec risque de débordement, donc de fausses routes secondaires. Le patient restera à jeun per os et une vidéo-fluoroscopie de la déglutition effectuée par la suite confirmera en tout point cette évaluation.

Il faut savoir que, malheureusement, aucun symptôme ou signe clinique ne permet d'identifier les aspirations avec une bonne valeur prédictive; les plus prometteurs étant une voix mouillée,^a une toux pendant ou après la déglutition et une élévation diminuée du larynx lors de la déglutition.

La difficulté d'évaluation des aspirations immédiatement après un AVC est évidente et tient en partie à l'état d'éveil du patient et de son état cognitif qui sont le plus souvent médiocres. Il ne faut pourtant pas perdre de vue que si, en général, l'état du patient s'améliore, et même parfois de manière spectaculaire, durant le premier mois sui-

vant l'AVC, la dysphagie peut persister bien au-delà.⁷ Des aspirations silencieuses, en petites quantités mais régulières, fréquemment aux liquides, seront à l'origine d'infections pulmonaires à répétition.

CONCLUSION

Ainsi, aux questions posées précédemment, on peut répondre que :

1. Les aspirations sont à l'origine de la pneumonie bibasale de ce patient, qui a entraîné une baisse importante de son état général et la nouvelle hospitalisation.
2. Les fausses routes sont dues aux AVC et qu'elles ont perduré à ce jour. Leur caractère quasi silencieux a pu faire croire, à tort, qu'elles avaient disparu.

La situation clinique décrite ici se rencontre communément dans les hôpitaux, tant en neurologie qu'en médecine interne. L'évaluation de la déglutition, et en particulier des aspirations silencieuses, est indispensable pour une prise en charge adéquate qui permettra au patient de récupérer, de rentrer à domicile dans les meilleures conditions possibles et d'éviter une nouvelle hospitalisation. ■

Bibliographie

- 1 Broadey S, et al. Predictors of prolonged dysphagia following acute stroke. J Clin Neurosci 2003;10:300-5.
- 2 Horner J, et al. Dysphagia following brain-stem stroke. Clinical correlates and outcome. Arch Neurol 1991;48:1170-3.
- 3 Lundy DS, et al. Aspiration: Cause and implications. Otolaryngol Head Neck Surg 1999;120:474-8.
- 4 Martino R, et al. Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis and pulmonary complications. Stroke 2005;36:2756-63.
- 5 Daniels S, et al. Aspiration in patients with acute stroke. Arch Phys med Rehabil 1998;79:14-9.
- 6 Ramsey D, et al. Silent aspiration: What do we know? Dysphagia 2005;20:217-25.
- 7 Smithard DG, et al. The natural history of dysphagia following a stroke. Dysphagia 1997;12:188-93.