

12e Sommet sur l'AVC

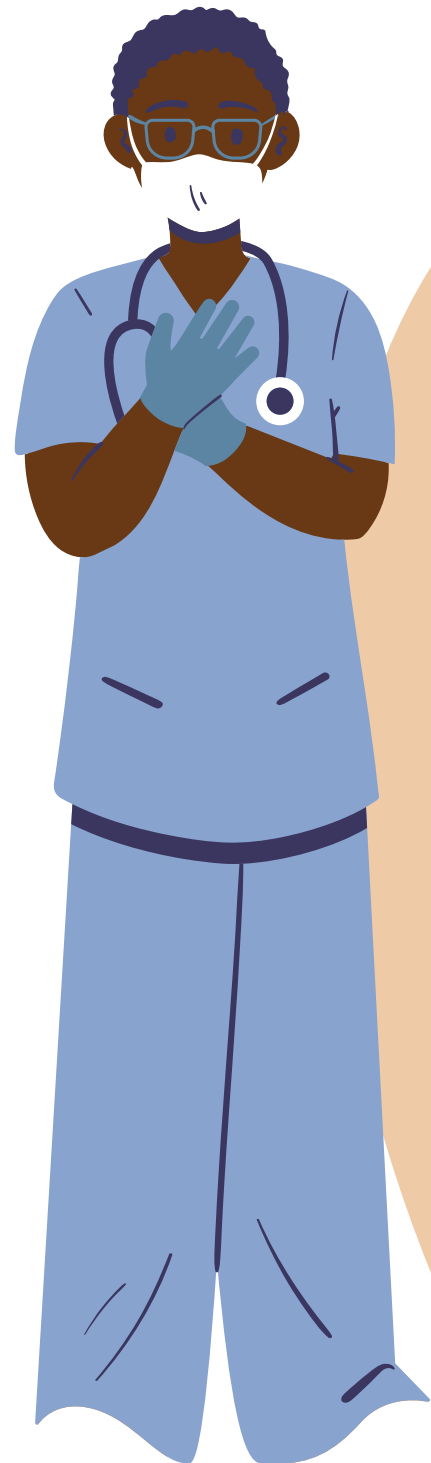
# Évaluation de la dysphagie en phase hyperaiguë et aiguë après un AVC

par Mme Kristina Haddad, Dt. P. et Mme Teri Spiliotopoulos, Erg.



# Divulgation des conflits d'intérêts potentiels

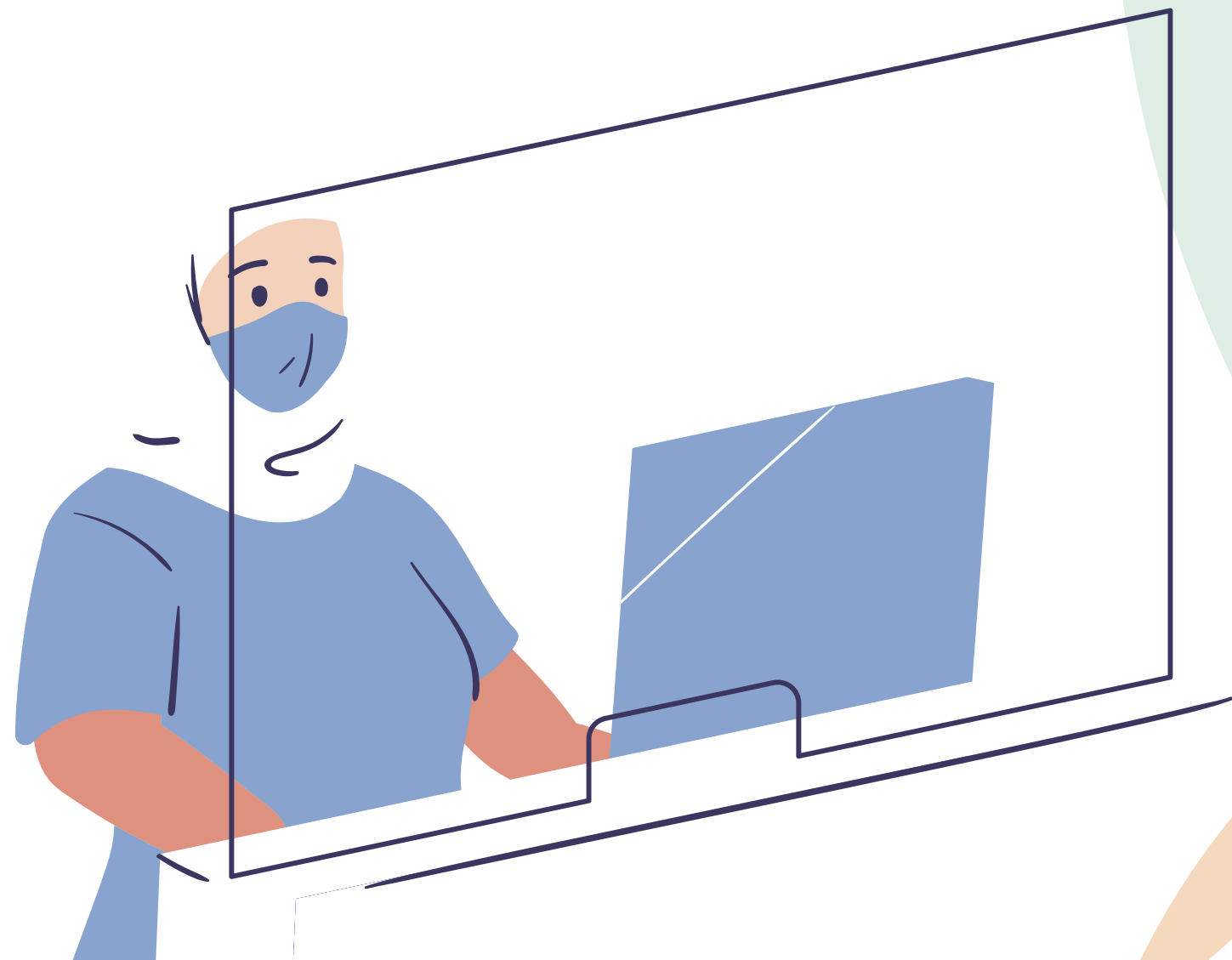
Mme Kristina Haddad, P.Dt. et Mme Teri Spiliotopoulos, Erg.



