

Prise en charge de la dysphagie chez le TCC sévère pédiatrique



Claire Desrosiers, nutritionniste
Marie-Claude Leboeuf, ergothérapeute
Nathalie Lamy, orthophoniste
Équipe de réadaptation précoce TCC/Traumatologie

Plan

- Définitions: TCC sévère pédiatrique, déglutition, dysphagie
- Données statistiques
- Présentation clinique typique dysphagie chez le TCC sévère
- Profil évolutif et récupération
- Dépistage et critères pour reprise de l'alimentation orale (consensus d'équipe)
- L'équipe autour du patient- Prise en charge interdisciplinaire de la dysphagie
- Défis du quotidien
- Vignette
- Le futur
- Conclusion

Définitions

- TCC sévère

- GCS initial < 9
- Perte de conscience > 6 heures
- Examen neuro et scan +
- Incapacités de degré variable (physiques, sensorielles, cognitives, affectives, comportementales) → AVQs

Score de Glasgow

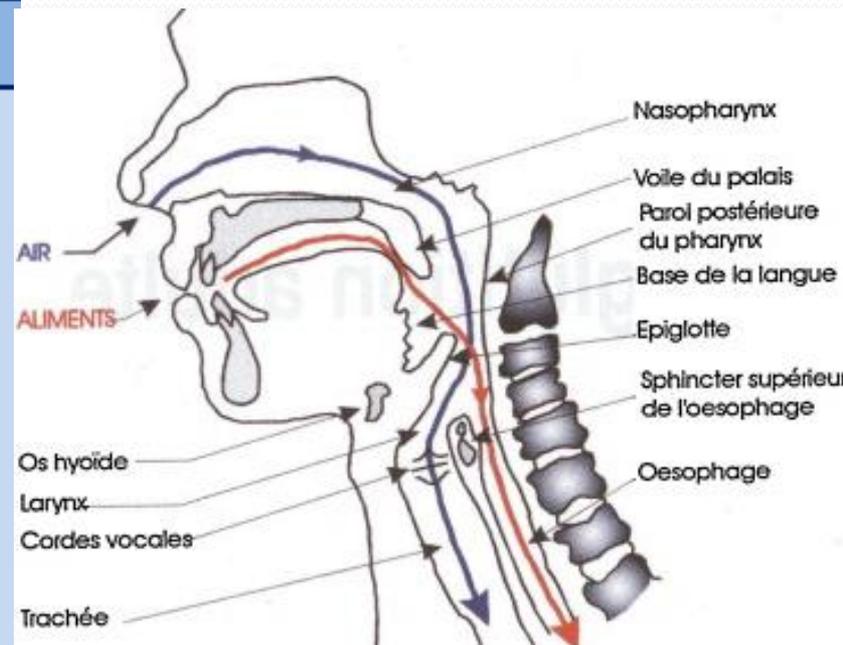
Score de Glasgow > 5 ans	Score de Glasgow 2 à 5 ans	Score de Glasgow < 2 ans
Ouverture des yeux : 4- Spontanée 3- Au stimuli verbaux 2- Aux stimuli douloureux 1- Pas d'ouverture	Ouverture des yeux : 4- Spontanée 3- Au stimuli verbaux 2- Aux stimuli douloureux 1- Pas d'ouverture	Ouverture des yeux : 4- Spontanée 3- Au stimuli verbaux 2- Aux stimuli douloureux 1- Pas d'ouverture
Réponse verbale : 5- Est orienté et parle 4- Est désorienté et parle 3- Paroles inappropriés 2- Sons incompréhensibles 1- Aucune réponse	Réponse verbale : 5- Mots appropriés, sourit, fixe, suit du regard 4- Mots appropriés, pleure, consolable 3- Hurlé inconsolable 2- Gémis aux stimuli douloureux 1- Aucune réponse	Réponse verbale : 5- Agit normalement 4- Pleure 3- Hurllements inappropriés 2- Gémissements 1- Aucune réponse
Réponse motrice : 6- Répond aux demandes 5- Localise la douleur 4- Se retire à la douleur 3- Flexion à la douleur (décortication) 2- Extension à la douleur (décérébration) 1- Aucune réponse	Réponse motrice : 6- Répond aux demandes 5- Localise la douleur 4- Se retire à la douleur 3- Flexion à la douleur (décortication) 2- Extension à la douleur (décérébration) 1- Aucune réponse	Réponse motrice : 6- Mouvements spontanés intentionnels 5- Se retire au toucher 4- Se retire à la douleur 3- Flexion à la douleur (décortication) 2- Extension à la douleur (décérébration) 1- Aucune réponse

