



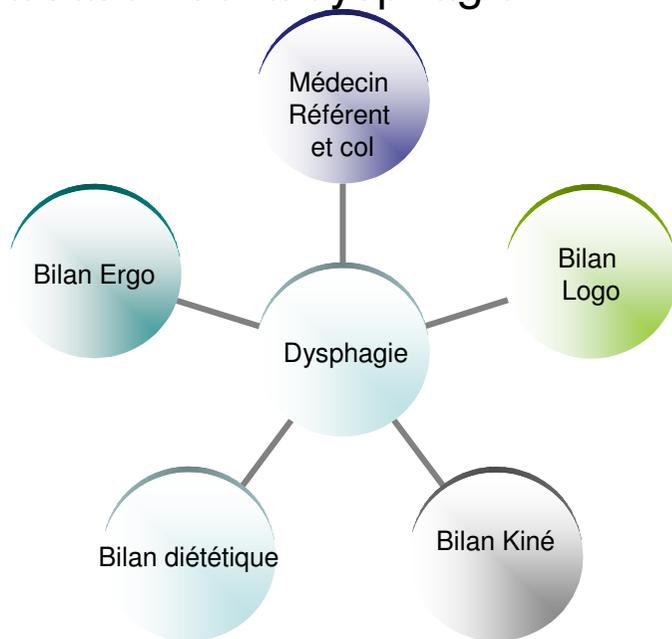
Rôle du Kiné dans la prise en charge interdisciplinaire de la dysphagie « *expérience au CHU Brugmann* »

Mme De Gieter Michèle
Kinésithérapeute service ORL /Référent dysphagie
michele.degieter@chu-brugmann.be

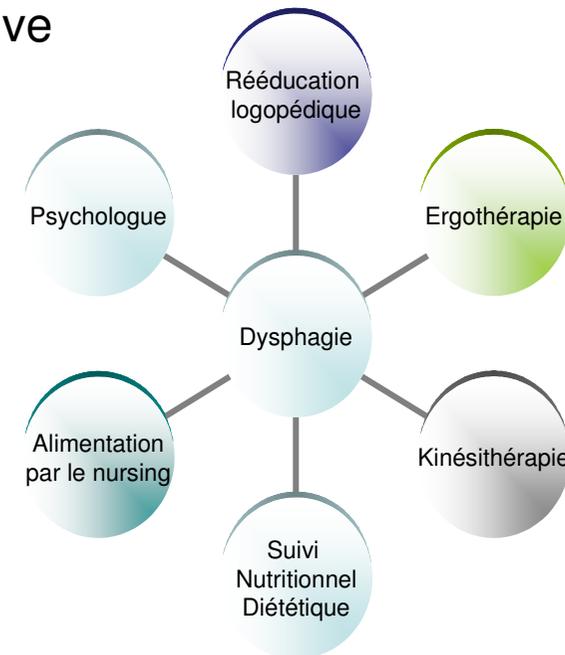
La dysphagie = symptôme d'une pathologie sous-jacente qui nécessite une prise en charge fonctionnelle adaptée.

- ⇒ Besoin d'équipe de référents et de thérapeutes de terrain 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



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 paramédical 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:

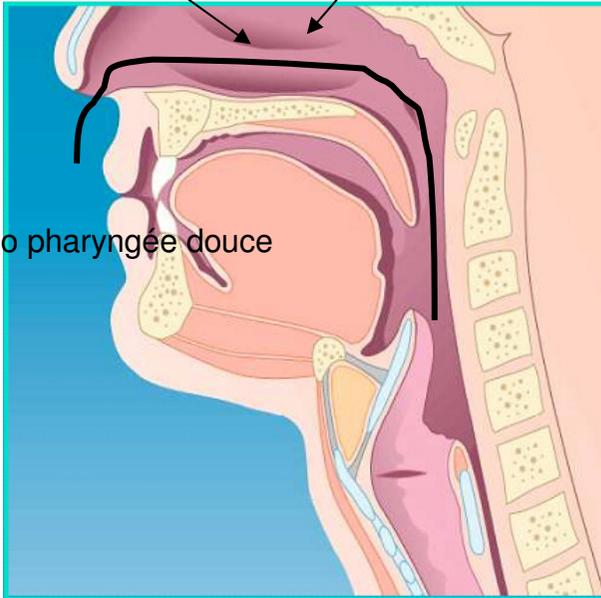
Prévention « contamination »

