



# **Rôle du Kiné dans la prise en charge interdisciplinaire de la dysphagie « *expérience au CHU Brugmann* »**



Mme De Gieter Michèle  
Kinésithérapeute service ORL /Référent dysphagie  
[michele.degieter@chu-brugmann.be](mailto:michele.degieter@chu-brugmann.be)

# Trouble de la déglutition

## DYSPHAGIE

l'ensemble des **manifestations anormales** du passage des aliments, solides-liquides ou de la salive, de la bouche vers l'estomac.

- Dysphagie haute
- Dysphagie basse



De nombreux auteurs soulignent [l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire](#) des troubles de la déglutition. *Bleeckx, Cott et Coll, Pourderoux, Kawashima*  
Chaque discipline ayant *un rôle définit*

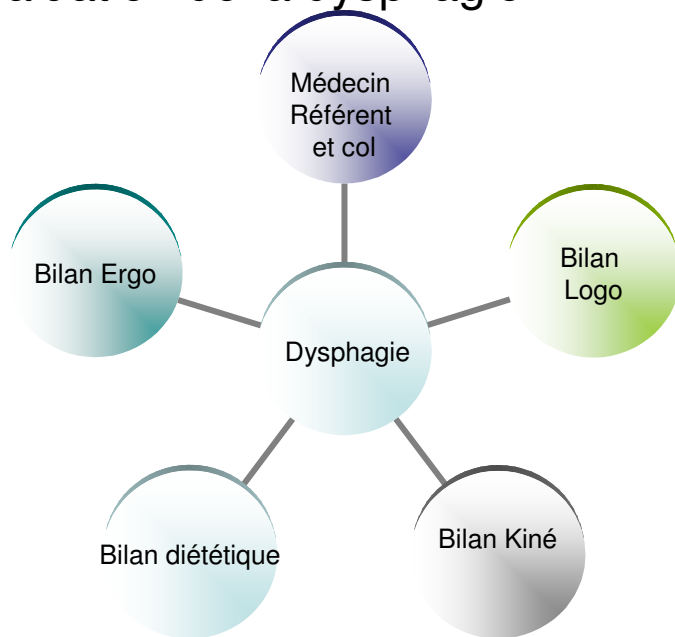
# La dysphagie = symptôme d'une pathologie sous-jacente qui nécessite une prise en charge fonctionnelle adaptée.

⇒ Besoin d'équipe de référents et de thérapeutes de terrains formés : recommandations du Nice janvier 2004 (National Institute for Clinical Excellence)

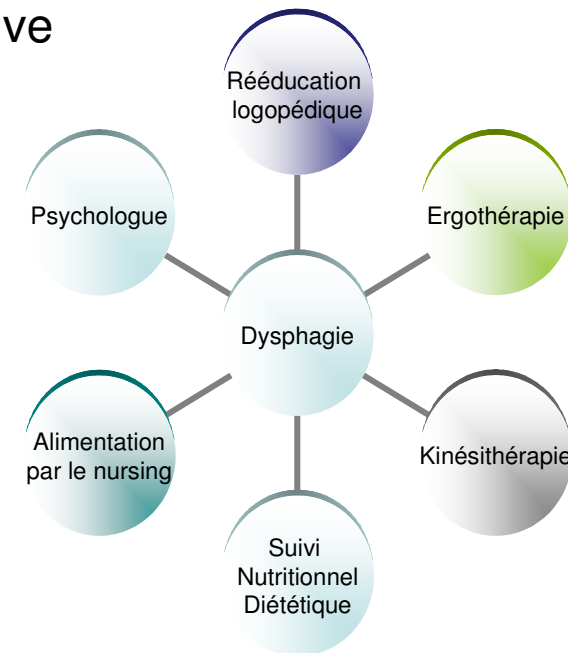
⇒ Besoin d'éducation thérapeutique spécifique recommandation de la SOFMER 31/03/2011/AVC

⇒ Besoin de dépistage « protocolisé » des TD test H2O et Fiches de surveillance cfr. étude de Hinchey et Odderson , montre *une diminution des pneumopathies de 6.7 à 0 cas étude prospective sur 2 ans*

## Evaluation de la dysphagie



## Prise en charge fonctionnelle et/ou palliative



ERGOS



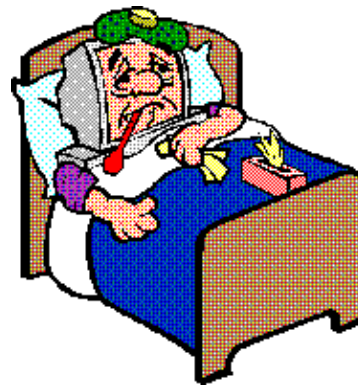
Adaptation technique  
Aides à l'AVJ



Coordinateur



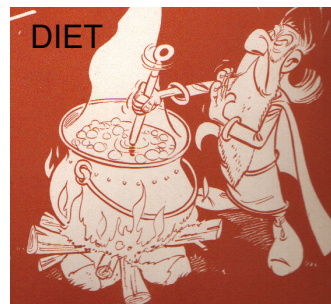
Bilan Diagnostic/suivit  
ORL -Radiologue



Bilan et PEC



Dépistage du trouble  
Soins  
Infos famille/équipe



Adaptation des textures  
alimentaires/suivit nutritionnel

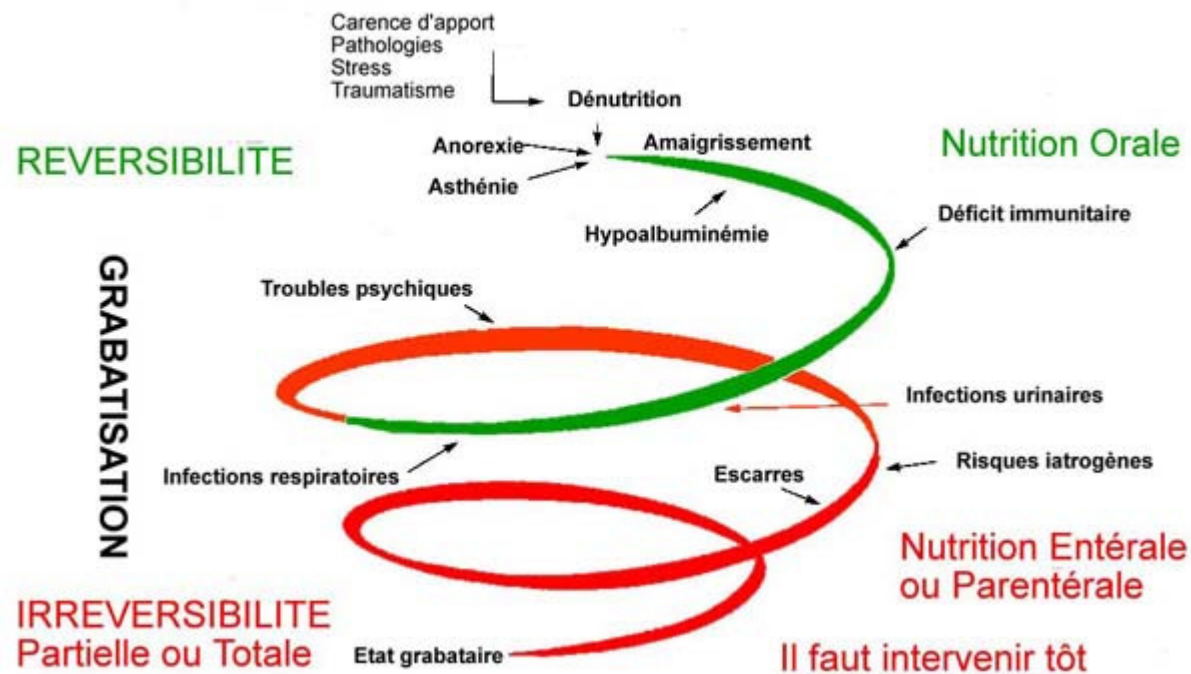


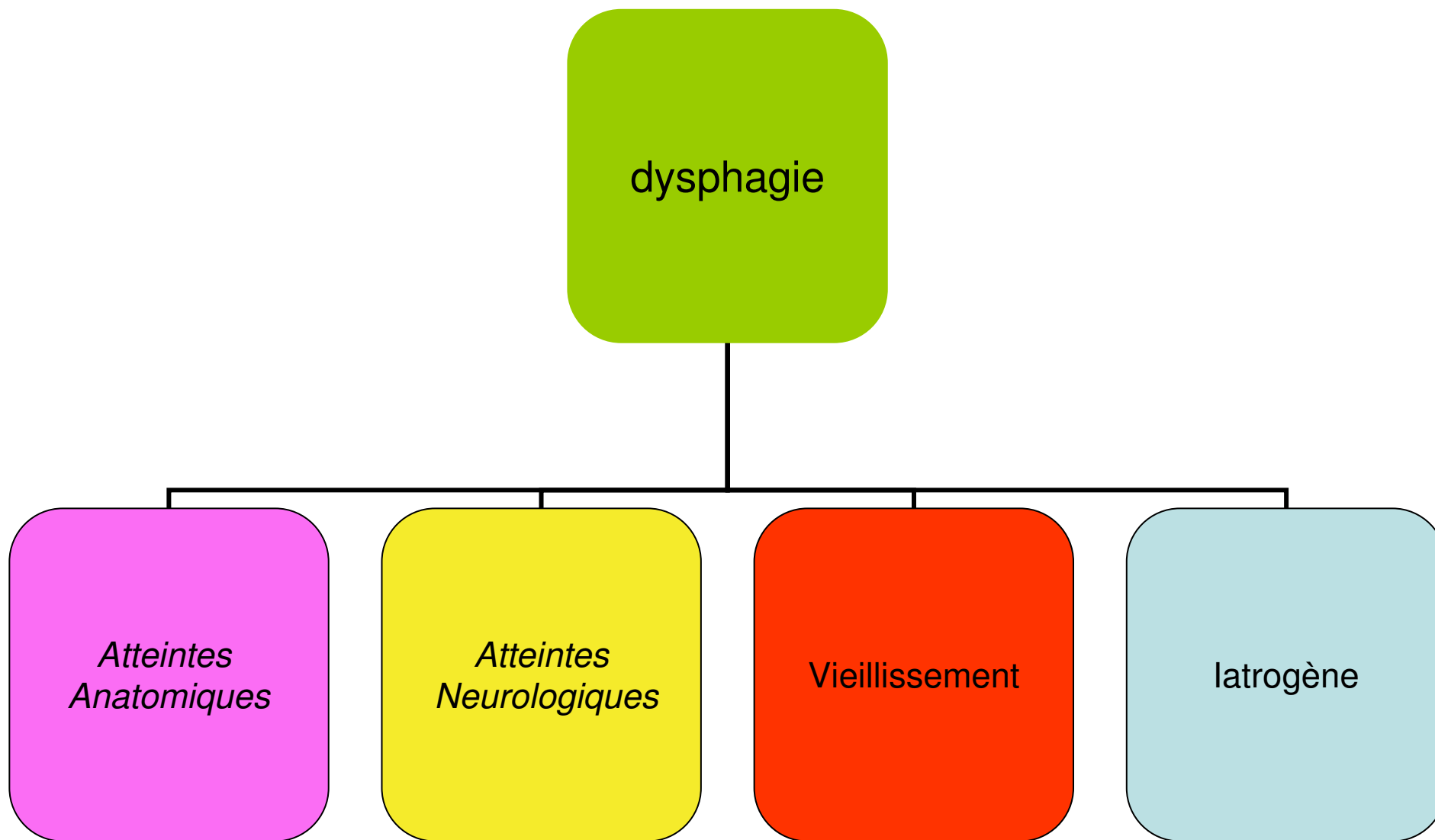
Conséquences de la dysphagie:

- **pneumonie d'inhalation**
- risques de **dénutrition** /déshydratation

**une prise en charge précoce** et spécialisée, adaptée à la symptomatologie de chaque patient est impérative pour briser le *cercle vicieux de la dénutrition*.

### La Spirale de la dénutrition (Dr Monique FERRY 1993)







# dysphagie

## Lésions anatomiques



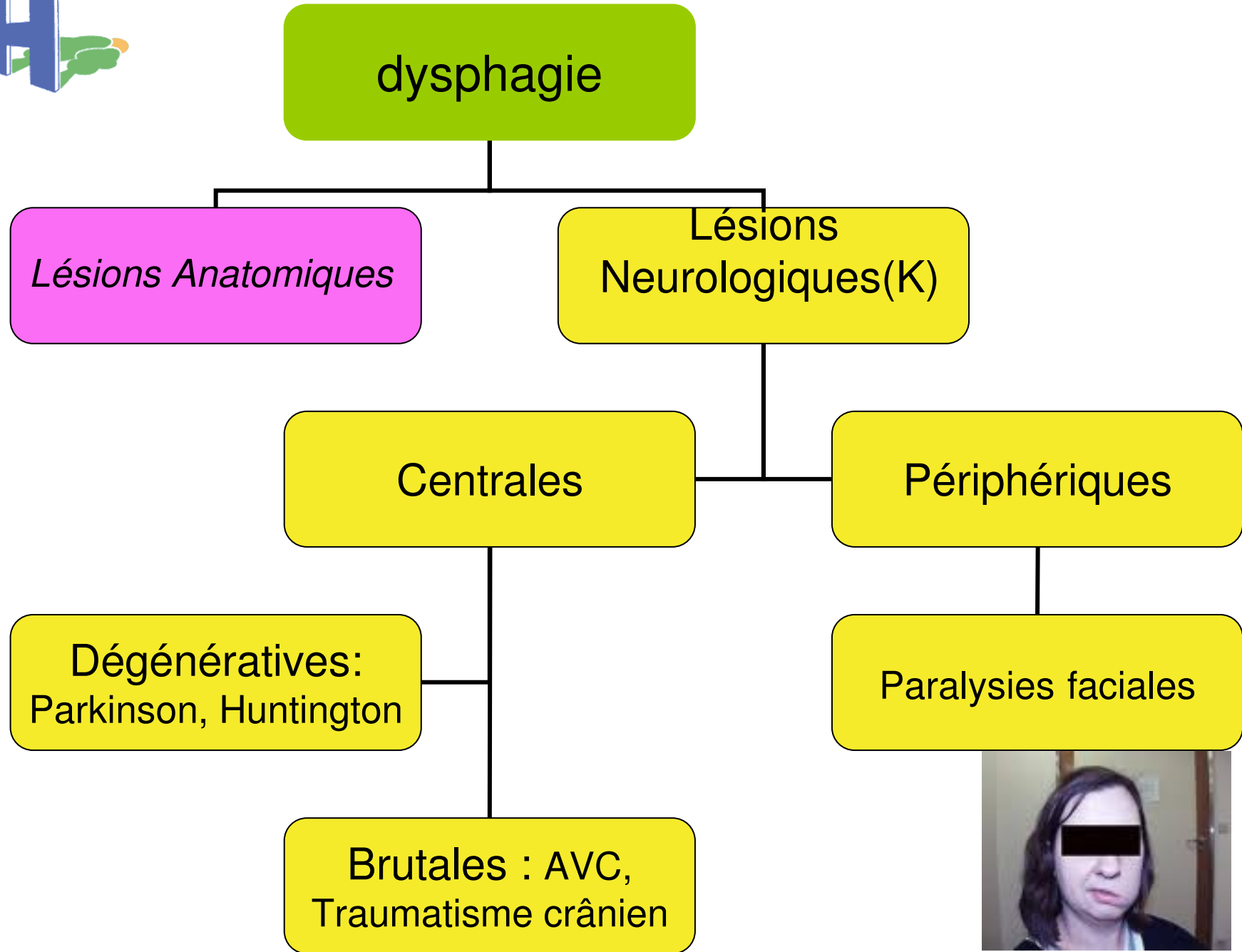
Intubation endotrachéale  
trachéotomie (K)

Infectieuses :  
Épiglottites, mucites



Structurelles :  
Tumeurs ORL,  
sténoses et compressions (K)









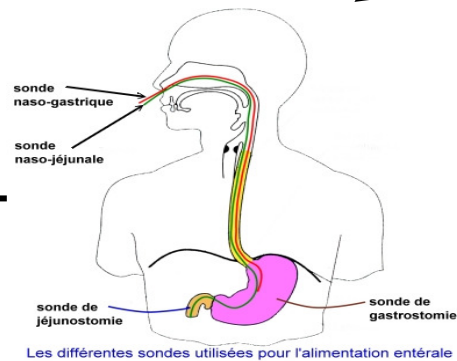
# dysphagie

*Atteintes Anatomiques*

*Atteintes Neurologiques*

*Atteintes Liée au vieillissement*

**Iatrogène**

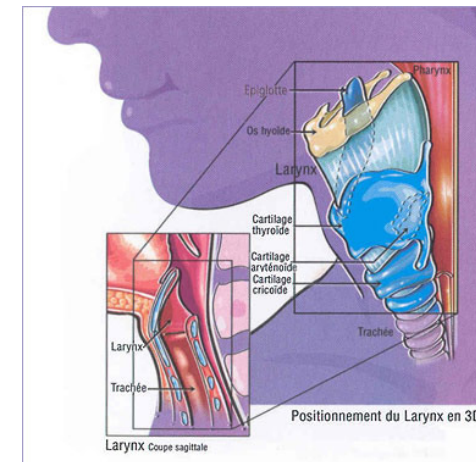


Les différentes sondes utilisées pour l'alimentation entérale



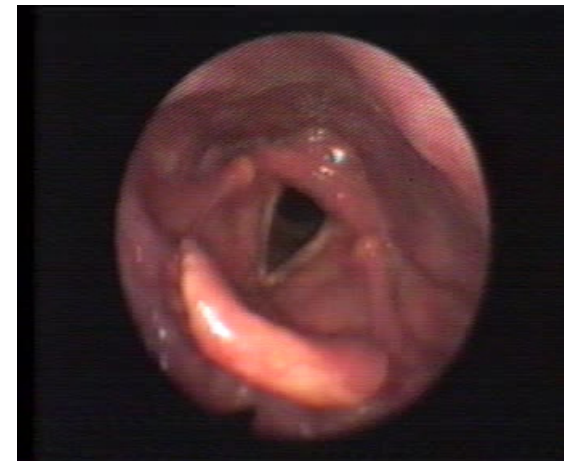
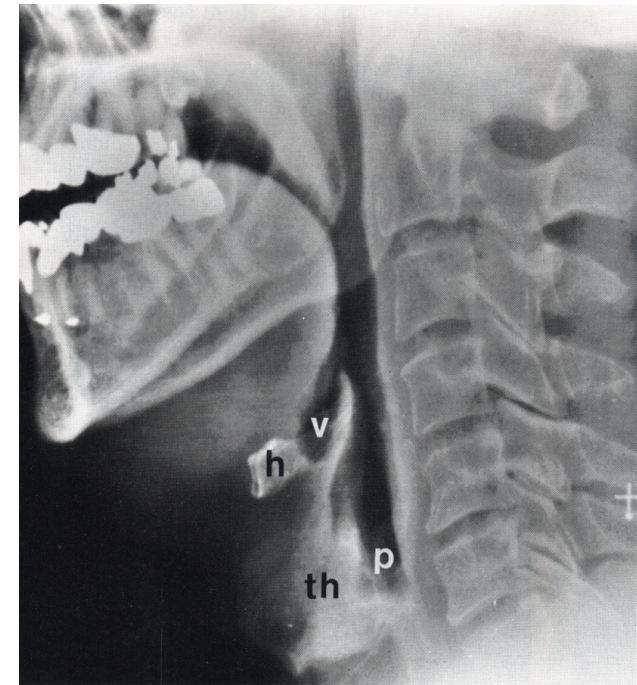
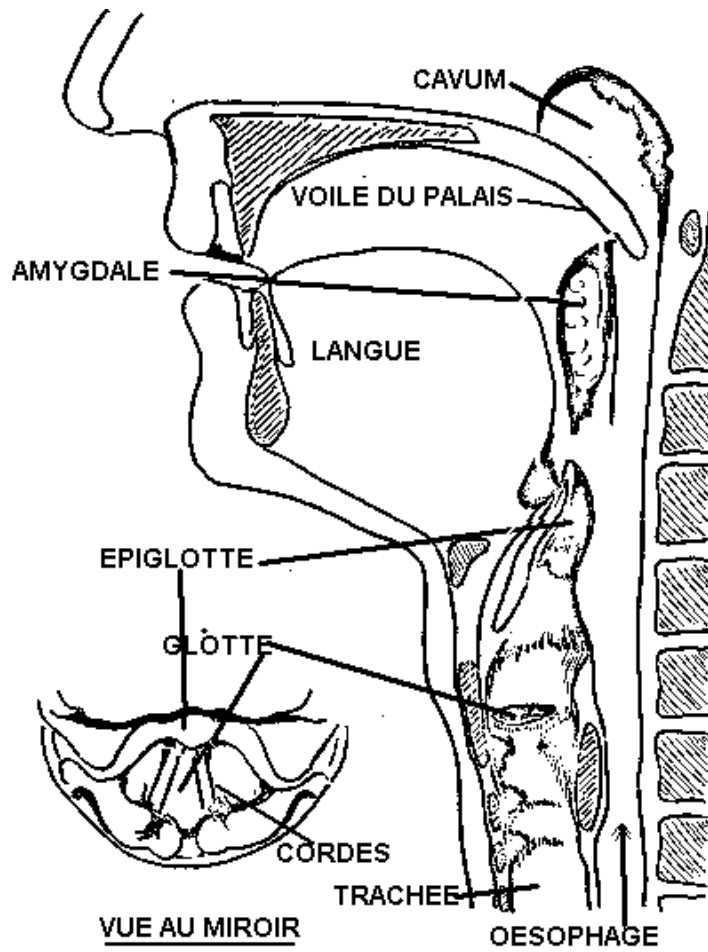


