

La dysphagie (du grec dys : difficulté et phagein : manger) est un terme générique qui est généralement utilisé dans les milieux médicaux pour désigner une difficulté à avaler.

Chez l'adulte, et, en particulier, chez la personne âgée, la dysphagie apparaît souvent de manière brutale, à la suite d'un accident cérébro-vasculaire. En quelques heures, le malade devient incapable - partiellement ou totalement - d'avalier les aliments. Pour certains, les difficultés prédominent au niveau des liquides, pour d'autres, des solides, parfois des deux.

*Le traitement médical de la dysphagie est relativement limité. Souvent, on commence par modifier la consistance des aliments : purée, diète molle, suppression des liquides. Lorsque les difficultés persistent, le médecin a peu de recours : la perfusion (solution temporaire), la sonde naso-œsophagienne, ou la gastrostomie. Certaines chirurgies sont utiles dans des cas bien spécifiques (myotomie du crico-pharynx, injection de Teflon dans les cordes vocales ou la partie postérieure du pharynx)**

**(Dohie, 1978)*

Ce handicap, qui est fréquemment associé à d'autres types de troubles, provoqués par la même lésion cérébrale (aphasie, dysarthrie, hémiplégie) est particulièrement invalidant. En effet, il met en cause l'état général du malade. Celui-ci maigrit, s'affaiblit physiquement et moralement. La réadaptation s'en trouve retardée. La vie même du patient est menacée, car, outre les risques évidents d'asphyxie, les pneumonies à répétition causées par l'aspiration peuvent entraîner la mort.

Cependant, une intervention thérapeutique conservatrice systématique est possible dans bien des cas. Après un bref rappel anatomique et physiologique de la déglutition normale, nous allons donner les grandes lignes du programme que nous appliquons au Centre hospitalier Côtes-des-Neiges de Montréal, et nous l'illustrerons d'une étude de cas.

LA RÉÉDUCATION DE LA DYSPHAGIE CHEZ L'ADULTE: ÉTUDE DE CAS

F. COT
Orthophoniste
Centre de Recherche
du CHCN
4565, Ch. de la Reine-Marie
Montréal (Québec)
CANADA, H3W 1W5

par Françoise COT

La déglutition normale

La plupart des structures impliquées dans la déglutition sont bien connues des orthophonistes, parce qu'elles interviennent également dans les activités de phonation et d'articulation : il en est ainsi de la cavité orale (en particulier les lèvres, les joues, la langue, le voile du palais) et du larynx.

L'œsophage leur est sans doute moins familier, et moins encore le sphincter œsophagien supérieur : celui-ci, constitué par le muscle crico-pharyngé, représente la jonction entre le pharynx et l'œsophage.

Classiquement, on divise la déglutition en trois phases :

1. Phase orale :

Le bol alimentaire étant rassemblé sur le dos de la langue, la bouche se ferme, la pointe de la langue s'élève et prend appui derrière les incisives supérieures. Ensuite, la langue s'accrole d'avant en arrière au palais dur et pousse le bol alimentaire vers le pharynx, tandis que le voile du palais se relève et vient au contact de la paroi postérieure du pharynx (Fig. 1, A et B).

2. Phase pharyngée :

L'occlusion vélopharyngée se complète, et l'os hyoïde s'élève, suivi du larynx et du pharynx dont il est solidaire. Les cordes vocales se ferment, l'épiglotte se rabat au-dessus de l'orifice laryngé. Aussitôt que le bol alimentaire entre en contact avec la paroi postérieure du pharynx, il est poussé vers l'œsophage par l'onde péristaltique (constriction circulaire progressant lentement le long de l'œsophage vers l'estomac), et le sphincter œsophagien supérieur s'ouvre (Fig. 1, C et D).

3. Phase œsophagienne :

L'onde péristaltique se poursuit le long de l'œsophage et amène le bol alimentaire jusqu'à l'estomac. Le sphincter œsophagien supérieur se referme (Fig. 1, E).

Toute perturbation de la séquence normale d'événements décrite ci-dessus entraîne une difficulté de déglutition.

Les dysphagies

Grossièrement, on peut classer les dysphagies en deux grandes catégories : les dysphagies hautes (interférant avec la première et/ou la deuxième phase de la déglutition) et les dysphagies basses (troisième phase de la déglutition).

En fait, les étiologies possibles sont nombreuses : atteinte neurologique, traumatisme, cancer, dystrophie musculaire, etc. Nous ne considérerons ici que les dysphagies hautes, d'origine neurologique, et acquises.

