

## Dysphagie iatrogénique

Josée Martel, DPH, pharmacienne, C.H. Robert-Giffard

### Résumé

La dysphagie ou difficulté à avaler est un symptôme qui s'observe dans une multitude de problématiques médicales. Elle est parfois associée à la prise de médicaments, on parle alors de dysphagie iatrogénique. Certains médicaments peuvent affecter grandement les phases de déglutition par leurs effets pharmacologiques ou leurs effets indésirables. La dysphagie iatrogénique est parfois un problème complexe et ce particulièrement si elle est présente depuis longtemps. L'approche clinique, qu'elle soit palliative ou curative, doit tenir compte de la gravité, de l'intensité et du potentiel de réversibilité de cet état. L'anamnèse d'un patient souffrant de dysphagie doit aussi prévoir une revue attentive de sa médication.

La dysphagie est habituellement définie comme une difficulté à avaler, c'est à dire, à transférer le bolus alimentaire de la cavité orale vers l'estomac. Elle peut donc toucher la bouche, le pharynx, le larynx et l'œsophage. En soi, la dysphagie est un symptôme de diverses conditions médicales et non une maladie (1-3). La dysphagie peut conduire à l'aspiration, la pneumonie et la mort (4). Les médicaments peuvent avoir un impact sur la salivation et la déglutition par leurs effets sur le système nerveux périphérique et sur le système nerveux central (1,5,6). La prise de certains médicaments peut être la cause ou peut contribuer grandement à aggraver un problème de dysphagie. L'étiologie des dysphagies iatrogéniques est multifactorielle. Les conséquences peuvent être immédiates ou retardées. Trois mécanismes sont généralement mis en évidence.

La dysphagie peut être : (1) un effet indésirable du médicament; (2) une complication de l'emploi de certains médicaments; (3) causée par une œsophagite induite par la prise de médicaments (7,8).

Il importe de reconnaître les médicaments susceptibles d'induire ce type de problème afin de réviser la nécessité de les poursuivre ou de tenter de minimiser l'impact de leur effet sur la déglutition.

### La dysphagie, un effet indésirable du médicament

Nombre de médicaments affectent la musculature de l'œsophage. Par leur action anticholinergique, ils provoquent une diminution de la motilité œsophagienne,

diminuent la pression du sphincter œsophagien inférieur et ralentissent la vidange gastrique. De tels mécanismes peuvent donc induire ou accroître un reflux gastro-œsophagien (Tableau I) (7,9). Les médicaments ne sont pas les seuls agents susceptibles de diminuer la pression du sphincter œsophagien inférieur. Une telle action est aussi le propre de certains aliments (chocolat, café, menthe), de certaines hormones (progestérone, calcitonine) et de l'alcool.

#### *Tableau I. Agents qui diminuent la pression du sphincter œsophagien inférieur (7,9,31)*

---

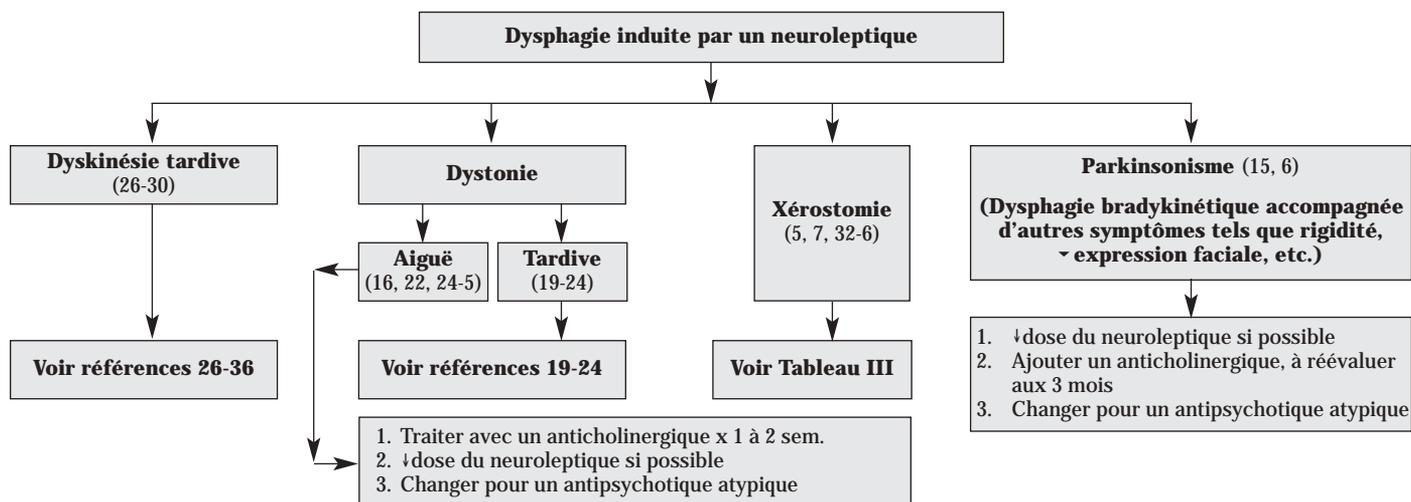
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (A.I.N.S.)
Atropine et agents anticholinergiques
Agonistes $\beta_2$ -adrénergiques
Bloquants $\alpha$ -adrénergiques
Bloquants des canaux calciques (nifédipine, verapamil, diltiazem, etc.)
Calcitonine
Dopamine (L-Dopa)
Glucagon
Hormones (cholécystokinine, sécrétine, oestrogènes, progestérone, neurotensine, somatostatine)
Narcotiques (morphine, mépéridine, etc.)
Nitrates
Théophylline
Autres : chocolat, café, menthe, nicotine, aliments riches en gras, etc.