# PHYSIOLOGIE DE LA DEGLUTITION





## Structures importantes à identifier

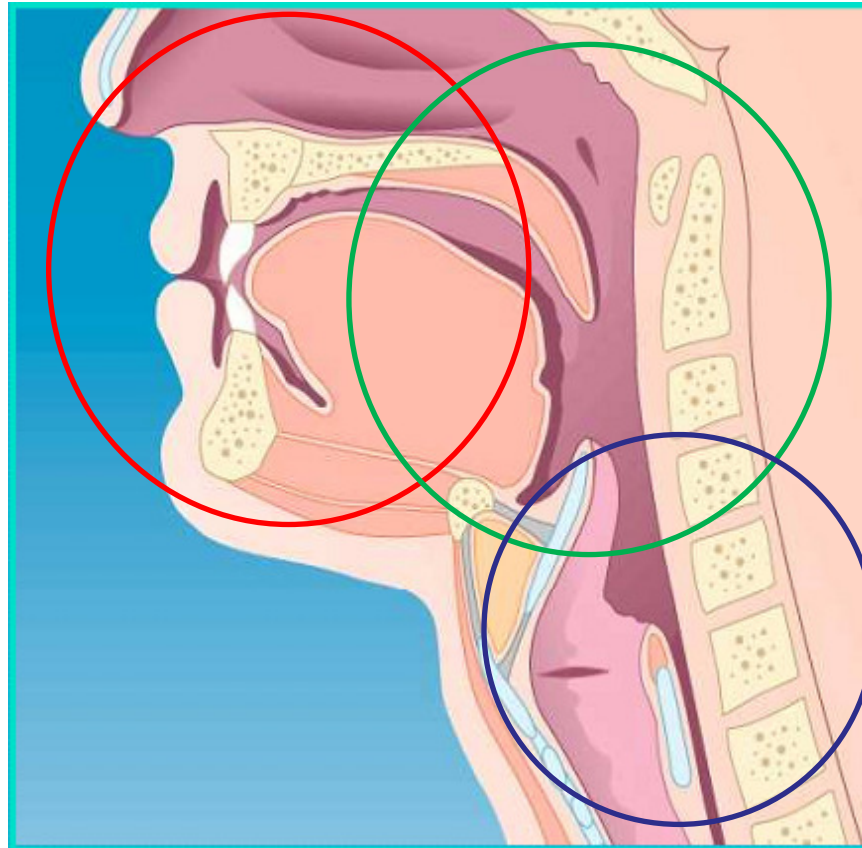




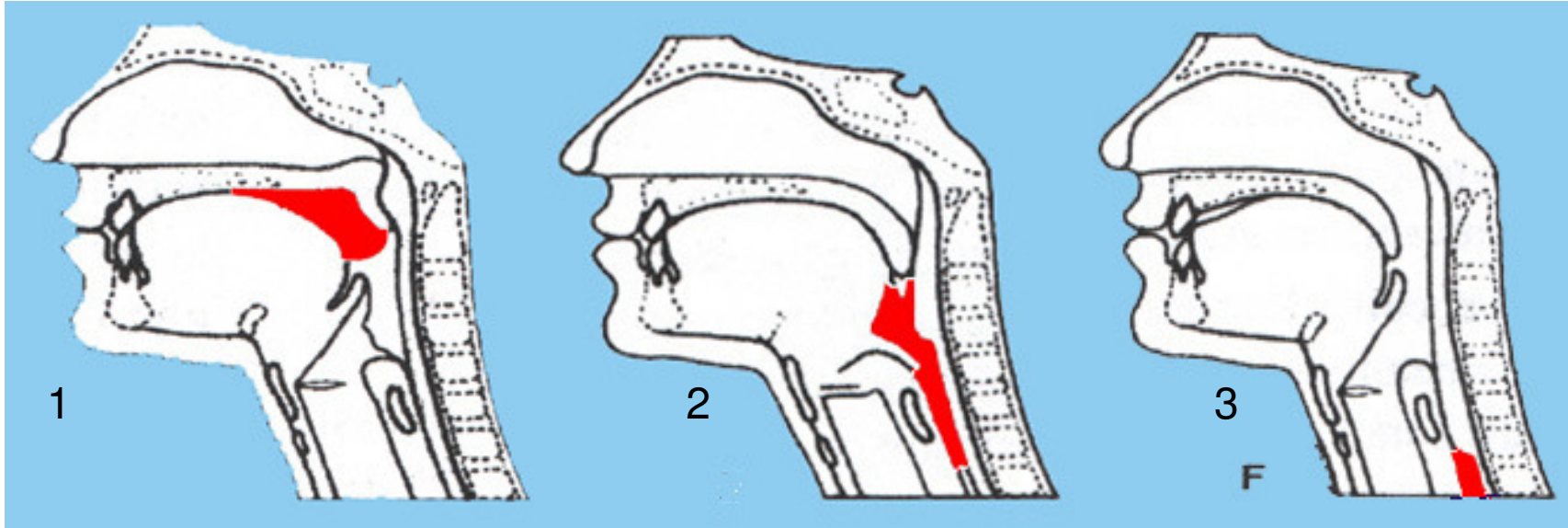
Les 3 phases:

**2/ Phase Pharyngée**

**1/ Phase Orale**



**3/Phase Œsophagienne**



Phase orale

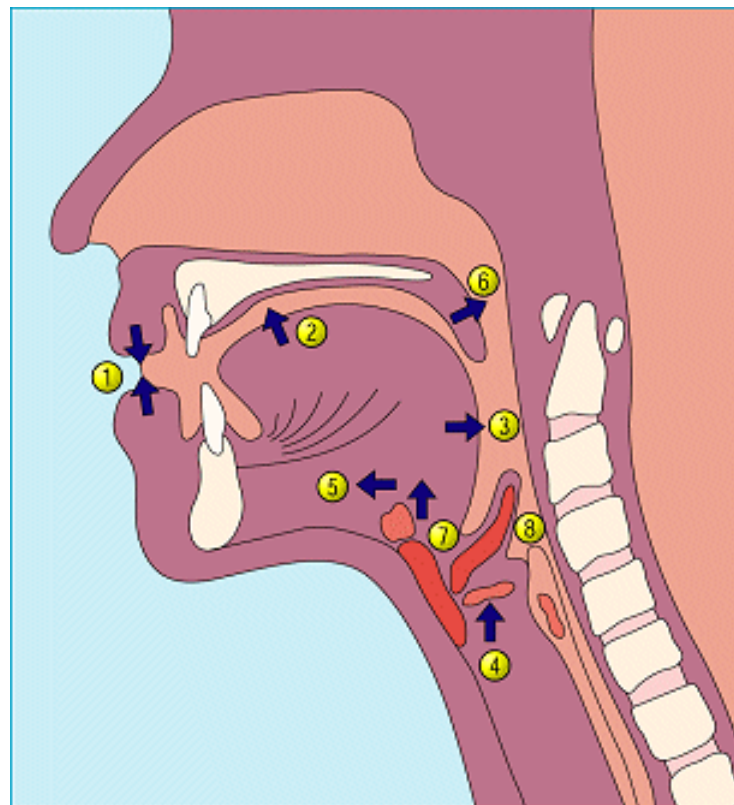
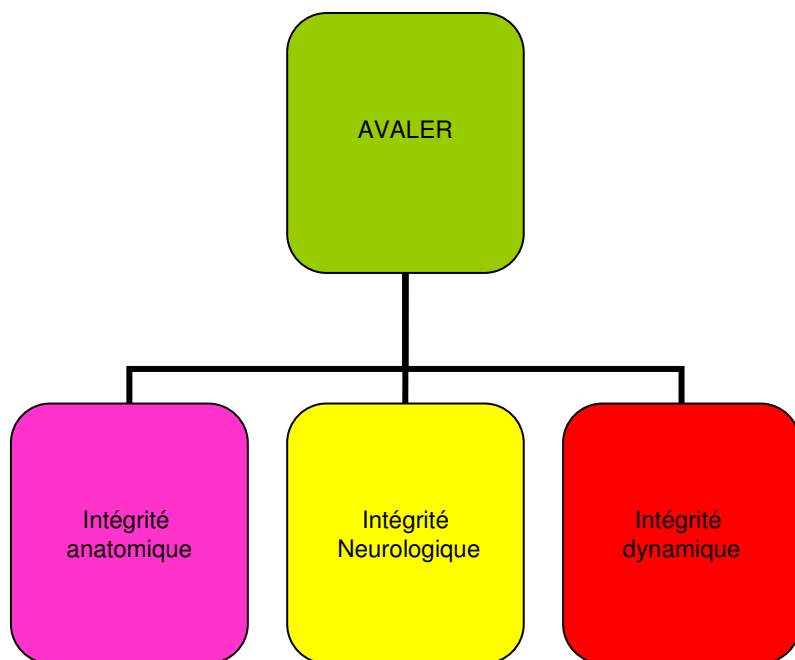
Phase pharyngée

Phase oesophagienne





# Déglutition fonctionnelle: d'après Dr G.Dessuter



Une déglutition efficace implique :