Définitions

• Déglutition

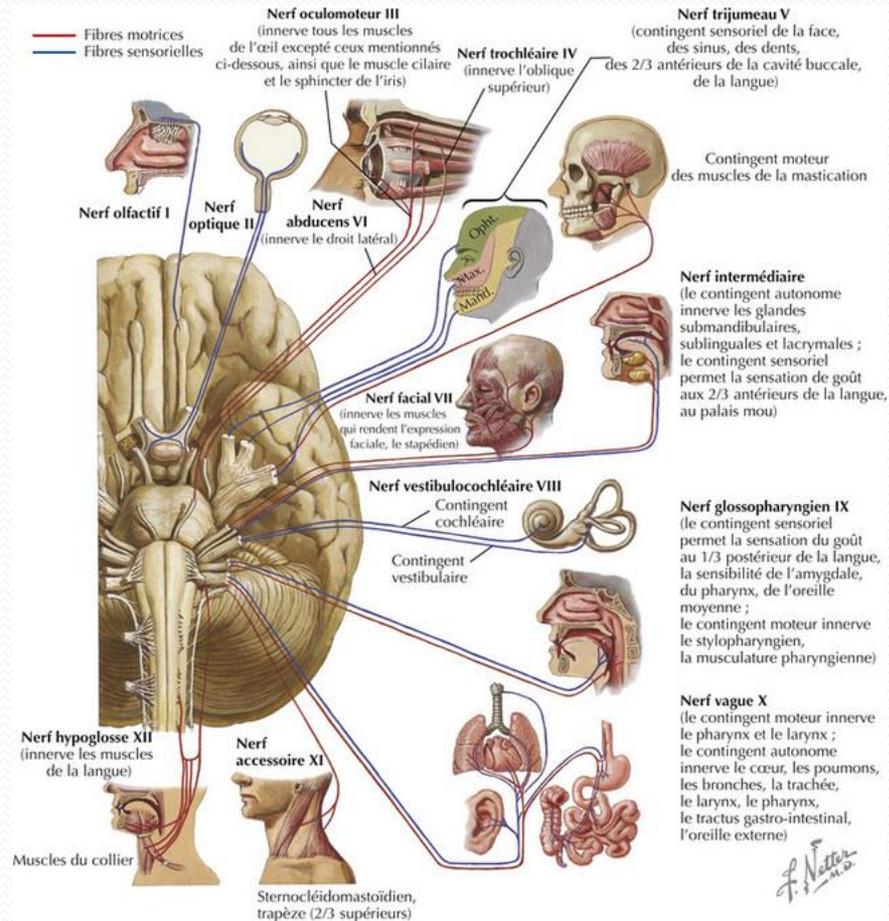
- Processus d'ingestion (liquides, aliments, médicaments)
- + Gestion liquides corporels
- Phases: Orale, pharyngée, œsophagienne

Phase de la déglutition	Mécanisme physiologique
Phase orale	<ul style="list-style-type: none">• La nourriture entre dans la cavité orale• Mastication et formation du bol
Phase oropharyngée	<ul style="list-style-type: none">• Le voile du palais s'élève afin de fermer le nasopharynx• Le larynx et l'os hyoïde se déplacent vers l'avant et le haut• L'épiglotte se déplace vers l'arrière et le bas pour se fermer• Le sphincter supérieur de l'œsophage se relâche et s'ouvre• La langue propulse le bol vers l'œsophage• Le pharynx se contracte afin de se vider et de fermer le sphincter supérieur• Le larynx s'ouvre
Phase œsophagienne	<ul style="list-style-type: none">• L'œsophage se contracte par ondes séquentielles• Le sphincter inférieur se relâche• Le bol atteint l'estomac



Définitions

Nerfs crâniens



L'intégrité des nerfs crâniens est essentielle à un mécanisme de déglutition normale.

Définitions

- Dysphagie
 - Trouble de la déglutition
 - Symptôme d'une condition médicale.
 - Chez le patient TCC: atteinte des phases orale et pharyngée
 - Conséquences: impact nutritionnel et respiratoire

Données statistiques et littérature

- TCC pédiatrique
 - Au Québec:
 - 12000 TCC/an d'étiologies variables
 - 1500 hospitalisations /an TCC pédiatriques
 - Prévalence CHUSJ de 2012 à 2016 (803 patients TCC hospitalisés)
 - 49 TCC sévère (6%)
 - 118 TCC modéré (14,4%)
 - 636 léger (77.8%)
- Incidence dysphagie chez le TCC sévère pédiatrique
entre 68% et 76%
- Facteurs significativement prédicteurs de la dysphagie: GCS < 8.5;
intubation > 1.5 jour
- D'autres facteurs prédicteurs possibles: atteintes motrices, atteintes
cognitives, (site lésion ?)