---

Par leur action sur le système nerveux central qui conduit à une diminution de la force musculaire, à une diminution ou un retard du réflexe de déglutition, ou à un problème de sédation, certains médicaments peuvent aussi modifier la motilité œsophagienne, c'est le cas notamment des agents narcotiques et sédatifs (5,7).

La classe de médicaments qui est à la source de bon nombre de cas de dysphagie est probablement celle des antipsychotiques. La dysphagie induite par les neuroleptiques peut être consécutive à différents effets indésirables. Il peut s'agir de xérostomie, de parkinsonisme, de dystonie ou de dyskinésie tardive (5,7-14). Les muscles striés de l'oropharynx et de l'œsophage pourront être atteints chez les patients avec des réactions extrapyramidales, créant ainsi le problème de dysphagie (1,14). Par conséquent, lors de parkinsonisme, on pourra aussi observer des mouvements anormaux de la langue, une prolongation du temps de transit oral et pharyngien, un dysfonctionnement du péristaltisme lingual (*rolling*),

**Figure 1 : Identification de l'étiologie de la dysphagie induite par un neuroleptique (NL)**



des tremblements, etc. Tous les antipsychotiques peuvent provoquer de tels effets indésirables mais à des degrés variables. Diverses conduites pharmacologiques peuvent être envisagées en présence de dysphagie induite par les neuroleptiques. Cependant, l'approche pharmacologique préconisée sera toujours individualisée selon les antécédents médicaux et pharmacologiques du patient (Figure 1) (8,15-30).

L'emploi d'un anesthésique oral local tel que la xylocaïne peut parfois être la source de problèmes de dysphagie. De tels agents altèrent le réflexe de déglutition en bloquant la conduction nerveuse. On surveillera donc plus attentivement les patients ayant subi des procédures dentaires ou endoscopiques puisqu'ils seront susceptibles d'être exposés à ce type d'agent lors des procédures médicales (5-7).

La xérostomie est aussi une cause de dysphagie non négligeable (5-7). Elle est un effet indésirable d'un nombre important de médicaments (Tableau II). La sécheresse buccale fait en sorte que le bolus alimentaire est difficile à avaler; elle contribue également à diminuer

les perceptions gustatives et l'alimentation des patients peut parfois être difficile car moins attrayante (1,7). Par ailleurs, la salive n'est plus en quantité suffisante pour neutraliser adéquatement l'acide gastrique reflué vers l'œsophage, exposant ce dernier à un risque accru d'inflammation (31). Les comprimés sont alors plus difficiles à avaler et la dissolution des formes sublinguales peut être retardée (32). La xérostomie causée par un médicament est en général réversible. On peut l'éliminer ou la minimiser en cessant le médicament, en fractionnant les doses, en réduisant sa posologie, en changeant son horaire d'administration de manière à éviter les pics plasmatiques élevés au moment où la sensation de xérostomie est la plus grande soit la nuit ou en le substituant par un autre (Tableau III). De même, si on administre le médicament fortement anticholinergique avant les repas, on pourra espérer que la salivation provoquée par la mastication lors du repas contrebalance la xérostomie, du moins en partie. La sensation de sécheresse buccale sera ainsi atténuée par ce mécanisme compensatoire. Différentes mesures non pharmacologiques peuvent aussi être utilisées pour contrer la xérostomie (Tableau IV) (32-36). Le traitement de la