- Force musculaire suffisante
- Péristaltisme pharyngé et œsophagien efficient
- Synchronisation des ouvertures et fermetures des différents « sphincters »

# Procédure de prise en charge

1. Dépistage du trouble de la déglutition
2. Evaluation clinique
3. Évaluation instrumentale
4. Prise en charge



# 1. Dépistage

## Signes cliniques d'une dysphagie







## Plaintes spécifiques:



- Difficultés de mastication
- Bavage
- Résidus buccaux
- Blocage *haut*
- Toux avant-pendant-après la déglutition
- Blocage *bas*
- Reflux nasal
- Voix mouillée



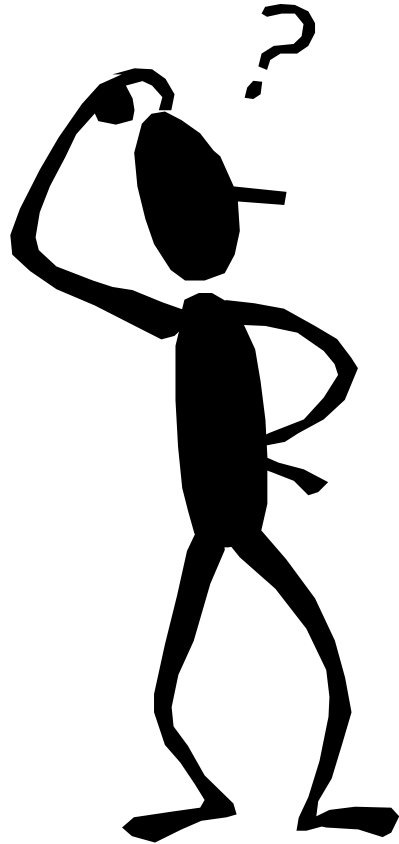


## Plaintes non spécifiques:



- Augmentation de la durée du repas
- Adaptations des consistances
- Isolements pour les repas
- Peur de manger
- Sélections d'aliments
- DEG
- fatigue
- perte de poids
- Encombrements pulmonaires...

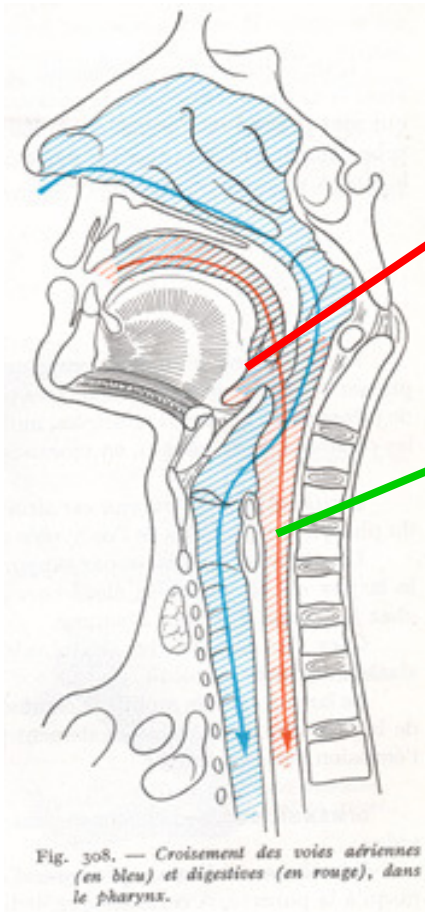




Pneumonie d'inhalation, fausse  
déglutition, aspiration....



*De quoi s'agit-il exactement?*



## Fausses routes

le contenu oropharyngé « prend une **mauvaise direction** »

Les aliments passent dans les voies respiratoires

- **Fausse route directe** avec ou sans toux

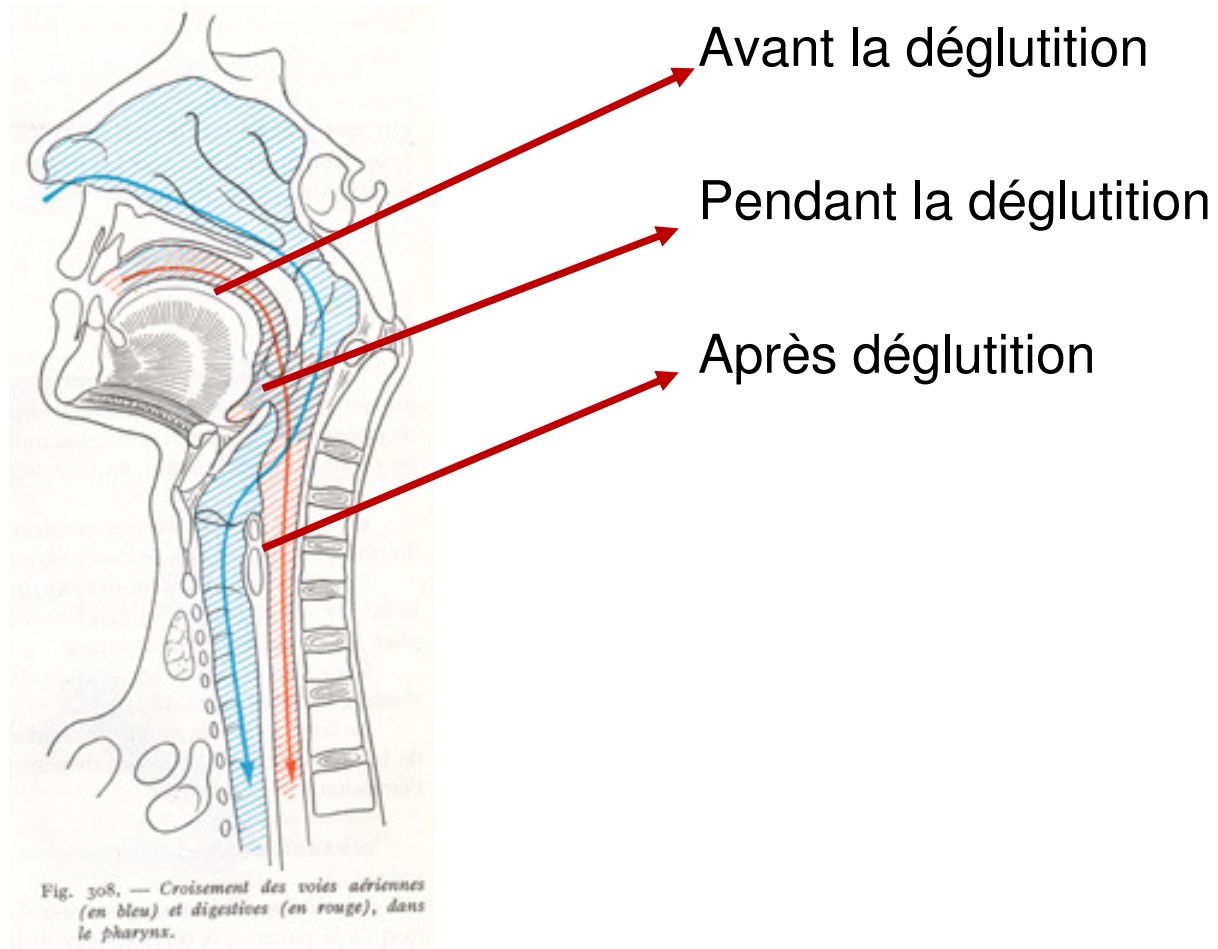
## Aspirations

Les « stases/aliments » sont **aspirés** secondairement

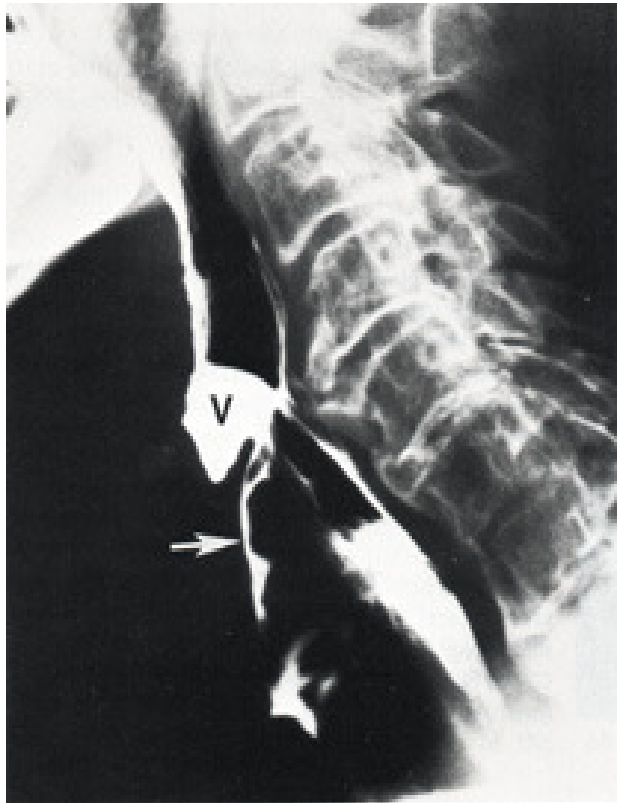
**Toux secondaire**



## LA TOUX: symptôme important



## 70% d'aspiration silencieuses



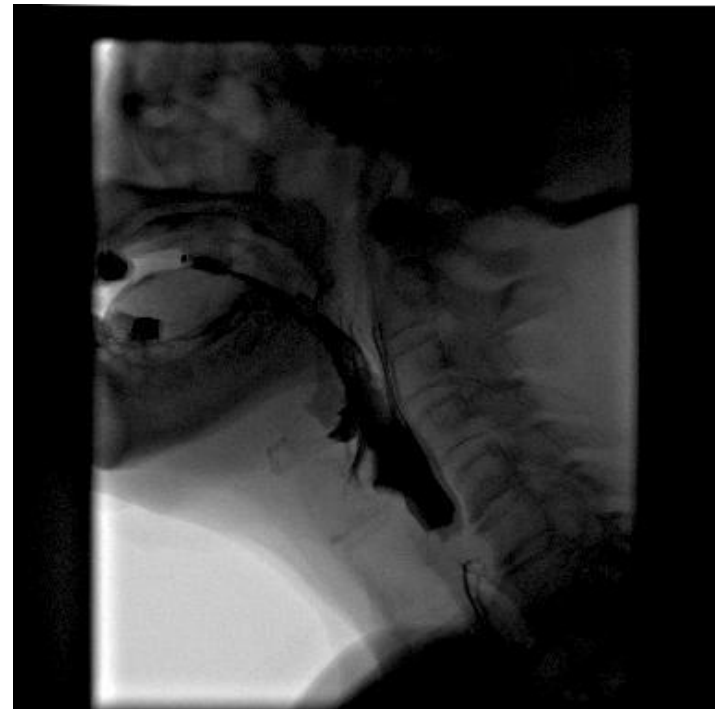
- par atteintes du SNC , n. vague,
- stases pharyngées,
- écoulement passif,
- manque d'ouverture du crico-pharyngé,
- déformation cervicale...

