

Journées des Référents en Antibiothérapie

14 novembre 2024

Perpignan

Pneumopathie d'inhalation

Dr Thibaut FRAISSE, Alès

Dr Georges LE FALHER, Béziers

A la fin de votre première matinée dans un EHPAD, on vous appelle en urgence :

Mauricette, 88 ans, présente une détresse respiratoire aiguë brutale au cours du repas de midi

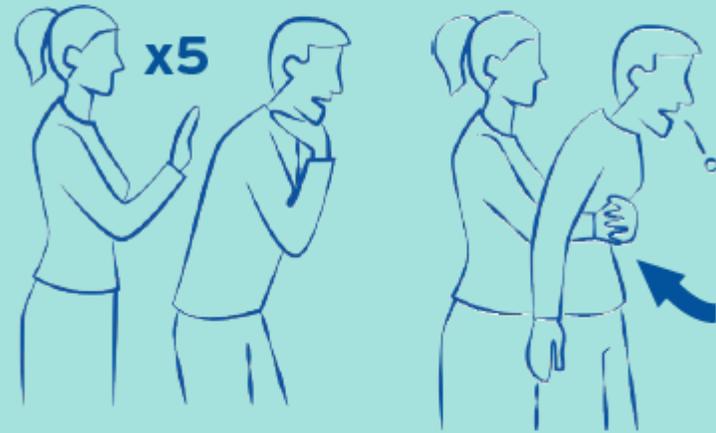
- Quel diagnostic évoquez-vous et que faites-vous?

- Embolie pulmonaire : je demande un angioscanner
- Fausse-route : je tente de désobstruer les voies aériennes
- Infection covid : je demande un trod
- Un OAP car la soupe était trop salée : je prescris un diurétique

- Embolie pulmonaire : je demande un angioscanner
- Fausse-route : je tente de désobstruer les voies aériennes
- Infection covid : je demande un trod
- Un OAP car la soupe était trop salée : je prescris un diurétique

Fausse-route

- **Que faire en cas de petite fausse route ?** Lorsque l'obstruction des voies aériennes est partielle et que le patient peut parler, tousser, respirer : **le pencher en avant et l'encourager à tousser.**
- **Que faire en cas de grosse fausse route ?** Lorsque l'obstruction des voies aériennes est totale, que le patient porte ses mains à sa gorge, bouche ouverte mais ne peut plus parler, ni crier, ni tousser, ni respirer : **appeler les secours, enlever les aliments de sa bouche, et porter 5 claques vigoureuses dans le dos. Si cette action est inopérante, faire une manœuvre de Heimlich.**



The Table Maneuver: A Procedure Used with Success in Four Cases of Unconscious Choking Older Subjects

Hubert Blain, MD, PhD,^a Mireille Bonnafous, RN,^b Nicolas Grovalet, MD,^b Olivier Jonquet, MD, PhD,^c Michel David, MD^{b,d}

^aDepartment of Internal Medicine and Geriatrics, University Hospital of Montpellier, and EUROMOV, University Montpellier 1, Montpellier; ^bLong-term Care Facility, Fabrègues, France; ^cDepartment of Intensive Care, University Hospital of Montpellier, University Montpellier 1, Montpellier; ^dDepartment of General Medicine, Faculty of Montpellier-Nîmes, Montpellier, France.



Figure The table maneuver is performed by laying the choking victim down on a table in a prone position with the head facing downwards, and his or her arms hanging over the table, and then giving sharp blows between the scapulas with the heel of the hand. The patient is protected against a fall by the rescuer who holds the patient by the shoulder with the second hand or by a second rescuer who holds the patient by the wrists.

**Après les 5 claques dans le dos
Après 5 manœuvres de Heimlich ou si impossible**

- En cas d'arrêt cardio respiratoire
 - Appeler le 15 ou 112
 - Mettre en place le défibrillateur semi automatique
 - Débuter le massage cardiaque externe sur un plan dur
 - Évacuer le corps étranger s'il est visible

- Elle recrache un morceau de viande et se sent beaucoup mieux après
- Quels signes cliniques, probablement antérieurement présents lors des repas, sont à rechercher?

- Déglutition plus longue
- Fuites alimentaires par la bouche ou reflux par le nez
- Modification de la voix (mouillée, rauque)
- Allongement de la durée des repas
- Antécédents de fausses-routes

- Déglutition plus longue
- Fuites alimentaires par la bouche ou reflux par le nez
- Modification de la voix (mouillée, rauque)
- Allongement de la durée des repas
- Antécédents de fausses-routes



- Signes de fausse routes:
 - Toux lors/après le repas
 - Voix « mouillée » ou rauque
 - Difficulté à respirer ou désaturation lors du repas/boisson
 - Raclement de gorge
 - Reflux de salive ou d'aliments
 - Stase salivaire(bavage, crachats), alimentaire
 - Appréhension du repas, allongement du repas
 - Gêne à la déglutition, diminution des quantités

• *Macro-inhalation = élément clé souvent absent*

Troubles de déglutition

Trouble de la déglutition =Dysphagie oro-pharyngée:

Gêne ou une difficulté à la déglutition du bol alimentaire

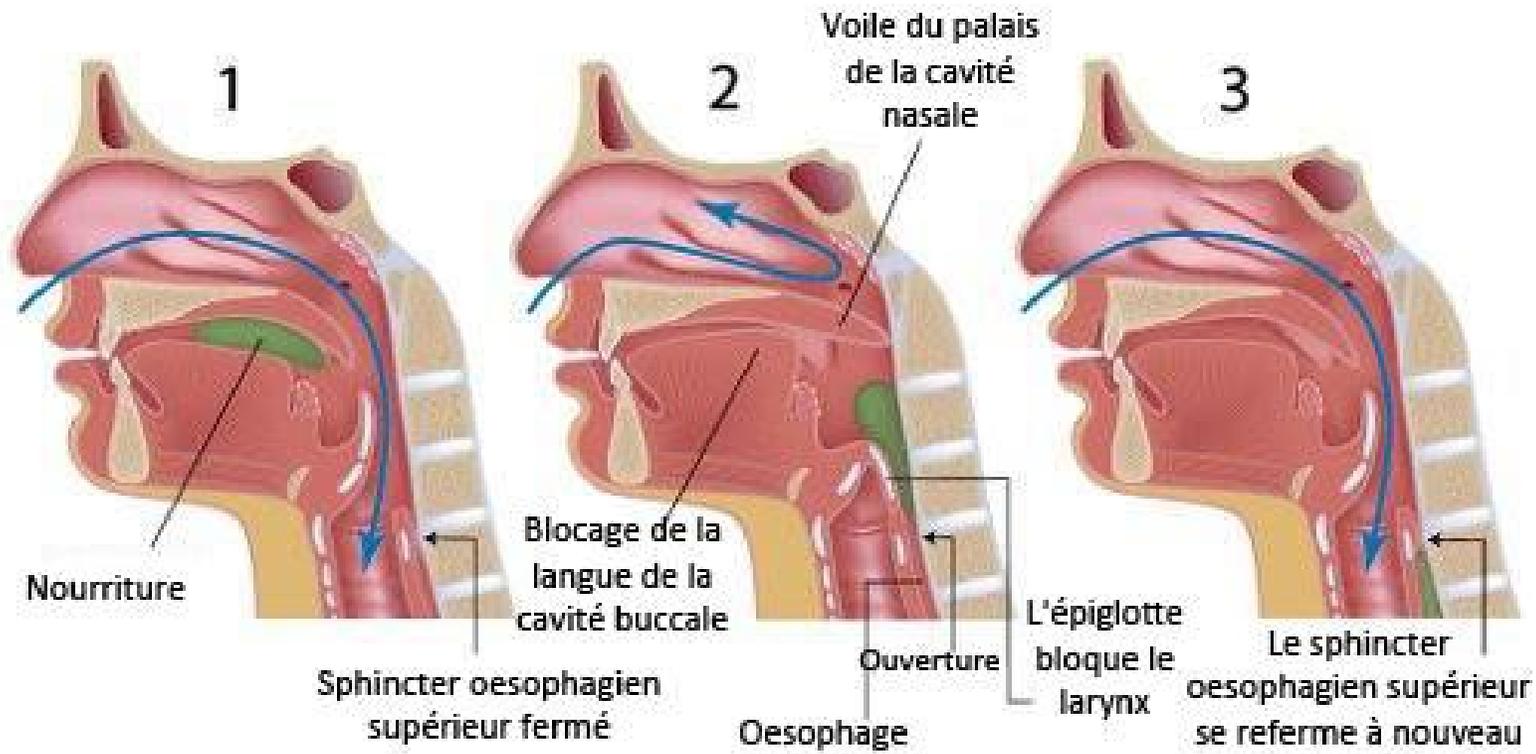
- Appartient à la liste des syndromes gériatriques (comme la confusion, la chute...)
- Complications fréquentes (infections, dénutrition...) altérant la qualité de vie

Épidémiologie

- 15-30% des patients âgés vivant en communautaire
- 40-50% des résidents en institution
- Jusqu'à 90% selon les populations (troubles cognitifs modérés à sévères) et dépistage

Physiologie: Les 3 temps de la déglutition

La déglutition



Facteurs associés aux troubles de la déglutition chez le patient âgé

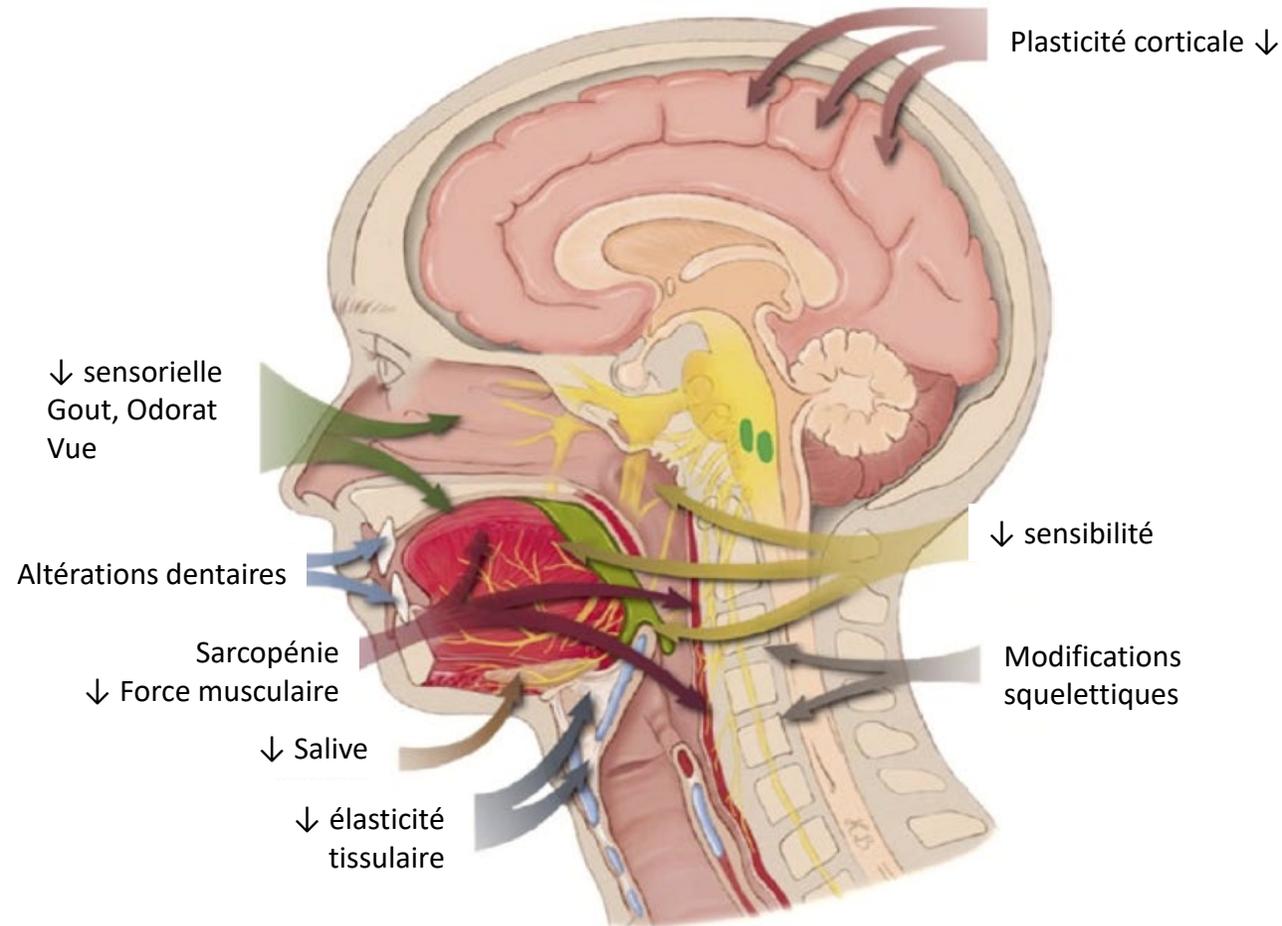


Figure 1 Factors associated with dysphagia in older persons.

