



Quadrimed
Crans-Montana



Hôpitaux
Universitaires
Genève

CAS CLINIQUE

Quadrimed 2025
HUG-Clinique de Crans-Montana
Dre Simona Mateiciuc Leutke
Crans-Montana
31.01.2025

Cas clinique

Madame K, 05.09.1962

Séjour en soins aigus :

- Motif d'hospitalisation : Baisse de l'état général et perte de poids involontaire sur inappétence et trouble de la déglutition + symptômes urinaires (oligurie, dysurie)
- FNP (PCR) : Influenza A
- Pyélonéphrite aiguë à E. coli multisénsible (ttt Nitrofurantoïne initialement)
- Pneumonie aiguë basale droite à Streptococcus pneumoniae sur bronchoaspiration (ttt relais par Co-Amoxicilline)

Séjour en soins aigus

- Angoisses envahissantes (psychotiques)
- Phagophobie
 - ttt neuroleptique + lorazépam en réserve
 - perte de poids et déconditionnement global
 - mise en place d'une nutrition entérale par sonde nasogastrique
- OGD : Légère pangastrite chronique non active
Histologie (biopsie bulbo-duodénal) compatible avec une maladie cœliaque (Marsh 3b = atrophie marquée des villosités) (déjà connue)
- Avis logopédique : Trouble de la déglutition avec dysphagie d'origine neurologique avec probable composante psychogène



Transfert à HUG-Clinique de Crans-Montana

- Motif d'hospitalisation :
 - réadaptation psychosomatique
- Objectifs de réadaptation :
 - renutrition
 - reconditionnement et rééducation à la marche
 - développement d'outils pour diminuer les angoisses



Comorbidités

- Dénutrition protéino-énergétique sévère (NRS à 4/7)
- Maladie cœliaque
- Trouble anxieux et dépressif mixte récurrent
- Troubles du sommeil de type endormissement
- Personnalité fragile avec immaturité affective, dépendance et limitations intellectuelles
- Fibromyalgie
- Vessie hyperactive
- Troubles de la marche et de l'équilibre d'origine multifactorielle
- Mycose vaginale (soins aigus)

Antécédents

- Hémorragie cérébrale à la naissance avec :
 - Retard de développement
 - Bilan neuropsychologique 2012 et 2020 : important ralentissement psychomoteur, baisse de l'incitation, difficultés mnésiques et de programmation

Traitement à l'admission

- Ésomeprazole (Nexium) 40 mg / jour (par SNG) le matin
- Vitamines + minéraux (Supradyn) 2 cp eff/jour le matin
- Novasource GI Forte emulsion entérale 1000 ml 83,3 ml/h (par SNG) en 12h, dès 18h
- Lorazépam (Temesta) expidet 1 mg/jour (sublingual) à midi
- Olanzapine (Zyprexa) 5 mg /jour (sublingual) le soir
- Zolpidem CR retard 10 mg/jour (par SNG) au coucher
- Oxybutinine(Kentera) patch mat 3,9 mg/24h toutes les 72h
- Eco-nazole (Gyno-Pevaryl) ovule 150 mg 1x/jour (soir) vaginal



Anamnèse

▪ Médicale :

- Inappétence
- Dysphagie
- Douleur au niveau de la cavité buccale
- Anxiété avec angoisses massives envahissantes
- Peur de s'étouffer
- Phagophobie persistante
- Difficultés à la marche, sensation d'affaiblissement

Anamnèse

▪ Sociale :

- Mariée, vit avec son mari
- 1 fille (34 ans) et un garçon (30 ans)
- Logement : appartement au 1^{er} étage avec ascenseur
- Femme de ménage par le passé (à l'AI depuis 2022)

- **Hérédo-colatérale** (mari): manque d'appétit depuis environ 1 année avec fatigue et perte de force / difficultés de la déglutition depuis 1 mois environ

Examen clinique (éléments pathologiques)

- Etat général diminué, présence d'une sonde nasogastrique
- Amaigrissement important (43,4 kg pour 168 cm, BMI à 15,4 kg/m²) avec atrophie musculaire généralisée et sarcopénie
- Bouche ouverte quasi constamment, dépôts blanchâtres au niveau du palais et de la langue compatibles avec une mycose buccale
- Neurologique : ralentissement psychomoteur, hypomimie, mouvements de la langue ralentis, force M4 des membres supérieurs et inférieurs, difficultés à se relever de la position couchée (sans aide), marche difficile avec rollator avec le tronc penché en avant
- Psychiatrique : thymie basse, affects peu mobilisables, anxiété rapportée et éprouvée

Laboratoire (valeurs pathologiques uniquement)