La dysphagie est abondamment décrite dans la littérature médicale (en radiologie surtout), mais on trouve peu d'éléments concernant l'intervention thérapeutique proprement dite.

Principes d'intervention

Nous avons rassemblé ailleurs* l'ensemble des informations qui nous sont actuellement disponibles sur le sujet. Nous en résumerons ici les points saillants.

— L'évaluation est la première phase de l'intervention : elle est indispensable pour comprendre la nature des phénomènes perturbés.

— Elle comporte plusieurs aspects complémentaires : l'examen systématique des organes impliqués (structures, fonctions motrices et sensitives), l'observation d'un ou plusieurs repas, ou tout au moins d'essais alimentaires (liquides et solides), et l'examen vidéofluoroscopique permettant de visualiser le voile, la langue, le larynx, le pharynx, et l'œsophage, au cours d'une série de déglutitions effectuées avec différentes consistances.

— Le programme d'intervention, bâti par l'orthophoniste à partir de l'ensemble des observations obtenues lors de l'évaluation, devrait comporter les points suivants :

- information initiale du patient par le thérapeute, autant sur les problèmes présentés que sur les buts du traitement proposé ;
- choix d'un environnement adéquat pour les essais alimentaires ;
- positionnement correct du patient ;
- consignes adaptées à chaque patient, portant sur la séquence de mouvements oraux à se remémorer lors des exercices de déglutition volontaire ;
- progression alimentaire également spécifique (liquides et solides) ;
- exercices adaptés aux déficits observés (la durée et la fréquence des séances doivent être précisées).

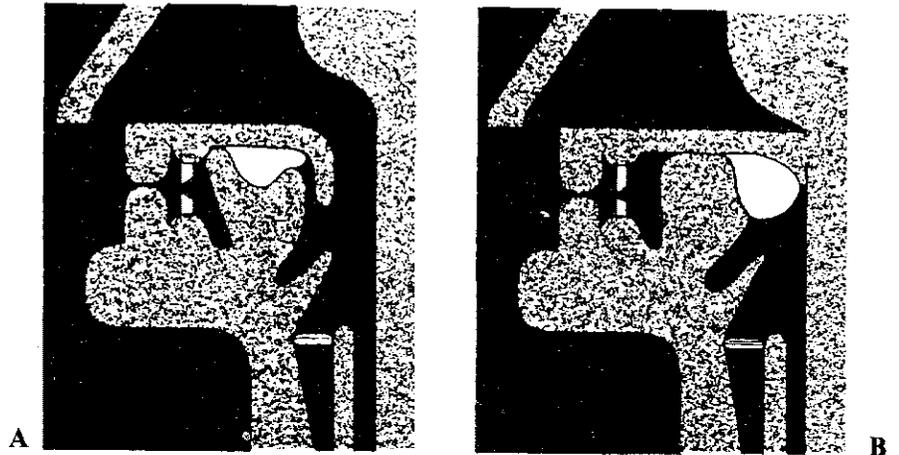


* (Cot et Desharvais, 1985)