Au CHU Ste-Justine

(avril 2014 à octobre 2016)

30 mois

53 Patients

TCC
mod/sévères

27 TCC sévères

4 Dcd

23

6♀ / 17♂

GCS: 6 méd (3-8)

ISS: 22 (10-50)

Séjour S.Int. (#jr): 4 (1-27)

Hospitalisation (#jr): 13 (6-54)

5 Pneumonies

4 Patients/23

2 Staphylocoques

1 Sans Précision + 1 Aliment/Vo*

1 Aliment/Vo**

9%

GCS: 5,5 (3 -8)

ISS: 27,5 (19-38)

Séjour S. int (#jr): 17 (4-27)

Hospitalisation (#jr): 29 (21-54)

Présentation clinique typique

- Phase orale pauvre:
 - Contrôle salivaire incomplet
 - Ouverture/fermeture de la bouche diminuées
 - Pas/peu de mobilité lèvres/langue/joues
 - Stase du bolus dans la bouche
- Délai pour initier la déglutition
- Toux faible ou absente
- Voix encombrée/mouillée/absente
- Déficit postural/anomalies de tonus
- Problèmes sensoriels au niveau oral
- Fatigabilité
- Problèmes comportementaux (absence d'initiation, désir impulsif de s'alimenter sans limites, pas de satiété, difficultés d'attention, etc.)

Présentation clinique typique

WGO – 2014

Chez le TCC sévère, dans la période initiale, l'état d'éveil et le risque élevé d'aspiration ne permet pas la nutrition orale donc:

Support nutritionnel via TNJ, TNG, ou gastrostomie



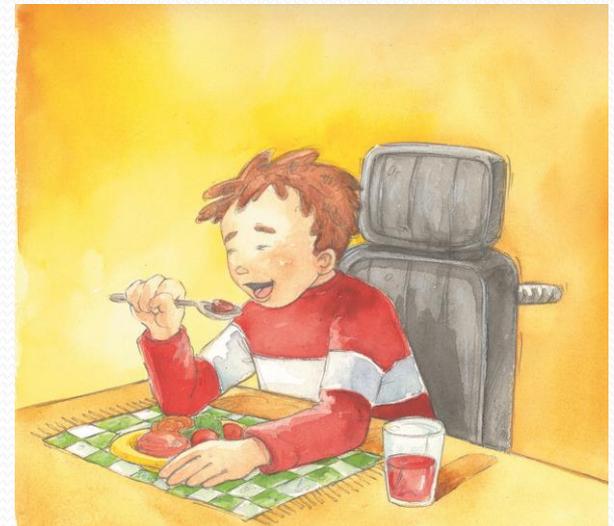
Transition vers la nutrition orale
Optimiser les apports

Lorsque possible, le rétablissement de l'alimentation orale est la solution souhaitable, pour permettre une meilleure qualité de vie.

Profil évolutif et récupération

- L'évolution est tributaire de(s):
 - L'éveil
 - L'état respiratoire (ex: durée de l'intubation, atteinte pulmonaire active, capacité à dégager les sécrétions, etc.)
 - Atteintes neurologiques (ex: hémiplégie, atteinte des paires crâniennes, blessure médullaire, etc.)
 - La présence d'un autre trauma associé (ex.: trauma facial)
- Récupération attendue = **dysphagie transitoire**

Dans la très grande majorité des cas, l'évolution du tableau initial de dysphagie se fait de façon spontanée, parallèlement à la récupération du niveau d'éveil et de l'atteinte motrice.



Morgan et al.: Six-month outcome for dysphagia following traumatic brain injury: radiological assessment.

J of Medical Speech - Language Pathology, vol. 13, no. 2, 2005, p. 109

TABLE 7. Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS) scores for the 7 pediatric participants with dysphagia post-TBI during the acute period and at 6 months post-TBI.

Dysphagia Outcome and Severity Scale Level*	Number of Cases at Acute VFSS (n = 7)	Number of Cases at VFSS 6 Months Postinjury (n = 7)
Level 7: Normal in all situations	0	0
Level 6: Within functional limits/modified independence	0	7
Level 5: Mild dysphagia: distant supervision, may need one diet consistency restricted	0	0
Level 4: Mild-moderate dysphagia: intermittent supervision/cueing, one or two consistencies restricted	1	0
Level 3: Moderate dysphagia: total assist, supervision, or strategies, two or more diet consistencies restricted	3	0
Level 2: Moderately severe dysphagia: maximum assistance or use of strategies with partial per oral only (tolerates at least one consistency safely with total use of strategies)	2	0
Level 1: Severe dysphagia: nol per oral: unable to tolerate any per oral safely	1	0

*Each level has set criteria that determine the severity rating; please refer to original paper by O'Neil et al. (1999) for full list of criteria.