Les aspirations définissent le degré d'urgence de la prise en charge :

Traitement Kiné respi

Drainage bronchique

ELTGOL ,aérosolthérapie.





## 2. Evaluation Clinique et Instrumentale



## Feuille d'évaluation:

- Diagnostic
- Date d'apparition des troubles
- Type d'alimentation / hydratation
- Diabète: oui-non
- Poids / taille du patient  
albumine 38g/l à 48g/l et préalbumine 0.1g/l à 0.4g/l
- Statique générale
- Niveau de communication



# Bilan clinique



Nom du patient :

N° dossier :

Date de l'évaluation :

Antécédents :

- Chirurgicaux :
- Diabète :
- Type / mode d'alimentation :
- Perte de poids :
- Infections /encombrements pulmonaires :

Fréquence d'apparition des troubles :

Facteurs déclenchants :

Signes associés :

- Dysarthrie :
- RGO :
- Dysphonie :
- Paralysie faciale :
- Modifications goût/salive :
- Troubles vigilance/altération état général :

## Examen clinique.

### 1 Phase orale :



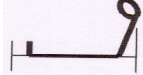
- ouverture-fermeture buccale :
- continence labiale :
- sensibilité labiale :
- motricité labiale :
- mouvements mandibulaires :
- ATM :
- tonus des joues :
- mouvements de mastication :
- qualité - amplitude mouvements linguaux :
- tonicité linguale :
- sensibilité linguale :
- sensibilité buccale :
- sens du goût :
- initiation au mouvement de déglutition :
- propulsion du bol alimentaire :
- vidange buccale :
- salive :

### 2 Phase pharyngée :

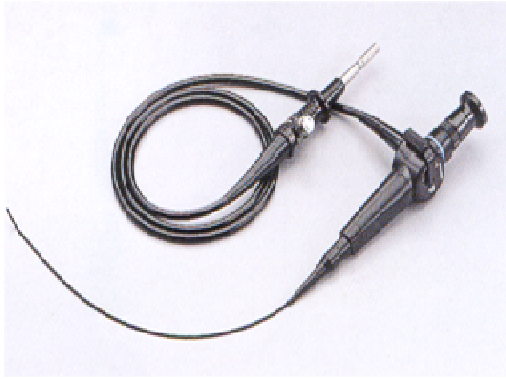
- continence postérieure :
- mobilité voile du palais :
- qualité vocale :
- présence d'un rôle pharyngé :
- déglutitions multiples :
- élévation laryngée :
- coordination respiration-déglutition :
- réflexe de toux :
- sensation de stases :
- odynophagie :

Date :  
Salle            lit

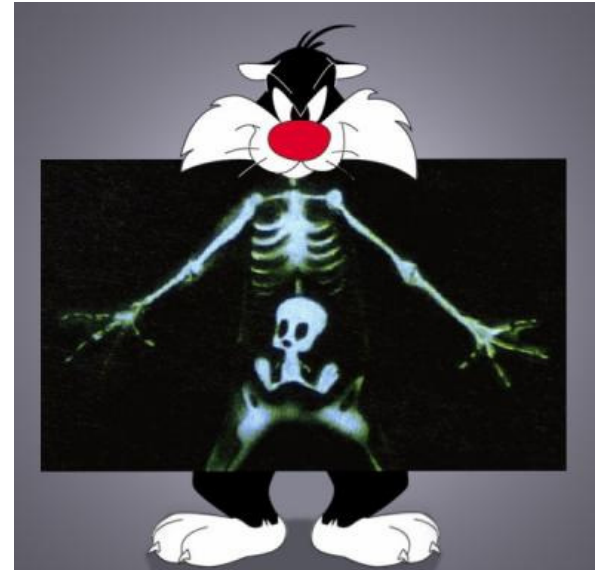
**Difficultés de déglutition**

	
 <b>Patient assis</b>	 <b>Si patient alité</b>
<b>Texture alimentaire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ SEMI –Liquide</li><li>○ MOU</li><li>○ MOULU</li><li>○ ORDINAIRE</li></ul>
<b>Poissos / SOUPE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ EPASSIES.....NUTILIS</li><li>○ ORDINAIRE</li></ul>
<b>Laisser le patient assis 30 minutes après le repas</b>	<b>Merci de votre collaboration</b>
:marques :	

# Examens fonctionnels instrumentale



Fibroscope  
FEES



Fluoroscopie  
Vidéo déglutition



**Bilan  
fonctionnel  
sous  
vidéofluor  
oscopie**

<b>IMAGE PROFIL</b> Textures : liquide L, semi-liquide SL, Solide S	<b>normal</b>	<b>perturbé</b>	<b>médiocre</b>	<b>Échec complet</b>
Contention buccale/sphincter vélo-pharyngé	<input type="checkbox"/> Pas d'écoulement	écoulement partiel par : <input type="checkbox"/> les lèvres L -SL-S <input type="checkbox"/> l'isthme du gosier L -SL-S	écoulement massif par : <input type="checkbox"/> les lèvres L -SL-S <input type="checkbox"/> l'oropharynx L -SL-S	
Praxies bucco-linguale	<input type="checkbox"/> NL	<input type="checkbox"/> nombreux mouvements langue et mandibule une partie du bolus échappe au contrôle L -SL-S	<input type="checkbox"/> nombreux mouvements inefficaces L -SL-S <input type="checkbox"/> déglutitions multiples L -SL-S	<input type="checkbox"/> malgré les efforts pas de mob. du bolus L -SL-S
Recul base de langue/ Espace langue parois post. Pharynx	<input type="checkbox"/> NL	<input type="checkbox"/> espace inf à 5mm	<input type="checkbox"/> espace important	<input type="checkbox"/> aucun contact base de langue/voile/épiglotte
Bascule d'épiglotte	<input type="checkbox"/> NL	<input type="checkbox"/> fermeture incomplète sans pénétration de contraste L -SL-S	<input type="checkbox"/> Épiglotte à 45°	<input type="checkbox"/> Pas de bascule
Mouvement de l'hyoïde	<input type="checkbox"/> NL	Réduction du mvt vers <input type="checkbox"/> l'avant <input type="checkbox"/> le haut	<input type="checkbox"/> Réduction du mvt vers l'avant et le haut	<input type="checkbox"/> Aucun mouvement
Stases vallécules	<input type="checkbox"/> absente L- C-T	<input type="checkbox"/> Présente avec L -SL-S Disparaissent après 1 dégl. à vide .	<input type="checkbox"/> Présente avec L -SL-S	
Stases sinus piriformes	<input type="checkbox"/> Absentes aux L - C - T	<input type="checkbox"/> Présentes Avec L -SL-S		
Stases hypopharynx	<input type="checkbox"/> Absentes aux L - C - T	<input type="checkbox"/> Présentes Avec L -SL-S		
Fausses routes primaires	<input type="checkbox"/> Absentes aux L - C - T	<input type="checkbox"/> Présentes aux L -SL-S		
Fausses routes secondaires	<input type="checkbox"/> Absentes aux L - C - T	<input type="checkbox"/> Présentes aux L -SL-S		
Relaxation du S.O.S	<input type="checkbox"/> NL			Dr Mathieu Dr Damry M De Gieter

# Protocol vidéo suite

## IMAGES DE FACE :

Stases sinus piriformes	<input type="checkbox"/> Absentes aux L -SL-S	<input type="checkbox"/> Présentes aux L -SL-S		
Stases vallécules	<input type="checkbox"/> Absentes aux L -SL-S	<input type="checkbox"/> Présentes aux L -SL-S		
Passage préférentiel	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> À gauche <input type="checkbox"/> À droite		
Anomalie anatomique				

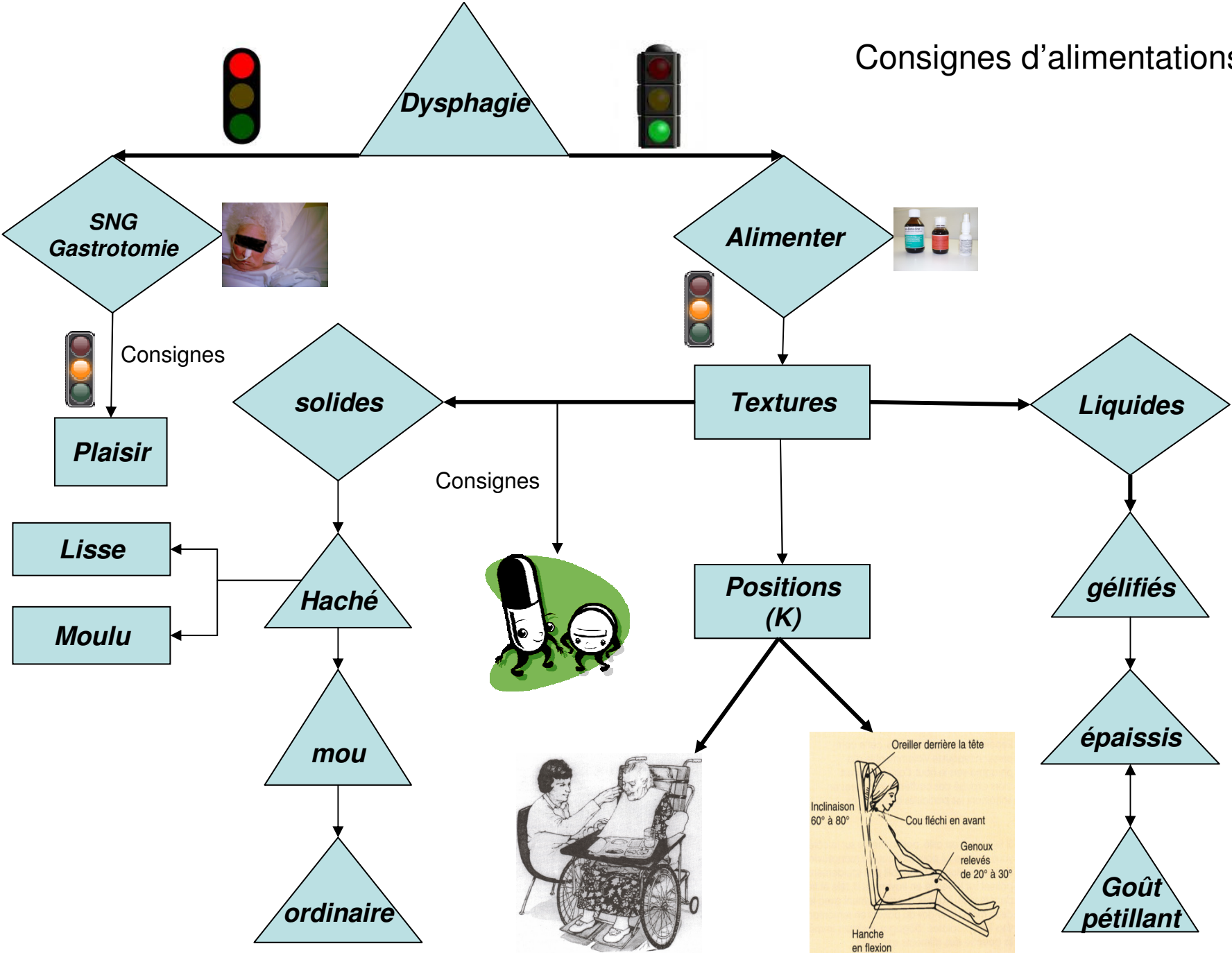
### Proposition d'alimentation :