Note: ↓ Indicates decreased function. Modified from Muhle P, Wirth R, Glahn J, Dziewas R. [Age-related changes in swallowing. Physiology and pathophysiology]. *Nervenarzt*. 2015;86(4):440–451.²⁹

Le vieillissement physiologique= presbyphagie

Phase orale

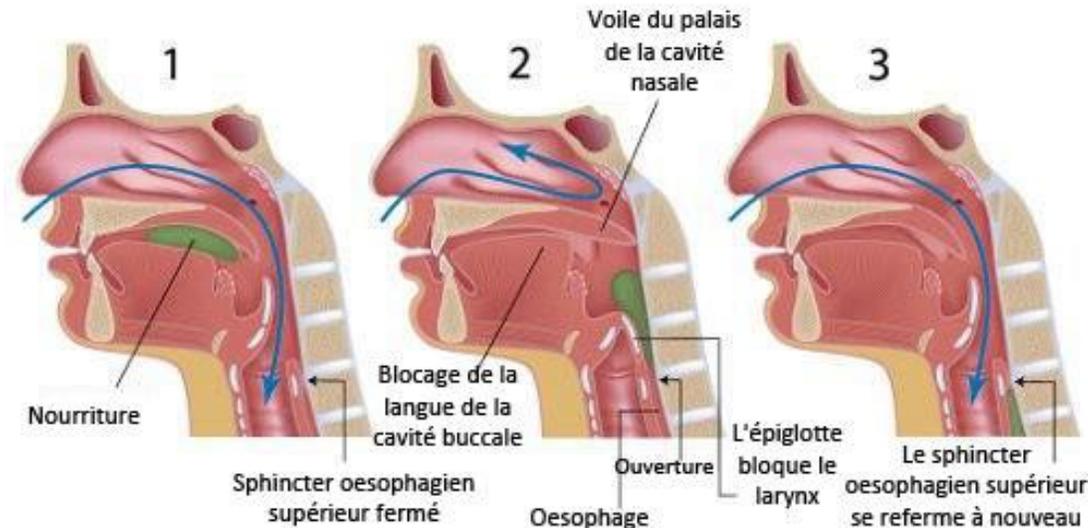
Troubles praxiques

↓ efficacité masticatoire et occlusion labiale

↓ force linguale et force de succion

↑ seuil de discrimination sensitive

La déglutition



Phase œsophagienne

Défaut de compliance du SSO
↓ péristaltisme

Phase pharyngée

↑ latence déglutition

↓ amplitude et V déglutition

Retard élévation pharyngée

↓ ouverture SSO

↑ seuil de discrimination sensitive

D'après A Michel et E Vérin
(gériatrie pour le praticien)

La presbyphagie

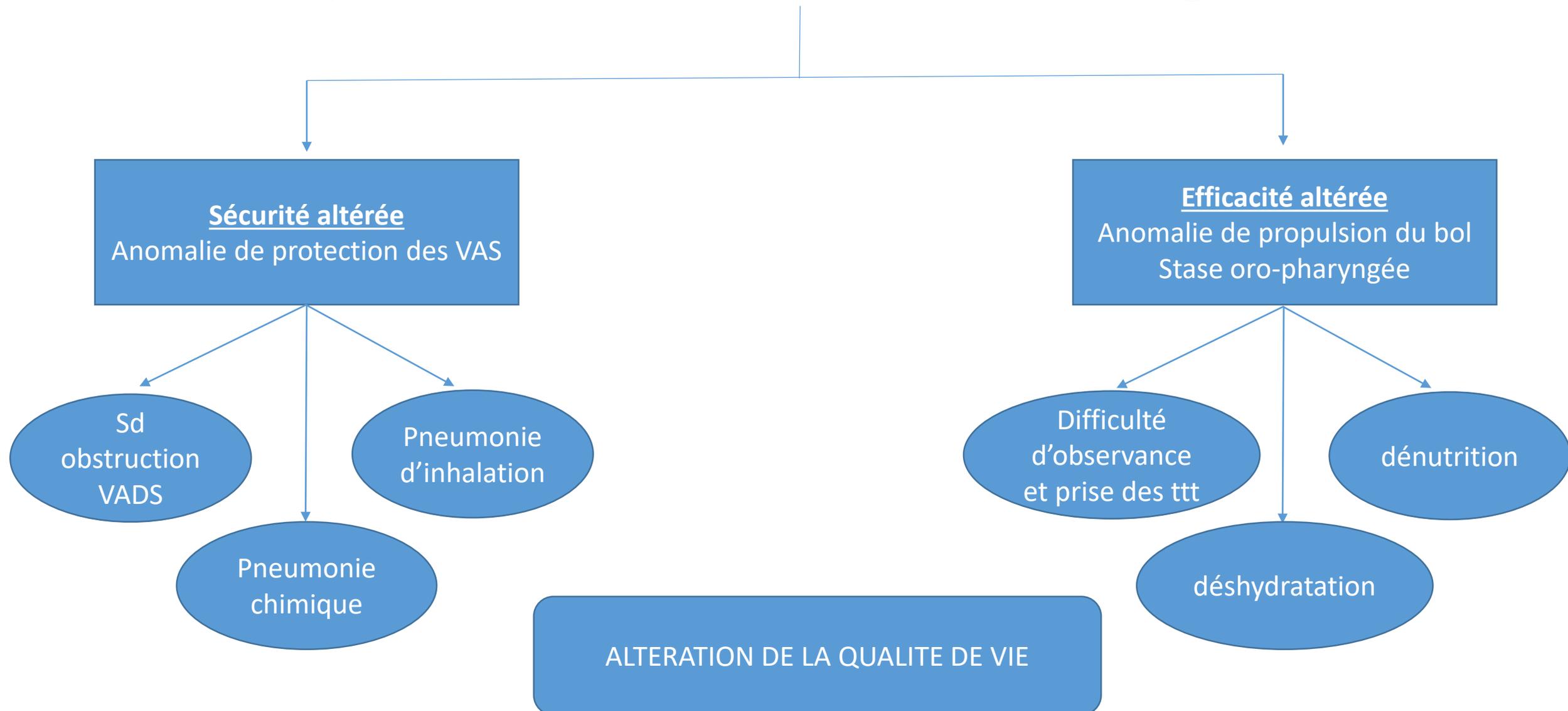
- Une déglutition plus longue
- Des volumes déglutis plus faibles
- Une baisse du débit de déglutition
- Une diminution de la clairance orale et pharyngée
- Une altération des réflexes de toux

- Quelles conséquences ont les troubles de déglutition?

- Pneumopathies d'inhalation
- Dénutrition
- Diarrhées sur colite à *Clostridium difficile*
- Difficultés d'observance des traitements

- Pneumopathies d'inhalation
- Dénutrition
- Diarrhées sur colite à *Clostridium difficile*
- Difficultés d'observance des traitements

Conséquences des troubles de la déglutition



- Après ce repas mouvementé, Mauricette va mieux
- Mettez-vous en place une antibiothérapie?