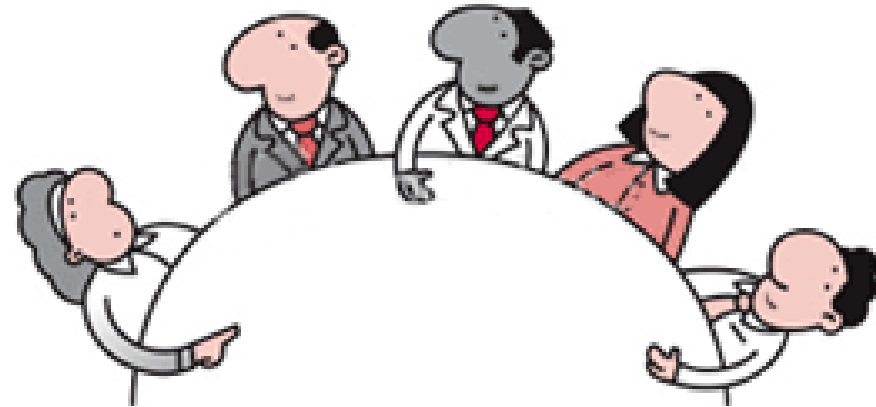
- Hb 111 g/l, Ht 31%
- K⁺ 3,4 mmol/l
- Albumine 34 g/l
- Pré-albumine 173 mg/l
- Créatinine 35 µmol/l
- PAL 33 U/l



Evolution

Prise en charge interdisciplinaire

- Prise en charge nutritionnelle
- Prise en charge psychologique
- Prise en charge physiothérapeutique
- Prise en charge ergothérapeutique



Evolution

- Prise en charge médicale :
 - Fluconazole 200 mg /jour pendant 14 jours (mycose buccale)
 - impact sur la dysphagie
 - *Consultation ORL (bilan de la dysphagie)* :
 - Trouble sévère de la déglutition avec ralentissement important des mécanismes de déglutition en phase orale et en phase pharyngée
 - Mycose buccale
 - Attitude : rééducation logopédique
 - aspiration buccale fréquente
 - hydratation buccale fréquente
 - poursuite ttt antifongique
 - Co-Amoxicilline (1 g 3x/jour pendant 10 jours) (pneumonie sur bronchoaspiration)
 - impact sur la dysphagie

Dysphagie

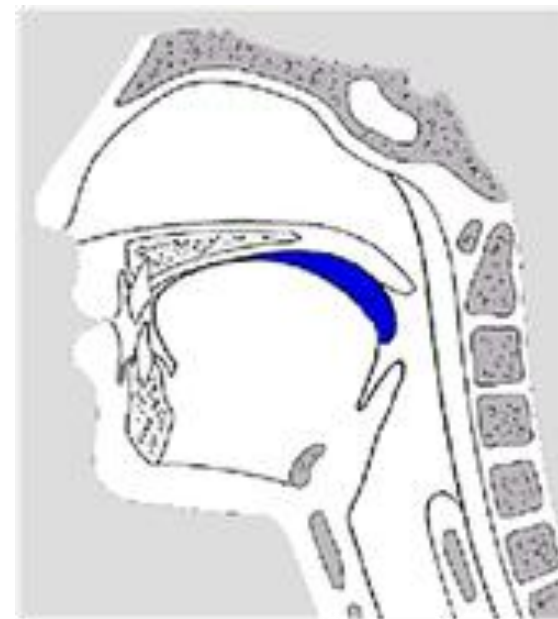
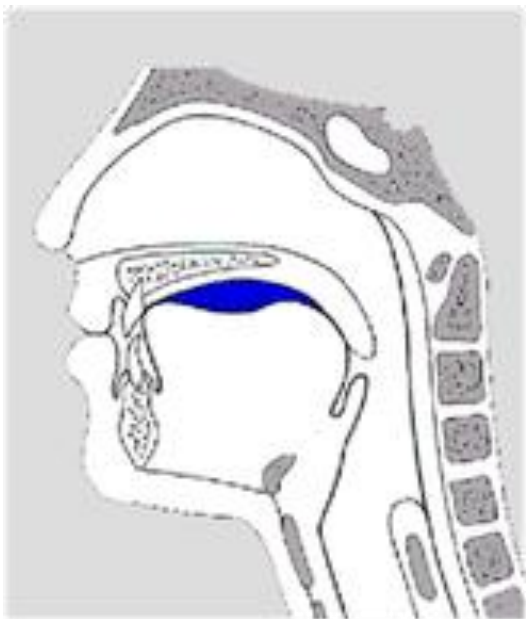
Définition : sensation de gêne ou d'obstacle à la progression des aliments au cours de la déglutition

→ On avale en moyenne 1.500 fois par jour, même la nuit, une fois par minute pendant notre sommeil

