



**28<sup>es</sup> ASSISES**  
**22 AU 24 JANVIER 2026 · CANNES**

# Le bilan de déglutition: Comment s'y mettre?



LAGIER Aude, Liège



# Fibroscopie de déglutition (FEES): une activité de niche?



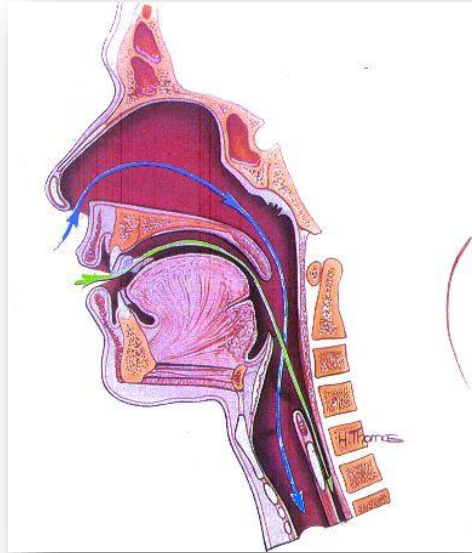
# Quelques chiffres...

- Décès par suffocation
  - Estimé à 4000 cas/an en France,
  - 2ème cause d'accident domestique
- Décès par pneumopathies d'inhalation
  - Pneumopathie: 40,000 à 70,000 décès/an en France
  - 5 à 15% sont d'inhalation
  - ->2000 à 10500 décès/an
- Décès par cancer du larynx
  - 950
- Décès par autres cancers ORL
  - 3822