**Tableau II. Médicaments susceptibles de causer la xérostomie (5,7,32-36)**

Classe	Agents
Analgésiques-narcotiques	Codéine, mépéridine, morphine, oxycodone, etc.
Antiarythmiques	Disopyramide...
Anticholinergiques	Benztropine, bipéridène, procyclidine, trihexyphénidyle, etc.
Anticonvulsivants	Carbamazépine, lamotrigine, gabapentine, phénobarbital, phénytoïne
Antidépresseurs	Amitriptyline, imipramine, désipramine, trazodone, phénelzine, fluvoxamine, paroxétine, etc.
Antidiarrhéiques	Diphénoxylate, lopéramide
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Diclofénac, étodolac, ibuprofène, kétoprofène, piroxicam
Antihistaminiques	Hydroxyzine, diphenhydramine, etc.
Antihypertenseurs	Captopril, clonidine, prazosine, térazosine, énalapril, etc.
Antispasmodiques	Dicyclomine, cyclobenzaprine, etc.
Antipsychotiques	Méthotriméprazine, thioridazine, péricyazine, loxapine, etc.
Benzodiazépines	Diazépam, lorazépam, etc.
Bloquants des canaux calciques	Nifédipine, diltiazem, verapamil
Bronchodilatateurs	Ipratropium, salbutamol
Décongestionnants	Pseudoéphédrine
Diurétiques	Acétazolamide, furosémide, hydrochlorothiazide
Relaxants musculaires	Cyclobenzaprine, baclofène, orphénadrine
Stabilisateurs de l'humeur	Lithium

**Tableau III. Conduite à tenir en cas de xérostomie induite par les médicaments (32-36,39)**

1. Diminuer la dose ou cesser le médicament causant la sécheresse buccale.
2. Remplacer l'agent causal par un médicament à moindre risque de causer la xérostomie.
3. Modifier l'horaire d'administration du médicament. La sensation de sécheresse buccale est plus importante entre les repas, la nuit et au repos; périodes où il n'y a pas de stimulation salivaire. Ajuster l'horaire d'administration du médicament incriminé de manière à éviter les pics sériques à ces périodes. Le fractionnement des doses peut aussi être une autre solution pouvant aider grandement.
4. Modifier la forme galénique du médicament : utiliser la forme liquide si disponible, écraser le comprimé ou vider le contenu de la capsule dans la nourriture molle si possible, éviter la voie sublinguale.
5. Utiliser un sialagogue (anétholtrithione ou Sialor<sup>MD</sup>) ou un substitut de salive. Réévaluer l'efficacité et la tolérance du sialagogue dans les jours suivant son instauration. Le Sialor<sup>MD</sup> peut causer une diarrhée, effet qui nécessite une diminution de sa posologie; il peut également colorer les urines en jaune foncé, effet qui est bénin. La pilocarpine orale (Salagen<sup>MD</sup>) 5 à 10 mg TID ou le rinçage-bouche (4 gouttes de pilocarpine dans 12 gouttes d'eau à cracher ensuite) peuvent parfois être envisagés s'il n'y a pas de contre-indications à leur utilisation.

xérostomie a de plus pour effet de prévenir la mauvaise haleine, l'infection, les gingivites, les caries ou autres pathologies dentaires. Des substituts de salive ou l'ajout de médicament sialagogue peuvent aussi parfois procurer un soulagement. Les comprimés et les capsules sont plus faciles à avaler si la bouche et l'œsophage sont d'abord lubrifiés avec une petite quantité d'eau ou autre liquide (32). En présence de xérostomie importante persistante, la forme liquide des médicaments peut être suggérée et la voie sublinguale devrait être évitée. Si la forme liquide n'est pas disponible, il est possible de suggérer d'écraser le comprimé ou de vider le contenu de la capsule pour le mélanger à de la nourriture molle, dans la mesure où cette modification de la forme galénique est possible. Somme toute, le traitement de la xérostomie vise à prévenir l'apparition de caries dentaires ou autres pathologies parodontales, à soulager les symptômes et à accroître la quantité de salive si possible (32-36).