- par drainage des sécrétions nasales (FD)

contre-indications:

Chir. Maxillofaciale ,trombopénie,
épistaxis

Aspiration naso pharyngée douce

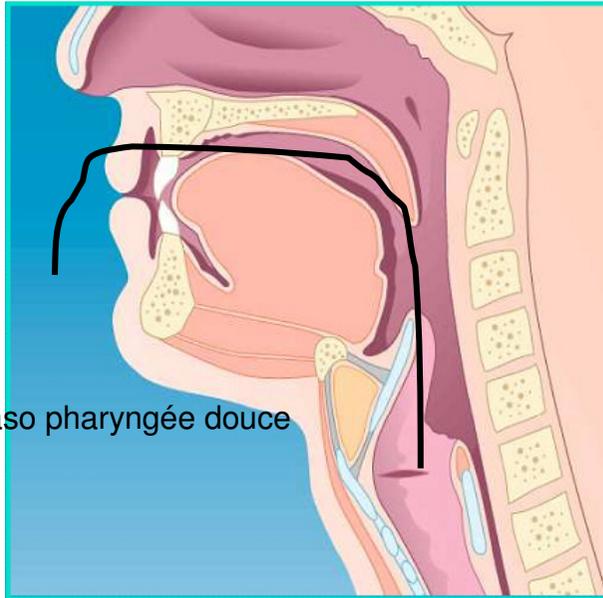


- Aspiration nasale:

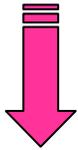
évite la contamination par
fausse déglutition nocturne de mucus
contaminé

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

Prévention/ gestion de l'encombrement pulmonaire

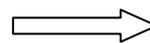


Aspiration naso pharyngée douce



Examen clinique

Aérosolthérapie



Flutter



ELTEGOL P. Collaborant



- Désencombrement bronchique:

→ Augmentation du flux
→ expiratoire



nasopharyngée

P. collaborant ou

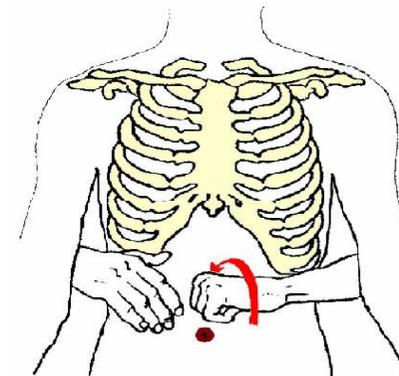
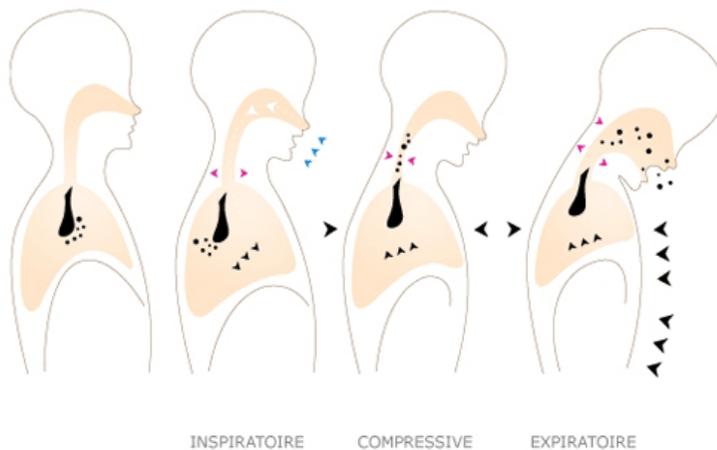
- « La Ventilation Non-Invasive »
place grandissante en gériatrie mais
peu indiquée
déficit d'asce



