

Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche – « Médecine et Techniques Médicales »
Année Universitaire 2009/2010

Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Capacité d'Orthophoniste

présenté par **Virginie LAREUR**
(née le 06/04/1987)

Pistes de réflexions pour optimiser
la prise en charge de la déglutition
après laryngectomie partielle supracricoïdienne
au Centre de Maubreuil-Carquefou (44)

Président du Jury :	Professeur Malard Olivier, ORL et chirurgien cervico-facial
Directrice de Mémoire :	Madame Chopineaux Valérie, orthophoniste
Membre du Jury :	Madame Weisz Justine, orthophoniste

« Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION	1
<u>PREMIÈRE PARTIE</u>	2
1. ANATOMIE DU LARYNX ET PHYSIOLOGIE DE LA DEGLUTITION	3
1.1 LE SQUELETTE OSTEO-CARTILAGINEUX	3
1.2 LES MUSCLES DU LARYNX	4
1.3 LA PHYSIOLOGIE DE LA DEGLUTITION	5
1.31 Le temps labio-buccal	6
1.32 Le temps pharyngé	6
1.33 Le temps œsophagien	7
1.4 LA COMMANDE NEUROLOGIQUE DE LA DEGLUTITION	7
1.41 La programmation neurologique de la déglutition	7
1.42 Les nerfs crâniens ayant un rôle dans la déglutition	8
1.5 LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION	9
1.51 Les fausses routes primaires	9
1.52 Les fausses routes pendant la déglutition	10
1.53 Les fausses routes secondaires	10
1.54 Les fausses routes silencieuses	11
2. LES TECHNIQUES CHIRURGICALES	13
2.1 LA LARYNGECTOMIE SUPRACRICOÏDIENNE AVEC RECONSTRUCTION DE TYPE CRICO-HYOÏDO-PEXIE (OU CHP)	13
2.11 Principes chirurgicaux	14
2.12 Conséquences	14
2.13 Compensations	15
2.2 LA LARYNGECTOMIE SUPRACRICOÏDIENNE AVEC RECONSTRUCTION DE TYPE CRICO-HYOÏDO-EPIGLOTTO-PEXIE (OU CHEP)	15
2.21 Principes chirurgicaux	15
2.22 Conséquences	16
2.23 Compensations	16
2.3 LA LARYNGECTOMIE VERTICALE FRONTALE ANTERIEURE RECONSTRUITE PAR EPIGLOTTOPLASTIE DE GLISSEMENT (OU TUCKER)	16
2.31 Principes chirurgicaux	16
2.32 Conséquences	17
2.33 Compensations	17
2.4 LES EVIDEMENTS GANGLIONNAIRES	18
3. RADIOTHERAPIE, CHIMIOOTHERAPIE ET CONSEQUENCES SUR LA DEGLUTITION	19
3.1 LA RADIOTHERAPIE	19
3.11 La technique de radiothérapie	19
3.12 Indications	20
3.13 Préparation à la radiothérapie	20
3.14 Les effets secondaires de la radiothérapie	21

3.2	LA CHIMIOOTHERAPIE	22
3.21	Indications	23
3.22	Les effets secondaires de la chimiothérapie	23
4.	LES MODES D’ALIMENTATION ARTIFICIELS ET LA TRACHEOTOMIE	25
4.1	LA NUTRITION ENTERALE	25
4.11	La sonde nasogastrique	25
4.12	La sonde de gastrostomie	26
4.13	La sonde de jéjunostomie	26
4.2	LA NUTRITION PARENTERALE	27
4.3	LA TRACHEOTOMIE	28
4.31	Avantages et inconvénients de la trachéotomie	28
4.32	Essais alimentaires sur canule fermée	29
	 DEUXIÈME PARTIE	 30
1.	LES MOYENS D’EXPLORATION DE LA DEGLUTITION	31
1.1	L’EXAMEN CLINIQUE	31
1.2	LA NASOFIBROSCOPIE DE LA DEGLUTITION	31
1.21	Technique	32
1.22	Les intérêts de la nasofibroscopie de la déglutition	32
1.23	Les limites de la nasofibroscopie	33
1.3	LE RADIOCINEMA	33
1.31	Mais qu’est-ce que le radiocinéma ?	33
1.32	Les incidences	34
1.33	Les produits de contraste	34
1.34	Les intérêts du radiocinéma	34
2.	LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE	36
2.1	LE BILAN ORTHOPHONIQUE	36
2.11	L’anamnèse	36
2.12	L’information au patient	37
2.13	Le bilan fonctionnel	38
2.2	L’APPRENTISSAGE DES POSITIONS DE SECURITE	39
2.21	Les positions adoptées par le patient	40
2.22	Les manœuvres de protection et de vidange	41
2.3	LA PROGRESSION ALIMENTAIRE	43
2.31	Les essais alimentaires	43
2.32	Le choix des aliments	44
2.4	LES EXERCICES PROPOSES EN ORTHOPHONIE	45
2.41	Détente cervico-scapulaire	45
2.42	Fermeture néoglottique	45
2.43	Recul de la langue	46
2.44	Renforcement de la paroi musculaire pharyngée	46
2.45	Élévation et avancée laryngées	47

3. LES AUTRES INTERVENANTS	48
3.1 LE MEDECIN	48
3.2 LE DIETETICIEN	48
3.3 LES INFIRMIERS	49
3.4 LES AIDES-SOIGNANTS	49
3.5 LES KINESITHERAPEUTES	49
3.6 LES ERGOTHERAPEUTES	49
3.7 LE PSYCHOLOGUE	50
3.8 LE PERSONNEL HOTELIER	50
 TROISIÈME PARTIE	 51
PROBLEMATIQUE	52
METHODOLOGIE	53
A. POPULATION	53
1.1 CRITERES DE RECRUTEMENT DE LA POPULATION ETUDIEE	53
1.11 Critères d'inclusion	53
1.12 Critères d'exclusion	53
1.2 PRESENTATION DE LA POPULATION	54
B. QUESTIONNAIRE	54
C. OBSERVATIONS	55
1. LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE DE LA DEGLUTITION, A MAUBREUIL ET DANS LES DIFFERENTS CENTRES FRANÇAIS, DES PATIENTS AYANT SUBI UNE LARYNGECTOMIE PARTIELLE SUPRACRICOIDIENNE (LPSC)	56
1.1 AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES DEUX MODES D'HOSPITALISATION A MAUBREUIL	56
1.11 Sécurité et réassurance	56
1.12 Coordination des prises en charge	57
1.13 Repas : préparation et ingestion	57
1.14 Importance de l'entourage	59
1.15 Rencontres entre patients	59
1.2 LES CONDITIONS A LA PRISE EN CHARGE DE LA DEGLUTITION DANS LES DIFFERENTS CENTRES ET A MAUBREUIL	60
1.21 Conditions aux essais alimentaires à Maubreuil	60
1.22 Conditions aux essais alimentaires dans les autres centres	61
1.3 LE DEROULEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DANS LES DIFFERENTS CENTRES ET A MAUBREUIL	69
1.31 Le bilan orthophonique	69
1.32 Le suivi orthophonique	71
1.33 La prise en charge diététique	80
1.34 La prise en charge kinésithérapique	82

2. LA PRISE EN CHARGE IDEALE ET LES AMELIORATIONS POSSIBLES A MAUBREUIL	84
2.1 CONDITIONS D'ENTREE AU CENTRE	84
2.11 Dans des conditions idéales de prise en charge	84
2.12 Proposition d'amélioration à Maubreuil	84
2.2 LES MODES D'HOSPITALISATION	85
2.21 Dans des conditions idéales de prise en charge	85
2.22 Propositions d'amélioration à Maubreuil	85
2.3 LES BILANS D'ENTREE A MAUBREUIL	86
2.31 Le bilan médical	86
2.32 Le bilan orthophonique	87
2.33 Le bilan diététique	91
2.4 LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT	92
2.41 La relaxation	92
2.42 Le suivi orthophonique	93
2.43 La prise en charge en kinésithérapie	97
2.44 La prise en charge diététique	98
2.5 LES PRISES EN CHARGE SUPPLEMENTAIRES	99
2.51 La prise en charge en ergothérapie	99
2.52 La prise en charge par l'IDE	100
2.6 CONDITIONS DE SORTIE DU CENTRE	100
2.61 Dans des conditions idéales de prise en charge	100
2.62 Proposition d'amélioration à Maubreuil	100
 DISCUSSION	 102
A. LES LIMITES DE NOTRE ETUDE	102
1.1 AU NIVEAU DU QUESTIONNAIRE	102
1.2 LA NON-VALIDATION DE CETTE PRISE EN CHARGE	103
1.3 LES CONTRAINTES ECONOMIQUES	103
 B. LES INTERETS DE NOTRE ETUDE	 104
2.1 L'UNIFICATION DE LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE	104
2.2 LA COLLABORATION ENTRE PROFESSIONNELS	105
 CONCLUSION	 106
 ANNEXES	 107
I. Le bilan orthophonique actuel à Maubreuil	108
II. Le livret patient dysphagique	110
III. La fiche n°1 « Transmission orthophoniste »	120
IV. La fiche n°3 « Transmission alimentaire à l'entourage »	121
V. Les fiches de suivi alimentaire	122
VI. La fiche d'apports nutritionnels	123
VII. Etudes de cas	124
VIII. Questionnaire et lettre d'accompagnement	127
 BIBLIOGRAPHIE	 129

INTRODUCTION

Les laryngectomies partielles supracricoïdiennes (LPSC) sont présentées aujourd'hui comme des alternatives à la laryngectomie totale. Dans cette idée de préservation d'organe, prônée en cancérologie des voies aéro-digestives (VADS) depuis quelques années, elles constituent des traitements efficaces des tumeurs du larynx. Elles permettent à la fois d'obtenir un contrôle locorégional du cancer, tout en limitant les conséquences fonctionnelles et sociales.

Pour autant, ces interventions ne laissent pas le patient indemne. Et, une restauration des fonctions physiologiques laryngées (respiration, déglutition et phonation) est nécessaire. C'est pourquoi une prise en charge orthophonique est généralement fortement conseillée pour obtenir une voix de substitution et réhabiliter la déglutition.

Dans ce mémoire, nous nous intéresserons tout particulièrement à la réhabilitation de la déglutition des patients ayant enduré une LPSC :

- Soit avec reconstruction de type crico-hyoïdo-pexie (CHP)
- Soit avec reconstruction de type crico-hyoïdo-épiglotto-pexie (CHEP)
- Soit reconstruite par épiglottoplastie de glissement (Tucker)

et ayant suivi une rééducation dans le centre de réadaptation de Maubreuil à Carquefou (44). L'objectif de notre travail sera de tenter de définir une prise en charge optimale de la déglutition après LPSC dans ce centre.

Dans la première partie de notre étude, nous ferons quelques rappels anatomo-physiologiques concernant le larynx et la déglutition. Nous donnerons également des précisions à propos des trois interventions de notre sujet (CHP, CHEP et Tucker) et du retentissement de leurs conséquences sur la vie des patients.

Puis, une présentation des méthodes d'évaluation de la déglutition et du rôle des différents intervenants sera proposée. Nous développerons davantage le rôle des orthophonistes.

La dernière partie sera consacrée à la description de la prise en charge de ces patients au Centre de Maubreuil et aux critiques qui peuvent en être faites. Nous la comparerons également à celle proposée dans d'autres structures. A travers cette dernière partie, nous essaierons de définir une prise en charge idéale. Dans cette perspective, nous suggérerons, si nécessaire, des «pistes», afin d'améliorer la prise en charge de la déglutition des patients, après laryngectomie partielle supracricoïdienne.

PREMIÈRE PARTIE

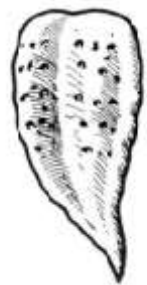
1. ANATOMIE DU LARYNX ET PHYSIOLOGIE DE LA DEGLUTITION

Le larynx est un organe primordial dans la respiration, la déglutition et la phonation. Il est constitué d'un squelette ostéo-cartilagineux composé de cinq éléments unis par des muscles et des ligaments.

1.1 LE SQUELETTE OSTEO-CARTILAGINEUX

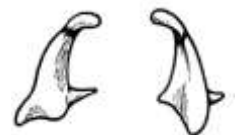
Il se compose de haut en bas de :

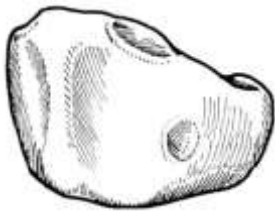
- L'*épiglotte* : c'est un cartilage souple en forme de pétale. L'extrémité inférieure de ce cartilage est amarrée à la partie supérieure et postérieure du cartilage thyroïde, à la jonction des ailes thyroïdiennes, par le ligament thyro-épiglottique. La partie supérieure de l'épiglotte passe derrière l'os hyoïde (qui n'appartient pas au larynx) et y est attachée grâce au ligament hyo-épiglottique. La face antérieure de l'épiglotte se projette à hauteur de l'oropharynx tandis que la face postérieure est laryngée.



- Le *cartilage thyroïde* : composé de deux lames cartilagineuses dont la réunion, en avant, forme un angle ($\approx 90^\circ$ chez l'homme et $\approx 120^\circ$ chez la femme), remarquable au niveau du cou et appelé chez l'homme : « pomme d'Adam ». C'est le cartilage qui abrite les plis vocaux. Sur ses bords postérieurs, on peut observer deux cornes : une supérieure et une inférieure, qui s'articule avec le cartilage cricoïde, et permet au cartilage thyroïde de basculer vers l'avant lors de la déglutition.

- Les *cartilages aryténoïdes* : ce sont deux petites pyramides à base triangulaire, mobiles, reposant sur la partie postérieure du cartilage cricoïde. A l'avant de ces aryténoïdes, sur la partie appelée « processus vocal (ou apophyse vocale) », s'insère le muscle thyro-aryténoïdien constituant le muscle de la corde vocale. La partie postérieure de l'aryténoïde se nomme « processus (ou apophyse) musculaire ». Les aryténoïdes ont un rôle essentiel dans la déglutition et la phonation et lors d'une chirurgie partielle du larynx, la conservation d'au moins un aryténoïde mobile est essentielle.





- Le *cartilage cricoïde* : est en forme de cheville, la partie antérieure étant plus étroite que la partie postérieure. La conservation du cartilage cricoïde est indispensable lors d'une intervention chirurgicale partielle sur le larynx car sa structure circulaire permet d'assurer le maintien de l'ouverture de la filière laryngée. [références bibliographiques : 1 ; 2 ; 9]

1.2 LES MUSCLES DU LARYNX

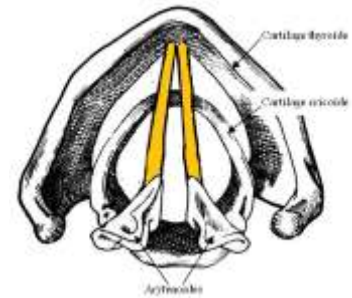
Deux types de musculatures sont à distinguer dans le larynx :

- la musculature extrinsèque
- la musculature intrinsèque

La *musculature extrinsèque* constitue l'appareil suspenseur du larynx. Elle est constituée des muscles sus-hyoïdiens qui en se contractant provoquent l'élévation du larynx, et des muscles sous-hyoïdiens dont la contraction abaisse le larynx.

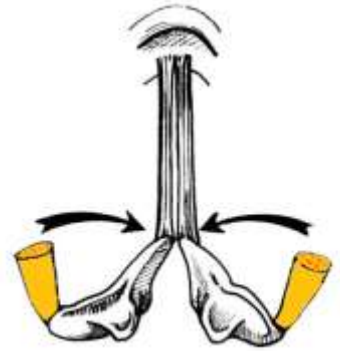
La *musculature intrinsèque* est composée de cinq muscles dont :

- le *muscle thyro-aryténoïdien* qui est le muscle de la corde vocale. Il s'insère entre l'angle rentrant du cartilage thyroïde en avant et le processus vocal aryténoïdien en arrière. Sa contraction provoque l'adduction des plis vocaux qui se raccourcissent et s'épaississent.



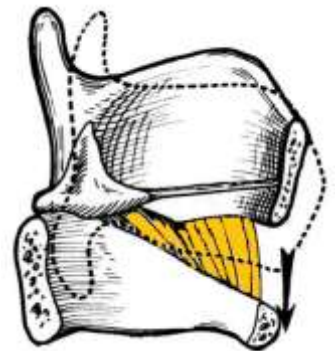
- Le *muscle crico-aryténoïdien postérieur* s'insère sur la face postérieure du cartilage cricoïde qu'il relie à l'apophyse musculaire. Sa contraction attire en arrière, latéralement et vers le bas l'aryténoïde et permet la dilatation de la glotte, et donc la respiration. C'est le seul muscle abducteur du larynx.

- Le *muscle crico-aryténoïdien latéral* s'insère sur la partie supérieure et latérale du chaton cricoïdien et sur le processus musculaire de l'aryténoïde. Sa contraction attire en avant et latéralement la partie postérieure de l'aryténoïde, entraînant l'adduction des processus vocaux et des cordes vocales.



- Le *muscle inter-aryténoïdien* ou *aryténoïdien transverse*. Muscle impair qui relie les faces postérieures des aryténoïdes, sa contraction est à l'origine d'un rapprochement des aryténoïdes et des cordes vocales.

- Le *muscle crico-thyroïdien* (ou muscle tenseur de la corde vocale) est tendu entre la face externe inférieure du cartilage thyroïde et le bord supérieur du cartilage cricoïde. C'est le seul muscle intrinsèque qui ne s'insère pas sur le cartilage aryténoïde et qui n'est pas innervé par le nerf laryngé inférieur (nerf récurrent), mais par le nerf laryngé supérieur. Sa contraction fait basculer le cartilage thyroïde sur le cartilage cricoïde, ce qui allonge les plis vocaux et met en tension le ligament vocal. Il participe à l'émission de sons aigus. [1 ; 2 ; 9]



1.3 LA PHYSIOLOGIE DE LA DEGLUTITION

La déglutition est une fonction primitive, essentielle à l'homme. Elle constitue le processus qui assure la nutrition puisqu'elle transporte les aliments et la salive de la bouche jusqu'à l'estomac. Cet acte d'avaler implique la coordination et l'intégrité de l'ensemble des structures buccales, pharyngées et laryngées afin de protéger les voies aériennes de toute pénétration alimentaire.

On décrit habituellement trois temps lors de cette déglutition :

- Le temps labio-buccal
- Le temps pharyngé
- Le temps œsophagien

1.31 Le temps labio-buccal

Il se divise en deux phases.

Tout d'abord, la *phase préparatoire*, volontaire. L'aliment est mis en bouche, mastiqué et insalivé. C'est lors de cette étape que les papilles gustatives sont stimulées. Puis, les aliments sont rassemblés sur le dos de la langue, de façon à former un bolus homogène, prêt à être propulsé. Au cours de cette préparation, il est nécessaire que la fermeture labiale soit maintenue, que les muscles faciaux, labiaux et jugaux soient suffisamment toniques, que les mouvements linguaux soient efficaces et que la mobilisation antérieure du voile du palais soit possible pour contenir les aliments dans la bouche. Ce dernier forme, avec la base de langue, le sphincter buccal postérieur maintenant le bolus dans la bouche pour éviter toute fuite alimentaire vers le larynx qui est encore ouvert.

Suite à cette étape, vient la *phase de transport oral* ou de propulsion du bol alimentaire, également volontaire. Le bolus déjà rassemblé sur le dos de la langue est collé contre le palais dur. La langue s'incline, formant une sorte de « toboggan » vers l'oropharynx. Le bolus franchit alors l'isthme du gosier.

1.32 Le temps pharyngé ou pharyngo-laryngo-œsophagien

Le passage de l'isthme du gosier est accéléré grâce au coup de piston qu'exerce la langue, en reculant, sur le bolus. L'arrivée du bolus dans le pharynx provoque l'élévation du voile vers le cavum pour y éviter tout reflux alimentaire. Le péristaltisme pharyngé se déclenche également. C'est une onde qui se propage de haut en bas, c'est-à-dire du rinopharynx au sphincter supérieur de l'œsophage (SSO) pour faciliter le transport du bol alimentaire. Conjointement, des mécanismes de protection sont mis en œuvre : l'occlusion laryngée qui implique une apnée parfaitement synchrone à la déglutition, l'ascension et la projection antérieure laryngée.

Cette fermeture laryngée est parfaitement étanche car elle a cinq niveaux de protection :

- Fermeture des cordes vocales + bascule en avant et en dedans des aryténoïdes
- Fermeture des bandes ventriculaires
- Recul de la base de langue
- Ascension et projection antérieure du larynx
- Bascule en arrière de l'épiglotte

Enfin, lorsque le bolus a franchi la bouche œsophagienne, cette étape « automatico-réflexe » s'achève.

1.33 Le temps œsophagien

C'est la dernière étape de la déglutition, entièrement réflexe. Le bolus passe le sphincter supérieur de l'œsophage. L'onde péristaltique se poursuit jusqu'à l'estomac, mais devient œsophagienne et non plus pharyngée. A ce stade, les différentes structures supérieures sollicitées sont de nouveau au repos : le velum est abaissé, le larynx est aussi redescendu et la bouche de l'œsophage s'est refermée : la respiration peut reprendre. [1 ; 2 ; 3 ; 10]

1.4 LA COMMANDE NEUROLOGIQUE DE LA DEGLUTITION

La déglutition est un phénomène mécanique mettant en jeu la contraction ou l'inhibition, simultanée ou successive, d'un grand nombre de muscles. Un ensemble de commandes neurologiques est à l'origine de la coordination et du bon déroulement des différentes phases de la déglutition. Il semble important de distinguer les différents nerfs impliqués dans ce processus de déglutition pour anticiper les conséquences de leur atteinte au cours de l'intervention.

1.41 La programmation neurologique de la déglutition

Le tronc cérébral abrite, au niveau du bulbe rachidien, la commande nerveuse centrale de la déglutition. Le tronc cérébral est constitué de deux noyaux : le noyau du tractus solitaire, dans la partie dorsale du bulbe, et le noyau ambigu, dans la partie ventrale. Lorsque les récepteurs sensitifs et sensoriels, situés au niveau des muqueuses buccale, pharyngée et laryngée, sont stimulés, une information est transmise au faisceau solitaire. C'est dans ce noyau que la séquence de déglutition est préprogrammée.

Puis, l'influx nerveux gagne le noyau ambigu. Ce dernier contient les noyaux des nerfs crâniens moteurs. Le programme est alors adressé, via les motoneurones, aux muscles requis.

Donc, le tronc cérébral organise les actes réflexes de la déglutition.

Cependant, la déglutition peut être également déclenchée sur commande ou être modulée (selon la température, le volume ou la consistance du bolus par exemple) par les centres supérieurs (cortex frontal, noyaux gris centraux et cervelet). Ces centres dominent le tronc cérébral et peuvent modifier la séquence de déglutition qu'il a préprogrammée grâce au contrôle cortical :

- le cortex frontal peut initier, inhiber ou modifier le mouvement, via les fibres du faisceau pyramidal qui rejoignent les noyaux du tronc cérébral,
- les noyaux gris centraux assurent la régulation automatique et involontaire de la déglutition en empruntant les fibres du faisceau extra-pyramidal,

- Le système cérébelleux assure la coordination et la synchronisation des différents groupes musculaires impliqués dans la déglutition.

Le programme de déglutition, en conditions physiologiques, est donc constamment réajusté.

1.42 Les nerfs crâniens ayant un rôle dans la déglutition

a. Le nerf trijumeau (V)

Ce nerf est divisé en trois branches : supérieure, moyenne et inférieure.