Nous n'avons aucune affiliation  
financière ou autre avec une  
quelconque organisation à but  
lucratif ou non lucratif.



# Objectifs d'apprentissage



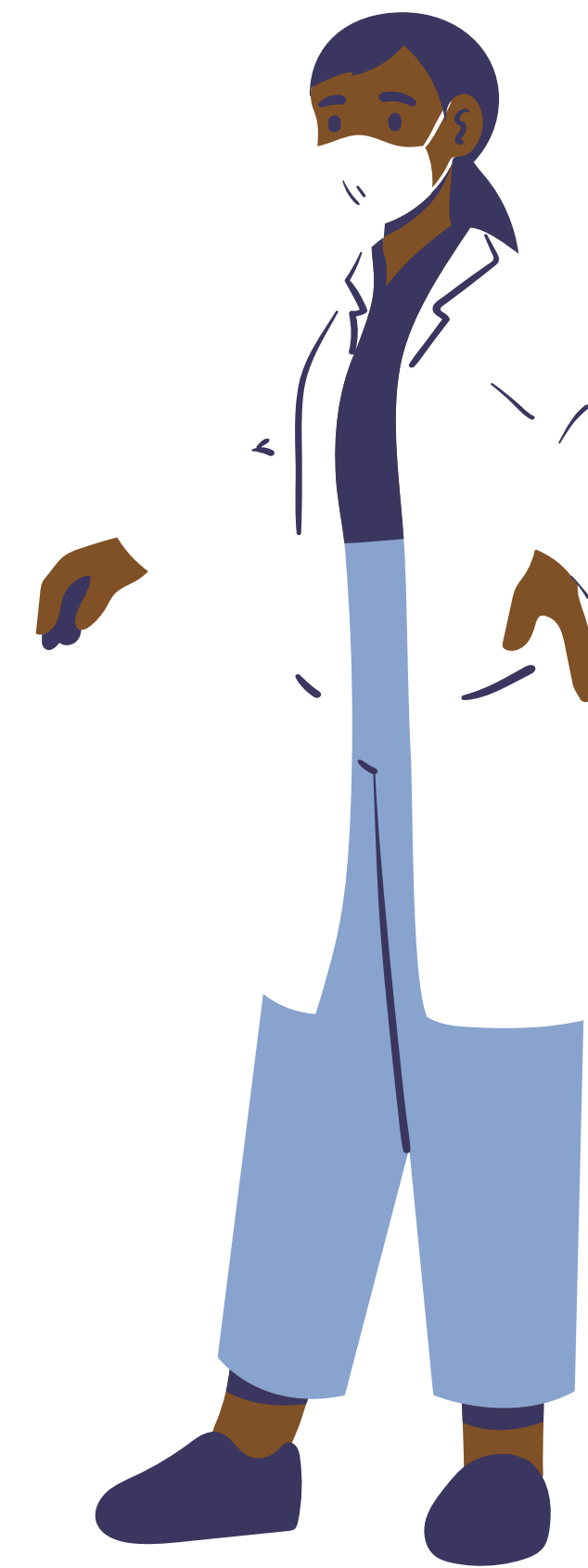
**Les participants seront en mesure de:**

1. Décrire le processus d'évaluation en cours à l'Hôpital neurologique de Montréal : professionnels impliqués et rôles.
2. Expliquer le dépistage et l'évaluation de la dysphagie.
3. Identifier l'incidence, le pronostic et le rétablissement

# Décrire le processus d'évaluation en cours à l'Hôpital neurologique de Montréal : professionnels impliqués et rôles



Notre équipe de dysphagie est  
composée d'ergothérapeutes  
et de diététistes.



# Décrire le processus d'évaluation en cours à l'Hôpital neurologique de Montréal : professionnels impliqués et rôles

## Rôle de l'ergothérapeute dans la dysphagie:

- Évalue les capacités fonctionnelles requises pour manger et boire
- Évalue la sécurité et l'efficacité de la fonction de déglutition
- Évalue le type et la gravité de la dysphagie et les risques d'aspiration
- Effectue une évaluation/réévaluation complète de la déglutition
  - L'évaluation initiale est complétée le plus tôt possible, soit en phase hyperaiguë, préférablement jour 1



# Décrire le processus d'évaluation en cours à l'Hôpital neurologique de Montréal : professionnels impliqués et rôles

## Rôle de la diététiste dans la dysphagie:

- Évalue l'état nutritionnel, notamment : les besoins nutritionnels, suffisance de l'apport alimentaire et de l'état d'hydratation/besoins en liquides ainsi que la prescription de la thérapie nutritionnelle médicale
- Évaluer l'opportunité d'utiliser des voies alternatives d'alimentation
- Évalue la relation directe entre la déglutition et l'état nutritionnel et d'hydratation
- Peut participer à l'évaluation/réévaluation de la déglutition au chevet avec l'ergothérapeute



# Décrire le processus d'évaluation en cours à l'Hôpital neurologique de Montréal : professionnels impliqués et rôles

## Protocole:

- Avant l'évaluation : une discussion entre les coéquipiers dysphagiques doit avoir lieu. La diététiste décide s'il est pertinent qu'elle soit présente à l'évaluation
- Pendant l'évaluation : l'évaluation est réalisée par l'ergothérapeute. Lorsque la nutritionniste est présente, elles évaluent à travers le prisme de leur propre profession. Si la nutritionniste n'est pas présente, l'ergothérapeute expliquera et discutera leurs premières impressions et recommandations avec le patient et leur famille, mais doit expliquer qu'il devra en discuter avec la nutritionniste afin de finaliser le plan.
- Après l'évaluation : la discussion entre le diététiste et l'ergothérapeute doit avoir lieu immédiatement après l'évaluation afin de discuter des résultats et de déterminer le plan de traitement et la nécessité d'une évaluation plus approfondie. Une discussion doit avoir lieu avant que quiconque documente des recommandations spécifiques à la profession.

