

entendre...O.R.L

LE BIMESTRIEL DE L'ACTUALITÉ O.R.L.

VIEILLESSE et DÉGLUTITION : quand les années ne passent plus



A lors que la dépendance constitue d'ores et déjà une pilule difficile à avaler pour notre budget national, il semble opportun de s'intéresser à la déglutition du sujet âgé. Celle-ci n'est certes que l'une des nombreuses fonctions physiologiques à subir l'outrage des ans mais les implications médicales et socio-économiques de son dérèglement sont considérables. Ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui *presbyphagie* affecte en effet près de 10% de la population de plus de 65 ans, compromettant directement le maintien de ses constantes biologiques les plus essentielles, nécessitant une prise en charge souvent lourde et dispendieuse, quand elle n'en menace pas la vie du fait de complications infectieuses ou cachectiques.

Un acte faussement banal

Il est bien établi que déglutir liquides et solides, activité ô combien quotidienne, se déroule en trois phases : *orale* ayant pour double fonction de *préparer* par mastication et lubrification le bol alimentaire et de le *propulser* vers le pharynx grâce à la contraction linguale ; *pharyngée* et *œsophagienne*, conduisant par un péristaltisme

musculaire harmonieux ce bol à l'estomac. Le bon déroulement de ces trois étapes implique une activation et une coordination neuro-musculaire parfaites que l'âge ou la maladie peut perturber.

Face à une *presbyphagie*, c'est à l'analyse clinique éventuellement complétée d'explorations aujourd'hui sophistiquées qu'il revient de faire la part du vieillissement physiologique et d'une pathologie afin de lui opposer les solutions adaptées.

Mise en bouche ...

Évaluer la responsabilité de l'étape orale dans une *presbyphagie* ne nécessite aucune investigation instrumentale particulière. La simple observation clinique permet en effet de relever trois causes possibles :

- i) une altération de la *qualité de la salive* dont témoigne une sécheresse buccale rendant moins fluide le bol alimentaire ;
- ii) une *mauvaise dentition* affectant le mixage alimentaire ;

en 2 mots

- Les troubles de la déglutition représentent une cause significative de morbidité chez le sujet âgé.
- Altération de la salive, de la dentition ou des muscles masticateurs représente la principale cause de « presbyphagie » d'origine orale.
- Outre les facteurs gériatriques habituels, l'examen clinique toujours complété par une nasofibroscopie doit en premier lieu éliminer un processus tumoral, un processus dégénératif neuro-musculaire ou un diverticule œsophagien.
- Deux causes apparemment banales semblent dominer l'étiologie de la presbyphagie : l'ostéophytose et les troubles de la statique cervicale.
- Toute presbyphagie doit être explorée car source de complications potentiellement graves.

iii) enfin un *affaiblissement de la force de contraction des muscles masticateurs*. Pour étudier cette phase orale de la déglutition, un auteur a proposé l'utilisation d'un chewing-gum coloré dont la modification d'aspect permet de quantifier la qualité de la mastication...

D'un point de vue pratique, ces trois facteurs appellent des mesures médicales et diététiques relativement simples, tels le traitement d'une éventuelle xérostomie, la fluidification du bol alimentaire, la mise en état dentaire ou le port de prothèses bien adaptées.

Et ras le bol

C'est encore l'examen clinique qui permet une première analyse des phases pharyngée et œsophagienne. Après avoir apprécié le contexte neuro-musculaire, il consiste à tester la *sensibilité* pharyngée par le réflexe nauséux, à rechercher une *paralysie du voile* et à étudier le *déclenchement du temps pharyngé* lors de la déglutition de la salive. Ce déclenchement est marqué par l'ascension franche du larynx que l'on peut objectiver en mettant la main sur la « pomme d'Adam ». Son élévation faible ou répétée traduit une perturbation de son initialisation. De même des efforts répétés de déglutition d'une même bouchée traduisent la diminution des capacités propulsives du pharynx ou la difficulté du franchissement de la bouche œsophagienne.

La nasofibroscopie aujourd'hui indispensable recherche une stase salivaire pharyngée, notamment dans les sinus piriformes ou les vallécules. En donnant une crème au patient, elle peut visualiser une fausse route vers le cavum ou vers le larynx, apprécier la qualité de la propulsion pharyngée, le carrefour devant être entièrement visible et vide après déglutition, et parfois objectiver le signe de la « marée montante », c'est-à-dire de la régurgitation du bol alimentaire dans l'hypopharynx, signe très caractéristique d'un diverticule œsophagien.

Les explorations fonctionnelles

Elles sont entreprises lorsqu'existent des signes évoquant une atteinte du temps pharyngé ou d'une pathologie motrice de l'œsophage.