La branche moyenne ou nerf maxillaire supérieur (V2) permet l'innervation sensitive de la partie moyenne de la face : joue, lèvre, gencive, bouche, maxillaires supérieurs et dents.

La branche inférieure ou nerf maxillaire inférieur (V3) s'occupe de l'innervation sensitive de la partie inférieure de la face et des 2/3 antérieurs de la langue ; ainsi que de l'innervation motrice des muscles masticateurs, tenseur du voile du palais, mylohyoïdien (relève l'os hyoïde et soutient le plancher de la bouche) et du ventre antérieur du digastrique (relève et maintient l'os hyoïde).

b. Le nerf facial (VII)

C'est lui qui assure l'innervation motrice des muscles de la face (fermeture de la bouche, tonicité des joues) et du cou, mais aussi la sensibilité gustative des 2/3 antérieurs de la langue.

c. Le nerf glossopharyngien (IX)

Il a un rôle à la fois moteur, sensitif et sensoriel.

Il permet l'innervation motrice du muscle stylopharyngien (élève le larynx et le pharynx) et des muscles constricteurs du pharynx.

Il assure la sensibilité de la base de langue, du voile du palais, de la partie postérieure du pharynx et de la sensibilité gustative du 1/3 postérieur de la langue.

d. Le nerf pneumogastrique ou vague (X)

Il se divise en deux branches au niveau du larynx : une branche supérieure appelée nerf laryngé supérieur et une branche inférieure appelée nerf laryngé inférieur ou nerf récurrent.

Le nerf laryngé supérieur permet l'innervation sensitive des étages glottique et supra-glottique, ainsi que des parois latérales du pharynx. Il assure l'innervation motrice du muscle crico-thyroïdien (muscle tenseur de la corde vocale).

Le nerf récurrent est moteur pour tous les autres muscles intrinsèques du larynx et pour le muscle crico-pharyngien. Il est sensitif pour les étages glottique et sous-glottique.

e. Le nerf spinal (XI)

Il est purement moteur. Il innerve le muscle sterno-cléido-mastoïdien (permet la flexion et la rotation de la tête) et le muscle trapèze supérieur (hausse l'épaule et élève le bras).

f. Le nerf hypoglosse (XII)

Ce dernier est exclusivement moteur pour les muscles de la langue, géniohyoïdien (relève et projette l'os hyoïde en avant) et thyrohyoïdien (abaisse le larynx). [1 ; 2 ; 3 ; 5 ; 10]

1.5 LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION

Les fausses routes font partie des conséquences habituelles d'une chirurgie partielle laryngée. Une fausse route correspond à la pénétration d'un corps étranger dans les voies aériennes. Une fausse route peut arriver à n'importe qui, mais ce phénomène peut devenir pathologique lorsqu'il se répète régulièrement ou s'il est systématique. Les fausses routes provoquent un étouffement brutal très angoissant et douloureux. L'incapacité à se dégager seul, la répétition de ces troubles pouvant entraîner une pneumopathie d'inhalation sont des inconvénients majeurs pouvant engager le pronostic vital.

Il est fondamental de mettre en évidence les différents types de fausses routes et les dysfonctionnements qui en sont responsables dans le but d'optimiser la prise en charge.

Les fausses routes peuvent survenir avant, pendant et après le déclenchement du réflexe de déglutition.

1.51 Les fausses routes primaires

Les fausses routes apparaissant avant l'activation du réflexe peuvent avoir plusieurs origines.

D'une part, elles peuvent être la conséquence d'un défaut du contrôle lingual lors du temps labio-buccal, les éléments mis en bouche s'éparpillent empêchant la formation d'un bolus homogène. Les quelques fragments alimentaires qui s'échappent dans le pharynx ne suffisent pas à déclencher le réflexe, ils pénètrent alors dans le larynx qui n'est pas protégé : la fausse route se produit.

D'autre part, le réflexe de déglutition peut être retardé, voire même absent. Ce défaut d'initiation du réflexe peut se remarquer à la suite d'une intervention. Soit de façon transitoire liée à la sidération postopératoire, soit de manière définitive par suppression des récepteurs sensitifs au niveau de l'isthme du gosier, de la base de langue et de l'oropharynx. Le bol alimentaire a alors le temps de s'écouler dans le larynx avant que le réflexe se manifeste.

En outre, une fausse route de ce type peut être présente lorsque la continence buccale postérieure est déficiente, résultant d'une diminution de la force de fermeture vélo-linguale. Une exérèse très importante de la base de langue limite sa contribution dans le sphincter bucco-pharyngé. Le bolus s'échappe alors vers le larynx de façon trop rapide.

Ces fausses routes, contrairement aux suivantes, ne sont pas des conséquences d'une chirurgie partielle laryngée. Néanmoins, il est important de déterminer si les praxies labio-bucco-linguales sont déficientes et sont donc un premier risque de fausse route.

1.52 Les fausses routes pendant la déglutition

Certaines fausses routes sont synchrones au temps réflexe de la déglutition. Le réflexe se déclenche normalement, mais d'autres problèmes entraînent ces phénomènes.

Ce peut être l'absence de fermeture laryngée soit parce que le système de protection laryngée est déficient, incomplet, soit parce que l'occlusion des voies respiratoires tarde. Les aliments peuvent alors se retrouver dans la trachée directement, ce qui signe une fermeture laryngée totalement défectueuse et provoque des fausses routes trachéales.

Mais, si la fermeture glottique est efficace, l'aliment peut être retenu dans le vestibule et être expulsé dans un second temps dans la voie digestive : grâce à la fermeture retardée du larynx qui se fait de bas en haut ou au réflexe de toux ou d'hémage.

L'ascension laryngée peut également se voir limitée et le larynx ne vient pas se loger sous la base de langue, le passage vers le larynx est béant. Ce défaut d'ascension est observable après une intervention où les muscles sus- et sous-hyoïdiens ont été sacrifiés, mais aussi lorsqu'un lambeau de reconstruction gêne les mouvements du larynx, de même qu'à la suite d'une radiothérapie ayant provoqué une fibrose.

La fermeture néoglottique peut être difficile à obtenir à la suite de l'exérèse d'un aryténoïde, insuffisamment compensée lors de la reconstruction, il faut alors un certain temps avant d'obtenir une efficacité du geste et une absence de fausse route.

Enfin, une fausse route pendant ce temps peut être révélatrice d'un trouble de la sensibilité du carrefour.

1.53 Les fausses routes secondaires

Les fausses routes qui se manifestent après le réflexe de déglutition peuvent avoir lieu quasi immédiatement après ce réflexe, à la reprise inspiratoire, ou bien à distance du réflexe. Les causes principales à l'origine de ces fausses routes sont :

- Une diminution de la force de propulsion basilinguale sur le bolus

- un défaut de péristaltisme pharyngé
- un dysfonctionnement du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO)

La base de langue peut occasionnellement perdre de sa force et de son tonus. Le coup de piston exercé sur le bolus n'est plus aussi efficace, l'ensemble du bolus ne passe pas l'isthme du gosier, des stases résiduelles se forment sur le dos de la langue, au palais et dans l'oropharynx. Ces stases risquent alors d'être aspirées à chaque inspiration et de provoquer des fausses routes à distance.

On peut parfois constater que des résidus alimentaires stagnent dans les réservoirs naturels du pharyngo-larynx (vallécule, sinus piriformes et vestibule) soit parce que le péristaltisme pharyngé est ralenti, soit parce que la contraction pharyngée est affaiblie. Or, si cette dernière est trop faible, elle ne peut ouvrir le SSO et les aliments restent bloqués dans le pharynx.

Le problème peut venir également du muscle crico-pharyngien qui souffre d'achalasie. Cela correspond à un défaut de relaxation du SSO qui se relâche de façon incomplète ou asynchrone à l'onde pharyngée, empêchant le bol alimentaire de passer dans l'œsophage ou seulement partiellement.

Dans les deux cas, le pharynx déborde et déverse son excédent dans le larynx, ce qui engendre des fausses routes.

Des fausses routes secondaires peuvent également survenir en cas de reflux gastro-œsophagien, ce qui explique pourquoi certains patients alimentés par voie entérale font des fausses routes. Les aliments remontent directement de l'estomac vers le larynx.

Enfin, si lors de l'intervention, une pexie a été réalisée, comme c'est le cas dans les laryngectomies partielles supracricoidiennes avec crico-hyoïdo-épiglottopexie ou avec crico-hyoïdo-pexie, par rapprochement de l'os hyoïde et du cartilage cricoïde, le pharynx est détendu. Se forment alors de nombreux replis muqueux, sortes de poches qui se remplissent au passage du bol alimentaire. Ces stases résiduelles hypopharyngées seront déversées dans le larynx lors d'un simple mouvement de tête ou d'une prise de parole.

1.54 Les fausses routes silencieuses

Aussi appelées « fausses routes sans toux », ces phénomènes se caractérisent par une abolition du réflexe tussigène lors des fausses routes alimentaires. La sensation du corps étranger dans les voies aériennes n'est plus perçue. Étonnamment, ces personnes ne souffrent pas d'une dépression respiratoire lorsque cela survient, elles ne « s'étouffent » pas.

Ce problème peut survenir, par exemple, à la suite d'une chirurgie partielle laryngée reconstructrice. D'une part, au cours de l'intervention, il se peut que les nerfs laryngés supérieurs (sensitifs) aient

été lésés, entraînant une perte de sensibilité des étages sus-glottiques et glottiques, et une absence de toux.

En outre, la pexie crico-hyoïdienne en modifiant le schéma interne entraîne une hyporéactivité des récepteurs restants, ce qui perturbe le réflexe de toux.

D'autre part, l'exérèse des cartilages aryténoïdes implique le sacrifice de zones tussigènes. En effet, ces derniers sont reliés au nerf pneumogastrique (ou vague, X) qui se rattache au centre bulbaire de la respiration, commandant les muscles effecteurs de toux.

De plus, la canule de trachéotomie, en contact permanent avec les zones réflexogènes déclenchant la toux, majore le trouble en élevant le seuil d'excitabilité des récepteurs tussigènes.

Enfin, les fausses routes silencieuses entraînent des conséquences graves sur le plan respiratoire : pneumopathies infectieuses, pneumonies (risque multiplié par 13, [18]), risques d'insuffisance respiratoire... Voilà pourquoi il est primordial de les dépister au plus tôt et d'avoir toujours à l'esprit que l'absence de toux ne signifie pas l'absence de fausses routes. [1 à 5 ; 10 ; 12 ; 13 ; 15]

2. LES TECHNIQUES CHIRURGICALES

Le concept de préservation d'organe repose sur trois principes thérapeutiques complémentaires : la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. La décision concernant l'une et/ou l'autre de ces stratégies est prise lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en tenant compte de l'état général du patient (encore naïf de tout traitement) et de la tumeur (topographie et stade). Cette décision est ensuite soumise au patient qui prend la décision finale, il peut accepter ou refuser le plan de traitement.

Il serait faux de croire que la chirurgie partielle laryngée soit réservée aux cancers de stade précoce. Tout comme il serait illusoire de penser que la laryngectomie totale ne concerne que les cancers de stade avancé. [2 ; 4]

Nous nous intéresserons tout particulièrement à trois interventions partielles du larynx, en commençant par la plus mutilante :

- la laryngectomie supracricoïdienne avec reconstruction de type crico-hyoïdo-pexie
- la laryngectomie supracricoïdienne avec reconstruction de type crico-hyoïdo-épiglottopexie
- la laryngectomie supracricoïdienne reconstruite par épiglottoplastie de glissement

Dans ces interventions, on tient compte de règles physiologiques.

Tout d'abord, la nécessité de préserver une unité crico-aryténoïdienne fonctionnelle. En effet, c'est ce qui permet au larynx de conserver son rôle de sphincter. C'est une condition *sine qua non* à la déglutition et à la phonation puisque l'aryténoïde reste le seul « vibreur » présent dans ce néolarynx.

Ensuite, on prend soin de préserver le cartilage cricoïde qui permet d'assurer une respiration sans trachéotomie puisqu'il maintient l'ouverture de la filière respiratoire.

2.1 LA LARYNGECTOMIE SUPRACRICOÏDIENNE AVEC RECONSTRUCTION DE TYPE CRICO-HYOÏDO PEXIE (OU CHP)

Connue également sous le nom d'intervention de Labayle, du nom de son auteur, cette dernière est indiquée dans certaines tumeurs supraglottiques, glottiques et transglottiques ; comme les tumeurs du vestibule laryngé étendues au tiers postérieur de la bande ventriculaire, pouvant atteindre l'aryténoïde, ou encore les tumeurs du vestibule laryngé ou du ventricule à extension glottique, y compris à la commissure antérieure (avec aryténoïde mobile) et à l'épiglotte. Elle est considérée

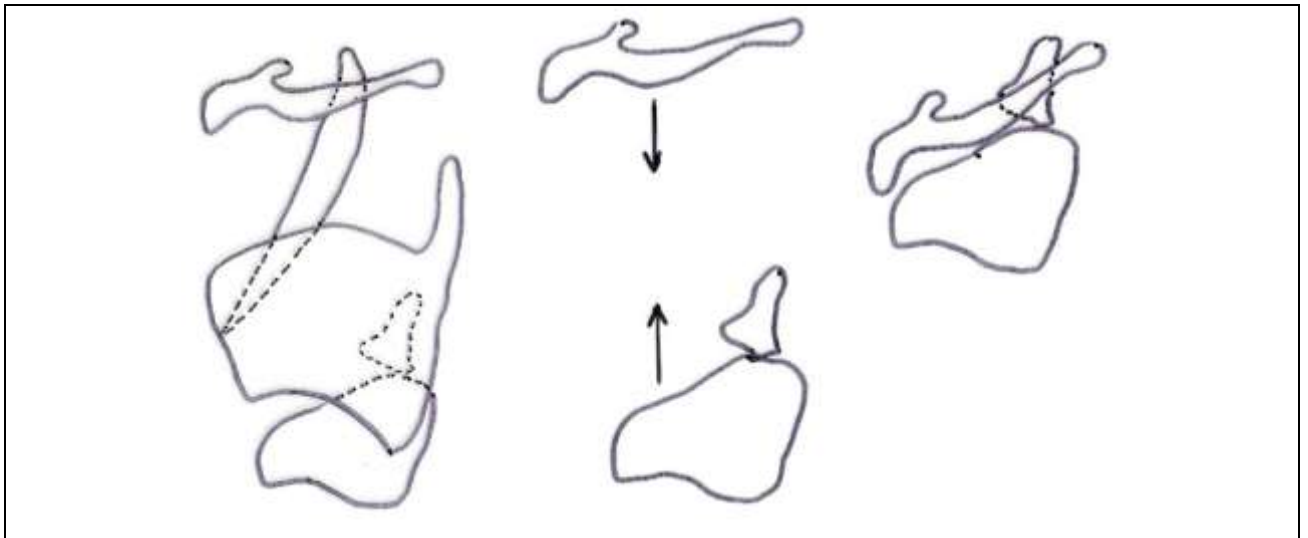
comme la chirurgie partielle permettant l'exérèse la plus importante possible avant la laryngectomie totale (laryngectomie subtotale reconstructrice).

2.11 Principes chirurgicaux

Lors de cette intervention, sont réséqués le cartilage thyroïde, les deux plis vocaux, parfois un aryténoïde, les deux bandes ventriculaires et l'épiglotte dans sa totalité. On conserve le cartilage cricoïde, un ou deux aryténoïdes et l'os hyoïde.

Pour la reconstruction, le cartilage cricoïde est remonté et suturé à la base de langue, ainsi qu'à l'os hyoïde qui, lui, est tracté vers le bas.

Schéma :



2.12 Conséquences

Elles sont importantes étant donné que tous les niveaux de fermeture laryngée normaux ont disparu, en dehors de la bascule partielle de l'aryténoïde. La désinsertion des muscles pharyngés durant l'intervention entraîne la diminution de l'ascension laryngée, des modifications du péristaltisme pharyngé et une altération de l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage. Les fausses routes trachéales sont nombreuses et importantes lors du temps pharyngé car l'écoulement du bolus, du pharynx vers la trachée, n'est plus ralenti. Ces fausses routes peuvent être augmentées par le recul de la base de langue qui propulse les résidus stagnant dans l'oropharynx et par la structure plissée des sinus piriformes, suite à l'intervention, devenant des réservoirs de stases, aspirées lors des inspirations. Une sonde nasogastrique (ou de gastrostomie) est donc mise en place, ainsi qu'une canule de trachéotomie. La voix retrouvée n'est qu'une voix de substitution puisque la glotte a été complètement modifiée.

2.13 Compensations

Suite à cette intervention, la néoglotte est constituée d'un ou de deux aryténoïdes en arrière, des replis ary-épiglottiques restant latéralement et de la base de langue en avant. La fermeture néoglottique consiste en une bascule en avant et en dedans des aryténoïdes pour venir au contact de la base de langue, qui elle-même renforce cette fermeture en reculant davantage. La compensation extrinsèque ne se limite pas au recul de la langue, on note également la contraction de la paroi pharyngée et la bascule en avant du néolarynx. Cependant, la mobilisation de la base de langue dans cette protection laryngée altère son efficacité dans la propulsion oropharyngée.

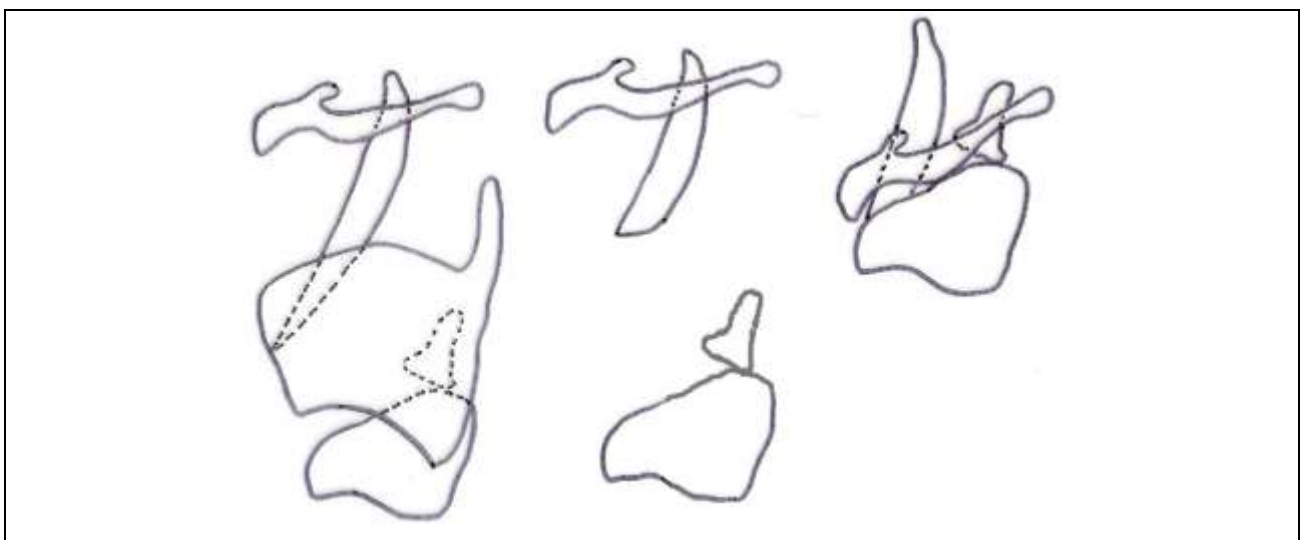
2.2 LA LARYNGECTOMIE SUPRACRICOÏDIENNE AVEC RECONSTRUCTION DE TYPE CRICO-HYOÏDO-EPIGLOTTO-PEXIE (OU CHEP)

Egalement nommée intervention de Majer-Piquet, du nom de ses auteurs, elle est préconisée dans les tumeurs du plan glottique et/ou de la bande ventriculaire, avec mobilité aryténoïdienne conservée.

2.21 Principes chirurgicaux

Cette technique est très semblable à la précédente seulement ici, l'épiglotte, qui est conservée, participe à la pexie. Le plan glottique est enlevé, emportant le cartilage thyroïde avec les deux plis vocaux, les deux bandes ventriculaires et parfois, un aryténoïde. Il reste donc un ou deux aryténoïdes. On suture alors le cartilage cricoïde à l'os hyoïde et à l'épiglotte sus-hyoïdienne.

Schéma :



2.22 Conséquences

Elles sont très similaires à celles de la CHP. Suite à cette intervention et à la perte des deux premiers niveaux de fermeture laryngée, la protection des voies aériennes est très diminuée, cause de multiples fausses routes. On note cependant que l'épiglotte garde tout son rôle directionnel du bol alimentaire.

2.23 Compensations

La fermeture néoglottique se fait grâce à la bascule en avant et en dedans de l'aryténoïde contre la partie inférieure de l'épiglotte restante : ce qui correspond à l'effort à glotte fermée que le larynx « normal » fait déjà, notamment lors de la déglutition. La fermeture se fait donc à un niveau supérieur comparée à la fermeture existant antérieurement à la résection. La même compensation extrinsèque à celle remarquée dans la CHP est notée.

2.3 LA LARYNGECTOMIE VERTICALE FRONTALE ANTERIEURE RECONSTRUITE PAR EPIGLOTTOPLASTIE DE GLISSEMENT (OU TUCKER)

Cette intervention est connue sous plusieurs noms :

- intervention de Kambic-Tucker
- laryngectomie frontale antérieure reconstructive

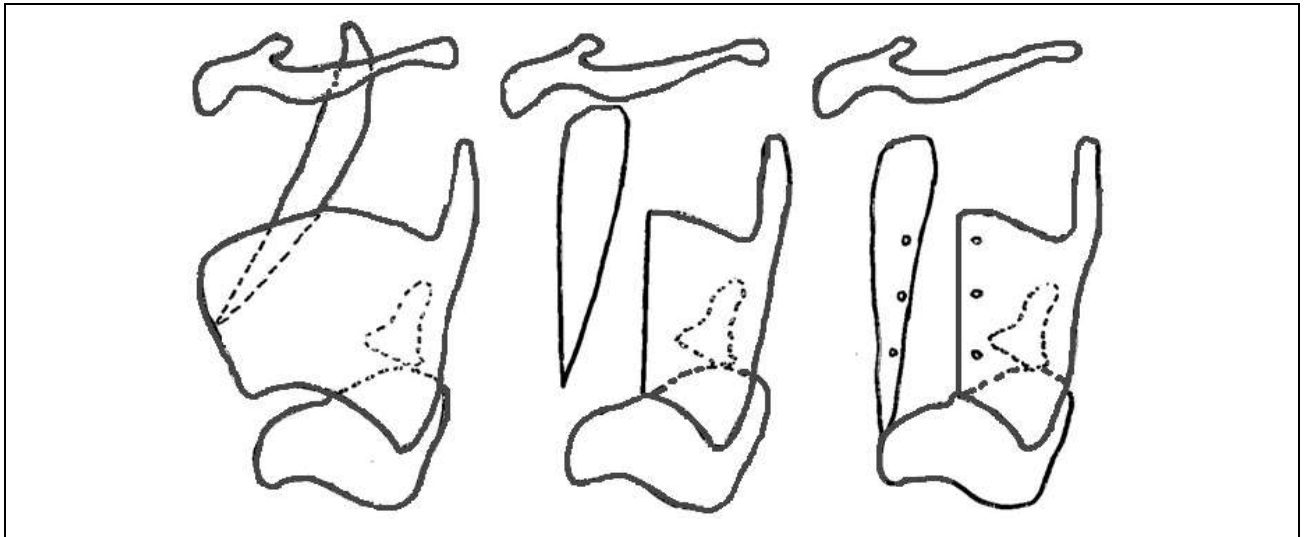
Elle est indiquée dans les tumeurs bilatérales du plan glottique, étendues jusqu'au processus vocal ou à la commissure antérieure, avec atteinte des plis vocaux, sans atteinte de la mobilité aryténoïdienne ou cordale ; ou encore dans les tumeurs du plan glottique avec extension supraglottique très limitée, sans atteinte du plan sous-glottique.