- Rien per os     crème uniquement     semi-liquide     mou     moulu     Ordinaire
- Pas de liquide     liquide épaissis    .....mesure épaississant /100ml liq
- Liquide avec gout     tous liquides permis

### Position d'alimentation à favoriser:

Dr MathieuDr Damry  
M De Gieter

Consignes d'alimentations





# Recette



## RECETTE : COMMENT EPAISSIR UN LIQUIDE ??

### ETAPE 1



- **Verser** le liquide dans un verre

Ps : Pour améliorer le goût du liquide épaissi, vous pouvez y ajouter un arôme comme la grenadine 😊

### ETAPE 2



- Ajoutez la quantité souhaitée de Nutilus®

### ETAPE 3



- Remuez fermement avec une fourchette jusqu'à disparition complète de la poudre

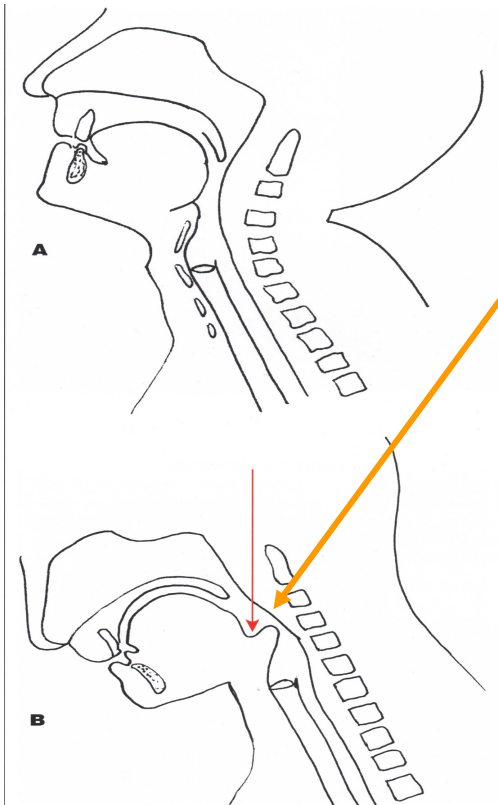
### ETAPE 4



- Laissez le mélange reposer pendant **5 minutes** jusqu'à l'obtention de la consistance souhaitée



# Protection des voies respiratoires

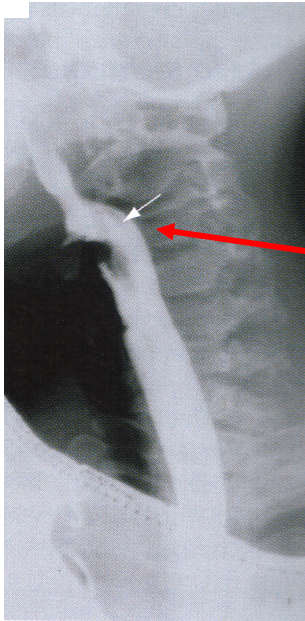


- Regard vers le bas: protège naturellement le larynx



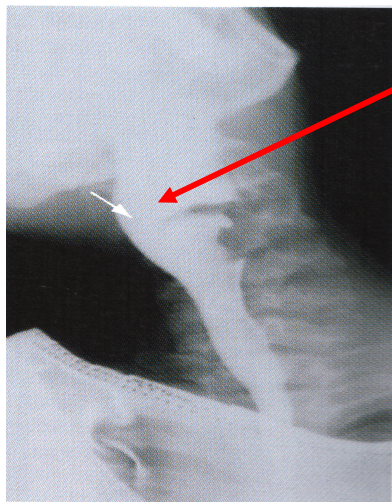


## Position de protection



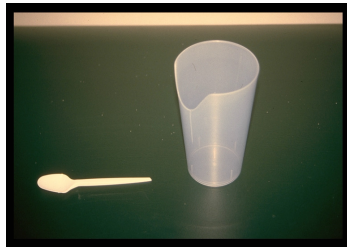
- **Rotation tête:**  
écrase le sinus piriforme homo latéral.  
**Passage en controlatéral.**  
Ex: paralysie hémipharynx droit

- **Inclinaison tête:**  
facilite le **passage** vers le sinus piriforme **homo latéral**



- Ex : passage préférentiel 1/2 pharynx droit  
= inclinaison de la tête à droite

## Quelques éléments utiles



Cf ERGOTHERAPEUTE



## Prise en charge pluridisciplinaire:

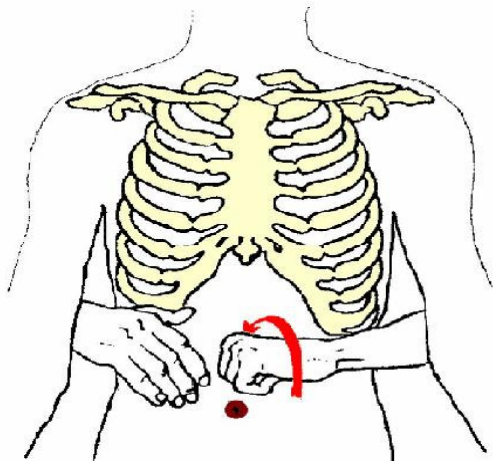


ghp020 www.fotosearch.fr



- L'équipe nursing veille à suivre les consignes établies (**communication**)
- Elle assure le suivi quotidien des soins.
- Les cuisinier(ère)s assurent la texture demandée.
- L'ergo conseille quant au matériel à utiliser et observe le repas.
- La diététicienne assure le suivi nutritionnel.
- Kiné/logos revalident le patient et/ou entretiennent la fonction.

# Si malgré les précautions il y a fausse déglutition



Place fist above navel while grasping fist with other hand. Leaning over a chair or counter-top, drive your fist towards yourself with an upward thrust

© ADAM, Inc.

La manœuvre de Heimlich

Problèmes pratiques liés à ce type de prise en charge interdisciplinaire:

- Tous ces paramédicaux ne sont pas présents dans tous les services (Hôpitaux, MR, MRS)
- Connaissance parfois approximative de la dysphagie sur le terrain d'où un besoin d'informations répétées et un besoin de « traduction du jargon dysphagique/texture »
- Gestion du temps: La dysphagie doit être traitée parallèlement à la pathologie initiale
  - des séances de soin
    - > problèmes de tarification de séances logo/kiné (remboursements)
  - de durée des repas/ redistribution des tâches??
    - > actes pouvant être délégués par les infirmières aux aides soignantes
- Besoin de **définir le rôle** de chaque paramédicaux dans la prise en charge interdisciplinaire pour élaborer un **projet thérapeutique** réaliste et savoir **ce que chacun des intervenants fait** selon sa formation pour savoir **ce que l'on peut attendre** les uns des autres.



Rôle du Kiné



## Rôle du kinésithérapeute:

« Deux » types de prise en charge sont à envisager:

- Générale
- Spécialisée

Prise en charge « générale »

### ► Kinésithérapie respiratoire:

Prévention « contamination »

Prévention/ gestion de l'encombrement pulmonaire BPCO

Récupération/entretien de la fonction respiratoire

Amélioration de la coordination respiration-apnée déglutition

### - Kinésithérapie posturale:

Mobilisation active et passive du tronc, des épaules et de la colonne cervicale « Chin-thuk »

Renforcement musculaire

### ► Kinésithérapie post- chirurgie /radiothérapie ORL

Rééducation de l'Articulation Temporo Mandibulaire cf Ch.Fauconnier

Prise en charge des cicatrices

Détente de la région cervico faciale et scapulaire

1L eau tiède + 9 g sel marin



Kiné respiratoire:

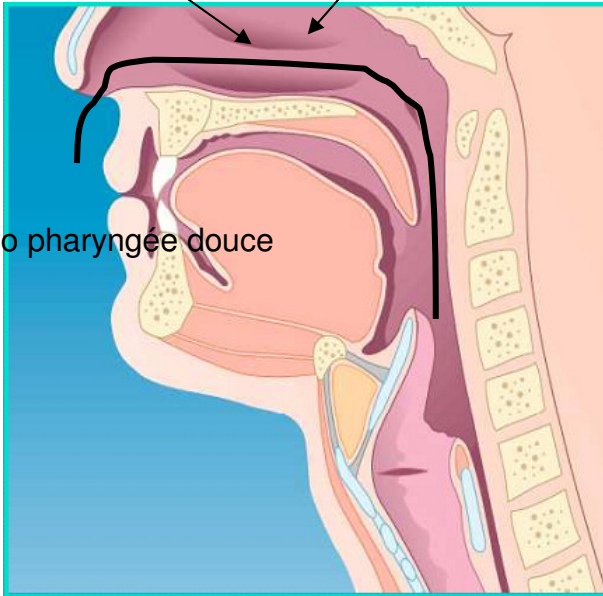
Prévention « contamination »