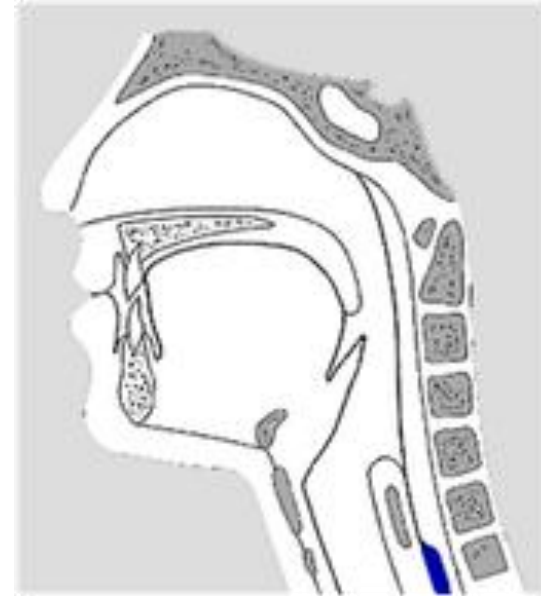
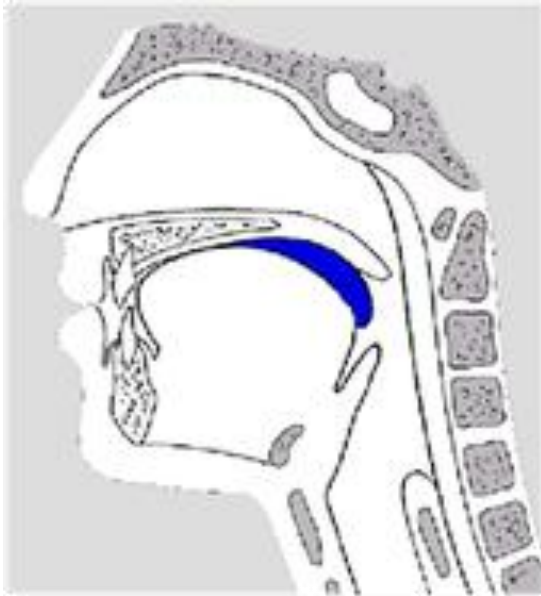
Peut se manifester lors d'ingestion de la salive, de liquides et/ou de solides.

Déglutition - différentes phases

Dysphagie - 1^{ère} et 2^{ème} étape



Dysphagie - 3^{ème} et 4^{ème} étape



Dysphagie - épidémiologie

Sous-diagnostiquée dans près de 60 % des cas, même dans des situations avancées

- Population générale : 6 à 16 % , de 22 % chez les plus de 50 ans
- Patients hospitalisés : 40 %
- AVC : 40 % des patients présentent une dysphagie dans les 3 à 4 jours suivant l'accident
22 à 65 % chez les patients ayant eu un AVC (en phase aiguë)
- Maladie de Parkinson : 50 à 90 % des patients présentent une dysphagie
36 % chez personnes symptomatiques
- SEP : plus de 30 %
- SLA : la dysphagie isolée peut être un mode de révélation de la maladie
- Personne âgée : près de 40 % chez les plus de 60 ans
jusqu'à 50 % des patients hospitalisés en long séjour

Dysphagie

- **Evaluation clinique**

- Anamnèse détaillée

- Symptômes associés à la dysphagie à rechercher : sécheresse buccale, hoquet, hypersialorrhée, régurgitation, toux, modification de la voix, odynodysphagie, douleurs thoraciques, pyrosis

- Identification de la localisation du blocage : cervical ou rétrosternal

- Rapidité de la progression: oriente le diagnostic vers une origine oncologique (dysphagie constante d'évolution rapide) ou bénigne (progression lente et intermittente)

Dysphagie- symptômes/signes associés et causes à rechercher

| Symptômes | Causes |
|--|--|
| Dysphagie aux liquides | Trouble moteur œsophagien |
| Dysphagie aux solides | Cause mécanique |
| Toux postdégultation | Paralysie de nerfs crâniens ou fistule œso-trachéale ou œso-bronchique |
| Régurgitations d'un contenu non digéré | Diverticule de Zenker |
| Hypersialorrhée | Impaction de corps étranger |
| Sensation de boule dans la gorge | Globus pharyngé ¹⁰ |

Dysphagie – facteurs de risque

| Facteurs de risques | Causes |
|---|-------------------------------|
| Immunosuppression | Candidose ou herpès |
| Radiothérapie | Œsophagite postradique |
| Antécédents de néoplasie | Récidive tumorale |
| OH, tabagisme ou infection à HPV | Cancer épidermoïde œsophagien |
| Obésité et maladie de reflux | Adénocarcinome œsophagien |

Dysphagie

- **Evaluation clinique**

Examen clinique :

- Avis du spécialiste : ORL, neurologue, logopédiste

Bilan biologique – non spécifique :

- Rechercher une anémie, une carence vitaminique ou un syndrome inflammatoire, des marqueurs de la dénutrition, bilan thyroïdien, ...