2.31 Principes chirurgicaux

Lors de cette intervention, l'exérèse monobloc du plan glottique est réalisée, emportant le 1/3, voire les 2/3 antérieurs du cartilage thyroïde, le plus souvent les deux plis vocaux et les deux bandes ventriculaires, la commissure antérieure et si nécessaire, l'aryténoïde du côté de la tumeur. Cependant, quelquefois, les deux aryténoïdes peuvent être conservés.

Pour la reconstruction de la commissure antérieure, l'épiglotte est disséquée, puis tractée vers le bas, prenant la place du cartilage thyroïde réséqué, son pied est fixé au bord supérieur du cartilage cricoïde et latéralement, elle est suturée aux ailes thyroïdiennes restantes.

Schéma :



2.32 Conséquences

Il y a évidemment une atteinte du sphincter laryngé, mais aussi des troubles de la déglutition et une voix de substitution. Les résultats sont différents en fonction de l'importance de la descente de l'épiglotte. Si cette dernière est très descendue pour assurer la reconstruction, elle perd son rôle directionnel du bol alimentaire et est peu fonctionnelle. Si sa partie supérieure reste libre, elle peut donc participer à la fermeture laryngée. On note que lors de certaines interventions la conservation des bandes ventriculaires est possible simplifiant la reprise de déglutition et accélérant la récupération.

De plus, la conservation de la partie postérieure du cartilage thyroïde et de ses insertions musculaires permet une meilleure propulsion pharyngée. Les suites opératoires sont plus simples, qu'en cas de laryngectomie supracricoïdienne avec CHEP ou avec CHP, car cette intervention n'implique pas la pexie os hyoïde-cartilage cricoïde.

Dans tous les cas, une sonde nasogastrique (ou une gastrostomie) est mise en place, ainsi qu'une canule de trachéotomie provisoire.

2.33 Compensations

L'occlusion néoglottique est alors obtenue par la bascule en dedans de l'aryténoïde restant contre l'épiglotte. [1 ; 2 ; 4 à 7 ; 10]

2.4 LES EVIDEMENTS GANGLIONNAIRES (OU CURAGES)

Le système lymphatique draine l'ensemble des territoires de la face et du cou, et en particulier les voies aéro-digestives supérieures. Si une tumeur se développe dans le larynx, il y a une forte probabilité pour qu'elle envahisse tout ou partie des ganglions cervicaux. Voilà pourquoi, en complément de la résection de la tumeur, il est courant de voir pratiquer un curage ganglionnaire unilatéral ou bilatéral, prophylactique ou de nécessité.

Il existe plusieurs types d'évidements ganglionnaires cervicaux :

- L'évidement ganglionnaire cervical radical est l'intervention chirurgicale de référence. Au cours de l'opération sont supprimés les ganglions lymphatiques, le muscle sterno-cléido-mastoïdien (permet la flexion et l'inclinaison latérale de la tête), la veine jugulaire interne et le nerf spinal.
- L'évidement ganglionnaire cervical radical modifié ou fonctionnel entraîne l'exérèse de tous les ganglions du cou, du tissu conjonctif qui les entoure et des gaines et des aponévroses qui les enveloppent. Certaines structures non lymphatiques, vasculaires, nerveuses ou musculaires comme le muscle sterno-cléido-mastoïdien, la veine jugulaire interne ou le nerf spinal, peuvent être préservées (à préciser sur le compte-rendu opératoire).
- L'évidement ganglionnaire cervical sélectif épargne un ou plusieurs groupes ganglionnaires normalement réséqués.
- L'évidement ganglionnaire cervical radical étendu consiste à supprimer des groupes ganglionnaires ou des structures non lymphatiques habituellement épargnées dans l'évidement ganglionnaire cervical radical, mais également des structures musculaires ou nerveuses supplémentaires (muscle digastrique, X, XII...).

Ces évidements ne sont pas sans conséquence pour le patient. La suppression d'une partie du système veineux du cou entraîne un œdème. Cet œdème évolue spontanément vers une fibrose diminuant la mobilité cervicale et néolaryngée, particulièrement gênante lors de la déglutition.

De plus, la résection du nerf spinal entraîne une ptose de l'épaule (chute partielle de l'épaule et douleurs scapulaires).

Souvent, l'évidement est suivi d'une radiothérapie afin de contrôler au mieux l'extension lymphatique du processus tumoral. Mais, cette radiothérapie majore l'œdème et provoque d'autres désagréments (cf. I-3.14) dont une partie retentit sur la déglutition. [2 ; 6 ; 16]

3. RADIOTHERAPIE, CHIMIOOTHERAPIE ET CONSEQUENCES SUR LA DEGLUTITION

3.1 LA RADIOTHERAPIE

La radiothérapie est devenue une des armes thérapeutiques des carcinomes des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Elle peut être utilisée seule ou en association à de la chirurgie ou à de la chimiothérapie.

La radiothérapie utilise des rayonnements ionisants pour déposer, de façon homogène, de l'énergie dans la matière, provoquant des dégâts au niveau de l'ADN des noyaux cellulaires afin de détruire les cellules cancéreuses. L'unité est le Gray (Gy) et correspond à 1 joule/kilo de matière.

Deux paramètres sont à prendre en compte dans la radiothérapie :

- le fractionnement correspondant au nombre total de séances
- l'étalement déterminant la durée totale du traitement

3.11 La technique de radiothérapie

La technique de radiothérapie est en constante évolution. La radiothérapie externe est la plus courante. Ces dernières années, d'une irradiation bidimensionnelle, on est passé à une irradiation en trois dimensions qui ne cesse de progresser. Ce que la recherche tente d'améliorer toujours plus, c'est la précision des zones d'irradiation.

En effet, il faut cibler précisément la tumeur pour la faire régresser tout en protégeant les tissus sains. Les organes à risque, c'est-à-dire les organes « normaux » à proximité de la tumeur, menacés d'être envahis par cette dernière, ont une radiosensibilité supérieure et sont à épargner.

Pour cela, on commence par faire un scanner dosimétrique qui permettra d'obtenir une topographie précise de l'anatomie et du volume tumoral. Le patient s'installe en position de traitement et cette position est notée pour la retrouver lors des séances de radiothérapie (quel coussin sous la tête, sous les genoux ?).

C'est aussi lors de cette scanographie que l'on pose le masque à thermo-former sur le patient. C'est un masque en plastique souple que l'on maintient sur le visage du patient en le fixant à la table de carbone sur laquelle il est allongé. Durant ce scanner, la matière se rigidifie et donne un masque ajusté exactement aux mensurations du patient.

Ce masque permet de déterminer précisément les repères pour les séances de radiothérapie à venir et donc, d'attribuer des doses d'irradiation différentes en fonction des zones. Il y a des doses de

tolérance à respecter en fonction des organes et des personnes. Ces doses sont définies par le radiothérapeute et le physicien.

Enfin, les séances de radiothérapie peuvent avoir lieu. Elles s'étalent sur plusieurs semaines (souvent 6-8 semaines), 5 jours par semaine et durent entre 5 et 30 minutes chacune.

3.12 Indications

La *radiothérapie* peut être proposée à des patients inopérables, dont l'état général est fragile, ou encore à des patients à qui on prédestine une chirurgie mutilante et dont le pronostic est réservé. Par cette technique, on cherche essentiellement à leur préserver une certaine qualité de vie.

La *radiothérapie postopératoire* est indiquée quand la résection des tissus est suffisante, mais que la tumeur était volumineuse ou lorsque la résection est insuffisante et que la reprise chirurgicale est non réalisable, ou après une chimiothérapie néo-adjuvante, en cas de réponse tumorale favorable.

L'*association radio-chimiothérapie* est utilisée afin de préserver la fonction de certains organes, dont le larynx. Des études ont démontré que la chimiothérapie peut potentialiser l'efficacité de la radiothérapie au niveau loco-régional. C'est pourquoi, elle est devenue un traitement de référence chez des patients, en bon état général, atteints d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures, localement avancé ou inopérable et dont les risques de rechute sont élevés.

La prescription de séances de radiothérapie n'est pas indiquée avant une chirurgie. En effet, une irradiation pré-chirurgicale retarde la cicatrisation et diminue le péristaltisme pharyngé.

Il n'existe pas de contre-indication à la radiothérapie, en dehors de l'altération majeure de l'état général. Il n'y a pas non plus de règle : pour une même pathologie, deux patients peuvent être traités différemment.

3.13 Préparation à la radiothérapie

Cette thérapie n'est pas banale et nécessite un certain temps de préparation. Tout d'abord, il faut prendre soin de son *état bucco-dentaire* : extraction des dents délabrées si nécessaire et application quotidienne, à l'aide de gouttières, d'un gel fluoré pour prévenir les caries (avant, pendant et après la radiothérapie). Ensuite, une *évaluation nutritionnelle* est faite. L'*arrêt* sans condition de l'*alcool* et du *tabac* est indispensable pour optimiser l'efficacité du traitement et éviter les problèmes de tolérance à la radiothérapie. Enfin, un médecin donne des *explications* claires quant aux effets secondaires.

3.14 Les effets secondaires de la radiothérapie

Malheureusement, les effets secondaires de la radiothérapie sont nombreux, constants et s'étalent du début du traitement à plusieurs années après la fin des rayons. Ce traitement est très asthéniant pour le patient. Certaines réactions, précoces, apparaissent en cours de traitement, mais la plupart du temps sont réversibles et régressent complètement avec la repopulation cellulaire. D'autres réactions tardives, survenant après le traitement, sont peu réversibles.

a. Facteurs de toxicité

Ils sont multiples et en voici une liste non exhaustive :

- la dose totale : les irradiations sont efficaces sur la tumeur, mais toxiques pour les tissus sains
- le volume irradié : plus il est important, plus les effets secondaires sont nombreux
- l'intervalle entre deux fractions : il faut un certain temps entre deux irradiations pour que la réparation des lésions dans l'ADN soit suffisante et n'augmente pas les risques d'effets secondaires tardifs
- l'étalement : la diminution de la durée globale du traitement augmente les effets secondaires, mais l'allongement de la durée augmente les risques de repopulation tumorale en fin de radiothérapie et donc, les risques de rechute
- la dose par fraction : la quantité peut être toxique pour les tissus à renouvellement lent et entraîner des séquelles tardives (fibrose)
- le manque d'oxygénation des tissus diminue l'effet de l'irradiation

b. Toxicité aiguë

Ce sont les différents effets secondaires qui surviennent dans les premiers temps de la radiothérapie comme :

- une *sous-maxillite* ou une *parotidite* : c'est un œdème qui apparaît au niveau des glandes salivaires et des sous-maxillaires dès le début de la radiothérapie. Si le malade a continué à fumer, malgré les recommandations, cette habitude peut être la cause de l'œdème et l'entretenir. Les corticoïdes et les drainages lymphatiques manuels peuvent faire diminuer l'œdème.
- La *radiomucite* commence, dès la troisième semaine de radiothérapie, par un érythème (rougeur congestive de la peau) provoquant des douleurs lors de l'alimentation, puis des douleurs spontanées. En augmentant, la dose d'irradiation, de fausses membranes

apparaissent et tapissent les muqueuses pharyngo-laryngées. Cela entraîne une dysphagie qui peut imposer une alimentation mixée ou semi-liquide, voire une alimentation entérale.

- La *radiodermite* évolue en trois stades : elle commence par un érythème, se poursuit par une desquamation sèche et une coloration brune de la peau par stimulation mélanocytaire et enfin, par une desquamation exsudative, des douleurs, une hyperesthésie et une incapacité de l'épiderme à se réparer.
- Le *flux salivaire* dépend du volume de la glande salivaire irradié. La xérostomie et l'irradiation des papilles gustatives provoquent une *dysgueusie* variable et sélective, pouvant être accentuée par une chimiothérapie concomitante. Ces modifications gustatives jouent un rôle non négligeable sur la perte d'appétit. La récupération se fait dans les mois qui suivent la fin de la radiothérapie, mais il arrive que certaines agueusies persistent.

D'autres réactions peuvent être plus graves et nécessiter de suspendre la radiothérapie, mais l'interruption de la radiothérapie diminue le contrôle local et par conséquent est à éviter.

c. Toxicité tardive

Ce sont les différents effets secondaires qui surviennent une fois la radiothérapie achevée :

- la *xérostomie* s'améliore généralement avec le temps, mais peut être permanente entraînant des troubles de la déglutition, de la mastication et de la parole. Cet assèchement des muqueuses masque parfois une inhibition du péristaltisme pharyngé ou au moins un ralentissement. De plus, la xérostomie contraint la personne qui en souffre à s'hydrater très régulièrement dans la journée et donc, à éliminer régulièrement.
- L'*ostéoradionécrose* de la mandibule et plus rarement du maxillaire supérieur est une complication grave de la radiothérapie. Et c'est là toute l'importance de l'extraction dentaire avant la radiothérapie car ceux sont les caries qui favorisent cette nécrose.
- La *fibrose tardive* correspond à une sclérose cervicale cutanée, muqueuse et musculaire très invalidante, pouvant parfois aller jusqu'au trismus. Le trismus correspond à une atteinte des muscles masticateurs, entraînant une difficulté, voire une impossibilité à ouvrir la bouche. Elle est liée au volume tumoral irradié, à la dose et à l'association éventuelle à une chimiothérapie. [2 ; 4 ; 5 ; 10]

3.2 LA CHIMIOTHERAPIE

C'est une technique thérapeutique utilisée dans le traitement des cancers. Elle a la particularité de s'effectuer par cure de quelques jours seulement, espacées de trois-quatre semaines environ.

Notons, cependant, que le rythme et la durée du traitement dépendent de chaque patient et de la décision qui aura été prise en réunion pluridisciplinaire. Les substances chimiques (ou la substance) indiquées sont injectées (le plus souvent) ou absorbées et sont destinées, tout comme la radiothérapie, à détruire les cellules cancéreuses. Mais ce procédé est également toxique pour les cellules saines, en particulier celles dont le renouvellement se fait rapidement. Ce qui explique les multiples effets secondaires indésirables que la chimiothérapie entraîne.

3.21 Indications

Couramment, la chimiothérapie est *néo-adjuvante*, c'est-à-dire qu'elle a lieu avant l'intervention chirurgicale, dans le but de réduire le volume de la tumeur. C'est aussi un moyen thérapeutique d'éliminer des candidats à la chirurgie. En effet, si des patients sont de bons répondeurs à la chimiothérapie, l'option chirurgicale peut être écartée au profit d'un unique traitement par radiochimiothérapie.

Si la chimiothérapie a lieu *après l'intervention*, c'est pour améliorer le contrôle tumoral, pour éviter une rechute liée à une éventuelle cellule qui n'aurait pas été retirée pendant l'intervention. En ORL, elle est généralement associée à une radiothérapie concomitante. Dans ce cas-là, il est difficile d'assurer le suivi orthophonique, tout comme les autres suivis, le patient étant généralement épuisé par les traitements.

Enfin, lorsque la tumeur ne peut être retirée, une chimiothérapie *palliative* peut être proposée au patient. Ce peut être un moyen de diminuer les douleurs et de limiter la progression de la tumeur.

3.22 Les effets secondaires de la chimiothérapie

Certains médicaments peuvent pallier ces effets. Ces désagréments sont généralement transitoires et s'arrêtent dès la fin des cures. Ils dépendent en partie des médicaments, de la durée et du rythme du traitement.

Les effets indésirables les plus communs sont :

- les troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et constipations
- la diminution du nombre de globules blancs (leucopénie, neutropénie) qui majore les risques d'infection ; celle des globules rouges (anémie) qui accroît la fatigue et celle des plaquettes (thrombopénie) qui accentue le risque d'hémorragie
- les aphtes sont fréquemment la conséquence de la baisse du nombre de globules blancs
- la chute des cheveux, la modification de l'aspect des ongles (striés, foncés et cassants) et de la peau (sèche et démange) : toutes ces cellules ont un renouvellement rapide.
- L'arrêt ou l'irrégularité des règles chez les femmes non ménopausées

- La fatigue liée à la maladie elle-même, à l'ensemble des effets secondaires cités ci-dessus et bien sûr, à l'angoisse qui en découle. [4]

4. LES MODES D'ALIMENTATION ARTIFICIELS ET LA TRACHEOTOMIE

Les modes d'alimentation artificiels comprennent l'ensemble des modalités de nutrition proposées lorsque les apports oraux sont insuffisants pour répondre aux besoins nutritionnels d'un patient, voire impossibles. Trois types d'alimentation sont à distinguer : l'alimentation per os, l'alimentation entérale (souvent appelée « gavage ») et l'alimentation parentérale.

L'alimentation per os, ou « par la bouche », est considérée comme le mode d'alimentation normal.

4.1 LA NUTRITION ENTERALE

La nutrition entérale est le mode d'alimentation de substitution le plus courant. Elle est proposée, par exemple, après une laryngectomie partielle afin de ne pas solliciter les sutures en cours de cicatrisation. Elle consiste en l'introduction d'aliments plus ou moins liquides, via une sonde, directement dans la voie digestive, de façon à court-circuiter la bouche et l'œsophage.

Il existe différentes sondes pour cette alimentation. Le choix de l'une ou l'autre de ces sondes est orienté par la durée estimée nécessaire de ce gavage, le souci d'assurer un certain confort au patient et la collaboration ou non du patient.

Les sondes d'alimentation les plus communément rencontrées sont :

4.11 La sonde nasogastrique

La sonde nasogastrique (SNG) est la plus utilisée, en partie parce que c'est la plus simple à mettre en place et qu'elle ne nécessite pas d'anesthésie générale. C'est un médecin ou plus rarement un infirmier qui s'en charge. Il suffit de demander au patient de s'asseoir, puis, après avoir mesuré la longueur utile de la sonde et l'avoir lubrifiée, elle est introduite dans une narine (celle offrant le passage nasal le plus large) et poussée jusqu'à l'estomac. Seul le passage du carrefour pharyngo-laryngé est délicat car il ne faut pas introduire la sonde dans le larynx. Le patient favorise le glissement de la sonde en fléchissant la tête et en déglutissant. Un réflexe nauséux trop sensible peut parfois gêner la pose de cette sonde. Une fois l'estomac atteint (marque de la longueur), une vérification du bon placement de la sonde est nécessaire par insufflation d'air et/ou contrôle radiologique. Enfin, on fixe la sonde à la narine pour éviter de la perdre.

Le plus souvent, c'est une solution à court terme (quelques semaines), le temps pour le patient de retrouver une alimentation per os satisfaisante. Dans le cas où l'alimentation par sonde risque de

durer, la pose d'une sonde de gastrostomie est envisagée car elle facilite la réhabilitation de la déglutition. En effet, la SNG modifie la sensibilité pharyngée, inhibe les réflexes de déglutition, perturbe le péristaltisme pharyngé et favorise les fausses routes d'aliments qui glissent le long de la sonde de façon inopinée. A long terme, les risques infectieux comme les sinusites, les pharyngites et les risques d'ulcères augmentent. Enfin, beaucoup de patients se plaignent assez rapidement que la sonde les irrite, leur provoque parfois d'importantes douleurs, et les gêne socialement par son côté inesthétique.

4.12 La sonde de gastrostomie

La sonde de gastrostomie est placée au travers de la paroi abdominale, directement dans l'estomac. Cette sonde peut être mise en place par le chirurgien durant l'intervention, par le gastroentérologue lors d'une fibroscopie ou par le radiologue sous repérage radioscopique. La deuxième technique est dite endoscopique percutanée (GEP) et la dernière percutanée radiologique (GPR), ces deux techniques ne nécessitent pas d'anesthésie générale.

C'est une solution à moyen et long terme, parfois même à vie. Cependant, elle ne peut être appliquée à tous les patients. Des contre-indications existent telles qu'une perturbation de la coagulation, une ascite abondante, des lésions de la paroi antérieure de l'estomac ou une impossibilité de transillumination pariétale du fait de l'interposition d'autres organes ou d'une importante obésité. Il faudra être attentif à l'état cutané autour de la sonde, à l'absence de fièvre. Le malade peut présenter des reflux gastro-œsophagiens, des épisodes de constipation ou de diarrhée, mais ces maux sont réversibles : changement de position, modification du débit, des apports...lors du passage des poches.

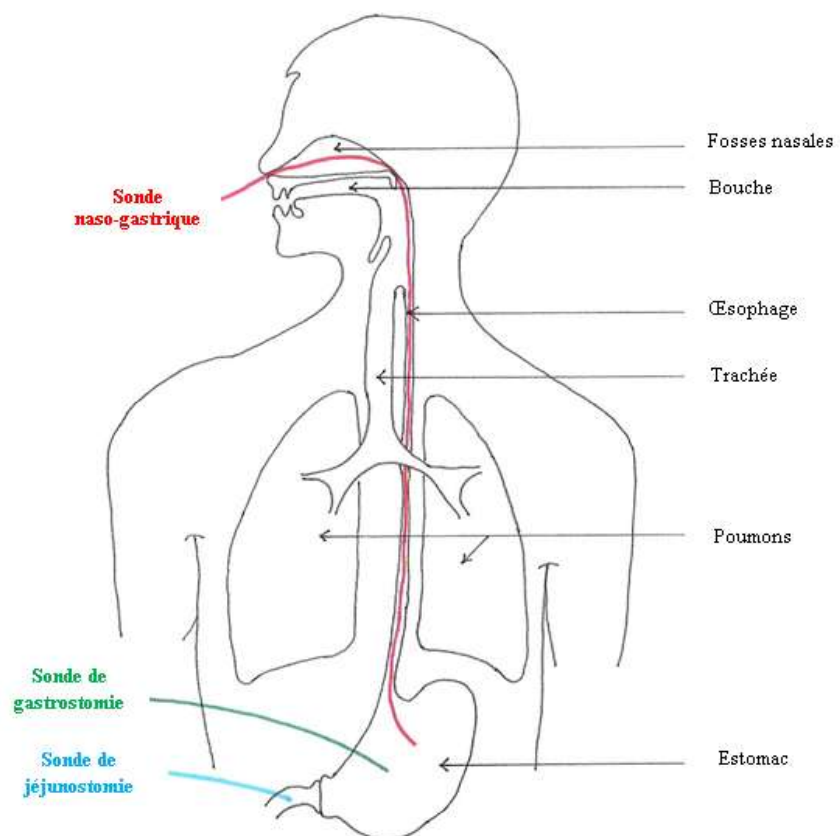
4.13 La sonde de jéjunostomie

Une sonde de jéjunostomie peut être proposée sporadiquement comme lors de problèmes de reflux persistants suite à une pose de GEP ou de problèmes plus graves. Il existe deux techniques de pose. La première se veut simple, mais en théorie seulement. Il suffirait de glisser une sonde jéjunale au niveau de l'abouchement de la gastrostomie et de la pousser jusqu'au jéjunum, mais le risque majeur est l'obstruction de la sonde, très fine. C'est pourquoi, le plus souvent, on optera pour un geste chirurgical sous anesthésie générale, nécessitant l'ouverture de la cavité abdominale.