- Non ce n'était qu'une petite fausse-route
- Oui pour anticiper une PI qui ne manquera pas d'arriver
- Non: surveillance armée

- Non ce n'était qu'une petite fausse-route
- Oui pour anticiper une PI qui ne manquera pas d'arriver
- Non: surveillance armée

- **Après une fausse route constatée :**
 - Il est recommandé de ne pas débuter d'antibiothérapie préemptive mais de procéder à une surveillance clinique et de ne débuter une antibiothérapie qu'en présence des critères de PI

- 48 h plus tard, Mauricette présente une fièvre à 38,9°C avec une toux grasse
- Quels diagnostic évoquez-vous préférentiellement?

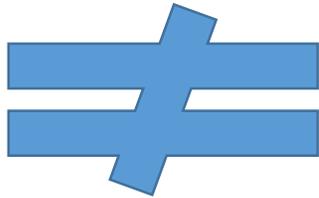
- Un OAP
- Une pneumopathie d'inhalation
- Une pneumonie des cracheurs de feu
- Une bronchite virale

- Un OAP
- Une pneumopathie d'inhalation
- Une pneumonie des cracheurs de feu
- Une bronchite virale

Pneumonie d'inhalation

- Définition physiopathologique :

« Infection du parenchyme pulmonaire par inoculum bactérien inhalé à partir du tube digestif ou des voies aériennes supérieures »



- Pneumonie chimique:

« Lésion inflammatoire du parenchyme pulmonaire par inhalation du contenu gastrique »

- Obstruction mécanique:

« obstruction d'une voie aérienne par un corps étranger »





P.I. 2024



P.I. 2024



Pneumonie
Aigue
Communautaire

Pneumonie acquise
en EHPAD

Acquise
sous
ventilation
Pneumonie
nosocomiale

PNEUMONIE D'INHALATION
(5-80%)

Diagnostic clinique

Diagnostic de pneumonie



Diagnostic d'inhalation
(présumé ou constaté)

Signes cliniques d'infection
respiratoire aigüe basse
+
Infiltrat radiologique nouveau.

-Troubles de la déglutition ou
inhalation constaté(e)(s)
ou
-Atteinte clinico-radiologique déclive et
présence de facteurs de risque
d'inhalation

Le tableau respiratoire aigu immédiatement après une fausse route ne répond pas à la définition de Pneumonie d'inhalation. (pneumopathie chimique)

- Quels examens complémentaires demandez-vous pour authentifier cette pneumopathie d'inhalation ?

- Un bilan sanguin « standard »
- Un contrôle anti dopage
- Une scintigraphie ventilation/perfusion
- Un scanner thoracique injecté
- Un scanner thoracique sans injection

- Un bilan sanguin « standard »
- Un contrôle anti dopage
- Une scintigraphie ventilation/perfusion
- Un scanner thoracique avec injection
- Un scanner thoracique sans injection

Examens complémentaires



- Il n'existe pas de biomarqueur pour affirmer ou infirmer une Pneumonie d'inhalation
 - Peu de données spécifiques à P.I
 - Élévation GB, CRP et PCT décalée,
 - Élévation non discriminante entre Pneumopathie chimique/Pneumonie d'inhalation (bactérienne),
 - La PCT peut s'élever dans la pneumopathie chimique
- Examens microbiologiques:
 - Pas d'examen spécifique, Pas d'antigénurie
 - ECBC si patient ayant reçu plusieurs lignes Antibiotiques (Pseudomonas?..)

Examens complémentaires



- Pour confirmer le diagnostic de pneumonie il est recommandé d'avoir un examen d'imagerie (infiltrat déclive +++)
 - En priorité le scanner thoracique non injecté
 - Par défaut, une échographie ou une radio thoracique



VS



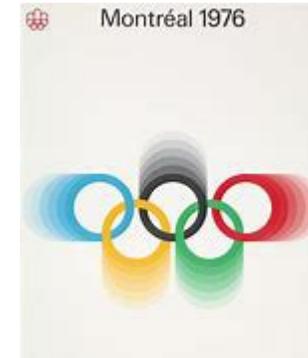
- Quels sont les germes les plus représentés dans les prélèvements de PI?

- Germes anaérobies
- Pneumocoque
- Staphylocoque doré
- Légionnelle
- Entérobactéries

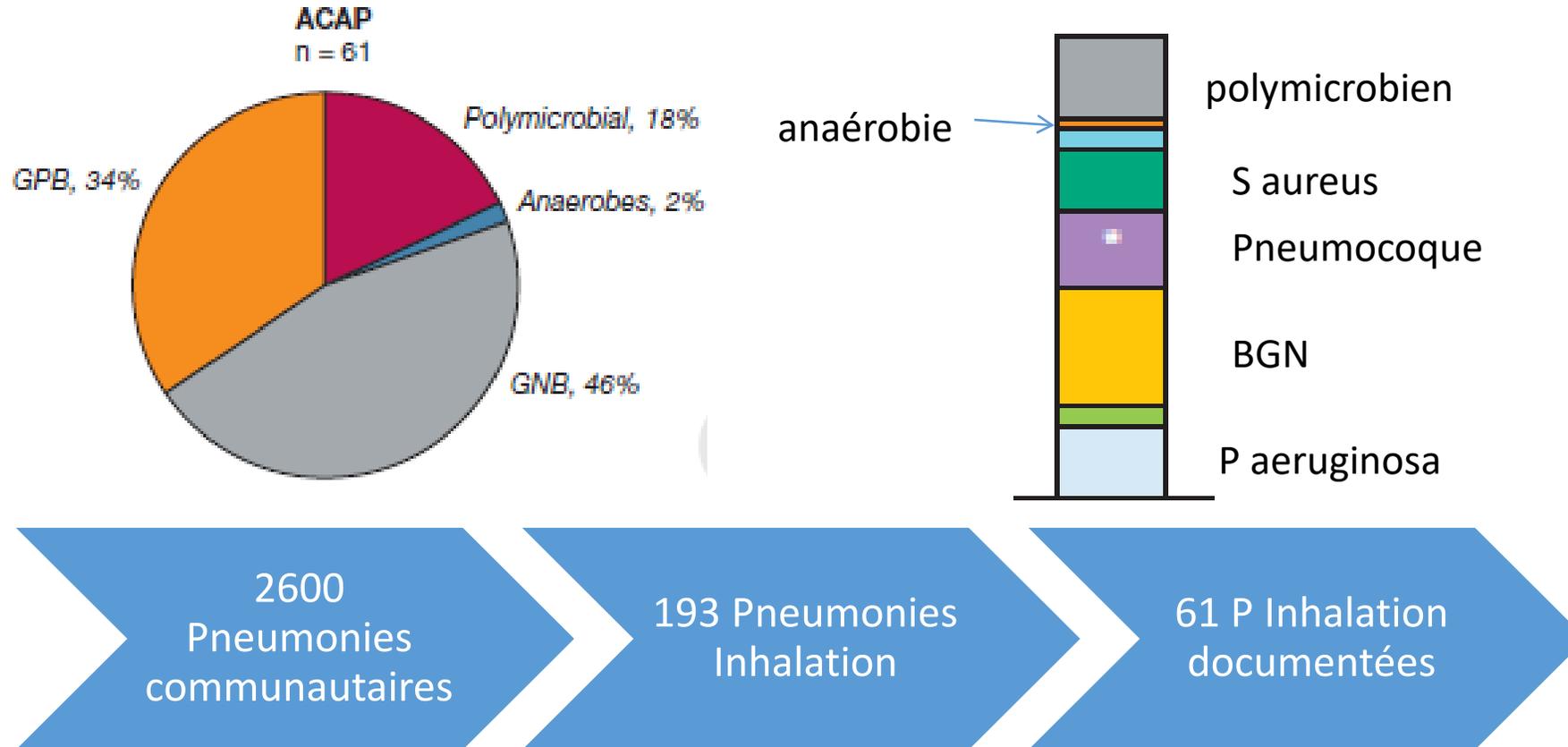
- Germes anaérobies
- Pneumocoque
- Staphylocoque doré
- Légionelle
- Entérobactéries