Récupération/entretien de la fonction respiratoire

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

LES 3 PHASES DE LA TOUX



Manœuvre de Heimlich

Toux efficace si débit expiratoire
 ≥ 270 l/min
Toux assisté si D.E.
 ≤ 160 l/min

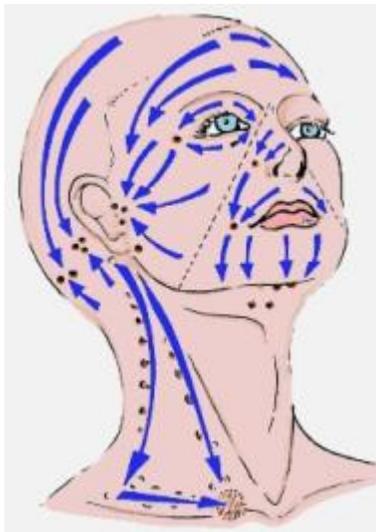


Kinésithérapie post- chirurgie



Objectif du Traitement:

1. Limiter la poussée inflammatoire
2. Donner un maximum de souplesse de la cicatrice et de la région cervico-scapulaire
3. Améliorer les échanges de la région cicatricielle
4. Limiter les œdèmes et rétractions



- 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: externes et endo buccales, » kinéplastie »

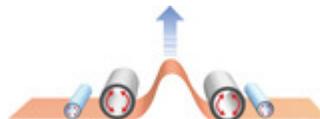


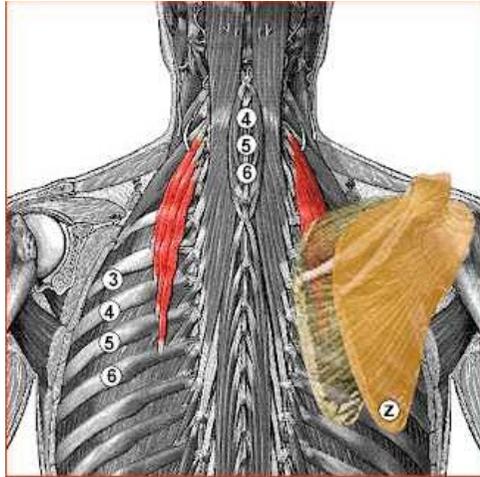
Cicatrices rétractiles : peuvent gêner la fonction de déglutition

