

# Complémentarité de la prise en charge logo/kiné

## Symposium dysphagie 26-10-2007

M. De Gieter – Kinésithérapeute

M. Modard – Logopède

CHU-Brugmann

# Plan

- Introduction
- Complémentarité et spécificité Logo-kiné
- Pôles d'activités:
  - A. Neurologie
  - B. Gériatrie
  - C. Cervico-facial
- Réadaptation logo et kiné
  - en général
  - en particulier
- Conclusion

# Introduction

De nombreux auteurs soulignent l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire des troubles de la déglutition. *Bleeckx, Cott & Coll, Pourderoux, Kawashima*

Le pronostic vital du patient pouvant être assombri par la présence de pneumonie d'inhalation et/ou une dénutrition sévère, une prise en charge précoce et spécialisée, adaptée à la symptomatologie de chaque patient est impérative

Après avoir établi un bilan clinique spécifique, et mis en place toute une série de consignes alimentaires et/ou positionnelles, l'objectif du traitement sera la réadaptation de la fonction de déglutition selon la symptomatologie du patient.

# Complémentarité de la prise en charge logo - kiné

## Logo: Objectifs et moyens selon bilan clinique

- mobilisation active du patient  
(mvts.volontaires praxiques et autres)
- suivi des objectifs via exercices plus spécifiquement langagiers

# Complémentarité de la prise en charge logo - kiné

- Kiné: Techniques utilisées en fonction des objectifs définis par le bilan clinique.
  - Massage: stimulation extéroceptive  
drainage lymphatique, étirement
  - kiné respi, aérosolthérapie
  - mobilisation active, passive de la tête, du cou, de la langue et de l'Articulation Temporo Mandibulaire
  - stimulations sensibles et sensorielles
  - physiothérapie...