Microbiologie

- Peu de données
 - Classiquement, part des anaérobies importante
- Années 70: 61-92%, années 2010 (1,6-16%)
- Bactéries les plus souvent identifiées (Revue SYsT 2018)



Données microbiologiques



- Quelle antibiothérapie proposez-vous?

- TIENAM AMIKLIN
- METRONIDAZOLE seul
- AUGMENTIN
- CEFTRIAXONE seule
- AZITHROMYCINE

- TIENAM AMIKLIN
- METRONIDAZOLE seul
- AUGMENTIN
- CEFTRIAXONE seule
- AZITHROMYCINE

- Traitement de première intention :

- Premier choix : **amoxicilline - ac. clavulanique PO ou IV**
- Second choix en cas d'impossibilité d'utiliser le premier choix (allergie à la pénicilline ou administration orale ou IV non réalisable) : **ceftriaxone SC**

Pas d'association AVEC le Métronidazole

Les abcès et pleurésies sont en dehors de ses recommandations

- Quelle durée de traitement?

- Antibioprophylaxie de 48h
- 10 à 14 jours
- 5 à 7 jours
- 3 semaines en cas d'abcès

- Antibioprophylaxie de 48h
- 10 à 14 jours
- 5 à 7 jours
- 3 semaines en cas d'abcès

- Réévaluation à 72h
- Durée 5 à 7 jours
 - Favorable => stop a J5
 - Favorable sans répondre au critères complètement => stop J7
 - Défavorable=> Pipéracilline Tazobactam
- La persistance de la toux n'est pas un critère de non-amélioration



Critères d'évolution favorable

- o Une température $\leq 37^{\circ}8$ C depuis 48 h
- o au moins 3 signes de stabilité clinique parmi :
 - TA systolique ≥ 90 mm Hg
 - Fréquence cardiaque ≤ 100 /min
 - Fréquence respiratoire ≤ 24 /min
 - SpO2 ≥ 90 % ou PaO2 ≥ 60 mm Hg en air ambiant



- Après 5 jours d'ATB, Mauricette est revenue à son état normal
- Vous voilà rassurés
- Vous vous arrêtez là?

- Oui elle est âgée je ne veux pas l'embêter davantage
- Non je voudrais savoir pourquoi elle fait des fausses-routes
- Non il peut y avoir des moyens simples de limiter les récidives
- Non je pense que certains de ces traitements sont responsables

- Oui elle est âgée je ne veux pas l'embêter davantage
- Non je voudrais savoir pourquoi elle fait des fausses-routes
- Non il peut y avoir des moyens simples de limiter les récidives
- Non je pense que certains de ces traitements sont responsables

Rechercher des facteurs de risque



Troubles de la vigilance (1)

- Pathologie neurologique : AVC, épilepsie, traumatisme crânien...
- Syncopes et Arrêt cardio-respiratoire
- Médicaments Anesthésie générale, Utilisation de drogues et toxique



Troubles de la déglutition (2)

- Maladies neuro-dégénératives, AVC, lésions encéphaliques
- Maladies neuromusculaires (SLA, myasthénie, PK)
- Lésions ORL et œsophage, Médicaments, BPCO, sarcopénie,



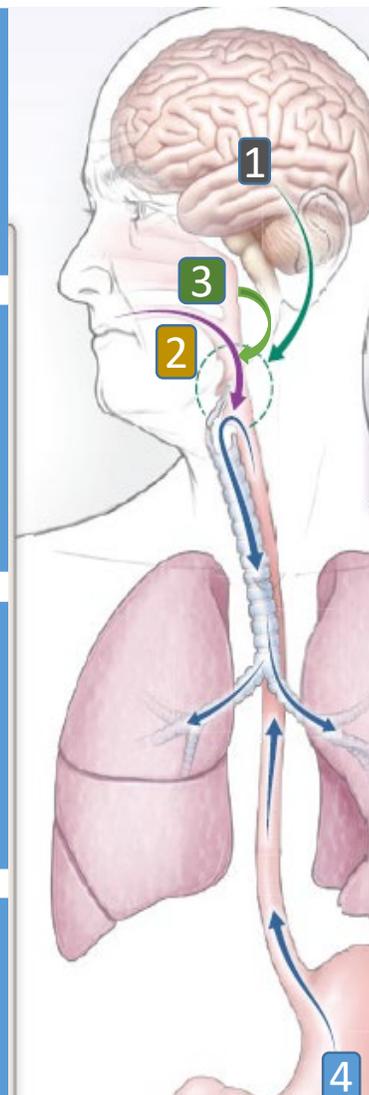
Altération réflexes (toux/nauséux) (3)

- Médicament (A locale, opiacés..)
- Maladies neuro-dégénératives,
- SNG, lésion neurologique bulbaire ou ORL (RxT...)



Facteurs favorisant le reflux gastrique (4)

- RGO, Hernie hiatale
- SNG et nutrition entérale
- Constipation, iléus, hyperpression abdo, médicaments



Examen du patient

- Examen cavité buccale
 - Appareillage / état dentaire
 - Xérostomie
 - Mycose
 - Mouvements de la bouche et la langue
 - Paralysie faciale...



