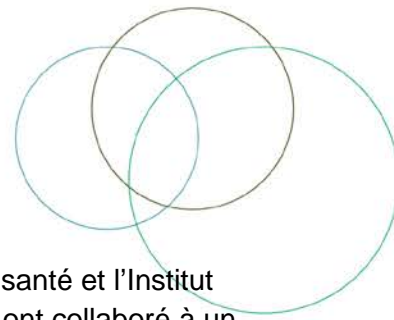




RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR
LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Pneumonie par aspiration



Remerciements



L'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients ont collaboré à un ensemble de travaux pour corriger les lacunes des indicateurs de préjudices et pour contribuer aux efforts d'amélioration de la sécurité des patients dans les hôpitaux canadiens.

La Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital a été élaborée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients pour servir de complément à la mesure des préjudices à l'hôpital développée par l'Institut canadien d'information sur la santé. Elle fait le lien entre la mesure et l'amélioration en fournissant des ressources qui soutiendront les efforts d'amélioration de la sécurité des patients.



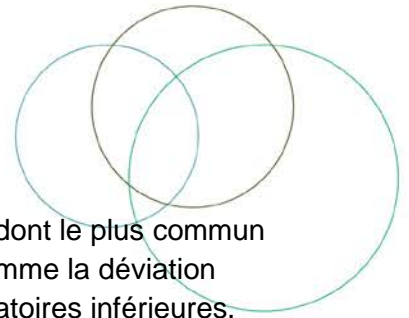


**BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (BDGP) INCLUSE DANS CETTE
CATÉGORIE CLINIQUE :**

A12: Pneumonie par aspiration

Concept	Inflammation et infection des poumons causées par l'aspiration de substances solides ou liquides lors d'un séjour à l'hôpital.
Critères de sélection	
J69.–	Code ci-contre inscrit comme diagnostic de type (2) OU Code ci-contre inscrit comme diagnostic de type (3) ET code J95.88 inscrit comme diagnostic de type (2) ET code du bloc Y60-Y84 avec le même indicateur de série
Exclusions	Abrégés de patients dont la durée du séjour est inférieure à 2 jours
Codes	Description des codes
J69.–	Pneumonite due à des substances solides et liquides
Codes additionnels	Inclusions
J95.88	Autres troubles respiratoires postintervention, non classés ailleurs <i>Comprend</i> : Pneumonie associée au ventilateur (PAV)
Y60-Y84	Complications de soins médicaux et chirurgicaux (voir l'annexe A de l'Indicateur de préjudices à l'hôpital : notes méthodologiques générales)





SURVOL

La pneumonie nosocomiale peut être classée selon différents sous-types, dont le plus commun est une pneumonie par aspiration (Marik, 2011). L'aspiration est définie comme la déviation des contenus oropharyngés ou gastriques vers le larynx et les voies respiratoires inférieures. La pneumonie par aspiration survient lorsque les sécrétions orogastriques colonisées par des bactéries produisent une réponse infectieuse dans les poumons. L'aspiration de substances stériles provoque une inflammation chimique ou une pneumonite par aspiration (Marik, 2011).

Il y a trois causes d'aspiration qui conduisent à une pneumonie par aspiration :

1. Les sécrétions orogastriques chez les patients ayant une perturbation marquée de la conscience. Par exemple, l'insulte neurologique aiguë incluant les accidents vasculaires cérébraux ou les traumatismes crâniens.
2. Les liquides et/ou aliments ingérés par voie orale et déviés en raison de difficultés de déglutition secondaires à une condition ou à une intervention médicale. Par exemple, les maladies neurologiques progressives, y compris la maladie de Parkinson, la SLA ainsi que des tumeurs à la tête et au cou ou des causes iatrogènes comme des traitements du cancer de la tête et du cou - l'ablation chirurgicale, la chimioradiothérapie et des dommages à la zone laryngée causés par une intubation endotrachéale prolongée.
3. Les liquides et/ou aliments ingérés par voie orale et déviés en raison du vieillissement.

La pneumonite est mieux caractérisée comme une lésion pulmonaire aiguë suite à l'aspiration du contenu gastrique régurgité. Ce syndrome survient chez les patients présentant une perturbation marquée de la conscience, comme une surdose de drogue, des convulsions, et l'anesthésie. La surdose de drogues est une cause fréquente de pneumonie par aspiration chez environ 10 pour cent des patients hospitalisés suite à une surdose. Le risque d'aspiration augmente avec le degré d'inconscience (telle que mesuré par l'échelle de Glasgow). Historiquement, le syndrome le plus souvent associé à une pneumonie par aspiration est le syndrome de Mendelson (Marik, 2011).

