

RÉSUMÉ :

Le bilan orthophonique est un élément de l'analyse sémiologique de la dysphagie, complétant le bilan médical spécialisé. Il est pratiqué lors de l'évaluation initiale et permet d'apprécier l'évolution du trouble.

Cet exposé a pour but de préciser quelles doivent être les différentes étapes de l'évaluation quantitative et qualitative du trouble de la déglutition afin de pouvoir, avec les résultats des évaluations complémentaires, élaborer les bases du protocole de prise en charge spécifique et de mettre en place les stratégies adéquates.

MOTS-CLÉS :

Dysphagie - Bilan orthophonique - Déglutition.

BILAN DE LA DÉGLUTITION CHEZ L'ADULTE

par Michèle PUECH, Virginie WOISARD
et Jean-Jacques PESSEY

Michèle PUECH
Orthophoniste

Dr Virginie WOISARD
ORL-Phoniatre

Dr Jean-Jacques PESSEY
O R L

Unité de la Voix
et de la Déglutition
Service Oto-Rhino-Laryngologie
CHU Rangueil
1, avenue J. Poulhès
31403 TOULOUSE Cedex 4

Exposé vidéo présenté aux Entretiens
d'Orthophonie de Bichat - Septembre
1996

SUMMARY :

Speech and language therapy assessment is one element in the work-up for dysphagia, completing a specialized medical investigation. It is practised during initial evaluation, and enables to appreciate the evolution of the disorder.

The aim of this article is to define the different steps in the quantitative and qualitative evaluation of swallowing disorders in order to elaborate a therapeutic strategy taking into account the instrumental evaluation.

KEY WORDS :

Dysphagia - Speech and language therapy assessment - Swallowing.

La déglutition ou acte d'avalé, consiste en une succession d'événements physiologiques permettant la propulsion du bol alimentaire ou bolus de la bouche vers l'œsophage, en protégeant les voies aériennes.

La dysphagie est un terme générique désignant les difficultés de passage du bolus liées à des composantes anatomiques ou physiopathologiques perturbant les différentes phases de la déglutition et limitant les possibilités d'alimentation orale du patient.

L'évaluation des troubles de la déglutition chez l'adulte, comme leur traitement, relève d'une prise en charge pluridisciplinaire, dans laquelle s'inscrivent les compétences de l'orthophoniste.

Notre but est de définir les objectifs et les différentes étapes de ce bilan.

OBJECTIFS DU BILAN

Le bilan orthophonique est un des éléments de l'analyse sémiologique de la dysphagie. Il vient compléter le bilan médical plus ou moins étendu à des explorations appropriées telles que la vidéoradioscopie, la nasofibrosopie de la déglutition, la manométrie pharyngo-œsophagienne, l'électromyographie...

L'ensemble du bilan médical nous précise le diagnostic et nous apporte des informations sur le pronostic, l'évolution dans le temps et les possibilités de récupération.

Le bilan orthophonique est aussi à la base du protocole de prise en charge thérapeutique. Il nous permet de déterminer les adaptations de l'environnement alimentaire, les adaptations du comportement du patient et les exercices spécifiques appropriés à la sémiologie du trouble.

Il s'agit pour nous de faire une évaluation fonctionnelle de la déglutition grâce à l'observation directe du temps oral et indirecte du temps pharyngé. Les éléments sont recueillis sur une grille d'évaluation subjective, comparant le côté droit et le côté gauche.

Pour la motricité, nous avons adapté la grille classique de testing musculaire, allant de 0 = pas de contraction à 4 = contraction normale.

La cotation se fait de la même manière pour les régions non accessibles, en évaluant alors le mouvement.

Pour la sensibilité, nous avons établi le même type de grille allant de 0 à 3.

La reproduction du bilan au cours de la prise en charge permettra d'apprécier l'évolution du trouble et d'adapter au mieux les modalités thérapeutiques en fonction de celle-ci.

LES ÉTAPES

Après avoir pris connaissance du dossier médical, les différentes étapes seront :

- un interrogatoire
- un examen général du sujet
- un examen clinique des unités fonctionnelles sensori-motrices
- un examen des réflexes
- un examen clinique de la déglutition.