Dysphagie

- **Etiologie :**

- oropharyngée ou œsophagienne
- fonctionnelle ou organique

- **Physiopathologie :**

- acte physiologique extrêmement complexe qui exige une synchronisation et une coordination parfaites de plus de 30 paires de muscles sous contrôle nerveux volontaire et involontaire

Dysphagie oropharyngée

Étiologies fonctionnelles

- **Neuromusculaire**
 - Séquelles après AVC
 - Démence (Parkinson, Alzheimer)
 - SLA
 - Méningite carcinomateuse
 - Postchirurgie/radiothérapie du cou
 - Postinflammatoire
 - Post-traumatique
 - Dystrophies musculaires
 - Sclérose en plaques
 - Syndrome de Sjögren
 - Myasthénie **grave**
- **Autres**
 - Hypertonie du muscle cricopharyngé
 - Inlet patch

Étiologies organiques

- **Mécanique/anatomique**
 - Diverticule de Zenker
 - Syndrome de Plummer-Vinson
 - Ostéophyte postopératoire cervical
- **Oncologique**
 - Carcinome oropharyngé, amygdalien
 - Compressions extrinsèques
 - Goitre, thyroïdite
- **Infectieuse**
 - Tétanos, botulisme
 - Angine, pharyngite
 - Abscess amygdalien/pharyngé

Dysphagie œsophagienne

- **Trouble de la motilité œsophagienne (musculaire)**
 - Achalasie
 - Apéristaltisme (contractilité absente)
 - Motilité œsophagienne inefficace
 - Obstruction fonctionnelle de la jonction œsogastrique
 - Œsophage hypercontractile
 - Spasme œsophagien distal
 - Radiothérapie
 - Sclérodermie
- **Infectieuse**
 - Maladie de Chagas (*Trypanosoma cruzi*)
- **Autres**
 - Maladie de reflux
 - Amyloïdose

- **Mécanique/anatomique**
 - Anneaux œsophagiens (Web, Schatzki)
 - Diverticule épiphrénique
 - Diverticule de traction du tiers moyen
 - Sténose d'origine peptique, toxique (agents alcalinisants), médicamenteuse, radique
 - Sténoses anastomotiques, après chirurgie antireflux
- **Oncologique**
 - Adénocarcinome (Barrett)
 - Carcinome épidermoïde
 - Tumeurs bénignes (léiomyome, tumeur d'Abrikossoff, etc.)
- **Compressions extrinsèques**
 - Adénopathies/tumeurs médiastinales
 - Ostéophytes, scoliose
 - Arteria lusoria (sous-clavière droite aberrante)
 - Anévrisme de l'aorte, hypertrophie de l'oreillette gauche
- **Infectieuse**
 - Candidose œsophagienne
 - Œsophagite herpétique (VHS), à CMV
 - Œsophagite à éosinophiles

Dysphagie

Étiologies médicamenteuses

- **Action anticholinergique/xérostomie**
 - Atropine, Atrovent, antihistaminique
 - Antidépresseurs (ISRS, tricycliques)
 - Neuroleptiques (parkinsonisme secondaire, dyskinésie tardive)
 - Antiarythmique
 - Antiémétiques
 - IECA
- **Substances altérant l'état de conscience**
 - Antiépileptiques
 - Benzodiazépines
- **Action affectant la musculature**
 - Opiacés
 - Myorelaxants
 - Agent bloquant neuromusculaire (succinylcholine, curare)
 - Corticostéroïdes
- **Atteinte de la muqueuse**
 - Bisphosphonates, AINS , aspirine, macrolides, fer, vitamine C, KCl
 - Immunosuppresseurs (mucite, candidose)

