

# THESE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

## PREVALENCE DES TROUBLES DE DEGLUTITION CHEZ L'ENFANT EN SITUATION DE POLYHANDICAP DANS LES IME DE LA REGION NORMANDIE

PRÉSIDENT DE JURY : Pr VERIN Éric, CHU Rouen

DIRECTEUR DE THÈSE : Pr VERIN Éric, CHU Rouen

MEMBRES DU JURY : Pr MARRET Stéphane, CHU Rouen

Pr MARIE Jean-Paul, CHU Rouen

Dr POPPE Jean Baptiste, CRMPR Les Herbiers

Diplôme d'État

Par




CHANE LAW Emmeline

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15/01/2021

# **INTRODUCTION**

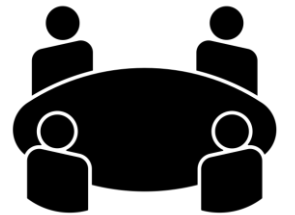
# ÉPIDÉMIOLOGIE

## PREVALENCE :

- TD dans la population générale : 1% [2]
- TD chez les enfants en situation de handicap:
  - 90% chez les PC 
  - 35 à 80% chez les NM [1] [6] 
- Polyhandicap : 1/1000 selon le REHOP 

# RECOMMANDATIONS

- TD =1<sup>ère</sup> cause de morbi-mortalité chez l'enfant en situation de polyhandicap [3]
- ESPGHAN (2017) : Evaluation multidisciplinaire des troubles alimentaires chez l'enfant avec atteinte neurologique [7]
- ESSD (2013) : Dépistage annuel des troubles alimentaires dans les populations à risque

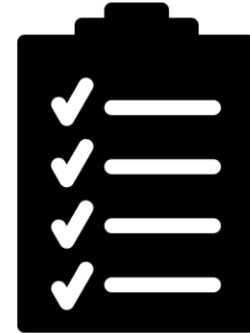


# RECOMMANDATIONS



Enfant	Enfant population à risque
<p>Pas de dépistage systématique</p> <p>Dépistage si :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Symptômes spécifiques de TD</li><li>-Pneumopathies récurrentes sans étiologies</li><li>-Troubles du comportement alimentaire</li></ul>	<p>Dépistage systématique annuel + Examen clinique</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Réévaluation régulière</li><li>-Suivi nutritionnel régulier</li></ul>
<p>Examens paracliniques:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>FEES</li><li>VFSS</li><li>Manométrie</li></ul>	

# DEPISTAGE

- Aucun outil validé [5]
- Echelles de populations spécifiques d'enfants
- Variabilité des évaluations cliniques non instrumentales [4]
- Troubles de l'oralité vs TD



# LE PEDI-EAT 10

- Evaluer la présence ou l'absence de dysphagie [7] 
- Quantifier la sévérité des troubles avec l'évaluation du risque d'inhalation [9] [10]
- Evaluer l'efficacité d'un traitement
- Evaluer le niveau de dysfonction de la motricité orale 

# LE PEDI-EAT 10

- A partir de 6 mois



- Aucune compétence spécifique

- Parents ou soignants



- Simple d'utilisation et de compréhension

- Bien accepté



# INSTITUT MEDICO EDUCATIF

- Forte concentration d'enfants en situation de polyhandicap

- Présence médicale parfois insuffisante



- Lien entre domicile et le domaine sanitaire



# OBJECTIFS

- **PRINCIPAL :**

Evaluer la prévalence des TD des enfants en situation de polyhandicap au sein des IME dans la région de Normandie.

- **SECONDAIRE:**

Evaluation de l'impact du diagnostic de TD sur leurs complications.

# **MATÉRIELS ET MÉTHODES**

# TYPE D'ETUDE

Type d'étude:

- Observationnelle
- Descriptive
- transversale
- multicentrique

Critère inclusion: Enfant en situation de polyhandicap en IME

Critère exclusion: aucun

Questionnaire rempli par les soignants

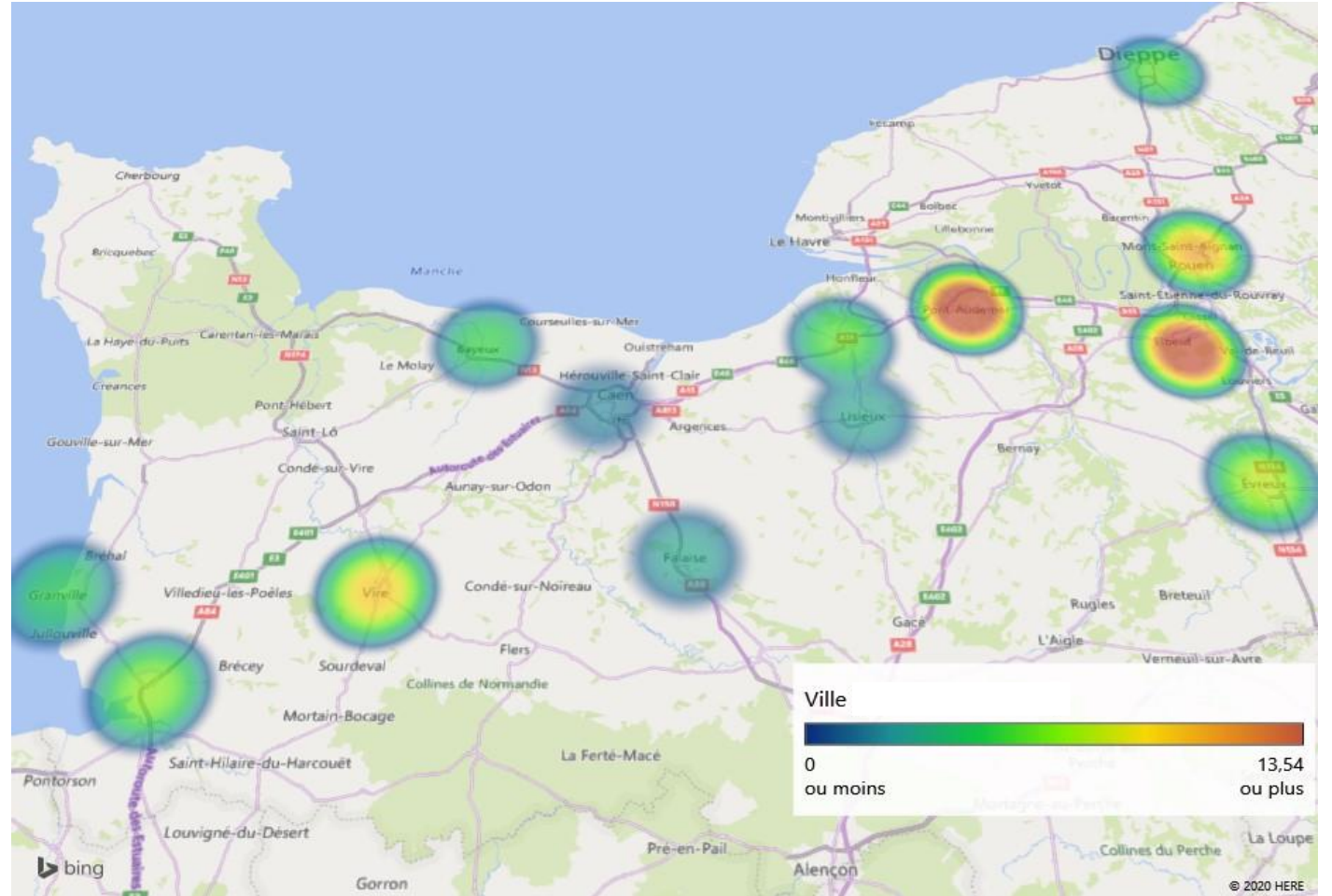
# **DONNÉES RECEUILLIES**

- Données anthropométriques des enfants (âge, sexe, genre, poids, taille)
- Diagnostic de TD par le passé : OUI ou NON?
- La prise alimentaire de l'enfant (autonomie, texture, durée du repas)
- Equivalence de texture entre IME et domicile : OUI ou NON?
- Facteurs de risques de TD (bavage, état dentaire, traitement)
- Conséquences des TD (suivi nutritionnel, présence de GPE ou SNG, infections pulmonaires dans l'année)
- Existence d'un protocole de dépistage de TD dans l'IME : OUI ou NON?

