



INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL

AFFILIÉ À
Université 
de Montréal

La dysphagie et les soins palliatifs

Nathalie Blouin, M.D.

Journée de soins palliatifs

Manoir Rouville-Campbell

15 juin 2007

OBJECTIFS

À la fin de cette présentation, le participant pourra :

- Définir et évaluer la dysphagie
- Discuter des diverses approches de la dysphagie chez un patient en soins palliatifs
- Amorcer une réflexion éthique pour la prise en charge de la dysphagie en soins palliatifs

Situations cliniques

Situations cliniques

1. Patiente de 45 ans, à domicile, souffrant de néo du sein depuis environ 1 an. Elle pèse 45 kg. Depuis environ 1 mois, elle a de plus en plus de difficulté à s'alimenter avec une sensation de blocage pharyngé.
2. Patient de 85 ans ayant subi un AVC il y a 3 ans. On vient de lui trouver une néoplasie de l'œsophage. Le patient a beaucoup de difficulté à s'alimenter.

Situations cliniques (suite)

3. Patient de 70 ans souffrant de la maladie de Parkinson depuis 5 ans. Il prend Sinemet CR 200/50 TID, Lasix 20 mg die. Il présente une douleur récente à l'alimentation, et on s'apprête à procéder à des traitements de radiothérapie à cause d'une néoplasie de la base de la langue. Il s'étouffe avec des liquides.
4. Patiente de 80 ans en SLD à cause d'une démence évoluant depuis quelques années. Depuis une semaine, elle ne mange plus.

Problème d'alimentation

Dysphagie ?

1. Définition de la dysphagie

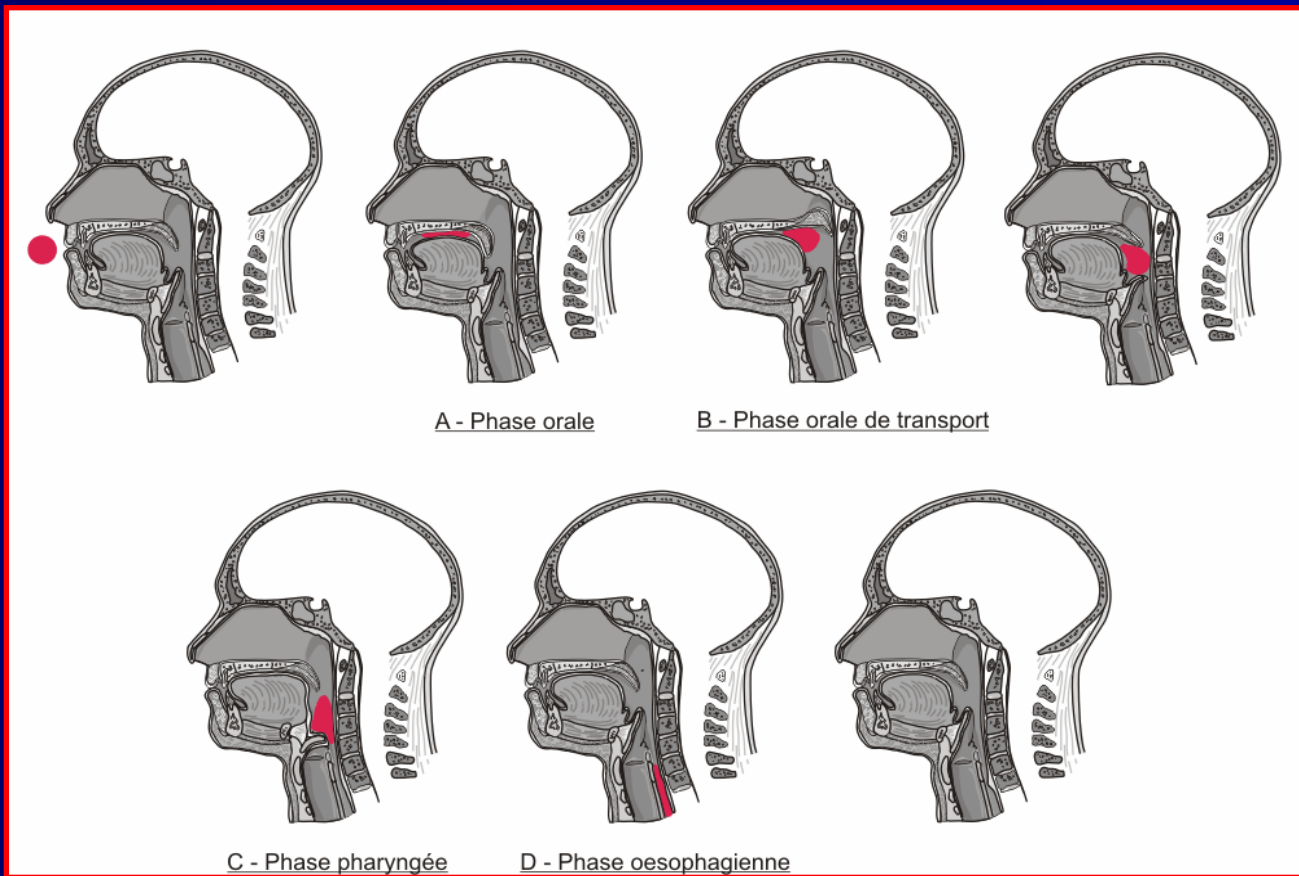
Difficulté qu'éprouve un patient à faire passer un bolus alimentaire de la bouche à l'estomac