# Pôles d'activités déglutition

A. Neurologie

B. Gériatrie

C. Cervico-facial

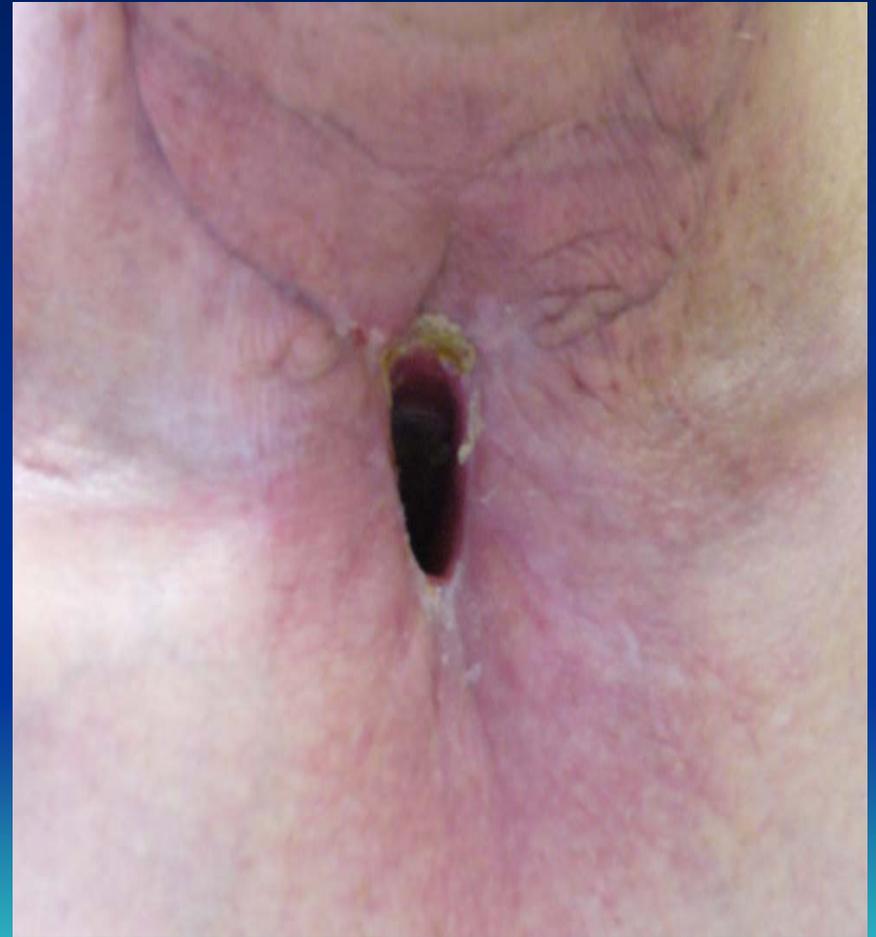
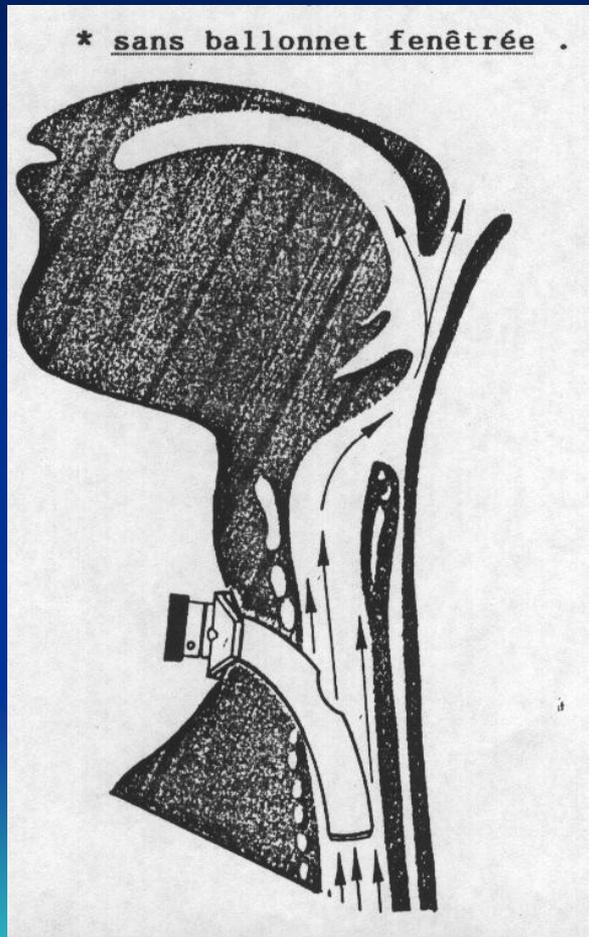
- Neurologie: *AVC, Parkinson, démence d'Alzheimer, maladie de Huntington, SLA*
- Gériatrie: *DEG, déshydratation /dénutrition, encombrement pulmonaire*
- Médecine: pneumologie, USI
- ORL: pathologies cervico-faciales, PU/BCV

# Réadaptation logo/kiné de manière générale

# Travail de préparation & de reprise de la déglutition

- 1- Drainage bronchique
