

Prise en charge fonctionnelle des  
patients après séjour en USI pour  
Covid

# Introduction

- Intervenantes:
  - Dr Piret, Dr Rousseau-Services de réanimation du CHU de Liège
  - M. Poncelet-Logopède, CHU de Liège
  - Dr Lagier-ORL, CHU de Liège
- Beaucoup de questions...peu de réponses

# Plan

- Quelles complications ?
- Pourquoi plus de risques ?
- Dysphonie post intubation
  - Pourquoi ?
  - Quand ?
  - Quoi ?
- Sténoses glottiques postérieures et sous-glottiques
  - Pourquoi ?
  - Quand ?
  - Quoi ?
- Troubles de la déglutition
  - Pourquoi ?
  - Quand ?
  - Quoi ?

# Quelles complications?

Dysphonies post-intubation

Sténoses glottiques postérieures et sous glottiques

Troubles de déglutition

# Pourquoi les patients Covid sont-ils plus à risque de complications d'intubation?

Facteurs liés à la réanimation

Facteurs liés au patient

Facteurs liés à la pathologie

Lésions pulmonaires

# Pourquoi les patients Covid sont-ils plus à risque de complications d'intubation?

## Facteurs liés à la réanimation

- Intubations prolongées
  - Trachéotomies limitées
  - Tentatives d'extubation/échecs d'extubation
- Mobilisation du patient
  - Décubitus ventral
- Tentation de mettre des tubes plus gros
  - Patients obèses,
  - Nombreuses sécrétions et obstructions fréquentes des tubes
- SNG

# Pourquoi les patients Covid sont-ils plus à risque de complications d'intubation?

## Facteurs liés au patient

- Obésité
- Pathologies ischémiques (ATCD d'AVC, d'infarctus du myocarde, diabète de type 2, HTA)
- RGO

# Pourquoi les patients Covid sont-ils plus à risque de complications d'intubation?

## Facteurs liés à la pathologie

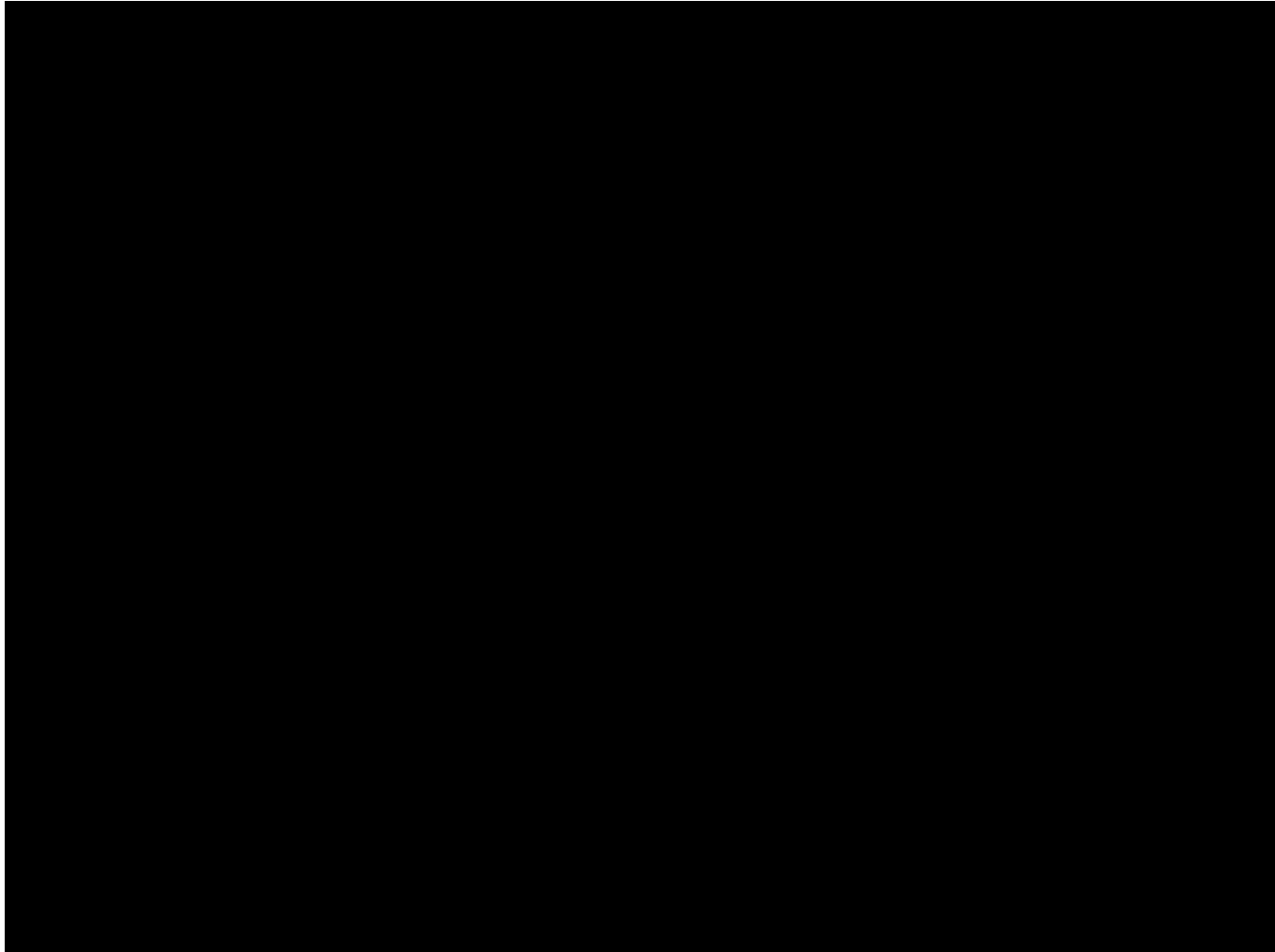
- Troubles de la coagulation/ischémie liée au Covid
- Inflammation intense des VADS