Quelle que soit la sonde prescrite, elle est reliée à une poche d'alimentation plus ou moins liquide dont les apports nutritionnels varient en fonction des besoins du patient. On tient compte également de sa tolérance à ce mode d'alimentation : nombre de poches nécessaires par jour, vitesse du

débit... pour limiter les désagréments tels que les diarrhées ou les vomissements. Nous cherchons avant tout par ce moyen à faire reprendre du poids au patient, ou au minimum à stabiliser son poids. Une alimentation « plaisir » per os n'est pas incompatible, bien au contraire ! En aucun cas le but est de conserver cette sonde à vie, mais bien de s'en libérer dès que possible. Beaucoup de patients souffrant de troubles de la déglutition sont angoissés à l'idée de remanger normalement : ils craignent de s'étouffer. Il ne faut donc pas les empêcher de faire des tentatives, mais les aider à apprécier quelques petites choses tout en trouvant avec eux la position qui assurera au mieux leur sécurité. Enfin, il faudra penser à noter les quantités ingérées oralement de façon à rééquilibrer la quantité distribuée par poche.

Les différentes sondes utilisées pour l'alimentation entérale :



4.2 LA NUTRITION PARENTERALE

Elle s'effectue non pas par la voie digestive, mais par voie veineuse périphérique (très courte durée) ou centrale (longue durée). Elle permet une mise au repos du tube digestif. Mais ce mode d'alimentation n'est que peu utilisé auprès des patients laryngectomisés partiels. [1 ; 2 ; 3 ; 8]

4.3 LA TRACHEOTOMIE

Lors des chirurgies laryngées partielles supracricoiïdiennes, une trachéotomie temporaire est pratiquée. C'est une « ouverture réalisée au niveau de la paroi antérieure du cou et de la trachée par laquelle est introduite une canule qui permettra à l'air de parvenir jusqu'aux poumons » [8]. La canule est un conduit, en argent, en PVC et/ou en silicone dont la longueur et le diamètre sont variables. La trachéotomie permet de respirer durant la phase d'œdème post-opératoire.

4.31 Avantages et inconvénients de la trachéotomie

a. Effets du ballonnet

Certaines canules en « plastique » sont munies d'un ballonnet. Il se situe à l'extrémité inférieure de la canule et lorsqu'il est gonflé, il limite la progression de la salive et des aliments dans le larynx. Néanmoins, le ballonnet n'offre pas une étanchéité complète des voies respiratoires basses. Ce qui explique la survenue de fausses routes. « Le ballonnet peut également stimuler une sécrétion salivaire plus importante qui, en cas de difficultés de vidange pharyngée, favorise les fausses routes secondaires » [10]. Il faut veiller à ne pas surgonfler le ballonnet pour éviter de créer une trop forte pression sur le larynx, lors de son ascension pendant la déglutition. Cela risquerait de provoquer des nécroses par compression œsophagienne, suivies de trachéomalacies, de sténoses ou de fistulisations [2]. De plus, le diamètre de l'œsophage se verrait alors réduit, offrant un passage moins large aux aliments et donc, contribuerait à la création de fausses routes.

b. Fixation de la trachée et limitation des mouvements du larynx

Selon F. Cot, « la trachéotomie est [...] une source d'aspiration, car elle cause une fixation de la trachée et empêche l'élévation et les mouvements antérieurs du larynx ». Cette diminution de l'ascension et de la bascule du larynx « au cours de la déglutition, entraîne une moins bonne protection des voies aériennes pendant le temps pharyngé et une limitation de l'ouverture passive du SSO, et donc un risque accru de fausses routes » [23].

c. Absence de pression sous-glottique

De plus, en cas de canule ouverte, avec ou sans ballonnet gonflé, il n'y a pas de pression sous-glottique. Pourtant, c'est cette pression qui permet d'obtenir un mécanisme de toux efficace et donc, d'évacuer les éventuels résidus stagnant dans le vestibule laryngé ou dans le pharynx.

d. Possibilité d'aspiration immédiate

La canule présente un avantage majeur. Celui de pouvoir passer la sonde d'aspiration dans la trachée, immédiatement en cas de fausse route, et en fin d'essai alimentaire pour vérification. Cela permet de limiter les complications liées aux fausses routes.

4.32 Essais alimentaires sur canule fermée

Des études ont démontré que le port de la canule fermée, ballonnet dégonflé, pouvait s'apparenter à une situation proche de l'absence de canule dans certains cas. D. Robert s'appuie sur plusieurs études pour tirer ces conclusions.

En 1995, Dettelbach et al. ont observé la déglutition de patients trachéotomisés, opérés d'un cancer ORL ou porteurs d'une affection neurologique. Ils ont comparé la déglutition canule ouverte et avec une valve de phonation, sous vidéofluoroscopie. Cette étude a permis d'affirmer que « les fausses routes diminuaient ou disparaissaient avec la valve de phonation, dans toutes les textures ».

Stachler a soutenu cette conclusion, en 1996, après avoir étudié la déglutition de patients trachéotomisés ayant été traités pour un cancer ORL. Il a comparé la déglutition de ces patients, sous vidéofluoroscopie et scintigraphie, dans deux situations : canule ouverte et avec valve de phonation. Il a constaté que, même si des fausses routes se produisaient dans les deux cas, elles étaient moins fréquentes avec la valve que sans la valve.

Enfin, Logemann, en 1998, a étudié la déglutition de huit patients trachéotomisés à la suite d'un traitement d'un cancer de la sphère ORL, sous vidéofluoroscopie. Sur les sept patients à qui a été proposé de la baryte liquide, quatre ont présenté des fausses routes lorsque leur canule était ouverte. Le même essai, canule fermée à l'aide du doigt, s'est avéré concluant pour deux de ces quatre patients. En effet, ils n'ont pas fait de fausses routes. Or, leurs fausses routes étaient liées à un défaut d'élévation laryngée. La constatation a été faite que l'élévation laryngée est plus marquée lorsque la canule est obturée car la pression sous-glottique est augmentée.

Par ailleurs, selon Gross, l'élévation de la pression de l'air trachéal stimule les récepteurs sous-glottiques. Ces derniers activeraient, alors, une boucle réflexe qui augmenterait le nombre de motoneurones recrutés. Le péristaltisme pharyngé deviendrait alors plus efficace et plus rapide.

La présence d'une canule de trachéotomie reste un dilemme aujourd'hui pour les thérapeutes en charge de la reprise alimentaire. La canule de trachéotomie étant, à la fois, un moyen pour limiter les aspirations, mais aussi, un vecteur de fausses routes [2]. Le choix de réalimentation, en présence de canule, varie d'un centre à l'autre. [2 ; 8 ; 10 ; 11 ; 21 à 23]

DEUXIÈME PARTIE

1. LES MOYENS D'EXPLORATION DE LA DEGLUTITION

Lorsque des troubles de la déglutition surviennent ou sont à prévoir, comme c'est le cas lors des chirurgies partielles laryngées, il est préférable d'évaluer le fonctionnement de la déglutition lors de déglutition à vide et d'essais alimentaires afin de déterminer quels temps de la déglutition sont atteints, quelles sont les modifications anatomiques, quels sont les mécanismes physiopathologiques et quels types de fausses routes risquent de survenir. Cette analyse permet d'orienter la prise en charge rééducative en proposant plusieurs stratégies thérapeutiques (consistance des ingestats, posture à adopter...).

Nous ne décrivons ici que les méthodes d'évaluation fonctionnelle et étiologiques les plus généralement pratiquées et développerons l'examen clinique, la (vidéo)nasofibroscopie et le radiocinéma.

1.1 L'EXAMEN CLINIQUE

Cet examen est fait par deux professionnels différents : une première partie par le chirurgien ORL et la seconde partie par l'orthophoniste lors du bilan (cf. II-2.1).

Tout d'abord, l'examen ORL est fait à l'abaisse-langue et au miroir (laryngoscopie indirecte). C'est à l'aide de ces outils que le médecin vérifie l'intégrité morphologique et fonctionnelle des structures anatomiques impliquées dans les premiers temps de la déglutition : sphincter labio-buccal, mobilité linguale, possibilités masticatoires, mobilité du voile du palais, sensibilité de la paroi pharyngée postérieure et le sphincter laryngé. Il recherche des signes déficitaires sensitifs et/ou moteurs, une amyotrophie, un œdème résiduel, une stase salivaire, un retard de cicatrisation. L'examen sera complété par les conclusions de l'orthophoniste concernant l'observation des déglutitions.

Cet examen clinique est indispensable pour réaliser les évaluations fonctionnelles qui suivent. Il permet de réaliser ces dernières dans des conditions de sécurité en orientant la prise alimentaire (posture, consistance, quantité...) et en permettant au patient de moins appréhender les essais alimentaires.

1.2 LA NASOFIBROSCOPIE DE LA DEGLUTITION

C'est une exploration dynamique qualitative de la déglutition. Pour réaliser cet examen, il nous faut :

- Un nasofibroscope souple, d'un diamètre inférieur à 3,5 mm

- Une source de lumière froide, d'une puissance d'au moins 250 W

Cette fibroscopie peut être enregistrée grâce à une mini caméra vidéo placée à son extrémité. Cette vidéo est utile pour ralentir la séquence et faciliter l'interprétation de l'examen, mais aussi pour expliquer au patient, à ses proches et aux autres thérapeutes les mécanismes perturbés. Cet enregistrement sert également d'élément de comparaison lors des nouveaux examens similaires pour juger de l'évolution et est une référence pour l'orientation de la prise en charge orthophonique.

1.21 Technique

Cet examen est peu coûteux et peut être réalisé en consultation, au fauteuil ou au lit du patient, sans que ce dernier soit à jeun. Le nasofibroscope est introduit dans le cavum via une narine (celle offrant le passage nasal le plus large ou celle qui est restée libre). L'anesthésie locale est, si possible, évitée pour ne pas perturber le déroulement de la déglutition, ce qui rend bien souvent ce moment désagréable, mais non douloureux, assurant ainsi une meilleure collaboration de la part du patient.

1.22 Les intérêts de la nasofibroscopie de déglutition

L'observation se fait en trois temps : tout d'abord, l'extrémité du nasofibroscope est placée dans le cavum, puis au bord inférieur du voile, au-dessus du carrefour pharyngo-laryngé.

Lors du premier temps, on étudie la motricité et le tonus des structures restantes vélaire (abaissement, fermeture du voile, maintien des positions), pharyngée et laryngée au cours de la phonation et de déglutitions à vide, la sensibilité du carrefour (par des stimulations de la muqueuse à l'aide du nasofibroscope pour déclencher un réflexe de toux ou de déglutition) et la coordination globale de la déglutition.

Le second temps permet de vérifier l'anatomie et la dynamique de la partie postérieure de la langue et les possibilités de contraction pharyngée.

Le troisième temps est utile pour évaluer la qualité de l'adduction et de l'abduction néoglottique.

Puis, les essais alimentaires peuvent être réalisés. Ce sont ces essais qui différencient la nasofibroscopie de la déglutition de la simple nasofibroscopie. Ils permettent la recherche des stases salivaires ou alimentaires. Les essais de déglutition se font avec des aliments de différentes consistances qui ont été au préalable imprégnés d'un colorant alimentaire pour mieux les distinguer sur les muqueuses bucco-pharyngo-laryngées. Les essais alimentaires commenceront toujours par des consistances semi-épaisses, qui seront ensuite élargies vers les liquides et/ou les solides. Lors de cette observation, on s'assure des possibilités des structures épargnées par la chirurgie :

- Ouverture des sinus piriformes

- Recul de la base de langue
- Bascule antérieure des aryténoïdes
- Bascule postérieure de l'épiglotte
- Ascension de larynx
- Etat du péristaltisme pharyngé

1.23 Les limites de la nasofibroscope

L'inconvénient de cette technique est l'impossibilité d'observer ce qui se passe pendant la déglutition. En effet, à ce moment, le voile se relève et ferme les voies aériennes donc obture l'objectif du nasofibroscope. Le carrefour ne redevient visualisable qu'au terme du temps pharyngé. Cependant, si le pharynx reste visible durant cette période, cela signe une diminution de la propulsion linguale. Cet examen permet donc d'obtenir des renseignements sur la déglutition avant et après le temps pharyngé, mais pas directement pendant.

En fin d'examen, l'introduction du nasofibroscope dans la trachée est possible afin d'objectiver des fausses routes trachéales, mais généralement, le choix se tourne vers une radiographie du thorax.

L'œsophage n'est pas accessible par cet examen, la fonction du SSO ne peut être étudiée que par des signes indirects non spécifiques pouvant traduire un dysfonctionnement de la bouche œsophagienne, telles que des stases alimentaires.

Cet examen est généralement suffisant pour une bonne évaluation fonctionnelle. Néanmoins, son interprétation dépend des compétences du professionnel et de son aisance à l'utiliser. Il permet de déterminer quelles phases de la déglutition sont perturbées, les mécanismes physiopathologiques, les conséquences et évidemment, oriente le choix des stratégies thérapeutiques. [1 ; 2 ; 4 ; 5 ; 10 ; 17]

1.3 **LE RADIOCINEMA** ou vidéofluoroscopie ou vidéoradioscopie

Pendant longtemps les termes de vidéofluoroscopie et vidéoradioscopie ont été considérés comme plus adaptés que celui de radiocinéma. Aujourd'hui, la tendance s'est inversée avec une nette préférence pour ce dernier.

1.31 Mais qu'est-ce que le radiocinéma ?

Le radiocinéma est une étude radiologique dynamique de l'ensemble de la déglutition. Elle est réalisée à jeun. Le patient est assis, debout ou en position semi-assise contre la table de radiographie

verticalisée. Cette position permet de réaliser des clichés radiographiques de la déglutition d'un bolus contenant un produit de contraste (de profil, de face et de trois-quarts parfois).

1.32 Les incidences

L'incidence de profil est toujours pratiquée en premier car cette vue permet de détecter immédiatement toute fausse route et auquel cas d'interrompre l'examen. C'est aussi dans cette position que les réglages de contraste se font car les repères anatomiques sont bien visibles.

L'incidence de face permet d'étudier la symétrie du péristaltisme pharyngé et donc de l'écoulement du bolus, l'ouverture des sinus piriformes, l'occlusion laryngée, le passage au niveau du SSO et une partie du transit œsophagien.

La dernière incidence, de trois-quarts gauche ou droit, complète l'étude de la déglutition en permettant une observation de meilleure qualité des sinus piriformes et de la mobilité des aryténoïdes.

1.33 Les produits de contraste

La consistance du produit de contraste peut varier. Pour le premier essai, une consistance semi-épaisse, type yaourt, sera préférée. Si les essais se passent sans fausse route, la densité du bolus pourra être modifiée pour élargir vers des consistances davantage liquides. Cela implique des déglutitions répétées, or ce n'est pas toujours possible en post-opératoire. Il est également possible d'imprégner des aliments solides (chamallows, biscuits...) avec des produits radiofluorés afin d'observer les possibilités de mastication. Seulement, le mélange de ce produit à un aliment diminue sa visualisation lors de la scopie de la déglutition.

Il existe plusieurs sortes de produits de contraste : baryte, dérivés iodés, hydrosolubles. L'inconvénient majeur de tous ces produits est qu'ils sont peu appétissants et ne permettent pas d'obtenir un réflexe de déglutition équivalent à ce qu'il serait en réalité, et déjà modifié par l'anxiété engendrée par ce test.

1.34 Les intérêts du radiocinéma

Cette technique est davantage qualitative, cependant, elle peut devenir quantitative. Un repère centimétrique radio-opaque peut être disposé au niveau du cou, hors trajet du bol alimentaire, de façon à pouvoir effectuer des mesures spatiales (volume des stases par exemple). Un compteur peut être installé pour calculer le temps que met le bolus à s'écouler lors de chaque phase et faire la comparaison avec le déroulement d'une déglutition normale et ainsi, savoir à quel temps les mécanismes sont perturbés.

Cet examen fournit des données très visuelles de l'ensemble de la déglutition, du temps buccal au temps œsophagien.

On peut relever :

- L'activité linguale avec la propulsion et la vidange buccale, ainsi que l'amplitude du recul de la langue
- La fermeture vélaire ou une fuite nasale
- Le déclenchement du réflexe de déglutition et de propulsion pharyngée, l'ouverture sphinctérienne
- L'élévation laryngée, le mouvement de l'os hyoïde et de l'épiglotte éventuelle
- L'occlusion laryngée, le lieu et l'importance de la fausse route
- la présence ou l'absence de réflexe de toux
- Les stases éventuelles aux différents niveaux

Le radiocinéma est un examen de référence pour la détermination des mécanismes physiopathologiques des troubles de la déglutition en visualisant le trajet du bol alimentaire pendant toute la durée de la déglutition oropharyngée. C'est également un examen complémentaire à la fibroscopie de la déglutition en permettant l'étude de la fonction du SSO et du temps œsophagien.
[2 ; 4 ; 5 ; 10 ; 14]

2. LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE

2.1 LE BILAN ORTHOPHONIQUE

Toute prise en charge orthophonique succède à un bilan orthophonique. La réhabilitation de la déglutition après laryngectomie partielle ne déroge pas à cette règle. Le bilan orthophonique correspond à « l'acte initial indispensable à toute décision thérapeutique, qui permet à l'orthophoniste, à l'aide d'un entretien et de l'anamnèse, au moyen d'épreuves et d'outils d'évaluation, de poser le diagnostic d'un trouble, de juger de la nécessité immédiate ou différée d'une rééducation ». [2 ; 8]

L'acte médical orthophonique concernant la rééducation des dysphagies chez l'adulte est coté 11 (selon la nomenclature des actes orthophoniques française).

Dans les centres de rééducation fonctionnelle et de soins de suite, le bilan est généralement pratiqué lors de la première rencontre. L'orthophoniste intervient sur prescription du médecin qui fixe la date de reprise alimentaire. Il n'existe pas de bilan-type pour ces prises en charge. Chaque centre, chaque orthophoniste semble suivre sa propre trame selon son expérience et les possibilités du lieu où il exerce (nasofibroscope, radiocinéma, médecin ORL à temps plein...).

Néanmoins, le bilan est construit selon trois temps le plus souvent :

- L'anamnèse
- L'information au patient
- Le bilan fonctionnel

Lors des bilans suivants (évolution, sortie), cette évaluation initiale servira de référence pour juger de l'évolution du patient.

2.11 L'anamnèse

Avant tout bilan, l'orthophoniste veille à consulter le dossier médical du patient. Cela lui permet de savoir quelle intervention il a subie, ses antécédents médicaux... Cependant, cette lecture ne le dispense pas d'interroger le patient, bien au contraire, c'est ce qui lui permet de juger de l'informativité des réponses du patient, de la compréhension de la situation dans laquelle il se trouve et aussi, de son implication dans son rétablissement.

L'anamnèse est une sorte d'interrogatoire au cours duquel on recueille un maximum d'informations sur le patient. Les renseignements demandés portent sur les antécédents personnels, médicaux, chirurgicaux ; sur l'environnement familial et social ; sur l'état général ; sur la plainte et la demande du patient.

On demande au patient la date d'intervention, le nom du chirurgien l'ayant pratiquée et le lieu où il a été opéré (même si on l'a lu dans le dossier !). On s'enquiert de savoir si des séances de radiothérapie ou de chimiothérapie ont été indiquées en préopératoire ou restent à prévoir.

Dans cette partie du bilan, le mode d'alimentation (per os, entéral ou parentéral) et de respiration (normal, appareillé, assisté) seront notés. A propos de la situation alimentaire, il faut que le recueil d'informations soit le plus exhaustif possible. Si la nutrition se fait par voie entérale (SNG, gastrostomie), des précisions sur l'autonomie du patient vis-à-vis de sa sonde (alimentation, soins) et sur la quantité absorbée (nombre de poches, fréquence, durée) sont à apporter. Si l'alimentation se fait per os, des renseignements sur les aliments ingurgités sont demandés (consistance, texture, quantité, goûts, aliments écartés, durée et nombre de repas), ainsi que sur la nécessité d'une aide pendant le repas.

Il faut également se renseigner sur la relation à la nourriture que le patient entretenait avant l'intervention (appétit, régime particulier, aimait-il cuisiner ?...) et sur ses habitudes alimentaires (conditions dans lesquelles étaient pris les repas, temps accordé au repas...). Les mauvaises habitudes seront à faire céder pour parvenir à une prise en charge efficace.

Le dernier point sur lequel il faut insister est la surveillance régulière du poids et quotidienne de la température. Généralement, ces patients ont perdu plusieurs kilos entre l'annonce du diagnostic et la période postopératoire. Le but essentiel de l'orthophonie est de permettre à ces patients de retrouver des possibilités d'alimentation les plus proches de la norme. Cependant, il faut aussi, avec le concours du diététicien, veiller à ce que le patient mange suffisamment afin de regagner le poids antérieur à l'intervention ou, au moins, stabiliser le poids actuel. Une perte de poids trop importante engendre de la fatigue et peut, dans certains cas, engager le pronostic vital.

La température et plus exactement, la fièvre, est un indicateur majeur d'infection pulmonaire. Un excès de fausses routes, parfois totalement silencieuses, peut provoquer une pneumopathie d'inhalation et donc un pic fébrile. Si c'est le cas, toute suspicion de fausse route est à confirmer à l'aide d'une radio pulmonaire ou d'un radiocinéma. Néanmoins, il faut toujours garder à l'esprit qu'une absence de fièvre ne signe pas l'absence de fausses routes : le patient peut être sous antibiothérapie !

2.12 L'information au patient

Dans la majorité des cas, l'intervention a eu lieu très rapidement après le diagnostic et constat est fait que beaucoup de patients se remettent complètement aux mains de leur chirurgien. Il se peut que la chirurgie leur ait été expliquée plusieurs fois, mais qu'à ce moment-là, ils n'étaient pas prêts à l'entendre. Ils arrivent donc en orthophonie avec une connaissance partielle, inexacte ou même

totalement inexistante de l'opération qu'ils viennent de subir. Le rôle de l'orthophoniste est de remettre tout cela au clair.

Tout d'abord, il faut s'attacher à expliquer clairement au patient, s'il le désire et s'il est prêt, cette chose au nom barbare qu'il vient de subir. L'orthophoniste emploie un vocabulaire adapté au patient, explicite, en évitant tout jargon. L'utilisation de schémas simples vient renforcer ces explications orales. Le principe est d'informer le patient sur les capacités qu'il a perdues pour qu'il puisse comprendre l'intérêt de ces séances d'orthophonie. Un patient bien informé augmente ses capacités de « rééducativité », mais des exceptions existent...

De plus, ces explications associées à l'écoute des inquiétudes et des plaintes permettent à l'orthophoniste d'instaurer un climat de confiance. Le patient, souvent très angoissé à l'idée de remanger, est rassuré de voir que son interlocuteur sait de quoi il parle. Cette confiance est indispensable pour que le patient investisse la rééducation orthophonique. L'orthophoniste est là pour encourager, guider le patient, mais il faut toujours que le patient soit actif dans sa rééducation...

Au cours de cette information, il faut également parler du projet thérapeutique envisagé avec le patient. La progression dans le choix des consistances, des textures est expliquée. Il faut bien insister sur le fait que le délai pour passer à la consistance « supérieure » ne peut être défini à l'avance et dépend de chacun. L'intérêt rééducatif de chaque exercice proposé est explicité. Il faut toujours que le patient comprenne le lien entre ce qui est proposé et l'objectif à atteindre.