# DONNÉES RECEUILLIES

25 IME  
sollicités

13 IME ont  
répondus



# DONNÉES RECEUILLIES

Diagramme de flux

117  
questionnaires  
remplis

0 exclu

117 enfants inclus

# **RÉSULTATS**



# CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

Sex ratio : 1,05



Age: 4 – 24 ans

Moyenne = 14 ans

Médiane = 13 ans

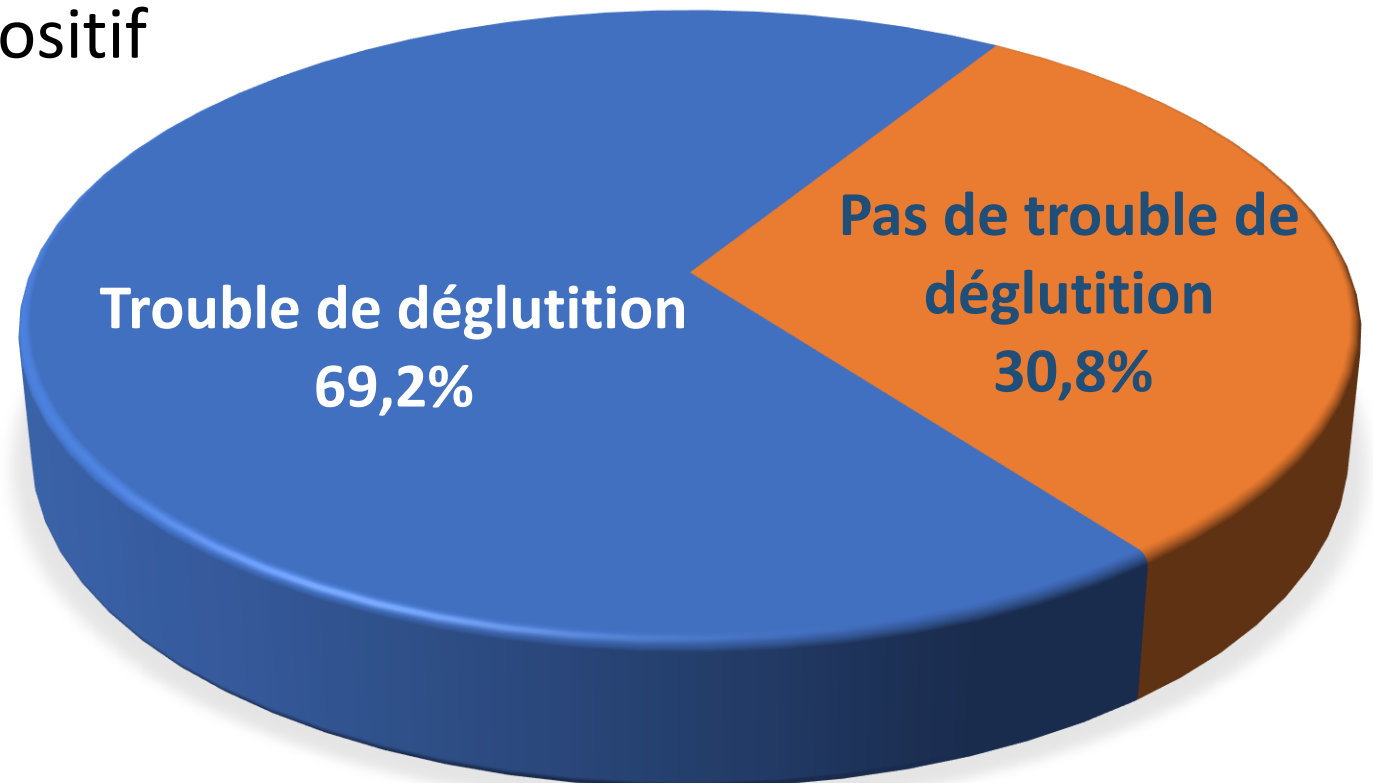
> 18 ans = 23 patients

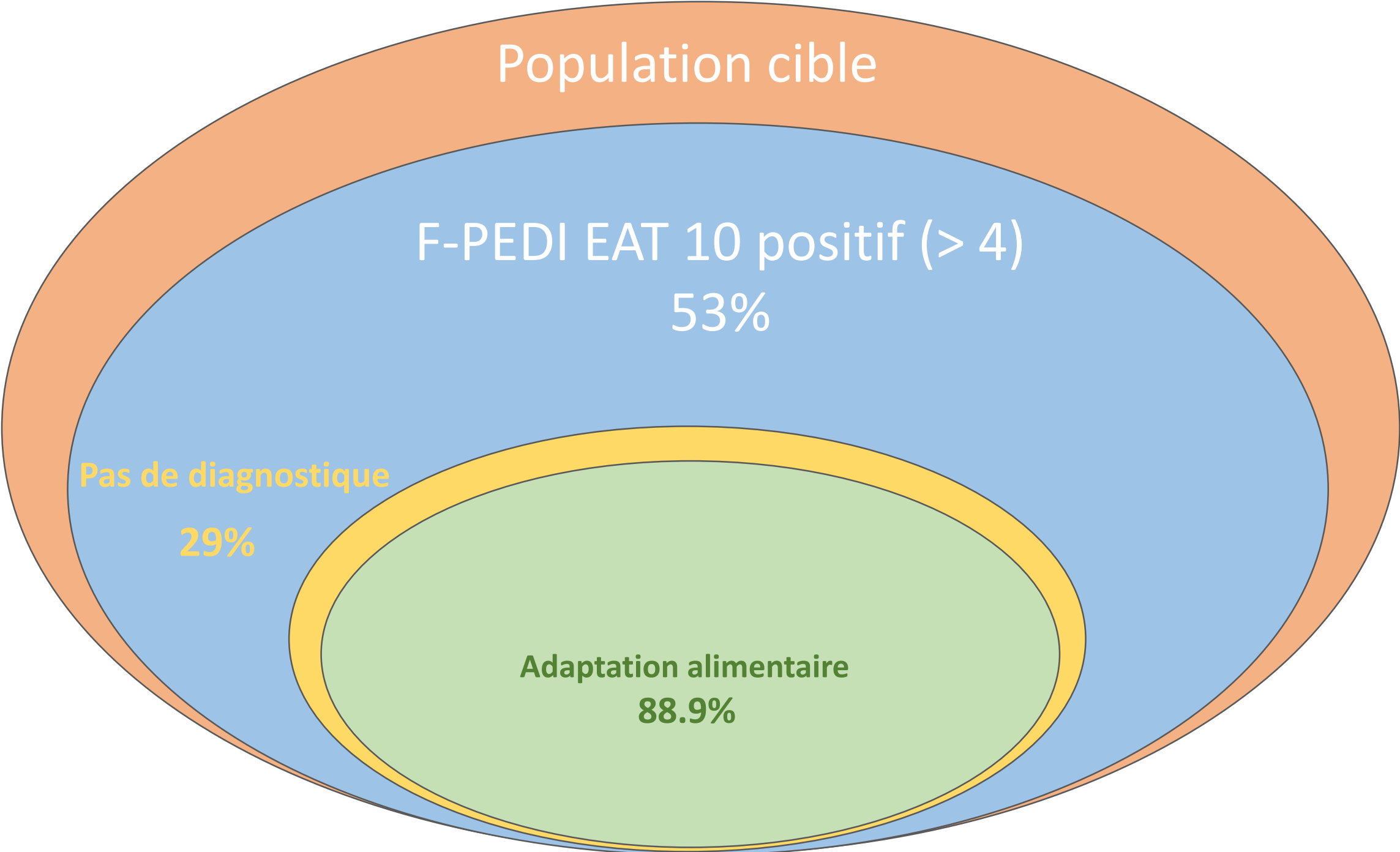
Etiologies du polyhandicap:

- Neurologique ( 39,3%)
- Génétique (36,7%)
- Indéterminé (15,4%)
- Autres (8,6%)

# PREVALENCE DES TD

- 69,2 % de la population avait des TD:
  - soit un diagnostic établi de TD
  - soit un F-PEDI-EAT 10 positif





# RESULTATS

Facteurs aggravants:

- 58% sous AE, 15% sous BZD et 14 % sous NL
- 53% dépendance totale pour l'alimentation



Conséquences :

- 91,5% ont une alimentation modifiée
- 31,9% sont atteints de dénutrition
- 60% ont un suivi nutritionnel régulier



# COMPARAISON DE GROUPES

	F-PEDI-EAT 10 >4 (n=62)	F-PEDI-EAT 10 <5 (n=55)	p
Adaptation	57 (91,9%)	12 (21,8%)	p<0,001
Infection pulmonaire	24 (38,7%)	12 (21,8%)	p=0,021
Suivi nutritionnel régulier	40 (64,5%)	30 (54,5%)	p=0,135
dénutrition	21 (33,9%)	10 (18,1%)	p=0,024
> 45 min	30 (48,4%)	16 (29,1%)	p=0,014

Tableau 1- Comparaison des enfants ayant un F-PEDI-EAT 10 positif et ceux ayant un F-PEDI-EAT 10 négatif .