Dysphagie

Conséquences

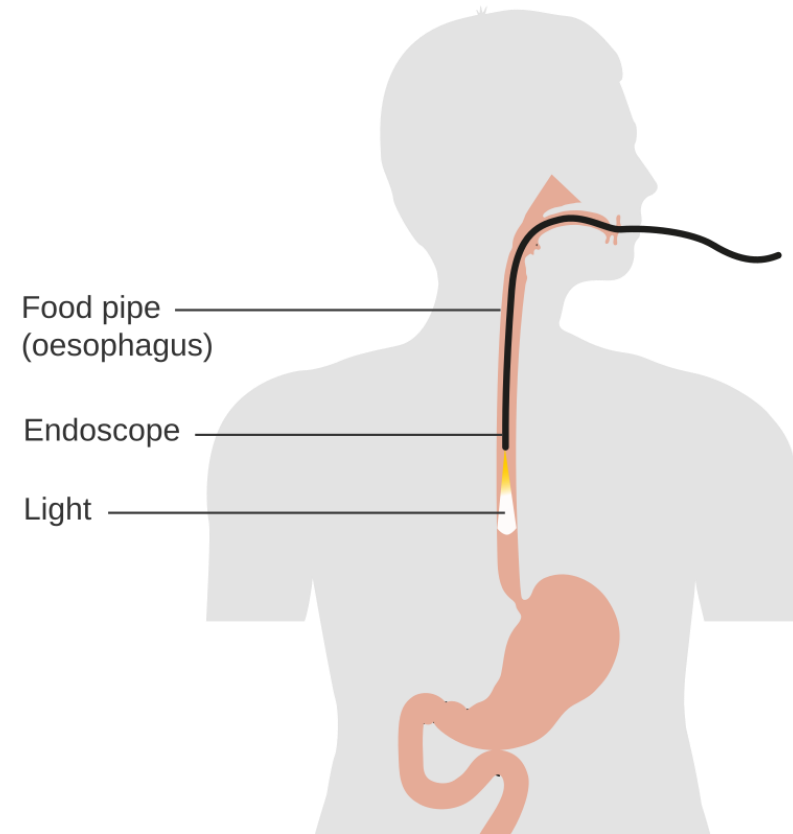
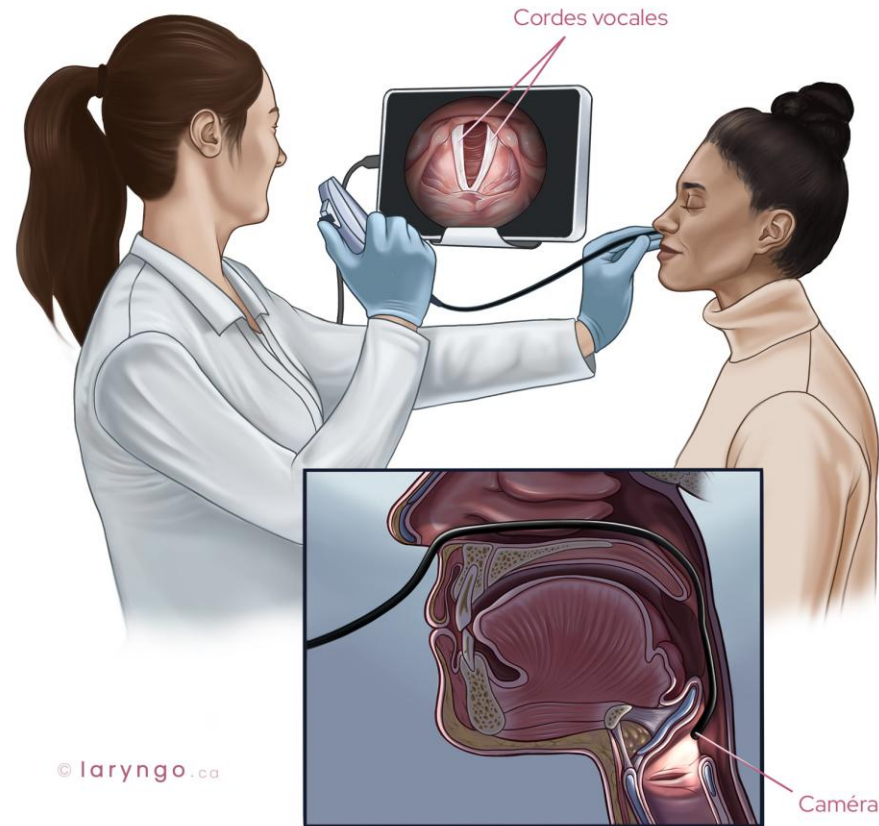
- efficacité de l'alimentation orale → état nutritionnel
- faiblesse généralisée
- risque d'aspiration
- détresse importante pour les patients et leurs familles
- impact sur la qualité de vie
- maladie terminale → soins palliatifs

Dysphagie

Examens paracliniques

- Examen ORL : laryngoscopie flexible
- Imagerie : scanner cervico-thoraco-abdominal / IRM en cas de néoplasie
- Œso-gastro-duodénoscopie (OGD)

