



DYSPHAGIE

Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
Juin 2021

QUELLE EST L'IMPORTANCE DE LA DYSPHAGIE OROPHARYNGÉE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE ?

Il existe deux principaux types de dysphagie : la dysphagie oropharyngée (DO) et la dysphagie œsophagienne (DE)¹. Lorsque présente chez la personne âgée, la DO peut être considérée comme un syndrome gériatrique^{2,3}. Il s'agit d'un problème de déglutition qui se traduit par la difficulté à faire passer de façon efficace et sécuritaire un bolus alimentaire de la cavité orale à l'œsophage⁴. La DE se caractérise, entre autres, par la sensation d'une obstruction lors du passage normal des aliments solides ou liquides le long de l'œsophage vers l'estomac (non traitée dans cette fiche)¹. La DO affecte de 30 à 40 % des aînés à domicile, 44 % des aînés admis dans des unités de gériatrie hospitalières et, enfin, 60 % des aînés en centre d'hébergement de soins de longue durée². Malgré sa prévalence importante, la DO est encore fréquemment sous-diagnostiquée chez les personnes âgées.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS ASSOCIÉES À LA DO¹⁻³ ?

La malnutrition et la déshydratation, les infections respiratoires et les pneumonies d'aspiration sont des complications potentielles associées. Celles-ci peuvent entraîner des hospitalisations et affecter la qualité de vie (p. ex. : isolement social, dépression, anxiété lors des repas, prise erratique de la médication), augmentant ainsi la fragilité, l'hébergement et la morbidité des personnes âgées.

QUELS ÉLÉMENTS EXPLIQUENT LA PRÉVALENCE ÉLEVÉE DE LA DO CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE ?

Les changements physiologiques dus à l'âge sont étroitement liés au risque de souffrir de DO. Ils incluent une atrophie de la masse musculaire (diminution de la force), un ralentissement de toutes les phases de la déglutition, une diminution de la production de salive et une détérioration de l'état de la dentition⁴. La DO est un symptôme secondaire à une pathologie pouvant être associée à :

- Une atteinte anatomique (néoplasie, traumatisme des structures impliquées dans la déglutition);
- Un effet secondaire de traitements de radiothérapie ou d'une chirurgie modifiant les structures;
- Des pathologies neurologiques (AVC, maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens, maladie neurologique dégénérative, myasthénie grave, trouble neurocognitif majeur);
- La médication².

QUELS MÉDICAMENTS PEUVENT CONTRIBUER À LA DO ?

La dysphagie d'origine médicamenteuse peut être réversible, d'où l'importance d'une révision systématique du régime médicamenteux⁵. Les mécanismes par lesquels les médicaments peuvent causer de la dysphagie sont : les lésions œsophagiennes, la xérostomie et l'altération de la fonction musculaire (p. ex. : la relaxation du sphincter œsophagien inférieur ou les effets extrapyramidaux qui peuvent entraîner de la bradykinésie et des problèmes de coordination de la déglutition, tels qu'une prolongation du temps de transit oral et pharyngien)^{6,7}.

Certains médicaments tels que les antipsychotiques et les inhibiteurs de la pompe à protons augmentent également le risque de pneumonie^{2,8}.

Tableau 1. Médicaments pouvant contribuer aux difficultés de déglutition^{5,7,9}

Mécanisme	Exemples de médicament
Médicaments qui peuvent causer des lésions œsophagiennes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Acide ascorbique, AINS (acide acétylsalicylique, indométhacine, piroxicam), antibiotiques (tétracyclines, pénicillines, macrolides), bisphosphonates, calcium, corticostéroïdes, fer, potassium
Médicaments qui peuvent causer de la xérostomie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anxiolytiques, anticholinergiques, anticonvulsivants, antidépresseurs, antiémétiques, antihistaminiques, antihypertenseurs, AINS, antiparkinsoniens, antipsychotiques, antispasmodiques, décongestionnants, diurétiques, opioïdes, relaxants musculaires, stabilisateurs de l'humeur
Médicaments qui peuvent causer de la dysphagie par un autre mécanisme	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antipsychotiques, anticholinergiques, benzodiazépines (nitrazépam, clonazépam), analgésiques, antiépileptiques, antimétabolites, chimiothérapie (vincristine)

QUELS SONT LES TRAITEMENTS DE LA DO ?