2.13 Le bilan fonctionnel

Cette partie est consacrée à l'étude rigoureuse et complète des praxies bucco-faciales entrant dans l'acte de déglutition. En effet, il faut s'assurer que ces dernières soient réalisées correctement et ne viennent pas s'ajouter aux conséquences directes de l'intervention (protection laryngée défectueuse et péristaltisme pharyngé ralenti). On vérifie :

- le tonus des lèvres (protrusion, étirement, claquement), pour s'assurer de l'absence de fuite salivaire et donc de la possibilité de maintenir le bolus en bouche, sans risque de fuite antérieure.
- le tonus des joues (gonfler/rentre les joues, passer l'air d'une joue dans l'autre) qui permet de rassembler le bolus et aide à sa propulsion.
- les possibilités de mastication, ainsi que l'état dentaire (ouvrir/fermer les mâchoires, diduction, protraction) afin de proposer des aliments de consistance adaptée.

- motricité linguale :
 - * apex (langue vers le nez/menton, suivre le contour des lèvres, toucher l'intérieur d'une joue, puis l'autre, claquer la langue)
 - * dôme (coller la langue au palais, balayer le palais d'avant en arrière, résister à la pression d'un abaisse-langue)
 - * base (sortir et reculer la langue au maximum, répéter [k] et [kr] plusieurs fois)

Tous ces exercices renseigneront sur le tonus et la mobilité de la langue, utiles pour le rassemblement du bolus, sa propulsion et la fermeture des voies aériennes.

Les aspects sensitifs et sensoriels peuvent aussi être examinés. En particulier, la reconnaissance des quatre saveurs et la perception du chaud et du froid. L'étude de la sensibilité gustative est réalisée à l'aide de porte-cotons imbibés de substances appropriées (sucrée, salée, amère et acide).

La recherche des réflexes nauséeux, de toux et vélo-palatin est systématique.

L'introduction de doigts dans le fond de la bouche du patient provoque le réflexe nauséeux. Cependant, il peut être aboli temporairement ou définitivement. Il peut se trouver plus bas, ce qui le rend inaccessible par ce moyen, mais pas par la nasofibroscopie. C'est un moyen d'évaluer l'intégrité des paires crâniennes IX, X et XII et donc de s'assurer d'une sensibilité et d'une contraction oropharyngées suffisantes.

On se renseigne sur la toux réflexe et la toux volontaire auprès du patient afin de vérifier s'il est capable d'expulser un corps étranger en cas de fausse route. Dans le cas inverse, on s'attache à rendre ce geste efficace avant d'entamer tout essai alimentaire.

Le réflexe vélo-palatin est recherché pour vérifier l'intégrité du nerf glossopharyngien, l'étanchéité du sphincter naso-pharyngé et éviter les reflux alimentaires par le nez. Pour cela, on place un miroir sous le nez pendant que le patient émet un [a]. S'il y a de la buée, cela marque une insuffisance vélaire, le réflexe est donc altéré. [1 ; 2 ; 10 ; 20]

2.2 L'APPRENTISSAGE DES POSITIONS DE SECURITE

A la suite d'une chirurgie partielle du larynx, les troubles de la déglutition sont habituels. Il est donc absolument indispensable de prendre le maximum de précautions lors des essais alimentaires. Des adaptations doivent être mises en place de façon à assurer la protection des voies respiratoires et/ou faciliter la déglutition. Cette nouvelle organisation de la déglutition est généralement validée par l'orthophoniste après recherche, avec le patient, de la posture et de la manœuvre les mieux adaptées.

2.21 Les positions adoptées par le patient

a. La position du patient

La sélection d'une position se fait selon deux critères : le confort du patient et la protection optimale des voies aériennes.

La position idéale est la suivante :

- Assis sur une chaise, ou tout autre type de siège, assurant un maintien du tronc à 90°
- Pieds au sol
- Epaules détendues, légèrement enroulées vers l'avant
- Tête dans l'alignement du corps (calée si nécessaire)

Il faut également veiller à ce que le mobilier soit adapté. D'une part, parce qu'il ne faut pas que cette position se trouve modifiée, au risque de mettre en péril la protection laryngée. D'autre part, le patient doit garder une station confortable, sans que sa liberté de mouvement ne soit entravée.

b. Les postures de sécurité et de facilitation

Ce sont différentes positions de tête que l'on peut proposer à chaque patient. Elles sont au nombre de trois et ont pour finalité d'éviter les fausses routes lorsque la personne déglutit. La posture choisie est fonction de l'exérèse. Au début de la prise en charge ou jusqu'à ce que le patient automatise cette posture, l'orthophoniste peut être amené à guider la tête et à la maintenir manuellement.

- La flexion antérieure de la tête (sécurité)

Comme son nom l'indique, cette posture consiste à incliner la tête vers l'avant. C'est généralement la première posture proposée en cas de chirurgie partielle laryngée, quelle qu'elle soit. Ce rapprochement du menton sur le sternum a de multiples avantages. Il est indiqué en cas de retard de rétropulsion linguale, de fermeture néoglottique insuffisante et de retard du réflexe de déglutition.

Cette posture provoque le recul de la base de langue, et l'abaissement de l'épiglotte. L'espace valléculaire se voit donc élargi ce qui permet une meilleure orientation du bolus vers les sinus piriformes. Et l'entrée du larynx est réduite, ce qui limite le passage des aliments vers les voies respiratoires. Grâce à cette position de tête, la progression des aliments est ralentie, laissant le temps au réflexe de s'exprimer et ainsi, d'éviter, le plus souvent, la fausse route.

- La flexion latérale de la tête ou l'inclinaison latérale (facilitation)

Cette posture consiste à pencher la tête du côté sain lors de la déglutition (oreille sur épaule). Cette posture peut être suggérée lors d'une laryngectomie partielle supracricoi'dienne lorsque le pharynx se trouve lésé unilatéralement ou qu'il ne reste plus qu'un seul aryénoïde par exemple. L'inclinaison se fait du côté de l'aryénoïde restant, favorisant le passage du bol alimentaire du côté homolatéral, considéré comme le côté le plus fonctionnel. L'association flexion antérieure – inclinaison latérale est possible.

- La rotation latérale de la tête (sécurité)

Cette posture consiste à tourner la tête du côté opéré lors de la déglutition (menton sur épaule), le sinus piriforme homolatéral se trouve alors écrasé et la fermeture glottique renforcée. Le bolus passe du côté controlatéral, considéré comme le côté le plus sain et le plus mobile. Elle a les mêmes indications que l'inclinaison latérale.

Elle peut être associée à une flexion antérieure.

2.22 Les manœuvres de protection et de vidange

A ces postures de sécurité peuvent être associées des manœuvres pour contrôler davantage les risques de fausses routes. Les manœuvres sont de deux types :

- Les manœuvres de protection ont pour visée l'obtention d'une étanchéité laryngée suffisante, la compensation d'un réflexe de déglutition retardé et la limitation des stases pharyngées.
- Les manœuvres de vidange aident à propulser le bol alimentaire aux temps labio-buccal et pharyngé de manière à éviter les stases pharyngées et valléculaires.

Chaque manœuvre est un ensemble de consignes qui exige un apprentissage par partie, parfois long. C'est communément l'orthophoniste qui l'enseigne. Un essai alimentaire est proposé seulement lorsque le patient a bien assimilé la séquence et est capable de la réaliser sur des déglutitions à vide. Cependant, l'orthophoniste veille à accompagner et à inciter le patient dans les premiers temps par une voix forte et rythmée.

a. Les manœuvres de protection

Deux manœuvres de protection sont à distinguer :

- La manœuvre supraglottique (ou sus-glottique)
- La manœuvre super-supraglottique (ou super-sus-glottique)

- La manœuvre supraglottique

Lors de cette séquence, l'orthophoniste commence par demander à la personne de mettre l'aliment en bouche et de prendre la posture préconisée, s'il y en a une. Ensuite, il lui demande d'inspirer par le nez et de bloquer sa respiration, ce qui provoque la fermeture précoce des structures néoglottiques. L'inspiration nasale est préférée à l'inspiration buccale car les risques d'inhalation des aliments placés dans la bouche sont moindres. Puis, la personne peut avaler tout en restant en apnée. Immédiatement après cette déglutition, il lui est demandé de racler pour expulser une éventuelle pénétration laryngée. Une nouvelle déglutition peut être proposée à ce moment afin d'éliminer toute stase pharyngée, avant d'inspirer. Enfin, le patient peut inspirer prudemment et reprendre une respiration normale.

- La manœuvre super-supraglottique

Elle est semblable à la manœuvre supraglottique, mais au blocage de la respiration pendant la déglutition s'ajoute un point d'appui musculaire contre-résistance. Cela renforce d'autant plus la fermeture néoglottique avec mouvement antérieur des aryténoïdes et recul de la base de langue. Cet appui musculaire peut être un appui frontal contre la main de l'orthophoniste, une traction ou un appui manuel sur la chaise... Cette contre-pression doit être maintenue 2-3 secondes après le passage de la bouchée.

L'orthophoniste peut augmenter cet ancrage musculaire en posant une main sur la nuque du patient et l'autre au niveau de son menton. Il demande ensuite à la personne de pousser contre la main posée sur sa nuque, ce qui confère un appui cervical. En même temps, il emmène le menton à la fois vers le bas et l'arrière, reculant ainsi mécaniquement la base de langue.

b. Les manœuvres de vidange

- La déglutition d'effort

Le déroulement est le même, mais une fois que le patient a inspiré, l'orthophoniste va lui demander d'avaler « fort », c'est-à-dire en contractant l'ensemble des muscles de la bouche et du cou. Cela a pour effet d'augmenter le recul de la base de langue, donc de propulser le bolus, de contracter la paroi pharyngée et d'améliorer la fermeture laryngée. La toux systématique après déglutition n'est pas demandée dans la déglutition forcée, mais est bien souvent ajoutée.

- La manœuvre de Mendelsohn

Lors de la déglutition, il est demandé au patient de maintenir le plus longtemps possible l'ascension laryngée tout en maintenant l'apnée. Cette manœuvre peut être facilitée par un maintien manuel du

larynx, en pinçant entre le pouce et l'index le cartilage thyroïde. Cette manœuvre, en plaçant le larynx sous la base de langue, améliore la protection laryngée et prolonge le temps d'ouverture de la bouche œsophagienne. [1 à 3 ; 8 ; 10]

c. L'appui digital sur le pansement compressif

Enfin, suite à l'intervention, le maintien d'une canule de trachéotomie durant les premiers jours est nécessaire pour prévenir les éventuels problèmes respiratoires liés à l'œdème post-opératoire. Lorsqu'elle est retirée, elle laisse une ouverture à la base du cou. Cet orifice est alors obturé par un pansement compressif pour forcer sa cicatrisation et sa fermeture. Il faut donc éviter de soumettre cette ouverture à une pression d'air trop importante. Pour obtenir une toux efficace, il faut donc bien boucher cette ouverture pour que la pression sous-glottique soit suffisante. Ainsi, lors de l'apprentissage des postures de sécurité, on insiste sur l'appui digital ferme à maintenir au niveau du pansement.

d. La manœuvre de Heimlich (cf. annexe II)

C'est une manœuvre que l'orthophoniste doit absolument connaître. Si un patient inhale un corps étranger (un aliment en l'occurrence) et ne parvient pas à se dégager, ce geste peut le sauver. En effet, grâce à une forte pression manuelle exercée au niveau de l'estomac, l'orthophoniste (ou toute autre personne connaissant cette manœuvre) peut aider le patient à expulser l'élément provoquant l'asphyxie.

2.3 LA PROGRESSION ALIMENTAIRE

2.31 Les essais alimentaires

Selon les lieux de prise en charge, ils peuvent avoir lieu au cours du bilan orthophonique ou plus tard. Il est nécessaire que plusieurs conditions soient remplies avant que l'orthophoniste, ou quiconque, propose un essai alimentaire.

Le premier élément à prendre en compte est l'état général du patient. En effet, les premiers essais alimentaires sont des moments éprouvants physiquement et moralement et il faut être certain que le patient est à même de les supporter. Le patient met généralement beaucoup d'espoir, de fantasmes aussi, dans ces premières tentatives. Il appréhende cette reprise alimentaire, mais à la fois, il est impatient.

Or, les premiers essais sont généralement difficiles, même réalisés dans des conditions de sécurité optimale : l'assimilation d'une nouvelle posture, d'une nouvelle technique de déglutition, d'une toux systématique, etc. sont autant de causes d'épuisement et de déception parfois.

L'accord du chirurgien après évaluation de la cicatrice est la condition *sine qua non*. Il faut absolument qu'il la juge suffisante pour supporter les essais alimentaires. Dans le cas inverse, la reprise alimentaire est reportée autant que nécessaire.

Il faut également s'assurer que le patient soit capable d'avaler la salive sans fausse route majeure. Si déjà cette étape n'est pas acquise, cela ne fait qu'amplifier l'appréhension du patient à l'idée de reprendre l'alimentation.

De plus, il ne faut pas négliger l'assurance d'une protection laryngée. La compréhension de l'intérêt de la posture et de la manœuvre choisies, ainsi que son assimilation sont à vérifier. La possibilité d'une toux sonore et efficace est également indispensable. Il faut que ces techniques soient parfaitement maîtrisées sur la déglutition de salive avant de proposer un essai alimentaire.

Enfin, avant tout essai alimentaire, il faut prévenir un infirmier pour qu'en cas de fausse route, il puisse intervenir au plus tôt et il faut réaliser cet essai à proximité d'un kit d'aspiration.

2.32 Le choix des aliments

A la suite d'une chirurgie partielle laryngée, l'introduction de nouveaux aliments dans la nutrition et l'hydratation du patient se fait selon une progression alimentaire adaptée au patient.

Tout d'abord, il faut tenir compte de la capacité de protection laryngée, il faut un certain temps pour que son activation soit rapide, maîtrisée et efficace. Le choix se porte naturellement vers des aliments dont la vitesse de transit est ralentie et dont la quantité est limitée pour éviter une fausse route trop impressionnante (l'équivalent d'une petite cuillère à café semble raisonnable). De cette manière, la protection laryngée a le temps d'être installée avant que l'aliment parvienne à ce niveau. Puis, une fois que ces aliments ne posent plus de problèmes au patient, l'élargissement vers des consistances au transit plus rapide est envisageable.

Ensuite, c'est le choix dans les textures qui peut être étendu avec des textures de moins en moins lisses, avec davantage d'aliments moulinés (très petits morceaux), voire hachés. L'addition de sauce (sauce, lait, beurre...) au plat, au départ, est préconisée pour homogénéiser et/ou fluidifier le bolus et diminue au fur et à mesure. En cas d'hyposialorrhée ou d'asialie, l'ajout de sauce reste nécessaire pour pallier ce défaut de salive et améliorer le rassemblement du bol alimentaire.

Enfin, l'introduction de solides et d'une alimentation normale peut être proposée.

En ce qui concerne les liquides, une progression par palier est également imposée. L'objectif à atteindre étant l'hydratation par eau plate, insipide et à température ambiante.

Bien sûr, les propositions de progression alimentaire dépendent des moyens des lieux d'hospitalisation. La présence d'une cuisine au sein de l'établissement facilite l'accès aux différentes textures et consistances. En effet, l'orthophoniste peut discuter avec les cuisiniers et leur faire part de ses attentes quant aux plats proposés. C'est différent quand l'approvisionnement se fait par une cuisine centrale. Là, l'orthophoniste doit faire du mieux qu'il peut avec les moyens dont il dispose, c'est-à-dire moins de choix de textures et de consistances, moins de variété dans les plats, des aliments au goût moins prononcé... [1 ; 2]

2.4 LES EXERCICES PROPOSES EN ORTHOPHONIE

Ils ont pour but de travailler la mobilisation des structures restantes, d'entraîner le larynx à se protéger afin d'obtenir une fermeture laryngée automatisée et efficace lors de la déglutition. Ces exercices sont à répéter plusieurs fois par jour par le patient seul, mais sur des courtes durées (2-3 minutes).

2.41 Détente cervico-scapulaire

Suite à l'intervention, les douleurs et les gênes cervicales sont importantes. On cherche à favoriser une certaine détente de la tête et des épaules par de légers mouvements, limités à des séries de 3-4 mouvements pour ne pas risquer d'atteindre la douleur. Pour la région cervicale, des mouvements de flexion, de rotation, d'inclinaison de la tête sont proposés et pour la région scapulaire, ce sont des mouvements de rotation en avant et en arrière, d'élévation suivie d'un relâchement complet des épaules. Ces mobilisations permettent d'obtenir des postures plus confortables lors de la déglutition.

2.42 Fermeture néoglottique

Lorsqu'on avale, le larynx se ferme de façon automatique : on est en apnée. C'est pour cela qu'il est indispensable de travailler cette apnée afin d'obtenir une déglutition sans fausse route. Après une intervention sur le larynx, une apnée est possible si la fermeture néoglottique est efficace et si ce verrouillage laryngé peut être maintenu.

Les exercices proposés pour l'obtention d'une fermeture néoglottique active sont :

- Des glottages : inspirer, puis bloquer son souffle, bouche ouverte
- Des glottages suivis de l'émission d'un [a]
- Des voyelles piquées : dire des voyelles en marquant bien l'attaque /a/ /a/ /a/
- Souffler dans une paille plus ou moins pincée
- Faire un [s] tenu et ferme

- Une toux volontaire suivie d'une déglutition à vide

Pour augmenter le temps de l'apnée, on peut proposer :

- Un effort à glotte fermée contre-résistance
- Une apnée volontaire à allonger

2.43 Recul de la langue

Le recul de la langue est à renforcer pour compenser l'absence des structures réséquées lors de l'intervention et donc améliorer la fermeture laryngée par un maintien de ce recul jusqu'à la fin de la déglutition. Les exercices à proposer sont :

- Avancer et reculer la langue le plus loin possible en la gardant plate
- Balayage du palais d'avant en arrière avec l'apex
- Hyper-articulation de [k], de [kr]
- Langue tirée, le patient doit maintenir la position en résistant à la pression effectuée par l'orthophoniste
- Abaissement et recul de la langue par pression des doigts sur le dôme (effectués par l'orthophoniste), avec contre-résistance ou non
- Demander au patient de tirer la langue la saisir à l'aide d'une compresse et lui demander de rentrer la langue, le plus loin possible, en emportant les doigts – accompagner son mouvement, en aidant la langue à reculer
- Stimulations sensibles

2.44 Renforcement de la paroi musculaire pharyngée

A la suite d'une chirurgie partielle du larynx, la force de la musculature laryngée peut être diminuée à cause de la désinsertion des muscles du pharynx. Le péristaltisme se trouve alors affaibli. Pour renforcer cela, on peut proposer :

- des déglutitions volontaires, langue tirée. D'abord, l'orthophoniste retient la langue du patient pendant qu'il déglutit, puis, lorsque le patient a acquis la technique, l'orthophoniste ne retient plus la pointe.
- Des productions bruyantes d'air, comme pour faire de la buée
- L'émission de consonnes postérieures
- Des bâillements
- Des déglutitions d'effort

2.45 Elévation et avancée laryngées

Des muscles nécessaires à l'élévation et à la projection du larynx ont peut-être été réséqués ou seulement, désinsérés, puis réamarrés lors de l'intervention. Or, le larynx en s'élevant et en se projetant vers l'avant vient se loger sous la base de langue. Il s'offre alors une place de choix pour sa protection, à l'abri de la base de langue qui recule. Il faut donc que le larynx puisse rétablir ces efforts, pour cela, un entraînement sera nécessaire :

- Contractions statiques du bas du visage, de la mâchoire
- Bâillement dissimulé ou début de bâillement
- Hyper-articulation du [k]
- Ouverture de la mandibule contre résistance, tête droite, en sourire « forcé »
- Simulation ou production de sons aigus
- Manœuvre de Mendelsohn
- Aide manuelle [1 ; 2]

3. LES AUTRES INTERVENANTS

Après une chirurgie partielle du larynx, les patients sont dirigés, le plus souvent, vers un centre de réhabilitation fonctionnelle de la déglutition. Ces centres, pour la plupart, proposent une large gamme de prises en charge. Toutes ne sont, évidemment, pas nécessaires à chaque patient. Chaque professionnel juge, dans sa spécialité, de proposer ou non un suivi, après évaluation des compétences et des déficits présentés par ce patient

Le projet de réhabilitation est ajustable, au plus près, aux besoins de chacun d'entre eux.

L'équipe pluridisciplinaire est formée :

3.1 D'UN MEDECIN

Après évaluation de l'état général du patient, de l'évolution de la cicatrisation et des risques liés aux troubles de la déglutition, il propose un programme de réhabilitation fonctionnelle de la déglutition.

Ce programme pourra bien sûr être modifié selon les suggestions des membres de l'équipe.

C'est aussi au médecin de prescrire la pose éventuelle d'une alimentation entérale.

Il reste dans tous les cas le référent pour les différents professionnels prenant en charge le patient.

3.2 D'UN DIETETICIEN

Le diététicien a pour rôle de prévenir la dénutrition en assurant un suivi nutritionnel. Il doit donc choisir le régime alimentaire (texture, consistance...) le mieux adapté au patient. Il devra tenir compte de ses goûts, mais également de ses possibilités mécaniques. Pour cela, il s'appuiera sur l'avis éclairé de l'orthophoniste et/ou du médecin.

Le calcul des ingestats et la surveillance pondérale journaliers lui permettront d'évaluer les besoins caloriques souhaitables, d'équilibrer les apports per os avec les apports entéraux et de proposer des compléments alimentaires si nécessaire.

Enfin, il transmet ces différentes informations à l'équipe et dispense au patient des conseils diététiques.

3.3 **D'INFIRMIERS**

Les infirmiers sont des interlocuteurs privilégiés pour les patients, surtout en cas d'hospitalisation complète. En effet, ces professionnels travaillent vraiment à leurs côtés et sont à même de juger de leur santé quotidiennement. Ils ont en charge le bon déroulement de l'hospitalisation. Ils doivent surveiller les éventuelles répercussions des troubles alimentaires sur la santé (poids, hydratation, moral, fièvre, respiration, transit...) et prévenir les complications.

De plus, ils doivent s'assurer que le patient n'est pas encombré avant les repas, surtout dans le cas où le patient est laissé en autonomie. Les infirmiers peuvent être amenés à observer la prise alimentaire, à vérifier si les posture et manœuvre préconisées sont mises en pratique, et à remplir la fiche de suivi alimentaire.

Enfin, si l'alimentation est entérale ou parentérale, ils doivent veiller à l'entretien et à la mise en place du matériel.

3.4 **D'AIDES-SOIGNANTS**

Comme les infirmiers, les aides-soignants sont très proches des patients.

Leur rôle intègre la distribution des repas en chambre, parfois leur observation. Ils doivent s'assurer que le patient dispose de toutes les aides techniques nécessaires pour son repas. Ils doivent aussi remplir la fiche de suivi alimentaire.

3.5 **DE KINESITHERAPEUTES**

Le kinésithérapeute peut intervenir pour :

- Apprendre au patient à expectorer et supprimer l'utilisation du matériel d'aspiration
- Désencombrer le patient ponctuellement suite à une fausse route
- Résorber l'œdème cervical et sous-mentonnier par un drainage lymphatique manuel
- Favoriser la détente cervico-scapulaire en pratiquant des massages

3.6 **D'ERGOTHERAPEUTES**

On peut faire appel aux ergothérapeutes pour mettre en place des aides techniques pour rendre la prise alimentaire plus confortable (couverts adaptés, tapis antidérapant). Ils peuvent également travailler sur l'autonomie de manière générale.