Dysphagie - laryngoscopie flexible / OGD

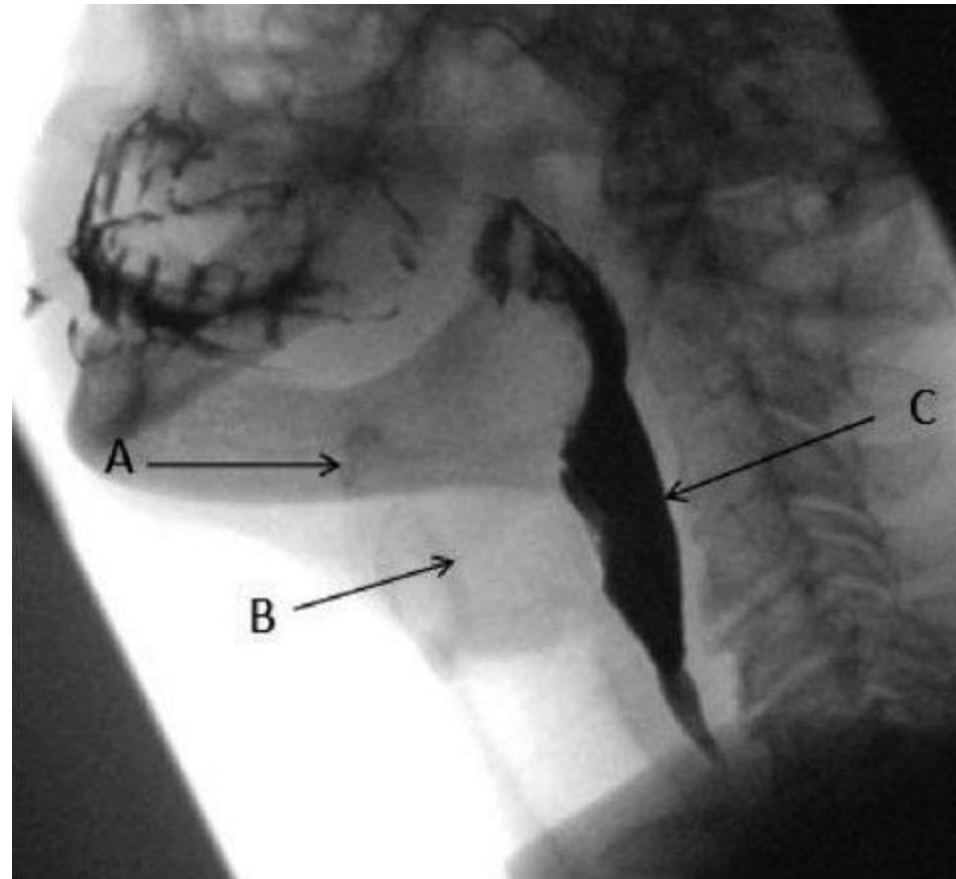


Dysphagie

Examens paracliniques

- Endosonographie haute (EUS)
- Transit œso-gastro-duodéal (TOGD)
- Vidéo fluoroscopie

Dysphagie - vidéofluoroscopie



Dysphagie

Examens paracliniques

- Manométrie œsophagienne
- pH-métrie
- Endoflip

Dysphagie

Traitements

- **Prise en charge nutritionnelle et adaptation alimentaire**
- **Rééducation logopédique**
 - exercices de praxies bucco-linguo-faciales
 - positions de compensation appropriées
- **Traitement médicamenteux**
 - IPP → œsophagite à éosinophiles et maladie de reflux
 - stéroïdes sous forme orodispersible → œsophagite à éosinophiles
 - inhibiteurs calciques et dérivés nitrés (avant les repas) → trouble moteur œsophagien de type achalasia



Dysphagie

- **Traitement endoscopique**

- 1. Injections**

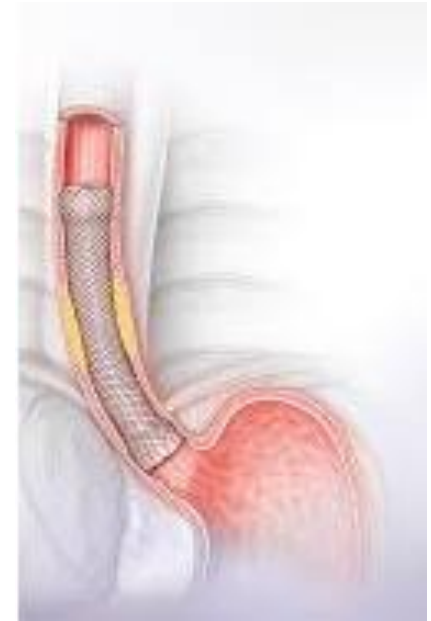
- toxine botulinique → troubles moteurs de type achalasie
- corticostéroïdes (triamcinolone) → sténose réfractaire

- 2. Dilatation et prothèses œsophagiennes**

- dilatation endoscopique → sténoses bénignes de l'œsophage
- endoprothèse métallique → sténoses bénignes réfractaires ou longues ou malignes

- 3. Techniques de dissection endoscopique**

- ▶ myotomie per-orale endoscopique (POEM) → TMO / dysphagie associée à un diverticule œsophagien / diverticules cervicaux de Zenker / sténoses réfractaires fibreuses
- ▶ œsophagectomie → œsophage sigmoïde



Evolution de Madame K

- Patiente volontaire pour les thérapies
- Certaines améliorations



MAIS :

- Bouche constamment ouverte («ne peut pas la fermer»), difficulté à parler
- Persistance de la dysphagie
- Absence de prise de poids
- Persistance de l'anxiété et des angoisses malgré le ttt neuroleptique et anxiolytique
- Attitude figée +++
- Ralentissement psychomoteur +++

Evolution

- Complément de hétéro-anamnèse :

Mari :

- rigidité - attitude figée : tableau déjà présent à domicile depuis des années (?), tout comme le ralentissement psychomoteur
- autonomie à domicile extrêmement limitée
- psychiatrique : extrêmement anxieuse depuis toujours (> 23 ans)

Evolution

- Cliniquement :

- Suspicion de syndrome parkinsonien :

- Bradykinésie
 - Hypomimie
 - Tremblement postural des mains
 - Rigidité des 4 membres
 - Marche lente à petits pas avec ballant des bras diminué



- Etiologie médicamenteuse ? uniquement?