**Tableau IV. Mesures non pharmacologiques pour contrer la xérostomie (32-34,36)**

- Boire de l'eau fréquemment en petites quantités ou sucer des glaçons.
- Sucrer des bonbons sans sucre; éviter les bonbons citronnés.
- S'assurer d'une bonne hygiène buccale. Brosser les dents et la langue régulièrement et nettoyer les prothèses dentaires régulièrement. Utiliser régulièrement la soie dentaire. Éviter les gargarismes qui contiennent de l'alcool.
- Éviter les aliments secs, épicés, très sucrés ou acides pouvant irriter les muqueuses.
- Stimuler la salivation par la mastication (ex. : mâcher de la gomme sans sucre entre les repas).
- Diminuer la consommation de café et de cigarettes pouvant accroître la sensation de sécheresse buccale.

À l'inverse, il arrive parfois que la dysphagie soit provoquée par l'apparition d'une hypersalivation que l'on retrouve lors de l'utilisation de la clozapine

**Tableau V. Caractéristiques des médicaments pouvant provoquer des œsophagites (31,40,42)**

Propriétés	Mécanismes	Exemples
<b>CHIMIQUES</b> pH acide (< 3) Irritation caustique ou chimique Hyperosmotique	Domage direct de la muqueuse par acidité Domage direct de la muqueuse Augmentation de l'assèchement de la muqueuse, augmentation des dommages à la muqueuse par un agent caustique	Doxycycline, tétracycline, fer Alendronate, A.I.N.S., chlorure de potassium Chlorure de potassium
<b>PHYSIQUES</b> Forme entéro-soluble ou gélatineuse Comprimé de grosseur importante  Formulation à libération prolongée ou avec matrice wax	Transit œsophagien plus long p/r au comprimé standard, augmentation du temps de contact avec la muqueuse et du risque de domage par un agent caustique Libération locale prolongée, dosage élevé du médicament, augmentation du risque de domage à la muqueuse par un agent caustique	Chlorure de potassium à enrobage entérique Gluconate de quinidine  Chlorure de potassium, fer à libération prolongée, théophylline à libération prolongée
<b>PHARMACOLOGIQUES</b> Rupture de la barrière cytoprotectrice normale  Diminution de la pression du sphincter œsophagien inférieur	Augmentation du risque de dommages à la muqueuse par l'acidité gastrique ou par d'autres agents caustiques Augmentation du reflux gastro-œsophagien, augmentation du risque de dommages à la muqueuse par l'acidité gastrique ou par d'autres agents caustiques	Aspirine, A.I.N.S.  Anticholinergiques, nitrates, bloquants des canaux calciques, théophylline.

(Clozaril<sup>MD</sup>) ou du clonazépam (Rivotril<sup>MD</sup>) (35,37). Les patients auront la sensation de s'étouffer avec leur salive; on observera qu'ils mouillent leurs vêtements ou leur taie d'oreiller la nuit. Cette hypersalivation peut parfois être la cause d'aspiration. Plus rarement, on pourra observer ce phénomène avec la prise d'olanzapine, d'halopéridol, de lithium, de donépézil ou de physostigimine (35). La conduite à tenir dépendra souvent de la possibilité de réduire la posologie, de modifier le traitement ou d'utiliser des agents anticholinergiques (ex. : benzotropine, procyclidine, etc.), des agonistes alpha<sub>2</sub>-adrénergiques (clonidine 0,1 à 0,4 mg par jour) ou de la pirenzépine (25 à 50 mg) pour contrer l'hypersalivation (35,37,38). Plus rarement, l'emploi d'une à deux gouttes d'atropine 1 % sous forme de solution ophtalmique à placer sous la langue pourra apporter un soulagement (39).

### La dysphagie, une complication de l'emploi de certains médicaments

Les agents antinéoplasiques cytotoxiques peuvent induire un problème de dysphagie soit en exposant le patient aux infections virales et fongiques (ex. : candidoses orale ou œsophagienne, herpès oral, etc.) à la suite de l'aplasie médullaire qu'ils provoquent, soit en affectant directement l'intégrité de la muqueuse œsophagienne (7).