# Dépistage et l'évaluation de la dysphagie

## QUI?

- Patients avec AVC ischémique ou AVC hémorragique
- Pas besoin d'une consultation signée par l'équipe médicale
- Ergothérapeutes automatiquement impliqués selon les "collective orders"

## COMMENT?

- L'équipe attend les résultats de l'évaluation de déglutition avant de choisir un type de diète pour le patient
- Durant la fin de semaine: infirmiers/infirmières utilisent le "ASSIST tool" pour le dépistage de dysphagie
  - Si le patient ne passe pas le test: le patient est mis NPO en attendant une évaluation de déglutition
  - Si le patient passe le test: le patient est mis sur solides réguliers et liquides réguliers, et si le patient + équipe médicale nient des difficultés de déglutition, l'ergothérapeute passe donc au dépistage de dysphagie (pas une évaluation formelle de la déglutition)





HME MCH  HGM MGH  HRV RVH  
 HNM MNH  ITM MCI  CL LC



**ASSIST – Dépistage précoce de la dysphagie pour les AVC/AIT (Accident vasculaire cérébral / Accident ischémique transitoire)**

Page 1 de / of 2

ASSIST – Acute Screening of Swallow in Stroke/TIA (Transient Ischemic Attack)

**Présélection:** Vérifier le type d'AVC avec le médecin. Garder tous les patients avec AVC hémorragique NPO. Dépistage pour tous les autres types.  
**Pre-Screening:** Verify kind of stroke with physician. Keep all hemorrhagic stroke patients NPO. Screen all other types.

1. Le patient est-il capable de: Is the patient able to:			
Maintenir la vigilance pendant au moins 20 minutes? Maintain alertness for at least 20 minutes?	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
Garder une posture / Position verticale assise? Maintain posture / Positioning in upright sitting?	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
Maintenir la tête droite? Hold head erect?	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No

**ARRÊTER ICI** si vous avez répondu NON à n'importe quelle partie de Q1. Garder le patient NPO et réévaluer lorsque sa condition s'améliore. Une sonde d'alimentation est recommandée pour les médicaments. Consulter l'ergothérapeute.

**STOP HERE** if you answered NO to ANY part of Q1. Place patient NPO and review when condition improves. Feeding tube recommended for medications. Refer to Occupational Therapist.

2. Le patient a-t-il un des signes / Symptômes suivants? Does the patient have any of the following?			
AVC du tronc cérébral suspecté (vérifier le dossier du patient) Suspected brainstem stroke (check file)	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
Faiblesse ou asymétrie faciale (vérifier sourire, grimace, sillon nasogénien) Facial weakness / Droop (check smile, pout, nasolabial fold)	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
Parole absente ou élocution intelligible (participe à une conversation) Slurred / Absent speech	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
S'étouffe avec sa salive Coughing on saliva	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
Salivation (vérifier coin de la bouche, menton) Drooling (check corner of mouth, chin)	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
Voix rauque ou absente (participe à une conversation) Hoarse / Absent voice (engage in conversation)	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
Toux faible ou absente (demander de tousser) Weak / Absent cough (ask to cough)	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
Dyspnée Shortness of breath	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
Aucune difficulté préexistante à avaler (vérifier le dossier, demander à la famille)	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No

**ARRÊTER ICI** si vous avez répondu OUI à N'IMPORTE QUELLE partie de Q2. Garder le patient NPO consulter l'ergothérapeute et signer au bas de la page 2.

**STOP HERE** if you answered YES to ANY part of Q2. Place patient NPO, refer to Occupational Therapist and sign the form at the bottom of page 2.

3. Tester le patient avec une gorgée d'eau et observer pour : Test the patient with a sip of water and observe:			
Toux ou éclaircissement de la gorge Any coughing / Throat clearing	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
Changement dans la qualité de la voix Change in vocal quality	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
Salivation Drooling	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
Changements dans la respiration / Essoufflement Change in respiration/shortness of breath	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No

**ARRÊTER ICI** si vous avez répondu OUI à N'IMPORTE QUELLE partie de Q3. Garder le patient NPO et consulter l'ergothérapeute.

**STOP HERE** if you answered YES to ANY part of Q3. Place patient NPO and refer to Occupational Therapist.

4. Observer le patient boire un verre d'eau : Observe the patient drink a cup of water:			
Toux ou éclaircissement de la gorge Any coughing / Throat clearing	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
Changement dans la qualité de la voix Change in vocal quality	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
Salivation Drooling	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
Changements dans la respiration / Essoufflement Change in respiration / Shortness of breath	<input type="checkbox"/>	Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No

**ARRÊTER ICI** si vous avez répondu OUI à N'IMPORTE QUELLE partie de Q4. Garder le patient NPO et consulter l'ergothérapeute.

**STOP HERE** if you answered YES to ANY part of Q4. Place patient NPO and refer to Occupational Therapist.

5. Débuter le régime prémorbide (pré-hospitalisation) / Start patient on premorbid (pre-hospitalization) diet	
Régime / Diet :	_____
<b>EXCEPTION: Patients à l'Urgence doivent recevoir un régime de purée et liquides épaissis et consulter l'ergothérapeute pour une évaluation.</b> EXCEPTION: Patients in Emergency Department should receive puree and thick liquids diet. Refer all patients to the Occupational Therapist for assessment	
<b>Le personnel infirmier doit observer le patient lors de son premier repas. Documenter vos observations dans les notes d'évolution.</b> Nursing staff please observe patient with first meal and document observations in Progress Notes.	