La pneumonie par aspiration se produit lorsque le contenu gastrique régurgité ou des sécrétions oropharyngées ou des aliments sont dirigés par inadvertance dans la trachée et ensuite dans les poumons. Comme les bactéries et autres micro-organismes deviennent partie intégrante d'un infiltrat dans le tissu pulmonaire, l'effet résultant est une infection des poumons (Pace & McCullough, 2010). Près de la moitié de tous les adultes en bonne santé aspirent de petites quantités de sécrétions oropharyngées pendant le sommeil. Cependant, si le mécanisme humoral, mécanique ou cellulaire est altéré ou si l'inoculum aspiré est suffisamment important, la pneumonie peut survenir. Toute condition qui augmente le volume et/ou la charge bactérienne des sécrétions oropharyngées lorsque le mécanisme de défense de l'hôte est altéré peut conduire à une pneumonie par aspiration (Marik, 2011).

Les personnes en santé aspirent souvent de petites quantités de sécrétions orales, mais les mécanismes de défense normaux éliminent généralement l'inoculum sans séquelles. L'aspiration de plus grandes quantités, ou l'aspiration chez un patient aux défenses



Pneumonie par aspiration

pulmonaires affaiblies provoque souvent une pneumonie et/ou un abcès. Les patients âgés ont tendance à aspirer à cause : des conditions associées au vieillissement qui modifient le niveau de conscience; des sédatifs, de troubles neurologiques, de faiblesse et d'autres troubles. L'empyème complique aussi parfois l'aspiration (Sethi, 2014).

Les populations pédiatriques ont des causes de dysphagie différentes de celles qui affectent les populations adultes. Ces causes incluent : la paralysie cérébrale; les lésions cérébrales acquises/traumatiques; d'autres troubles neuromusculaires; des malformations craniofaciales; des malformations des voies respiratoires; la maladie cardiaque congénitale; les maladies gastro-intestinales; les blessures liées à l'ingestion et la naissance prématurée (Dodrill & Gosa, 2015; Lefton-Greif & Arvedson, 2007).

La pneumonie par aspiration représente de 5 à 15 pour cent des pneumonies chez la population hospitalisée (DiBardino, 2015). On a suggéré que la dysphagie implique un risque sept fois plus grand de pneumonie par aspiration et représente un facteur prédictif indépendant de la mortalité (Metheny, 2011).

Les patients gravement malades ont un risque accru d'aspirer des sécrétions oropharyngées et le contenu gastrique régurgité. Pour ceux qui sont alimentés par tube, l'aspiration du contenu gastrique est plus préoccupante. Alors que des aspirations de grand volume sont observées de temps en temps, des aspirations à petits volumes cliniquement silencieuses sont beaucoup plus fréquentes. Puisqu'aucun test de chevet n'est actuellement disponible pour détecter les micro aspirations, les mesures visant à prévenir ou à minimiser l'aspiration ont une importance accrue (American Association of Critical-Care Nurses, 2016). L'aspiration silencieuse est fréquente dans la population pédiatrique (Lefton-Chagrin et al, 2006; Arvedson et al, 1994).

La pneumonie par aspiration survient généralement chez les patients âgés et débilisés avec dysphagie (Marik, 2011). Des études épidémiologiques ont démontré que l'incidence de la pneumonie augmente avec le vieillissement, le risque étant presque six fois plus élevé chez les personnes âgées de plus de 75 ans vs ceux qui ont moins de 60 ans (Marik, 2011).

La pneumonie par aspiration est la principale cause de décès chez les patients atteints de dysphagie résultant de troubles neurologiques, y compris les accidents vasculaires cérébraux, la maladie de Parkinson et la démence (Marik, 2011).

Facteurs de risque pour la pneumonie par aspiration et la pneumonite

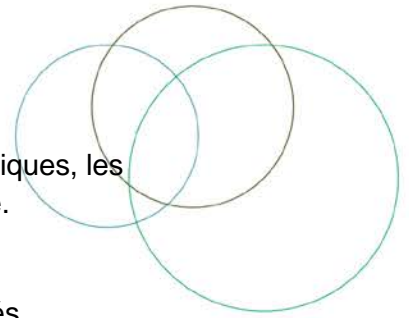
(DiBardino, 2015; Marik, 2011, American Association of Neuroscience Nurses, 2006)

1. Dysphagie/déglutition.
2. État mental altéré ou diminution de l'état d'éveil et du niveau d'attention.
3. Troubles de la motilité œsophagienne/vomissements.
4. Alimentation entérale (tube).
5. Mauvaise hygiène buccale, diminution de la clairance salivaire.
6. Impulsivité ou agitation accrue.



Pneumonie par aspiration

7. Utilisation de médicaments tels que les psychotropes, les neuroleptiques, les antidépresseurs, médicaments anticholinergiques ou phénothiazine.
8. Hyperextension ou contractures du cou.
9. Reconstruction du visage ou du cou, cancers et traitements associés.
10. Intubation à long terme.
11. Vieillesse et diminution de la masse musculaire, réduction de la contraction du pharynx et de l'énergie bolus.
12. Position couchée.