- par drainage des sécrétions nasales (FD)

contre-indications:

Chir. Maxillofaciale ,trombopénie,  
épistaxis

Aspiration naso pharyngée douce

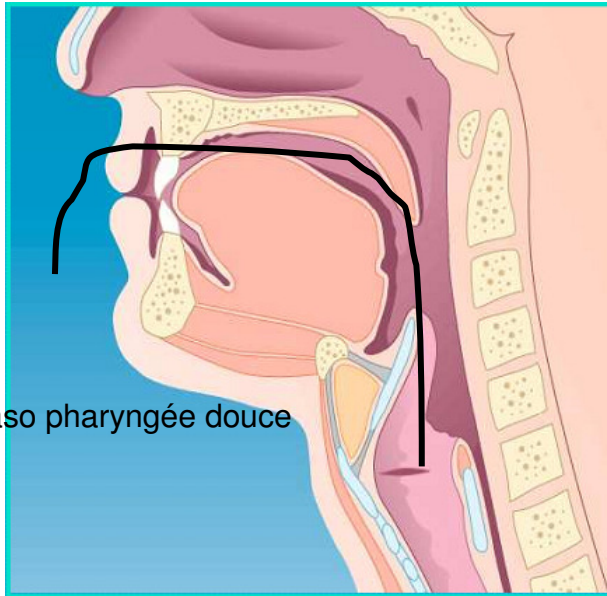


- Aspiration nasale:

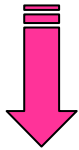
évite la contamination par  
fausse déglutition nocturne de mucus  
contaminé

peut diminuer les écoulements  
passifs vers les vallécules qui  
favorisent les fausses routes  
alimentaires

# Prévention/ gestion de l'encombrement pulmonaire



Aspiration naso pharyngée douce



Examen clinique

Aérosolthérapie



Flutter



ELTEGOL

- Désencombrement bronchique:
  - Augmentation du flux expiratoire
  - Aspiration nasopharyngée



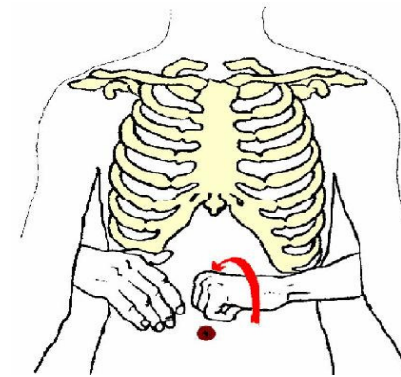
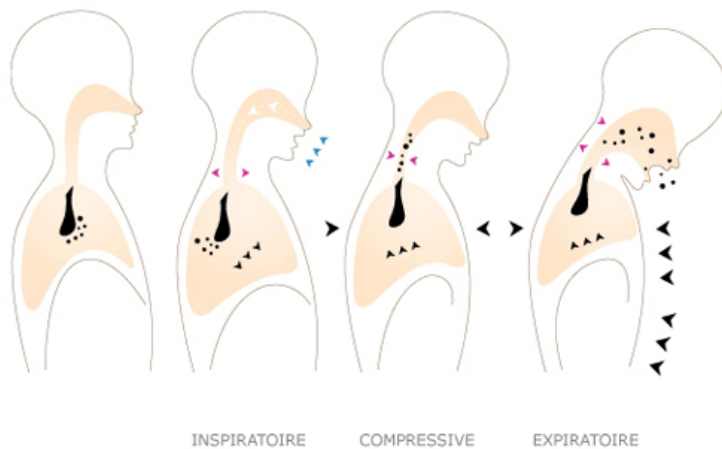
« La Ventilation Non-Invasive » place grandissante en gériatrie mais peu indiquée en cas de FD avec déficit d'ascension laryngée



## Récupération/entretien de la fonction respiratoire

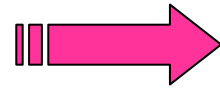
- Exercices non spécifiques: marche/mob
- Exercices respiratoires spécifiques:
  - Spirométrie insitative augmente le volume inspiratoire/expiratoire
  - une rééducation à la toux:

LES 3 PHASES DE LA TOUX



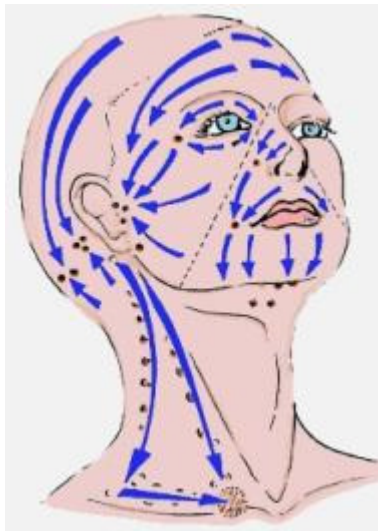
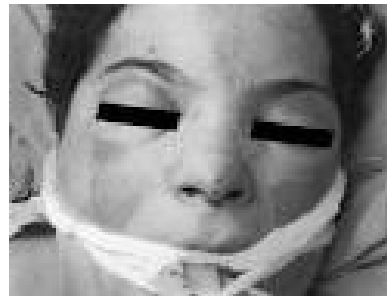
Manœuvre de Heimlich

Toux efficace si débit expiratoire  $\geq 270$  l/min  
Toux assisté si D.E.  $\leq 160$  l/min



## Kinésithérapie post- chirurgie

- drainage lymphatique de la face/ cou
- Mobilisation des cicatrices



- avant l'ablation des points en post op immédiat
  - > de J 0 à J 10  
Manœuvres douces / DLM
  - > de J 10 à J 60 Pétrissage/décollement progressif en rapprochant les berges cicatricielles (hypertrophie physiologique D+,R+ adhérence)
  - > de J 60 à 90 maintien de la souplesse, glissement des facias

## Traitement des cicatrices: endo buccale

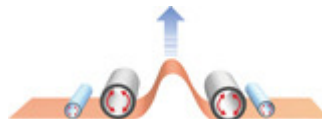


Cicatrices rétractiles : peuvent gêner la fonction de déglutition

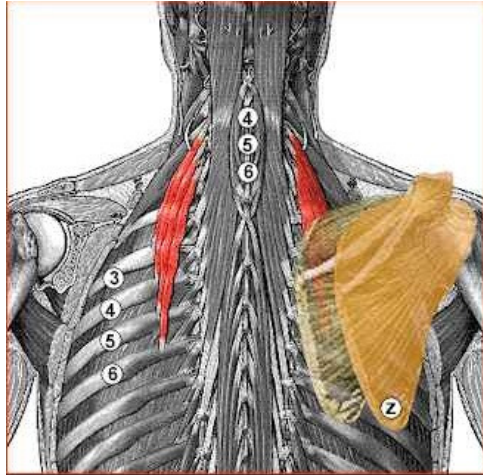
- > Pétrissages: assouplissement
- > Palper rouler: défibroser, aussi utilisés pour les région non opérées soumises aux rayons
- > La dépressothérapie : 400 à 500mmHG cicatrice rétractiles 600 à 800 mmHG cicatrice adhérentes



(C) E.PIERARD  
Site FMC Dermatologie

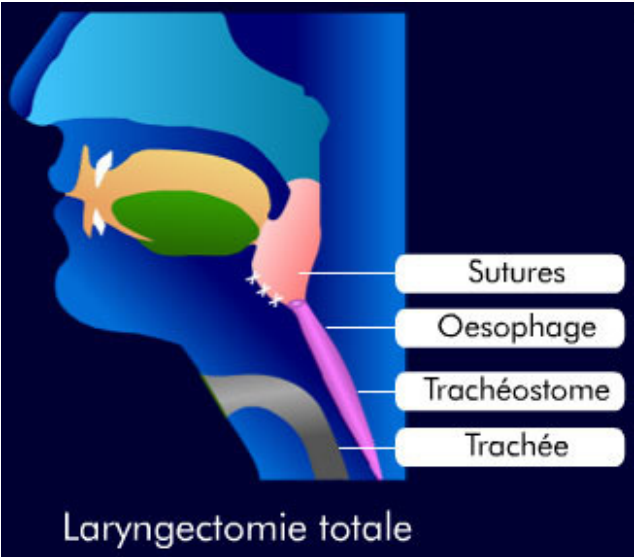
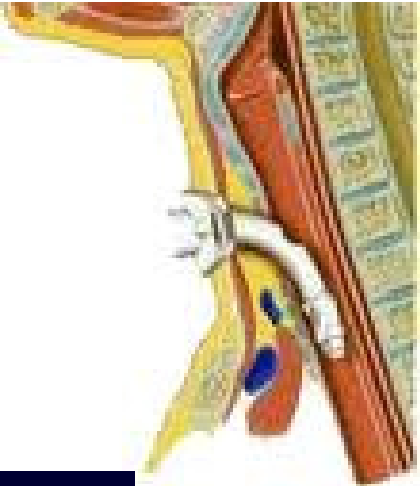


## Traiter la posture

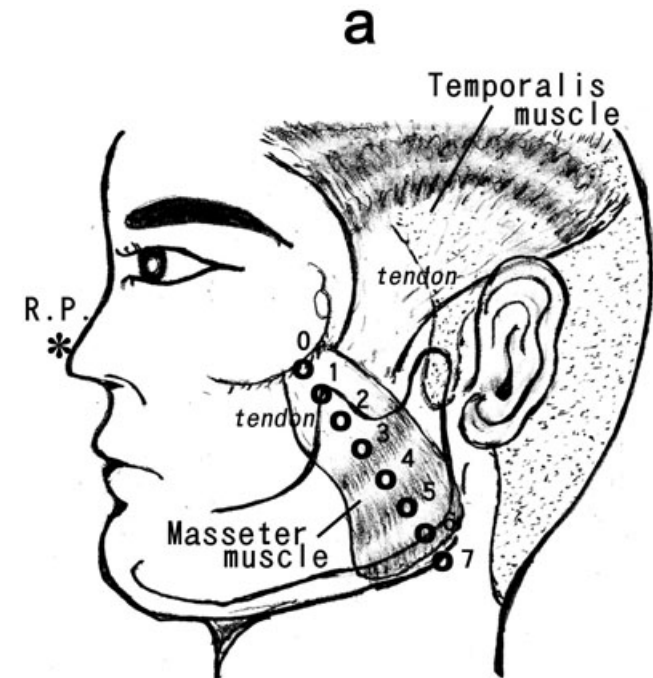
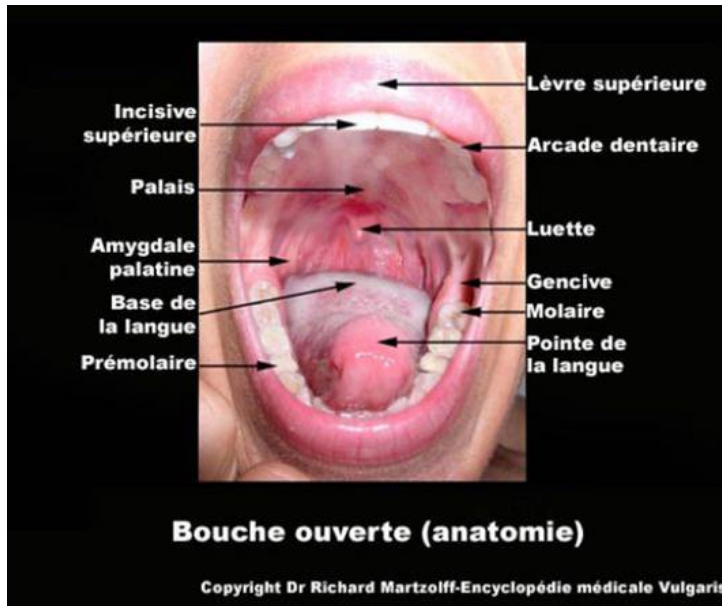


