

Le trouble de déglutition et sa prise en charge

اضطرابات البلع وكيفية التكفل بها

* Chaib Djaout Fatiha

Résumé

La déglutition est un acte vital et très indispensable pour la survie des personnes. De ce fait, dès qu'un dysfonctionnement aussi minime apparaît, une panique générale s'installe chez la personne et son entourage.

Ces troubles (les troubles de déglutition et de voix) apparaissent aussi chez les patients atteints de Covid-19, en sortant de la réanimation et après des jours ou semaines d'intubation, ces malades nécessitent l'intervention d'un orthophoniste.

Pour remédier à ce dysfonctionnement ou dysphagie, après s'être adressé au personnel médical ou chirurgical, le patient se réfère à l'orthophoniste. Afin de pouvoir intervenir efficacement, il est impératif d'avoir un programme ou un protocole adéquat pour traiter ces types de troubles. Malheureusement ce type de pathologie n'a pas bénéficié d'assez d'intérêt de la part des chercheurs. Suite à cela, nous avons un manque important de ces méthodes sur terrain. C'est pourquoi nous avons pensé à mettre entre les mains des praticiens un programme qui peut leur servir dans leurs pratiques.

Mots clés : Déglutition, dysphagie, déglutition primaire ou atypique, déglutition secondaire, prise en charge orthophonique.

الملخص

يعدّ البلع عملية حيوية ضرورية لبناء الفرد، ولهذا فإن أي خلل أو اضطراب يطرأ على هذه العملية يحدث بلا شك توتراً للمصاب ولمن حوله، ومن صور هذه الاضطرابات ما يظهر عند المصابين بكوفيد 19 بعد خروجهم من العناية المركزة، أي بعد أيام أو أسابيع من إدخال الأنبوب (التثبيب).

وللتغلب على هذا الإشكال، الذي يتفاقم ضرره يلجأ المصاب بالضرورة إلى الطاقم الطبي أو الجراحي، والمختص الأروطوفوني الذي يحتاج إلى برنامج أو بروتوكول مناسب لهذا الحالات، ولأنّ هذا البرنامج غير متوفر في الميدان فقد سعت هذه الورقة العلمية إلى وضع هذا البرنامج بين يدي الممارسين المختصين في المستشفيات؛ إذ ربما يساعدهم في طرق معالجتهم لتلك الحالات المصابة.

الكلمات الدالة: البلع، اضطرابات البلع، برنامج علاجي، التكفل الأروطوفوني.

Introduction

On parle souvent du larynx en tant qu'organe principal de la voix, mais ce n'est pas sa seule fonction du fait qu'il a le rôle très important dans la respiration et la déglutition. Il faut savoir que des dysfonctionnements peuvent survenir au niveau des trois fonctions qui peuvent être simultanés ou séparés. Dans cette intervention nous allons aborder les troubles qui touchent l'aspect de déglutition.

Problématique:

La déglutition est une fonction primitive d'importance vitale nécessitant la coordination d'un grand nombre d'organes, de façon volontaire ou involontaire, qui est défini par le dictionnaire médical comme étant l'action d'avalier et se caractérisant par un ensemble de mouvement permettant le passage des aliments et des liquides de la bouche vers l'estomac en passant par le pharynx et l'œsophage.

Cette fonction ne se limite pas qu'au bol alimentaire qui se fait entre trois ou quatre repas par jour, mais l'être humain avale sa salive deux fois par minute en moyenne, soit trois milles bols salivaires en 24 heures, c'est l'équivalent d'un demi litre par jour et une demi tonne de salive avalée annuellement.

Il peut arriver à un moment donné que cette fonction vitale soit perturbée ou interrompue momentanément pour des raisons diverses accidentelles, chirurgicales ou poste intubation «Être maintenue en position basse pendant l'intubation, la langue perd de son tonus et c'est toute cette zone jusqu'au fond de la gorge qui perd de la sensibilité», explique à Sciences et Avenir Nathaly Joyeux, orthophoniste à l'hôpital d'Avignon.