**Une augmentation de la température du patient ou une détérioration respiratoire peut indiquer une aspiration silencieuse. Garder le patient NPO et consulter l'ergothérapeute.**  
A spike in temperature and/or deterioration in chest condition may indicate silent aspiration.  
Place patient NPO and refer to Occupational Therapist.

Signature de l'infirmier(ère) / Registered Nurse Signature \_\_\_\_\_

Date (AAYY/MM/JD) \_\_\_\_\_ Heure / Time (HH :MM) \_\_\_\_\_

# Dépistage de la dysphagie

## Étapes

- Évaluation des fonctions oro-motrices + laryngées
- Évaluation de la déglutition avec:
  - un solide régulier (exemple: un biscuit) et un liquide régulier (exemple: verre d'eau) OU
  - en observant comment le patient prend une partie d'un repas

## Conclusion

- Si tout va bien, le patient peut rester sur solides et liquides réguliers
- Si non: évaluation formelle de la dysphagie



# Évaluation formelle de la dysphagie

## ÉVALUATION DE LA DÉGLUTITION AU CHEVET

### Évaluation physique:

Fonction labiale et de la langue  
(asymétrie; faiblesse; coordination; sensation)

·Fonction laryngée (élévation)

·Mécanismes de protection  
(force de la toux, de la voix et du raclement de la gorge)

·Endurance

·Capacité de maintenir une position assise de 90 degrés



# Évaluation formelle de la dysphagie

## ÉVALUATION DE LA DÉGLUTITION AU CHEVET

### État respiratoire:

Gérer les sécrétions  
Dépendant de l'oxygène  
Toux

### État cognitif:

Niveau de conscience  
Capable de suivre les consignes



# ESSAIS PAR LA BOUCHE



## Différentes textures de solides:

- Régulière
- Molle
- Hâchée
- Purée
- Consistance mixte

## Différentes consistances de liquides

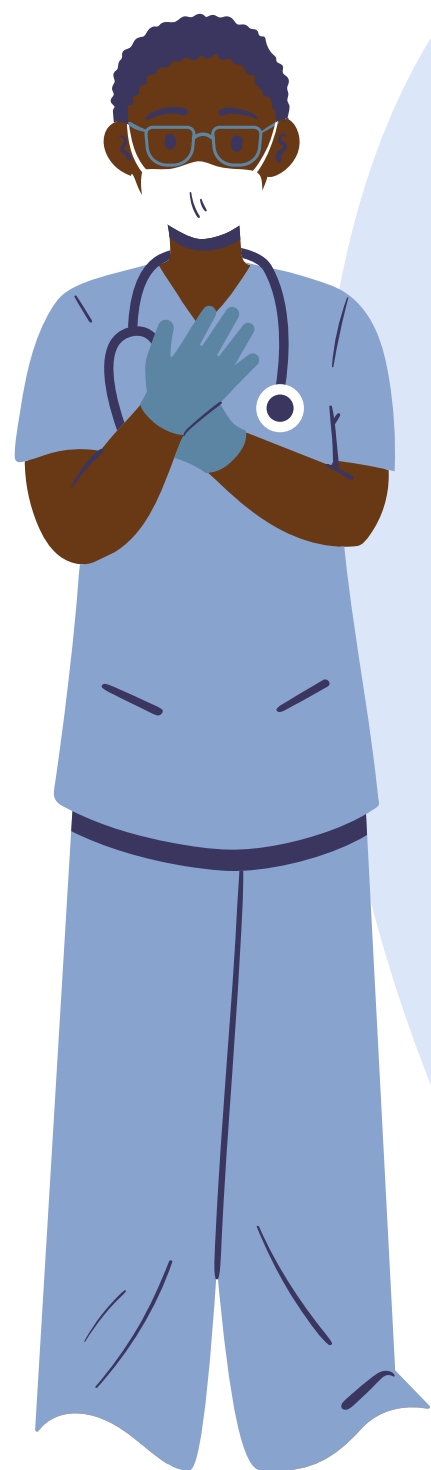
- Régulière
- IDDSI 2
- IDDSI 3

Image source: Amazon Canada

<https://www.amazon.ca/HYDRA-Thickened-Beverage-Dysphagia-Concentrate/dp/BOBCVSP2L2?th=1>

(IDDSI - International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, n.d.)

## Avec les essais de la bouche, on évalue :



- La transition orale; est-ce qu'elle est lente?
- Le rythme; est-ce que le patient mange ou boit trop rapidement?
- Le contrôle salivaire
- La déglutition : spontanée; forcée; multiple ou retardée
- Le résidu oral
- Le déficit de l'élévation laryngée
- L'alternance avec liquides
- La tolérance diminuée
- Les signes d'aspiration:
  - Raclement de la gorge
  - Changement de voix ou voix mouillée
  - Toux
  - Étouffement

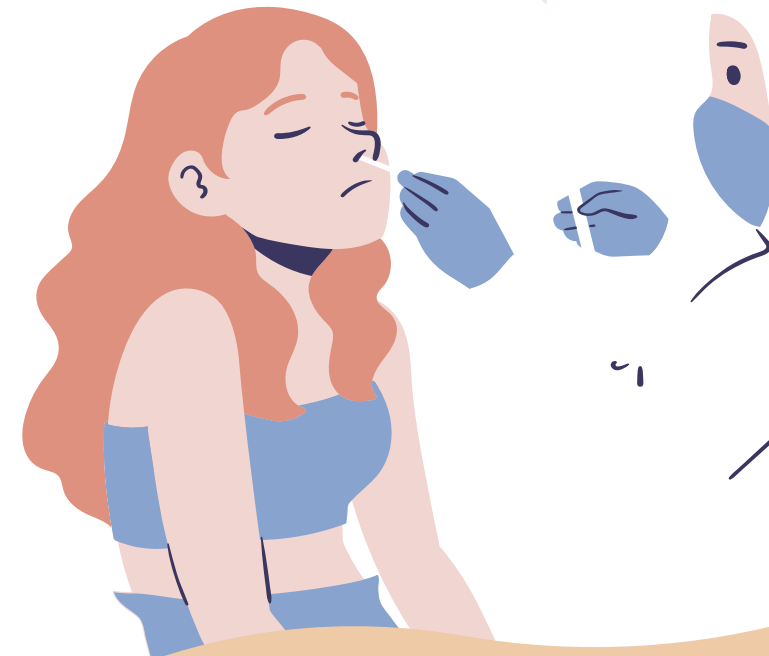


# Signes d'aspiration



## “Red flag” de haut niveau

- Toux
- Changement de voix (mouillée)
- Raclement de gorge
- Étouffement



## “Red flag” de niveau modéré

- Changement de respiration
- Rythme/vitesse rapide
- Déglutition forcée, multiple ou retardée
- Transition orale lente
- Résidu oral