- 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





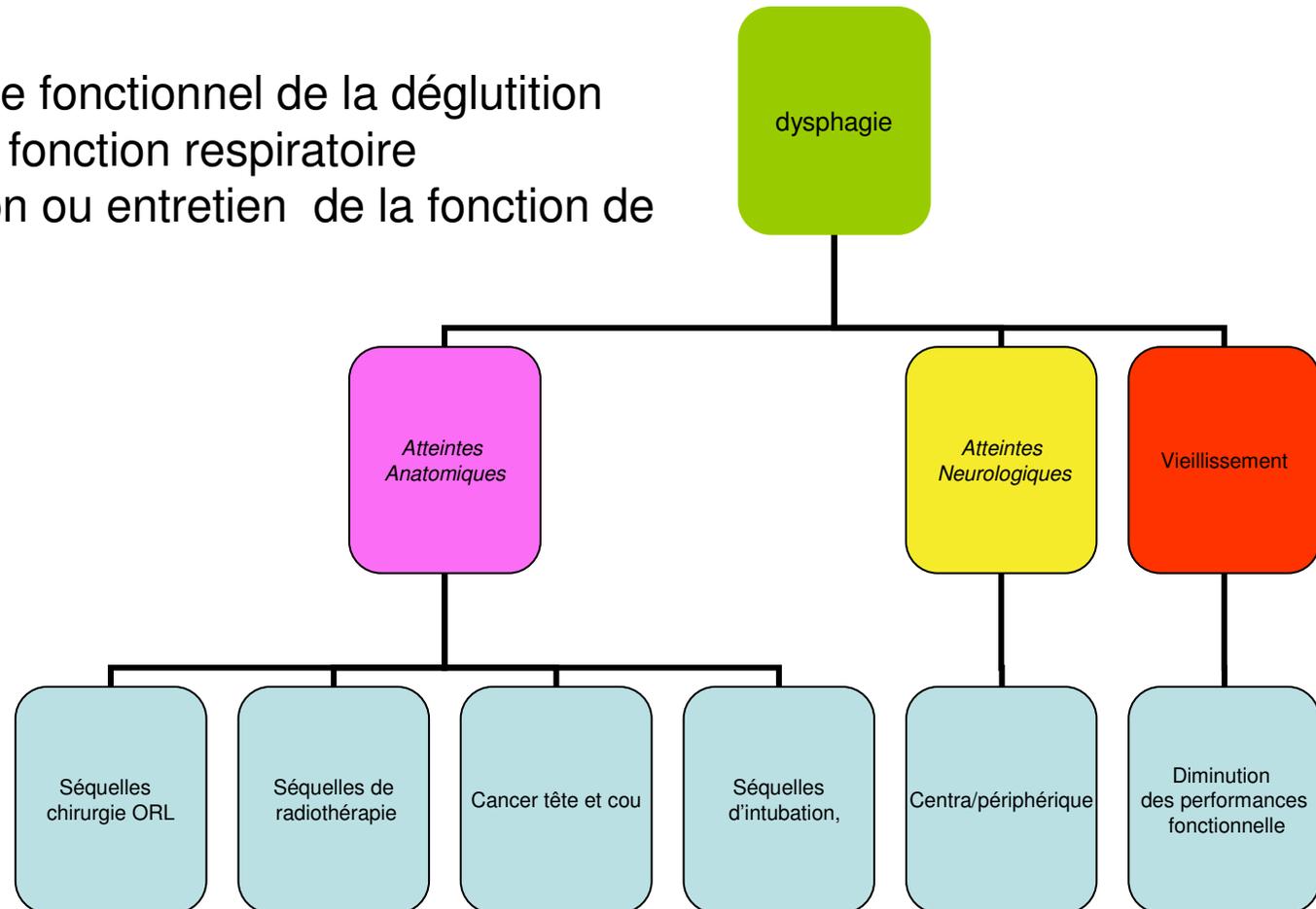
- Mobilisation scapulaire ,laryngée cervicale
- Détente cervico-faciale:
 - Avant l'alimentation ex maladie de Parkinson, hypertonie chez les IMC, traumatisé crânien
 - Après les interventions Orl D+ scapulaire ,D+ de nuque, gêne à la déglutition
 - Présence d'une trachéotomie: effort respiratoire, effort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

2. Prise en charge spécialisée:

Le kinésithérapeute formé en dysphagie va utiliser les différentes techniques « générales » et les adapter à la sphère ORL selon le type d'atteinte initiale.

→ Bilan clinique fonctionnel de la déglutition et /ou de la fonction respiratoire

→ Réadaptation ou entretien de la fonction de déglutition



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 :

**Bilan
fonctionnel
sous
vidéofluor
oscopie**

IMAGE PROFIL Textures : liquide L, semi-liquide SL, Solide S	normal	perturbé	médiocre	Échec complet
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 valléculaires	<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 valléculaires	<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 épaissismesure épaississant /100ml liq
 Liquide avec gout tous liquides permis

Position d'alimentation à favoriser:

Dr Mathieu Dr Damry
M De Gieter

Groupes SFAP/SFGG « soins palliatifs et gériatrie » Aide à la prise en charge Fiche pratique Juin 2007
Les 2 tests cliniques d'évaluation des capacités de déglutition simplifiés présentés peuvent aider à obtenir des précisions et certains repères pour la prise en charge. Ils permettent d'évaluer les capacités à déglutir les différentes textures. Ils sont réalisables uniquement chez un patient coopérant, sans trouble de vigilance, en position assise buste droit ou légèrement en arrière (maximum 30°).

