

Déglutition Swallowing disorders

Communications orales

Version française

CO03-001–FR

Typologie analytique et fonctionnelle de troubles de la déglutition selon l'étiologie neurologique ou neuromusculaire de 153 patients adressés à la consultation spécialisée du CHU de Nantes

M. Le Fort*, P. Hamon, J.-F. Mathé, B. Perrouin-Verbe
Service de MPR neurologique, CHU de Nantes, 85, rue Saint-Jacques, 44093
Nantes cedex 01, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Déglutition ; Neurologique ; Neuromusculaire ; Typologie

Objectif.– Typologie de troubles de la déglutition par pathologie.

Patients et méthode.– La consultation du CHU de Nantes pour les troubles neurologiques de la déglutition associe un MPR et un ORL. Évaluation systématiquement clinique et vidéonasofibroscopique. Cent cinquante-trois patients vus au moins une fois entre 2008 et 2010. Treize caractéristiques notamment sont relevées : gastrostomie, trachéotomie, alimentation modifiée, dénutrition, temps de repas, troubles cognitifs, troubles moteurs buccaux ; au niveau pharyngé : fuites prématurées, réflexe retardé, hyperréflexivité, stase, résidu ; fausse route visualisée. Caractéristiques anonymisées et comparées par un test du Chi² pour chaque pathologie au reste de la population étudiée.

Résultats, discussion et étiologies.– Accident vasculaire cérébral (AVC)=35 cas ; sclérose en plaques (SEP)=25 ; traumatisme crânien (TC)=16 ; sclérose latérale amyotrophique (SLA)=15 ; Parkinson et assimilés (PK)=11 ; infirmité motrice cérébrale (IMC)=8 ; myopathies=8 ; syndromes cérébelleux (SC)=8 ; autres=27. Indication de consultation : reprise d'une alimentation per os de patients souvent gastrostomisés voire trachéotomisés pour les AVC et les TC, caractérisés par des fuites pharyngées prématurées et une atteinte cognitive ; discussion face à l'apparition ou aux complications de troubles de la déglutition pour les autres pathologies, notamment les SLA qui se distinguent par une fréquence plus importante des troubles moteurs buccaux et une dénutrition, et par une absence de troubles cognitifs. Les PK sont caractérisés par une fréquence moindre de stase pharyngée : le trouble de la motricité volontaire se situe en amont du pharynx sans forcément d'atteinte strictement pharyngée, contrairement aux myopathies. L'anomalie de contrôle buccolingual caractérise les IMC alors que l'évaluation des SEP et des SC apparaît la moins altérée. Cette évaluation analytique et fonctionnelle, comparée à la littérature, fournit des éléments pratiques de gestion du confort et de la sécurité par pathologie dans le cadre de troubles volontiers évolutifs

(aggravatifs ou régressifs) de la déglutition. Cela peut servir de base à des études spécifiques complémentaires.

Référence

Kumar S. Swallowing and dysphagia in neurological disorders. Rev Neurol Dis 2010;7(1):19–27.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.842

CO03-002–FR

Les signes prédictifs de l'évolution des troubles de la déglutition après AVC

J.-P. Crudo^{a,*}, N. Hadji^a, M. Enjalbert^b

^a CRF Bouffard-Vercelli, Cap-Peyrefite, 66290 Cerbere, France

^b CRF Bouffard-Vercelli, CH Perpignan, Cerbere, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Signes prédictifs ; Troubles de la déglutition ; AVC ; Troubles phasiques ; L'éveil ; Le TPM ; NBI

Introduction.– Se nourrir, boire, appartient au kit de survie de l'homme. Soixante à 80 % des patients atteints d'un AVC présentent des troubles de la déglutition. Notre objectif a été la détermination des signes prédictifs les plus intéressants de l'évolution de cette pathologie.

Méthode.– Nous avons exploré au CBV au cours de l'année 2010, 40 patients ayant présenté un AVC. Nous avons déterminé 7 critères qui nous paraissent indispensables dans le suivi en parallèle des troubles de la déglutition : le temps phonatoire maximum (TPM), la parole, le NBI (lumière verte), le réflexe nauséeux, l'éveil, la sensibilité, la paralysie faciale.

