

Pneumopathie d'inhalation en EHPAD

Une approche coordonnée

Paul LAFFONT (Pharmacien, EMA CHU Nîmes), Laure ROUX (Pharmacienne, EMH CHU Nîmes), Coralie LABARIAS (Gériatre CHU Nîmes)

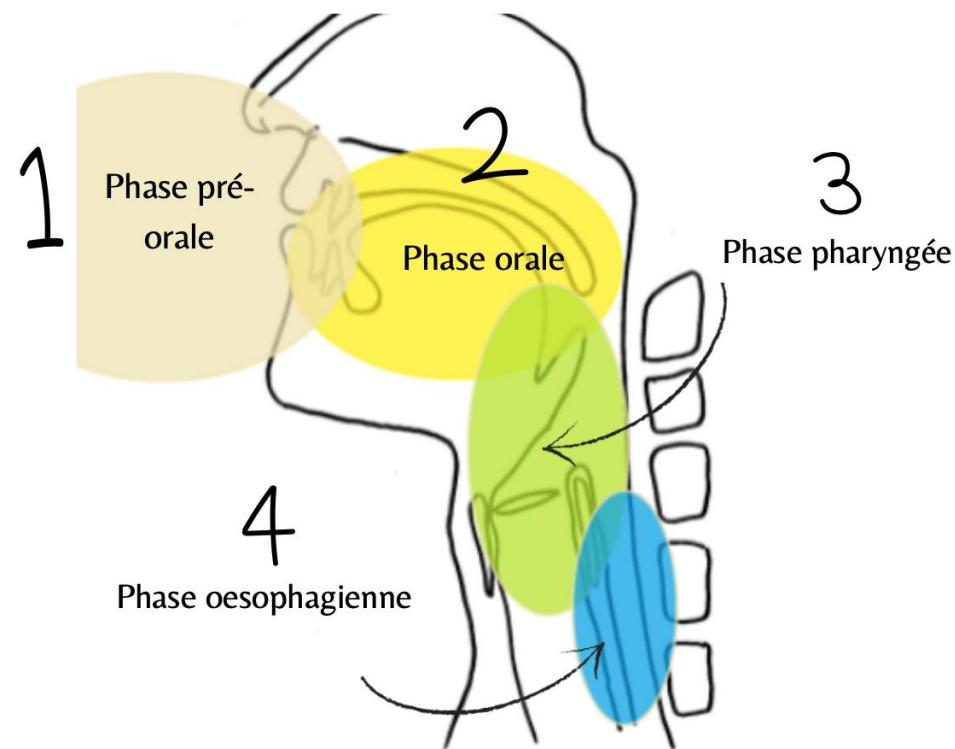
Déglutition – Mécanisme

- Les phases 3 & 4 sont réflexes, nous ne pouvons pas agir dessus.
- Votre intervention est primordiale en phases 1 & 2



- **Etat bucco-dentaire** : bouche propre ? appareillage ?
- **Mastication** : possible ? efficace ?
- **Environnement** : installation, posture, aide ?

PHYSIOLOGIE DE LA DÉGLUTITION



Déglutition – Etiologies

Trouble de déglutition et personne âgée

- **40-50%** des résidents en institution
- Comorbidité, poly médication
- Etat bucco dentaire fragilisé (mycose/sécheresse)
- Trouble de la posture (mobilité cervicale/tonus)
- Presbyphagie
- Réduction des capacités : *musculaire, neurologique, cognitive, nutritionnelle, respiratoire*
- Pathologie aiguë

=> Mécanisme complexe = **un syndrome gériatrique**

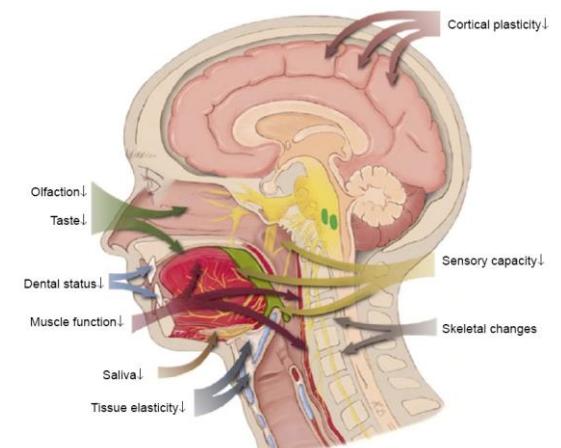


Figure 1 Factors associated with dysphagia in older persons.
Note: ↓ Indicates decreased function. Modified from Mühl P, Wirth R, Glahn J, Dziewas R. [Age-related changes in swallowing. Physiology and pathophysiology]. Nervenarzt. 2015;86(4):440-451.²⁹