3.7 **D'UN PSYCHOLOGUE**

Quand un des autres intervenants ressent chez le patient un besoin particulier d'écoute ou si tout simplement, ce dernier le réclame, il peut rencontrer le psychologue du centre. Son bureau peut être le lieu où le patient peut s'exprimer. Le psychologue peut l'aider à parler de sa maladie, de ses causes et de ses conséquences, l'aider à l'accepter, à la comprendre. Ce peut être également le lieu pour parler et comprendre la dépendance alcoolo-tabagique, l'angoisse qu'engendre l'idée d'une réalimentation per os...

Parfois, le cancer peut être le facteur déclenchant d'une décompensation d'un trouble préexistant. Le psychologue est alors, bien souvent, la personne la mieux habilitée, dans le centre, pour évaluer ces troubles. Il est important de les prendre en compte car ils peuvent entraver la prise en charge.

Cependant, les motifs pour lesquels les patients expriment le besoin d'une consultation psychologique semblent parfois très éloignés du contexte et en dresser une liste exhaustive est impossible.

Le psychologue peut également donner des conseils à l'équipe médicale et paramédicale pour qu'elle trouve la bonne position vis-à-vis du patient.

3.8 **DU PERSONNEL HOTELIER**

Il est composé des cuisiniers et du personnel de salle à manger. Ils constituent les premiers éléments de la chaîne. Ils composent les repas, s'appliquent à diversifier les menus, à les présenter de façon agréable pour le patient (la vue a une importance considérable sur le goût et la mise en appétit), préparent les différentes textures... [2 ; 3 ; 24]

TROISIÈME PARTIE

PROBLEMATIQUE

Les laryngectomies partielles supracricoiïdiennes sont des interventions lourdes, autant sur le plan sanitaire que sur le plan social. Les modifications qu'elles engendrent, bouleversent profondément les mécanismes physiologiques de la déglutition et de la voix. Les patients se retrouvent, alors, dans l'incapacité de manger sans fausse route et de communiquer aisément.

Le Centre de Maubreuil à Carquefou (44) est un centre de rééducation fonctionnelle accueillant, entre autres, ces patients, pour une reprise alimentaire. Les orthophonistes jouent un rôle essentiel dans cette prise en charge. En effet, elles interviennent auprès de ces patients dans le but de leur permettre de retrouver une déglutition fonctionnelle, voire « normale ».

Nous nous sommes demandé si la prise en charge de la déglutition, proposée actuellement à Maubreuil, était optimale. Et si, éventuellement, des améliorations pouvaient lui être apportées.

Pour répondre à cette interrogation, nous nous sommes appuyées, à la fois, sur nos observations en stage et sur des dossiers de patients afin de relever les points qui avaient posé problème au cours de leur rééducation. Nous avons également interrogé plusieurs orthophonistes, travaillant dans différents centres recevant ces patients. Nous avons, à travers leurs réponses, tenté de déterminer les atouts de leurs prises en charge et les adaptations qui en seraient possibles à Maubreuil.

Pour notre étude, nous nous sommes servies de plusieurs sources d'informations :

- des dossiers de patients ayant subi une laryngectomie partielle supracricoïdienne et de leurs avis à distance de la prise en charge
- des questionnaires
- nos observations au cours du stage

A. POPULATION

1.1 CRITERES DE RECRUTEMENT DE LA POPULATION ETUDIEE

1.11 Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans cette étude tous les patients ayant subi une laryngectomie partielle supracricoïdienne soit :

- avec crico-hyoïdo-pexie (CHP)
- avec crico-hyoïdo-épiglotto-pexie (CHEP)
- de type Tucker

L'intérêt de notre recherche étant de proposer des adaptations pour la prise en charge de la déglutition de ces patients, le seul critère d'inclusion est donc la laryngectomie partielle supracricoïdienne, qu'elle ait été proposée de première intention ou en rattrapage. L'âge, le sexe, le milieu socio-professionnel et le lieu de l'intervention n'ont pas été déterminants dans la sélection des sujets de notre étude.

1.12 Critères d'exclusion

Nous n'avons pas retenu dans cette étude les patients ayant été opérés d'une laryngectomie partielle, autre que supracricoïdienne.

Nous avons, par conséquent, éliminé les laryngectomies partielles supraglottiques (LPSG).

Nous avons fait ce choix car les mécanismes de compensation ne sont pas tout à fait les mêmes que dans les LPSC.

En effet, en cas de LPSG, les cordes vocales sont toujours conservées, alors que dans les LPSC, comme leur nom l'indique, les plis vocaux sont réséqués. Cela implique que, dans le premier cas, la fermeture glottique devra être renforcée pour éviter les fausses routes, alors que dans le second cas,

il faudra mettre en place une compensation néoglottique. A l'inverse, dans les LPSC, la base de langue sera conservée dans son intégralité, contrairement à certaines LPSG étendues.

Le travail orthophonique ne sera donc pas tout à fait le même.

1.2 **PRESENTATION DE LA POPULATION**

Nous avons donc retenu 19 patients dont :

- 7 patients opérés d'une LPSC de type Tucker (37%)
- 8 patients opérés d'une LPSC avec CHEP (42%)
- 4 patients opérés d'une LPSC avec CHP (21%)

Tous ont été hospitalisés à Maubreuil entre novembre 2007 et février 2010.

Les patients avaient tous entre 48 et 72 ans, au moment de l'intervention, avec une moyenne de 58,2 ans. Seule une femme a été recensée.

B. **QUESTIONNAIRE** (cf. annexe VIII)

Pour que notre étude soit la plus complète possible, nous avons voulu comparer la prise en charge de la déglutition proposée à Maubreuil à celles d'autres centres français. Pour cela, nous avons envoyé des questionnaires à plusieurs orthophonistes, soit par courriel, soit par courrier.

Nous avons voulu que ce questionnaire soit pratique et rapide pour limiter la mortalité dans cette enquête. Il est donc constitué de douze questions ouvertes. Nous n'avons pas voulu restreindre les orthophonistes dans leurs réponses et ainsi, rater des éléments importants de leurs prises en charge. Dans ce sens, nous y avons également laissé un espace pour des commentaires éventuels. Les orthophonistes avaient la possibilité d'y répondre soit directement par internet, soit de nous les renvoyer par la poste.

A travers ces questionnaires, nous avons souhaité savoir comment se déroulait la prise en charge de la déglutition des patients opérés d'une laryngectomie partielle dans ces centres. Nous avons surtout essayé de savoir si ces centres avaient un protocole de prise en charge bien défini pour ces patients ou si l'ensemble de la rééducation était ajusté aux besoins du patient.

Grâce à ce questionnaire, nous avons espéré découvrir des déroulements de prise en charge différents et en retirer des points intéressants. Le but étant, bien sûr, d'en proposer des adaptations à Maubreuil.

C. OBSERVATIONS

Enfin, nous nous sommes appuyées sur les observations que nous avons pu faire au cours de ce stage et bien entendu, sur celles que nous avons pu faire antérieurement.

D'autre part, nous avons essayé à travers le comportement des patients, leurs remarques et leurs questionnements de relever ce qu'ils appréciaient dans cette prise en charge, mais aussi ce qui semblait les gêner ou les inquiéter.

Enfin, nous avons aussi exploité les réflexions des professionnels exerçant à Maubreuil, et tout particulièrement, celles des orthophonistes.

LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE DE LA DEGLUTITION, A MAUBREUIL ET DANS LES DIFFERENTS CENTRES FRANÇAIS, DES PATIENTS AYANT SUBI UNE LARYNGECTOMIE PARTIELLE SUPRACRICOÏDIENNE (LPSC)

1.1 AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES DEUX MODES D'HOSPITALISATION A MAUBREUIL

A Maubreuil, deux modalités d'hospitalisation sont proposées, soit l'hospitalisation de jour ou hospitalisation à temps partiel (HTP), soit l'hospitalisation complète (HTC). En hospitalisation à temps complet, les patients séjournent jour et nuit au centre ; alors qu'en hospitalisation de jour, les patients vivent chez eux et se rendent à Maubreuil pour leurs différentes prises en charge (orthophonie, kinésithérapie...).

La majorité des patients ayant enduré une LPSC opte pour l'hospitalisation complète (79%). Ce fort pourcentage s'explique par l'influence, d'une part, de l'avis du chirurgien et, d'autre part, par la distance séparant le lieu d'habitation du centre. Effectivement, au-delà d'une certaine distance, l'hospitalisation de jour est fortement déconseillée, à la fois, pour des raisons évidentes de santé (fatigue) et logistiques (coordination rendez-vous/ambulance). Par ailleurs, au-delà de 50 kms, les déplacements ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale, donc les patients ne peuvent pas bénéficier de remboursements. Seules quatre personnes, parmi les 19 de notre étude, ont préféré choisir l'hospitalisation de jour. On peut alors s'interroger sur les avantages et les inconvénients que présentent ces différents modes d'hospitalisation.

1.11 Sécurité et réassurance

Tout d'abord, la comparaison hospitalisation complète/hospitalisation de jour permet la mise en évidence de la sécurité non négligeable qu'apporte l'HTC. Effectivement, à la moindre inquiétude ou douleur, quel que soit le moment de la journée, le patient peut en faire part à un infirmier, bénéficier de ses soins et éventuellement, de ceux d'un médecin, si nécessaire. Ce n'est pas tout à fait le cas en hospitalisation de jour. Si une crainte apparaît alors que le patient est au centre, il peut en parler immédiatement à l'infirmière de l'hôpital de jour ou aux différents intervenants. Seulement, si cela se passe lorsqu'il est chez lui, il doit attendre d'arriver au centre pour être fixé sur son sort ou appeler des secours. En cela, **l'hospitalisation complète permet une réassurance immédiate**, ce qui évite au patient de s'alarmer si ce n'est pas justifié et dans le cas contraire, d'éviter de perdre du temps pour intervenir.

1.12 Coordination des prises en charge

Lorsqu'un patient est hébergé à Maubreuil, il est plus aisé de coordonner et d'ajuster l'intervention des différents professionnels auprès de celui-ci. Alors que la prise en charge du patient, en ambulatoire, est forcément tributaire de ses heures d'arrivée et de départ. Il faut que chaque rendez-vous soit prévu. Il est difficilement envisageable d'ajouter une séance de kinésithérapie ou un rendez-vous avec la diététicienne le jour même.

C'est ce qui s'est passé pour M. TA. Ce dernier voyait son poids diminuer de jour en jour et était très inquiet. Il voulait avoir une information précise concernant les quantités à absorber. Or, entre la demande de rendez-vous et le rendez-vous, il s'est passé trois jours car la diététicienne n'avait pas de créneau de libre pendant les heures de présence au centre de M. TA (entre 11h et 14h30).

C'est pourquoi, l'HTC semble préférable à l'HTP car elle permet une **réactivité plus grande des professionnels quant aux demandes des patients et une prise en charge plus rapidement ajustée à leurs besoins.**

1.13 Repas : préparation et ingestion

L'hospitalisation complète est également plus reposante que l'hospitalisation de jour car, en plus, de ne pas avoir les trajets à supporter, les patients n'ont pas besoin de préparer leurs repas. Effectivement, tout est fait en cuisine. Et en fonction des consignes que l'orthophoniste a données sur la texture et les quantités, le patient reçoit un plateau adapté.

Pour les patients qui rentrent chez eux, le soir, ils doivent se cuisiner eux-mêmes un plat correspondant aux consignes que l'orthophoniste leur a données (cf. III-1.31 h). Or, trouver la motivation de se faire à manger, de retrouver cette habitude, en tenant compte des contraintes dictées par l'orthophoniste, après une journée, parfois éprouvante, physiquement autant que nerveusement, n'est pas toujours évident. D'ailleurs, il faut que le patient possède le matériel nécessaire pour obtenir la texture conseillée. De plus, certains patients ne se faisaient plus à manger, déjà, bien avant leur opération et se contentaient d'un en-cas. Aujourd'hui, ils se voient contraints de tout réorganiser.

Outre le fait de se préparer un repas adapté, il faut aussi qu'il corresponde aux envies du patient. Si les textures hachée et entière permettent de répondre à cette exigence, la texture mixée peut être moins appétissante et manquer de goût.

Au centre, ces patients sont sollicités par les orthophonistes lors du repas. Ils sont là pour une reprise alimentaire et se sentent obligés de manger. Mais à la maison, la texture, la contrainte de cuisiner, l'appréhension, la solitude, la compagnie parfois sont autant de raisons qui peuvent décourager le patient et l'amener à se satisfaire exclusivement de son alimentation entérale.

Un patient opéré d'une laryngectomie partielle de type Tucker, M. SS a admis qu'il ne se faisait pas à manger le soir parce qu'il n'avait plus l'habitude. Puis, il a ajouté que le fait de devoir manger en compagnie de sa mère le gênait parce qu'elle parlait et qu'il se sentait obligé de lui répondre. La présence de tiers peut être réconfortante et gênante à la fois. Les proches ne conçoivent pas toujours l'effort de concentration que doivent fournir ces patients en mangeant, au moins dans les premiers temps. En leur parlant durant le repas, ils peuvent amener, involontairement, leur proche à faire des fausses routes.

Manger sans surveillance, sans soutien extérieur peut être également à risque. Certains patients n'ont pas réellement conscience de leurs difficultés, ou des répercussions que peuvent avoir des fausses routes ou leur alimentation sur leur santé, d'autres ne supportent pas la frustration liée au fait de ne pas pouvoir manger ce qu'ils veulent. Ces patients ont besoin d'un cadre, et ce n'est plus le cas lorsqu'ils rentrent chez eux. Pour certains, c'est comme si la rééducation s'arrêtait aux portes de Maubreuil et ils « décrochent ». Lorsqu'ils sont seuls, ils se font ce qu'ils souhaitent à manger et ne prennent plus la peine d'adopter les postures de sécurité, malgré les risques que cela comporte. Certains patients relatent des tentatives de déglutition de liquides, d'aliments « nocifs » pour eux. L'orthophoniste peut le savoir quand le patient ose le raconter. Mais certains patients, conscients du danger de leurs expériences préfèrent se taire, ont des réactions infantiles. Il est donc quasi impossible de s'assurer de la fiabilité de son patient. Malgré les questions, les conseils, le patient fait, au final, ce qu'il veut.

Cela a été le cas notamment de deux patients opérés d'une LPSC avec CHEP. Le premier, M. PJY, lors d'une fausse route à l'eau plate fraîche en séance, a dit que si ça avait été du rosé, il n'y aurait pas eu de problème et a ajouté qu'il avait essayé chez lui et que le vin passait très bien ; alors qu'à cette période, il n'était « autorisé » qu'à manger des mixés, seul, chez lui. Le second, M. TA, nous a demandé quand est-ce qu'il pourrait boire, parce que ça passait très bien, qu'il avait mordu dans une orange et bu le jus, sans manger l'orange ; alors qu'au même moment, il multipliait les fausses routes aux entremets et aux mixés au centre.

L'HTC est également un bon moyen de limiter les essais alimentaires « sauvages ». Les patients, n'ayant pas d'autres aliments à leur disposition que ceux autorisés par les orthophonistes, sont moins tentés de tester par eux-mêmes. Quand bien même ils auraient d'autres aliments « interdits » à leur portée, le risque d'être surpris, lors d'un essai, par un des professionnels du centre est dissuasif. Enfin, grâce à cette progression alimentaire, plus facilement imposable en HTC, un bon nombre de complications liées à des essais alimentaires trop précoces (infections et épisodes de fièvre, pneumopathies) sont évitées et la reprise alimentaire est donc plus rapide.

1.14 Importance de l'entourage

Plusieurs patients vivent seuls et certains ont évoqué l'importance de pouvoir être entourés. Ce soutien est nécessaire autant au cours de la journée, qu'au moment des repas.

Un soutien moral est essentiel après l'épreuve que ces patients viennent de traverser. Ils ont besoin de réconfort et ce n'est pas toujours possible de le trouver aux côtés des proches. L'hospitalisation à temps complet permet au patient de profiter, au moins, du soutien des différents professionnels, d'échanger avec d'autres patients quand ce n'est pas possible avec la famille, les proches.

Un patient nous a même avoué qu'il n'avait pas hésité entre ambulatoire et hospitalisation à temps complet lorsqu'on le lui a proposé. Il savait que s'il rentrait chez lui, il n'aurait pas de visites, alors qu'en choisissant l'hospitalisation, ses proches s'inquièteraient davantage de son état et viendraient lui rendre visite. Ce type d'hospitalisation peut être considéré comme un moyen pour renouer des relations, resserrer des liens.

De plus, un soutien est nécessaire au moment des repas. Nous avons évoqué plus haut les difficultés liées à la préparation et à l'appétence à manger (cf. III-1.13). Si personne ne l'aide, il peut abandonner et se satisfaire d'une poche.

Le repas est aussi censé être un moment de convivialité, or, là, il devient très angoissant et difficile. Il est important de pouvoir le partager, pour retrouver le plaisir de ce moment et trouver la volonté nécessaire pour poursuivre les efforts.

Enfin, ceux qui ont choisi l'hospitalisation de jour l'ont fait parce qu'ils ne supportaient plus l'impression d'enfermement liée à l'hospitalisation et avaient besoin de se retrouver, de « respirer », de « voir autre chose que l'hôpital ». Aucun d'entre eux ne vivait seul.

C'est pourquoi, en cas de solitude ou d'absence de soutien de l'entourage, l'HTC est préférable.

1.15 Rencontres entre patients

D'autres patients nous ont dit que leur hospitalisation, durant toute la journée, au centre leur avait appris à « relativiser ». En effet, Maubreuil accueille une grande variété de patients. Certains des patients, opérés d'une LPSC, se sont sentis avantagés ou chanceux même, en se comparant à d'autres patients laryngectomisés totaux. La confrontation avec d'autres patients, victimes d'un cancer dont les conséquences ont été plus lourdes, peut être un argument supplémentaire pour les motiver à ne pas recommencer à fumer ou boire.

De plus, M. LD, un patient opéré d'une LPSC avec CHP, nous a rapporté que lors de son séjour à Maubreuil, il partageait sa chambre avec un autre patient, qui, lui, avait été opéré d'une laryngectomie partielle sus-glottique. Ce dernier multipliait les fausses routes à la salive et ne pouvait se nourrir autrement que par poche. Cet homme a été un véritable moteur pour M. LD qui

n'envisageait pas une seconde de ne pas pouvoir remanger et qui, de ce fait, faisait le maximum pour ne pas rencontrer ces mêmes difficultés.

Cependant, d'autres patients nous ont également dit que rencontrer, chaque jour, des patients « plus meurtris qu'eux » (aphasiques, personnes en fauteuil roulant, laryngectomisés totaux...), était difficile pour le moral, pouvait augmenter leur angoisse quant à leur avenir. Certains ont même ajouté que si leur prise en charge avait dû se poursuivre davantage, ils auraient demandé à passer en hôpital de jour.

L'HTC peut alors avoir deux facettes et l'une peut avoir plus d'impact que l'autre selon les patients. C'est pourquoi, l'HTC de longue durée ne peut être une solution pour tous les patients et des alternatives à cette prise en charge doivent être envisageables.

L'hospitalisation à temps complet semble au final être une meilleure alternative que l'hospitalisation à temps partiel à Maubreuil. Néanmoins, d'autres options de prise en charge peuvent être envisagées afin de proposer, aux différents patients, des rééducations qui conviennent davantage à leur mode de vie, à leur caractère. Elles seront développées plus tard avec quelques propositions d'améliorations de ces deux hospitalisations.

1.2 LES CONDITIONS A LA PRISE EN CHARGE DE LA DEGLUTITION DANS LES DIFFERENTS CENTRES ET A MAUBREUIL

1.21 Conditions aux essais alimentaires à Maubreuil

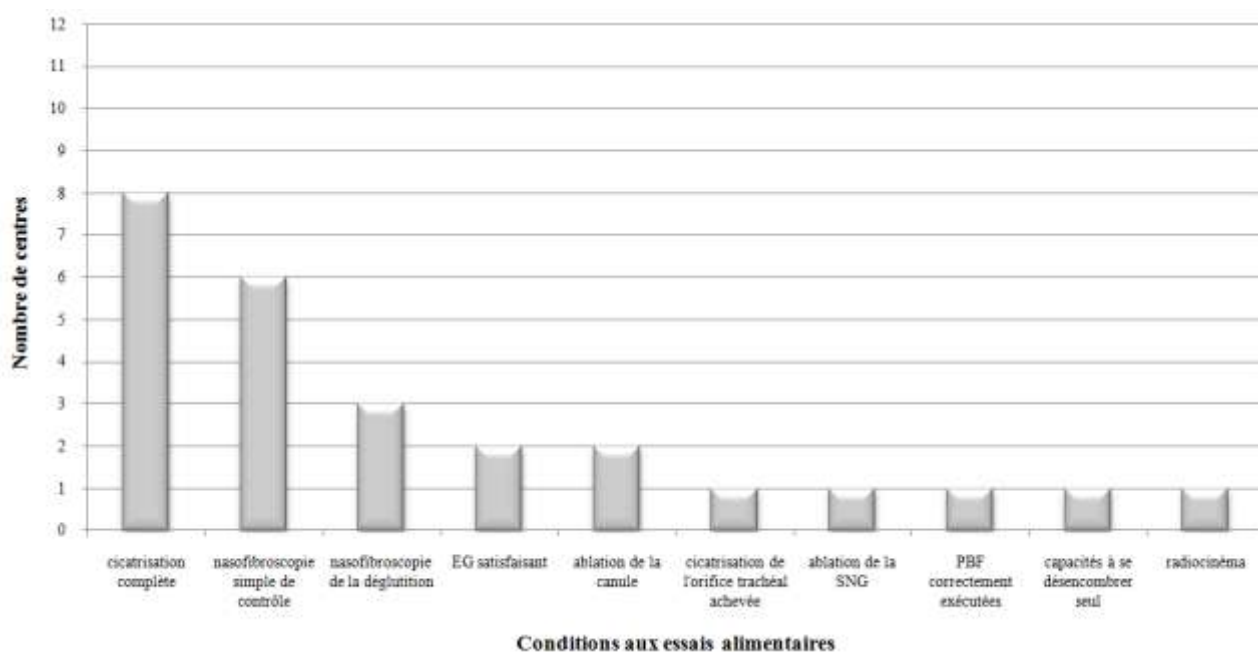
A Maubreuil, la demande du chirurgien pour une prise en charge de la déglutition est la seule réelle condition. En effet, on estime par cette requête qu'une nasofibroscopie de contrôle a été effectuée, que la cicatrisation est complète et que l'état général du patient permet la reprise alimentaire. Aucun examen objectif n'est réalisé à leur entrée au centre. Il faut attendre, pour cela, la consultation du médecin ORL qui a lieu le jeudi (examen clinique et nasofibroscopie simple non systématique). Les PBF sont vérifiées au cours du bilan orthophonique.

A Maubreuil, la présence d'une canule, d'un pansement compressif, d'une sonde nasogastrique n'empêchent pas les essais alimentaires. Ce ne sont pas des contre-indications à la reprise alimentaire.

On peut alors se demander pourquoi, dans certains centres, les conditions de reprise alimentaire sont si strictes et si nombreuses.

1.22 Conditions aux essais alimentaires dans les autres centres

12 centres ont bien voulu répondre à notre questionnaire concernant la prise en charge orthophonique de la déglutition après laryngectomie partielle supracricoidienne. On constate alors que d'un centre à l'autre, les conditions aux essais alimentaires peuvent varier.



a. La cicatrisation complète des sutures internes et externes

On remarque que 8 centres sur 12 exigent que la cicatrisation soit complète pour commencer les essais alimentaires. Cependant, on peut supposer que si 4 centres n'ont pas précisé cette condition, c'est un oubli car cette exigence semble incontournable pour débiter toute reprise alimentaire, tout comme l'est l'état général satisfaisant (seuls 2 centres le précisent).