Le traitement standard de la DO comprend des mesures compensatoires, comme l'adaptation des liquides (p. ex. : agents épaississants), afin d'en augmenter la viscosité, ainsi que la modification de la texture de la nourriture, afin de réduire le risque de pénétration et d'aspiration². La réadaptation de la déglutition à l'aide d'exercices enseignés au patient, visant à améliorer le fonctionnement de la langue et des muscles nécessaires à la déglutition, diminue les symptômes de DO chez certains patients^{1,2}. Par ailleurs, le dépistage systématique dans les populations à risque (résidents de CHSLD, post-AVC, patients avec une presbyphagie possible, personnes souffrant de maladies neurologiques dégénératives à risque, dont la maladie de Parkinson), le traitement de la malnutrition et l'optimisation de l'hygiène buccale aident à réduire ou à éviter les complications de la DO^{1,2}.

De nouvelles stratégies de traitement sont en voie de développement. Elles visent à faire recouvrer la fonction d'avaler (NEMS, traitements pharmacologiques avec des stimulants, comme les agonistes des récepteurs TRPV1, SMT, etc.)^{2,3}.



DYSPHAGIE

Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
Juin 2021

Les membres du RPE en gériatrie estiment que la DO nécessite une prise en charge via une approche interdisciplinaire. Le rôle du pharmacien consiste principalement à vérifier les causes médicamenteuses et leur effet sur la déglutition, à les éviter ou à les limiter et à s'assurer de l'administration sécuritaire des médicaments.

EST-IL POSSIBLE D'ADAPTER LA MÉDICATION ?

La forme, la taille et l'enrobage du médicament contribuent à la difficulté d'avaler les médicaments¹⁰. Dans ces conditions, le pharmacien doit s'informer du type de DO en regard des aliments solides et des liquides avant de songer à modifier la forme pharmaceutique des médicaments, et ce, en partenariat avec le patient. Avant d'autoriser l'écrasement d'un comprimé ou l'ouverture d'une capsule, selon la forme pharmaceutique du médicament, il peut être utile de vérifier auprès du patient s'il est possible de placer le médicament en entier dans la compote ou dans un autre aliment. Rappelons que, d'un point de vue légal, la modification ou la manipulation de la forme pharmaceutique constitue une utilisation hors indication du médicament, à moins que cette manipulation ait été approuvée dans la monographie du produit⁹. Écraser un médicament modifie les paramètres pharmacocinétiques, augmente les risques d'effets indésirables chez le patient et le personnel soignant, ainsi que le risque d'interaction médicamenteuse^{9,11,12}.

Tableau 2. Recommandations destinées à favoriser une meilleure administration des médicaments en présence de DO^{8, 10-14}

Options	Recommandations
1	Utiliser un guide précisant l'administration sécuritaire des médicaments, ainsi qu'une liste exhaustive des médicaments pouvant être écrasés et les autres mesures envisageables en cas d'impossibilité d'écrasement (p. ex. : ModifyMeds.ca)
2	Privilégier l'utilisation d'autres formes galéniques (liquide, comprimé orodispersible)
3	Privilégier les comprimés et les capsules de petite taille, ainsi que la forme d'un caplet
4	Utiliser préférentiellement un véhicule neutre pour l'administration (p. ex. : eau épaissie)
5	Conseiller au patient de prendre ses médicaments en position verticale, en baissant le menton pour faciliter la déglutition ou de respecter toute autre technique qui lui a été enseignée par l'équipe de la dysphagie, s'il y a lieu

RÉDACTION ET CONSULTATIONS

Auteurs

Par ordre alphabétique

Audrey Cloutier, Pharm. D., M. Sc., pharmacienne, Hôpital et Centre d'hébergement Christ-Roi du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Fanny Courtemanche, Pharm. D., M. Sc., pharmacienne, Institut universitaire de gériatrie de Montréal du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Suzanne Gilbert, B. Pharm., M. Sc., M.A.P., BCGP, FOPQ, pharmacienne, Institut universitaire de gériatrie de Montréal du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Patrick Nguyen, B. Pharm., M. Sc., BCGP, pharmacien, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Manon Vézina, B. Sc., Pharm. D., M. Sc., Ph. D., pharmacienne, Institut universitaire en santé mentale de Montréal du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Réviseur

D^{re} Nathalie Blouin, M.D., médecin de famille, Institut universitaire de gériatrie de Montréal du CIUSSS du Centre-sud-de-l'Île-de-Montréal, et professeure adjointe de clinique, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal

Lectrice externe

Giovanni Arcuri, B. A., M. Sc. (occupational therapy), course lecturer et associate director of hub services, Student Wellness Hub, École de physiothérapie et d'ergothérapie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université McGill

Coordination et révision

François E. Lalonde, B. Pharm., M. Sc., pharmacien et adjoint professionnel à la direction générale, A.P.E.S.