Déglutition – Diagnostics

VISIBLES	AUDIBLES
Gène, efforts pour avaler, grimace, blocage oral, déglutition répétée ou forcée	Toux violente/Toux occasionnelle
Douleur	Raclements de gorge
Résidus alimentaires en bouche, stase, incontinence labiale	Voix voilée, mouillée
Larmoiements/Nez qui coule	
Anorexie/refus, repas long	
Dénutrition / déshydratation	
Pneumopathie	

Déglutition - Réflexion

Posture ?

Comorbidité ?

RGO ?
Constipation ?

Dépendance hygiène
et alimentation ?

Dysphagie et
inhalation ?

Etat bucco
dentaire ?



Troubles de
vigilance/médicaments ?

Mouvements
lèvres/langue/mandibule ?

Tousser/dérhumer ?

Dénutrition, infection, déshydratation



Hygiène Bucco Dentaire – Quelques chiffres

- **67 %** des résidents d'EHPAD présentent une inflammation gingivale
- **40 %** ont besoin d'un détartrage
- **14 %** nécessitent des soins dentaires urgents
- 1 résident sur 2 est porteur d'un « dentier » amovible
- **Dépense moyenne en soins dentaires en EHPAD : 1 €/mois/résident**
- Dans le cadre du Projet UFSBD, Agirc, Arrco, trois objectifs ciblés :
 - Améliorer l'accès à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes
 - Compléter ou faire acquérir au personnel des connaissances en matière d'HBD en déployant des actions et des outils de formations adaptés
 - Inclure l'hygiène bucco dentaire dans le projet médical d'établissement

[Accueil](#)

Source Dr FLORIAN Laurent ARS Ile de France

Hygiène Bucco Dentaire - prothétique

Acte de prévention quotidien essentiel

- Assurer la protection des dents, des muqueuses, (carie, candidose, parodontopathie)
- Prévenir les problèmes infectieux (pneumopathie, endocardites, infections sur prothèses orthopédique)
- Entretenir les prothèses
- Diminuer l'halitose (mauvaise haleine)
- Améliorer les conditions d'alimentation, et donc réduire les impacts de la dénutrition
- Assurer le confort du résident

Présence de dents abimées (parodontopathie) : ↗[?] risque de pneumonie et décès
Port appareil dentaire en continu = risque de pneumonie x 2

Hygiène Bucco Dentaire - prothétique

3 points « clé »

- Accéder à la cavité buccale
- Evaluer l'état de santé oral
- Assurer des soins d'hygiène quotidiens adaptés – Former les professionnels – Créer un réseau permettant d'identifier des praticiens partenaires

Accéder à la cavité buccale

Perception du soin par le patient

Résident compliant aux soins d'hygiène

- Compliant lors des soins d'hygiène corporelle
- Comprend les consignes et est capables de les mettre en œuvre (ouvrir/fermer la bouche)

Résident non compliant aux soins d'hygiène

- Non compliant lors des soins
- Opposant, agressif
- Pertes de repères
- Anxiété, peurs...

Si le patient n'est pas coopérant aux soins d'hygiène, il faut adapter la prise en charge en choisissant un moment de la journée opportun, un objet transitionnel, un soignant référent, un soin en binôme.

Accéder à la cavité buccale

Perception du soin par le patient

FICHE
PÉDAGOGIQUE
7

ACCÉDER A LA BOUCHE D'UNE PERSONNE NON AUTONOME

Pourquoi ?

Chez la personne non autonome, la toilette buccale est exclusivement réalisée par le professionnel. Afin de la réaliser correctement, le professionnel doit pouvoir accéder à la bouche de la personne sans que celle-ci soit opposante, crispe ses lèvres ou détourne la tête.