L'INTERROGATOIRE sera détaillé et minutieux :

Il portera sur **le trouble** lui-même, permettant de déterminer ses modalités d'apparition, ses facteurs déclenchants et de suspecter son mécanisme. Les signes directs seront l'incontinence labiale, une stase buccale, un reflux nasal, une toux (il s'agira d'apprécier son mode de production : avant, pendant ou après la déglutition), un blocage et sa localisation, une stase susglottique ou glottique se traduisant par une voix "mouillée".

Il portera sur **le contexte alimentaire**, nous donnant des informations sur l'adaptation au trouble. Il concernera le mode d'alimentation, le nombre de prises, les quantités ingérées, les goûts antérieurs et actuels du patient, son appétit...

Nous déterminerons **le degré de tolérance** au trouble en recherchant des complications telles que l'hyperthermie, la perte de poids, l'altération de l'état général (dont les signes seront un teint grisâtre, une fatigue générale), un problème pulmonaire (dont les signes seront l'essoufflement, l'encombrement...). Tout retentissement grave sera à considérer par le médecin.

En fonction de son degré de communication, les informations seront recueillies auprès du patient ou des personnes ayant en charge celui-ci. Elles nous permettront d'établir le degré de conscience du trouble.

L'EXAMEN GENERAL du sujet s'intéressera aux fonctions entrant en jeu dans la bonne réalisation de la déglutition :

- le degré d'autonomie : il s'agira d'appréhender le degré de communication, de motricité globale et d'apprécier les capacités cognitives,
- la respiration : nous noterons si le mode respiratoire est normal ou appareillé,
- la phonation : nous évaluerons les possibilités vocales, articulatoires, le souffle phonatoire et la résonance.

L'EXAMEN CLINIQUE DES UNITES FONCTIONNELLES SENSORI - MOTRICES portera sur trois unités de fermeture et une unité dynamique de propulsion. Il a pour but :

- de procéder à un état des lieux en observant la morphologie des structures au repos et en fonction,
- d'apprécier la motricité par la reproduction de mouvements volontaires ou réflexes, le tonus par la palpation et la force musculaire par des exercices contre-résistance,
- de tester la sensibilité tactile et thermo-algique par petits contacts répétés, la sensibilité gustative par succion de porte-cotons aromatisés.

L'évaluation sera directe pour les structures accessibles à l'oeil et indirecte sur la toux, le rire, la phonation et la déglutition pour les structures non accessibles.

Le bilan est réalisé en position assise, nous nous placerons face au patient à hauteur des yeux. Le matériel utilisé comprendra :

- une source lumineuse (un miroir de Clar ou l'équivalent)
- des gants en latex
- un abaisse langue métallique ou en bois
- des miroirs de cavum de tailles différentes
- des porte-cotons
- un stylet
- une aiguille
- un verre d'eau glacée
- les 4 saveurs primaires.

L'exploration de l'unité de fermeture buccale représentée par les lèvres, la mandibule, les joues, l'articulation temporo-mandibulaire, étudiera :

- la morphologie de la mâchoire et ses mouvements dans les trois directions (ouverture-fermeture, diduction, déplacements antéro-postérieurs),
- les possibilités de contraction des masseters et des muscles ptérygoïdiens internes,
- l'articulation temporo-mandibulaire,
- la musculature jugale et labiale,
- le tonus et la force musculaire péri et intra-buccaux par la palpation et des exercices contre-résistance,
- la sensibilité tactile et thermo-algique.

L'exploration de l'unité de fermeture vélaire représentée par le voile, les piliers antérieurs et postérieurs, la paroi pharyngée latérale et postérieure recherchera une anomalie morphologique du voile et de l'isthme oro-pharyngé.

Les possibilités vélaire seront évaluées pour :

- l'élévation et la tenue par la production d'une voyelle tenue ou saccadée et par la recherche du réflexe vélo-palatin,
- la réalisation de mouvements alternatifs par des transitions vocaliques orales/nasales (par ex. [a/an]),
- le rétrécissement de l'isthme oro-pharyngé par les mouvements des piliers sur des transitions phonatoires de type [a /é].

Nous apprécierons la motricité des parois pharyngées postérieure et latérales par la recherche du réflexe nauséux et indirectement par des exercices de mobilité laryngée (lors d'une transition grave/aigu : sirène sur un [a] ou encore sur la production bruyante d'air comme pour faire de la buée).