# ÉVALUATION DE LA DÉGLUTITION AU CHEVET

## Désavantages

- On évalue seulement les signes d'aspiration
- Pas sensible à l'aspiration silencieuse ou aux anomalies anatomiques
- \*AVC du tronc cérébral → risque d'aspiration silencieuse

## Avantages

- Ressources minimums requis
- Utilisation efficace du temps





# ÉVALUATION DE LA DÉGLUTITION AVEC BARIUM

- Performé par l'ergothérapeute en radiologie
- Vidéo radiographique de la déglutition
- En recherche: cette méthode est la norme d'or pour évaluer la déglutition

Ce n'est pas réaliste d'utiliser cette méthode sur chaque patient dans un milieu hospitalier aigu



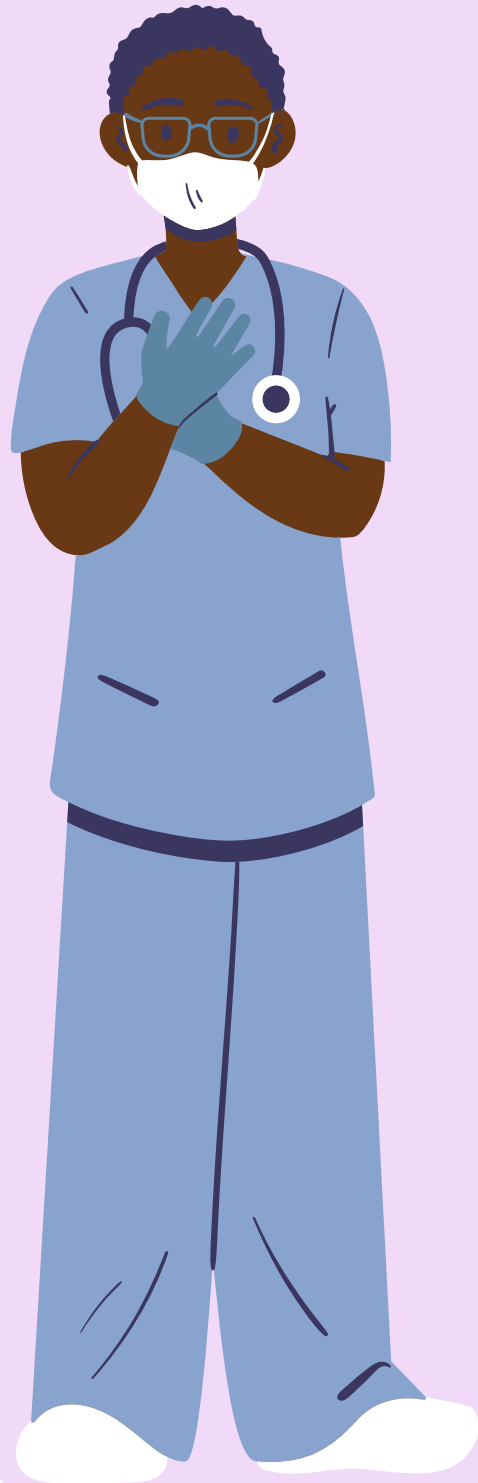
## Avantage

- Observation précise de la pénétration et de l'aspiration

## Désavantage

- Utilisation non efficace du temps
- Besoin d'un technologue en radiologie pour l'évaluation
- Cher
- Exposition aux rayons X

# EVALUATION DE RISQUE



- Diagnostique
  - AVC/tumeur cérébrale/trouble neurologique dégénérative, comorbidités multiples VS personne en santé générale
- Environnement
  - soins critiques VS interne VS externe
- Contexte
  - nouveau patient VS patient long terme qui est bien connu
- But du patient/niveau de soins
  - Palliatif? Qu'est-ce que le patient veut? Manger/boire ce qu'il aime pour la qualité de vie en acceptant les risques ou manger textures/consistances les plus sécuritaires pour éviter l'étouffement/l'aspiration/pneumonie?