Comment ?

TOUJOURS

- Installer la personne confortablement
- Expliquer la procédure avant de la réaliser
- Utiliser une communication positive (cf. Fiche 6)
- Mettre en place les stratégies décrites dans la Fiche 11
- Accepter de ne pas réussir immédiatement, la réussite est souvent progressive



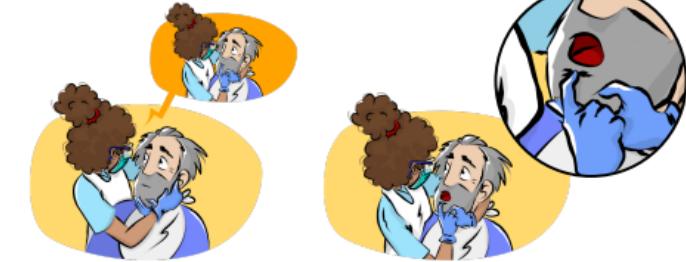
Trois approches sont possibles

1 DEMANDER À LA PERSONNE D'OUVRIR LA BOUCHE



Trois approches sont possibles - suite

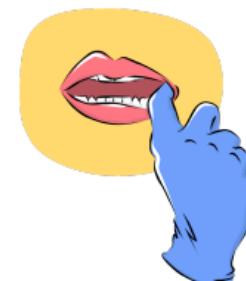
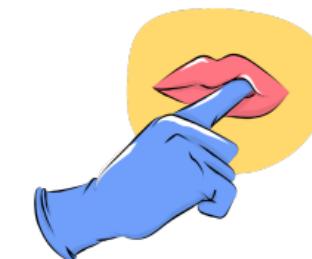
2 APPUYER DOUCEMENT SUR LE MENTON



3 METTRE DÉLICATEMENT VOTRE INDEX ENTRE LES DENTS ET LES LÈVRES

Cette solution est utilisée uniquement si la personne est opposante ou ne comprend pas les consignes

Bien prévenir la personne que vous allez mettre votre doigt dans sa bouche et toujours commencer par toucher sa joue et ses lèvres



a. Introduire délicatement l'index entre les lèvres et les dents, en crochet et tirer doucement vers l'extérieur.

Ne pas mettre les doigts entre les dents de la personne.



Attention, risque de morsure réflexe

b. Masser délicatement la gencive de la personne avec le doigt pour provoquer l'ouverture de la bouche

Une fois la bouche de la personne ouverte, mettre en place la procédure adaptée : hygiène des dents, hygiène des muqueuses et/ou hygiène des prothèses dentaires amovibles.

Evaluer l'état de santé oral

Oral Health Assessment Tool (OHAT)

	Sain=0	Modification=1	Non sain=2	Total
Lèvres	Lisse, rose, humide	Sèche, gercée, rougeur angulaire	Morsure, gonflée, ulcération ; saignement angulaire	
Langue	Normale, humide, rugueuse, rose	Irrégulière, fissurée, rouge, dépôts	Ulcérations, gonflée	
Gencives, Muqueuses	Lisse, rose, humide, aucun saignement	Sèche, brillante rugueuse, gonflée, blessure ou ulcère sous prothétique	Gonflée, saignement, ulcération, zones rouges ou blanches, érythème sous prothétique	
Salive	Tissus humides, flux correct	Peu de salive, collante, sensation de bouche sèche exprimée par le patient	Muqueuse parcheminée et rouges peu ou pas de salive, salive épaisse, sensation de bouche sèche exprimée par le patient	
Dents naturelles	Aucune carie, racine, dent cassée	1-3 caries, racines ou dents cassées dents usées, abrasées	+ de 4 caries, racines ou dents cassées. Dents usées, abrasées - de 4 dents présentes	
Prothèses	Prothèse adaptée, portée Prothèse non nécessaire	Prothèse partiellement inadaptée, portée 1-2 heures par jour, prothèses perdues	Prothèse inadaptée, prothèse non portée, utilisation de colle	
Hygiène buccale	Propre, aucun dépôt, tartre sur les dents et les prothèses	Présence partielle de plaque, de dépôts, tartre sur les dents ou les prothèses, halitose	Présence de plaque, dépôts, tartre sur la totalité des dents ou des prothèses, halitose importante	
Douleur	Aucun signe de douleur	Signes douloureux exprimés et/ou comportementaux (mimique, mâchonnement, agressivité, refus de manger)	Signes douloureux objectifs (morsure, gonflement, dents cassées)+ signes douloureux exprimés et/ou comportementaux (mimique, mâchonnement, agressivité, refus de manger)	0/16