F. Cot

2. Phases de la déglutition

- Phase orale de préparation
- Phase orale de propulsion
- Phase pharyngée
- Phase oesophagienne

Phases de la déglutition



Principales étiologies de la dysphagie

MALADIES NEUROLOGIQUES	
Vasculaire	Accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique ou lacunaire Accident vasculaire cérébral bulbaire ou hémisphérique Vasculite
Traumatique	Hématome sous-dural Trauma-crânien
Tumoral	Tumeur primaire Métastases
Dégénérative	Maladie d'Alzheimer et autres démences dégénératives Maladie de Parkinson (et autres syndromes akinéto-rigides) Dégénérescence cérébelleuse Maladie du motoneurone : sclérose latérale amyotrophique, paralysie bulbaire progressive Paralysie supranucléaire progressive

Principales étiologies de la dysphagie (suite)

MALADIES NEUROLOGIQUES

Musculaire	Dystrophie oculopharyngée Polymyosite Myosite à corps d'inclusion Myopathie mitochondriale Sarcoïdose Dystrophie myotonique Myopathie métabolique (hyper et hypothyroïdie)
Infectieux	Poliomyélite aiguë ou syndrome post-polio
Neuropathie	Diabétique Paralysie VII (de Bell) Infection à herpès, dysphthérie, TB, syphilis Tumorale Guillain Barré
Autres	Sclérose en plaques
Jonction neuromusculaire	Myasthénie grave

Principales étiologies de la dysphagie (suite)

AFFECTIONS ANATOMIQUES	
Cavité orale	Néoplasie Xérostomie Post-irradiation
Pharynx	Xérostomie Mycose Complication post-opératoire : par exemple, post-laryngectomie Post-irradiation Ostéophytes cervicaux Diverticule de Zenker
Oesophagienne	Néoplasies Achalasie Spasme œsophagien diffus Trouble de mobilité secondaire au diabète, à la sclérodermie Hernie hiatale Stricture œsophagienne secondaire au reflux gastro-oesophagien Diverticule de Zenker Compression vasculaire Ostéophytes cervicaux

Symptômes pouvant faire penser à une dysphagie

Types de présentation

- Incapacité à avaler salive
- Toux pré, per ou post-déglutition
- Bolus qui ressort par les lèvres
- Impression de nourriture restant collée dans le pharynx
- Difficultés à propulser le bolus alimentaire
- Sensation de blocage rétrosternal
- Changement de rythme respiratoire
- Dysphagie aux solides vs liquides