Facteurs de risque pédiatriques de la pneumonie par aspiration

(Weir et al, 2007)

1. Trisomie 21.
2. Asthme.
3. Maladie de reflux gastro-œsophagien (RGO).
4. Infection des voies respiratoires inférieures.
5. Toux grasse.
6. Diagnostic multisystémique.

Remarque: Voir également l'Indicateur Préjudices à l'hôpital : notes méthodologiques générales - B16 : Pneumonie

OBJECTIF

Prévenir la pneumonie par aspiration et la pneumonite chez les patients hospitalisés en mettant en œuvre des stratégies connues pour réduire l'incidence de la pneumonie et de la pneumonite par aspiration.

IMPORTANCE POUR LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES

La pneumonie par aspiration et la pneumonite surviennent lorsque des corps étrangers, tels que la nourriture, les boissons, les sécrétions gastriques et les sécrétions de la bouche sont inhalées et causent de l'inflammation dans les poumons et les bronches. L'aspiration peut souvent être évitée par des interventions diététiques pour la dysphagie; par exemple, ajuster la texture, la consistance et la quantité de nourriture et de fluides, soins bucco-dentaires, alimentation par tube post-pylore (tube qui passe à travers l'estomac vers l'intestin grêle) et en position semi-allongée (à 45 degrés) pour les patients ventilés mécaniquement (DiBardino, 2015).



Pneumonie par aspiration



Récit de patient

[Disabled woman died after NHS blunders, ombudsman finds | Disability | The Guardian](#)
(disponible en anglais seulement)

Un catalogue d'erreurs commises par un service de médecine générale en dehors des heures de travail et un hôpital ont contribué à la mort d'une jeune femme ayant une déficience physique et d'apprentissage, explique l'ombudsman du NHS dans un rapport très critique qui a mené à suggérer qu'il y avait des attitudes préjudiciables menant à des soins insuffisants pour ces patients vulnérables.

Le rapport rédigé par Dame Julie Mellor, l'ombudsman du NHS, constate que Tina Papalabropoulos, 23 ans, est décédée à l'hôpital Basildon dans l'Essex d'une pneumonie par aspiration en 2009 après une série de gaffes commises par deux organismes du NHS.

CLINICAL AND SYSTEM REVIEWS, INCIDENT ANALYSES

Étant donné la grande diversité de causes potentielles d'infection dues à la pneumonie par aspiration, des examens cliniques et systémiques devraient être effectués pour déterminer les causes potentielles et formuler des recommandations appropriées.

La survenue de préjudices est souvent complexe, avec de nombreux facteurs contributifs. Les établissements doivent :

1. Mesurer et faire le suivi des types et de la fréquence de ces incidents.
2. Utiliser des méthodes d'analyse appropriées pour comprendre les facteurs contributifs sous-jacents.
3. Élaborer et mettre en œuvre des solutions ou des stratégies visant à prévenir la récurrence et à réduire le risque de préjudice.
4. Mettre en place des mécanismes visant à atténuer les conséquences du préjudice lorsque cela survient.

Pour acquérir une meilleure compréhension des soins prodigués aux patients, l'étude de dossiers, l'analyse des incidents ainsi que les analyses prospectives peuvent être fort utiles pour reconnaître et saisir les opportunités d'améliorer la qualité. Vous trouverez des liens vers les principales ressources permettant de [réaliser des vérifications de dossiers](#) ainsi que des [méthodes d'analyse](#) dans [l'Introduction de la Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital](#).

Si votre analyse révèle que vos cas de pneumonie par aspiration, sont liés à des processus ou à des interventions spécifiques, les ressources suivantes pourraient vous être utiles :

- American Association of Critical-Care Nurses (AACN). AACN practice alert: Prevention of aspiration in adults. Critical Care Nurse (2016 - updated 2018).
<https://www.aacn.org/clinical-resources/practice-alerts/prevention-of-aspiration>
- American Board of Swallowing and Swallowing Disorders.www.swallowingdisorders.org



Pneumonie par aspiration

- Centers for Disease Control and Prevention and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee - Guidelines for preventing health-care associated pneumonia. (2003) <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>
- Dysphagia Research Society. www.dysphagiaresearch.org
- HS Patient Safety Resources. www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59823

INDICATEURS

La mesure est essentielle à l'amélioration de la qualité, et cela s'applique particulièrement pour la mise en œuvre de stratégies. Les indicateurs choisis contribueront à déterminer si un impact est réel (résultat principal), si l'intervention est effectivement réalisée (indicateurs de processus), et si des conséquences imprévues en découlent (indicateurs d'équilibre).