## Lésions pulmonaires

- Moins de tolérance aux agressions (fausses routes)
- Moins de soutien respiratoire pour la voix



# Dysphonie post-intubation:



# Dysphonie post-intubation:

- Éléments de réponse
  - Quand s'inquiéter? Quand faire l'examen orthophonique? L'examen ORL?
  - Quid du traitement ?

# Dysphonie post-intubation:

0•

Quid de la rééducation vocale?

Quand?

Habituellement : dès la réanimation 24h-48h post extubation (pas de guidelines) associé au bilan de déglutition

**! Patient covid contagiosité ! Bilan dès que considéré comme non contagieux !**

Pourquoi ? Afin d'éviter un forçage et de donner rapidement des conseils d'hygiène vocale

Aider à l'accolement  
glottique

Éviter le forçage



Comment? Bilan vocal limité en raison du risque infectieux

**Bilan basé sur l'évaluation perceptive dès que le patient n'est plus contagieux. En général, il reste isolé pendant 14 jours après les premiers symptômes ou jusqu'à avoir un prélèvement rhino-pharyngé négatif.**

# Dysphonie post-intubation:

- Quand faire l'évaluation ORL?
  - En l'absence de récupération vocale après 10 jours environ
  - Quand le patient n'est plus contagieux
  - En nasofibroscopie (pas de bénéfice de l'épipharyngoscopie à ce stade)
  - Associé au bilan de déglutition

# Dysphonie post-intubation:

- Et après?
  - Rééducation à poursuivre de façon classique
    - Multimodale: travail du souffle, de la coordination pneumophonique, production de fricatives sourdes-sonores, travail dans la paille (B. Amy de la Breteque)
    - Là encore, à débiter après la levée de l'isolement
  - Quid des médialisations sous anesthésie locale
    - En deuxième intention, quand le patient n'est plus isolé
    - Préférer l'anesthésie locale crico-thyroïdienne et patient masqué
    - Protections adéquates

# Sténoses glottiques postérieures et sous-glottiques

- On s'attendait à en voir beaucoup,
  - Finalement ce n'est pas le cas
- Signes d'appel:
  - échecs répétés d'extubation,
  - dyspnée laryngée persistante après extubation,
  - dysphonie à type de voix très serrée
- Diagnostic probablement retardé

# Sténoses glottiques postérieures et sous glottiques

- En cas de diagnostic précoce
  - Traitement médical: Corticoïdes?
  - Geste chirurgical endoscopique?
  - Prise en charge rééducative?
  