**But de l'évaluation de la déglutition:**  
diminuer le risque d'aspiration et de pneumonie



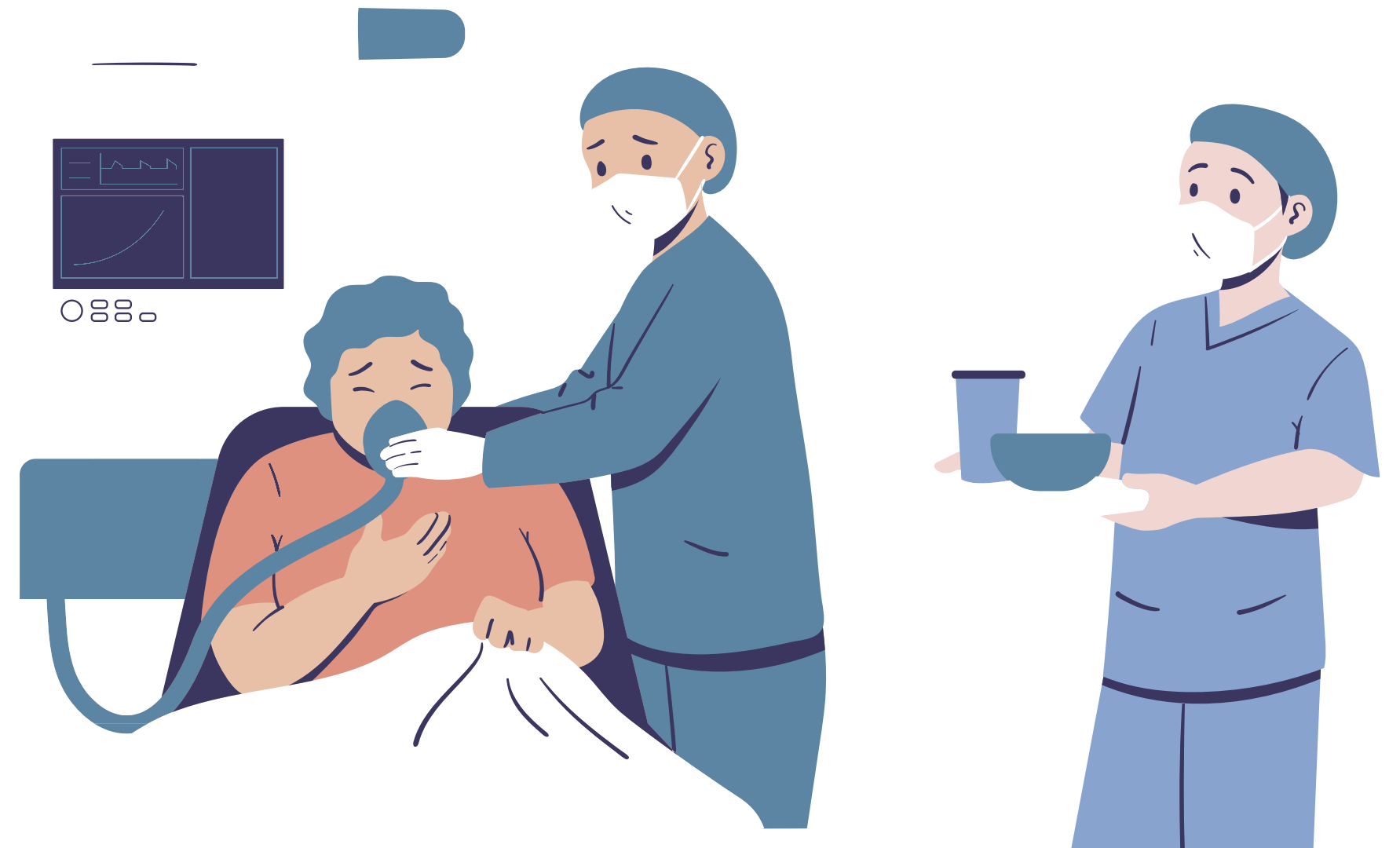
# Identifier l'incidence de la dysphagie

Selon une étude systématique et une méta-analyse en 2024, l'incidence de la dysphagie après un AVC est d'environ **46.6%**.

(Song et al., 2024)

- AVC ischémique: 43.6% des patients
- AVC hémorragique: 58.8% des patients

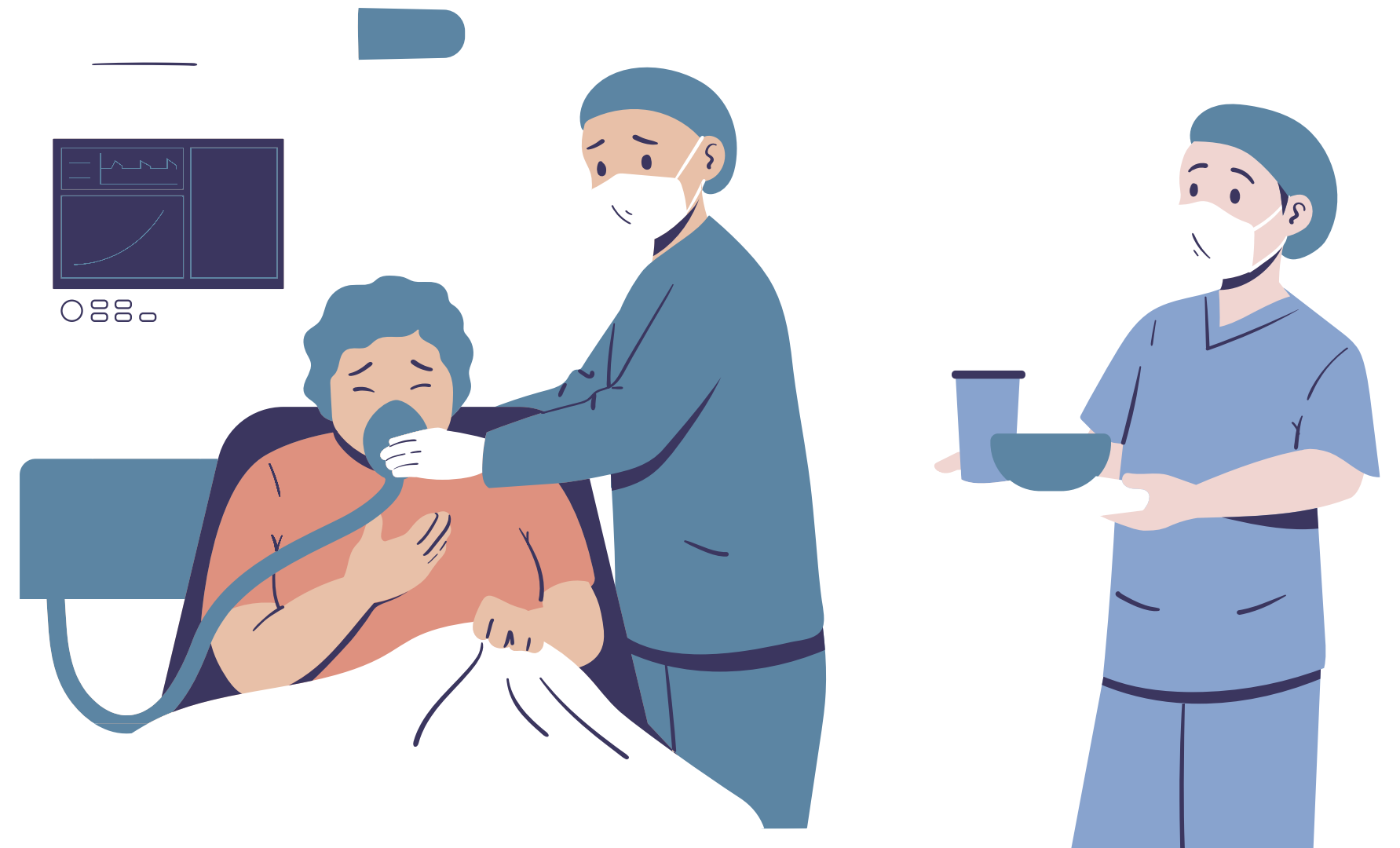
(Song et al., 2024)