Evolution

- **Avis neurologique**

- Parkinsonisme sévère à prédominance axiale, possiblement d'origine dégénérative
 - dg différentiel : parkinsonisme secondaire aux neuroleptiques

Hypothèse retenue : aggravation d'un parkinsonisme dégénératif d'une part par des épisodes infectieux et d'autre part par des neuroleptiques

Propositions :

- Stopper neuroleptique
- Agender une IRM cérébrale
- Compléter le bilan par une scintigraphie Dat-scan
- Introduire Levodopa à petites doses

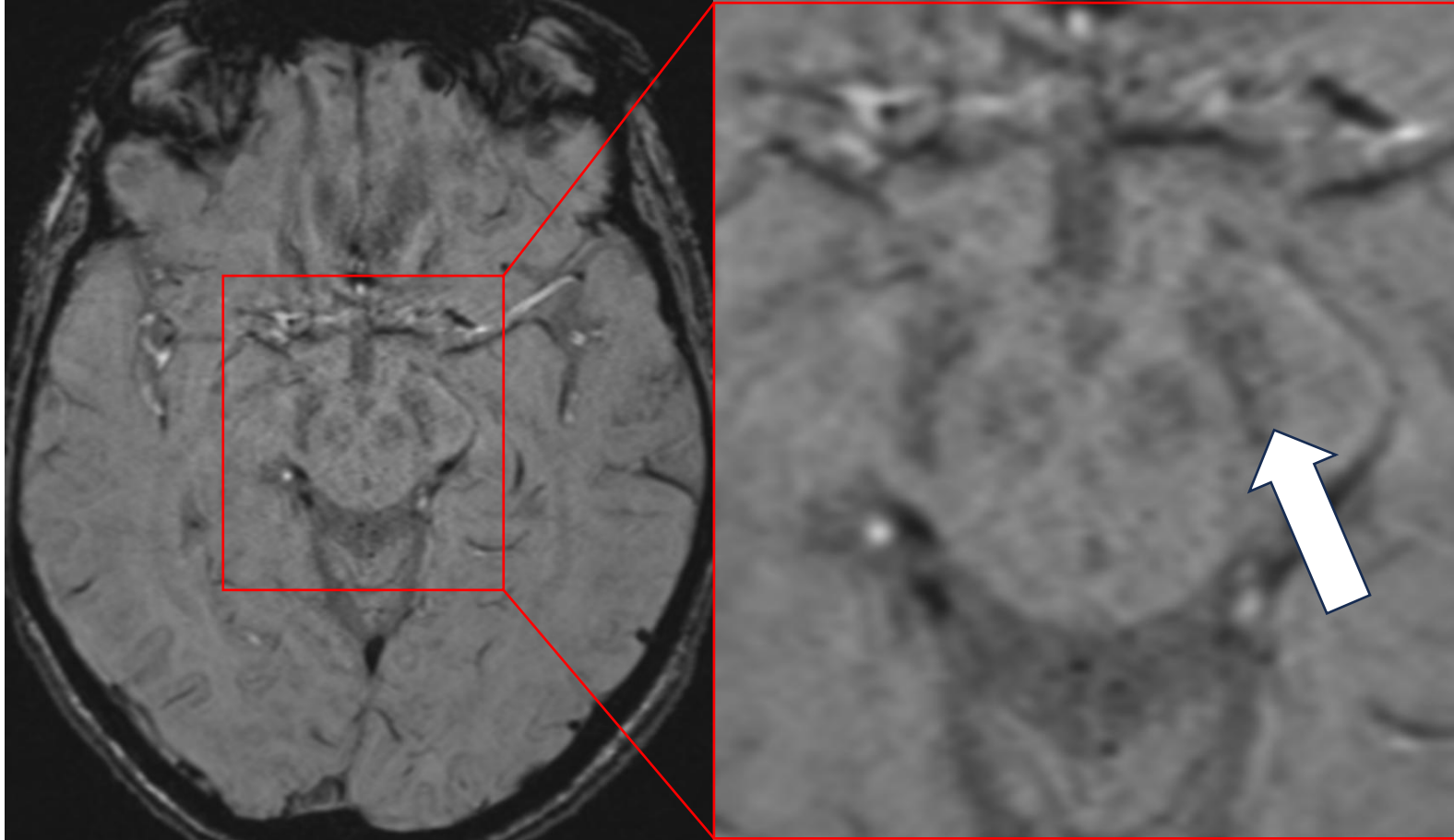
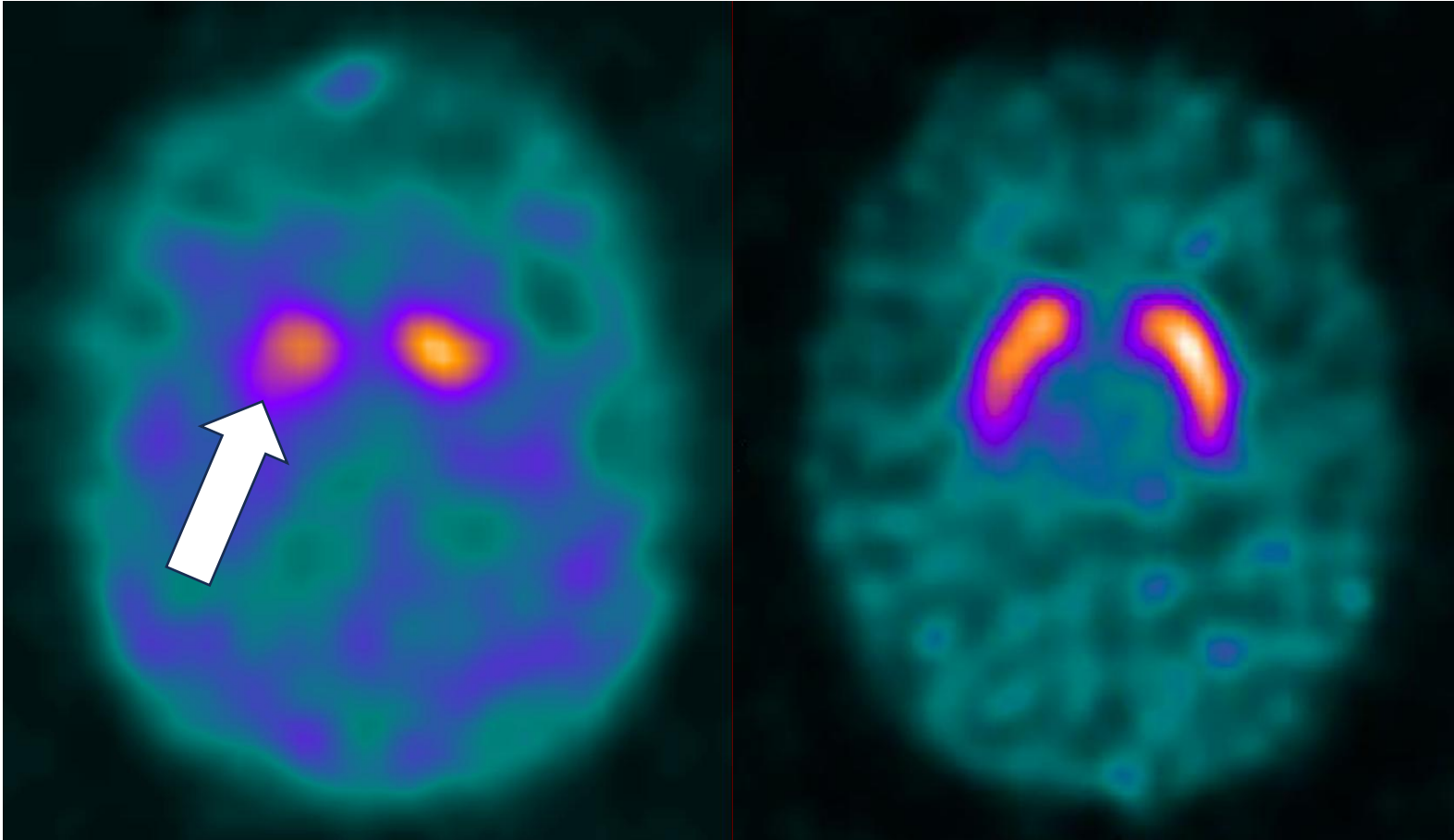