Guide illustré d'évaluation de la santé orale
Principaux problèmes de santé orale et interventions suggérées

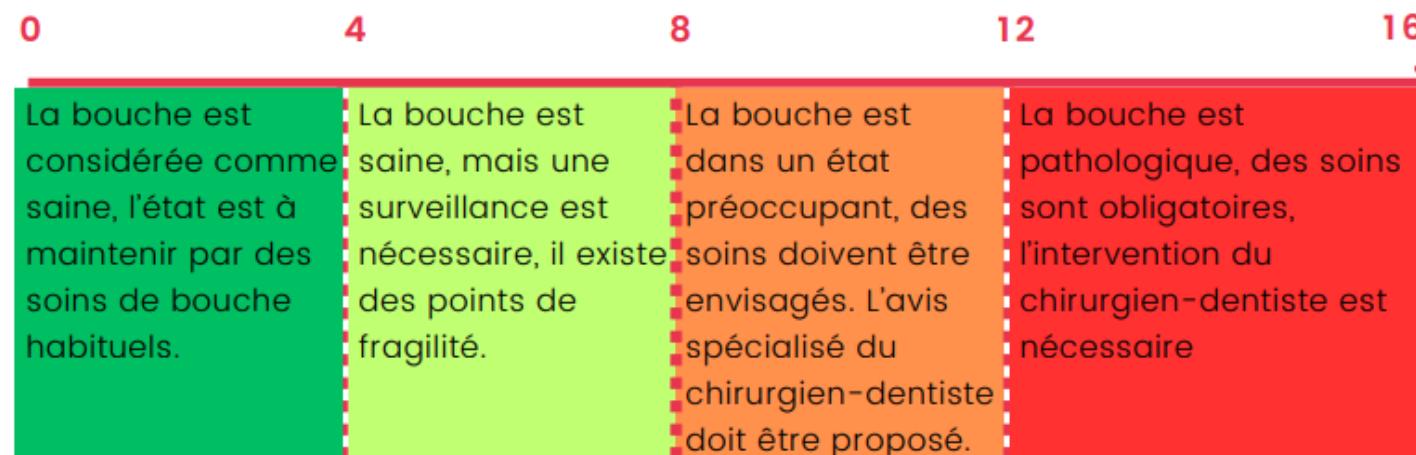
Etablissements Médico-Sociaux
Juillet 2024

Evaluer l'état de santé oral

Oral Health Assessment Tool (OHAT)

Il peut être réalisé quelque soit l'état de santé du patient (troubles cognitifs)

Il peut être réalisé par un médecin, une IDE, une AS



L'OHAT est un outil de repérage et non un outil diagnostic

Si $0 < \text{OHAT} < 4$, état sain = soins habituels

Si $4 < \text{OHAT} < 8$, état sain mais points de fragilité = surveillance

Si $8 < \text{OHAT} < 10$, état préoccupant = soins à envisager

Si $\text{OHAT} > 12$, état pathologique = intervention du chir dent.

Assurer des soins d'hygiène quotidiens adaptés

Le matériel

Tous les jours.
Idéalement après chaque prise alimentaire.