# Identifier l'incidence de la dysphagie

L'incidence de la dysphagie est significativement associée aux lésions de l'AVC du tronc cérébral et/ou des hémisphères bilatéraux.  
(Jang et al., 2017)

Des études démontrent une incidence de dysphagie chez 70 à 81 % des patients atteints de l'AVC du tronc cérébral lors de l'admission à l'unité d'AVC aigu  
(Kjaersgaard & Pallesen, 2020)



# Identifier le pronostic de la dysphagie



## Quelques statistiques

“ Beaucoup de gens recupèrent leurs capacités à avaler normalement dans le premier mois après l’AVC. Cependant, environ trois mois après l’AVC, 35 % des personnes ont toujours des difficultés à avaler.” (Dysphagie – Strokengine, 2017)

Avec 40% des personnes qui ont survécu un AVC, la dysphagie peut se résoudre après deux semaines. Toutefois, la dysphagie peut aussi persister et jamais s’améliorer. (Dysphagie – Strokengine, 2017)



# Identifier le rétablissement de la dysphagie

Le rétablissement est souvent spontané, mais l'ergothérapeute utilise aussi plusieurs stratégies et interventions pour la réadaptation de la dysphagie.

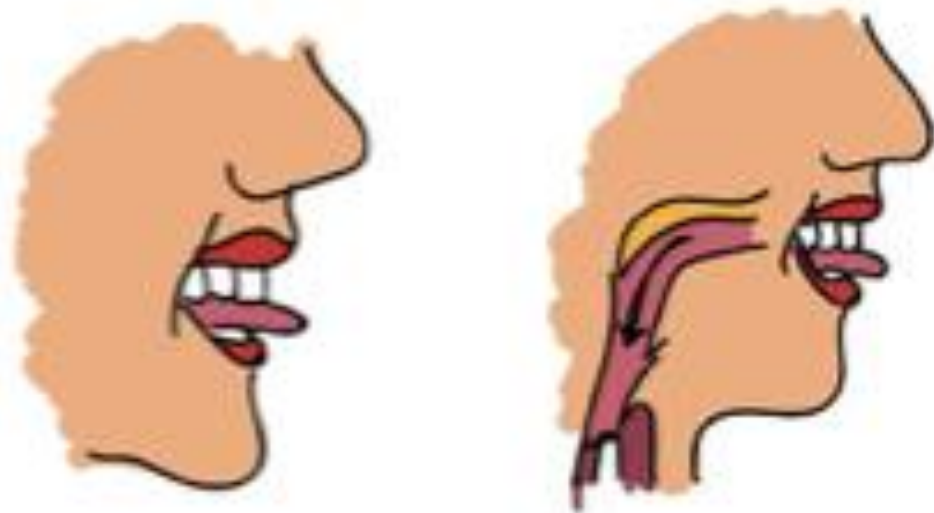
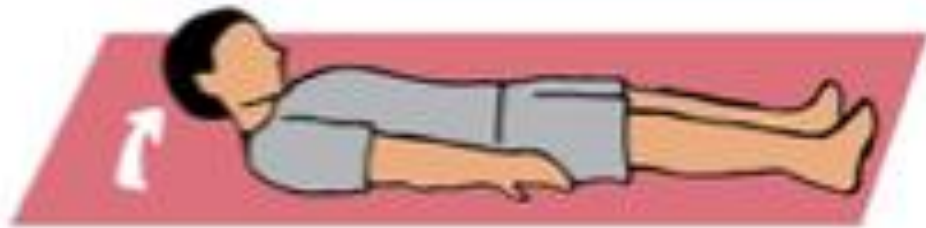
## Stratégies compensatoires

- Modification de texture et consistance
- Position assise droite
- Manger/boire lentement; petites bouchées/gorgées; éviter de parler; réduire les distractions; alterner solides et liquides, etc.

## Manoeuvres de déglutition

- Rentrée du menton (chin tuck)
- Inclinaison de la tête (head tilt)
- Déglutition forcée
- etc.