Image: Schwarz et al. PLoS One 201

IRM 3T du 12.01.24: le signe de la queue de l'hirondelle au niveau de la substance noire sur la séquence en susceptibilité magnétique (susceptibility weighted imaging [SWI]) est positif (flèche). Ceci ne permet toutefois pas d'exclure une dégénérescence du nigrosome-1

Evolution - catamnèse

- **Transfert en neurologie :**
 - Probable **maladie de Parkinson décompensée par le traitement neuroleptique**
 - Dat-scan: en faveur d'un syndrome parkinsonien dégénératif
 - **Dysphagie sévère avec ralentissement important des mécanismes de déglutition en phase orale et en phase pharyngée sur :**
 - syndrome parkinsonien décompensé
 - composante psychogène sur phagophobie
- **Transfert en réadaptation neurologique (Clinique bernoise)**



Patiente 25.01.2024

Patiente de 84 ans, aspect normal
(image: Sasaki et al. Front Neurol
2021)

Au ^{123}I -ioflupane SPECT (DaTSCAN) réalisé par la suite, diminution d'uptake de tracer habituel «en virgule» des striatums, prédominant à droite (flèche), compatible avec dégénérescence de neurones dopaminergiques de la voie nigro-striatale

Evolution-catamnèse

- **Transfert en réadaptation neurologique (Clinique bernoise)**

Evolution après adaptation des ttt et prise en charge multidisciplinaire

- Diminution du ralentissement
- Diminution de la rigidité
- Disparition du tremblement
- Amélioration de la mobilité globale / de l'équilibre
- Amélioration des angoisses et de l'humeur
- MAIS pas de changement des troubles de la déglutition



Merci



Dysphagie – Take home message

- Symptôme fréquent, souvent sousdiagnostiqué
- Traitements médicamenteux oraux peu efficaces
- Impact sur la qualité de vie