Quoique plus rare, la dysphagie peut parfois être un symptôme d'une réaction allergique systémique causée par un médicament. C'est le cas par exemple des lésions de l'œsophage rencontrées lors d'une réaction de type Stevens-Johnson provoquée par la prise d'un sulfamidé tel que le Bactrim<sup>MD</sup>. En pareil cas, l'œsophage n'est évidemment pas le seul organe atteint mais est plutôt un élément d'un ensemble de symptômes (7).

### La dysphagie causée par des œsophagites iatrogéniques

Certains médicaments pris par voie orale peuvent, en raison de leurs propriétés chimiques, physiques ou pharmacologiques, provoquer une irritation locale de la muqueuse de l'œsophage (Tableau V) (7,31,40-42). Toute personne ingérant un médicament à potentiel érosif est à risque de développer une œsophagite (Tableau VI). Les conséquences d'une œsophagite induite par un médicament peuvent être très sérieuses, allant même jusqu'à la mort. L'agent causal doit donc être cessé le plus rapidement possible. La présentation clinique d'une telle manifestation est généralement typique : le début est souvent subit et s'accompagne d'une douleur rétro-sternale ou d'odynophagie dans les quelques heures suivant l'ingestion. Lorsque le chlorure de potassium est en cause, l'apparition de la dysphagie pourra se faire plus insidieusement après des mois voire

**Tableau VI. Médicaments ayant causé des œsophagites (7,31,40-42)**

---

Alendronate (Fosamax <sup>MD</sup> )
Alprénolol
Antibiotiques (doxycycline, tétracycline, clindamycine, minocycline, érythromycine, pénicilline, ampicilline, rifampicine)
Antirétroviraux (zalcitabine, zidovudine)
A.I.N.S.
Aspirine
Corticostéroïdes (prednisone)
Fer (sulfate, fumarate)
Potassium, chlorure de (K-Dur <sup>MD</sup> )
Quinidine
Théophylline
Vitamine C

---

**Tableau VII. Prévenir les œsophagites causées par les médicaments (7,31,32,40-42)**

- 
1. Demeurer en position debout ou assise le plus verticalement possible lors de la prise des médicaments;
  2. Avaler les comprimés un à la fois plutôt que tous ensemble;
  3. Boire une petite quantité d'eau avant la prise pour lubrifier l'œsophage et faciliter la déglutition des comprimés et des capsules. Faire suivre d'au moins 120 mL d'eau ou de liquides (préférentiellement 200 à 250 mL). Si dysphagie avec liquides clairs, favoriser la prise de médicaments mélangés à de la nourriture molle (ex. : purée de pomme, yogourt, etc.) et faire suivre d'un jus épaissi si nécessaire;
  4. Si le médicament est de grosseur importante (> 2 cm) : vérifier si le comprimé peut être trituré ou la capsule vidée de son contenu, ou s'il existe sous une autre formulation;
  5. Éviter de se coucher dans les 30 minutes suivant la prise, particulièrement si médicament très caustique tel que le chlorure de potassium (K-Dur<sup>MD</sup>), l'alendronate (Fosamax<sup>MD</sup>), le risédronate, (Actonel<sup>MD</sup>), la doxycycline, etc.;
  6. Favoriser la formulation liquide ou parentérale des médicaments si patient avec multiples facteurs de risque susceptibles de diminuer le temps de transit œsophagien, surtout si l'œsophage est partiellement obstrué;
  7. Réévaluer la nécessité de poursuivre tout médicament susceptible de causer une œsophagite .
- 

des années de consommation et l'intensité de la douleur pourra être plus légère (31). Le risque d'œsophagite causée par un médicament à potentiel érosif est accru s'il y a présence d'un ralentissement du transit gastro-œsophagien, bien qu'il ne soit pas à lui seul suffisant pour provoquer une œsophagite (31). Plusieurs autres facteurs peuvent accroître le risque d'œsophagite avec les médicaments, notamment, une xérostomie, une prise de médicament en position couchée ou avec une quantité insuffisante de liquide, la grosseur du comprimé (> 2 cm), la forme galénique du médicament

(prises avec une quantité insuffisante de liquide, les capsules de gélatine deviennent collantes, elles adhèrent ainsi plus facilement aux parois de l'œsophage et peuvent aussi voir ralentir leur transit œsophagien), l'âge avancé du patient, certaines pathologies (dilatation de l'aorte, hernie hiatale, maladie de Parkinson, sclérodémie, diabète, achalasie, etc.) (31,41). Des précautions peuvent être envisagées pour prévenir les œsophagites causées par un médicament (Tableau VII) (31, 40-42). On comprendra que de telles précautions sont davantage à considérer chez une clientèle qui souffre déjà d'un problème de dysphagie puisqu'une dysmotilité œsophagienne de quelque nature qu'elle soit augmente l'adhérence des comprimés aux parois œsophagiennes et peut provoquer des lésions de la muqueuse.