Les cordes vocales, très fragiles, sont également altérées dans l'efficacité et la précision de leur fonction. Le second problème, lié au premier, ce sont les dysphagies, des troubles de la déglutition «chaque fois que vous avalez, vous mettez en place une protection de vos voies aériennes en vous mettant en apnée», expose Didier Lerond, orthophoniste libéral à Metz. Le danger, c'est que le patient en sortant d'intubation déglutisse avec des protections moins efficaces. Il y a alors un risque de fausses routes, c'est-à-dire un passage de salive, de nourriture ou de liquide dans ses voies aériennes, ce qui peut créer de nouvelles causes de pneumopathies (inflammation pulmonaire). Chez les patients atteints de Covid-19, dont les poumons sont déjà largement endommagés par l'inflammation due à l'infection, c'est évidemment préoccupant⁽¹⁾.

On se trouve alors face à une situation de détresse quelques fois même d'urgence d'intervenir pour rétablir au mieux ce dysfonctionnement. Malheureusement ce domaine n'a pas eu l'intérêt des études qu'a eu le domaine des troubles de la voix et les troubles de respirations, dans ce cadre deux questions se manifestent comme suit:

- Comment peut-on intervenir dans ce type de trouble?
- L'intervention se fait elle de la même manière pour les enfants et les adultes?

Nous apportons les hypothèses suivantes:

Nous proposons une approche thérapeutique pour ce type de trouble

L'approche thérapeutique chez l'enfant est différente de celle de l'adulte.

LES TYPES DE DEGLUTITIONS:

Il existe deux types de déglutition: la déglutition primaire et la déglutition secondaire. La déglutition primaire c'est celle qu'on trouve chez les enfants aux stades de succion.

La déglutition secondaire c'est celle de l'âge adulte, elle survient généralement après l'âge de deux ans, c'est-à-dire lorsque l'enfant commence à mastiquer son bol alimentaire et ne plus sucer.

⁽¹⁾- Gaubert Camille, Les séquelles de l'intubation prolongée, revue Sciences et Avenir, France, 2020, p. 02.

La déglutition atypique correspondrait «a une interruption dans la maturation de la déglutition du nourrisson, la transition au stade adulte ne s'effectuant pas» Bassigny (1991)

Le terme d'«atypique» recouvre la terminologie anglo-saxonne qui parle de déglutition normale et anormale (Cleall, 1965). Mais il est fréquent dans la littérature française de rencontrer le terme de déglutition dysfonctionnelle (Soulet, 1989); (Bouvet1959); (Leloup, 1995) ou plus rarement le terme de déglutition infantile ou primaire qui se rapporte à la déglutition comme un geste engendrant et dépendant d'un ensemble de facteurs fonctionnels et comportementaux ⁽²⁾.

I-LA PRISE EN CHARGE DE LA DEGLUTITION CHEZ L'ENFANT:

En effet, la prise en charge de la déglutition recouvre la prise en charge des fonctions comme: la ventilation, les postures, (labiale, linguale, mandibulaire et corporelle), la mastication, la phonation (articulation et geste phonatoire), la déglutition et l'oralité de la sphère bucco-faciale (succions et para fonctions) ⁽³⁾.

La prise en charge du réflexe de déglutition réside dans la modification de cette activité neuromusculaire en tentant de la rendre consciente en mettant en jeu les facultés motrices, psychiques et cognitives du sujet.

En pratique clinique, il s'agit d'après Deffez et Coll (1995):

- de faire acquérir à l'enfant une position linguale palatale en posture d'inocclusion et qui restera acquise dans l'occlusion dentaire.
- de favoriser l'agilité linguale avec une automatisation praxique.
- de rééduquer le trouble articulaire.

Pour Fournier (1991), l'apprentissage des bonnes positions de la langue, du fonctionnement correct des lèvres et des joues, l'acquisition des praxies sont la préoccupation majeure des orthodontistes et des rééducateurs ⁽⁴⁾.

Il semble acquis pour la plupart des auteurs que la motivation, la maturité psychique et neurologique du patient sont nécessaires à la réussite de la prise en charge. On évoque un âge idéal pour débiter la prise en charge de la déglutition au-delà de 10 ans. La prise en charge des para fonctions et plus particulièrement de la succion du pouce peut débiter dès l'âge de 5 ans. La prise en charge de ventilation peut commencer dès 4 ou 5ans.