- Secondairement
  - Chirurgie endoscopique ou ouverte, manque de recul pour la situation spécifique au Covid

# Troubles de déglutition

POURQUOI les patients Covid sont-ils plus à risque de troubles de déglutition ?

## -Facteurs liés à la réanimation

- Intubations prolongées
- Trachéotomies limitées
- Tentatives d'extubation/échecs d'extubation
- Sédation prolongée, type de drogue utilisé
- Mobilisation du patient, décubitus ventral
- Tentation de mettre des tubes plus gros
- SNG

## -Facteurs liés au patient

- Patients Covid+ autres ATCD: AVC, gériatrie...

## -Facteurs liés à la pathologie

- Encéphalopathie
- Polyneuromyopathie de réanimation



# Troubles de déglutition

## Composante de polyneuromyopathie de soins intensifs + Covid:

- Hypotonie linguale liée à la position basse de la langue nécessaire lors de l'intubation
- Réduction de la propulsion pharyngée
- Réduction de la sensibilité laryngée avec présence de FR silencieuses

-> Il semble qu'au niveau périphérique, la récupération soit assez rapide

# Troubles de déglutition

## Nécroses au niveau facial sur posture ventrale

Séquelle visible post covid à laquelle je ne m'attendais pas: patient qui perd un bout de lèvre inférieure suite à appui prolongé du tube de réanimation. Qqus fuites labiales, du coup.



Image partagée sur un groupe d'orthophonie sur facebook

# Troubles de déglutition

Atteinte de nerfs crâniens



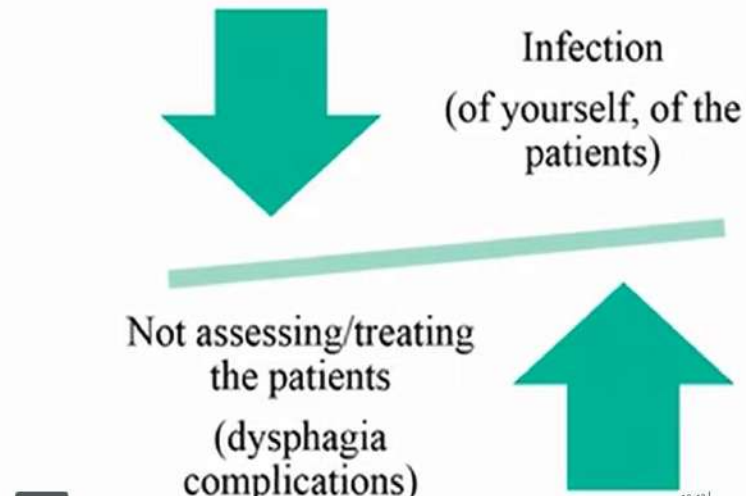
# Troubles de déglutition

## 3. QUAND réaliser le bilan de déglutition et débiter la prise en charge logopédique des patients COVID ?

Habituellement : minimum 24h post extubation (Marvin et al., 2017)

1. Protect ourselves

2. Balance risks



**Prof. Antonio Schindler**

# USI COVID

- Hautement à risque de dysphagie :
- ATCD ou problématique actuelle neuro ou ORL
  - Vigilance insuffisante (< 15 minutes)
  - Toux ou éclaircissement de la gorge impossible
  - Diminution ou perte de la voix
  - Encombrement haut manifeste
  - Bavage
  - Impossibilité de déclencher une déglutition salivaire ou changement de la voix post-déglutition salivaire (rauque, gargouillements, faible)

Intubation > 48h

A jeun strict per os post-extubation jusqu'à :

si sortie prévue salle non-COVID dans les 72h

Temporisation et maintien à jeun per os jusqu'à évaluation de la déglutition en salle non-COVID

si PAS de sortie prévue dans les 72h **et que évaluation de la déglutition justifiée**

Analyse au cas par cas entre logopède et personnel paramédical et médical en fonction de l'état clinique du patient et planification par la logopède de l'examen de référence

