

ETUDE DE LA VALIDITE DE L'AUSCULTATION CERVICALE DANS LE DEPISTAGE DES FAUSSES- ROUTES

Michèle PUECH-Leslie PEREZ-BEGOUT - Emilie
SARRABERE- Virginie WOISARD

Hypothèse :

L'auscultation cervicale pourrait améliorer la capacité de l'orthophoniste à dépister les fausses-routes notamment silencieuses.



OBJECTIF DE L'ETUDE :

Comparer en termes de dépistage des fausses-routes les valeurs prédictives de l'essai de déglutition avec et sans auscultation cervicale.

Critères subjectifs comparés à un examen de référence

Population

- **Critères d'inclusion:**

- Patients hospitalisés pour un bilan de déglutition dans l'Unité de la Voix et de la Déglutition du service d'ORL de l'hôpital Larrey
- Bilan comprenant *obligatoirement* une vidéoradioscopie

➤ **64 patients**

Âge moyen : 61.33 ans (12-88)

Etiologies : 32 origine neurologique

18 séquelles de TTT carcinologique des VAD

14 autres



Profil de l'étude

Littmann cardio III

Patient n°1 :

1) Essai alimentaire	2) Essai alimentaire + auscultation cervicale	Vidéoradioscopie de la déglutition
Examineur A	Examineur B	Médecin

Patient n°2 :

1) Essai alimentaire + auscultation cervicale	2) Essai alimentaire	Vidéoradioscopie de la déglutition
Examineur A	Examineur B	Médecin

Patient n°3 :

1) Essai alimentaire	2) Essai alimentaire + auscultation cervicale	Vidéoradioscopie de la déglutition
Examineur B	Examineur A	Médecin

Patient n°4 :

1) Essai alimentaire + auscultation cervicale	2) Essai alimentaire	Vidéoradioscopie de la déglutition
Examineur B	Examineur A	Médecin

Examens testés	Examen de référence
-----------------------	----------------------------

Grille de cotation

1. Cocher les éventuels signes cliniques repérés :

		J'entends				Je sens ou je vois		
		Toux	Hemmage	Voix mouillée	Graillonnement	Diminution de l'ascension laryngée	Augmentation du délai de déclenchement du temps pharyngé	Déglutitions répétées
1ère cuillère	1ère cuillère							
	2ème cuillère							
	3ème cuillère							
	4ème cuillère							
	5ème cuillère							
	6ème cuillère							
1 minute	0-15 s							
	15-45 s [a] tenu							
	45 -60 s rotation de la tête							

2. Y-a-t-il un risque de fausses-routes ? **Oui / Non** (*oui si présence nbre > ou = 1*)

3. Estimer le degré de risque de fausses-routes :

Critères subjectifs

Risque 0

Risque max



Grille de cotation

1. Cocher les éventuels signes cliniques repérés :



		J'entends				Je sens ou je vois		
		Toux	Hemmage	Voix mouillée	Graillonnement	Diminution de l'ascension laryngée	Augmentation du délai de déclenchement du temps pharyngé	Déglutitions répétées
1ère 2ème 3ème 4ème 5ème 6ème	cuillère							
	cuillère							
	cuillère							
	cuillère							
	cuillère							
	cuillère							
1 minute	0-15 s							
	15-45 s [a] tenu							
	45 -60 s rotation de la tête							

2. Y-a-t-il un risque de fausses-routes ? **Oui / Non**

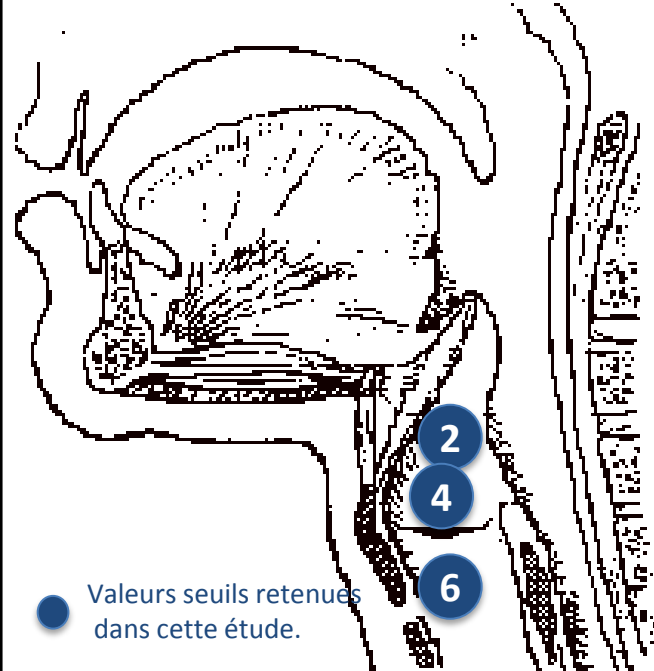
Estimation hypothétiquement influencée par la perception des bruits hypopharyngés