6000-14500 décès/an en France

4800 décès/an en France

# Pourquoi évaluer la déglutition?

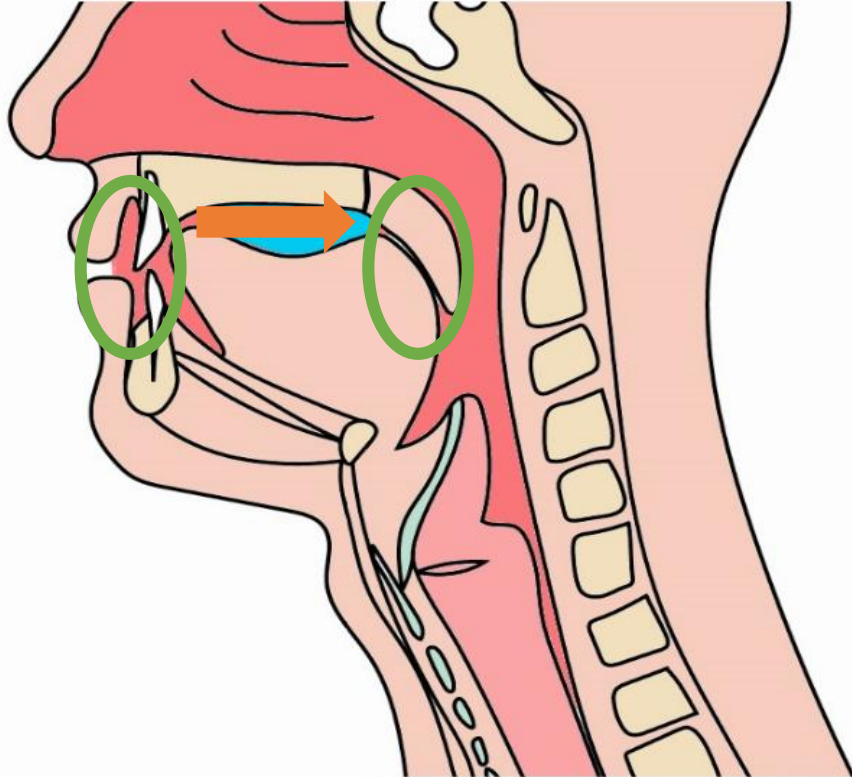


Prévenir la dénutrition

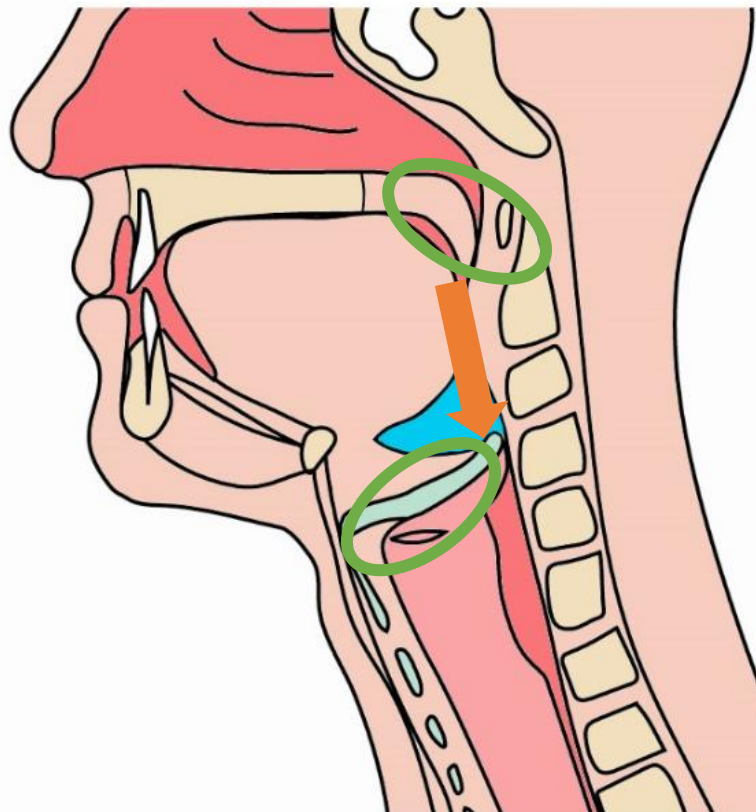
Prévenir le risque infectieux

# « Sphincters » / Forces de propulsion

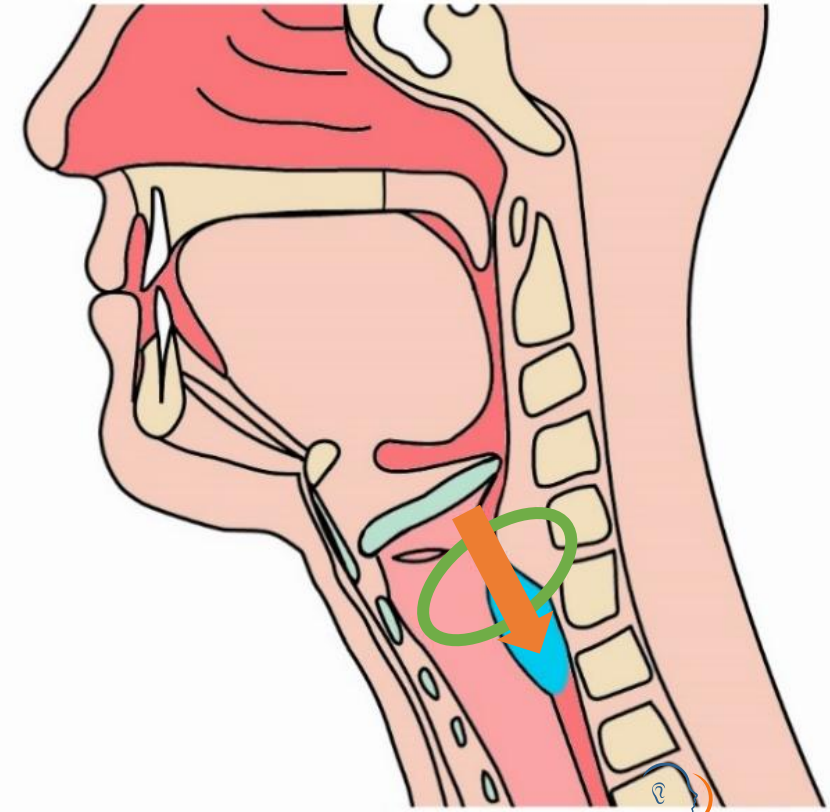
Phase orale



Phase pharyngée



Phase oesophagienne





**28<sup>es</sup> ASSISES**  
**22 AU 24 JANVIER 2026 · CANNES**

# Le bilan de déglutition: Pas à pas

---



# Auto-évaluation

	Jamais: 0	Presque jamais:1	Parfois:2	presque toujours: 3	Toujours:4
<b>Domaine physique</b>					
1	Je sens une gêne quand j'avale				
2	Les aliments restent collés dans ma gorge				
3	J'ai des difficultés à déglutir les liquides				
4	Je tousse ou racle ma gorge pendant ou après le repas				
5	Je m'étouffe en mangeant ou en buvant				
6	Je sens des remontées de liquides ou d'aliments après le repas				
7	J'ai du mal à mâcher				
8	Des aliments passent dans mon nez quand je bois ou quand je mange				
9	Je bave quand je mange				
10	J'ai mal à la gorge quand j'avale				
<b>Domaine fonctionnel</b>					
11	Mes difficultés pour avaler me rendent incapable de manger certains				
12	J'ai besoin de modifier la consistance des aliments pour pouvoir avaler				
13	La durée des repas est allongée à cause de mes difficultés pour avaler				
14	Je mange moins à cause de mes problèmes de déglutition				
15	J'ai faim ou j'ai soif après le repas				
16	Je suis fatigué(e) à cause de mes difficultés pour avaler				
17	Je perds du poids à cause de mes difficultés pour avaler				
18	J'ai peur de manger				
19	Je fais plus souvent des bronchites ou des infections pulmonaires depuis mes problèmes de déglutition				
20	Je suis plus gêné pour respirer depuis mes problèmes de déglutition				
<b>Domaine émotionnel</b>					
21	J'évite de manger avec les autres à cause de mes difficultés pour avaler				
22	Mes problèmes de déglutition limitent ma vie professionnelle et sociale				
23	Je suis ennuyé(e) par la manière dont je mange au moment des repas				
24	Manger devient un moment désagréable à cause de mes difficultés pour				
25	Mes difficultés pour avaler me contrarient				
26	Je trouve que les autres ne comprennent pas mes problèmes de déglutition				
27	Les gens semblent irrités par mon problème de déglutition				
28	Je suis tendu(e) quand je mange avec d'autres à cause de ma déglutition				
29	Je suis honteux(se) de mon problème de déglutition				
30	Je me sens handicapé(e) à cause de mes difficultés pour avaler				
	<b>TOTAL</b>				
	Pathologique si >11				
	Différence entre 2 score significative si écart de 9 points dans un même domaine, ou de 20 point sur l'ensemble du test				

# Hétéro-évaluation

Quel est votre lien de parenté avec la personne que vous accompagnez ?						
Nombre de repas partagés par semaine:		Jamais:0	Presque jamais:1	Parfois:2	Presque toujours:3	Toujours:4
<b>Domaine physique</b>						
1	Votre proche sent une gêne quand il avale					
2	Des aliments restent collés dans la gorge de votre proche					
3	Votre proche a des difficultés à déglutir les liquides					
4	Votre proche tousse ou racle sa gorge pendant ou après le repas					
5	Votre proche s'étouffe en mangeant ou en buvant					
6	Votre proche sent des remontées de liquides ou d'aliments après le repas					
7	Votre proche a du mal à mâcher					
8	Des aliments passent dans le nez de votre proche quand il boit ou quand il mange					
9	Votre proche bave quand il mange					
10	Votre proche a mal à la gorge quand il avale					
<b>Domaine fonctionnel</b>						
11	Votre proche a des difficultés pour avaler qui le rendent incapable de manger certains aliments					
12	Votre proche a besoin de modifier la consistance des aliments pour pouvoir avaler					
13	La durée des repas de votre proche est allongée à cause de de ses difficultés pour avaler					
14	Votre proche mange moins à cause de ses problèmes de déglutition					
15	Votre proche a faim ou a soif après le repas					
16	Votre proche est fatigué à cause de ses difficultés pour avaler					
17	Votre proche perd du poids à cause de ses difficultés pour avaler					
18	Votre proche a peur de manger					
19	Votre proche fait plus souvent des bronchites ou des infections pulmonaires depuis ses problèmes de déglutition					
20	Votre proche est plus gêné pour respirer depuis ses problèmes de déglutition					
<b>Domaine émotionnel</b>						
21	Votre proche évite de manger avec les autres à cause de ses difficultés pour avaler					
22	Les problèmes de déglutition de votre proche limitent sa vie professionnelle et sociale					
23	Votre proche est ennuyé par la manière dont il mange au moment des repas					
24	Manger devient un moment désagréable pour votre proche à cause de ses difficultés pour avaler					
25	Les difficultés pour avaler contrarient votre proche					
26	Votre proche trouve que les autres ne comprennent pas ses problèmes de déglutition					
27	Les gens semblent irrités par le problème de déglutition de votre proche					
28	Votre proche est tendu quand il mange avec d'autres à cause de sa déglutition					
29	Votre proche est honteux de son problème de déglutition					
30	Votre proche se sent handicapé à cause de ses difficultés pour avaler					
		<b>TOTAL</b>				

# Le bilan de dysphagie en phoniatrie

Anamnèse Examen clinique extérieur Examen clinique extérieur 2 Examen en bouche et masticateurs Nasofibroskopie Pharynx-Larynx (suite) Essai texture épaisse IDDSI 4 Liquide IDDSI 0 Madeleine IDDSI16 Essais

**Patient adressé par**

**Motif**  
Bilan de déglutition

**Historique de la maladie (cadre gris)**  
Maladie de Parkinson tremulante évoluant depuis septembre 2018 au moins.  
- Prolopa instaurée dès 2019.  
- Révision du schéma thérapeutique en juin 2020 et ajout Prolopa HBS.  
- Introduction Azilect et fragmentation Levodopa en mars 2021. Excellente dopasensibilité du tremblement.  
Année des premiers symptômes : 2018  
Année du diagnostic : 2019  
Dysphagie et de la dysarthrie évoluant progressivement signalées lors de la dernière consultation neurologique avec le Dr Depierreux.