Évaluation clinique de la dysphagie

- Évaluation de l'état de conscience
- Bonne connaissance des étiologies et de la fréquence de la dysphagie comme symptôme
- Examen neurologique complet
- Évaluation du mécanisme oral périphérique (MOP)
- Test de la gorgée d'eau
- Essai alimentaire (si possible)
- Évaluation de repas (si possible)

Prise en charge de la dysphagie

- Interdisciplinaire
- Établir un plan de traitement en déterminant l'approche à favoriser
 - Méthodes d'intervention directe
 - Méthodes d'intervention indirecte
 - Méthodes compensatoires

Stratégies d'intervention

⇒ Directes

⇒ Compensatoires

⇒ Indirectes

Stratégies d'intervention directes

- Ont pour but de modifier la physiologie de la déglutition
- Améliorent les fonctions sensibles, motrices ou réflexes par l'entraînement musculaire et le contrôle volontaire

Stratégies d'intervention directes (suite)

- Stimulation thermotactile
- Exercices musculaires pour:
 - les lèvres
 - les joues
 - le voile
 - la langue
 - le larynx
 - les cordes vocales

Stratégies compensatoires

Ont pour but d'apprendre au patient des méthodes de contrôle volontaire de la déglutition

- Déglutition forcée
- Déglutition supraglottique
- Technique de Mendelsohn
- Flexion antérieure de la tête
- Rotation latérale de la tête avec ou sans flexion
- Alternance liquides - solides
- Déglutitions multiples
- Dérhumage
- Vérification de la voix

Stratégies d'intervention indirectes

Ont pour but d'optimiser la déglutition en modifiant la situation d'alimentation et les habitudes des intervenants

- Environnement
- Positionnement
- Aides techniques
- Textures et consistances
- Vitesse d'alimentation

But des soins palliatifs classiques

- Procurer un soulagement de la douleur et des autres principaux symptômes de fin de vie.
- Assurer une prise en charge globale : biologique, psychologique et spirituelle en fin de vie.
- Aider et supporter le patient et sa famille dans l'atteinte de la meilleure qualité de vie possible en fin de vie.

Palliatif

- Mesures atténuant les symptômes d'une maladie sans agir sur sa cause.
- Centres qui accompagnent les malades incurables en fin de vie.
- Mesures qui n'ont qu'un effet passager.

Soins palliatifs

A. Collègues en SLD

B. Collègue travaillant dans un hôpital
aigu en soins palliatifs

Questionnaire

- Définition soins palliatifs
- Définition de la dysphagie
- Place de la gastrostomie en soins palliatifs

Définition des soins palliatifs SLD

Phase terminale ou syndrome de glissement lorsqu'une dépression est éliminée

≈ 25 % du travail en SLD

Définition de la dysphagie

- Symptôme représentant une difficulté à avaler avec conséquences alimentaires
- Représente en SLD une atteinte globale sévère
- Demeure un problème préoccupant, voire angoissant pour le patient et la famille

Place de gastrostomie en soins palliatifs

- SLD :**
- peu de place
 - sentiment qu'on prolonge l'agonie
 - Règlerait le problème de la médication po en fin de vie

- SA :**
- Place présente
 - Facilite les voies d'accès des R et les apports p.o.

Tous s'entendent pour souligner l'importance de la discussion du pronostic, du diagnostic et du système de valeurs

Principaux problèmes d'alimentation rencontrés en soins palliatifs

- Nausées
- Dysgeusie
- Dégout pour certains aliments
- Stomatite
- Stomato-pharyngo-oesophagite
- Obstruction
- Dysphagie
- Xérostomie
- Asthénie de fin de vie avec manque d'apport

Complications orales en fin de vie

- Stomatite (mucosite)
- Dysphagie
- Xérostomie

Dahlin, C. 2004

Stomatite

Facteurs de risque :

- Patients immunosupprimés (chimio ou radiothérapie)
- HIV
- < 18 ans, > 65 ans
- Insuffisance rénale
- Hygiène buccodentaire déficiente
- Traumatismes (ex. : prothèses)
- ROH
- Cigarette
- Mastication de tabac