3. Estimer le degré de risque de fausses-routes :

Risque 0

Risque max

Echelle pénétration-aspiration (PAS) de Rosenbek et coll. (1996)



Valeurs seuils retenues dans cette étude.

PCC

- Objectivation FR
- Catégorisation en fonction
 - topographie
 - présence ou non d'un mécanisme d'expulsion d'après l'échelle PAS

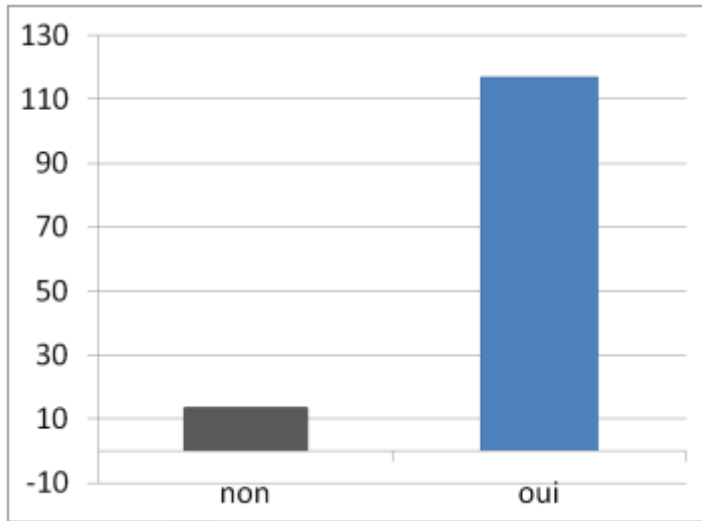
1	• Aucun produit ne pénètre dans les voies aériennes (VA).
➔ 2	• Le produit entre dans les VA, reste au-dessus des cordes vocales (CV) et <u>est éjecté</u> des VA.
3	• Le produit entre dans les VA, reste au-dessus des CV et n'est pas éjecté des VA.
➔ 4	• Le produit entre dans les VA, arrive au contact des CV et <u>est éjecté</u> des VA.
5	• Le produit entre dans les VA, arrive au contact des CV et n'est pas éjecté des VA.
➔ 6	• Le produit entre dans les VA, passe en dessous des CV et <u>est éjecté</u> dans le larynx ou en dehors des VA.
7	• Le produit entre dans les VA, passe en dessous des CV et n'est pas éjecté de la trachée malgré un effort.
8	• Le produit entre dans les VA, passe en dessous des CV et aucun effort n'est fait pour l'éjecter.

➤ *4 cuillérées de yaourt non sucré et 2 cuillérées d'eau épaissie.*

2012

Description des résultats (1)