**Histoire de l'affection et plaintes**  
13/12/2023:  
Il signale des blocages pharyngés pour les solides,  
Il a parfois des fausses routes aux liquides.  
Les repas durent plus longtemps qu'avant, mais moins de 30 minutes et il n'a pas réduit les portions.  
Pas de complication infectieuse respiratoire a priori.  
Il n'a pas de prise en charge logopédique pour le moment. Il avait eu quelques séances de LSVT il y a quelques années, mais avait arrêté.  
**Conclusion:**

Changement de voix  oui  non

Reflux  oui  non

**Revue des systèmes - Anamnèse systématique**  
- Lombo-discalgie multi-étagée, avec ostéophyte extra-foraminale bilatérale L5-S1.  
- PNP axonale sensitive modérée des membres inférieurs => Lyrica efficace mais récemment arrêté.  
- Adénocarcinome multi-kystique pôle inférieur du rein droit diagnostiqué en juillet 2007 et traité par tumorectomie.  
- Syndrome myélodysplasique (greffe de moelle en 2012).

**Traitement en cours**

Historique Prestataires Info Agenda Mots clés Inami

Dossier	Date	Prestataire	N° Objet
Lettre au Méde...	07/01/...	LAGIER AUDE	100178301

Date : 07/01/2026

# Interrogatoire: points d'attention

Anamnèse Examen clinique extérieur Examen clinique extérieur 2 Examen en bouche et masticateurs Nasofibroscopie Pharynx-Larynx (suite) Essai texture épaisse IDDSI 4 Liquide IDDSI 0 Madeleine IDDSI6 Essais

## 1-Examen clinique extérieur :

Patient conscient : oui Cooperération : oui Position : assise

Commentaire

Alimentation actuelle : orale exclusive IDDSI6 Boissons actuelles : IDDSI 0 frais et pétillants  
Prises des médicaments : enrobés Infections respiratoires : oui non  
Complément alimentaire : oui non  
Durée des repas : 15/20 minutes, il est plus long qu'avant  
Il n'épaissit pas les boissons.

Poids (kg) : 65 Taille (cm) : 166 BMI (kg/m<sup>2</sup>) : 23.03 Evolution du poids : diminution 47 kg décembre 2023, -7 kg entre 2025 et 2026.

Respiration : eupnéique  
Visage au repos : hypomimie Contenance labiale : normale Bavage :  
Sensibilité de la face : Salive :

Intérêt du questionnaire envoyé à l'avance



# Examen clinique

Anamnèse | Examen clinique extérieur | **Examen clinique extérieur 2** | Examen en bouche et masticateurs | Nasofibroskopie | Pharynx-Larynx (suite) | Essai texture épaisse IDDSI 4 | Liquide IDDSI 0 | Madeleine IDDSI6 | Essais

Langage : normal | Parole : dysarthrie hypokinétique | Voix : hypophonie

Commentaire  
Troubles articulatoires vrais, intelligibilité reste correcte

Réflexe palmo-mentonnier : absent bilatéralement | Réflexes centro-faciaux : présents et vifs

Réflexes archaïques de succion / morsure : absents

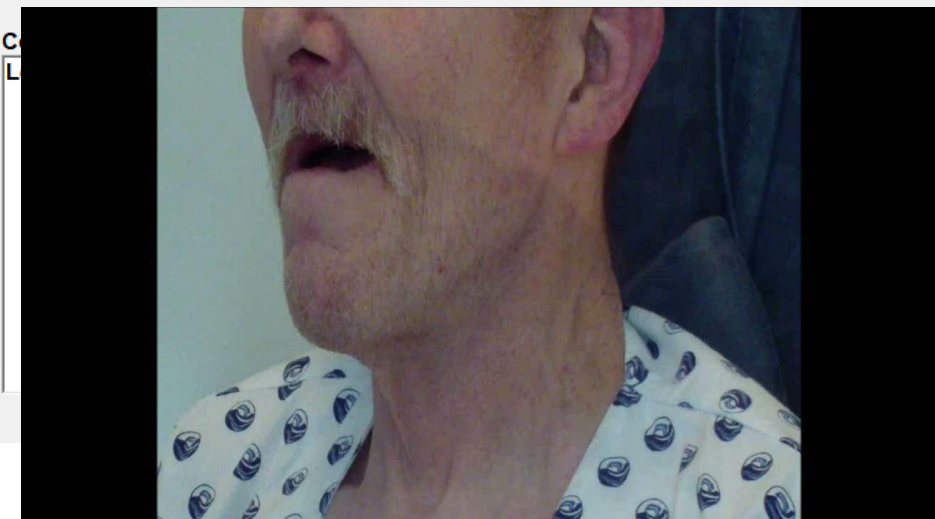
Palpation cervicale : sans particularité

Praxies bucco-linguo-faciales (schéma moteur) réalisées sur : sur ordre | Tonus : bon

Ouverture de la bouche : | Déglutition sur ordre réalisée :

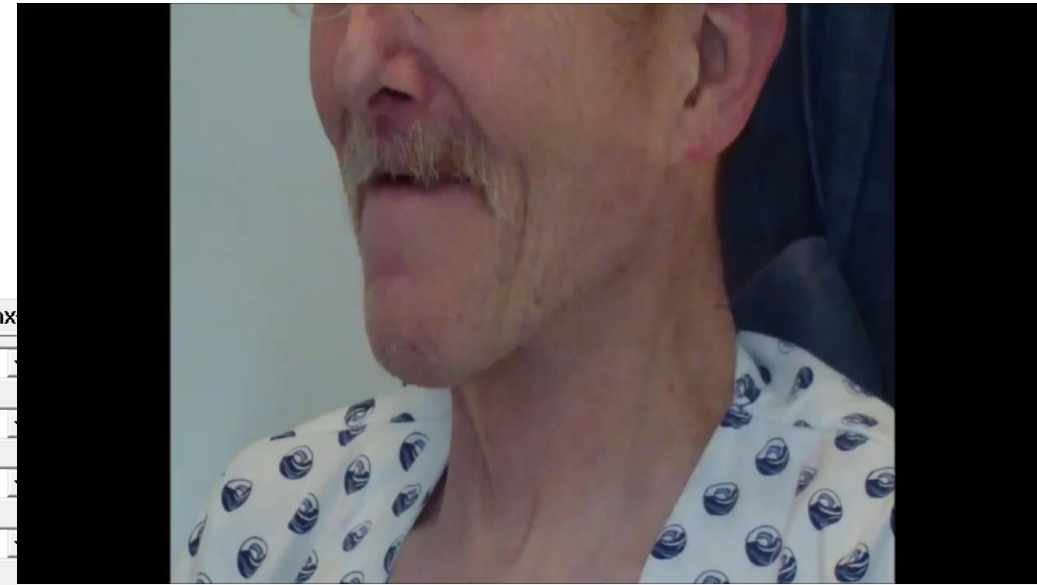
## Analyse de la toux

Efficacité	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	Pic expiratoire de la toux	<input type="text"/>
Voisement	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	VEMS	<input type="text"/>
Intensité	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3		
Coordination	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3		
Sécheresse	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3		



# Examen clinique

Anamnèse	Examen clinique extérieur	Examen clinique extérieur 2	<b>Examen en bouche et masticateurs</b>	Nasofibroscopie	Pharynx	
Etat dentaire :	normal					
Salive :	bouche sèche					
Stase salivaire :	absente					
Muscles masticateurs :	trophicité et contraction normales					
Examen en bouche : lésion suspecte :	<input type="text"/>					
<b>Mobilité linguale</b>						
Force contre appui en protraction :	bonne					
Force dans les mouvements latéraux :	gauche	bonne			droite	
Rapidité (mouvements latéraux alternés) :	normale <input checked="" type="checkbox"/> diduction manduc					
Fasciculations linguales	absentes <input type="checkbox"/> Sensibilité lingu					
Mobilité vélaire :	normale et symétrique				Sensibilité vélaire :	normale et symétrique
<b>IOPI</b>						