Le classique transit baryté reste utile en cas de diverticule œsophagien mais c'est

la vidéofluoroscopie qui montre chez le sujet âgé un ralentissement du réflexe pharyngé, un retard d'ouverture du sphincter supérieur, un raccourcissement du temps de passage du bol entre son entrée dans le pharynx et la déflexion protectrice de l'épiglotte, voire un allongement significatif du transit œsophagien. Toutefois de nombreuses études suggèrent qu'une altération de ces paramètres dynamiques n'explique pas à elle seule un trouble de la déglutition.

Quant à la manométrie pharyngo-œsophagienne à haute résolution, elle permet désormais d'explorer les phénomènes biomécaniques musculaires depuis la valve vélo-pharyngée jusqu'au sphincter inférieur de l'œsophage et d'objectiver une éventuelle achalasia ou toute autre anomalie biomécanique.

Les causes de malbouffe

De nombreux facteurs impactent négativement la nutrition des sujets âgés : altération du mécanisme de satiété, diminution de l'appétit par baisse du goût et de l'odorat, sarcopénie, modification de l'environnement familial, etc. Il reste que face à une presbyphagie, il convient d'abord d'éliminer un processus tumoral des voies digestives supérieures, un diverticule œsophagien, une œsophagite par reflux voire une maladie neurodégénérative ou musculaire. Chacune de ces étiologies appelle un traitement spécifique. Toutefois deux affections, certes banales mais ô combien plus fréquentes chez le sujet âgé, méritent d'être soulignées

L'ostéophytose cervicale tout d'abord. Touchant près de 75% des sujets au-delà de 65 ans, elle peut provoquer en C3/C4/C5 des symptômes que l'ORL a trop souvent tendance à considérer comme « fonctionnels » : sensation de « boule » ou de corps étranger dans la gorge, raclage et toux chronique sèche. Mais c'est dans sa localisation C5-C6 qu'elle peut provoquer une dysphagie parfois sévère. Et c'est d'ailleurs parfois à l'occasion d'une difficulté d'intubation pour endoscopie à visée diagnostique sous AG qu'une voussure anormale de la paroi pharyngée attire l'attention. Trois mécanismes sont allégués : compression mécanique directe des parois pharyngée et œsophagienne, gêne à la bascule protectrice de l'épiglotte sur la margelle laryngée, réaction

inflammatoire des tissus adjacents. Dans sa forme majeure, l'ostéophytose s'inscrit dans la maladie de Forestier caractérisée par une calcification et une néo-ostéogénèse intéressant le tissu conjonctif, les ligaments, aponévroses et muscles paravertébraux.

L'examen au nasofibroscope voire une simple radiographie cervicale de profil suffisent habituellement au diagnostic. Au plan thérapeutique, modification de la consistance du bol alimentaire, rééducation de la déglutition, anti-inflammatoires, myorelaxants sont indiqués en première intention. Une chirurgie de modelage peut être envisagée dans les formes sévères.

Les troubles de la posture cervicale représentent une autre cause, banale mais fréquente, de presbyphagie. Chez un sujet normal, la mise en hyperextension de la tête et du cou provoque un élargissement du vestibule laryngé, un rétrécissement des vallécules, une contraction de la musculature cervicale et une difficulté d'ouverture du sphincter œsophagien. Ce simple exercice explique que chez le sujet âgé une anomalie de la posture cervicale puisse provoquer une dysphagie. De fait, une cyphose, que la cause en soit congénitale, traumatique, ostéoporotique ou inflammatoire, outre les douleurs cervicales ou dorsales, les myélopathies ou autres déficits sensitivo-moteurs qu'elle peut provoquer, constitue un facteur de risque avéré de fausses routes et d'inhalation. De même une hyperlordose cervicale, souvent secondaire à la cyphose thoracolumbaire obligeant le sujet à relever la tête pour maintenir sa vision normale, contrarie la fermeture de l'épiglotte, favorisant elle aussi les fausses routes et ses redoutables conséquences.

En conclusion

Longtemps mis sur le seul compte des années et ne suscitant jusqu'alors que fatalisme compassionnel, les troubles de la déglutition représentent une cause significative de morbidité chez le sujet âgé. Leur exploration systématique conduit pourtant à identifier une cause parfois banale et dont la prise en charge leur permet, outre d'éviter des complications potentiellement très graves, de profiter des ultimes plaisirs sybarites de l'existence.

L'avis de l'expert



Professeur Sophie PERIE
 ORL et Chirurgie cervico-faciale
 Professeur des Universités
 Hôpital Tenon - 75020 Paris

La presbyphagie : mythe ou réalité? (haute/basse)

Les difficultés de déglutition au cours du vieillissement sont fréquentes, et de multiples perturbations de ce geste, portant sur les temps volontaires ou réflexes peuvent être en cause.