## Conclusion

La dysphagie induite par les médicaments est un problème qui peut parfois être complexe si présent depuis longtemps. La dysphagie peut être passagère ou chronique selon l'étiologie en cause. L'approche clinique de cette problématique, qu'elle soit palliative ou curative, doit tenir compte de la sévérité, de l'intensité et de la réversibilité possible de cet état. Les mesures préventives doivent être préconisées en premier recours. Il importe, dans l'approche sélectionnée, de prendre aussi en considération le risque de décompensation psychopathologique provoquée par une modification du traitement pharmacologique de même que le risque sérieux de détérioration de la dysphagie lorsqu'elle accompagne une dyskinésie tardive. La prudence et la patience sont souvent la clé du succès de telles modifications de traitement.

## Références

- Cot F, Bélisle F, Blouin N, et al. La dysphagie oropharyngée chez l'adulte. 1996. Québec, Edisem. 272p.
- Mayrand S, Barkun ANG. Dysphagia. *Med N Am* 1997 ; mai/juin :10-8.
- Gosselin BJ, Brown DH. Investigating the causes of swallowing problems. *Can J Diagnosis* 1994 ; mai : 75-86.
- Langmore SE, Terpenning MS, Schork A, et al. Predictors of aspiration pneumonia : How important is dysphagia? *Dysphagia* 1998 ; 13 : 69-81.
- Blouin N. La dysphagie de la personne âgée : comment l'aborder. *L'omnipraticien* 1999 ; 8 avril : 9-19.
- Domenech E, Kelly J. Swallowing disorders. *Med Clin N Am* 1999 ; 83(1) : 97-113.
- Stoschus B, Allescher HD. Drug-induced dysphagia. *Dysphagia* 1993 ; 8 :154-9.
- Sliva JA, Lis S. Drug-induced dysphagia. *Arch Phys Med Rehabil* 1993 ; 445-7.
- Ouatu-Lascar R, Triadafilopoulos G. Oesophageal Mucosal Diseases in the elderly. *Drugs & Aging* 1998 ; 12(4) : 261-76.
- Weiden P, Harrigan M. A clinical guide for diagnosing and managing patients with drug-induced dysphagia. *Hosp Comm Psy* 1986 ; 37(4) : 396-8.
- Hughes TAT, Shone G, Wiles CM. Severe dysphagia associated with major tranquilizer treatment. *Postgrad Med* 1994 ; 70 : 581-3.
- Leopold NA. Dysphagia in drug-induced parkinsonism : a case report. *Dysphagia* 1996 ; 11 :151-3.
- Craig TJ. Swallowing, tardive dyskinesia, and anticholinergics. *Am J Psychiatry* 1982 ; 139 : 1083.
- Sokoloff LG, Pavlakovic R. Neuroleptic-induced dysphagia. *Dysphagia* 1997 ; 12 :177-9.
- Mamo DC, Sweet RA, Keshavan MS. Managing antipsychotic-induced parkinsonism. *Drug Safety* 1999 ; 20(3) : 269-75.