# Endoscopie

Anamnèse | Examen clinique extérieur | Examen clinique extérieur 2 | Examen en bouche et masticateurs | **Nasofibroscopie** | Pharynx-Larynx (suite) | Essai texture

Côté endoscopie :  Lésions endonasales :

Cavum :  Mobilité vélaire en phonation sur /a/, /e/, /i/ :

Mobilité vélaire lors de la déglutition salivaire sur ordre :  Bourrelet naso-pharyngé :

**Pharynx-Larynx**

vidéostroboscopie

Lésion :  Suspecte :  Localisation :

Oedème :  Intensité :  Localisation :

Signes indirects de reflux pharyngo-laryngé :  Localisation :

Saillie d'ostéophytes :

Résidus alimentaires avant tout essai de déglutition :  Localisation :

Stase salivaire :  dans l'hypopharynx :  dans les vallécules :  circonférentielle dans le pharynx :

Fausses routes salivaires :  Elimination :  Commentaires :

Salive :  Déglutition :

Score de sécrétions de Murray :

Sécrétions :  Localisation :

# Endoscopie

Anamnèse | Examen clinique extérieur | Examen clinique extérieur 2 | Examen en bouche et masticateurs | Nasofibroscope | **Pharynx-Larynx (suite)** | Essai texture épaisse TDDSI4 | Liquide TDDSI6 | Matière TDDSI6 | Essais

Pharynx - Larynx (suite)

Mobilité laryngée : normale et symétrique ▼ Accolement glottique en phonation : correct ▼

Fermeture laryngée sus-glottique (bandes ventriculaires) possible : oui ▼

Abduction cordale normale : oui ▼

Etirement normal des plis vocaux : oui ▼

Mobilité pharyngée en phonation aiguë et forcée : normale et symétrique ▼

Recul de la base de la langue pour les phonèmes postérieurs : normale et symétrique ▼

Toux : ▼ ▼ ▼

Hemmage sur ordre : ▼ ▼

Sensibilité pharyngo-laryngée au contact du fibroscope : ▼

au contact du bord supérieur de l'épiglotte ▼

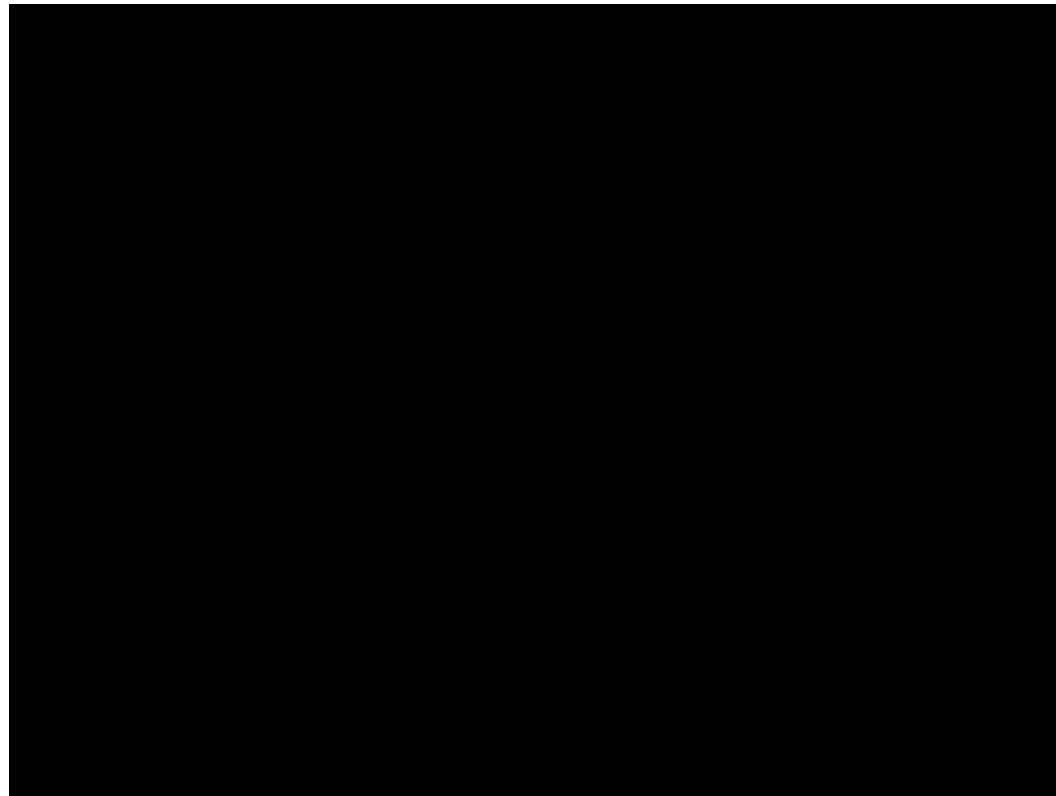
▼

Commentaire

Épiglotte en oméga

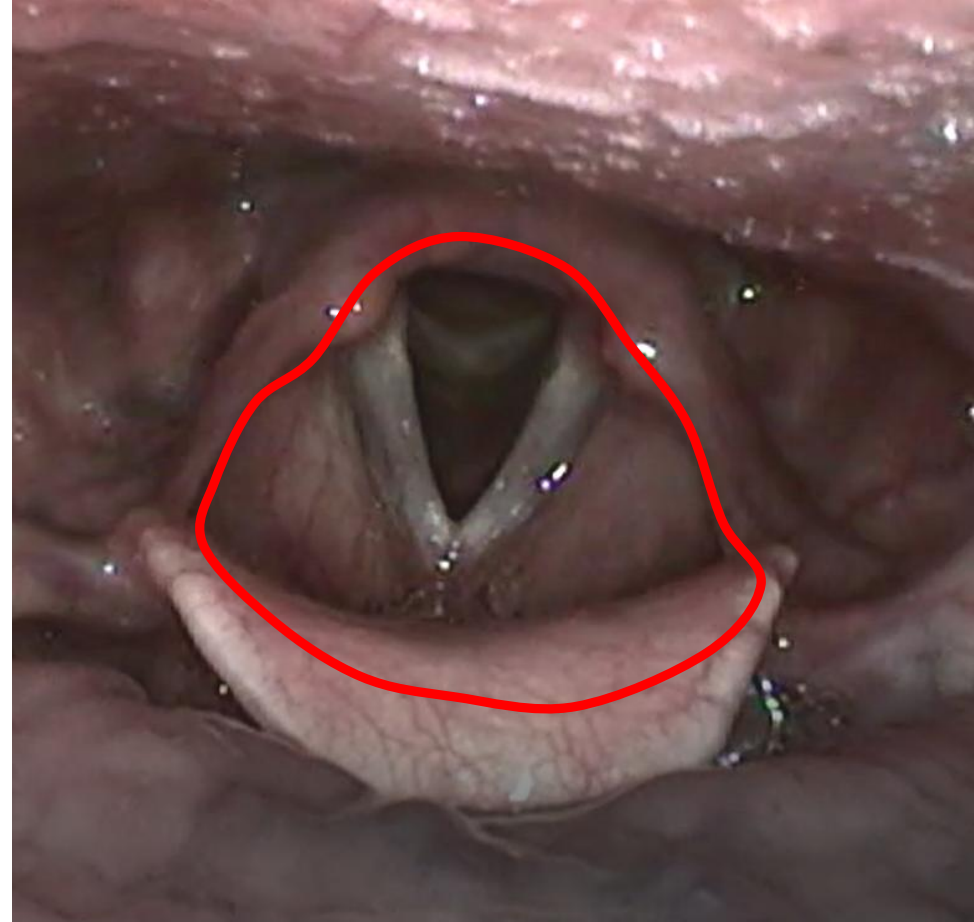
# Flexible endoscopic evaluation of swallowing (FEES)