Dépistage et critères pour reprise de l'alimentation orale (consensus d'équipe)

- Importance d'un suivi étroit
- Établissement de critères préalables à la reprise de l'alimentation orale pour les TCC modérés/sévères (en collaboration avec Dr Marie Laberge, physiatre de l'équipe)

Avant la reprise de l'alimentation orale, pour que celle-ci soit sécuritaire l'enfant **doit** présenter :

1. **Glasgow 15**
2. **Paires crâniennes normales**
3. **Contrôle de tête complet**
4. **Voix normale (pas enrouée, éteinte, mouillée, etc.)**

Si un de ces critères n'est pas atteint, l'équipe interdisciplinaire doit être demandée d'emblée pour procéder à une évaluation formelle.

L'équipe autour du patient

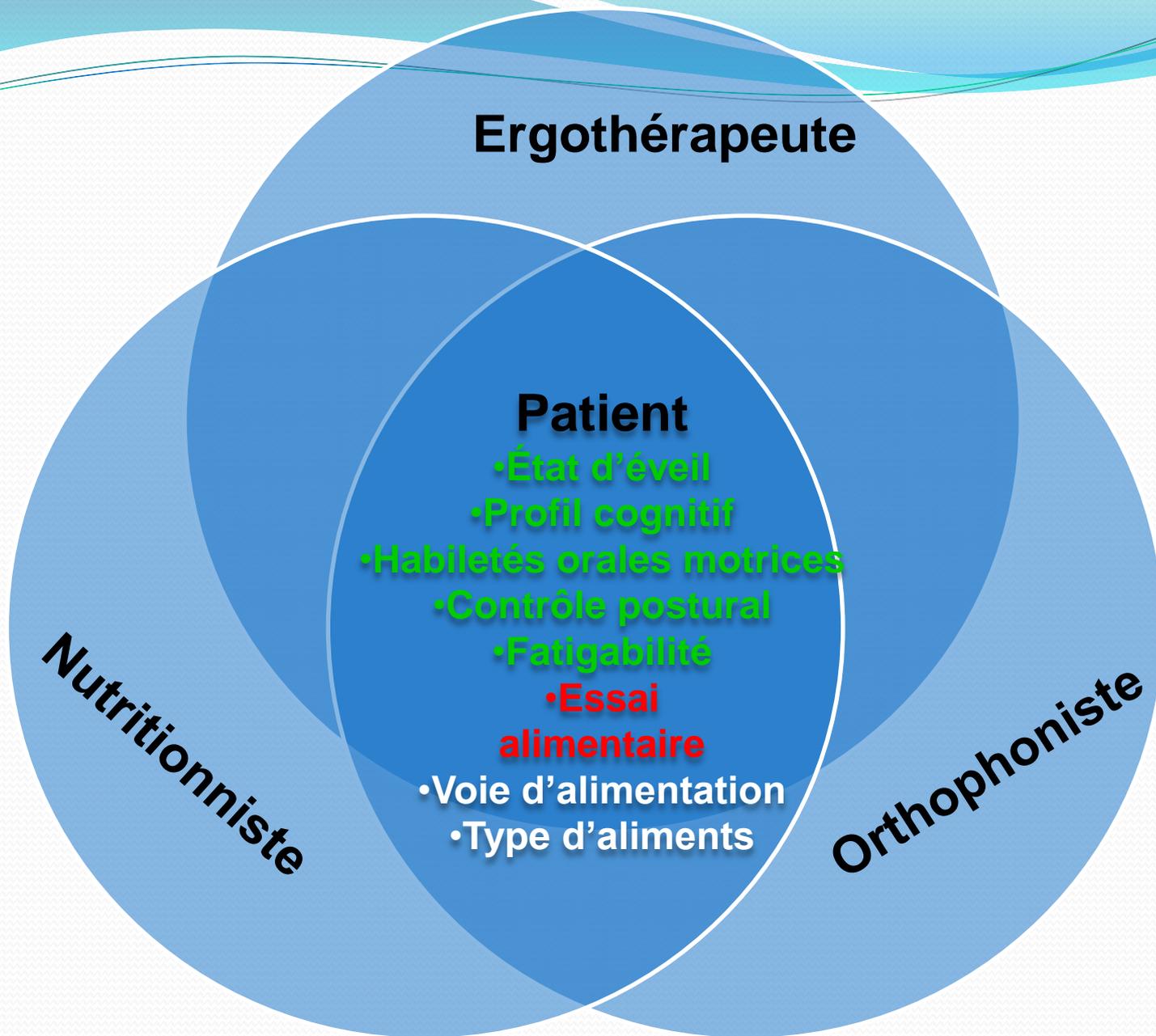
Prise en charge interdisciplinaire

- Problématique complexe + intégration des compétences spécifiques de chaque membre de l'équipe = meilleure pratique dans l'intérêt du patient
- Professionnels de l'équipe de réadaptation précoce TCC/Traumatologie du CHUSJ impliqués en dysphagie:
 - Ergothérapeute
 - Nutritionniste
 - Orthophoniste
 - En collaboration avec les autres intervenants impliqués auprès du patient: Dr Laberge, physiatre, physiothérapeute, infirmières, travailleuse sociale, psychologues, audiologiste, pharmacien, médecins impliqués, éducatrice spécialisée, neuropsychologue, préposés, dr clown.