Hygiène bucco-dentaire



- La présence de dents abimées (parodontopathie) majore le risque de pneumonie et de décès
- Le port de l'appareil dentaire en continu x2 risque de pneumonie par rapport à ceux qui l'enlèvent la nuit
- Les soins dentaires diminuent le risque de pneumonie



Hygiène bucco-dentaire

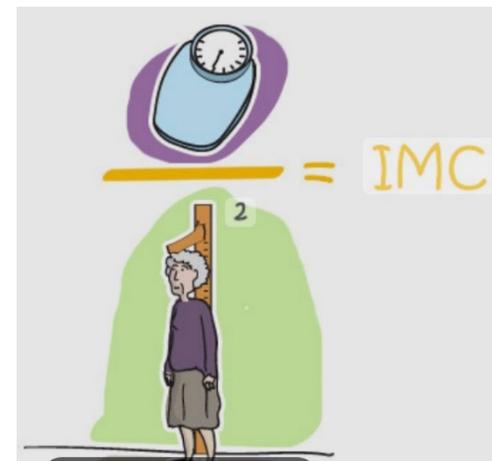
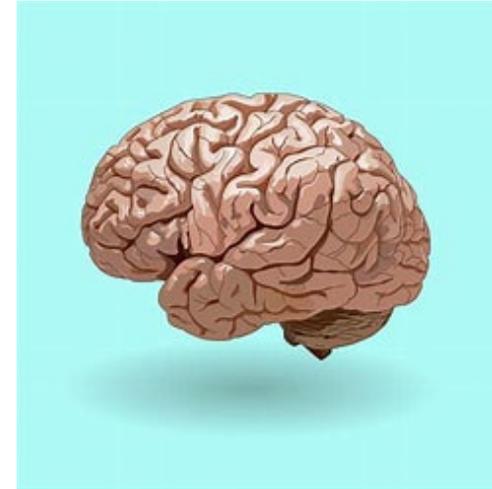
- Pourquoi?
 - Favorise la déglutition (humidification, gout...)
 - Diminue l'inoculum bactérien
- Qui?

Par tout le monde Pour Tout patient
- Comment?
 - Quotidien:
 - Brossage dents x2-3
 - Entretien des prothèses dentaires
 - Soins de bouche et muqueuses
 - Évaluation et suivi annuel par dentiste



Examen du patient

- Examen général:
 - État neurologique (parkinson? SLA?AVC)
 - Troubles cognitifs...
 - Demander de tousser
- Recherche des complications :
 - infection respiratoire,
 - dénutrition (poids, IMC),
 - Volume des ingestats
 - déshydratation



Prévention

- Multifactorielle
- Multidisciplinaire
- Faible niveau de preuve

Mesures médicamenteuses



POSTIONNEMENT



Mesures non médicamenteuses



TEXTURES NUTRITION

rééducation

Prévention mesures médicamenteuses

EFFET ANTICHOLINERGIQUE

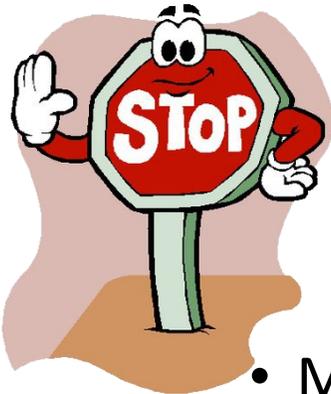


- Médicaments modifiant la vigilance (BZD, NL, opiacés)
- Médicaments induisant une sécheresse buccale (effet anticholinergique) y compris inhalés
- Médicaments induisant des troubles de la déglutition par
 - dyskinésies (neuroleptiques..),
 - troubles moteurs oesophagiens (dérivés nitrés, l calciques..)
 - oesophagite (biphosphonates, K...)
- Inhibiteurs de la pompe à proton associés à risque accru de pneumonie à long terme

Score = 3 points	Score = 2 points	Score = 1 point
Amitriptyline	Amantadine	Carbidopa-levodopa
Atropine products	Hydrochloride	
Benztropine	Baclofen	Entacapone
Carisoprodol	Cetirizine	Haloperidol
Chlorpheniramine	Cimetidine	Methocarbamol
Chlorpromazine	Clozapine	Metoclopramide
Cyproheptadine		Mirtazapine
Dicyclomine	Cyclobenzaprine	
Diphenhydramine	Hydrochloride	
Fluphenazine	Desipramine	Paroxetine
Hydroxyzine hydrochloride & hydroxyzine pamoate	Loperamide	Pramipexole
Hyoscyamine products	Loratadine	Quetiapine fumarate
	Nortriptyline	
Imipramine	Olanzapine	Ranitidine
		Risperidone
Meclizine		
	Prochlorperazine	
Oxybutynin	Pseudoephedrine & Triprolidine	Selegiline
Perphenazine	Tolterodine tartrate	Trazodone
Promethazine		
Thioridazine		Ziprasidone
Thiothixene		
Tizanidine		
Trifluoperazine		

Mesures médicamenteuses

- Réévaluer les traitements



- Sédatifs
- Anticholinergique (atropiniques)
- Neuroleptiques, neuroleptiques cachés (métoclopramide)
- Déshydrate (diurétiques)
- immunosuppresseurs...

- Médicaments contre les facteurs altérant la déglutition

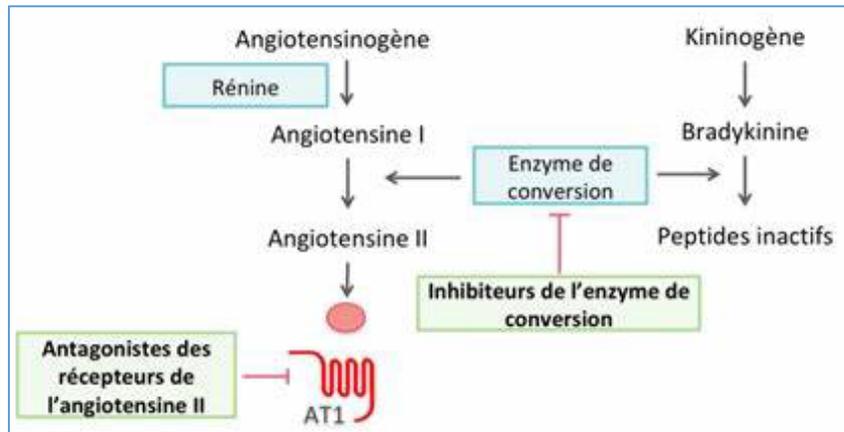
- Antimycosiques
- Lutter contre hypersalivation, TTT Parkinson
- ...



- Vacciner (pneumocoque, autres virus respiratoires)

Prévention mesures médicamenteuses

• Utiliser des IEC ?