- Mobilisation scapulaire ,laryngée cervicale
- Détente cervico-faciale:
  - Avant l'alimentation ex maladie de Parkinson, hypertonie chez les IMC, traumatisé crânien
  - Après les interventions Orl D+ scapulaire ,D+ de nuque gêne à la déglutition
  - Présence d'une trachéotomie: effort respiratoire, effort à la déglutition effort d'élocution **canule parlante**
  - Dysphagie « psychogène »

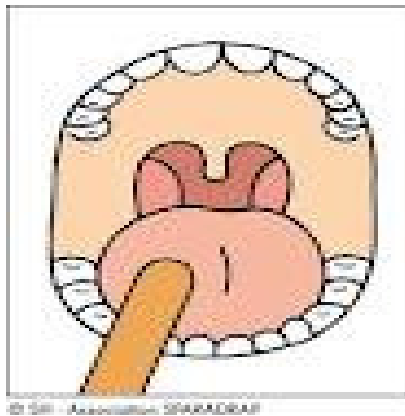
Présence de la trachéo perturbe la déglutition



# Traitement spécialisé

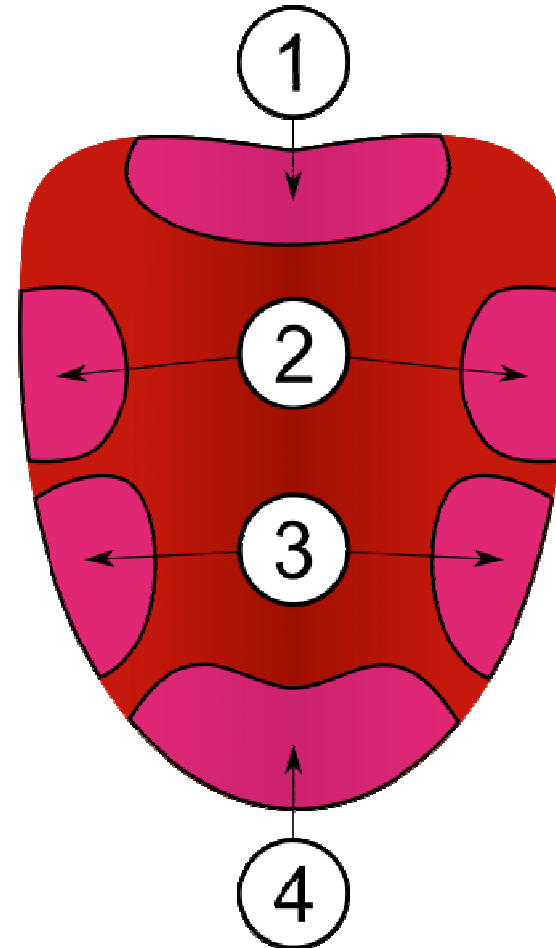
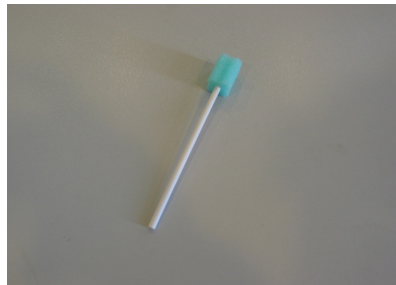


Feedback avec EMG surface



# Stimulations sensibles et sensorielles

- Températures opposées > sensibilité
- Goût & odorat
  - Amer
  - Acide
  - Salé
  - Sucré





## Travail contre résistance

### Travail avec le Feedback

*études de J Robbins et coll. dans P De 70 à 89 ans«the journal of the American Geriatrics society» septembre 2005 suggère que la pratique*

- EX /R contre résistance de la languependant
- Durée 8 semaines
- Résultats




**Améliore** la qualité de la déglutition en agissant sur la vitesse de progression du bol alimentaire ( **V est augmentée** en moyenne de **5,1%** )

Conséquence:

Diminue les risques d'aspiration par un meilleur recul de la base de la langue.



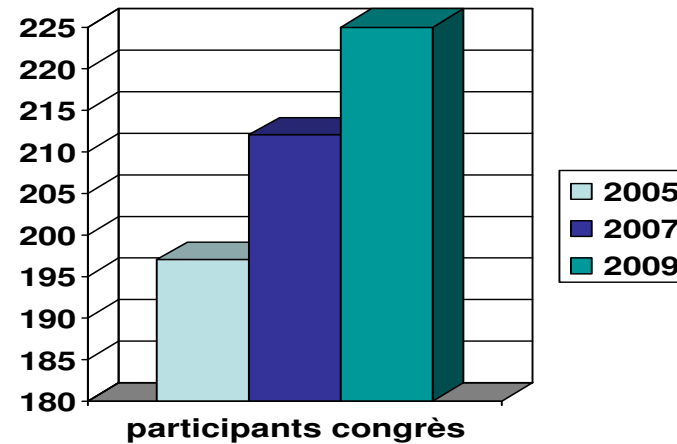


RééducationSP	Indication	Efficacité	Résultats	Aide techniques
Stimulation thermoactile de Logemann	Retard d'initiation du réflexe de déglutition	Clinique	Non validé a long terme	Miroirs laryngé
Renforcement labial	Bavage, hypotonie, difficulté de préhension	Clinique	+++	
Renforcement jugal	Problème de contenance buccale	Clinique	+++	
Renforcement lingual	Déficit de propulsion, de formation du bolus	Étude de Pourderoux	+++	
Electrostimulation	Hypotonie, déficit d'amplitude de mouvement Incidence sur la coordination	Études contardictoire contradictoires	Récupération +/-	
Feedback	Déficit de coordination respi/déglut	Nombreuses études		
EMG de surface	Défaut de coordination			Swallowing station
Renforcement des m .respiratoire	Encombrement, déficit d'élévation laryngé	Sapiensa et Weeler	Effet favorable sur les M. Sous mentonniers	Spiromètre insitatif, bouteille d'eau

# Conclusion

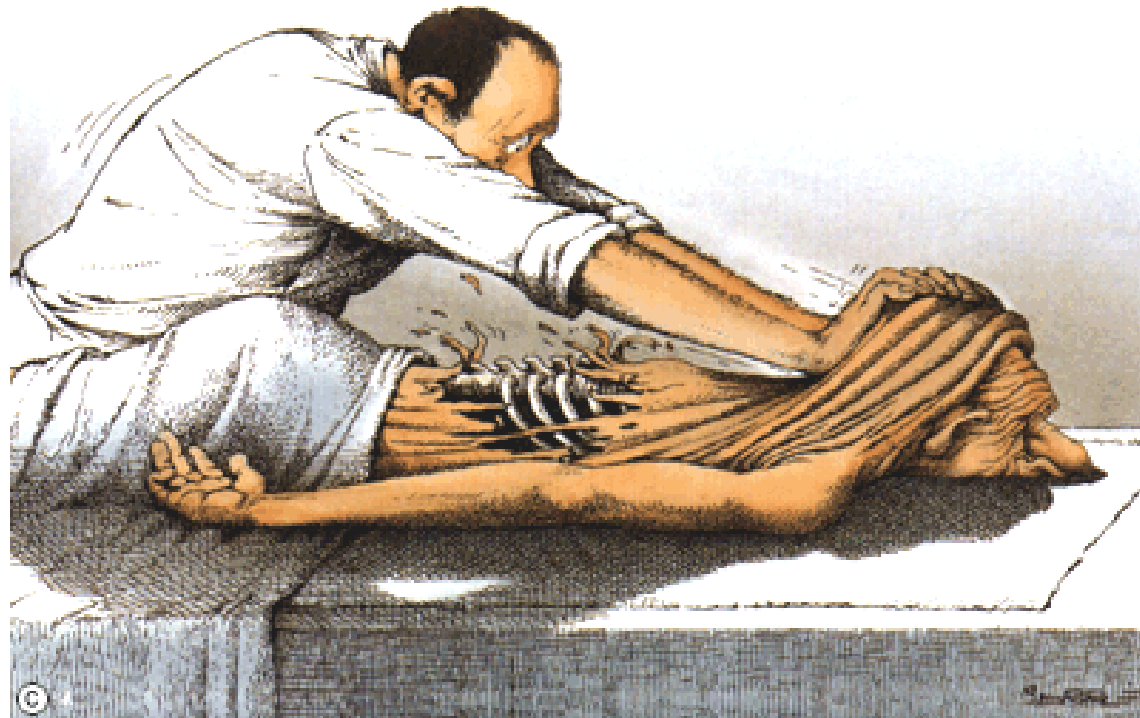
- La dysphagie c'est 44232 références sur Pub Med dont trop peu sont encore réalisées sur la rééducation kinésithérapique .

- Symposium tous les 2 ans



- C'est aussi un carrefour où de nombreux thérapeutes peuvent partager leur **connaissances** et leur **savoir faire** pour assurer une continuité et une qualité de soin au patient dans le but d'améliorer sa qualité de vie.

Merci pour votre attention



Merci de votre attention