Matériel nécessaire :

Un verre d'eau, une cuillère à café, une cuillère à soupe, de l'eau gélifiée standard, (ou une compote de pomme sans morceaux ou un yaourt nature), un aliment mixé (sans morceaux ni fibres), et une serviette de table.

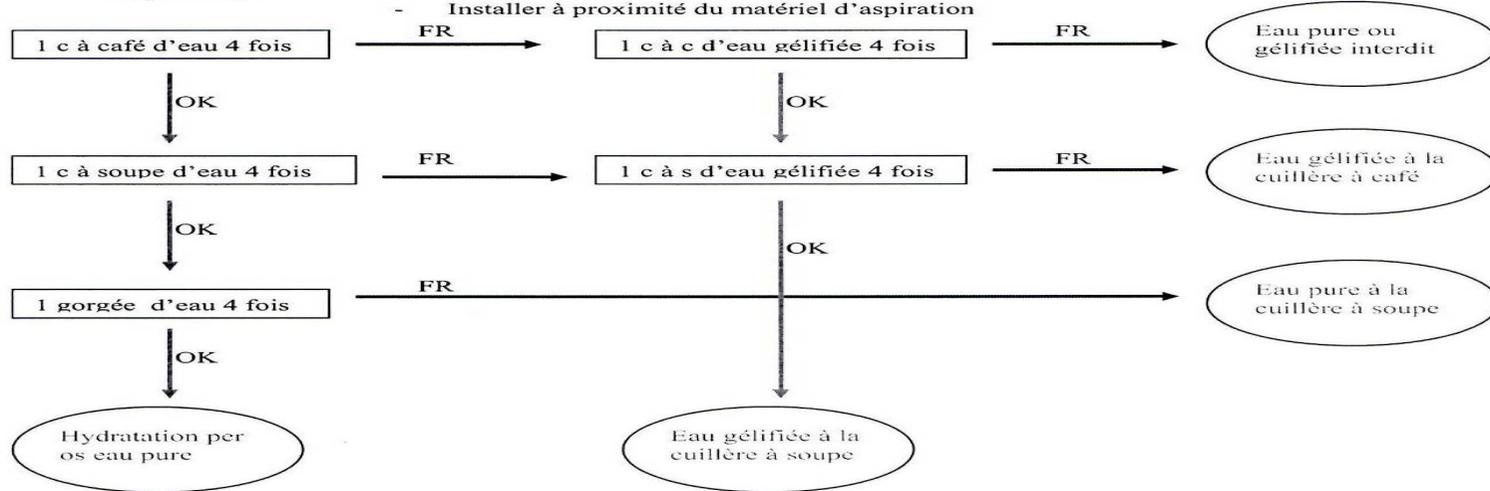
On va donner au patient progressivement différentes textures à déglutir en petite quantité en commençant par une cuillère à café d'eau et en évaluant le déclenchement de fausses routes (FR) identifiées (toux juste après la bouchée ou 1 minute après) ou encore un doute sur le bon passage dans l'œsophage (voix mouillée ou rauque/ bavage / bruits anormaux / gêne respiratoire ou autre signe de malaise). Il est nécessaire de bien appuyer sur la langue avec la cuillère pour déclencher le réflexe archaïque de déglutition.