Une exploration sensitive de toute cette zone de fermeture complètera l'examen.

L'unité de fermeture glottique n'est pas une structure accessible à l'oeil. L'évaluation sera donc indirecte :

- grâce à la toux, au rire et la phonation pour les possibilités de fermeture,
- grâce à des transitions vocaliques grave/aigu et à la déglutition pour les possibilités d'ascension.

Un examen laryngé peut être nécessaire afin d'obtenir des informations plus objectives.

L'unité dynamique de propulsion est représentée par le plancher buccal, la langue, la base de la langue et la paroi pharyngée.

Après une observation morphologique, nous évaluerons les possibilités neuro-musculaires de la langue, structure la plus mobile.

Nous apprécierons :

- la mobilité

- par des mouvements antéro-postérieurs (protraction-rétraction),
 - par des mouvements latéraux (pointe de la langue sur les commissures labiales),
 - par les possibilités d'élévation de la partie antérieure (balayage du palais d'avant en arrière),
 - par les possibilités de recul de la partie postérieure de la langue sur la production de structures articulaires postérieures comme [k], [an], [kr],
 - du recul de la base de la langue grâce à des abaissements passifs du dos de celle-ci.
- la force musculaire du dos de la langue par pression du doigt contre le palais.

La tête d'un miroir de cavum glacée et un stilet nous permettront par petits contacts d'identifier les zones sensibles déficitaires. Nous testerons les 4 saveurs primaires.

L'EXAMEN DES REFLEXES

Le bilan clinique des différentes unités sera complété par l'étude des réflexes normaux.

Le réflexe vélopalatin est obtenu en stimulant la jonction entre le palais dur et le palais mou, provoquant une élévation de celui-ci.

Le réflexe nauséux est généralement obtenu en stimulant les piliers postérieurs mais aussi par stimulation du mur pharyngé ou du dos de la langue.

Le réflexe de toux est difficile à évaluer car il n'est déclenché que lors d'une fausse route. Par contre, il sera nécessaire d'apprécier la possibilité de toux volontaire et son efficacité.

Les réflexes seront notés présents, absents, augmentés, ou diminués.

Nous rechercherons la présence de réflexes archaïques.

Le réflexe de morsure apparaît lors de l'introduction d'un objet entre les mâchoires.

Le réflexe d'ouverture de bouche apparaît lors de la présentation de l'ustensile.

Le réflexe de mâchonnement ou de succion.

Le réflexe des points cardinaux apparaît lorsque l'on touche la joue près des lèvres.

Ils seront notés présents ou absents.

L'EXAMEN CLINIQUE DE LA DEGLUTITION sera la dernière étape de notre bilan. Il évaluera l'organisation du geste et l'enchaînement des différentes séquences au cours d'essais alimentaires.

Lors de la préparation du temps oral nous analyserons :

- la mise en bouche,
- la continence labiale,
- la mastication.

Lors de la phase orale proprement dite, nous évaluerons :

- les possibilités d'initiation de la déglutition,
- la qualité de la phase orale,
- l'existence de stases résiduelles et leurs localisations.

Lors de la phase pharyngée nous apprécierons :

- la possibilité et la vitesse de déclenchement du temps pharyngé. Les doigts posés sur le larynx permettent de vérifier l'ascension laryngée.

- un éventuel reflux nasal,
- la survenue d'une fausse route grâce à la production d'une toux réflexe. Nous noterons si elle est immédiate ou retardée, si elle se produit avant le temps pharyngé. Nous resterons à l'écoute des signes indirects, pouvant nous faire suspecter une fausse route "silencieuse" tels qu'une voix mouillée ou un gargouillis sur le souffle ou la toux après la déglutition. Nos conclusions seront toujours nuancées par la possibilité de fausses routes asymptomatiques, justifiant des examens plus objectifs.

- une stase ou un blocage pharyngé se traduira par la répétition de déglutitions forcées, une toux volontaire plus ou moins mouillée, un râchement de gorge, un bruit à la déglutition. La description de la gêne ressentie par le patient, nous donnera une idée de la localisation de la stase ou du blocage.

Cet examen clinique de la déglutition devra être prudent et limiter au maximum les risques de pénétration laryngée.