L'équipe autour du patient

Prise en charge interdisciplinaire de la dysphagie

- Évaluation interdisciplinaire :
 - Histoire de cas
 - Évaluation clinique au chevet
 - Considérations: condition respiratoire, état d'éveil, profil cognitif, fatigabilité, structures et fonctions orales motrices, atteintes motrices, contre-indications médicales
 - Essai alimentaire et évaluation par champs d'expertise
- *****Pas un seul outil standard évaluant tous les aspects, mais plutôt plusieurs outils évaluant des aspects différents.*****
- Évaluation instrumentale complémentaire au besoin: vidéofluoroscopie par l'équipe de la Clinique de dysphagie du CHUSJ lorsque nécessité d'évaluer (de façon plus objective) la sécurité de la déglutition.
- Recommandations



L'équipe autour du patient

Prise en charge interdisciplinaire de la dysphagie

- Prise en charge spécifique:

- **L'ergothérapeute:**

- Évalue la capacité fonctionnelle de s'alimenter:
 - Fonction neuro-musculo-squelettique (fonction motrice, contrôle postural, fonctions orales motrices)
 - Intégrité sensorielle
 - Comportement, jugement, initiation, capacité d'organisation à la tâche
 - Fatigabilité, endurance et tolérance à l'activité
 - Composantes environnementales
 - Autonomie

L'équipe autour du patient

Prise en charge interdisciplinaire de la dysphagie

- **Prise en charge spécifique:**

- L'ergothérapeute:**

- **Intervient au niveau de:**

- modifications posturales pour faciliter la déglutition sécuritaire
 - techniques de réadaptation neuro-motrice visant la récupération des fonctions motrices et sensitives
 - interventions visant la réduction des défenses sensorielles
 - choix et adaptation des ustensiles, biberons, tétines, etc.
 - choix et adaptation de l'installation assise, du fauteuil roulant, etc.

L'équipe autour du patient

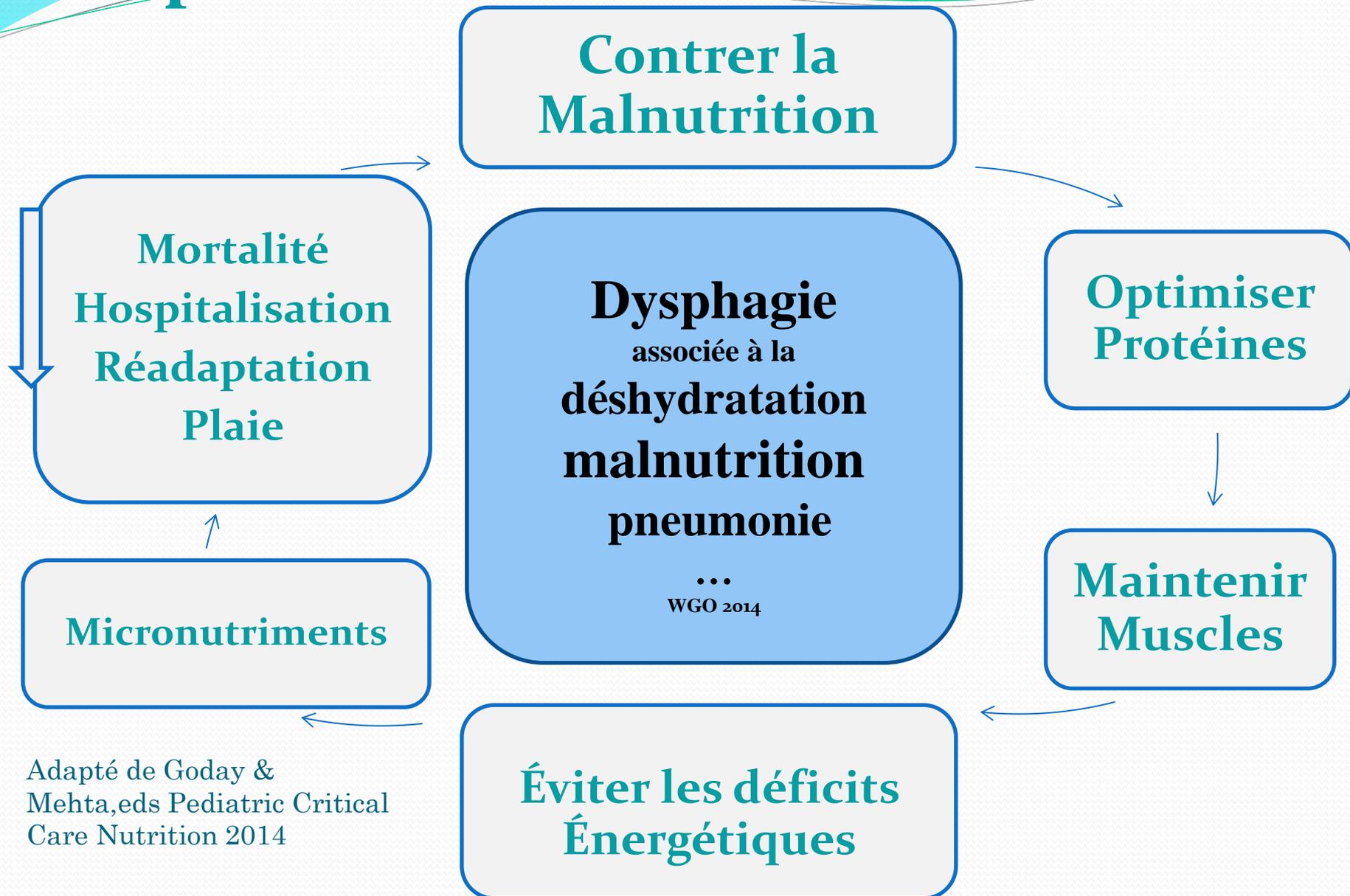
Prise en charge interdisciplinaire de la dysphagie