- La respiration nasale:

S'il n'existe aucune cause organique à la respiration buccale, on entreprend de rétablir une respiration physiologique (inspiration et expiration nasale)

- Entraînement à la posture linguale: (G. Leloup, 1998)

La posture linguale de repos ou posture d'attente est fondamentale car elle conditionne le geste de la déglutition et le geste d'articulation. La pointe de la langue doit être au contact avec le palais au niveau des papilles rétro-incisives permettant ainsi de libérer le carrefour aérien.

Faire sortir la langue droit devant, de la porter vers la gauche puis vers la droite, derrière les dents, sous la lèvre supérieur et inférieur et à l'intérieur des joues, de la porter d'avant en arrière sur la suture palatale puis le mouvement inverse.

Faire des mouvements de claquement de la langue afin d'obtenir une position palatale linguale

Pour passer à la déglutition proprement dite, l'enfant est invité à se placer devant un miroir et à mettre une petite cuillère à café d'eau dans sa bouche, serrer les dents et coincer l'eau en collant sa langue contre son palais, entrouvrir ses lèvres, avaler l'eau sans changer ni la position de sa langue, ni celle de ses lèvres ni celle de ses dents. Cet exercice s'effectue

(2)- Rousseau Thierry, Les approches thérapeutiques en orthophonie, Tome 1, UNADRIO, p 32.

(3)- Ibid., p. 31

(4)-Ibid., p. 32

quotidiennement à la maison 10 fois de suite au début de chaque repas, jusqu'à devenir un automatisme. (Deffez et Coll, 1995)

Il est important aussi, dans la prise en charge des troubles de déglutition, de s'assurer que l'enfant ne présente plus l'habitude de succion d'un ou des doigts, si peu fréquente qu'elle soit même inconsciemment pendant le sommeil, parce que la succion entretient toujours une posture linguale, voire labiale et mandibulaire, et un mode de déglutition qu'on vise à corriger⁽⁵⁾.

L'onychophagie permet d'observer un phénomène semblable à celui observé dans la succion digitale, l'enfant qui ronge ses ongles exerce en même temps une poussée de la langue contre les dents de part et d'autre du point où l'ongle est rongé⁽⁶⁾.

II- LA PRISE EN CHARGE DE LA DEGLUTITION CHEZ L'ADULTE

Avant d'aborder la prise en charge de la déglutition il est important d'éclaircir quelques points importants tel que:

II-1-Les organes intervenants dans la déglutition

La déglutition, phénomène si spontané, nécessite la coordination d'un grand nombre d'activités motrices volontaires ou involontaires, et requiert une coordination extrêmement précise et rapide de l'ensemble des structures buccale et pharyngo-laryngée.

L'analyse des mouvements de la déglutition est rendue particulièrement difficile par la rapidité et la complexité de leurs enchainements mais grâce aux nouvelles méthodes d'investigation telles que le vidéo-radiocinéma et d'autres, une meilleure connaissance des phases successives de la déglutition a pu être établie.

La déglutition se déroule en trois phases successives qui sont:

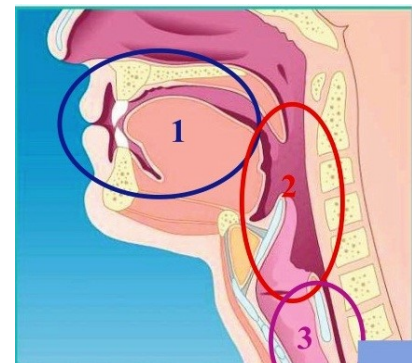
- La phase labio buccale
- La phase pharyngée
- La phase œsophagienne

1. La phase labio buccale: est sous contrôle volontaire corticale et consiste en la formation du bol alimentaire et son transport vers le pharynx.

2. La phase pharyngée: échappe au contrôle volontaire et devienne purement reflexe.

Elle assure le transport du bol alimentaire du pharynx jusqu'à la bouche de l'œsophage.

3. La phase œsophagienne: le mécanisme est reflexe aussi et consiste dans le passage du bol alimentaire de la bouche œsophagienne du sphincter œsogastrique qui permettra le passage des aliments dans l'estomac.



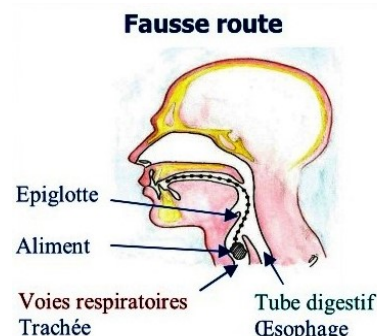
⁽⁵⁾- Rousseau Thierry, op.cit., p.42.