Le matériel



Matériel

- Brosse à dents manuelle 20/100° ou électrique
- Compresses
- Gobelet à usage unique
- Haricot
- Serviettes en papier à usage unique
- Gants de soin

Produits

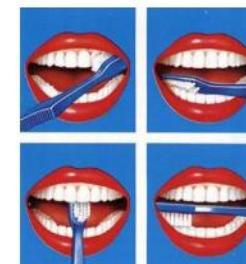
- Dentifrice contenant des amines fluorées (1000 ppm fluor ≤ conc ≤ 1500 ppm fluor).
- BiNa = Bain de bouche à base de bicarbonate de sodium à 1,4 % : Dissoudre 2,8 gr de poudre de Bicarbonate de Sodium (= 1 cuil à café) dans 200 ml d'eau (= 1 verre)

La technique

L'hygiène des dents

- **Brosser toutes les surfaces des dents (mouvements de rouleau)**

Brosse à dent manuelle



Brosse à dent électrique



- **Récupérer les résidus de brossage**

Rinçage



Compresse



- **Essuyer les lèvres**

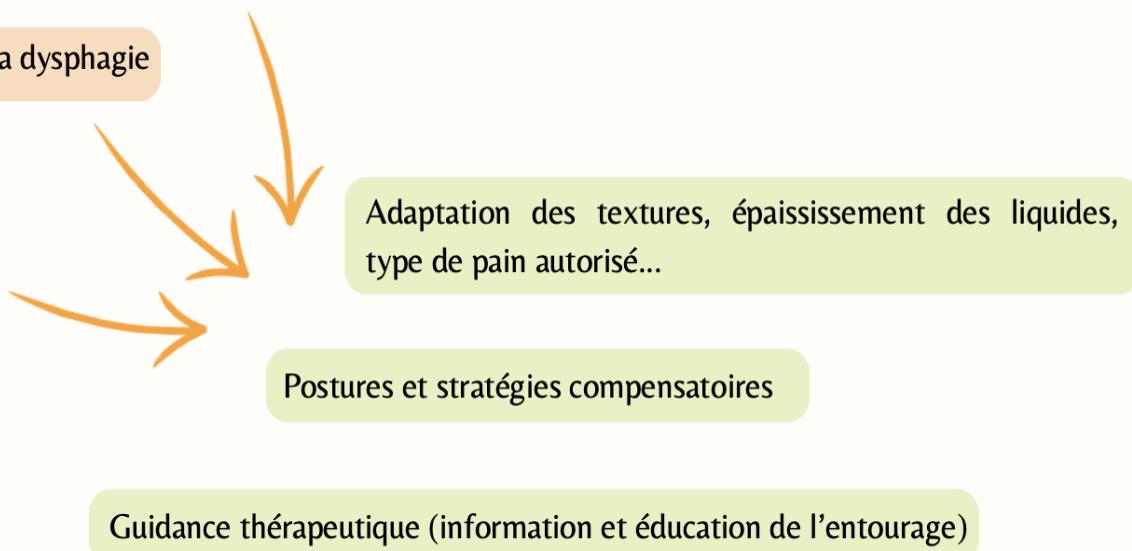
Il n'est pas nécessaire de faire vouloir ouvrir la bouche

Source CHU Toulouse Dr Marie-Hélène Lacoste-Ferré

Déglutition – Accompagner

Objectifs :

- déterminer le mécanisme et la sévérité de la dysphagie
- élaborer les conduites à tenir



Déglutition – Installer

L'installation : le soignant au premier plan



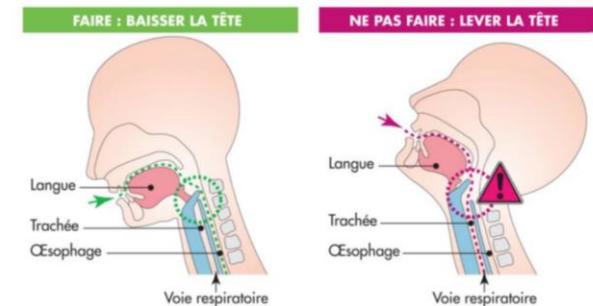
L'appui tête est bien réglé



- ✓ *Adaptation au jour le jour*
- ✓ *Tête dans l'axe du corps*
- ✓ *Environnement calme*

Posture de la tête

La tête penchée en avant, le menton vers la poitrine est une posture dites "de sécurité". En revanche, gardez en tête qu'elle n'est pas toujours facilitatrice et protectrice selon les difficultés de votre patient.