# COMPARAISON DE GROUPES

	Diagnostic de TD (n=63)	Pas de diagnostic de TD (n=54)	p
Adaptation	54 (85,7%)	36 (66,7%)	p=0,007
Infection pulmonaire	22 (34,9%)	14 (25,9%)	p=0,144
Suivi nutritionnel régulier	44 (69,8%)	26 (48,1%)	p=0,040
Dénutrition	15 (23,8%)	15 (27,8%)	p=0,687
> 45 min	30 (47,6%)	17 (31,5%)	p=0,035

Tableau 2 - Comparaison des enfants ayant un diagnostic établi de TD et ceux n'ayant pas de diagnostic de TD

# COMPARAISON DE GROUPES

	F-PEDI-EAT 10 > 4 + Diagnostic de TD (n=44)	F-PEDI-EAT 10 < 5 + Pas de diagnostic de TD (n=36)	p
Adaptation	41 (93.2%)	20 (55.6%)	p= 0,0000
Infection pulmonaire	19 (43.2%)	9 (25%)	p=0,0400
Suivi nutritionnel régulier	29 (65.9%)	15 (41.7%)	p=0,0130
Dénutrition	14 (31.2%)	9 (25%)	p=0,2492

*Tableau 3 - Comparaison des enfants ayant un F-PEDI-EAT 10 positif avec un diagnostic établi de TD et des enfants n'ayant pas de TD.*



# **DISCUSSION**



# DISCUSSION

Adaptation alimentaire (N=90)

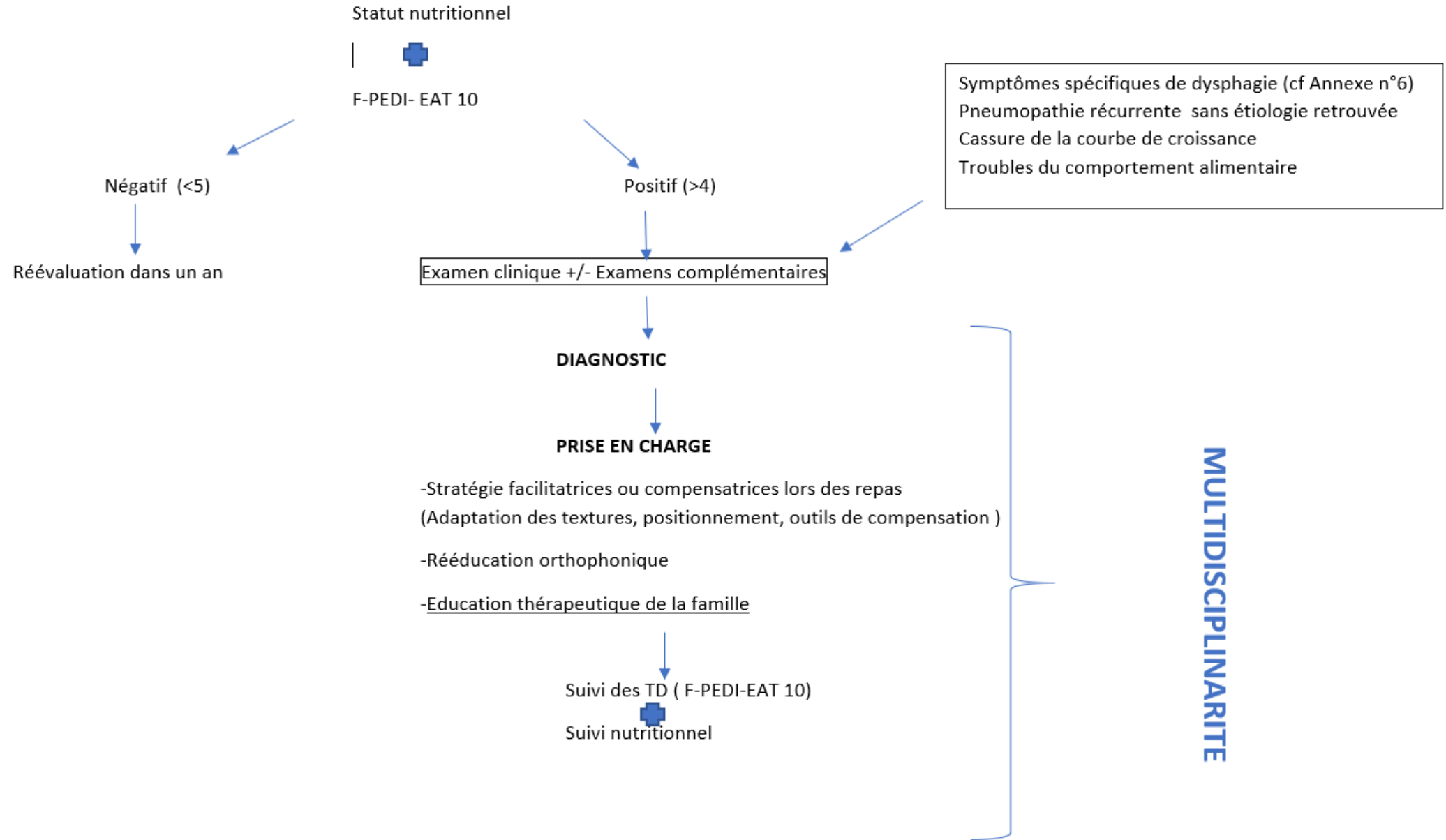
**N= 41 (45,6%)**  
F PEDI-EAT 10 >4  
+  
Diag de TD