- Prise en charge spécifique :

- La **nutritionniste**:

- détermine et assure la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé.
 - détermine le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance individuelle indique que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie.
 - surveille l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé;

Thérapie nutritionnelle - Buts



Adapté de Goday &
Mehta, eds Pediatric Critical
Care Nutrition 2014

L'équipe autour du patient

Prise en charge interdisciplinaire de la dysphagie

- **Prise en charge spécifique:**

- **L'orthophoniste:**

- Relève les éléments du langage et de la parole qui constituent des facteurs de risque de trouble de la déglutition (ex. : trouble de voix, paralysie des cordes vocales).
 - Évalue l'intégrité et le fonctionnement des structures anatomiques impliquées dans les processus de parole et de déglutition.
 - Juge de l'efficacité des mécanismes de protection des voies respiratoires.

L'équipe autour du patient

Prise en charge interdisciplinaire de la dysphagie

- Prise en charge spécifique:

L'orthophoniste:

- recommande des exercices oro-moteurs.
- recommande des manœuvres compensatoires.
- s'assure que le plan de traitement mis en place tienne compte de toutes les problématiques de l'enfant; **en effet, les exercices visant à améliorer la déglutition ont également un impact sur la parole.**
- explique, conseille et outille les parents

Démarche de l'équipe

Discussion de cas préalable



Évaluation au chevet



Concertation post-évaluation en équipe interdisciplinaire



***Explication des résultats et recommandations aux parents et personnel traitant + obtention consentement parents



***Détermination et mise en place du plan de traitement avec les parents



Consignation au dossier des recommandations de façon claire

***Soulignons ici l'importance du travail d'enseignement auprès des parents en lien avec les problématiques comportementales importantes qui sont liées au TCC (ex.: importance de la supervision étroite, re: agitation, désinhibition, fatigabilité, etc.)

Défis du quotidien

- Soutien nutritionnel difficile pouvant mener à une malnutrition aigue rapidement
- Périodes d'agitation post-traumatique **typiques** (ex.: tente d'enlever TNG)
- Désir hâtif du parent de reprendre l'alimentation orale
- Respect du droit de l'utilisateur vs éthique professionnelle
- Rapidité d'évolution
- Méconnaissance du TCC sévère et des conséquences d'une dysphagie
- Complications possibles

Vignette

- Garçon 10 ans (ATCD TDAH médicamenté), accident auto-vélo (50km/hre), pas de casque, perte de conscience au moment de l'accident.
- GCS initial = 6
- Bilan lésionnel: TCC sévère, spasticité aux 4 membres, hypotonie axiale, fractures genou gauche et fémur droit.
- Scan: Plusieurs foyers hémorragiques intraparenchymateux, intraventriculaires, sous-duraux, et sous arachnoïdiens, fracture du toit de l'orbite non-déplacée.
- IRM: Lésions axonales diffuses et foyers de contusion.
- TNG mis en place aux SI
- J12 : Transfert à l'unité de chirurgie/trauma avec TNG; GCS= 10
- J13: Complication méningite bactérienne, retour SI
- J18: Retour à l'unité
 - yeux ouverts, mais pas de contact visuel
 - pas de réponse aux ordres
 - pas de production de voix malgré production de toux
 - pas de contrôle tête
 - asymétrie bouche et pauvre contrôle salivaire
- maintien de l'alimentation non orale; réadaptation précoce se poursuit