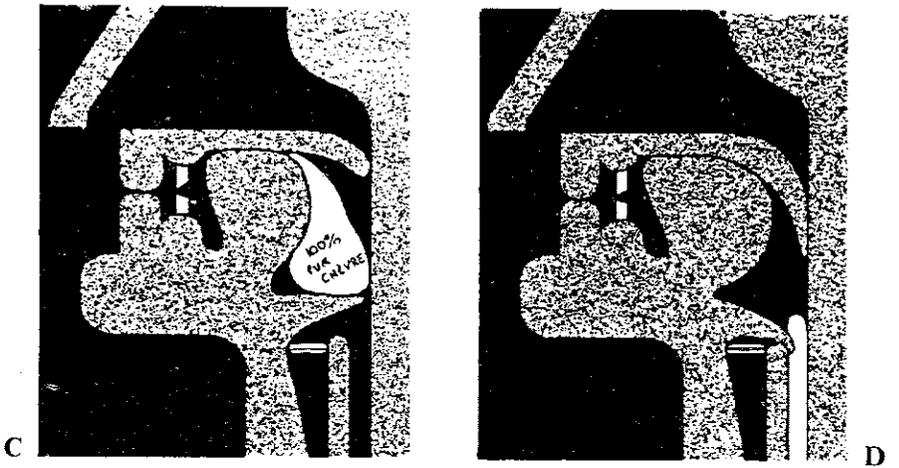


Fig. 1 - Les étapes de la déglutition

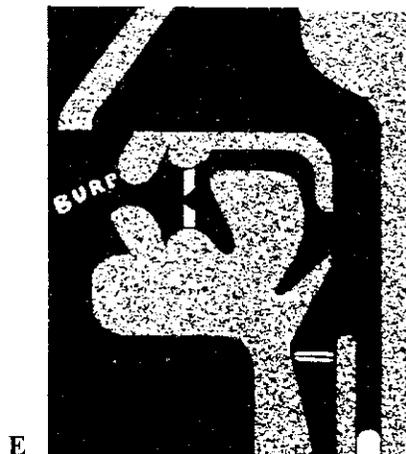
Temps oral



Temps pharyngé



Temps œsophagien



Sous certains rapports, les activités thérapeutiques ressemblent beaucoup à celles utilisées habituellement en rééducation de la dysarthrie (exercices de motilité de la langue, des lèvres, du voile du palais).

Mais les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes ont beaucoup à nous apprendre dans le domaine des mouvements réflexes. Depuis plus de 30 ans, ils utilisent des techniques de facilitation ou d'inhibition, qui, correctement appliquées, permettent d'obtenir de façon non volontaires, certains mouvements* difficiles à réussir par la seule volonté consciente du patient.

**(cf. Farber, 1982)*

Pour une activité normalement réalisée de manière automatique, un heureux mariage entre ces deux approches nous paraît très souhaitable.

Ce type de thérapie nécessite une intervention multidisciplinaire : médecins, infirmières, diététiciennes, ergothérapeutes, orthophonistes doivent collaborer étroitement. Plus tard, la famille devra à son tour participer au travail collectif.

On trouve malheureusement peu d'études de cas sur la rééducation de la dysphagie*. Nous avons pourtant la conviction que l'intervention dans ce domaine est utile et parfois très gratifiante, et qu'il est souhaitable que les cliniciens rapportent leurs observations, comme nous allons maintenant tenter de le faire.

**(Schulz et coll., 1979; Heimlich, 1983; Harris, 1984)*

Histoire de cas

Au moment de l'évaluation initiale, en décembre 1985, Mme A. de R... a 83 ans. Elle est veuve depuis 1971, sans enfant et vit avec une amie de longue date. Elle est admise à l'Hôpital de Jour du Centre hospitalier Côte-des-Neiges le 14 novembre 1985 pour investigation d'un problème de thrombopénie et de neuropénie.

L'histoire médicale rapporte une hypertension connue et traitée depuis une trentaine d'années, un infarctus du myocarde ancien, et un ACV dans la partie postérieure de la capsule interne gauche (objectivé à la tomodynamométrie) survenu le 25 novembre 1979, avec hémiparésie droite, difficultés de parole et exacerbation des troubles de la déglutition déjà notés par la patiente en 1978.

A l'admission, elle se présente avec un discret trouble de l'équilibre à la marche, des difficultés dans les mouvements fins au membre supérieur droit. Subjectivement, la patiente se plaint d'une sensation de faiblesse généralisée, de sensations de brûlures au membre supérieur droit et au membre inférieur droit et des troubles de la déglutition, principalement avec les solides.

Nous avons évalué la patiente entre le 20 novembre et le 3 décembre 1985, à l'aide du protocole d'évaluation de la déglutition mis au point au service d'orthophonie de notre hôpital.

Au questionnaire, la patiente mentionne une constante sensation de "chat dans la gorge", des difficultés occasionnelles à l'alimentation (solides) avec toux, une hypersalivation nocturne associée à des épisodes d'étouffement avec sa propre salive.

A l'examen direct, on n'observe pas d'anomalie structurale du palais dur, mais le voile du palais est probablement déficient. En effet, la patiente peut tenir ses joues gonflées, mais a de la difficulté à réaliser cette tâche contre résistance.

L'élévation du larynx est difficile à percevoir à cause de l'augmentation du volume de la thyroïde.

Le contrôle musculaire de la tête et de la mandibule est bon, de même que celui des lèvres et de la langue, mais on note une certaine lenteur dans les mouvements alternatifs. Nous n'avons pas relevé d'apraxie bucco-faciale.

Aucun déficit de la sensibilité superficielle ou profonde au niveau de la face et des lèvres n'a été mis en évidence, mais les réponses sont vagues et confuses au niveau de la moitié droite de la langue. Aucun réflexe pathologique n'a été découvert ; le réflexe de toux est présent, mais le réflexe de nausé est très diminué.

Les mouvements de succion et de mastication sont normaux, et la patiente peut boire dans un verre ou dans une tasse sans problème particulier.

Par ailleurs, aucune protrusion de la langue n'a été observée. Le contrôle de la salive à l'état de veille est bon, la respiration paraît sans particularité, et le faciès est symétrique.