- Remington G, Bezchlibnyk-Butler K. Management of acute antipsychotic-induced extrapyramidal syndromes. *CNS Drugs* 1996 ; 5 (suppl. 1) : 21-35.
- Cambier J. Les dystonies : Inventaire des dystonies. *Presse Med* 1999 ; 28(6) : 293-7.
- Destée A, Brique S, Sablonnière B. Les dystonies : Les dystonies génétiques. *Presse Med* 1999 ; 28(6) : 298-305.
- Gallouëdec G, Sangla S, Jedynak CP, et al. Les dystonies : Dystonies secondaires. *Presse Med* 1999 ; 28(6) : 306-11.
- Marion MH. Les dystonies : Traitement des dystonies. *Presse Med* 1999 ; 28(6) : 312-5.
- Anonyme. Dystonia : underdiagnosed and undertreated? *Drug & Therapeutics Bull* 1988 ; 26(9) : 33-6.
- Owens DGC. Dystonia : A potential psychiatric pitfall. *Br J Psychiatry* 1990 ; 156 : 620-34.
- Jankovic J, Orman J. Tetrabenazine therapy of dystonia, chorea, tics, and other dyskinesias. *Neurology* 1988 ; 38 : 391-4.
- Raja M. Managing antipsychotic-induced acute and tardive dystonia. *Drug Safety* 1998 ; 19(1) : 57-72.
- Koek RJ, Pi EH. Acute laryngeal dystonic reactions to neuroleptics. *Psychosomatics* 1989 ; 30(4) : 359-64.
- American Psychiatric Association. Task Force on Tardive Dyskinesia. Tardive Dyskinesia : A Task Force Report of the American Psychiatric Association. 1992. Washington, American Psychiatric Association.103-20.
- Anonyme. No easy solution to antipsychotic-induced tardive dyskinesia. *Drugs & Therapy Perspectives* 1996 ; 7(4) : 13-6.
- Cavallaro R, Smeraldi E. Antipsychotic-induced tardive dyskinesia - Recognition, Prevention, and management. *CNS Drugs* 1995 ; 4(4) : 278-93.
- Egan MF, PUD j, Wyatt RJ. Treatment of tardive dyskinesia. *Schizophr Bull* 1997 ; 23(4) : 583-609.
- Gardos G. Managing antipsychotic-induced tardive dyskinesia. *Drug Safety* 1999 ; 20(2) : 187-93.
- Jaspersen D. Drug-induced esophageal disorders - Pathogenesis, incidence, prevention and management. *Drug Safety* 2000 ; 22(3) : 237-49.
- Drug Store News -Continuing Education- Xerostomia. (page consultée le 21 juin 2000). American Council on Pharmaceutical Education. [En ligne]. Adresse URL : [http://secure.lf.com/drug/ee/99\\_4\\_lessonfree.htm](http://secure.lf.com/drug/ee/99_4_lessonfree.htm)
- Sreebny LM, Schwartz SS. A reference guide to drugs and dry mouth, 2nd edition. *Gerodontology* 1997 ; 14(1) : 33-47.
- Larouche S. La xérostomie, Formation continue, médicaments sans ordonnance. *L'Actualité pharmaceutique* 1998 ; sept : 1-8.
- Szabadi E, Tavernor S. Hypo- and hypersalivation induced by psychoactive drugs. *CNS Drugs* 1999 ; 11(6) : 449-66.
- Van Der Liet W. Oral complications associated with chemotherapy - Non-infectious complications. *Pharmacy Practice* 1990 ; 6(7) : 19-23.
- Darydov L, Botts SR. Clozapine-induced hypersalivation. *Ann Pharmacother* 2000 ; 34 :662-5.
- Management of salivary overflow. (page consultée le 20 avril 2000). [En ligne]. Consortium on drooling. Adresse URL : <http://ihs.airweb.net/management.htm>
- Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ, eds. *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*. 10 ed rev. 2000. Toronto, Hogrefe & Huber Publishers. 263p.
- Eng J, Sabanathan S. Drug-induced esophagitis. *Am J Gastroenterology* 1991 ; 86(9) : 1127-33.
- Bott S, Prakash C, McCallum RW. Medication-induced esophageal injury : Survey of the literature. *Am J Gastroenterology* 1987 ; 82(8) : 758-63.
- Smith SJ, Lee AJ, Maddix DS, et al. Pill-induced esophagitis caused by oral rifampin. *Ann Pharmacother* 1999 ; 33 : 27-31.

## Iatrogenic dysphagia

Dysphagia or difficulty in swallowing is a symptom that is found in a vast number of medical issues. When dysphagia is associated to drug administration, it is referred to as iatrogenic dysphagia. Some drugs can greatly affect phases of swallowing by their pharmacological effects or adverse reactions. Iatrogenic dysphagia sometimes represents a complex problem, particularly if it is present for a long time. The clinical approach, should it be palliative or curative, must take into account the severity, intensity and potential of reversibility of that state. The anamnesis of a patient with dysphagia must also contain a close review of the medication.