Même si les temps de déglutition se modifient avec l'âge, leur incidence reste à être évaluée. La modification majeure reste celle de la baisse de la force linguale qui modifie le déclenchement de la déglutition chez plus de 60% des sujets âgés. Les mécanismes sont multiples, à la fois neurogène (dégénérescence rétrograde axonale liée au vieillissement) et myogène (atrophie des fibres musculaires, fibroadipose des fibres). Ils ne posent pas forcément de problèmes majeurs lorsqu'ils restent physiologiquement liés à l'état global du patient, et sont souvent silencieux, les sujets adoptant des mécanismes de compensation du temps oral en adaptant la nourriture ingérée et en augmentant la durée des repas.

L'interrogatoire est essentiel pour orienter le diagnostic, ainsi que l'examen de la déglutition par l'observance de la prise alimentaire et la fibroscopie de la déglutition. Les blocages alimentaires sont souvent exprimés par les patients comme des difficultés à "déglutiner". La sévérité des troubles doit être appréciée sur la survenue de pneumopathies de déglutition (bronchites répétées), d'épisodes asphyxiques, de perte pondérale et de l'exclusion sociale progressive.

Chez les sujets âgés, le terme de presbyphagie est souvent employé et désigne des atteintes plus ou moins spécifiques. Son diagnostic doit donc être porté avec vigilance, et il reste difficile d'établir une corrélation entre celle-ci et de réels troubles de la déglutition. La survenue d'une dysphagie chez les sujets âgés, en dehors d'une étiologie précise, doit prendre en compte un déséquilibre général, comme par exemple un épisode grippal, un trouble dépressif, la prise de médicaments, ou une hypothyroïdie. Ce déséquilibre peut rapidement avoir des incidences sur la déglutition et désorganiser celle-ci.

Certains diagnostics doivent être éliminés d'emblée, comme les tumeurs et les compressions extrinsèques, et des causes non spécifiques dominées par les accidents vasculaires cérébraux, les maladies neurologiques (maladie de Parkinson, SLA) ou neuromusculaires (myasthénie chez le sujet âgé), les myosites et myopathies à expression tardive. L'achalasie du sphincter supérieur de l'œsophage représente par contre une pathologie spécifique du vieillard, marquée par une involution musculaire des muscles de ce sphincter dont le diagnostic est confirmé en manométrie et/ou au radiocinéma. Le diverticule de Zenker n'est pas exceptionnel, et correspond à une hernie de la muqueuse de ce sphincter supérieur, dont la symptomatologie dès l'interrogatoire est typique (régurgitations d'aliments non digérés, fausses routes, perte pondérale majeure...). Le transit baryté confirme ce diagnostic, et en fibroscopie de la déglutition, les régurgitations sont objectives (signe de la marée).

Les traitements seront dépendants de l'étiologie, mais doivent viser avant tout à un équilibre nutritionnel et à protéger les poumons des fausses routes. Certaines rares causes spécifiques seront chirurgicales (myotomie du sphincter supérieur de l'œsophage, diverticule de Zenker). L'appétence est un objectif majeur à trouver chez les sujets âgés. L'importance des troubles, leur durée d'évolution et la perte pondérale constituent des limites majeures à une prise en charge efficace et à une évolution favorable chez les sujets âgés.

Feinberg MJ, Ekberg O. Videofluoroscopy in elderly patients with aspiration : importance of evaluating both oral and pharyngeal stages of deglutition. Am J Roentgenol 1991 ; 156 : 293-296.

Pitcher J.L. Dysphagia in the elderly : causes and diagnosis. Geriatrics 1973 ; Oct : 64-69.

Articles à lire

Abdel-Aziz M et al. Cervical osteophytosis and spine posture : contribution to swallow disorders and symptoms. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2018 ; 26 : 375-81.

Jardine M et al. Swallowing function in advanced age. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2018 ; 26 : 367-74.

Lacau St-Guily et al. Nutricancer : a French observational multicenter cross-sectional study of malnutrition in elderly patients with cancer. J Geriat Onc 2018 ; 9 : 74-80.

Omari T, Schar M. High-resolution manometry : what about the pharynx ? Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2018 ; 26 : 382-91.

Périé S et al. The « sign of the rising tide » during swallowing fibroscopy : a specific manifestation of Zenker's diverticulum. Ann Otol Rhinol Laryngol 1999 ; 108 : 296-9.

Wada S et al. What type of food can older adults masticate ? Evaluation of mastication performance using color-changeable chewing gum. Dysphagia 2017 ; 32 : 636-43.

Un accompagnement personnalisé pour vos patients !



entendre

La force d'un réseau,
l'implication d'un indépendant

L'audioprothésiste Entendre est un indépendant qui s'engage personnellement et engage son équipe pour la satisfaction totale de vos patients.

Un accueil et un accompagnement personnalisés de vos patients tout au long des différentes étapes de leur appareillage.

Des produits et des services à la pointe de la technologie et de l'innovation, proposés par un réseau national.

Une des meilleures centrales d'achats en France, vos patients bénéficieront des meilleurs produits au meilleur prix.

entendre
...et la vie recommence

www.entendre.com