Vignette (...suite)

- J21: Première évaluation conjointe pour voir si possible de débiter stimulation au niveau oral
 - Portrait clinique:
 - Un peu plus de contact visuel
 - Début de réponses non verbales aux ordres simples, mais toujours aucune production de voix
 - Début de contrôle de tête
 - Contrôle salivaire encore incomplet et praxies orales restent pauvres (aucune en imitation)
 - Pauvre tolérance/ collaboration très brève
 - Essai clinique d'une très petite quantité d'eau à la demande des parents (seringue et pipette): gestion acceptable, mais portrait clinique ne permet pas plus que quantités thérapeutiques d'eau/jus clairs lorsque bien positionné et éveil optimal et gestion étroite des quantités offertes et du rythme par le parent.
- J25: Réévalué conjointement étant donné progrès côtés éveil et moteur et arrache TNG à répétition :
 - Capable de gérer les liquides clairs à la paille et la purée lisse sans toux ni signe clinique d'étouffement, mais phase orale reste laborieuse et lenteur d'initiation de la déglutition.
 - Suite à discussion en équipe interdisciplinaire, ORL demandé → cordes vocales N et vidéofluoroscopie demandée:
- J27: Vidéofluoroscopie de la déglutition:
 - Confirme impressions cliniques: pas de pénétrations ni d'aspirations au niveau des voies respiratoires, mais délai important d'initiation de la déglutition.
 - Recommandations: alimentation orale possible avec restrictions (idem à celles données à l'évaluation clinique)
- J32: Progrès se poursuivent au plan de l'éveil, de la voix et du contrôle postural
→ progression possible vers solides mous ou hachés fins
- J35: Transfert en centre de réadaptation

Le futur

- Contribuer au développement des données probantes sur la dysphagie chez le TCC pédiatrique sévère
- Optimisation du protocole de prise en charge interdisciplinaire déjà en place avec cette clientèle
- Élargissement possible à d'autres clientèles hospitalisées avec profil similaire (autres atteintes neuro acquises)

Conclusion

- TCC sévère pédiatrique = clientèle à haut risque de dysphagie et dénutrition
- Importance d'une bonne évaluation
- Prise en charge interdisciplinaire s'avère un incontournable
- Implication très précieuse des parents comme partenaires du plan de traitement (patient/parents partenaires)

Références

1. Alhashemi H.H. (2010) Dysphagia in severe traumatic brain injury, *Neurosciences*, 15(4): 231-236
2. Andersen U.T. & al.: Systematic review and evidence bases recommendation on texture modified foods and thickened fluids for adults (≥ 18 y) with orophageal dysphagia. *e-SPEN Journal* (2013) 8:e127-e134
3. Aoki S & al. (2016) The Multidisciplinary Swallowing Team Approach Decreases Pneumonia Onset in Acute Stroke Patients, *PLoS ONE* 11(5): e0154608. doi:10.1371/journal.pone.0154608
4. Arvedson J.C., Lefton-Greif, M.A. (2017) Instrumental Assessment of Pediatric Dysphagia, *Seminars in Speech and Language*, 38(2):135-146
5. Canadian Clinical Practices Guidelines 2015. www.criticalcarenutrition.com
6. CASLPO.OAEO (2007) Normes et lignes directrices de pratique sur l'intervention de l'orthophoniste en dysphagie. 21-25.
7. Centre de santé et de services sociaux d'Antoine-Labelle (2008). Avis du comité d'éthique clinique sur la dysphagie. Octobre 2008.
8. Cichero & al.: Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. *Dysphagia* (2017) 32(2):293-314 (DOI: 10.1007/s00455-016-9758-y)
9. Code des professions du Québec
10. Crevier, L.(2011) Les TCC pédiatriques. CHU Ste-Justine. Visioconférence en trauma.
11. Daniels S.K. & al. (2017) The Relationship Between Lesion Localization and Dysphagia in Acute Stroke, Springer.
12. (L)'Équipe de neurotraumatologie de l'Hôpital Sainte-Justine. (2005). L'accident d'Hugo. Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine (CHU mère-enfant). Montréal. Québec.
13. Goday & Mehta: *Pediatric Critical Care Nutrition* (2014)
14. Groupe inter-ordres de la dysphagie- Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec et Ordre professionnel des diététistes du Québec. 2005.
15. Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.(2014). Dépistage standardisé de la dysphagie-Document de travail. HSM0000- (2014-03)-V.1 de version.
16. International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. (mars 2017) <http://iddsi.org/framework>
17. Kim J & al.: Scale of Swallowing Function. *Dysphagia* (2014) 29:438-443
18. Malakouti A & al.: Nutrition support and deficiencies in children with severe traumatic brain injury. (2012) *Pediatr Crit Care Med*, 13(1), e18-24. doi:10.1097/PCC.0b013e31820aba1f
19. Malas K & al (2015) Feeding-swallowing difficulties in children later diagnosed with language impairment, *Developmental Medicine & Child Neurology* 2015, 57: 872-879.
20. Malas K & al (2017) Prior History of Feeding-Swallowing Difficulties in Children With Language Impairment, *American Journal of Speech-Language Pathology*, Vol.26 138-145.Feb2017.
21. McFarland D H & Tremblay, P (2006) Clinical Implications of Cross-System Interactions. *Seminars in Speech and Language*, 27(4): 300-309.
22. Morgan A, Mageandran SD, Mei C (2009) Incidence and clinical presentation of Dysarthria and Dysphagia in the acute setting following paediatric traumatic brain injury. *Child Care Health Dev.* 36(1); 44-53.