La toux volontaire est possible, mais la voix est basse et l'hypophonie notable. Mme de R. démontre une grande fatigabilité vocale.

Enfin, le contrôle postural est normal en position assise.

Observation d'un repas :

Subjectivement, Mme de R. dit rencontrer peu de problèmes avec les liquides consistants (comme le lait) et la consistance purée, mais des difficultés particulières avec les aliments au goût acide. Objectivement, au cours du repas observé, elle a présenté quelques épisodes de toux (en particulier avec une soupe aux légumes). L'absorption du plat principal (poulet) a été assez lente, et la patiente a abandonné la moitié de son dessert (ananas en morceaux).

Afin de se faciliter la tâche, elle alterne spontanément les liquides et les solides.

Examens complémentaires :

L'examen ORL n'a révélé aucune pathologie et la laryngoscopie indirecte a permis de conclure que toutes les structures avaient un aspect normal.

Vidéo-fluoroscopie de la déglutition (6 décembre 1985) :

En incidence latérale, aucun problème n'a été observé avec le baryum liquide, et, en particulier, aucune aspiration n'a été visualisée. Par contre, avec la pâte et les solides (biscuit trempé dans le baryum), on remarque les anomalies suivantes :

- difficulté à initier le réflexe de déglutition et mouvements des mâchoires et de la tête pour compenser la faiblesse de la langue ;
- incoordination entre la partie postérieure de la langue et le voile du palais ;
- faible propulsion de la partie postérieure de la langue, et élévation du voile limitée ;
- temps de transit oral prolongé ;
- stase dans les vallécules.

Le crico-pharynx paraît fonctionnel.

Incidence antéro-postérieure :

- Stase valléculaire ;
- Stase dans les sinus pyriformes (plus importante à gauche qu'à droite).

Intervention :

Un programme d'exercices à faire à domicile a été remis à la patiente. Ces exercices étaient repris et commentés lors de séances bi-hebdomadaires d'environ 3/4 d'heure, et la dame de compagnie a également été informée de ce programme, lors d'une visite au Centre.

Les points visés étaient les suivants :

- favoriser la contraction et la relaxation des cordes vocales ;
- favoriser la force de contraction de la base de la langue ;
- améliorer l'amplitude de l'élévation et la force de contraction du voile du palais.

Les exercices comprenaient principalement :

1. Des exercices de "pushing"* pour provoquer la contraction des cordes vocales et du voile.
2. La manœuvre de Valsalva, également pour améliorer la force de contraction des cordes vocales.
3. Des exercices pour le voile du palais (par exemple : gonfler les joues et retenir l'air aussi longtemps que possible, produire des "ka" secs et forts, aspirer avec une paille pincée au bout).

* (Cf. Cot & Desbarnais, 1985)

4. Des activités de contrôle respiratoire avec approche progressive de la séquence de mouvements suivants : inspirer l'air ; retenir l'air ; avaler ; tousser ; expirer ; avaler encore*.

* (Cf. Schulz et al., 1979)

Chaque séance commençait par quelques minutes de relaxation, et les exercices alternaient avec la respiration calme, les yeux fermés.

Par ailleurs, l'emphase a été mise tout au long de l'intervention sur l'auto-observation et l'explication des phénomènes apparus dans l'intervalle entre deux séances. Nous nous sommes basées sur la participation active de la patiente, selon les principes de Larsen (1972) et nous avons constamment fourni des informations sur la déglutition normale, et les buts de chaque consigne.

Nous avons recherché avec la patiente la position la plus favorable pour elle : le corps droit dans l'axe vertical, les pieds stables, la tête légèrement en flexion (aucune amélioration n'est apparue, lorsqu'on amenait la tête en flexion latérale ou en rotation vers la droite).

Etant donné que la dysphagie n'était pas très sévère, nous n'avons pas modifié le régime alimentaire.

Réévaluation : le 25 février 1986

Une nouvelle vidéofluoroscopie a été effectuée, démontrant une nette amélioration.

Incidence latérale :

- Il y a beaucoup moins de stases dans les vallécules et les sinus pyriformes ;
- la déglutition s'effectue rapidement ;
- il existe encore un peu de difficulté dans le déclenchement du réflexe de déglutition ;
- cependant, la force de propulsion de la partie postérieure de la langue est meilleure ;
- la mobilité du voile est également améliorée.

Incidence antéro-postérieure :

Les sinus pyriformes ont maintenant un aspect symétrique.

Mme de R. se sent elle-même améliorée, et confiante lors des repas. Elle n'a plus d'épisodes d'étouffements nocturnes et maîtrise parfaitement la situation même lorsqu'il y a une difficulté. Elle ne mentionne plus qu'occasionnellement la sensation de constriction dans la gorge.