Pas d'intubation ou < 48h

Patient hautement à risque de dysphagie

Mise ou maintien à jeun per os

si sortie prévue salle non-COVID dans les 72h

Temporisation et maintien à jeun per os jusqu'à évaluation de la déglutition en salle non-COVID

si PAS de sortie prévue dans les 72h **et que évaluation de la déglutition justifiée**

Analyse au cas par cas entre logopède et personnel paramédical et médical en fonction de l'état clinique du patient et planification par la logopède de l'examen de référence

Patient non-hautement à risque de dysphagie

SNG déjà en place

si sortie prévue salle non-COVID dans les 48h

Temporisation et maintien à jeun per os jusqu'à évaluation de la déglutition en salle non-COVID

si PAS de sortie prévue dans les 48h

Analyse au cas par cas entre logopède et personnel paramédical et médical en fonction de l'état clinique du patient et si jugé opportun, réalisation d'un examen clinique "à minima" et essais alimentaires et/ou planification par la logopède de l'examen de référence

Pas de SNG et éventuel repas déjà en place mais suspicion de fausse-route

Analyse au cas par cas entre logopède et personnel paramédical et médical en fonction de l'état clinique du patient et si jugé opportun, réalisation d'un examen clinique "à minima" et essais alimentaires et/ou observation d'un repas et/ou planification par la logopède de l'examen de référence

# Troubles de déglutition

## 4. COMMENT réaliser le bilan de déglutition et réaliser la prise en charge logopédique des patients COVID ?

- Précautions nécessaires limitant la qualité du bilan logopédique



- Pas d'imitation car port du masque mais possibilité de travailler au travers de vidéos

# Séméiologie des troubles de déglutition post-Covid

- Etude de 13 patients
  - ayant fait une forme sévère de Covid et
  - référés pour vidéofluoroscopie de la déglutition
  - 0 à 14 jours après la sortie d'USI

# Séméiologie des troubles de déglutition post-Covid

- Etude de 13 patients
  - 6 femmes et 7 hommes
  - 45 à 76 ans
  - 20 jours de soins intensifs (0-31 jours)
  - 13 jours d'intubation oro-trachéale (0-25jours)
  - 1 trachéotomie
  - 4 tentatives d'extubation infructueuses avec ré-intubation, dont 3 sur œdème laryngé
  - 3 jours de décubitus ventral (0-7jours)



# Séméiologie des troubles de déglutition post-Covid

- Etude de 13 patients ayant fait une forme sévère de Covid et référés pour vidéofluoroscopie de la déglutition
  - HTA: n=8
  - Obésité: n=5
  - SAOS: n=3
  - AVC, coronaropathie: n=4
  - Diabète: n=3

# Séméiologie des troubles de déglutition post-Covid

- Dysphonie: n=4
- Fausses routes primaires silencieuses (PAS:8): n=10
  - Retard de déclenchement du temps pharyngé: n=8
  - Défaut de fermeture laryngée: n=5
  - Incontinence orale postérieure: n=3

# Séméiologie des troubles de déglutition post-Covid

- Stases valléculaires: n=8
- Stases hypopharyngées: n=7
- Fausses routes secondaires: n=5,
  - Silencieuses n=5 (trachéales n=2, plan glottique n=1, vestibule laryngé n=2)

# Prise en charge des troubles de déglutition chez les patients Covid

- Bilan

- Hygiène bucco dentaire → Limité : pas de lumière
- État respiratoire
- Posture
- Voix/parole/langage → Limité : analyse perceptive uniquement
- Motricité bucco-linguo faciale
- Praxie bucco linguo faciale → Limité : pas d'imitation
- Contrôle volontaire → Limité : toux volontaire ?
- Réflexe → Limité : pas de lumière
  
- Essai déglutition

# Prise en charge des troubles de déglutition chez les patients Covid

- Prise en charge

- Travail pratique de mobilisation et de renforcement
- Travail de renforcement pharyngé à l'aide des phonèmes vélares
- Travail de la sensibilité par stimulation → Via tablette, miroir personnel
- Coordination entre souffle et déglutition : déglutition supra gottique
- ...

=> Standard mais avec quelques adaptations

# Conclusions....

Beaucoup de questions...

Et des éléments de réponse qui évolueront sans doute avec le recul