- 2- Stimulations sensibles et sensorielles
- 3- Travail praxique
- 4- Manœuvres de mobilisation du larynx
- 5- Stratégies compensatoires
- 6- Détente cervico-scapulaire

# 1- Drainage bronchique



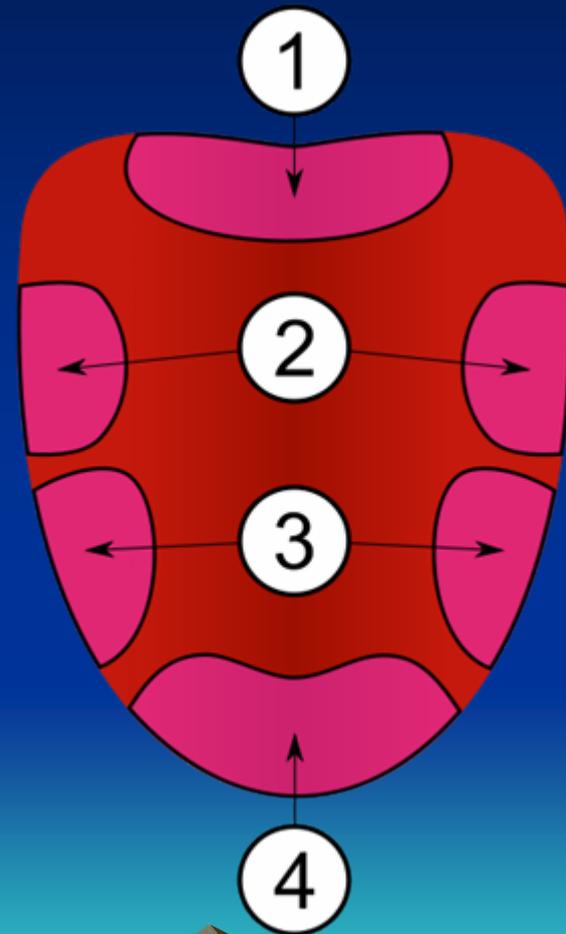
# 1- Drainage bronchique

- Éliminer sécrétions
- Limiter la stase salivaire
- Protéger VAS
- Mobiliser structures pharyngo-laryngées
- Travail de la respiration costo-diaphragmatique