Discussion :

Cette observation a permis d'illustrer les points suivants :

— L'examen vidéofluoroscopique est un complément indispensable au questionnaire et à l'observation directe. Il permet d'identifier précisément les structures en cause, la force, l'amplitude et la coordination des mouvements en séquence, et la durée des différentes phases de la déglutition.

— Un programme d'intervention rationnel basé sur l'évaluation physiologique du processus de déglutition, a permis une amélioration sensible de la déglutition. Derechef, l'examen vidéofluoroscopique est utile pour objectiver ces progrès.

— A notre avis, l'intervention a été efficace grâce à la participation très active de la patiente, qui a pris conscience de processus jusque-là automatiques. L'échange constant entre le thérapeute et le malade est largement plus important que l'entraînement réalisé grâce aux exercices ; il leur donne un sens.

— Enfin, on doit rappeler que l'amélioration est tout probablement imputable à l'intervention thérapeutique, la phase de récupération spontanée étant terminée depuis longtemps. En effet, l'ACV datait, rappelons-le, de cinq ans. On trouve ici un bon argument face aux détracteurs de l'intervention orthophonique dans les cas neurologiques.

Conclusion

Nous croyons que l'orthophoniste, par sa connaissance de l'anatomie et de la physiologie des régions orales et laryngées, peut et doit intervenir dans les cas de dysphagie haute d'origine neurologique. En collaboration avec les autres intervenants, elle a un rôle-clé à jouer dans la conception et l'application d'un programme thérapeutique portant sur la déglutition. De plus, dans les cas (fréquents parmi les ACV) où la dysphagie est associée à une dysarthrie, la rééducation neuro-musculaire des structures orales aura un effet bénéfique sur l'articulation aussi bien que sur la déglutition.

Bibliographie

- COT, F. & DESHARNAIS G. : "La dysphagie : évaluation et traitement", Edisem, St Hyacinthe, Maloine, Paris - 1986.
- DOBIE, R.A. : Rehabilitation of swallowing disorders, *Am Fam Physician*, 17 : 84-95, 1978.
- FARBER, S.D. : "Neurorehabilitation. A multisensory approach", W.B. Saunders, Philadelphia, 1982.
- HARRIS, B. & MURRY, T. : Dysarthrie and aphagia : A case Study of Neuromuscular Treatment. "*Arch Phys Med Rehabil*", 65 : 408-412, 1984.
- HEIMLICH, H.J. : Rehabilitation of Swallowing after Stroke. "*Ann Otol*", 92 : 357-359, 1983.
- LARSEN, G.L. : Rehabilitation for dysphagia paralytica. "*J Speech Hear Dis*", 37 : 187-194, 1972.
- SCHULTZ, A.R., NIEMTZOW, O. et coll. : Dysphagia associated with crico-pharyngeal dysfunction. "*Arch Phys Med Rehabil*", 60 : 381-386, 1979.

AVIS DE PUBLICATION

Le Protocole d'Examen Linguistique de l'Aphasie est actuellement disponible au Service de Neurologie, C.H.U. PURPAN, TOULOUSE (France). Il comporte, dans la version Alpha comme dans la version Bêta, les trois éléments suivants :

- Un guide d'utilisation (format 6" x 9" - 150 x 230 mm)
- Un livret de passation (format 6" x 9" - 150 x 230 mm)
- Deux livres de notation (format 8 1/2" x 11" - 215 x 280 mm).

L'ensemble, version Alpha et Bêta, est vendu au prix de 750 Francs Français frais postaux inclus.

Pour recevoir un ensemble (Alpha + Bêta) nous vous serions reconnaissants :

- de vous adresser au :

CHU PURPAN, Service de Neurologie
Bibliothèque - S. Giralt
31059 TOULOUSE CEDEX - FRANCE
(Tél. 61.49.11.33 - poste 5949).

- d'établir, le cas échéant, le bon de commande au nom du fournisseur québécois :

LABORATOIRE THEOPHILE-ALAJOUANINE
CENTRE DE RECHERCHE DU CENTRE HOSPITALIER
COTE DES NEIGES
4565, Chemin de la Reine-Marie
MONTREAL - QUEBEC H3W 1W5
A/S Madame Danielle Vaudry
Téléphone (514) 340.3540

- de joindre votre règlement à l'ordre suivant :

A.D.R.E.N.P. - Protocole Montréal Toulouse
(Banque Paribas N° 457597 L
22, rue de Metz 31000 TOULOUSE).

Une justification de paiement sera adressée sur demande.