Toux sèche: 10% des patients

En améliorant le réflexe de toux, ils diminueraient le risque de pneumonie d'inhalation

Mandell NEJM 2019



Essai randomisé périndopril
(+ sous groupe Asie)
Méta analyse prévention
Pneumonie post AVC (OR 0,6)
Asie (0,42) et Japon (0,36)



2 cohortes rétrospectives non
contributives (Japon, Allemagne)
Recos européennes dysphagie post
AVC => faire des essais

Kumazawa J Stroke Cerebrovasc dis2019 Heidemann et al

Ohkubo Resp Crit Care Med 2014 Shinohara Adv Ther 2012

Healthcar 2022 Dzewas et al Eur Stroke J 2021

Moyens non médicamenteux

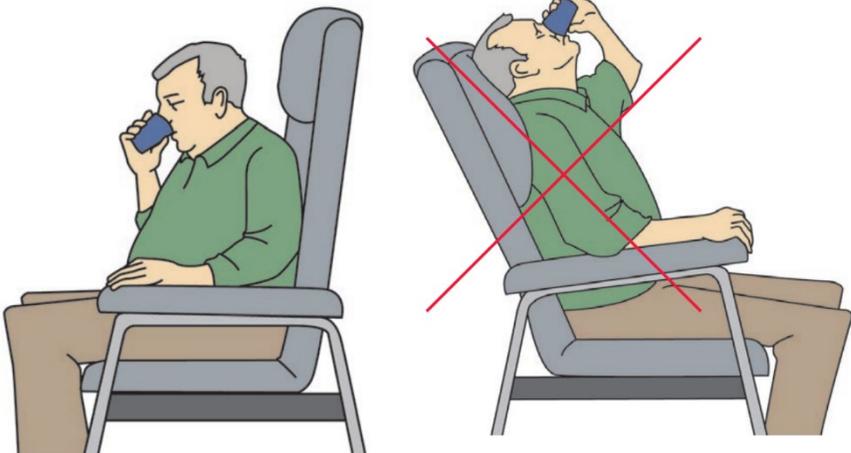
- Moyens posturaux/matériels

- Au lit, Tête à +30° à +45°

(trouble de la vigilance, nutrition entérale)

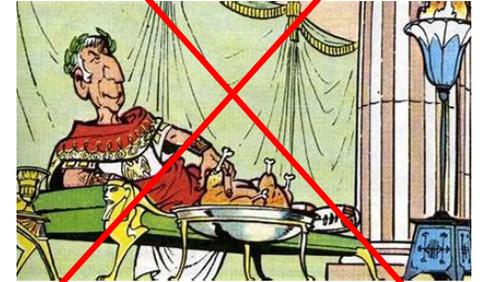
- Mettre au fauteuil et verticaliser

- Déglutition tête penchée en avant ou sur le coté



- Éviter les verres canards
 - Matériel adapté (verres, couverts..)

- Un environnement calme
 - Bonne installation du repas



Modification des textures/volume des aliments



- Approche pluridisciplinaire +++ et réflexion éthique
 - Mécanisme de la pneumonie d'inhalation/trouble déglutition
 - Potentiel évolutif (AVC ≠ troubles neuro-dégénératifs)
 - Pronostic global



Stimulation sensorielle

- T° chaud/froid,
- Exhauteurs de gout
 - Sucré...
 - Épices poivre...
 - Arômes menthol...
- Vue



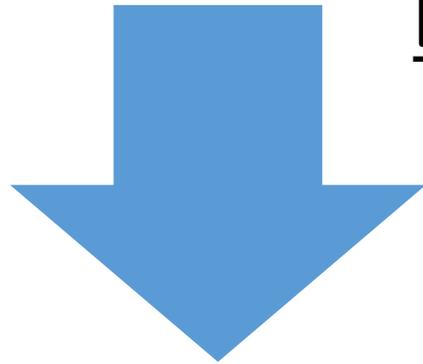
Modification des volumes,
liaison des aliments..



Moyens non médicamenteux

EPAISSIR LES LIQUIDES

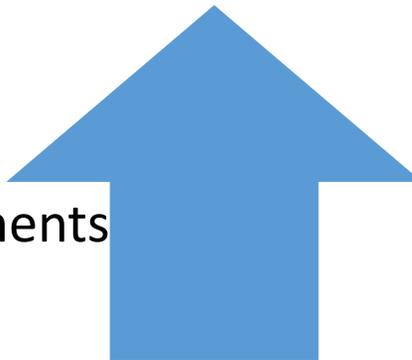
Sécurité à court terme



Impact sur qualité de vie

Modifie biodisponibilité des médicaments

Majore sensation de soif



Robbins Ann Int Med 2008
Morita J Clin Gastro 2022
Diniz Nutri Clin Pract 2009
Beijens Clin Interv Ageing 2016

Pas de bénéfice sur mortalité ou pneumonies à moyen/long terme
vs apprentissage des manœuvres de déglutition

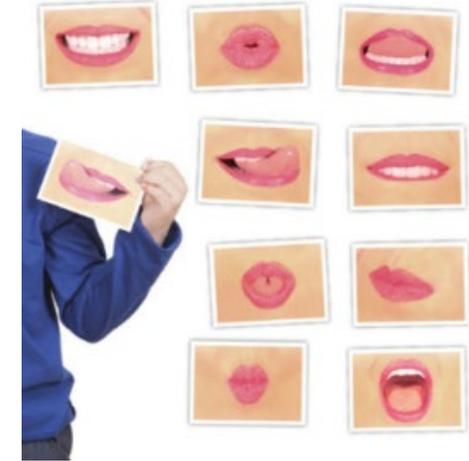
Mesures de rééducation

➤ Qui?

- Orthophonistes
- Kinésithérapeutes

➤ Rôles

- Rééducation: voix, langue, posture, stimulation (TENS..), posture, renforcement muscles respiratoires...
- Information/éducation patient et entourage
- Formation des équipes



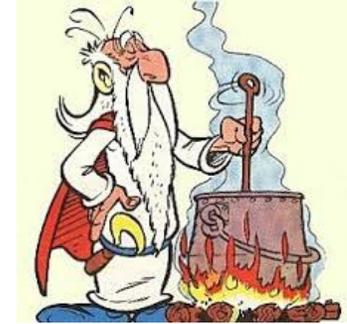
- Mauricette a des difficultés à prendre les traitements : que proposez-vous dans un premier temps?