- Note technique
  - Position du patient



# Flexible endoscopic evaluation of swallowing (FEES)

- Notes techniques
  - Position optimale du fibroscope
  - Vidéo
  - Evaluation de l'ascension du larynx

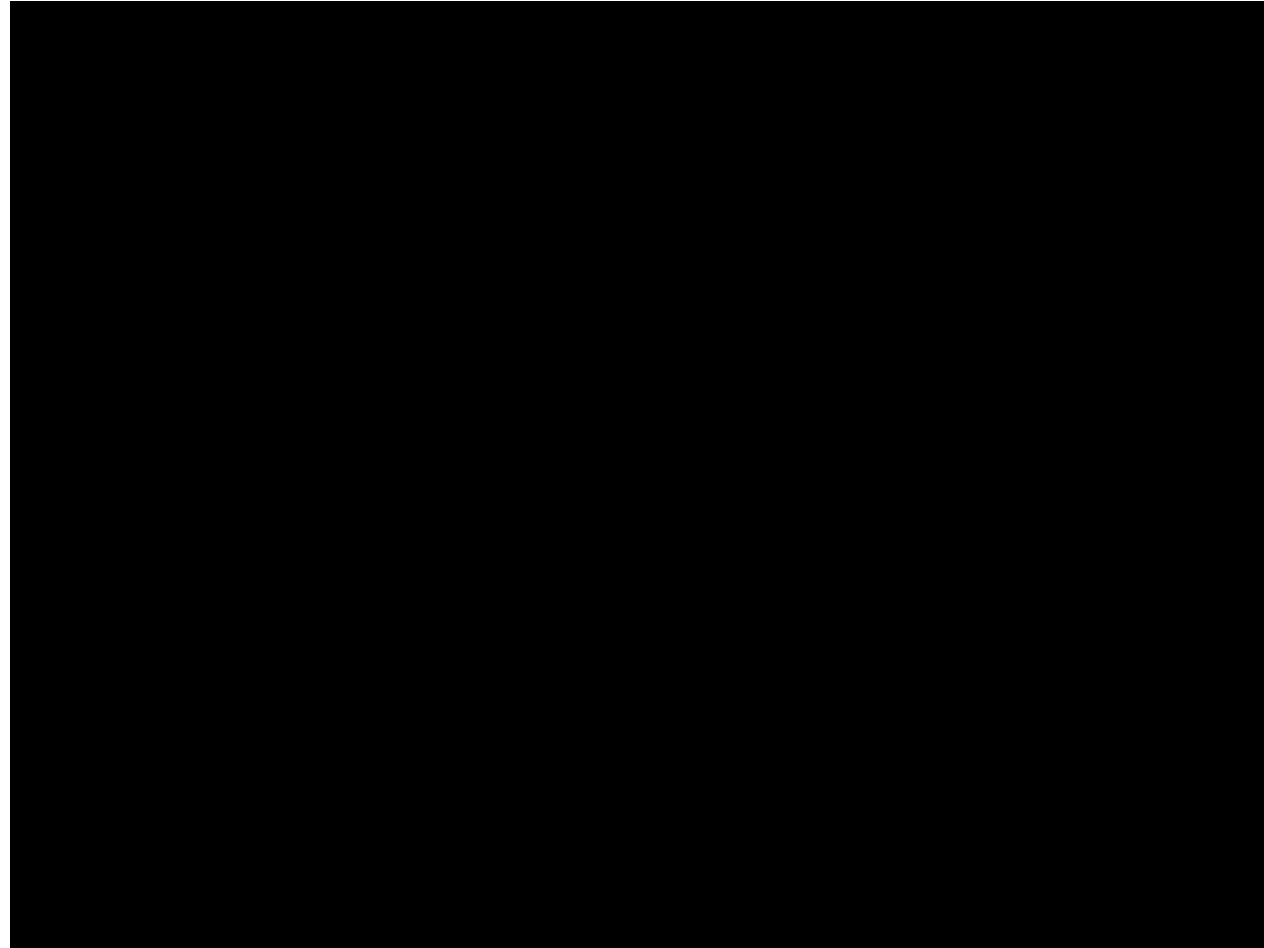


# Fiber-endoscopic evaluation of swallowing (FEES)

- Consistances testée
  - Eau bleutée épaissie/gel
    - Bleu de méthylène (10mg/1mL per 1L d'eau)
    - 5x cuillérées
  - Liquide (eau colorée)
    - Cuillère
    - Petite gorgée
  - Gâteau mou (madeleine)