Le tronc est droit et calé pour libérer les membres Supérieurs



Les membres inférieurs sont légèrement fléchis
Utilisation de la plicature du lit ou du traversin sous les genoux

Déglutition – Texture(s)

DIFFICULTES DE MASTICATION

#

DIFFICULTES DE DEGLUTITION

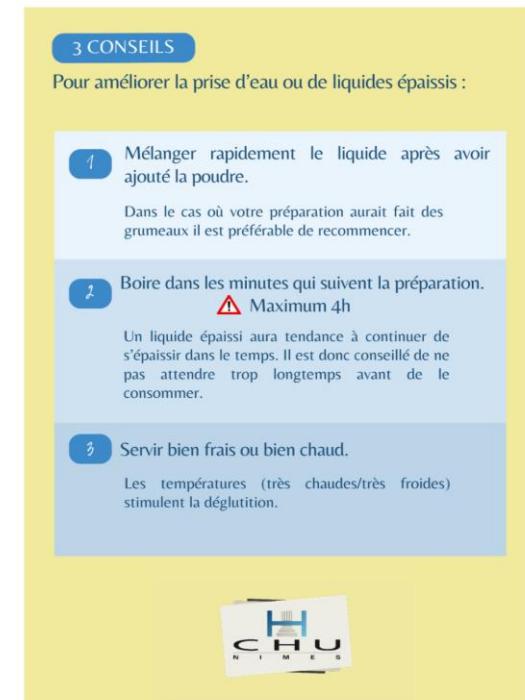
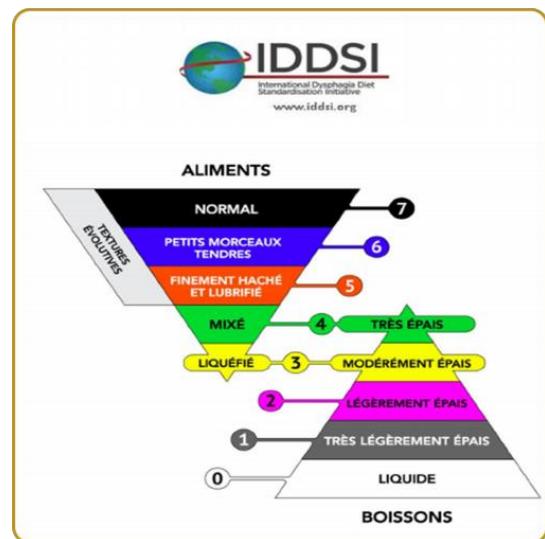
Les dents aident à la mastication
mais celle-ci se fait surtout grâce
aux mouvements de la mandibule.

Gardez bien à l'esprit qu'une simplification de texture
= effets délétères pour le patient.

- Perte hydrique (il faut doubler les apports pour compenser)
- Déprivation sensorielle (chute du booster sensoriel)
- Perte des fonctions de motrices

Un changement doit donc toujours être justifié et
réévalué régulièrement.

Déglutition – Texture(s)



Pneumopathie d'inhalation – Nouvelles recommandations

Recommandations pour la prise en charge
des pneumonies d'inhalation – Société de
Pathologie Infectieuse de Langue Française
2025

- **Après une fausse route constatée :**
→ Il est recommandé de ne pas débuter d'antibiothérapie préemptive
Pneumopathie d'inhalation (*incubation*) ≠ Pneumopathie chimique (*immédiate*)

- **Diagnostic clinique**

Diagnostic de pneumonie



Diagnostic d'inhalation
(présumé ou constaté)

Signes cliniques d'infection
respiratoire aigüe basse
+
Infiltrat scanographique *de novo*

Troubles de la déglutition ou
inhalation constaté(e)s
ou
Atteinte clinico-radiologique
déclive et présence de facteurs
de risque d'inhalation

Pneumopathie d'inhalation – Nouvelles recommandations

- **Examens complémentaires**

Il n'existe **pas de biomarqueur** pour affirmer ou infirmer une Pneumonie d'inhalation

- Peu de données spécifiques à la pneumonie d'inhalation
- Élévation GB, CRP et PCT décalée
- Élévation non discriminante entre pneumopathie chimique/pneumonie d'inhalation (bactérienne),
- La PCT peut s'élever dans la pneumopathie chimique

Examens microbiologiques:

Pas d'examen spécifique, pas d'antigénurie

ECBC chez les patients ayant reçu plusieurs lignes d'antibiotiques,
avant de débuter un traitement anti-*Pseudomonas*