Avec la collaboration de

Par ordre alphabétique

Blandine Ceccarelli, adjointe administrative, A.P.E.S.

Sonia Fredj, conseillère en communication, A.P.E.S.

Josée Dufour, M.A. trad., réviseure-correctrice linguistique

Le présent document a été validé par les membres du Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'A.P.E.S. Les auteurs, les réviseurs et l'A.P.E.S. déclinent toute responsabilité pour toute information dénuée en raison de nouvelles découvertes dans ce domaine ou pour toute omission ou toute erreur dans le texte. L'utilisation du genre masculin a été retenue uniquement pour faciliter la lecture du document et n'a aucune intention discriminatoire.

La diffusion et la reproduction totale ou partielle de ce document, sous quelque forme que ce soit, sont interdites sans une autorisation préalable de l'A.P.E.S. Il est toutefois possible de diffuser ou de reproduire sans autorisation l'adresse URL suivante du document : apesquebec.org/dysphagie

Pour citer ce document : Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.). Dysphagie. Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie. Montréal, Québec : A.P.E.S.;2021. 3 p.

A.P.E.S.
4050, rue Molson, bureau 320, Montréal (Québec) H1Y 3N1
Téléphone : 514 286-0776
Télécopieur : 514 286-1081
Courriel électronique : info@apesquebec.org

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
Bibliothèque et Archives Canada, 2021
ISBN 978-2-925150-03-9 (PDF)
© A.P.E.S., 2021

RÉFÉRENCES

À noter que les références 2, 4 et 5 sont fortement recommandées au lecteur.

1. Malagelada JR, Bazzoli F, Boeckstaens G, De Looze D, Fried M, Kahrilas P, et coll. World gastroenterology organisation global guidelines: dysphagia--global guidelines and cascades update September 2014. *J Clin Gastroenterol* 2015;49(5):370-8. [en ligne] https://journals.lww.com/jcge/fulltext/2015/05000/World_Gastroenterology_Organisation_Global.5.aspx#pdf-link (site visité le 31 janvier 2021)
2. **Baijens LW, Clave P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, et coll. European Society for Swallowing Disorders--European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging* 2016;11:1403.**
3. Ortega O, Martin A, Clavé P. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia among older persons, state of the art. *J Am Med Dir Assoc* 2017;18(7):576-82.
4. **Wirth R, Dziewas R, Beck AM, Clave P, Hamdy S, Heppner HJ, et coll. Oropharyngeal dysphagia in older persons--from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clin Interv Aging* 2016;11:189.**
5. **Stegemann S, Gosch M, Breitzkreutz J. Swallowing dysfunction and dysphagia is an unrecognized challenge for oral drug therapy. *Int J Pharm* 2012;430(1-2):197-206.**
6. Fusco S, Cariati D, Schepisi R, Ganzetti R, Sestili M, David S, et coll. Management of oral drug therapy in elderly patients with dysphagia. *J Gerontol Geriatr* 2016;64(1):9-20.
7. Martel J. Dysphagie iatrogénique. *Pharmactuel* 2001;34(1):11-5.
8. Sue Eisenstadt E. Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults. *J Am Acad Nurse Pract* 2010;22(1):17-22.
9. Logrippo S, Ricci G, Sestili M, Cespi M, Ferrara L, Palmieri GF, et coll. Oral drug therapy in elderly with dysphagia: between a rock and a hard place! *Clin Interv Aging* 2017;12:241.
10. Marquis J, Schneider MP, Payot V, Cordonier AC, Bugnon O, Hersberger KE, et coll. Swallowing difficulties with oral drugs among polypharmacy patients attending community pharmacies. *Int J Clin Pharm* 2013;35(6):1130-6.
11. Bourdenet G, Giraud S, Artur M, Dutertre S, Dufour M, Lefèbvre-Caussin M, et coll. Impact of recommendations on crushing medications in geriatrics: from prescription to administration. *Fundam Clin Pharmacol* 2015;29(3):316-20.
12. Caussin M, Mourier W, Philippe S, Capet C, Adam M, Reynero N, et coll. L'écrasement des médicaments en gériatrie: une pratique «artisanale» avec de fréquentes erreurs qui nécessitait des recommandations. *La Rev Med Interne* 2012;33(10):546-51.
13. Kelly J, D'Cruz G, Wright D. Patients with dysphagia: experiences of taking medication. *J Adv Nurs* 2010;66(1):82-91.
14. Liu F, Ghaffur A, Bains J, Hamdy S. Acceptability of oral solid medicines in older adults with and without dysphagia: a nested pilot validation questionnaire based observational study. *Int J Pharm* 2016;512(2):374-81.