## 2 - *Stimulations sensibles et sensorielles*

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



# 3 - Travail pratique

- **Langue:** tonus BDL > recul de BDL, propulsion bol alimentaire, fermeture efficace VAS & mobilisation verticale du larynx
  - Praxies & ex contre-résistance
  - Phonèmes postérieurs
- **Joues:** rassemblement & propulsion bol alimentaire
- **Lèvres:** tonifier occlusion labiale
- **VP:** prévenir reflux nasaux; contraction piliers post. du VP > mvt. ascension larynx
- **Larynx:** glottage, apnée, mvts. linguaux antéro-postérieurs

# 4 - *Manœuvres de mobilisation du larynx*

- Déglutition “supraglottique”
  - Mettre aliment en bouche
  - Inspiration par nez
  - Posture de sécurité (tête vers avt, côté,...)
  - Bloquer respiration
  - Avaler la bouchée
  - Tousser ou râcler la gorge
  - Réavaler (mêmes conditions) ou cracher
- Déglutition “super-supraglottique”
  - Idem + pression mains à l’apnée

# 5 - *Stratégies compensatoires*

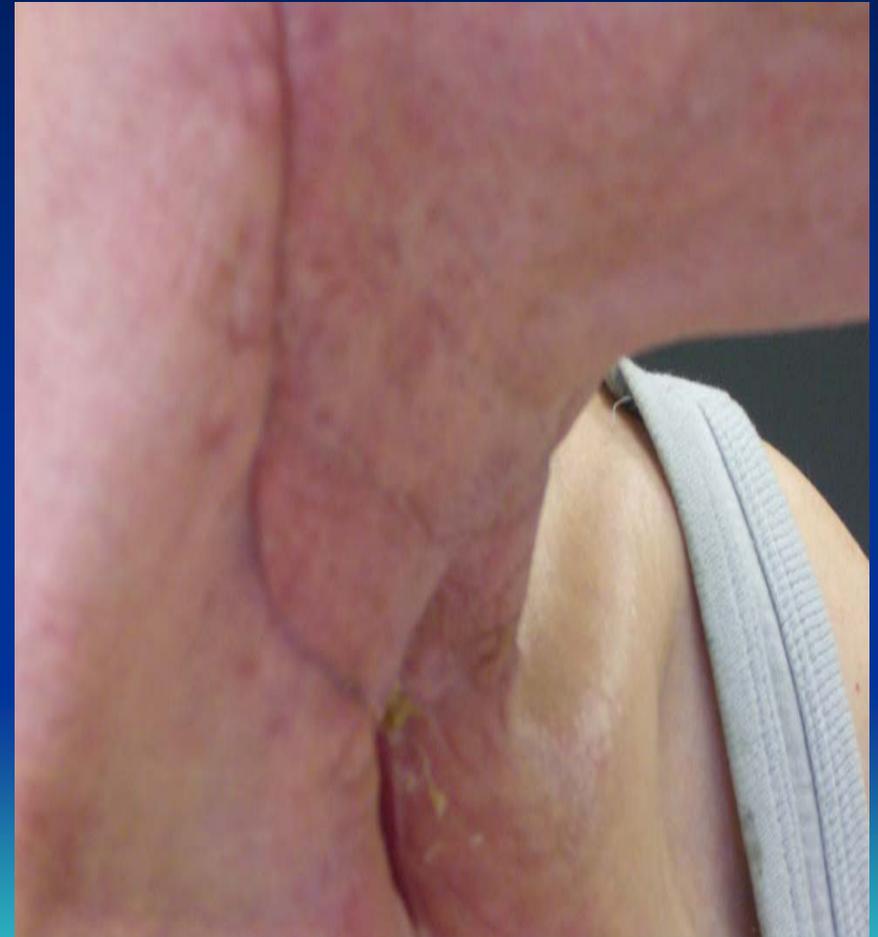
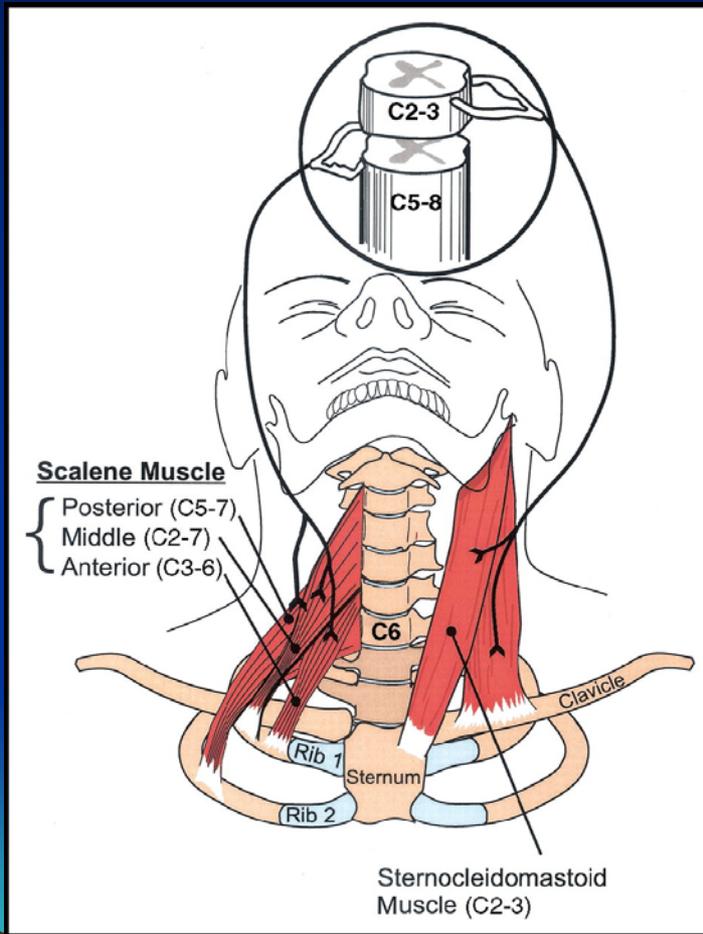
- *Double ou triple déglutition*: vidange buccale & pharyngée
- *Déglutition forcée*: rétropulsion & pression linguale (stases valléculaires)
- *Flexion lat tête côté sain* : diriger bolus côté sain ds. bouche ou pharynx
- *Rotation lat. tête côté opéré ou paralysé*: diriger bolus vers sinus piriforme sain en écrasant sinus piriforme flasque

# 6 - *Détente cervico-scapulaire*

- Massage et mobilisation cervical et facial.
- Drainage lymphatique de la tête et du cou
- Décollement de la cicatrice (ventouses, aspivenin)



# 6 - Détente cervico-scapulaire



# Kinésithérapie de la déglutition



- Tonification musculaire (kay)  
cf. étude de J Robbins
- Travail avec le FeedBack