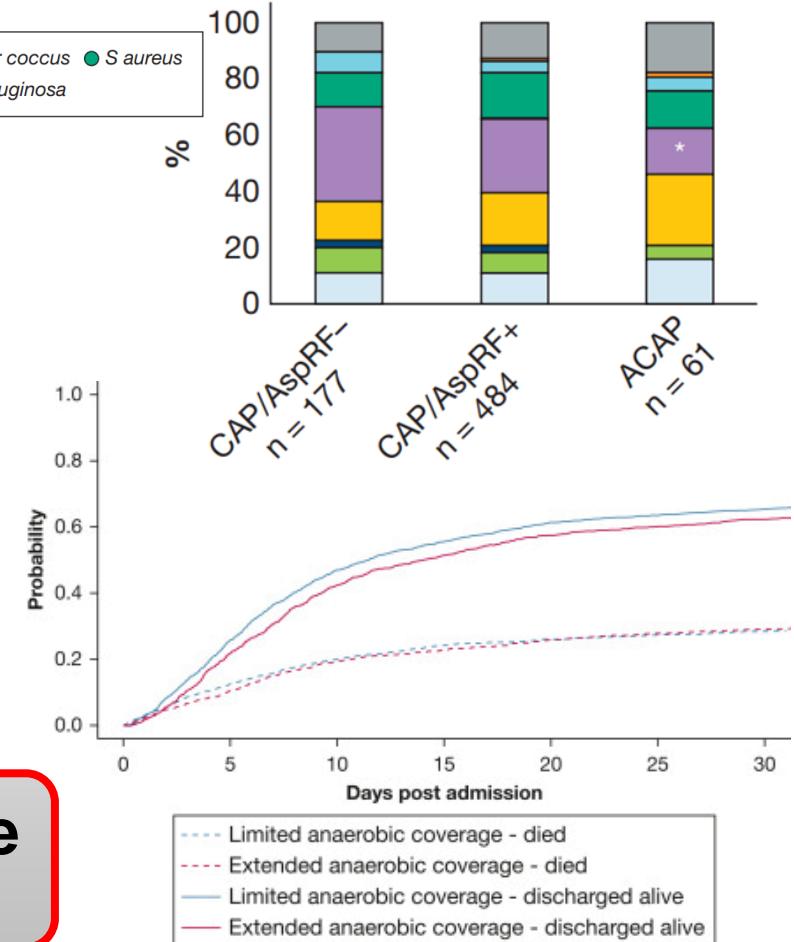
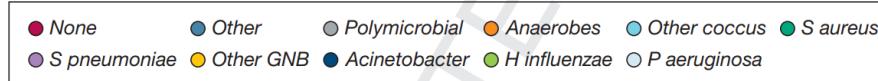
Pneumopathie d'inhalation – Nouvelles recommandations

D

• Prise en charge

- Traitement de première intention:
amoxicilline - acide clavulanique PO ou IV
- Impossibilité d'utiliser la voie orale et IV :
ceftriaxone SC en monothérapie
- En cas d'allergie : cotrimoxazole PO ou IV

Il est recommandé de ne pas associer le métronidazole



Marin-Corral et al. CHEST 2020
Bai et al. CHEST 2024

Pneumopathie d'inhalation – Nouvelles recommandations

- **Durée de traitement**

- Durée 5 à 7 jours
- Réévaluation à 72h
 - Evolution favorable → stop a J5
 - Evolution favorable sans répondre aux critères → stop J7
 - La persistance de la toux n'est pas un critère de non-amélioration