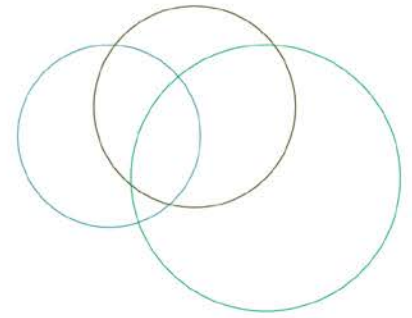
En choisissant vos indicateurs, tenez compte des éléments suivants :

- Lorsque possible, utiliser des indicateurs que vous utilisez déjà pour d'autres programmes.
- Évaluez votre choix d'indicateurs selon la pertinence des résultats finaux et des ressources nécessaires pour les obtenir; essayez de maximiser les résultats tout en minimisant les ressources employées.
- Essayez d'inclure les indicateurs de processus et de résultats dans votre système de mesure.
- Vous pouvez utiliser différents indicateurs ou modifier les indicateurs décrits ci-dessous pour les rendre plus appropriés et/ou utiles à votre contexte particulier. Cependant, soyez conscient que la modification des indicateurs peut limiter la comparabilité des résultats avec les résultats « d'autres ».
- L'affichage de vos résultats de mesure dans votre établissement est une excellente façon de garder vos équipes motivées et conscientes des progrès. Essayez d'inclure des indicateurs que votre équipe trouvera pertinents et passionnants (IHI, 2012).

ALERTES MONDIALES SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

[Alertes mondiales sur la sécurité des patients](#) offre l'accès et la possibilité d'apprendre de d'autres établissements sur des accidents spécifiques liés à la sécurité des patients, y compris des alertes, des avis, des recommandations et des solutions pour améliorer les soins et la prévention des accidents destinés aux prestataires et aux établissements de santé. L'apprentissage de l'expérience des autres établissements peut accélérer l'amélioration.





Termes de recherche recommandés :

- Aspiration
- Pneumonie par aspiration
- Dysphagie
- Déglutition
- Pneumonie sous ventilation assistée (PVA)

EXEMPLES DE RÉUSSITES

Si connaissez un exemple de réussite, veuillez la partager avec nous. Veuillez info@cpsi-icsp.ca





RÉFÉRENCES

- American Association of Critical-Care Nurses (AACN). AACN practice alert: Prevention of aspiration in adults. *Critical Care Nurse*. 2016; 36 (1): e20 – e24. doi: 10.4037/ccn2016831. <http://www.aacn.org/wd/practice/docs/practicealerts/aspiration-pa-feb2016ccn-pages.pdf>
- American Association of Neuroscience Nurses. Prevention: aspiration precautions. *Synapse*. 2006; 33 (3): 3.
- DiBardino DM, Wunderink RG. Aspiration pneumonia: A review of modern trends. *J Crit Care*. 2015; 30 (1): 40–48. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.07.011.
- Dodrill P, Gosa MM. Pediatric dysphagia: physiology, assessment, and management. *Ann Nutr Metab*. 2015; 66 (Suppl 5): 24-31. doi: 10.1159/000381372. <http://www.karger.com/Article/FullText/381372>
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia. Cambridge, MA: IHI; 2012. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventVAP.aspx>
- Lefton-Greif MA, Arvedson JC. Pediatric feeding and swallowing disorders: state of health, population trends, and application of the international classification of functioning, disability, and health. *Semin Speech Lang*. 2007; 28 (3): 161-165.
- Lefton-Greif MA, Carroll JL, Loughlin GM. Long-term follow-up of oropharyngeal dysphagia in children without apparent risk factors. *Pediatr Pulmonol*. 2006; 41 (11): 1040-1048.
- Marik PE. Pulmonary aspiration syndromes. *Curr Opin Pulm Med*. 2011, 17 (3):148–154. doi: 10.1097/MCP.0b013e32834397d6.
- Metheny NA. Preventing aspiration in older adults with dysphagia. *Med-Surg Matters*. 2011; 20 (5): 6-7. <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-20.pdf>
- Pace CC, McCullough GH. The association between oral microorganisms and aspiration pneumonia in the institutionalized elderly: review and recommendations. *Dysphagia*. 2010; 25 (4): 307-322. doi: 10.1007/s00455-010-9298-9. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00455-010-9298-9>
- Sethi S. Aspiration pneumonitis and pneumonia. *Merck Manual*. 2014. http://www.merckmanuals.com/professional/pulmonary_disorders/pneumonia/aspiration_pneumonitis_and_pneumonia.html
- Weir K, McMahon S, Barry L, Ware R, Masters IB, Chang AB. Oropharyngeal aspiration and pneumonia in children. *Pediatr Pulmonol*. 2007; 42: 1024-1031.