- Vous écrasez les cachets pour les mettre dans le yaourt
- Vous posez une sonde nasogastrique
- Vous demandez une gastrostomie

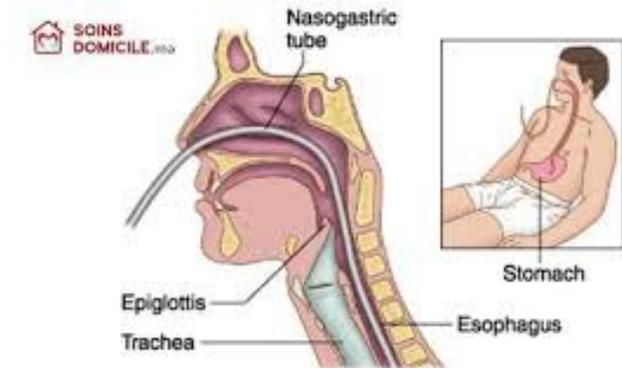
- Vous écrasez les cachets pour les mettre dans le yaourt
- Vous posez une sonde nasogastrique
- Vous demandez une gastrostomie

Les médicaments écrasés/mélangés avec la nourriture



- 1/3 des patients en Court séjour Gériatrique
- 42% des médicaments n'auraient pas du être écrasés ou ouverts (formes LP, gastro-resistantes...).
- Support (yaourt, compote) pour le donner
=> incompatibilité physicochimique
(ex: FLUOROQUINOLONE et Ca⁺⁺): plutôt eau gélifiée que le yaourt

NUTRITION ENTERALE



- **La nutrition Entérale (SNG ou GEP) ne prévient pas les pneumonies d'inhalations, c'est un FDR d'inhalation**
 - Elle permet d'assurer les apports nutritionnels
 - Pas de supériorité GEP/SNG
 - Position assise ou +45° au lit lors de l'alimentation
 - Non recommandé: troubles cognitifs évolués, fin de vie, dénutrition sévère
 - Ne modifie pas la durée de vie en cas de trouble neurocognitif majeur

Mesures non médicamenteuses

Moyens non médicamenteux qui peuvent aider à prévenir la récurrence d'une pneumonie d'inhalation :

Suivi diététique et lutte contre la dénutrition
Proposer une aide au sevrage tabagique

Soins d'hygiène bucco-dentaire : lavage des dents et appareils dentaires 2-3 fois par jours, lutte contre la xérostomie (coca annas, citron ..) , soins dentaires et adaptation des appareils dentaires.... Les soins à la chlorhexidine ne sont pas utiles dans ce contexte.

Apprentissage des manœuvres de déglutition (exemple : déglutition menton descendu vers le sternum, pictogramme) et travail spécifique de rééducation de la sphère oro-pharyngée.

Stimulus sensoriel (froid/chaud, saveurs épicées...)

Positionnement du patient : tête de lit >30°, mise au fauteuil

Bonne installation du patient lors des repas

Un travail
multidisciplinaire
Mettre en place un
ensemble de mesures

Exple: Checklist dépistage trouble déglutition après une pneumonie

D'après Yoshimatsu clin resp J 2023

Facteurs de risque d'inhalation		proposition de management
symptomes		
Troubles de la vigilance	Présent oui/non	Rechercher iatrogénie, comitialité, confusion hypoactive, lésion cérébrale....
Faiblesse musculaire et alitement	Présent oui/non	Recherche sarcopénie, pathologie neurologique, fracture...
Pathologie buccale ou ORL (voix mouillée, gêne pharyngée...)	Présent oui/non	Examen clinique et ORL (nasofibroscopie ?)
vomissements	Présent oui/non	Imagerie digestive/endoscopie
Nausées, brulures ou blocage retrosternal	Présent oui/non	Rechercher mycose, lésion digestive. clinique et discuter endoscopie ou traitement
Troubles de l'articulé bucco-dentaire, douleur pb hygiène bucco-dentaire, pb appareillage	Présent oui/non	Examen clinique et avis odontologique
Pathologies		
AVC et tumeur cérébrale	Présent oui/non	Récent imagerie et avis Stroke center
Maladie de Parkinson et apparentés	Présent oui/non	Avis spécialisé et adaptation traitement ?
Troubles cognitifs	Présent oui/non	Avis spécialisé
Autres maladies neurologiques (myasthénie, myopathie, maladie du motoneurone...)	Présent oui/non	Avis spécialisé et adapation traitement ?
Maladie respiratoire chronique (DDB, BPCO,asthme ?)	Présent oui/non	Avis spécialisé et traitement ?
dénutrition	Présent oui/non	Dépistage et prise en charge diététique
iatrogénie		
<p>Tubes</p> <p>Trachéostomie</p> <p>Sonde nasogastrique</p> <p>Gastrostomie percutanée/jénjunostomie</p>	<p>Présent oui/non</p> <p>Présent oui/non</p> <p>Présent oui/non</p>	<p>Améliorer la gestion du tube</p> <p>Voir pour l'enlever, vérifier position tube et postion patient (>30°), mettre petite sonde</p> <p>Voir pour l'enlever, adapter la nutrition (débit..), position</p>
<p>Procédures</p> <p>Chirurgie stomato, ORL, digestive</p> <p>Radiothérapie cervicofaciale</p>	<p>Présent oui/non</p> <p>Présent oui/non</p>	<p>Cicatrisation, transit..</p> <p>Lutter contre sécheresse locale..</p>
<p>Médicaments</p> <p>Anti-dopaminergiques (neuroleptique, anti-émétiques)</p> <p>Anticholinergiques</p> <p>Antitussifs</p> <p>Myo-relaxants (Benzodiazépine, baclofene..)</p> <p>Sédatifs (hypnotique, opiacés)</p> <p>Diurétiques</p>	<p>Présent oui/non</p> <p>Présent oui/non</p> <p>Présent oui/non</p> <p>Présent oui/non</p> <p>Présent oui/non</p> <p>Présent oui/non</p>	<p>Revoir indication et sevrage ?</p> <p>”</p> <p>“</p> <p>“</p> <p>“</p> <p>“</p>
Calendrier Vaccinal à jour	Pneumocoque, grippe, SARSCOV2	Mettre à jour selon le calendrier vaccinal

Avoir une Réflexion globale

- Marqueur pronostic de l'évolution d'une pathologie chronique
- Décider niveau d'engagement thérapeutique
- Rédiger/Actualiser Directives anticipées
- Désigner la personne de confiance
- Anticiper la récurrence, sa gestion

Un travail multidisciplinaire

Mettre en place d'un ensemble de mesures

TO DO LIST

- ADAPTER le traitement médicamenteux
- POSITIONNER POUR EVITER INHALATION
- INSTALLER LE PATIENT POUR LE REPAS
- TROUVER LA TEXTURE ADAPTEE
- STIMULER et REEDUQUER
- HYGIENE BUCCO DENTAIRE
- EDUQUER LE PATIENT/FAMILLE/EQUIPE
- S'ADAPTER AU PATIENT (réflexion éthique)
- ANTICIPER LA RECIDIVE





Pour finir



- Les premières recommandations spécifiques, pour une situation fréquente
- Niveau de preuve faible, des études à faire,
- Suspicion clinique inhalation ou FDR observés (check list devant toute IRA?)
- Essayer d'avoir une confirmation par imagerie de la Pneumonie
- Plus besoin du Métronidazole
- Durée de traitement 5 jours Max (si tout va bien)
- Un travail de prévention majeur en équipe

