

## INTRODUCTION

La **dysphagie oropharyngée** touche jusqu'à **47%** des personnes âgées hospitalisées en contexte aigu<sup>1</sup> et **30 à 70%** des patients dysphagiques font des **fausses routes silencieuses (FRS)**<sup>2</sup>. Les **inhalations silencieuses** entraînent un **risque treize fois plus élevé** de développer une **pneumonie**<sup>3</sup>.

Le **test à l'eau**<sup>4</sup> est le test de screening de **référence** mais il ne permet pas la détection des fausses routes silencieuses. La durée de passation du V-VST<sup>5</sup> le rend difficilement utilisable lors de l'entrée en hospitalisation. De plus, ces deux tests peuvent entraîner des broncho-inhalations d'eau.

Le **test du réflexe de toux (CRT)** réalisé avec de l'acide citrique comme agent tussigène est un outil reconnu en médecine respiratoire<sup>6</sup>. Son efficacité à **détecter les FRS** a été démontrée dans la littérature<sup>3,7,8,9</sup> mais il n'a pas encore été étudié dans la population gériatrique.

## OBJECTIF

Comparer les résultats du test à l'eau, du V-VST et du CRT à la FEES et déterminer la **place du CRT** par rapport aux autres tests de screening dans la **détection des FRS**.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

25 patients ( $\bar{X}$  84 ans,  $\pm$  5.63), 10 ♂ et 15 ♀ hospitalisés depuis moins de 10 jours et n'ayant pas de déficit cognitif sévère.

- **Test à l'eau:** 90 ml
- **V-VST:** 5ml, 10 ml, 20ml en IDDSI 2, IDDSI 0, IDDSI 4 et contrôle de la saturation
- **CRT à 0,1 mol/L:** moins de 2 toux (C2) en 15 secondes
- **FEES:** PAS 2,4,6,7 = FR et PAS 3,5,8 = FRS

## RÉSULTATS

	FEES normale / FRS	FEES normale / FR + FRS
<b>Test à l'eau</b>	p = 0.019 sensibilité: 75% spécificité: 83,33%	p = 0.015 sensibilité: 69,23% spécificité: 83,33%
<b>V-VST</b>	p = 0.005 sensibilité: 100% spécificité: 66,67%	p = 0.015 sensibilité: 84,62% spécificité: 66,67%
<b>CRT 0.1 mol/L (C2 &gt; 15 sec)</b>	p = 0.065	p = 0.111
<b>CRT 0.1 mol/L (C2 &gt; 15 sec) x Test à l'eau</b>	<b>p = 0.005</b> sensibilité: 100% spécificité: 66,67%	<b>p = 0.004</b> sensibilité: 92,31% spécificité: 66,67%

## DISCUSSION

- Dans cette population, tous les **tests classiques de déglutition** sont **corrélés aux résultats de la FEES**.
- Le **CRT isolé n'est pas significatif**.
- Mais la **combinaison du CRT 0.1 et du test à l'eau augmente la sensibilité** du test à l'eau seul et permet un **screening plus rapide** que le V-VST.
- Cet **échantillon** représente des patients avec une **dysphagie peu sévère** puisque tous les patients avec une **contre-indication orale** ont été **exclus**.
- Chez les **patients dysphagiques sévères**, seul le CRT peut être réalisé.
- Dans la combinaison CRT x test à l'eau, le CRT pourrait être utilisé en première instance afin d'écartier tout risque de fausses routes silencieuses avant la prise hydrique.

1. Wirth, R., Dzewas, R., Beck, A. M., Clavé, P., Hamdy, S., Heppner, H. J., Langmore, S., Leischner, A. H., Martino, R., Pluschinski, P., Rösler, A., Shaker, R., Warnecke, T., Sieber, C. C., & Volkert, D. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons—from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clinical interventions in aging*, 11, 189.

2. Battel, I., Ceolin, A., Koch, I., Ventura, L., Tonin, P., Palmer, K., & Meneghelo, F. (2016). Comparison of the cough reflex test and water swallowing test in healthy participants and neurological patients. *B-ENT*, 12(4), 285-289.

3. DePippo, K. L., Holas, M. A., & Reding, M. J. (1992). Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. *Archives of neurology*, 49(12), 1259-1261.

4. Miles, A., Moore, S., McFarlane, M., Lee, F., Allen, J., & Huckabee, M. L. (2013). Comparison of cough reflex test against instrumental assessment of aspiration. *Physiology and Behavior*, 118, 25-31.

5. Denuit, C., Dardenne, N., Lagier, A., & Gillain, S. (2021). Intérêt et limites des outils de dépistage de la dysphagie en gériatrie. *Revue Médicale de Liège*, 76(4), 280-286.

6. Holmes, S. (2016). A service evaluation of cough reflex testing to guide dysphagia management in the postsurgical adult head and neck patient population. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, 24(3), 191-196.

7. Wakasugi, Y., Tohara, H., Nakane, A., Murata, S., Mikushi, S., Susa, C., ... & Uematsu, H. (2014). Usefulness of a handheld nebulizer in cough test to screen for silent aspiration. *Otolaryngology*, 102, 76-80.

8. Sato, M., Tohara, H., Iida, T., Wada, S., Inoue, M., & Ueda, K. (2012). Simplified cough test for screening silent aspiration. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(11), 1982-1986.

9. Troche, M. S., Schumann, B., Brandimore, A. E., Okun, M. S., & Hegland, K. W. (2016). Reflex cough and disease duration as predictors of swallowing dysfunction in Parkinson's disease. *Dysphagia*, 31(6), 757-764.