Références

23. Morgan A, Mei C, Anderson V, Waugh M-C, Cahill L, & the TBI Guideline Expert Working Committee. Clinical Practice Guideline for the Management of Communication and Swallowing Disorders following Paediatric Traumatic Brain Injury. Melbourne: Murdoch Childrens Research Institute: 2017.
24. Morgan & al.: Clinical Characteristics of Acute Dysphagia in Pediatric Patients Following Traumatic Brain Injury. J Head Trauma Rehabil (2004) 19(3):226-24
25. Morgan & al. (2004) Clinical progression and outcome of dysphagia following paediatric traumatic brain injury: a prospective study, Brain Injury, 18:4, 359-376, DOI: 10.1080/0269905031000167424.
26. Morgan AT (2010) Dysphagia in childhood traumatic brain injury: A reflection on the evidence and its implications for practice, Developmental Neurorehabilitation, 13:3, 192-203, DOI: 10.3109/17518420903289535.
27. Morgan et al.: Six-month outcome for dysphagia following traumatic brain injury: radiological assessment. J of Med. Speech - Language Pathology (2005) 13(2):109
28. Nishimura K & al.: Accuracy of DSS rating without VE. Jpn J Compr Rehabil (2015) 6:124-127
29. OPDQ (2006): Normes de compétences du diététiste en nutrition clinique
30. O'Neil & al.: The dysphagia outcome and severity scale. Dysphagia (1999) 14:139-45
31. Ordre des ergothérapeutes du Québec, mars 2001: « Ergothérapie et interventions présentant des troubles de l'alimentation. »
32. Ordre des ergothérapeutes du Québec, sept. 2006: « Au-delà de la dysphagie, la personne avant tout. Rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes présentant des difficultés à s'alimenter ou à être alimentées. »
33. Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. Implications cliniques des interactions entre les systèmes sensorimoteurs: Parole et déglutition. Juillet 2006.
34. Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. Rôle de l'orthophoniste auprès de la clientèle dysphagique: convergence québécoise canadienne et internationale. Juillet 2006.
35. Rosenberg & al.: Penetration and Aspiration Scale. Dysphagia (1996) 11:93-98
36. Se Woong Chun & al.: Inter-rater Agreement for the Clinical Dysphagia Scale. Ann Rehabil Med (2011) 35:470-476
37. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec – Université Laval. Pratiques optimales d'évaluation de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée- Rapport d'évaluation préparé par Geneviève Asselin, Brigitte Larocque, Marc-André Pellerin, Martin Coulombe et Marc Rhainds (UETMIS 07-15) Québec, novembre 2015, XIII-49 p.
38. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines (2014): Dysphagia

Sites internet:

1. <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-french-2014.pdf>
2. ELISA Médicoptère. Tableau « Score de Glasgow ». <https://elisamedicoptere.org/2015/09/03/evaluation-de-la-fonction-neurologique/>
3. Centre de réadaptation du CHU Sainte-Justine. Services aux enfants présentant une dysphagie. <https://readaptation.chusj.org/en/Famille/Conseils-de-nos-professionnels/Sante-et-developpement/Qualite-de-l-alimentation-des-enfants-avec-une-def/Services-aux-enfants-presentant-une-dysphagie>
4. Info-TCC: <http://www.repar.veille.qc.ca/info-tcc/Statistiques-sur-les-personnes#nh>
5. Medicine Key : <https://clemedicine.com/11-tronc-cerebral-et-cervelet/>



MERCI!

QUESTIONS?