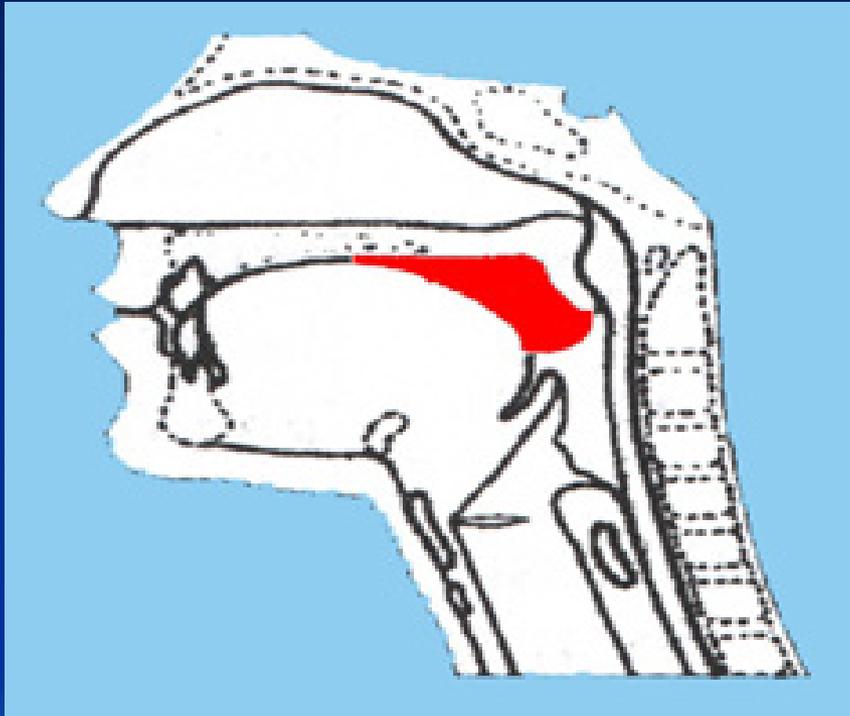
# Kinésithérapie de la déglutition

L' étude de J Robbins et coll. dans « the journal of the American Geriatrics society » (sept 2005) suggère que la pratique d'exercices contre résistance de la langue réalisés pendant 8 semaines chez des sujets sains âgés de 70 à 89 ans augmente la qualité de la déglutition.

La vitesse de progression du bol alimentaire est augmentée en moyenne de 5,1% et le risque d'inhalation est diminué par l'amélioration du recul de la base de langue.

# Et plus spécifiquement...

# A.Neurologie : Symptômes le plus souvent rencontrés



- Parésie/dyskinésie bucco linguale
- Apraxie bucco linguale
- Retard ou absence de réflexe de déglutition
- Reflux nasal
- Diminution de la sensibilité endo-buccale
- Réduction du péristaltisme pharyngé
- Mauvaise fermeture laryngée
- Dysfonction du crico-pharyngé

# B.Gériatrie:

- Quelques chiffres:
  - Au domicile: **16%** des plus de 87 ans présentent un des symptômes de dysphagie
  - Dans les Unité de soins **50%**
  - En institution: **31 à 68%**



# Gériatrie: Symptômes le plus souvent rencontrés

## Symptômes spécifiques

- Gêne pour avaler
- Fuites alimentaires
- Reflux nasal
- Blocage alimentaire
- Fausses routes avec toux

## Symptômes non spécifiques

- Sialorrhée
- Réduction des prises alimentaires
- Maintien des aliments en bouche
- Pneumopathies récidivantes
- Épisode fébrile inexpliqué

# Facteurs favorisant la dysphagie chez la personne âgée

*Greuillet , Couturier, Pouderoux*

- État bucco-dentaire et troubles masticatoires: *Douleurs d'ATM, amyotrophie*
- Xérostomie: *naturelle ou iatrogène*
- Mauvais état général: *patient déshydraté, fatigué, déprimé, dénutri*
- Pathologies respiratoires et cardiaques: *peuvent provoquer une hypoxie cérébrale faisant apparaître un retard de réflexe avec un temps d'apnée raccourci, favorisant les FR*
- Perte d'autonomie: *tremblements, statique générale*
- Troubles de la vigilance: *syndrome extra pyramidal, benzodiazépine, barbituriques*
- Médicaments
- Ventilation invasive prolongée - désafférentation du larynx (M.Robert fédération ORL)
- Sonde nasogastrique
- Trachéotomie

# C. ORL / cervico-facial

Symptomatologie en fonction localisation  
de la pathologie et de la chirurgie  
pratiquée

# > Laryngectomie partielle

- **Laryngectomies partielles verticales**

- Cordectomie (peu dysphagie)
  - Rééd 3 à 4 sem post-op
  - Travail de mobilité laryngée en adduction et en tension
  - Soutien sangle abdominale & lutter contre hyperkinésie compensatrice
- Laryngectomie fronto-latérale (peu dysphagie)
- Laryngectomie frontale antérieure avec épiglottoplastie (Tucker)
  - Développer BV
  - Recul BDL
  - Position facilitation à déglutition - tête tournée côté opéré pr fermeture laryngée côté opéré et ouvrir sinus piriforme controlatéral
  - Appui frontal – glottage
  - Tenues de fricatives ou liquides (l) (mise en tension aryténoïdes)