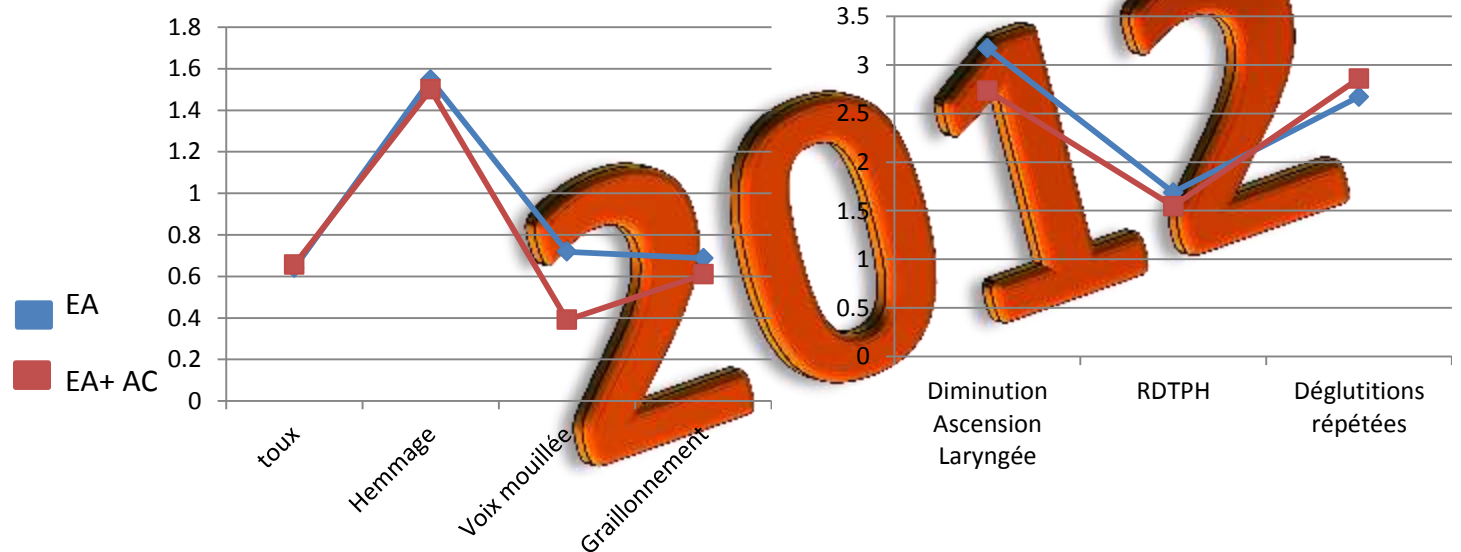
Risque de FR



PPC

117 tests/128 soit 96%

signes évocateurs de FR



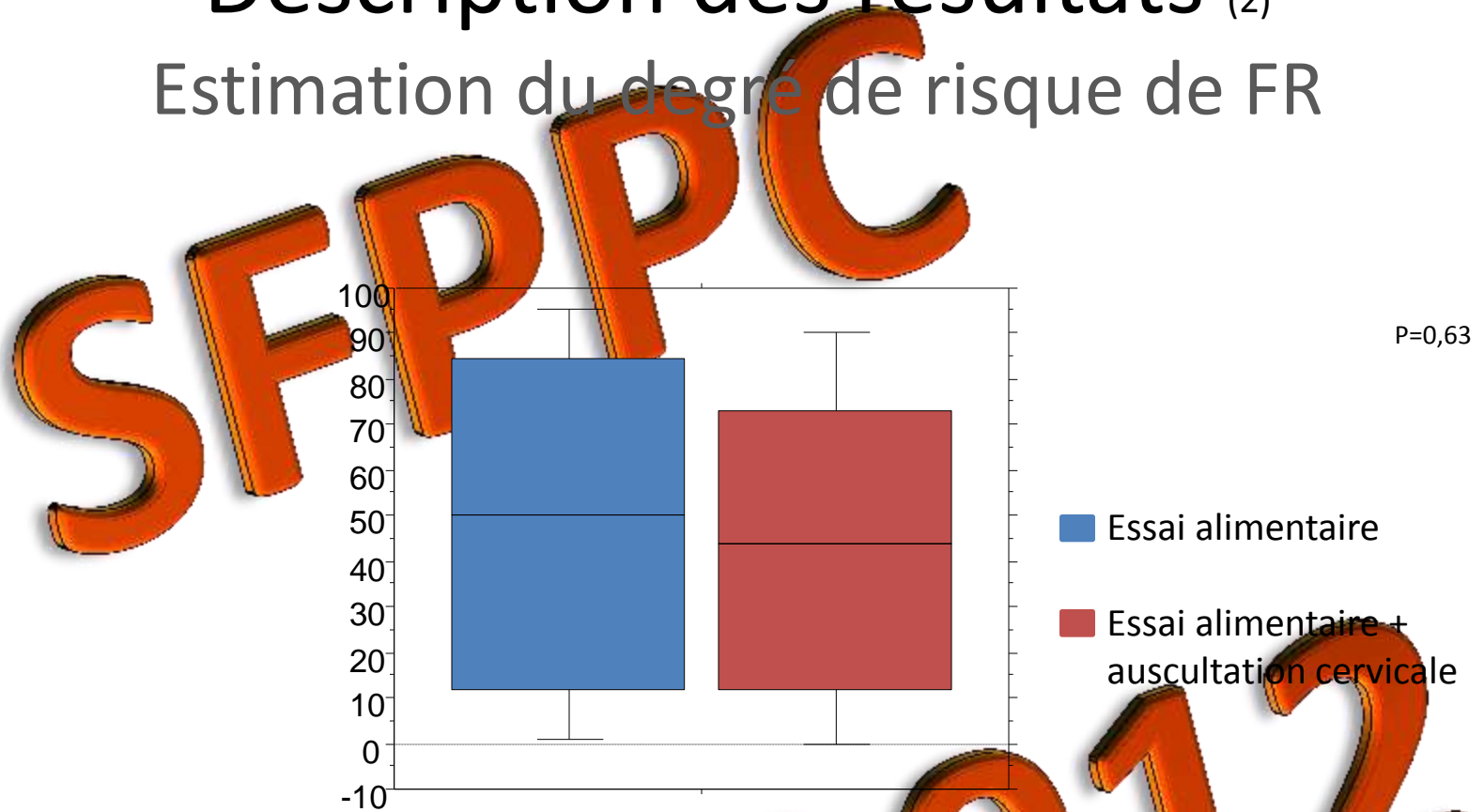
Diminution
Ascension
Laryngée

RDTPH

Déglutitions
répétées

Description des résultats (2)

Estimation du degré de risque de FR



Distribution du paramètre « *Estimation du degré de risque de FR* » en fonction de l'examen.

Description des résultats (3)