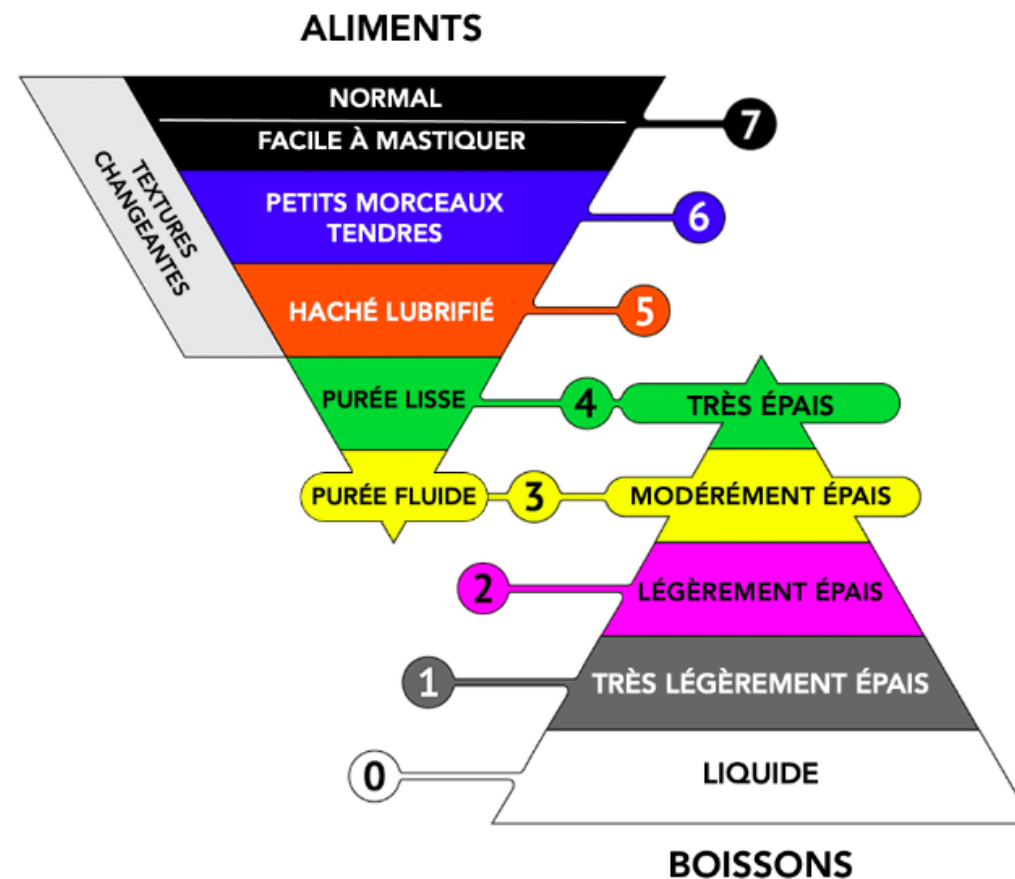


# FEES Normale



# IDDSI 4: “crème lisse” = le plus facile

- ½ verre d’eau bleutée + une cuillère mesure de poudre
  - Petite cuillerée



# IDDSI 4: “crème lisse”

- ½ verre d’eau bleutée + une cuil-mesure de poudre épaississante
  - Petite cuillère
  - À répéter minimum 3-5 fois
  
- Normalement:



# Essais de déglutition sous fibroscope

Anamnèse | Examen clinique extérieur | Examen clinique extérieur 2 | Examen en bouche et masticateurs | Nasofibroskopie | Pharynx-Larynx (suite) | **Essai texture épaisse IDDSI 4** | Liquide IDDSI 0 | Madeleine IDDSI6 | Essais

## Essais de déglutition sous contrôle du nasofibroscope

EMG du plancher buccal réalisé :

Remarques particulières :

Mode de mise en bouche :

Contenance labiale :  Côté du bavage :  Gauche  Droit  Bilatéral

Préparation orale :  Contenance orale postérieure :

Déclenchement de la phase pharyngée :  Niveau de déclenchement :

Fausses routes primaires :  oui  non

Score de Rosenbeck :

Stase après déglutition :

Valléculaire :

Hypopharyngée :

Fausses routes secondaires :

Score de Rosenbeck :

Présence de déglutitions secondaires :

Efficacité des déglutitions secondaires :  Nombre de déglutitions secondaires :

Résultats stables lors de la répétition des déglutitions 5 répétitions :

Coulage secondaire

Déclenchement pharyngé :  Niveau de déclenchement :

# IDDSI 4: “crème lisse”

- Pathologie:
  - Retard de déclenchement
    - Problèmes/liquides
    - FR directes (rares)
  - Stases
    - Problèmes/solides
    - Dénutrition
    - FR par débord



# IDDSI 4: “crème lisse”

- Pathologie:
  - Stases
    - Problèmes/solides
    - Dénutrition
    - FR par débord



### Essais de déglutition sous contrôle du nasofibroscope

EMG du plancher buccal réalisé :

Remarques particulières

Mode de mise en bouche :

Contenance labiale :

Côté du bavage :

Gauche

Droit

Bilatéral

Préparation orale :

Contenance orale postérieure :

Déclenchement de la phase pharyngée :

Niveau de déclenchement :

Fausse routes primaires

oui  non

Score de Rosenbeck :

Stase après déglutition :

Valléculaire :

Hypopharyngée :

Fausse routes secondaires :

Score de Rosenbeck :

Présence de déglutitions secondaires :

Efficacité des déglutitions secondaires :

Nombre de déglutitions secondaires

Résultats stables lors de la répétition des déglutitions 5 répétitions :

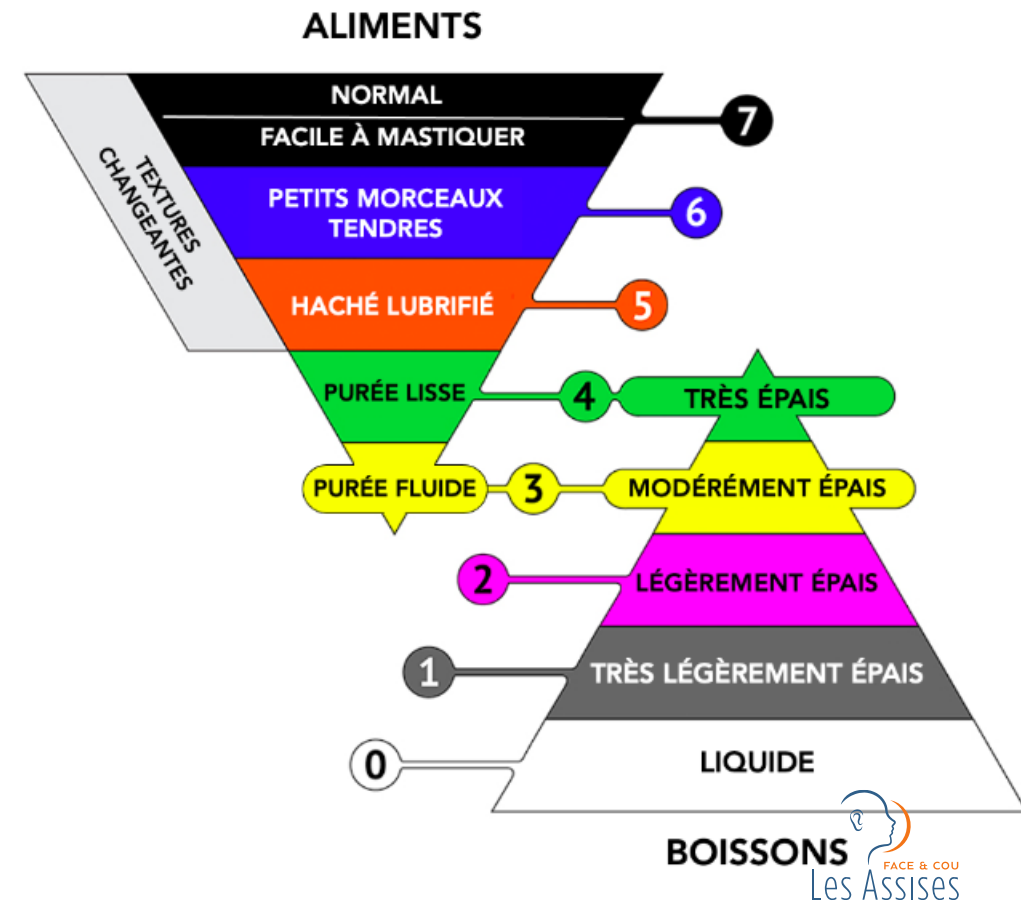
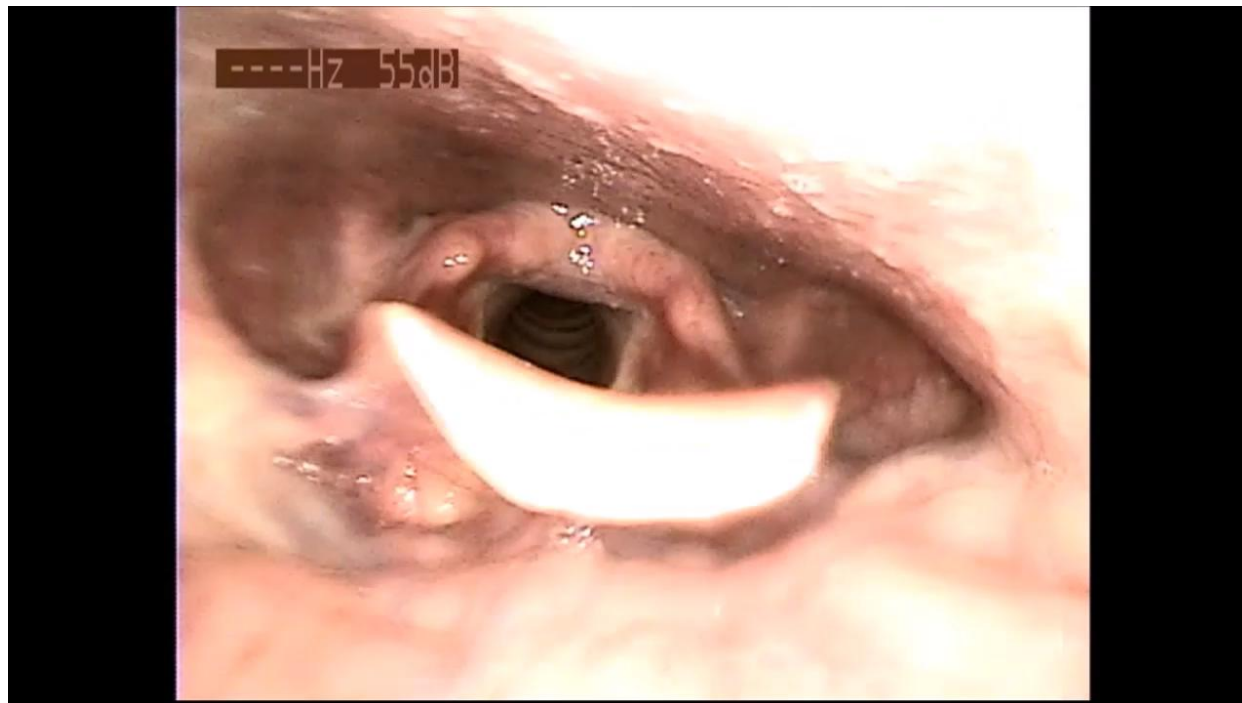
Coulage secondaire