- Hémilaryngopharyngectomie supracricoïdienne
  - Tonifier sphincter (glottage, praxies linguales, contre-résistance), position tête côté opéré
- **Laryngectomies partielles horizontales**
  - Supraglottiques
    - Fermeture glottique et recul BDL
    - Glottages - apnée
  - CHEP / CHP
    - Renforcer bascule du/des aryénoïdes contre BDL (CHP) et/ou épiglotte restante (CHEP) et renforcer recul de BDL

# > Laryngectomie totale

! propulsion linguale (néo-conduit digestif plus étroit, libéré de ses attaches squelettiques antérieures)

# > Cancer de la cavité buccale

- **Résection plancher buccal**

- Résections musculaires (sushyoïdiens) et nerveuses (lingual & pfs grand hypoglosse)
- Diff transport bol alimentaire & tble mastication > désynchronisation tps pharyngé

- **Résection langue mobile**

- *Glossectomies latérales*: tbles déglut mineures
- *Glossectomies antérieures ou subtotaales*: résection musculaire plus importante – dénervation sensitive (lingual) et motrice (XII)
  - reconstruction par lambeau > diff contrôle bolus, mastication, désynchronisation temps de la déglut

- **Mandibulectomie**

- Tble ATM; diff déglut au niveau du tps buccal essentiellement

# > Cancer de l'oropharynx

- Oro-pharyngectomie / résections musculaires pharyngées
  - Perte propulsion par interruption de onde péristaltique  
> diff ouverture du sphincter sup & stase salivaire
- Atteinte BDL
  - Csqs selon résection isolée ou associée
- Atteinte “verrou postérieur”
  - Reflux nasal
- Pharyngectomies partielles peu dysphagie

# > PUCV ou PBCV

- Dysphagie en fonction de position de la/des CV paralysée(s)
- **Si unilatérale:** Mobilisation de la CV saine  
> combler fuite glottique  
Exercices de résistance - praxies - BDL  
! Régularité PEC

# Dysphagie post intubation ou trachéotomie

- **Symptômes :**
  - Retard de déclenchement du réflexe de déglutition
  - Déficit d'élévation laryngée
  - Perte d'efficacité de la toux
  - Perte de sensibilité laryngée
  - Diminution de force bucco-linguale
- **Causes :** D'après M.Robert fédération ORL
  - la « désafférentation » du larynx
  - absence de pression sous glottique
  - Présence d'une sonde nasogastrique à long terme

# Facteurs liés aux traitements

- Séquelles des chirurgies partielles pharyngo-laryngées

- \* section du nerf laryngé supérieur : trouble sensibilité pharyngée & laryngée supra-glottique > réflexe de protection des voies respiratoires diminué et/ou retardé

- \* atteinte du nerf récurrent : perturbation de la fermeture laryngée

- \* résection d'une aryénoïde : perturbation de la fonction sphinctérienne du larynx

- \* résection d'une partie de la base de langue : diminution de la propulsion du bol alimentaire ; et de la protection du sphincter laryngé sous-jacent

- \* résection d'un sinus piriforme : csq probable de cul de sac inerte > stases & FR par effet de « trop plein » ; atteinte de l'onde péristaltique

- Séquelles de la radiothérapie : brûlures, fibrose, asialie, œdème post-radique aux niveaux cervical et pharyngo-laryngé, parois musculaires et muqueuses rigidifiées, douloureuses, sèches, sécrétions épaisses, sténoses progressives de la jonction pharyngo-oesophagienne;

- si chirurgie post-radique* > retard de cicatrisation et/ou diminution du péristaltisme pharyngé

# Facteurs aggravants

- Age:
  - Temps bucco-labial ralenti
  - Sensibilité atténuée
  - Force et dynamique musculaire affaiblies
- Mauvais état dentaire
- Reflux gastro-oesophagien:
  - brûlures pharyngées
  - spasme du crico-pharyngien
  - FR de liquide gastrique
- Non-adhésion à la rééducation

# Conclusion

- ! Bilan clinique pr PEC adaptée au patient
- Pluridisciplinarité constante
  - Collaboration entre soignants au sein de l'hôpital et en libéral (contrôles cliniques et médicaux réguliers; adaptation selon évolution du patient; fréquence PEC)
  - Feedback suivi du patient