Fausses-routes à la vidéoradioscopie

24 patients

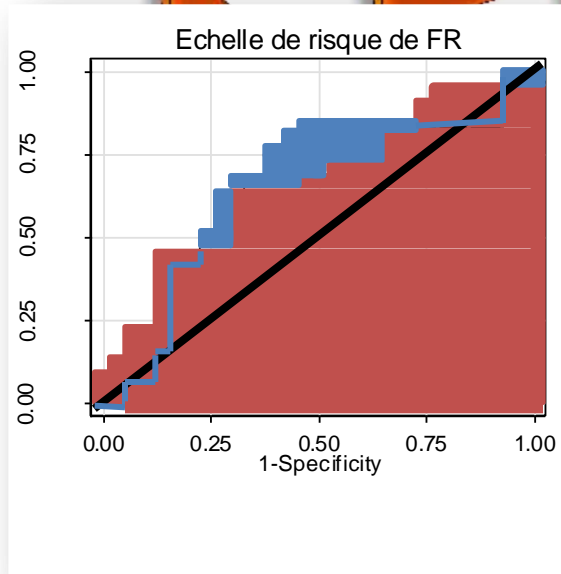


Patients présentant des fausses-routes en fonction du seuil PAS retenu

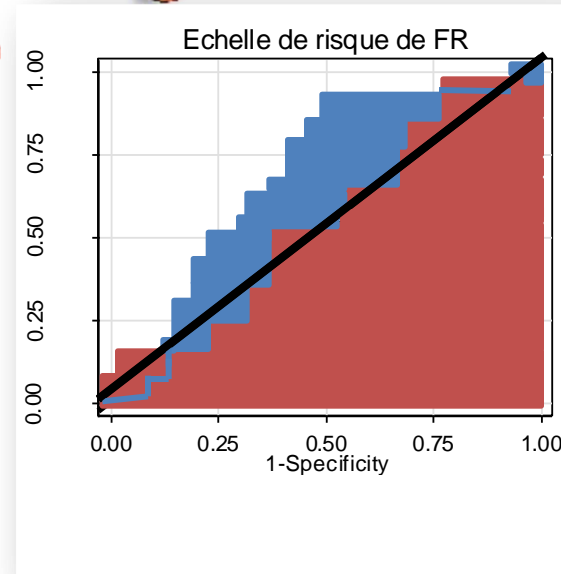
Courbes ROC

Receiver Operating Characteristics

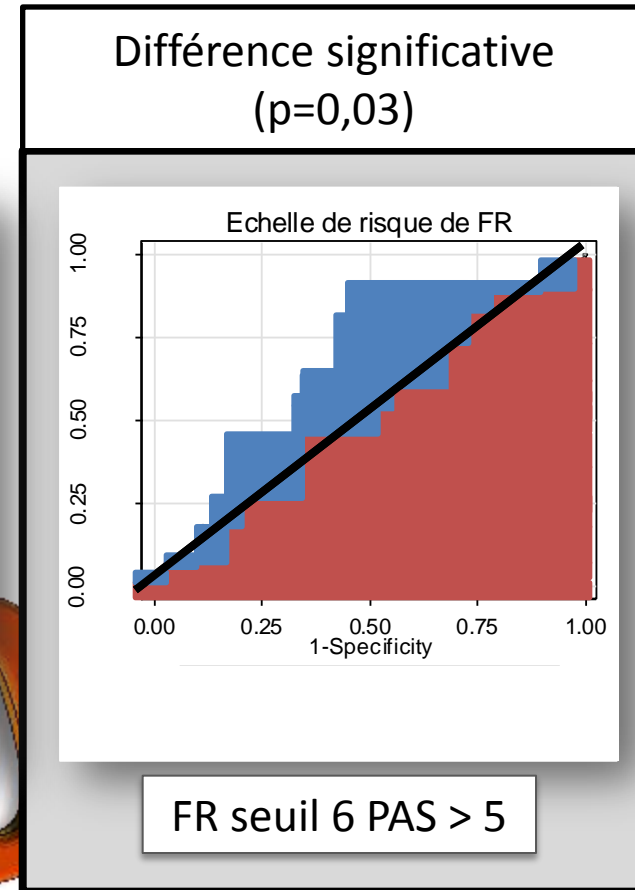
en fonction de l'utilisation ou non
de l'auscultation pendant l'essai alimentaire



FR seuil 2 PAS > 1



FR seuil 4 PAS > 3



Différence significative
($p=0,03$)

FR seuil 6 PAS > 5

EA
EA+AC

Les aires sous la courbe sont souvent plus faibles
avec auscultation que **sans auscultation**.

Discussion

**Examineurs
inexpérimentés**

- Modalités d'apprentissage repensées
- Expérience des troubles de la déglutition
- Pratique de l'auscultation cervicale

**Tâche ciblée sur la mise en
évidence d'un risque de
fausses-routes sur la
présence d'un seul signe**

- Cluster de signes?
- Choix de l'outil ?
- Méthode?

Discussion

• En ce qui concerne la validité de l'AC seule

- Stroud et coll.(2002) : sur estimation des inhalations, mise en doute de AC comme technique autonome
- Leslie et coll.(2004): 62% sensibilité /66% spécificité avec des taux de fiabilité inter-juge et intra juge faibles . Amélioration des compétences des examinateurs augmente les taux
- Stroud et coll.(2002), Leslie et coll.(2004), Zenner (1995): **malgré l'expertise => fiabilité faible**

• En ce qui concerne la validité de l'AC en complément de l'examen clinique

- Zenner (1995) Se. 84% Sp.71% , utilisée en complément des données médicales, cliniques et de l'essai alimentaires.

• En ce qui concerne l'outil:

- Leslie et coll.(2007): sujet sains

Présence de bruits spécifiques relatifs à la dynamique, mais manque de robustesse

Absence de bruit n'est pas en faveur d'une déglutition anormale

Répétition anormale d'un pattern peut être indicateur d'un trouble

• En ce qui concerne la méthode

- Marrara et coll (2008) : écoute **avant et après** la déglutition → corrélation statistiquement significative entre éléments dynamiques pharyngés et FR

CONCLUSION

- Etude modeste mais résultats proches des données de la littérature
- Amélioration de la spécificité => champ ouvert à la recherche
- Intérêt de l'outil en clinique, non invasif
- Optimise l'essai de déglutition mais examinateur dépendant

SFPPC

Merci de votre attention.

2012