⁽⁶⁾- Ibid., p. 43.

II-2-Qu'est-ce que la dysphagie?

Le terme dysphagie ou trouble de la déglutition est utilisé pour décrire les difficultés du passage de la nourriture de la bouche vers l'estomac en passant par le pharynx et l'œsophage.

Lors d'une fausse déglutition, le bol alimentaire avalé passe dans les voies respiratoires au lieu d'aller dans le tube digestif.



II-3-Comment se manifeste une dysphagie

Pour les symptômes qui apparaissent le plus souvent dans un contexte pathologique en observant le patient, on peut enregistrer:

- ✓ L'hyper salivation ou un manque de salive avec sécheresse buccale ralentissant la phase labio buccale
- ✓ Difficulté de mastication
- ✓ Reflux nasal
- ✓ L'apparition de gêne dans la gorge en mangeant
- ✓ La présence de toux lors des repas ou après celui-ci
- ✓ Étouffement ou gêne respiratoire après les repas
- ✓ La perte de poids
- ✓ Une durée des repas anormalement prolongée

II-4-Dans quel contexte apparait la dysphagie?

Le contexte pathologique

- Intervention sur la sphère bucco-pharyngolaryngie type glossectomie bucco-pharyngéctomie, entraînant des désordres du premier temps de la déglutition.
- Une irradiation de la sphère ORL.
- Un manque de la salive avec sécheresse buccale.
- Maladie neurologique ou vasculaire avec séquelles sur la zone faciale.
- Accident Vasculaire Cérébral (A. V. C.) ; Traumatisme Crânien Cérébral (T .C . C.).
- Sclérose en plaques.
- Cancers ORL.
- Démence.
- Suite à une intubation de plus de trois jours.
- Suite à une chirurgie ORL.

II-5-Les conséquences d'une dysphagie

Une dysphagie peut entraîner des conséquences cliniques mais aussi socio-psycho-émotionnelles importantes

A-Conséquences cliniques possibles :

- Pneumonie.
- Risque de malnutrition et dénutrition.
- Risque de déshydratations.
- Difficultés à prendre certains médicaments.
- Détérioration de la fonction respiratoire
- **Les troubles de déglutition post-extubation** ou post trachéotomie peuvent être majorés dans le cas du COVID-19 par le fait qu'un des plus grands facteurs de risque de développer des symptômes est l'âge élevé. Or, les séquelles d'intubation sur une population âgée sont plus importantes en raison de sa fragilité. La reprise d'une alimentation normale sera perturbée s'il existe conjointement au COVID-19 d'autres

causes de troubles de déglutition, comme une maladie neuro-dégénérative, un état général et nutritionnel altéré ou un mauvais état bucco-dentaire.⁷

B-Conséquences socio-psycho-émotionnelles possibles

- Anxiété associée aux repas (fausses routes) pour la personne mais aussi pour ses proches et/ou le personnel soignant.
- Perte du plaisir de manger et de boire qui peut aller jusqu' à l'anorexie.
- Isolement social.
- Dépression réactionnelle.

III-Présentation de notre approche thérapeutique

III-1- L'information:

La première étape de la prise en charge consiste en l'information du patient sur son état actuel et les changements survenus influençant sa déglutition, ceci permet aussi d'établir une relation de confiance qui permet au patient d'adhérer à l'acte thérapeutique plus facilement.

III-2- Exercices respiratoires (Surtout l'apnée, l'exercice rythmé 2/8/4 de LE Huche (LE Huche, 1989, p 124) convient dans cette étape)

- ❖ Inspirer, couper la respiration, faire semblant de soulever deux poids ou soulever la chaise puis relâcher avec une expiration sonorisée (ah).
- ❖ Mettre la main du thérapeute sur le front du patient et pousser, le patient en apnée doit exercer une pression en poussant la tête vers l'avant.
- ❖ Les mains du patient contre le mur, en apnée toujours, essaye de le pousser puis relâche avec une expiration sonorer (ah).

III-3- Des exercices pour renforcer les muscles du cou, menton et épaules.