Résultats.– L'âge moyen était de 73 ans. L'origine des AVC était de nature ischémique dans 33 cas (82,5 %), hémorragique dans 7 cas (17,5 %). La lésion a siégé dans le tronc cérébral dans 10 cas (25 %) et dans les hémisphères dans 30 cas (75 %). Le déficit moteur était droit dans 27 cas (67,5 %), gauche dans 13 cas (32,5 %).

Discussion.– Deux signes nous sont apparus primordiaux : les troubles phasiques (présents dans 75 % des cas), et les troubles de l'éveil (présents dans 30 % des cas) dont l'amélioration précède ou évolue de pair avec les troubles de la déglutition. Le TPM n'est pas toujours réalisable mais à partir de 10 s, il est un signe favorable à la récupération. Le NBI (Neuro Band Imagine) ou lumière verte visualise dans 47 % des troubles de la microvascularisation et sa présence permet le suivi évolutif. Le réflexe nauséeux (80 % des cas) est moins déterminant. La perte de la sensibilité a une importance plus grande dans le réflexe de déglutition ou dans la rééducation. La paralysie faciale (50 % des cas) est une gêne pour le temps buccal et n'est pas significative.

Conclusion.– Trois signes cliniques (troubles phasiques, l'éveil, le TPM) et un signe paraclinique (NBI) sont les éléments dont l'évolution (amélioration ou

stagnation) va séparément de pair de la déglutition mais ensemble potentialisent le pronostic évolutif. Les autres critères (réflexes nauséux, sensibilité, PF) sont intéressants mais moins discriminants.

Référence

Waisard V, Puech M. La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte. SOLAL 2003.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.843

CO03-003–FR

Prise en charge des troubles de la déglutition dans les services de rééducation neurologique : de l'harmonisation des pratiques à l'éducation thérapeutique

A.-L. Ferrapie*, S. Moreau, B. Defois, C. Paulange, S. Culty, D. Maussion, V. Goacolou, I. Richard
CRRRF, CHU d'Angers, Angers, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Déglutition ; AVC ; Évaluation des pratiques professionnelles ; Éducation thérapeutique

Objectif.– Les troubles de la déglutition en rééducation neurologique sont fréquents et source d'inquiétude pour le patient, son entourage et les soignants. Ils sont potentiellement graves, à l'origine de complications infectieuses, de dénutrition, voire de réhospitalisations. Nous rapportons notre expérience dans la prise en charge de ces troubles avec un recul de cinq ans.

Matériel et méthodes.– Dans le cadre d'un travail d'EPP (évaluation des pratiques professionnelles), nous avons analysé la filière de prise en charge des troubles de la déglutition après AVC (chemin clinique). Nous avons redéfini le rôle de chacun et formalisé les étapes clés (textures, repas type à l'admission, modalités d'observation des repas, modalités d'évaluation des troubles, rééducation...) [1]. En parallèle, nous avons réalisé une formation de l'ensemble du personnel soignant et de cuisine.

Résultats.– La coordination a été améliorée entre le personnel de cuisine, l'équipe soignante, l'orthophoniste, le kinésithérapeute, la diététicienne, le médecin et le patient. L'inquiétude lors de la reprise alimentaire a diminué. Les changements et ajustements de textures sont optimisés et plus rapides. Le patient et l'entourage sont mieux informés de la prise en charge.

Discussion.– Ce travail a été effectué de façon multidisciplinaire et les propositions ont été étendues à tous les patients avec troubles de la déglutition d'origine neurologique. La dynamique initiée avec ce travail perdure et nous comptons, à la lumière des dernières recommandations de la SOFMER et de la SFNV, poursuivre nos actions en formalisant un programme d'éducation thérapeutique pour les patients et leur entourage [2].

Références

[1] Bleeckx D, Postiaux G. Déglutition-évaluation-rééducation. *Encycl Med Chir, Kinésithérapie-MPR*, 26-430-A-10, 10p.

[2] Éléments pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique au patient après AVC : troubles de la déglutition. SOFMER SFNV 31 mars 2011.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.844

CO03-004–FR

Intérêt du radiocinéma après évaluation fibroscopique systématique dans le bilan des troubles de déglutition d'origine neurologique

P. Hamon*, M. Le Fort, J.-F. Mathé, B. Perrouin-Verbe
MPR Neurologique, CHU de Nantes, 85, rue Saint-Jacques, 44093 Nantes cedex 01, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Déglutition ; Neurologique ; Neuromusculaire ; Nasofibroscopie ; Radiocinéma

Objectif.– Indications du radiocinéma dans l'évaluation des troubles neurologiques de déglutition après évaluation fibroscopique systématique.