Tests de capacité fonctionnelle de la déglutition

TESTS A L'EAU

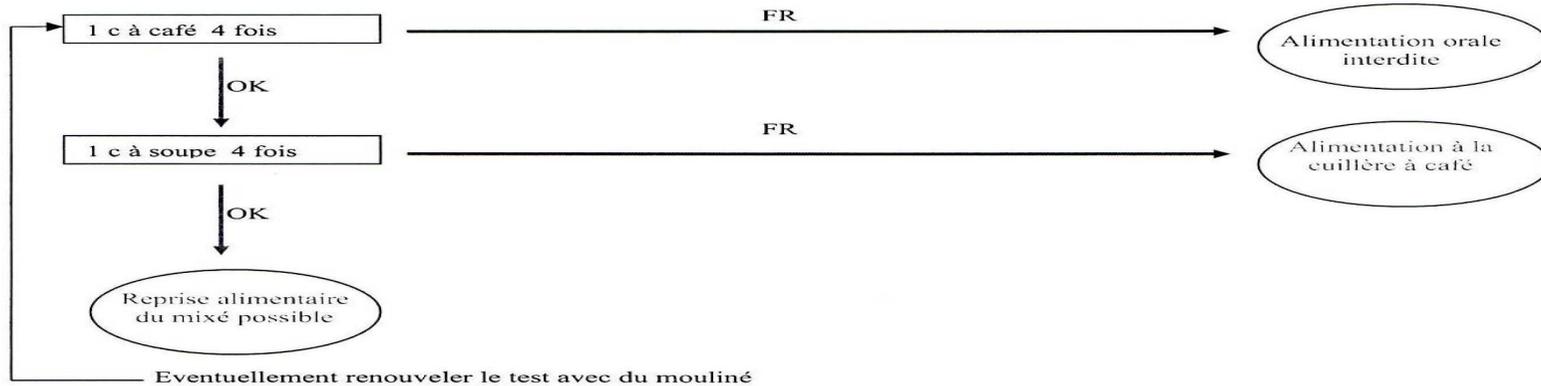
Au préalable :

- Réaliser un soin de bouche
- Installer à proximité du matériel d'aspiration



Tests de capacité fonctionnelle de la déglutition

TESTS AVEC ALIMENTS MIXES

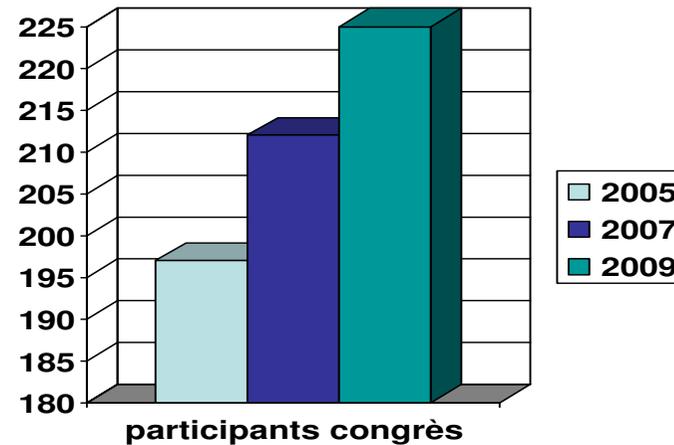


Rééducation	Indication	Efficacité	Résultats	Aide techniques
Stimulation thermoactile de Logemann	Retard d'initiation du réflexe de déglutition	Clinique	Non validé a long terme	Miroirs laryngé
Renforcement labial	Bavage, hypotonie, difficulté de préhension	Clinique	+++	
Renforcement jugal	Problème de 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