III-4- De la présence du reflexe nauséux et du reflexe tussigène (le reflexe nauséux en stimulant le voile du palais par une abaisse langue, le reflexe tussigène en demandant au patient de tousser), la toux est en effet une des protections indispensables des voies aériennes supérieures.

III-5-Tonifier les muscles de la bouche et de la langue (faire des mouvements en claquant l'apex de la langue puis le dos de la langue ensuite juste les côtés ou les bordures de la langue, des mouvements de balayage par la langue de toute la muqueuse interne de la bouche sous les lèvres puis sous les dents, avec la pointe de langue, balayer le palais puis l'inverse, mettre la langue sur la muqueuse de la joue et pousser le doigt du thérapeute, avec une abaisse langue ou une cuillère stérilisé, exercer un mouvement de force contre force en soulevant la langue vers le haut ou vers l'intérieur)

III-6- Stimuler le dos de la langue ainsi que le voile du palais par l'abaisse langue et par la prononciation de certains sons avec une certaine pression tel que: [kγγγα, kγγγυ, kγγγι /γγγγα, γγγγγυ, γγγγι/akγγγι, akγγγυ, akγγγγα/ukγγγγα, ukγγγγυ, ukγγγγι /ikγγγγι, ikγγγγα, ikγγγγυ].

⁽⁷⁾- D. Robert, Les troubles de la déglutition post intubation et trachéotomie, revue Réanimation, Vol13, p 417, 2020.

III-7-Exercice pour tonifier l'orbiculaire labiale pour une bonne occlusion totale de la bouche (en utilisant une serviette plier en quatre que le patient doit serrer juste avec les lèvres, puis en deux, ensuite avec un papier en s'assurant à chaque fois que le patient n'utilise pas ses dents, pincer les lèvres, des mouvements d'ouverture maximal de la bouche, tirer les lèvres comme pour dire « i » puis « ou », faire le mouvement du bisou)

III-8-Mouvements de la mandibule(baisser la mâchoire plusieurs fois bouche ouverte puis bouche fermé, des mouvements de gauche à droite)

Ces exercices doivent être pratiqués plusieurs fois par jour par le patient devant un miroir après les avoir fait avec l'orthophoniste en position assis confortable dos bien droit.

IV- Comment alimenter une personne dysphagique?

La reprise de la déglutition suit des étapes⁽⁸⁾:

La première étape: l'apprentissage des postures

Le patient est assis sur une chaise droite, les épaules détendues, le menton est rentré sur le sternum.

Dans le cas où le patient a des difficultés à ce mètre debout on peut le faire aussi dans son lit (comme je l'ai fait avec mes patient hospitalise en service O.R.L) à condition de garder la posture droite

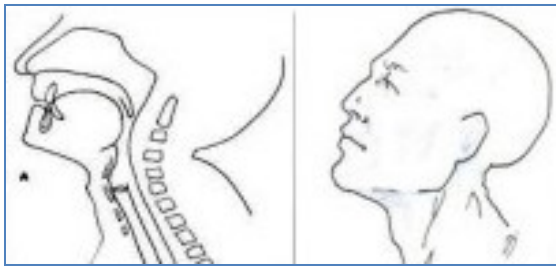
La deuxième étape: la déglutition de la salive

La troisième étape: la reprise de la déglutition des textures plus ou moins épaisse tel que les compotes, crème désert...etc.

Quatrième étape: la reprise de la déglutition des semi liquides et des liquides.

Positionner correctement la personne pour éviter les fausses routes.

La position fausse

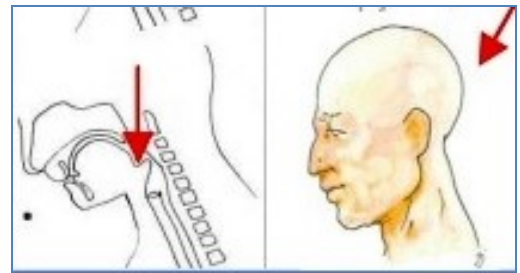


La position juste

La flexion du cou vers l'avant protège naturellement les voies respiratoires

Incitez la personne à déglutir dans cette position.

L'ambiance du repas doit être calme, le soignant, donnant le repas, est positionné en face du patient. Il ne faut pas parler pendant la prise alimentaire.⁽⁹⁾



⁽⁸⁾- Crevier-Buchman Lise, Brihaye, Sylvie, Tessier Christophe, La déglutition après chirurgie partielle du larynx, ed. Solal, 1998, p.71.