Il est conseillé de débiter les essais par de petites quantités et de ne pas dépasser la valeur de la cuillerée à café, volume du sinus piriforme, afin de diminuer les risques de fausses routes par regorgement. Ils se feront généralement d'une consistance pâteuse vers une consistance liquide. La chronologie et le nombre des essais seront dictés par l'ensemble de nos observations cliniques.

L'examen sera interrompu en cas de suspicion de fausse route et sera à compléter par un avis médical spécialisé.

CONCLUSION

Quelle que soit l'étiologie du trouble, l'évaluation de la déglutition de l'adulte ne relève pas obligatoirement et uniquement d'une exploration spécialisée en centre hospitalier.

Le bilan orthophonique peut être pratiqué en exercice libéral et quelquefois il représentera l'unique exploration de la fonction de déglutition.

Il est important alors que l'identification d'une quelconque anomalie soit signalée au médecin prescripteur et fasse l'objet d'examens complémentaires spécialisés.

Les modalités de notre prise en charge seront dictées par nos observations.

L'examen de la motricité et de la sensibilité nous permettra d'établir un protocole d'exercices spécifiques qui aura pour but :

- d'accélérer le processus de récupération,
- de mettre en place une compensation anatomique ou neuromusculaire au mécanisme du trouble.

L'examen du geste et l'étude de l'environnement alimentaire nous permettront :

- d'apporter des modifications temporaires ou définitives au comportement du patient,
- d'adapter l'environnement de l'alimentation.

BIBLIOGRAPHIE

- COT F., DESHARNAIS G. (1985). *La dysphagie chez l'adulte*. Québec : Edisem Inc, 143 p.
- DEMARD D., ARNOUX-SINDT B., GUATTERIE M., LOZANO V. (1992). Analyse clinique des troubles de la déglutition. In *Réhabilitation de la voix et de la déglutition après chirurgie partielle ou totale* - Paris : pp.123-139. Arnette.
- GUATTERIE M., SIMON C., LOZANO V. (1992). Anatomie des éléments entrant en jeu dans la mécanique de la déglutition. In *Réhabilitation de la voix et de la déglutition après chirurgie partielle ou totale* - Paris : pp.67-77. Arnette.
- GUATTERIE M., LOZANO V., ROVIRA H., GIOUX M., de VICENTIS M. (1992). Les moyens complémentaires instrumentaux. In *Réhabilitation de la voix et de la déglutition après chirurgie partielle ou totale* - Paris : pp.140-163. Arnette.

- GUERRIER B., ARNOUX-SINDT A., SANTINI J.(1992). Les mécanismes de la déglutition. *In Réhabilitation de la voix et de la déglutition après chirurgie partielle ou totale* - Paris : Arnette, pp.61-67.
- GROHER M.E. (1992). *Dysphagia. Diagnosis and Management*. éd.Butterworth-Heinemann,USA, 349 p.
- LOGEMANN J.A. (1983). *Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders*. éd.PRO.ED, Austin, Texas, 249 p.
- LOGEMANN J.A. (1986). *Manual for the Videofluorographic Study of Swallowing*. éd.PRO.ED, Austin, Texas, 170 p.
- LOGEMANN J.A. (1995). *Dysphagia: Evaluation and Treatment*. Folia phoniatr Logop, 47,140-164.
- Rehab Choice Incorporated.(1993). *Establishing Dysphagia Programs* . The Speech Bin, Vero Beach, Florida, 95 p.
- SORENSEN P., BROWN S., LOGEMANN J.A., WILSON K., HERDON R. (1994). Communication Disorders and Dysphagia. *Journal of Neurological Rehabilitation*, 8, 137-143.
- WOISARD V., SERRANO E., PUECH M., PESSEY J.J.P., LACOMME Y.(1993). Etude des mécanismes de la déglutition après laryngectomie horizontale susglottique. *Revue Officielle de la Société Française d'ORL*, 19, 19-24.
- WOISARD V., SERRANO E., PESSEY J.J.P.(1994). Etude radiologique du mécanisme de la déglutition. *Annales de Radiologie*, 37, 7-8:481-487.
- WOISARD V. (1992). Etude de la Déglutition après Chirurgie Partielle Horizontale Susglottique. Thèse pour le Doctorat en Médecine Toulouse, France.