**N= 20 (22,2%)**  
F PEDI-EAT 10 < 5  
+  
Pas de diag de TD

**N= 16 (17,8%)**  
F PEDI-EAT 10 >4  
+  
Pas de diag de TD

**N= 13 (14,4%)**  
F PEDI-EAT 10 <5  
+  
Diag de TD

ETUDE	REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE
PREVALENCE	
69,2% de TD Dont 29% non diagnostiqué	1% dans la pop. Générale (Bhattachayya et al ) TD sous diagnostiqué (Robertson et al)
F. AGGRAVANTS	
53% de dépendance totale Traitements	F. Mauvais pronostic (D.Strauss)
CONSEQUENCES	
30,8% ont présenté au moins une infection pulmonaire dans l'année 31,9% de dénutrition	1 <sup>ère</sup> cause de mortalité (D.S Reddihough et al )  26,8% de dénutriton (O. Zaghet)
SUIVI	
33,3% des IME ont un protocole de dépistage 35% F PEDI EAT+ ET Diag +	40% des cas, réévaluation des TD (M. Belaala) Manque de médicalisation des IME (Billette et Villemeur)



# DISCUSSION

Points forts	Points faibles
Etude multicentrique	Alimentation entérale
Effectif large	Biais de mesure
Bonne représentativité	Biais de sélection
PEDI EAT 10	Biais d'information

# CONCLUSION



La prévalence : Elevée et sous diagnostiquée



Enjeu : diagnostic précoce



Protocole: Inclure les IME

# RÉFÉRENCES

- 1) Benfer et al (2013). Oropharyngeal dysphagia and gross motor skills in children with cerebral palsy
- 2) Bhattacharyya, N. (2015). The prevalence of pediatric voice and swallowing problems in the United States. *Laryngoscope* , 125 (3), 746–750.
- 3) Fayoux et al. Évaluation et prise en charge des troubles de déglutition et des troubles respiratoires chez l'enfant polyhandicapé. *Perfectionnement en pédiatrie*
- 4) Heckathorn et al. Systematic Review: Non-Instrumental Swallowing and Feeding Assessments in Pediatrics. *Dysphagia*
- 5) Mayer and al . A systematic review of patient- or Proxy – reported validated instruments assessing pediatric dysphagia .Systematic Review . American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation 2016 .

- 6) Reilly S et al, Prevalence of feeding problems and oral motor dysfunction in children with cerebral palsy: a community survey. J Pediatr.
- 7) Romano C et al. European Society for paediatric gastroenterology, hepatology and nutrition guidelines for the evaluation and treatment of gastrointestinal and nutritional complications in children with neurological impairment. J Pediatr Gastroenterol Nutr
- 8) Serel Arslan S, The Pediatric Version of the Eating Assessment Tool: a caregiver administered dysphagia-specific outcome instrument for children. Disabil Rehabil 2018
- 9) Serel Arslan S, et al. : The pediatric version of the eating assessment tool-10 has discriminant ability to detect aspiration in children with neurological impairments. Neurogastroenterol Motil 2018
- 10) Thoyre SM et al, Development and content validation of the Pediatric Eating Assessment Tool (Pedi-EAT). 2014

**MERCI  
DE VOTRE ATTENTION**