Dahlin, C. 2004

Traitement de stomatite

- Hygiène buccodentaire TID
- Antibiotiques prn
- Rince-bouche Nacl ou bicarbonate (Chlorexidine si contrôle de plaque voulu)
- Modifications de diète pour diminuer irritation
- Protecteurs préprandiaux : Xylocaïne ou Sucralfate
- Analgésiques
- Hydratation buccale et lubrification

Dahlin, C. 2004

Dysphagie

- 30 % AVC
- 40-60 % maladies dégénératives
- 20 % néoplasies

Dahlin, C. 2004

Indices de dysphagie

- Étiologie prédominante
- Type de présentation
- Absence de douleur à l'alimentation

Étiologies de la dysphagie

- Néoplasies avec faiblesse terminale
- Néoplasies oesophagiennes
- Néoplasies ORL
- Démence
- Maladies neurologiques dégénératives
- Infections oropharyngo-oesophagiennes

Place de la dysphagie en soins palliatifs

Question préoccupante, voire angoissante
pour le patient, la famille, le personnel

Xérostomie

Principales causes en soins palliatifs

- Post-irradiation tête/cou
- Rx avec effets anticholinergiques, diurétiques, opiacés
- Candidiase
- Stomatite
- Déshydratation

Cherny, 2004

Néoplasies spécifiques

Néo de l'œsophage

- 2 types :
- Adénocarcinome
 - À cellules squameuses

Néo de l'œsophage

Survie à 5 ans :

- 5 % de 1974 – 1976
- 12 % de 1992 – 1998

Javle, M., 2006

Néo de l'œsophage

- Dysphagie le symptôme de présentation le plus fréquent
- Dysphagie plus fréquente dans les adénocarcinomes

Néo de l'œsophage

Dysphagie secondaire à :

- Tumeur
- Fibrose post-radiothérapie
- Stricture post-op
- Pseudo-achalasia due à l'infiltration cancéreuse du plexus mésentérique

Javle, M., 2006

Néo de l'œsophage

Traitement de la dysphagie :

- Dilatation ss endoscopie : temporaire
- Laser
- Stents
- Chimiothérapie
- Radiothérapie
- Thérapie photodynamique
- Coagulation APC
- Combinaison de traitements

Javle, M. , 2006

Management Options for the Palliations of Dysphagia

Table 5

Management Options for the Palliation of Dysphagia

TREATMENT MODALITY	OVERALL DYSPHAGIA RELIEF	DURATION OF RELIEF	COMPLICATIONS	OTHER	MORTALITY
Dilatation ³⁶	92%	1 wk	Small risk of perforation	Safe, inexpensive	< 1%
Nd-YAG laser ^{43,80,81}	80%–90%	4–6 wks	Perforation, fistula, hemorrhage, sepsis	Costly, need for technical expertise, difficult for gastroesophageal junction cancer, long lesion	1%–2%
Intraluminal stent ^{82–86}	95%–100%	Up to 20 wks	Chest pain, stent migration, airway obstruction, reflux; requires technical expertise	Treatment of choice for esophageal or tracheoesophageal fistulas	0%–8%
Photodynamic therapy ^{87–89}	85%–90%	7–9 wks	Photosensitivity, chest pain, esophagitis, strictures, fever, leukocytosis	High cost, inaccessibility	1%–2%
Brachytherapy ^{90–92}	50%–80%	28 wks	Perforation, fistula formation, bleeding	Complication rate is high, no immediate relief	No data
Argon plasma coagulation ⁷⁰	80%–85%	3–4 wks	Perforation	New modality, little experience, no comparative data	NA
Electrochemical (ethanol) ^{93,94}	80%–90%	4 wks	Chest pain, perforation, fistula	Very little experience, repeat treatment frequently	NA

Abbreviations: Nd-YAG = neodymium-yttrium aluminum garnet; NA = not applicable

Néo ORL

**Dysphagie très fréquente
après les traitements**

Causes

- Exérèse de structures
- Fibrose post-irradiation
- Atteinte neurologique secondaire
- Xérostomie post-irradiation

Gastrostomies

Indications en soins palliatifs :