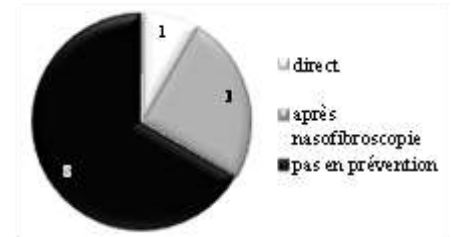
b. Les méthodes objectives d'exploration de la déglutition

- Le radiocinéma (ou vidéofluoroscopie ou vidéoradioscopie)

Comme nous l'avons expliqué dans la première partie de ce mémoire (cf. II-1.3), le radiocinéma est une méthode objective d'observation de la déglutition. Cet examen est très intéressant car il permet de déterminer précisément s'il y a ou non fausse route, le lieu et l'importance de cette fausse route et donc, les mécanismes défailants du processus de déglutition. C'est un outil très utile pour l'orthophoniste qui peut proposer d'emblée une rééducation adaptée au patient.

* Le radiocinéma, un examen de prévention

Dans certains centres (4/12 centres), le radiocinéma est proposé dès que la cicatrisation est jugée complète, soit, parfois, en complément d'une nasofibroscopie de la déglutition (3/4), soit directement (1/4).



Le radiocinéma peut être alors assimilé à un examen de prévention. En effet, lors de cet examen, le phoniatre ou le médecin ORL demande au patient d'adopter différentes postures durant les déglutitions. Cela lui permet d'évaluer l'efficacité de ces stratégies compensatoires.

Puis, le médecin transmet ses constatations et ses conseils à l'orthophoniste, qui peut alors débiter sa prise en charge en l'orientant de façon précise. Soit des compensations sont possibles et efficaces : la prise en charge consiste en une reprise alimentaire progressive, ajustée aux capacités du patient, jusqu'à atteindre une déglutition fonctionnelle, voire « normale ». Soit les stratégies ne sont pas suffisantes pour permettre une déglutition en toute sécurité et les essais alimentaires sont remis à plus tard. L'orthophoniste axe alors son travail sur des exercices permettant de pallier les mécanismes défaillants du processus de déglutition.

Le radiocinéma de prévention permet à l'orthophoniste de proposer une prise en charge sécurisée (pas d'essais alimentaires trop précoces) et efficace (mécanismes faibles repérés), sans délai, à son patient.

* Le radiocinéma, un examen déterminant

Dans d'autres centres, le radiocinéma n'est proposé que plus tard. Les orthophonistes peuvent être amenés à demander la prescription d'un radiocinéma, au cours de la prise en charge, en cas de difficultés persistantes, de doutes sur d'éventuelles fausses routes silencieuses, sur le passage correct du bolus. Maubreuil fait partie de ces centres qui ont recours au radiocinéma en deuxième intention.

* Exemples de cas à Maubreuil

A Maubreuil, seuls trois patients ont passé un radiocinéma, dont deux opérés d'une LPSC avec CHEP (M. AM et M. TA) et un patient opéré d'une LPSC avec CHP (M. LD). Cet examen ne peut être réalisé sur place. Il faut se rendre au CHU de Nantes. Ces trois patients y ont été opérés, mais aucun n'y a passé de radiocinéma avant son départ pour Maubreuil. Deux d'entre eux ont présenté de très mauvais résultats au cours du bilan orthophonique d'entrée, tandis que pour M. TA, les essais alimentaires se sont très bien déroulés.

Pendant les 31 premiers jours de prise en charge, M. LD n'a présenté aucune évolution. Les problèmes rencontrés étaient toujours les mêmes, à savoir : un geste de déglutition manquant de tonicité et de rapidité (difficulté d'enchaînement) et un encombrement important nécessitant de cracher en permanence. Le patient faisait donc soit des fausses routes (directes ou à distance), soit recrachait tellement, que rien n'était absorbé. Pendant cette première partie de rééducation, les essais alimentaires ont été faits essentiellement sur des entremets, quelques tentatives sur des entrées mixées ont été proposées, mais n'ont pas été concluantes.

Pour M. AM, aucune évolution n'a été remarquée les 13 premiers jours. Une reprise alimentaire a été proposée sur des entremets et des mixés. Ceci a permis d'objectiver chez ce patient de grosses difficultés à automatiser le geste, une tendance à se précipiter, rendant le geste atone. De plus, ce patient était très encombré, l'obligeant à cracher régulièrement et entraînant des quintes de toux par fausses routes secondaires.

M. TA, lui, malgré des essais concluants a montré une très mauvaise évolution. Dès le bilan, nous avons pu constater que M. TA était très gêné par des sécrétions mucosales collantes. Ces sécrétions provoquaient des stases alimentaires, nécessitant un raclement très efficace pour éviter des fausses routes secondaires.

Dans un premier temps, ces difficultés ont été attribuées au manque de tonicité du geste. Il a donc fallu le cadrer énormément afin qu'il parvienne à automatiser la séquence et qu'il obtienne un geste de déglutition tonique. Malgré cela, les fausses routes persistaient.

Il est ensuite passé par un épisode d'encombrement qui lui provoquait de légères sensations d'étouffement. Comme rien n'a été retrouvé pendant les séances de kinésithérapie, un rendez-vous pour une radio pulmonaire a été prévu. Aucun signe d'encombrement bronchique n'a été retrouvé à la radio. La reprise alimentaire n'a donc pas été suspendue, mais sa gêne respiratoire n'a pas disparue pour autant.

On a donc soupçonné la SNG d'être responsable de cette gêne, mais malgré la pose de gastrostomie, les résultats n'étaient pas meilleurs lors des essais alimentaires.

Ils ont donc tous les trois passé un radiocinéma. Deux d'entre eux avaient un rendez-vous prévu. En effet, M. AM avait un radiocinéma fixé après 13 jours de prise en charge et M. LD après 18 jours de prise en charge. Il est rare que ces examens soient anticipés. S'ils l'ont été, c'est parce que le médecin ORL de Maubreuil a incité ses collègues chirurgiens à systématiser les radiocinémas et donc, à les prévoir à l'avance, mais malheureusement cette idée a été rapidement abandonnée. Pour M. TA, un radiocinéma en urgence a été demandé. Il n'a été reçu que 16 jours après cette demande.

Pour M. LD, bien que le compte-rendu ait été reçu assez tardivement, le phoniatre a pris contact, par téléphone, avec les orthophonistes du centre. Cela leur a permis d'avoir les résultats du radiocinéma et les conseils du phoniatre moins de deux jours après l'examen. Les conclusions de ce radiocinéma étaient les suivantes :

Fausse route : pendant, quantité estimée : 50 à 95 %

- Sur le plan analytique, tout semble pouvoir être contrôlé de façon isolée correctement
- Par contre, l'enchaînement est anormal
 - * Préparation correcte : verrouillage endolaryngé, puis recul du menton
 - * Démarrage de la propulsion orale
 - * Ouverture du larynx avec inspiration, d'où envahissement laryngé : *expliquant les fausses routes directes*
 - * Occlusion laryngée en fin de déglutition ; ce qui a atteint les sinus piriformes traverse normalement le SSO, quasiment sans résidus
- Diminution + + du réflexe de toux, celle-ci intervenant très tardivement avec une efficacité très partielle. Les raclements, sur demande, sont également peu efficaces : *expliquant les moins nombreuses fausses routes à distance*

Conseils et avis du phoniatre :

- Revoir le maintien de l'occlusion laryngée pendant toute la déglutition
- Le mécanisme de la déglutition devra être contrôlé longtemps avant qu'il s'automatise

Cet examen a permis d'objectiver précisément la raison des fausses routes (ouverture du larynx pendant l'inspiration) et l'efficacité limitée et tardive du réflexe de toux. Mais, malgré le conseil du phoniatre, la prise en charge n'a pas réellement été modifiée car le travail, avant le radiocinéma, était déjà ciblé sur la fermeture néoglottique, sur des déglutitions à vide et effectives.

Le radiocinéma de M. AM a permis de mettre en évidence des fausses routes synchrones et secondaires au temps réflexe de la déglutition. Les causes de ces fausses routes étaient : une protection laryngée peu efficace, un recul trop limité de la base de langue, un raclement et une toux insuffisamment efficaces. En conclusion, la reprise de l'alimentation était impossible pour le moment (sans date précise quant à la date de reprise possible).

La prise en charge orthophonique a donc repris sur des déglutitions à vide et des exercices de renforcement. Chaque exercice a été repris et détaillé très précisément pour qu'il puisse l'exécuter correctement. Une feuille d'exercices lui a aussi été remise pour qu'il s'exerce seul.

Le radiocinéma de M. TA a révélé que ce patient faisait des fausses routes importantes (+ de 50% du bolus) directes et secondaires dues à une protection laryngée peu efficace, malgré l'automatisation correcte de la posture de sécurité et de la fermeture néoglottique. De plus, M. TA ne percevait absolument pas ses fausses routes. Le phoniatre a donc conseillé d'arrêter l'alimentation orale, ou, au moins, de diminuer fortement les repas en prenant le maximum de précautions, afin de permettre au patient de retrouver un réflexe de toux.

Les essais alimentaires ont donc été suspendus pendant trois semaines et la rééducation a été axée sur des exercices de mobilisation des structures néoglottiques. M. TA a très mal vécu cette période. Il était à la fois fatigué (perte de poids continue) et démoralisé par sa situation. Et, suite au radiocinéma, qui allait dans le sens d'une suspension de la réalimentation, il a perdu sa confiance envers les différents professionnels du centre (orthophonistes, kinésithérapeutes, infirmières) car la prise en charge, qui, jusque là lui avait été proposée, ne correspondait pas à celle que le phoniatre prônait. Enfin, l'impuissance des professionnels face à ses problèmes lui a fait remettre en question leurs compétences.

Malgré ces examens, aucune amélioration n'a été notée au cours de la prise en charge qui a suivie, une pause a donc été proposée à chacun d'entre eux.

M. LD et M. AM à leur retour ont tous deux passé un nouveau radiocinéma. M. AM a donc pu commencer la reprise alimentaire sans danger et M. LD a pu bénéficier des quelques conseils du phoniatre, qui avait constaté une amélioration globale (fausses routes : pendant, quantité estimée : 5 à <50%). Ses conseils :

- Travailler l'ascension et l'avancée laryngées
- Travailler le verrouillage laryngé
- Apprendre à doser le recul de la langue pour couvrir le larynx, sans couvrir l'hypopharynx
- Travailler davantage en collaboration avec le kinésithérapeute (désencombrement passif)
- Kinésithérapie : apprendre un désencombrement actif

Cependant, il a fallu attendre près de 10 jours avant de recevoir le compte-rendu du phoniatre. Les conseils nous sont donc parvenus, dans un premier temps, par l'intermédiaire de M. LD, qui les avait retenus.

En conclusion, on peut noter, d'une part, que le long temps d'attente, entre les demandes d'examen et les rendez-vous, est très préjudiciable. Que doit-on faire en attendant cet examen ? Doit-on arrêter la prise en charge ou seulement les essais alimentaires ? Si notre doute de fausses routes est confirmé, l'arrêt des essais alimentaires aura été salutaire probablement (pas de fausses routes), mais dans le cas contraire, la perte de temps aura été très dommageable (allongement du temps de séjour du patient, baisse de moral).

Ici, le phoniatre évoque, pour M. AM, une impossibilité momentanée de reprendre l'alimentation, après 13 jours d'essais alimentaires et pour M. TA, il parle de danger à reprendre l'alimentation, après déjà 16 jours d'essais alimentaires. **Ne risque-t-on pas de majorer sérieusement les risques de pneumopathies en proposant ces examens si tardivement ?** Doit-on attendre qu'une difficulté persiste pour proposer le radiocinéma?

De plus, au délai très long d'attente de l'examen s'ajoute souvent le délai d'attente du compte-rendu de l'examen (de 10 jours à 7 semaines), ne permettant pas toujours à l'orthophoniste de bénéficier des conseils du phoniatre immédiatement. Tout ce retard plonge le patient dans l'expectative et l'inquiétude. **Le radiocinéma serait donc d'autant plus intéressant si les résultats étaient transmis rapidement aux orthophonistes du centre.**

Enfin, le fait de proposer en cours de prise en charge un radiocinéma peut inquiéter le patient sur ses capacités d'évolution, les compétences de l'équipe qui l'entoure, etc. La perspective de cet examen peut être très déstabilisante et démoralisante pour le patient et influencer sur les résultats de la prise en charge.

- La nasofibroscopie de la déglutition

La moitié de ces centres propose une nasofibroscopie de contrôle à l'entrée du patient, de façon à bien vérifier la cicatrisation, la motricité et la sensibilité des structures restantes. Mais seuls trois d'entre eux complètent cet examen par des essais alimentaires. Autrement dit, seuls trois centres proposent une nasofibroscopie de la déglutition à leurs patients, dès leur entrée.

Néanmoins, 11 de ces centres proposent aisément la nasofibroscopie de la déglutition. Mais cela dépend, bien entendu, de la disposition ou non du matériel sur place, de la présence à temps complet d'un médecin ORL ou d'un phoniatre, ou de la bonne collaboration avec un centre voisin possédant ce matériel et surtout, des moyens financiers du centre.

C'est un examen plus simple, moins « toxique », mais moins complet que le radiocinéma. En effet, en plus de ne pas permettre la visualisation du temps pharyngé, il ne permet pas d'affirmer avec certitude l'absence de fausses routes silencieuses, d'autant plus si elles sont de faible quantité. Les aliments peuvent, très vite, être inhalés dans les bronches et ne laisser aucun résidu. Les fausses routes silencieuses passent alors totalement inaperçues. Néanmoins, la nasofibroscopie de la déglutition permet d'évaluer la motricité et la sensibilité des structures restantes, notamment la propulsion basilinguale et la fermeture néoglottique.

Aucun des patients du Centre de Maubreuil n'a bénéficié de cet examen, ni à Maubreuil, ni ailleurs. Seule une nasofibroscopie simple de contrôle peut lui avoir été proposée à Maubreuil, alors que **la nasofibroscopie de la déglutition ne demande pas plus de matériel que la nasofibroscopie simple**. Cet examen exige simplement plus de temps.

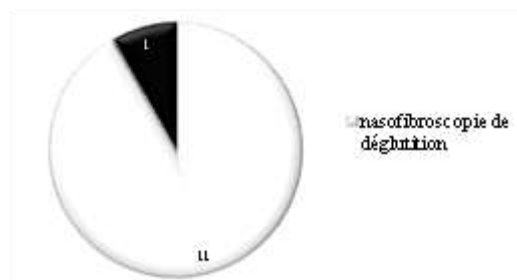
La nasofibroscopie de la déglutition reste, malgré ses lacunes, un examen très intéressant pour les orthophonistes. En effet, elle leur permet de déterminer les exercices et les postures les plus intéressantes pour le patient.

Quel que soit l'examen, il doit être pratiqué par un médecin, ORL ou phoniatre. Or, à Maubreuil, la présence du médecin ORL est limitée à quelques heures, une fois par semaine. Ce qui limite également l'approfondissement des examens.

c. La canule de trachéotomie et le pansement compressif

Deux des 12 centres ne proposent pas d'EA tant que la canule est encore en place. Un autre centre attend même que la cicatrisation de l'orifice trachéal soit complète.

A Maubreuil, il est très rare de voir entrer un patient toujours porteur d'une canule de trachéotomie. Seuls deux patients ont pu être recensés : une patiente (Mme EN) opérée d'une CHP et un patient (M. CJP) opéré d'une CHEP. Pour ces deux personnes, le bilan et les essais alimentaires ont été faits, malgré le port de la canule, qui a été fermée pendant les essais. Mme EN a conservé sa canule



durant tout le temps de la PEC, ayant du mal à la maintenir fermée très longtemps. M. CJP pouvait, déjà à son arrivée, supporter sa canule fermée 24h/24. Elle a été retirée dès le 2^e jour de PEC. Malgré le port de la canule, ces deux patients sont parvenus à retrouver une alimentation orale.

Pour les patients porteurs d'un pansement compressif au niveau de l'orifice trachéal (17 patients), il convient de leur rappeler d'appuyer sur le pansement le plus souvent possible. A fortiori, lors des essais alimentaires. Il ne semble pas nécessaire que la cicatrisation de l'orifice trachéal soit achevée pour commencer les essais alimentaires, puisqu'un appui, maintenu fermement, permet de retrouver une pression sous-néoglottique suffisante, similaire à ce qu'elle serait orifice fermé. La déglutition n'est pas plus à risque dans ces conditions (raclement, toux possibles). C'est ce qui a pu être constaté à Maubreuil, où la majorité des reprises alimentaires se fait alors que le patient porte encore ce pansement. Retarder la reprise alimentaire ne paraît donc pas nécessaire.

d. Les sondes d'alimentation entérale

Un centre ne pratique pas non plus d'essais alimentaires tant que la sonde nasogastrique est en place. Or, retirer la SNG implique que le patient sache déglutir sans problème. Si aucun essai alimentaire ne lui a été proposé depuis son intervention, il risque de rencontrer des difficultés. Mais la reprise alimentaire devient alors urgente puisque le patient ne peut plus ni s'hydrater, ni se nourrir.

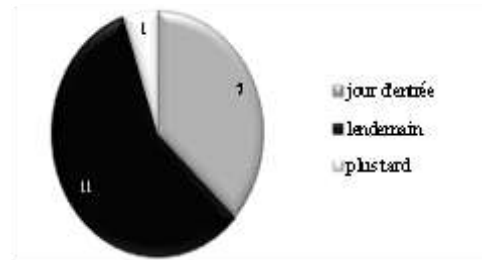
Il semble donc préférable de proposer des essais alimentaires, même si la SNG est encore en place de façon à s'assurer que la déglutition d'aliments soit possible. Proposer des essais alimentaires tant que la SNG est en place est également un moyen d'éviter de soumettre le patient à trop de pression si les essais alimentaires ne sont pas concluants, mais aussi à une nouvelle pose de SNG si la reprise alimentaire n'est pas possible.

Néanmoins, afin de ne pas soumettre le patient à trop de pression lors de sa reprise alimentaire, on peut demander à ce que la SNG soit remplacée par une sonde de gastrostomie.

A Maubreuil, 15 des 19 patients sont entrés au centre, porteurs d'une SNG. Tous se sont vu proposer les essais alimentaires lors du bilan, puis la réalimentation au cours de la prise en charge. Trois d'entre eux ont présenté des difficultés importantes lors de la prise en charge orthophonique. Le risque de retard de la réalimentation a amené, les orthophonistes de chacun d'entre eux, à demander un échange de sonde d'alimentation, à savoir une gastrostomie à la place d'une SNG (cf. I-4.11). La gastrostomie permet d'alimenter et d'hydrater le patient directement par l'estomac. Les complications liées à la SNG n'existent plus. Le patient a donc tout son temps pour réapprendre à manger sans fausse route.

e. Les praxies bucco-faciales

Un centre ne propose les essais alimentaires que lorsque les praxies bucco-faciales sont correctement exécutées.



f. La kinésithérapie respiratoire

Un centre demande une prise en charge kinésithérapique pour que le patient apprenne à se dégager seul, avant de commencer la prise en charge orthophonique et les essais alimentaires.

Les conditions aux essais alimentaires peuvent donc beaucoup varier d'un centre à l'autre selon l'expérience et les exigences des professionnels y travaillant, les moyens financiers du centre et la facilité d'accès ou non aux différents examens.

1.3 LE DEROULEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DANS LES DIFFERENTS CENTRES ET A MAUBREUIL

1.31 Le bilan orthophonique

A Maubreuil, ce bilan a lieu le jour de l'entrée du patient (7/19 patients) ou le lendemain (11/19), rarement plus tard (1/19).

Il existe au centre un bilan préétabli (cf. annexe I), constitué en trois étapes : anamnèse et information au patient, bilan fonctionnel (cf. II-2.1) et test de la déglutition.

a. Les essais alimentaires

Plusieurs essais différents sont proposés au cours de ce test : entremets, eau gazeuse fraîche, eau plate, autres essais, mais tous ne sont pas faits systématiquement. Par ailleurs, les quantités proposées par les orthophonistes ne sont pas toujours les mêmes. Sur le bilan, on précise « avaler une cuillère à café de... », or, est-ce suffisant pour déterminer si le patient fait des fausses routes ? Beaucoup d'orthophonistes proposent d'avaler plusieurs cuillérées, mais le choix des quantités dépend du professionnel et n'est pas toujours précisé.

Pour notre étude, nous avons retenus 19 patients. Parmi eux, 11 ont fait des essais alimentaires sur des entremets, 3 sur de la compote, 8 sur de l'eau gazeuse fraîche et un seul sur de l'eau plate, lors

du bilan. Certains ont essayé plusieurs aliments, certains n'en ont essayé qu'un seul. Les quantités absorbées étant minimales, il est rare que les essais alimentaires ne soient pas satisfaisants.

Les essais alimentaires proposés dépendent beaucoup de l'expérience de l'orthophoniste. En effet, plus un orthophoniste travaille auprès d'un certain type de patients, plus elle dispose de repères. De ce fait, elle juge plus vite de l'utilité de poursuivre ou non les essais alimentaires ou de proposer une nouvelle texture. C'est pourquoi, il y a des différences de quantité et de variété entre les essais alimentaires du bilan.

- Exemple de cas à Maubreuil

M. FD, lors des essais alimentaires a fait une fausse route à l'entremets et une fausse route à l'eau gazeuse fraîche. Cependant, ces essais ont été jugés concluants par l'orthophoniste. On peut alors se demander ce que sont des essais alimentaires satisfaisants.

Le bilan orthophonique préétabli de Maubreuil serait donc à revoir. D'un orthophoniste à l'autre, les appréciations concernant les essais alimentaires sont différentes. **Une standardisation des conclusions pourrait être intéressante, de façon à unifier la prise en charge de la déglutition, dans le centre et à projeter plus facilement, peut-être, l'évolution du patient.**

Au final, parmi les 19 patients ayant subi une laryngectomie partielle supracricoidienne, cinq ont présenté des fausses routes lors des essais alimentaires du bilan, dont deux opérés d'une LPSC avec CHP (M. LD et M. BF), un opéré d'une LPSC avec CHEP (M. AM) et deux opérés d'une LPSC de type Tucker (M. SS et M. FD). Pourtant, tous ont commencé la réalimentation, on peut alors se demander à quoi servent ces essais alimentaires. Servent-ils seulement de référence pour évaluer la progression de la reprise alimentaire ou permettent-ils de proposer une alternative à la reprise alimentaire directe ? De plus, les essais alimentaires sont-ils prédictifs du déroulement de la prise en charge ? En effet, l'apprentissage d'une nouvelle posture, l'appréhension peuvent mener le patient à faire des fausses routes, sans qu'aucune raison anatomique ne puisse être incriminée. Tout comme la détection de fausses routes silencieuses n'est pas possible cliniquement.

b. Examen complémentaire

Dans un seul centre, un examen des fonctions associées à la déglutition est pratiqué. Il permet d'évaluer l'état de vigilance, le degré d'autonomie globale, le degré de communication (compréhension et expression), les capacités cognitives (attention, mémorisation...), la conscience du trouble, les capacités rééducatives (motivation) et les conditions de vie (degré d'intoxication, hygiène de vie).

Pour cela, les orthophonistes proposent le MMSE, pour une première approche des fonctions cognitives et une auto-évaluation pour estimer les capacités rééducatives. On peut alors s'interroger sur la nécessité de compléter le bilan de déglutition par ce genre d'examen.