Déclenchement pharyngé :

Niveau de déclenchement

# IDDSI 7: Solides

- TUC, madeleine, tout ce que vous voulez!



# IDDSI 7: Solides

- Pathologie:
  - Stases !
    - Valléculaires ->rééducation
    - Hypopharynx seul->videofluoroscopie
    - Les deux: reeducation et +/- VFS après au moins 3 mois



# IDDSI 7: Solides

- Pathologie:
  - stases !
  - Fausses routes



# IDDSI 7: Solides

- Pathologie:
  - Signe de la marée montante
  - Évoque une anomalie de la region du SSO
    - Diverticule
    - Hypertonie du muscle crico-pharyngien



Nb de bouchées  Nb déglutitions  Nb mastications   
Chrono pour le TUC  1 min.  08 sec.

**Essais de déglutition sous contrôle du nasofibroscope**

EMG du plancher buccal réalisé :

Remarques particulières :

Mode de mise en bouche :

Contenance labiale :  Côté du bavage :  Gauche  Droit  Bilatéral

Préparation orale :  Contenance orale postérieure :

Déclenchement de la phase pharyngée :  Niveau de déclenchement :

Fausse routes primaires :  oui  non

Score de Rosenbeck :

Stase après déglutition :

Valléculaire :

Hypopharyngée :

Fausse routes secondaires :

Score de Rosenbeck :

Présence de déglutitions secondaires :

Efficacité des déglutitions secondaires :  Nombre de déglutitions secondaires

Résultats stables lors de la répétition des déglutitions 5 répétitions :

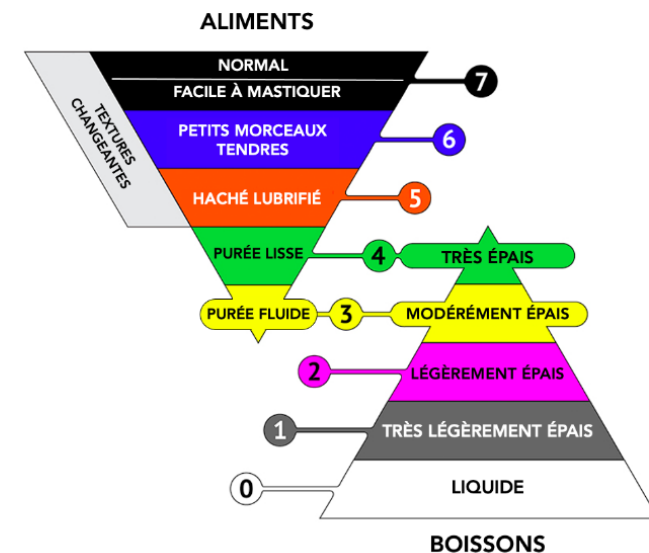
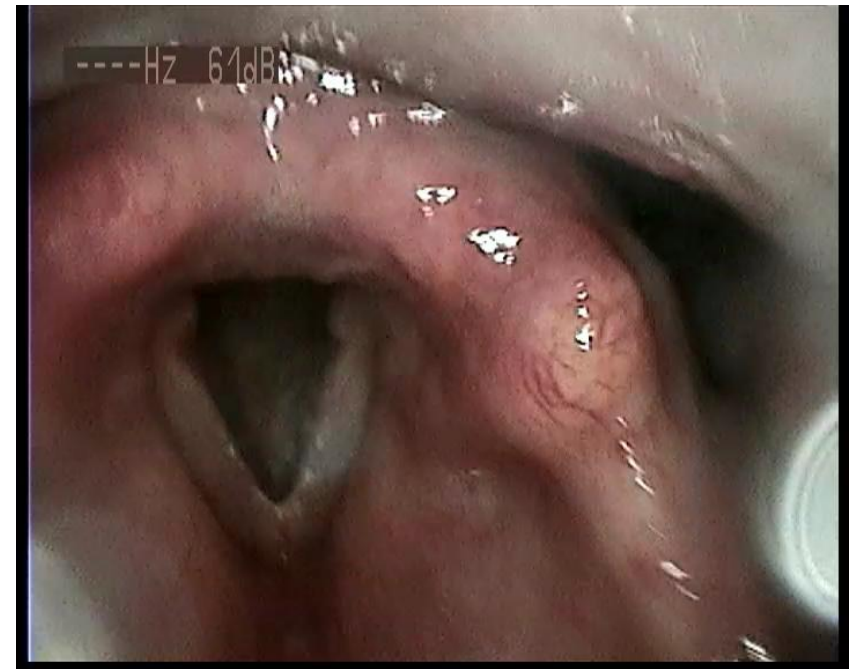
Coulage secondaire  hement pharyngé :  Niveau de déclenchement

# Test of masticating and swallowing solids (TOMASS)

- Dépiste la dysphagie et la dénutrition
- Seuil : 35 secondes
- Pathologique:
  - >45 sec chez les moins de 65 ans
  - >1 minute chez les plus de 65 ans
- Analyse la phase orale
  - Anomalie isolée ou associée à une anomalie de la phase pharyngée?