- Procurer un support nutritionnel
- Décompression intestinale

Goncalves, F. et al. (2006)

Gastrostomies en soins palliatifs

- Étude rétrospective 1994-2005
- Étude de dossiers d'une unité de soins palliatifs
- Étude sur nbre de gastrostomies, indications, complications

Goncalves, F. et al. (2006)

Gastrostomies en soins palliatifs (suite)

- 154 dossiers étudiés sur une possibilité de 167
- 69 patients avaient gastrostomie pré-admission
- 86 patients ont eu gastrostomie pendant séjour
- Indications : 154 patients pour nutrition
 1 patient pour obstruction

Goncalves, F. et al. (2006)

Gastrostomies en soins palliatifs (suite)

Étiologies des problèmes les plus fréquents :

1.	Néo tête et cou	124 patients
2.	Néo œsophage	20 patients
3.	Néo 1 et 2 combinés	6 patients
4.	Néo du côlon	1 patient
5.	Néo du sein	1 patient
6.	Autres	1 patient

Goncalves, F. et al. (2006)

Gastrostomies en soins palliatifs (suite)

Total des 154 patients

Motifs d'installation :

Dysphagie	142	patients
Fistule orocutanée	8	patients
Fistule trachéo-oesophagienne	1	patient
Obstruction intestinale	1	patient
Inconnu	2	patients

Goncalves, F. et al. (2006)

Gastrostomies en soins palliatifs (suite)

Total des 154 patients

Motifs d'installation :

Dysphagie	142	patients
Fistule orocutanée	8	patients
Fistule trachéo-oesophagienne	1	patient
Obstruction intestinale	1	patient
Inconnu	2	patients

Goncalves, F. et al. (2006)

Gastrostomies en soins palliatifs (suite)

Total des 154 patients

Complications

Précoces < 5 jours

Tardives > 5 jours

Goncalves, F. et al. (2006)

Gastrostomies en soins palliatifs (suite)

Total des 154 patients

Table 3 Complications observed in the 153 patients who underwent the gastrostomy for nutrition

	Early Number of patients (%)	Late Number of patients (%)
Minor		
Abdominal pain, mild	39 (25)	17 (11)
Fullness after feeding	4 (3)	5 (3)
Nausea/vomiting	3 (2)	1 (1)
Infection, local	2 (1)	5 (3)
Tube blockage	4 (3)	4 (3)
Stomal leak	2 (1)	2 (1)
Total	55	35
Major		
Peritonitis	1 (1)	
Pneumoperitoneum + septic shock		1 (1)
Tube extrusion	1 (1)	16 (10)
Infection, local severe		3 (2)
Abdominal pain, replacement needed	1 (1)	
Abdominal pain, severe	2 (1)	2 (1)
Total	5	22

Some patients had more than one complication

Gastrostomies en soins palliatifs (suite)

Total des 154 patients

Suivi : moyenne 61 jours (1 - 551 jours)

19 patients	ont survécu	< 1 semaine
28 patients	" "	8 - 30 jours
51 patients	" "	31 - 90 jours
53 patients	" "	> 90 jours
2 patients	" "	inconnu
31 %	ont survécu	< 1 mois
69 %	ont survécu	> 1 mois

Discussion éthique

Bibliographie

- Gonçalves, F., Mozes, M., Saraiva, I., Ramos, C. Gastrostomies in palliative care. *Support Care Cancer*, 14 : 1147-1151, 2006.
- Dahlin, C. Oral Complications at the End of Life. *AJN*, 104 (7): 40-48, July 2004.
- Pollens, R. Role of The Speech-Language Pathologist in Palliative Hospice Care. *Journal of Palliative Medicine* 7 (5) 694-702, 2004.
- Javle, M., Sikander, A., Yang, G., Nwogu, CE., Schiff, M. & Nava, H. Palliation of Malignant Dysphagia in Esophageal Cancer : A Literature-Based Review. *Supportive Oncology*, 4 (8), Sept. 2006.
- Cot, F et coll. La dysphagie oropharyngée chez l'adulte, Edisem et Maloine, Saint-Hyacinthe et Paris, 1996.