⁽⁹⁾ Massanet. P, Richard, C, Jonquet. O, Corne. P, La reprise de la nutrition orale en réanimation, Revue Réanimation, SRLF et Springer-Verlag, France, 2013, p392

À la fin du repas, laisser le patient en position assise ou demi assise environ 30 mn pour éviter un reflux éventuel.⁽¹⁰⁾

V- Synthèse:

L'approche thérapeutique que nous avons proposé, nous l'avons pratiqué avec des patients ayant subi une laryngectomie partielle hospitalisés dans le service O.R.L, C.H.U Mustapha Bacha, Alger (lieu de notre pratique de 1999 à 2011), ainsi que des cas d'ablation de base de la langue, et des cas dont l'œsophage était détérioré par le décapant (suite à une tentative de suicide) à titre de consultation externe au service O.R.L adressé par d'autre médecin. Les exercices se faisaient en présence du garde malade auquel on demande de les refaire à chaque fois que l'état du patient le permet. Même chose pour les enfants, les résultats était satisfaisants au bout d'un certain nombre de séances selon l'état et la coopération du patient et de son entourage.

Le soutien psychologique, la compréhension et la dédramatisation ainsi que la confiance en soi était présent en force dans le protocole thérapeutique que nous avons traces.

Conclusion

La déglutition est un acte primitif spontané et vital, dont le bon déroulement est indispensable à deux autres fonctions fondamentales: la nutrition et la protection des voies aériennes; mais il arrive que des modifications chirurgicales des structures anatomiques assurant cette fonction puissent être à l'origine des troubles de la déglutition.

Les troubles de la déglutition sont le problème majeur rencontré dans la phase postopératoire ou post intubation et la préoccupation principale du sujet, la fonction vitale; la reprise de la déglutition; prime sur la fonction de communication c'est à dire la récupération de la voix.

La reprise d'une déglutition normale permettra l'ablation de la sonde naso-gastrique et conditionnera la sortie du patient.

Les conséquences psychologiques, sont importantes et induisent une attitude particulière d'accompagnement, de réassurance et de soutien.

L'approche thérapeutique que nous avons proposé ci-dessus nous a donnés des résultats satisfaisants. Nous espérons que les futures orthophonistes qui l'adopterai seront aussi satisfaits des résultats.

L'autonomie et la prise des repas en famille signeront la réhabilitation complète du patient.

⁽¹⁰⁾- Blottière Laurence, Descamps Sandrine, Martinez. Alejos Roberto, Rossignol Anne. Marie, Reprise alimentaire orale post-extubation, JARCA, 2011, p 12.

BIBLIOGRAPHIE

- Blottière Laurence, Descamps Sandrine, Martinez. Alejos Roberto, Rossignol Anne. Marie, Reprise alimentaire orale post-extubation, JARCA, 2011.
- Camille Gaubert, Les séquelles de l'intubation prolongée, revue Sciences et Avenir, France, Mai .2020.
- Crevier-Buchman Lise, Brihaye, Sylvie, Tessier Christophe, La déglutition après chirurgie partielle du larynx, ed. Solal, 1998.
- Fournier, (articulation et geste phonatoire), la déglutition et l'oralité de la sphère bucco-faciale succions et para-fonctions, 1991 .
- François Le Huche, André Allali, La voix, Pathologie vocale d'origine organique, MASSON, Paris, 2001.
- François Le Huche, André Allali, La voix, Thérapeutique des troubles vocaux, MASSON, Paris, 1989
- François Le Huche, André Allali, Réhabilitation vocale après laryngectomie totale, MASSON, Paris, 1993.
- Le dictionnaire médical
- Lise Crevier-Buchman, Sylvie Brihaye, Christophe Tessier, La déglutition après chirurgie partielle du larynx, SOLAL, 1998.
- Massanet.P, Richard,C, Jonquet. O, Corne. P, La reprise de la nutrition orale en réanimation, Revue Réanimation, SRLF et Springer-Verlag, France, 2013.
- Robert D., Les troubles de la déglutition post intubation et trachéotomie, revue Réanimation, Vol 13, 2020.
- Thierry Rousseau, Les approches thérapeutiques en orthophonie, UNADRIO, tome 1