# IDDSI 0: Liquide

- Le plus difficile à examiner
- Normalement, on ne voit pas le bleu
- Pathologie:
  - Fausses routes !!!!
  - Si vous en voyez, c'est qu'elles y sont!
  - Si vous n'en voyez pas,
    - Faites boire tout le verre!
    - Et que notion d'infection respi->VFS!!!



### Essais de déglutition sous contrôle du nasofibroscope

EMG du plancher buccal réalisé :

Remarques particulières :

Mode de mise en bouche :

Contenance labiale :  Côté du bavage :  Gauche  Droit  Bilatéral

Préparation orale :  Contenance orale postérieure :

Déclenchement de la phase pharyngée :  Niveau de déclenchement :

Fausse routes primaires :  oui  non

Score de Rosenbeck :

Stase après déglutition :

Valléculaire :

Hypopharyngée :

Fausse routes secondaires :

Score de Rosenbeck :

Présence de déglutitions secondaires :

Efficacité des déglutitions secondaires :  Nombre de déglutitions secondaires :

Résultats stables lors de la répétition des déglutitions 5 répétitions :

Coulage secondaire :

Déclenchement pharyngé :  Niveau de déclenchement :

### Essais de déglutition sous contrôle du nasofibroscope

EMG du plancher buccal réalisé :

Remarques particulières :

Mode de mise en bouche :

Contenance labiale :  Côté du bavage :  Gauche  Droit  Bilatéral

Préparation orale :  Contenance orale postérieure :

Déclenchement de la phase pharyngée :  Niveau de déclenchement :

Fausses routes primaires  oui  non

Score de Rosenbeck :

Stase après déglutition :

Valléculaire :

Hypopharyngée :

Fausses routes secondaires :

Score de Rosenbeck :

Présence de déglutitions secondaires :

Efficacité des déglutitions secondaires :  Nombre de déglutitions secondaires

Résultats stables lors de la répétition des déglutitions 5 répétitions :

Coulage secondaire

Déclenchement pharyngé :  Niveau de déclenchement

# Autres critères de décision

- Terrain: ATCD +++
  - Fragilités
    - Générales
    - Immunitaires
    - Locales/pulmonaires
- Présence de complications (déjà)
  - Dénutrition
  - Pneumopathies/exacerbations BPCO/pics fébriles inexplicés
- Evolution attendue de la pathologie sous-jacente
  - Aiguë? Chronique mais stable? Dégénérative?

# Adapter les textures?

	Pathologie aiguë ->PEC incisive	Pathologie chronique mais stable	Pathologie dégénérative ->PEC "compréhensive"
Fragilités Générales Immunitaires Locales/pulmonaires	Examen normal: aucune  Examen pathologique: adaptation	Ex. Normal: aucune  Ex. Pathologique: adaptations a minima/discussion avec patient Qdv vs sécurité	Ex. Normal: aucune  Ex. Pathologique: discussion avec patient
Complications/dénutrition	Stases->faciliter les textures (IDDSI 4-6)+ avis diététique Si max: SNG de support en plus alim orale	Ex. Normal: enrichir/avis diet  Ex. Patho: adaptation + enrichir (+/- entérale/gastrostomie)	Ex normal: enrichir/avis diététique  Ex. Patho: enrichir+gastrostomie
Complications/infections	Ex normal->VFS Ex patho: épaissir boissons (IDDSI 2- 4)/discussion SNG	Ex. Normal: VFS Ex. Patho: épaissir	Ex. Normal: VFS EX. Patho: épaissir/discussion gastrostomie

# Quand demander une vidéofluoroscopie?

- Deux cas principaux:
  - Suspicion de fausses routes ET examen de deglutition normal
    - Meilleure sensibilité
    - Préciser cette recherche de fausses routes
  - Suspicion de pathologie de la charnière pharyngo-oesophagienne
    - Stases hypopharyngées isolées ou persistantes après reeducation
    - Signe de la marée montante

**!!!!!!Le diverticule de Zencker est une pathologie rare, pas la presbyphagie!!!!!!**

- Plainte qui paraît d'origine oesophagienne
  - Préciser “dépistage de troubles de motricité oesophagienne”
  - MAIS PAS POIUR LE RGO!!!

# Quand envoyer en cs hyper-spécialisée?

Objectif de la consultation	Situation
Recherche diagnostic étiologique	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pas d'explication de la dysphagie</li><li>• Présence d'autres signes neuro/dysarthrie, dysphonie</li> <li>• Pas d'amélioration après 3 mois de rééducation logo bien conduite</li></ul>
Envisager des gestes complémentaires:  -Médialisation/injection ou thyroplastie -Filling du pharynx/IVP -Toxine botulique dans le SSO/discussion myotomie -Toxine botulique dans les glandes salivaires -discuter trachéotomie/laryngectomie fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dysphagies sévères</li> <li>• Impression qu'un seul mécanisme est déficitaire</li></ul>

**Conclusion de l'examen ORL de la déglutition et projet thérapeutique**

**L'examen de ce jour retrouve une détérioration fonctionnelle par rapport à l'an dernier. Le patient est en faite en perte de motivation et donc de compliance vis-à-vis des conseils préalablement donnés. Notamment je pense qu'il faudrait vraiment reprendre la rééducation logopédique qui maintenait tant bien que mal les fonctions. Il n'a par contre jamais adhéré aux adaptations de textures en particulier en ce qui concerne les liquides. Je l'ai informé des risques qu'il prend**

Texture conseillée : alimentation quotidienne

IDDSI 5 - finement haché et lubrifié

boissons

IDDSI 2 - légèrement épais

Alimentation-plaisir ponctuelle

IDDSI 6 - petits morceaux tendres

**IDDSI 6**

Peut être écrasé avec une fourchette, une cuillère, tendre et lubrifié dans sa totalité, mais sans liquide séparé

**IDDSI 2**

1 cuillère-mesure de poudre épaississante type Thicken Up  
Ressource pour 100 ml de liquides

Administration des médicaments

enrobés

Niveau de risque avec ces propositions

**Diagnostic**

Position tête :

Flexion antérieure

Manoeuvre

Utiliser un verre échancré

Utiliser une paille

Eviter les distractions en mangeant

Présenter coupé en petits morceaux

Suivre la température tous les matins

Suivre le poids une fois par semaine

Rééducation logopédique conseillée

Recommandations hygiène orale

Coller les prothèses

Bains de bouche

Soins de bouche

Soins dentaires

# Take home messages

- L'évaluation de la déglutition fait partie des compétences d'ORL générale
- Besoins immenses!
- Le radiologue ne peut remplacer l'examen ORL
- L'orthophoniste ne remplace pas l'ORL pour l'évaluation de la dysphagie
  - Sa prise en charge repose sur les constatations de la FEES
- Penser aux traitements quand on adapte les textures
  
- Les patients les plus graves ne sont souvent pas les plus plaintifs
  - Faire preuve de bon sens!

Pour aller plus loin...