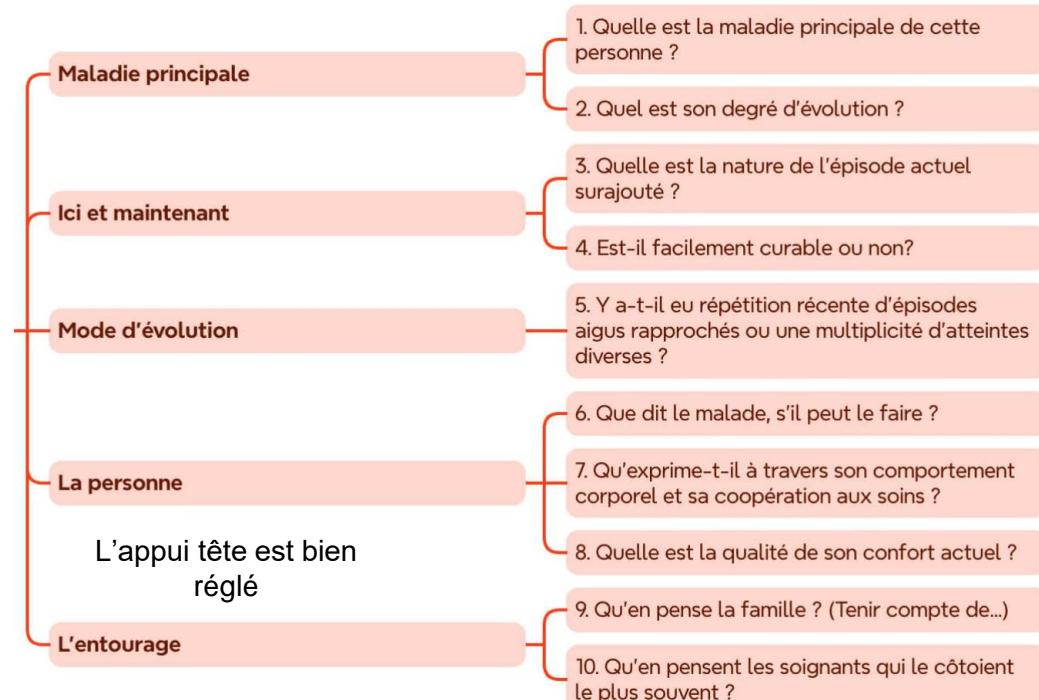


Critères d'évolution favorable*

- o Une température ≤ 37.8 C depuis 48 h
- o au moins 3 signes de stabilité clinique parmi :
 - Fréquence respiratoire $\leq 24/\text{min}$
 - SpO₂ $\geq 90\%$ ou PaO₂ ≥ 60 mm Hg en air ambiant
 - TA systolique ≥ 90 mm Hg
 - Fréquence cardiaque $\leq 100/\text{min}$

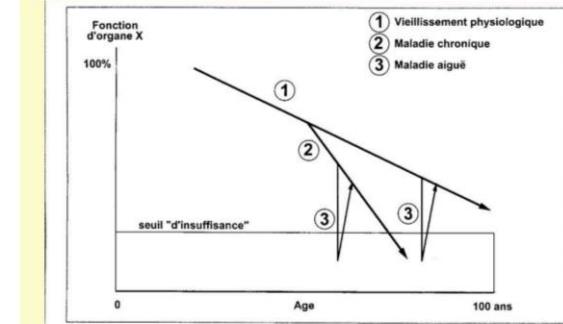
*Halm et al. JAMA 1998

Déglutition – Ethique



Docteur Renée Sebag Lanoe
Soigner le Grand âge
Edition Desclée de Brouwer – Paris 1992

LOI DE LA REDUCTION DES RESERVES FONCTIONNELLES



Décompensation : 1 + 2 + 3 de J.P. Bouchon

Synthèse des recommandations professionnelles HAS (2007)

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino énergétique chez la personne âgée

SITUATIONS PARTICULIÈRES

Prise en charge nutritionnelle en fin de vie	<p>L'objectif des soins nutritionnels est avant tout le plaisir et le confort.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintien d'un bon état buccal • Soulagement des symptômes qui peuvent altérer l'envie ou le plaisir de s'alimenter (douleur, nausées, glossite et sécheresse buccale) <p>L'initiation d'une nutrition par voie parentérale ou entérale n'est pas recommandée.</p>
Prise en charge nutritionnelle en cas de maladie d'Alzheimer	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandée en cas de perte de poids • À adapter aux troubles du comportement alimentaire, aux troubles praxiques ou aux troubles de la déglutition • En cas de forme légère ou modérée : débuter par voie orale puis, en cas d'échec, proposer la nutrition entérale pour une durée limitée • En cas de forme sévère : la nutrition entérale n'est pas recommandée en raison du risque élevé de complications