Patients et méthode.– Étude prospective à partir d'une consultation d'évaluation des troubles de déglutition d'origine neurologique associant un médecin MPR et un ORL. La première évaluation comporte : interrogatoire du patient et de son entourage, examen clinique à orientation neurologique, examen vidéofibroscopique. Un radiocinéma de déglutition n'est pas proposé de première intention et est réalisé éventuellement dans un second temps. Cent cinquante-trois patients ont été examinés au moins une fois entre 2008 et 2010. Analyse des critères qui indiquent ou non la réalisation d'un radiocinéma secondaire.

Résultats.– Les critères de réalisation secondaire d'un radiocinéma de déglutition sont :

- appréciation globale du processus de déglutition insuffisante (évaluation complémentaire de l'impact d'éléments compressifs extrinsèques ou de myoclonies pharyngées, meilleure exploration du temps buccal...);
- appréciation globale du processus de déglutition non concordante avec les doléances symptomatiques du patient et de son entourage (par excès ou défaut);
- difficultés d'exposition et de visualisation en fibroscopie (langue très postérieure, compression pharyngée extrinsèque...);
- souhait de visualisation de l'œsophage (dysphagie basse...);
- exploration de la déglutition dans des conditions plus « physiologiques » sans l'élément distrayant induit par la fibroscopie (hyperréflexivité, troubles comportementaux...);
- évaluation complémentaire d'une latéralisation du passage alimentaire (vérification d'éléments posturaux à visée protectrice par exemple...).

Les deux éléments les plus limitants du radiocinéma de déglutition semblent les difficultés potentielles d'installation du patient et de modulation de la texture du produit radio-opaque.

Discussion.– Le radiocinéma ne nous apparaît pas comme un examen « obligé » de l'évaluation des troubles de déglutition d'origine neurologique mais peut être secondairement utile. Ces constatations sont comparées à la littérature. Nous privilégions dans un premier temps l'évaluation fibroscopique de la déglutition : peu invasive, non irradiante, réalisable en consultation idéalement pluridisciplinaire et spécifiquement dédiée à l'exploration de ces troubles.

Références

Jeri A Logeman. Normal swallowing physiology as viewed by videofluoroscopy and videoendoscopy. *Folia phoniatrica et logopedia* 1998;50:311–319.

MG Rugiu. Role of videofluoroscopy in evaluation of neurological disease. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2007;27:306–316.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.845

CO03-005–FR

Stimulation électrique sensitive sous mentonnière dans le traitement des dysphagies oropharyngées d'origine neurologique centrale

E. Verin*, D. Hannequin, A.-M. Leroi

Physiologie, CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76031 Rouen, France

*Auteur correspondant.

La dysphagie oropharyngée est fréquente dans les maladies neurologiques chroniques et augmente la mortalité du fait des complications respiratoires. Notre objectif était de montrer que la stimulation électrique sous mentonnière à un seuil sensitif (*submental sensitive transcutaneous electrical stimulation* [SSTES]) appliquée pendant les déglutitions améliore la déglutition.

Méthodes.– Treize patients ont été étudiés (4f, 68 ± 12 ans). Ils souffraient tous d'une dysphagie oropharyngée d'origine neurologique centrale. Nous avons d'abord comparé des déglutitions de pâteux et de liquide avec et sans stimulations électriques par vidéofluoroscopie. Ensuite, les patients ont appliqué la stimulation électrique sous mentonnière avec des électrodes de surface collées sous le menton, lors de chaque repas. La déglutition a été évaluée après 6 semaines d'utilisation par un questionnaire de qualité de vie axé sur la déglutition (SWAL-QoL).

Résultats.– Avec la stimulation électrique sous mentonnière, la coordination de la déglutition était améliorée avec une diminution de la latence d'initiation du réflexe de déglutition pour les liquides ($p < 0,05$) et le pâteux ($p < 0,01$). Les scores de pénétrations bronchiques étaient aussi diminués significativement ($p < 0,05$), sans modification sur les résidus. À la maison, la compliance