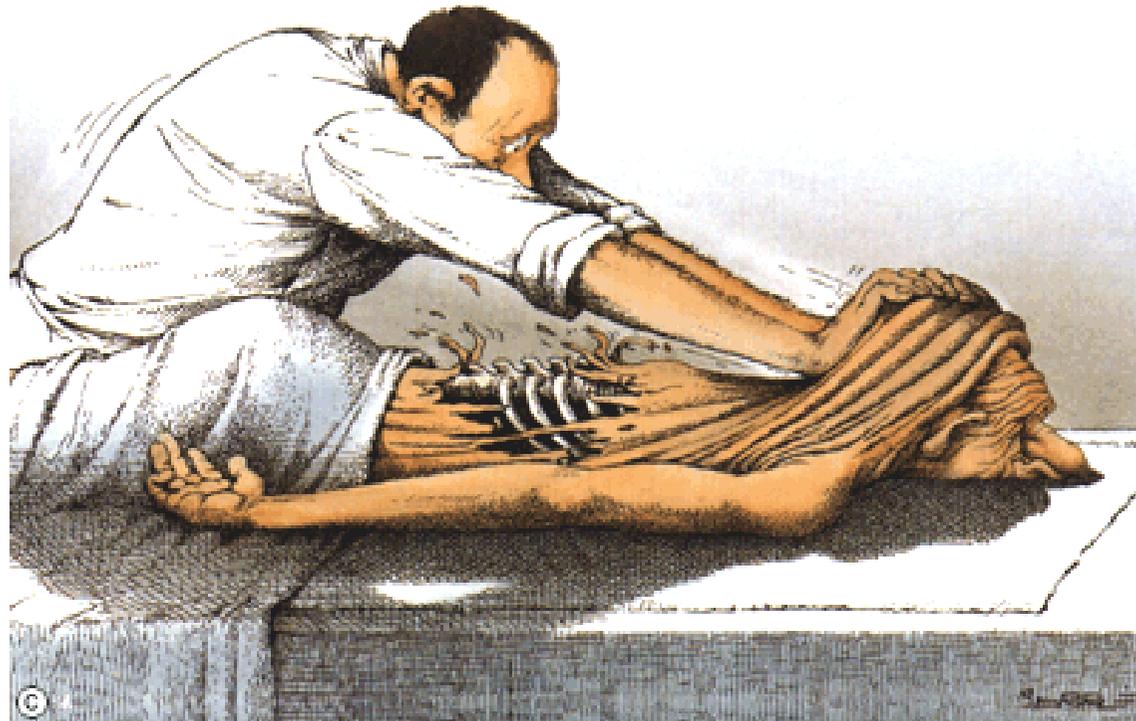
- La dysphagie c'est 44 232 références sur Pub Med dont trop peu sont encore réalisées sur la rééducation kinésithérapique .

- Symposium tous les 2 ans



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

Merci pour votre attention



Merci de votre attention

Quelques sources d'information:

- Cicatrice et kinésithérapie in Rééducation Hebling JM, Billottet O., Lapierre S.. Paris : Expansion Scientifique Française, 1997 ; 81-7.
- Bilan de réadaptation après chirurgie en ORL .M. HEBTING, M.K.D.E., B. ALLEGRE , CDS, Montpellier, Dr S. LORENZO, Médecin Physique, Montpellier
Pr B. GUERRIER, Chef de Service O.R.L., Montpellier
- Intérêt de la vacuothérapie dans la prise en charge de la glossectomie :
[www. euroduc/vacuotherapie](http://www.euroduc/vacuotherapie)
- Eléments pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique du patient après un AVC »trouble de la déglutition »SOFMER 31/03/2011
- Les troubles d'alimentation et de déglutition D.Crunelle ,JP Crunelle
- Kinésithérapie respiratoire Grégory Reychler, Jean Roeseler, P Delguste
- Prise en charge de la dysphagie, Savoir et comprendre Société française de Neurologie 2009
- Evaluation et rééducation des troubles de la déglutition ,Bleekckx 2001,
- Electrophysiothérapie :Le myofeedback, instrument de contrôle de la physio musculaire, CREPON
- [www.httpsoin palliatif](http://www.httpsoinpalliatif.com): prise en charge des symptômes gênants.
- www.apned/info
- www.ks-mag.com
- sciencewatch.com/inter/jou/2010/10janDysphagia
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/swallowingdisorders.html>
- <http://www.iugm.qc.ca/iugm/documentation>