# APPROCHES BIOMÉCANIQUES



## Exercices “shaker”

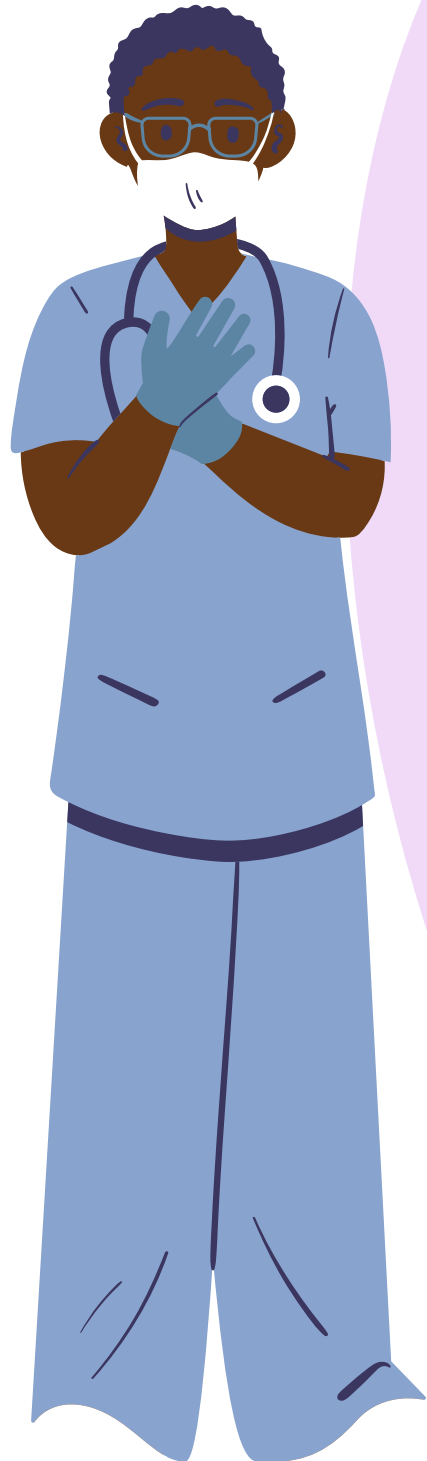
- flexion isométrique du cou
- flexion isotonique du cou

## Exercices de renforcement de la langue

### “Masako swallow”

- tenir la langue entre les dents pendant la déglutition
- améliorer le mouvement et la force du pharynx + base de la langue

# CITATIONS



1. American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). Adult dysphagia. American Speech-Language-Hearing Association. Retrieved November 17, 2024, from [https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Adult-Dysphagia/#collapse\\_6](https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Adult-Dysphagia/#collapse_6)
2. Balcerak P, Corbiere S, Zubal R, et al. (2022). Post-stroke Dysphagia: Prognosis and Treatment – A Systematic Review of RCT on Interventional Treatments for Dysphagia Following Subacute Stroke. *Frontiers in Neurology* 13. (Open access) Webpage: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2022.823189/full>
3. Dietitians of Canada. (n.d.). Dysphagie. Dietitians of Canada. Retrieved November 17, 2024, from [https://www.dietitians.ca/Advocacy/Interprofessional-Collaborations-\(1\)/Dysphagia?lang=fr-CA#:~:text=Les%2Oactivit%C3%A9s%2Odes%2Odi%C3%A9tistes%2Oen%2Olien%2Oavec%2Ole%27%C3%A9valuation,nutritionnel%2Odu%2Oclient%2Oet%2Oses%2Obesoins%2Oen%2Onutriments%3B](https://www.dietitians.ca/Advocacy/Interprofessional-Collaborations-(1)/Dysphagia?lang=fr-CA#:~:text=Les%2Oactivit%C3%A9s%2Odes%2Odi%C3%A9tistes%2Oen%2Olien%2Oavec%2Ole%27%C3%A9valuation,nutritionnel%2Odu%2Oclient%2Oet%2Oses%2Obesoins%2Oen%2Onutriments%3B)
4. Dysphagie – Strokengine. (2017). Strokengine.ca. <https://strokengine.ca/fr/consequences/dysphagie/>
5. Green, T. L., McNair, N. D., Hinkle, J. L., Middleton, S., Miller, E. T., Perrin, S., Power, M., Southerland, A. M., Summers, D. V., & American Heart Association Stroke Nursing Committee of the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing and the Stroke Council (2021). Care of the Patient With Acute Ischemic Stroke (Posthyperacute and Prehospital Discharge): Update to 2009 Comprehensive Nursing Care Scientific Statement: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*, 52(5), e179–e197. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000357>
6. International Dysphagia Diet Standardisation initiative. IDDSI. (n.d.). <https://iddsi.org/framework/IDDSI-framework>
7. Jang, S., Yang, H. E., Yang, H. S., & Kim, D. H. (2017). Lesion Characteristics of Chronic Dysphagia in Patients With Supratentorial Stroke. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 41(2), 225. <https://doi.org/10.5535/arm.2017.41.2.225>
8. Kjaersgaard, A., & Pallesen, H. (2020). First-Hand Experience of Severe Dysphagia Following Brainstem Stroke: Two Qualitative Cases. *Geriatrics*, 5(1), 15. <https://doi.org/10.3390/geriatrics5010015>
9. Lim, H. J., Lai, D. K., So, B. P., Yip, C. C., Cheung, D. S. K., Cheung, J. C., & Wong, D. W. (2023). A Comprehensive Assessment Protocol for Swallowing (CAPS): Paving the Way towards Computer-Aided Dysphagia Screening. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 2998. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042998>
10. McGill University Health Center (2021). Multidisciplinary Services (adult) Management of Dysphagia Interdisciplinary Protocol- in-patients
11. McGill University Health Centre (n.d.). ASSIST-Dépistage pécoce de la dysphagie pour les AVC/AIT
12. Ordre des ergothérapeutes du Québec. (n.d.). La dysphagie et la pratique de l'ergothérapie. Ordre des ergothérapeutes du Québec. Retrieved November 17, 2024, from <https://www.oeq.org/publications/occupation-ergotherapeute/articles-sur-la-pratique-professionnelle/1137-la-dysphagie-et-la-pratique-de-lergotherapie.html>
13. Prive, S. (2024, May 2nd). Basics of dysphagia. Occupational Therapy Department, MUHC.
14. Ricci Maccarini, A., Filippini, A., Padovani, D., Limarzi, M., Loffredo, M., & Casolino, D. (2007). Clinical non-instrumental evaluation of dysphagia. *Acta otorhinolaryngologica Italica : organo ufficiale della Societa italiana di otorinolaringologia e chirurgia cervico-facciale*, 27(6), 299–305.
15. Song, W., Wu, M., Wang, H., Pang, R., & Zhu, L. (2024). Prevalence, risk factors, and outcomes of dysphagia after stroke: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Neurology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1403610>



**Questions?**

**Merci!**