A Maubreuil, aucun examen de ce genre n'est pratiqué. La complétion du bilan par un examen des fonctions cognitives ne paraît pas indispensable. **Il ne semble pas que le succès de la prise en charge soit dépendant des capacités cognitives du patient, mais plutôt de la capacité de l'orthophoniste à s'adapter à son patient.** Le but étant bien de réapprendre à manger quel que soit le « niveau intellectuel » du patient, la déglutition étant une fonction vitale essentielle à l'homme.

1.32 Le suivi orthophonique

a. Organisation de la prise en charge orthophonique

- Fréquence des séances

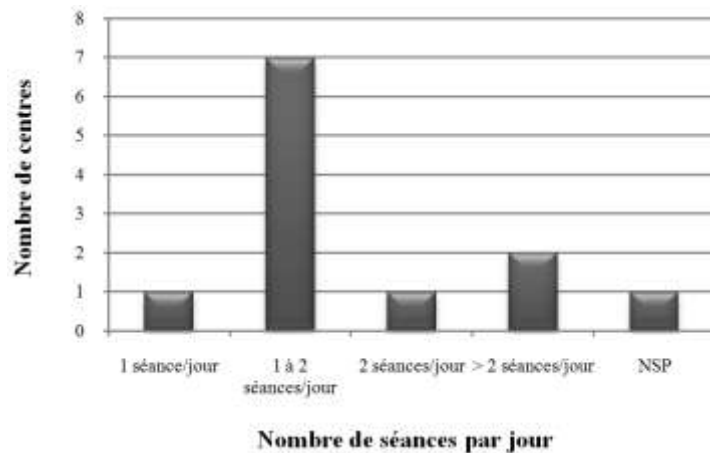
A Maubreuil, les patients viennent en séance 5 jours par semaine (sauf le samedi et le dimanche car les professionnels du plateau technique ne travaillent pas). Les orthophonistes essaient de placer deux séances quotidiennes, mais ce n'est pas toujours possible.

Dans le tableau ci-dessous, on peut constater que peu de patients ont réellement bénéficié de deux séances par jour. Le nombre moyen de séances pour les patients ayant subi une LPSC :

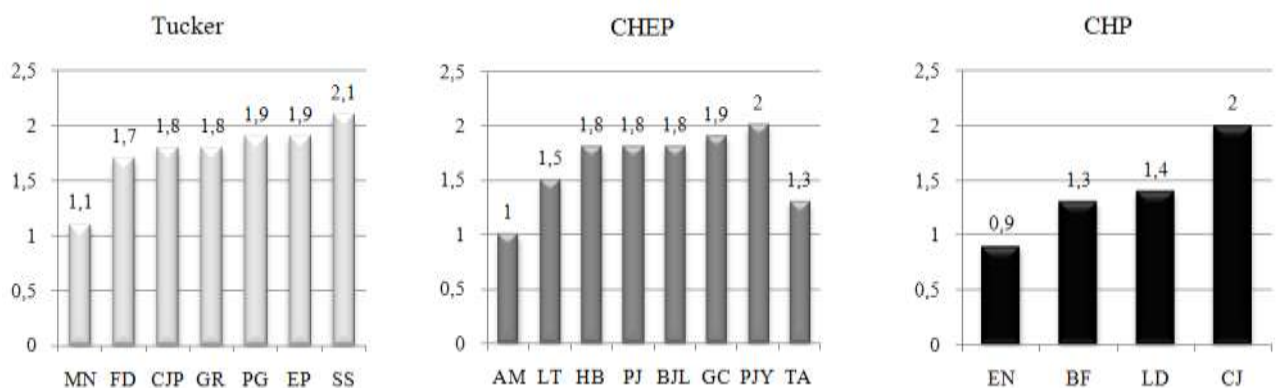
- de type Tucker est de 1,8 séance/jour
- avec CHEP est de 1,6 séance/jour
- avec CHP est de 1,4 séance/jour

Nombre quotidien moyen de séances d'orthophonie pour chaque patient :

Fréquence des séances d'orthophonie dans les différents centres :



On remarque, cependant, que Maubreuil propose la même fréquence de prise en charge que la majorité des autres centres. En effet, parmi les 12 centres, auprès desquels nous avons recueilli des données, on constate que 7 d'entre eux proposent une à deux séances d'orthophonie par jour. Un



seul centre en propose une, un seul également deux et deux en proposent plus de deux quotidiennes.

- Les orthophonistes

Le patient est pris en charge par deux orthophonistes au maximum. Cependant, ponctuellement, il peut être amené à rencontrer d'autres orthophonistes.

Assurer une prise en charge à deux a plusieurs avantages.

D'une part, ce peut être un plus pour le patient. En effet, il peut être mal à l'aise avec une orthophoniste. Or, pour la reprise alimentaire, c'est elle l'interlocutrice privilégiée et c'est important que le patient se sente en confiance avec elle. C'est pourquoi, le fait de proposer un binôme d'orthophonistes accroît les chances de créer une entente cordiale avec le patient. Néanmoins, il ne faut pas multiplier les interlocuteurs du patient, qu'il n'ait pas à se répéter plusieurs fois. C'est pourquoi, deux orthophonistes semblent nécessaires et suffisantes.

Ce duo permet aux orthophonistes de s'échanger plus facilement les informations concernant le patient (même si cela est déjà simplifié par l'emploi du « séancier », qui est un support détaillé de ce qui est fait lors des séances), d'avoir un programme de rééducation plus précis, mieux suivi et de redoubler d'idées pour la prise en charge.

Enfin, c'est aussi un moyen pour les orthophonistes de s'investir totalement dans leur travail, tout en pouvant prendre du recul car ce sont des prises en charge parfois lourdes. Il faut savoir être empathique, sans être dans la compassion. Enfin, cette collaboration permet, à la fois, le partage de la satisfaction lorsqu'une prise en charge s'est bien passée, mais aussi un réconfort et une remise en question mutuels quand une difficulté ou un échec se présente.

b. Les exercices à Maubreuil

A Maubreuil, les exercices sont davantage présentés comme des moyens de renforcer le geste de déglutition et sont toujours travaillés parallèlement à la réalimentation.

- Exemple de cas à Maubreuil

Nous avons vu plus haut que M. LD a fait une pause en cours de prise en charge (cf. III-1.22 b). Lors de cette pause, il a travaillé, environ un mois, des exercices de renforcement de fermeture glottique en libéral. Cela lui a sûrement permis d'automatiser plus facilement ce geste et de le transposer à la déglutition. Ce qui expliquerait, en partie, la progression observée lors de son deuxième séjour.

A son retour, il lui a fallu 5 jours pour pouvoir manger des entremets et les mixés sans problème. Alors qu'en 31 jours, lors du premier séjour cela n'avait pas été possible. Après 5 jours de plateaux mixés, la texture hachée lui a été proposée et s'est avérée beaucoup plus simple à avaler que la texture mixée. Très vite (2 jours après), la texture normale entière lui a été proposée et n'a pas posé de problème.

Peut-être vaudrait-il mieux proposer une reprise alimentaire consécutivement à une période exclusive d'exercices de renforcement lorsque les essais alimentaires n'ont pas été probants.

c. La progression alimentaire type à Maubreuil

La réhabilitation de la déglutition exige un déroulement par palier.

- La texture mixée

Le premier palier fixé est souvent la reprise alimentaire en texture mixée. Dans un premier temps, on s'en tient à quelques cuillérées à café d'entremets, de compote ou d'entrée mixée. Peu à peu, si

tout se passe bien : pas de toux, pas de fausses routes, les quantités sont augmentées. Le but étant de parvenir à avaler un plateau entier mixé, en à peu près une demi-heure, sans signe de fatigue ou de difficulté. La texture mixée ressemble à celle des petits pots pour bébés, très lisse, sans aucun morceau.

- La texture hachée

L'alimentation en texture mixée étant possible, l'objectif suivant est l'alimentation en texture hachée. Il faut, bien sûr, s'assurer que le patient puisse mâcher un minimum avant de la proposer. Dans un premier temps, pour éviter trop de fatigue, le plateau sera mixte. Souvent, l'entrée et le dessert restent en texture mixée, tandis que le plat chaud passe en texture hachée. En conséquence, le bol alimentaire sera à mastiquer pour homogénéiser car la texture hachée correspond à des aliments hachés menus. L'ajout de sauce est parfois nécessaire pour parfaire cet amalgame. Le patient ne vient pas en orthophonie pour manger, mais pour apprendre à bien manger. Il n'est donc pas nécessaire qu'il finisse son plateau. Mais progressivement, en fonction de ses progrès, les quantités hachées sont augmentées, jusqu'à ce qu'il puisse manger l'ensemble de ce qui lui est servi sur le plateau (entrée, plat chaud, produit laitier, dessert), dans un délai raisonnable.

- La texture normale

Lorsque la texture hachée ne pose plus de problème, l'objectif suivant est la texture normale. C'est-à-dire tous les aliments, quelle que soit leur texture ou leur consistance. Si les morceaux gênent le patient, on peut proposer la texture normale, coupé fin avant la texture normale, entière. Dans un premier temps, on propose au patient un plateau mixte (entrée hachée, plat normal), puis, on unifie ce plateau pour ne plus obtenir qu'une alimentation normale.

Néanmoins, certains aliments continueront à gêner le patient, même des années après. Sept anciens patients nous l'ont relaté au cours d'un entretien téléphonique, quelques mois après cette rééducation et ce, indépendamment du type d'intervention. C'est souvent le cas des aliments juteux (comme les oranges, les tomates... qui ont à la fois une texture solide et liquide) ou ayant une texture hétérogène (comme le riz, la semoule, les biscuits secs... qui compliquent la formation du bolus homogène).

Lorsque l'orthophoniste est sûre de la déglutition du patient sur la texture travaillée (plus de risque de fausse route), elle l'autorise à manger sans surveillance (au dîner, le weekend). C'est seulement là qu'elle remplit la fiche n°1 (cf. III-1.32 g) afin d'en informer le service. C'est une manière de rendre le patient plus autonome et de lui faire dépasser son appréhension.

- Les liquides

Les liquides restent la bête noire de cette réhabilitation car ils ont une vitesse de transit élevée et une forte capacité d'infiltration des voies aériennes. Leur introduction dans cette prise en charge n'est pas évidente. La proposition des liquides est davantage fonction de critères subjectifs et de l'expérience du professionnel que de critères objectifs et clairement définis. Certaines orthophonistes proposent de travailler les liquides dès que le passage des mixés ne pose quasiment plus de problème, d'autres attendent d'être arrivées à la texture normale. Mais cette introduction des liquides peut également varier selon le patient.

Certaines orthophonistes préfèrent démarrer sur des liquides épaissis et les fluidifier peu à peu. Mais, la technique la plus courante à Maubreuil consiste à commencer par des petites cuillérées à café (le dosage à l'aide de la cuillère à café permet d'évaluer la quantité mise en bouche) d'eau gazeuse fraîche, puis des gorgées d'eau gazeuse fraîche. La fraîcheur et les bulles sont des agents stimulateurs du réflexe de déglutition. La déglutition de l'eau gazeuse fraîche étant sûre, on peut proposer de l'eau plate fraîche. En commençant par des cuillérées à café jusqu'aux gorgées au verre. Pour finir par l'ultime épreuve : l'eau plate à température ambiante, au verre. Si cette déglutition n'entraîne aucun problème, la réhabilitation de la déglutition est très satisfaisante.

d. Intérêt des pauses en cours de prise en charge

Trois patients (M. LD, M. AM et M. TA) se sont vu imposer une pause au cours de leur prise en charge. Chacune de ces pauses a été proposée quand le patient stagnait.

On peut supposer que cette pause a été très bénéfique pour M. LD. Lui-même nous l'a confirmé lors d'un entretien téléphonique. Il a beaucoup apprécié retrouver sa famille, ses amis, sortir de l'hôpital. Les retrouver lui a redonné l'énergie nécessaire pour cette reprise alimentaire. Ceci s'est ressenti à son retour au centre. Lors de son deuxième séjour, M. LD a connu une bien meilleure évolution. La durée de son séjour a été beaucoup plus courte, seulement 16 jours de prise en charge et la progression alimentaire a été beaucoup plus régulière et rapide.

Pour M. AM, cette pause a permis de laisser le temps au larynx et aux sinus piriformes de se désencombrer des sécrétions mucosaliivaires.

Enfin, pour le dernier patient, nous n'avons pas d'information puisque M. TA a décidé de poursuivre sa rééducation dans un autre centre.

Une pause peut être un moyen de dédramatiser la non-évolution. Lorsque le patient est hospitalisé pour une reprise de déglutition, il attend, évidemment, des résultats positifs. Or, quand

ce n'est pas le cas, le patient est déçu, s'énervé, fatigue, devient pressé... Ces réactions sont humaines, mais ne font que retarder l'évolution. Il faut alors savoir s'arrêter pour mieux repartir. Une suspension de la prise en charge permet au patient de retrouver une vie sociale (contrairement à l'hospitalisation où l'unique but est la reprise alimentaire) et de moins se préoccuper de sa déglutition. **La pause peut donc être, contrairement à ce que l'on peut imaginer, un moyen de relancer la rééducation et les progrès du patient.**

e. Les repas en groupe

A Maubreuil, la majorité des séances d'orthophonie sont individuelles. Néanmoins, il arrive que les patients partagent un repas lorsque les orthophonistes sont en sous-effectif. Cependant, aucun « groupe de reprise alimentaire » n'est proposé.

Dans deux centres, des séances de groupe sont organisées. Ce ne sont pas vraiment des séances d'orthophonie proprement dites, ce sont des repas auxquels assistent les orthophonistes. Le plus souvent, ces repas en groupe sont proposés lorsque le geste de déglutition est suffisamment automatisé et assure le passage sans fausse route du bol alimentaire.

L'intérêt de ces groupes est de permettre à ces patients de sortir de leur isolement. Bien souvent, ces patients ont l'impression d'être des exceptions, d'être seuls dans leur situation. De plus, la posture plutôt inconfortable, le raclement bruyant et socialement peu acceptable, le risque de fausse route sont autant de raisons qui les empêchent de concevoir qu'ils pourront, un jour, remanger normalement, avec des amis ou au restaurant.

Ce repas les amène à rencontrer des personnes qui souffrent de difficultés similaires. La gêne est, par conséquent, moins importante puisque tous ont des techniques de déglutition peu conventionnelles. Cela leur permet de partager à nouveau un repas, de retrouver une certaine convivialité lors de cet acte. Cette prise en charge en groupe permet aussi de les motiver les uns les autres. Ceux qui ont le moins de difficultés deviennent un repère pour ceux qui en ont davantage, et inversement, les difficultés des uns rassurent les autres quant à leur évolution.

Enfin, ce repas peut être également un moyen de détendre le patient, qui n'est plus le seul soumis au regard de l'orthophoniste. Parfois même, l'orthophoniste partage ce repas avec les patients. C'est une manière de s'ajuster aux patients, de rendre le repas plus agréable, l'orthophoniste plus abordable car le cadre peut paraître moins strict (même si le contrôle orthophonique est aussi important). C'est aussi un moyen implicite de leur faire accepter qu'une personne, sans difficulté de déglutition, puisse manger en leur compagnie, sans être écœurée.

Les repas pris en groupe sont donc un moyen de dédramatiser l'acte de déglutition et de retrouver une dimension écologique à cet acte et pas seulement thérapeutique. Le partage du

repas avec les patients semble une idée tout à fait intéressante et aisée à appliquer. A la seule condition que les patients soient au moins deux et qu'ils aient chacun automatisé le geste de déglutition.

f. Le livret patient dysphagique (cf. annexe II)

A Maubreuil, ce livret est remis au patient dysphagique, par l'orthophoniste, au cours de sa prise en charge. Le livret remis est le même quelle que soit la cause de la dysphagie.

C'est un livret récapitulatif de 20 pages où le patient peut trouver quelques informations sur ce qu'est la déglutition normale, sur les différents corps professionnels du centre et leurs rôles.

Une page de rappel concernant les divers signes d'alerte de fausses routes et des infections pulmonaires est insérée, ainsi que la manœuvre de Heimlich. Cependant, les signes décrits ne sont pas des signes d'alertes pour le patient ORL, mais des conséquences. Il sait qu'il est sujet aux fausses routes et en connaît les répercussions (toux, perte d'appétit...) contrairement à un patient de neurologie qui découvrira ses fausses routes via ces signes d'alerte.

Puis, toute une série de consignes sur la prise des repas est donnée. Néanmoins, on constate qu'elles sont davantage adressées aux accompagnants, qu'au patient. Pourtant, plusieurs d'entre elles sont directement essentielles pour le patient dysphagique (« l'environnement doit être calme », « faire racler et tousser de temps en temps », « vérifier que le patient prend des petites bouchées »).

Enfin, les différentes textures proposées au centre sont présentées. Le patient trouve également, à l'intérieur de ce livret, des informations sur les poudres épaississantes pour les liquides et des recettes : une d'eau gélifiée et une de mixé lisse.

Remettre ce livret à un patient ORL n'a pas beaucoup d'intérêt, peu de pages lui sont vraiment utiles. De plus, on peut remarquer que, ce qui serait intéressant pour lui, ne lui a pas été adressé directement. Ce livret semble davantage confectionné pour les accompagnants des patients dysphagiques neurologiques.

On peut aussi s'interroger sur l'intérêt de proposer des recettes. Elles sont plutôt à remettre, en mains propres, au patient lorsqu'il est capable de s'alimenter, seul et sans fausse route, en texture mixée. Les lui donner, en début de prise en charge, c'est une manière de l'autoriser à le faire et d'ouvrir la porte aux fausses routes. Mais, donner ce livret en fin de prise en charge ne semble pas non plus indispensable, surtout si le patient a retrouvé une déglutition fonctionnelle.

Au final, ce livret, dans sa forme actuelle, n'est que peu intéressant pour le patient qui présente des troubles de la déglutition suite à une LPSC. Il faudrait pouvoir leur proposer soit un livret qui leur soit adressé, plus ciblé, plus adapté, soit supprimer la remise de ce livret.

g. La fiche n°1 : transmission orthophoniste (cf. annexe III)

Cette fiche ne concerne que les patients hospitalisés à temps complet. Grâce à cette fiche, l'orthophoniste informe le personnel du service dans lequel le patient séjourne, des conditions nécessaires à la bonne prise du repas seul. Par cette fiche, on vise l'autonomie du patient.

La première partie concerne les liquides. Ils peuvent être interdits, autorisés partiellement ou autorisés sans exception. S'ils sont autorisés partiellement, il faut préciser les conditions. Sept types de liquides différents sont distingués. Pour chaque liquide, il faut cocher s'il doit être servi à température ambiante ou s'il doit être frais ou chaud et si le patient peut boire seul ou sous surveillance. On indique éventuellement le contenant à utiliser (verre à échancrure, tasse plutôt que bol...).

La deuxième partie concerne les repas : petit déjeuner, déjeuner et dîner.

Pour le petit déjeuner, l'orthophoniste commence par cocher si ce repas doit être pris sous surveillance ou seul. S'il y a encore des interdictions, elle note ce qui peut être mangé. Il existe deux types de textures : la texture mixée avec les produits laitiers (yaourts, fromages blancs, bouillie) et les compotes, et la texture solide (BN « casse-croûte », biscottes, pain de mie et pain).

Comme pour le petit-déjeuner, pour le déjeuner et le dîner, il faut noter si une surveillance est nécessaire. Six textures sont recensées sur cette fiche, il faut préciser, pour chaque mets (entrée, plat, accompagnement et dessert), la texture autorisée.

Enfin, une dernière partie concernant le confort et la sécurité du patient est également à remplir. L'orthophoniste indique la posture de sécurité à adopter pendant le repas, le matériel adapté à fournir et le passage en kinésithérapie respiratoire si nécessaire.

Une dernière partie, « élargissement alimentaire », permet d'indiquer d'autres aliments autorisés (ex : fromage) ou interdits (ex : orange) non marqués dans les listes préexistantes.

Cette fiche est renouvelée dès qu'un changement de texture, de posture est fait. Elle permet au patient de gagner, peu à peu, plus d'autonomie dans son alimentation. En effet, par cette fiche, l'orthophoniste l'oblige à s'émanciper, à « s'auto-responsabiliser », sans compter toujours sur sa guidance. Elle ne remplit cette fiche que quand elle atteste de la maîtrise de cette texture lors de ses séances.

En théorie, l'orthophoniste peut demander la surveillance du patient lors du repas par un infirmier ou un aide-soignant. En pratique, la fiche n°1 n'est remplie que lorsque le patient est suffisamment autonome, qu'il n'y a pas de risque de fausse route au cours du repas et qu'une surveillance n'est pas nécessaire.

Le patient va devoir s'habituer à prendre son repas seul. C'est une façon de le préparer à son retour à domicile. Plus il sera à l'aise seul, moins il sera angoissé et appréhendera donc moins de rentrer chez lui. Le but de notre prise en charge est bien qu'il puisse retrouver une déglutition suffisamment fonctionnelle dans son quotidien.

h. La fiche n°3 : transmission alimentaire à l'entourage (cf. annexe IV)

Cette fiche est personnalisée et prodigue des conseils au patient et à son entourage quant au déroulement des repas à domicile. Cette fiche de recommandations est remplie par l'orthophoniste. Même si cette fiche s'intitule « transmission alimentaire à l'entourage », bien souvent, pour les patients ayant subi une LPSC, c'est une prothèse mnésique, leur permettant d'être autonome en dehors du centre.

Elle peut être remise aux patients séjournant en hospitalisation à temps complet à Maubreuil, mais aussi et surtout, aux patients inscrits en hôpital de jour. Pour les patients en hospitalisation complète, elle pourra leur être délivrée lorsqu'une permission leur est donnée. Cela permet d'avoir clairement sur papier les conseils, qui, d'habitude, sont donnés par l'orthophoniste lors des séances. Cette fiche peut être rassurante pour le patient anxieux à l'idée de rentrer chez lui.

Pour les patients hospitalisés à temps partiel, cette fiche est essentielle. C'est la feuille qui « autorise » le patient à manger et à évoluer dans les textures. Elle sera renouvelée à chaque changement (texture, posture...).

Après lecture et explication de la feuille, l'orthophoniste la fait signer par le patient. Cela permet aux professionnels du Centre de Maubreuil de ne pas être tenus pour responsables si un incident se produisait, au domicile du patient (ex : fausse route importante, pneumopathie...), parce qu'il n'aurait pas suivi leurs conseils.

La première partie de cette fiche concerne les consignes générales à respecter lorsque des problèmes de déglutition apparaissent. Si l'une de ces consignes n'est pas adaptée au patient, elle sera barrée. Dans le cadre des LPSC, la dernière est très rarement adaptée.

- Le repas doit se prendre dans une atmosphère calme, télévision éteinte
- Ne pas parler pendant le repas et manger lentement
- Etre confortablement installé, assis le dos droit, calé contre le dossier du siège, en évitant surtout de mettre la tête en arrière
- Si un tiers est présent, il doit s'assurer de la vigilance du patient pendant tout le repas

Puis, la posture travaillée avec l'orthophoniste est indiquée. C'est la « posture conseillée », correspondant à une posture de sécurité ou facilitatrice (cf. II-2.21).

Ensuite, si nécessaire, on indiquera les « aides techniques nécessaires » au repas comme un tapis antidérapant, des couverts adaptés... Cette partie est davantage utile quand les problèmes de déglutition surviennent après un accident vasculaire cérébral et qu'une hémiplégie peut être associée, justifiant ces adaptations.

Dans un quatrième temps, une partie est consacrée au contenu des repas. C'est-à-dire les liquides et les textures dont le patient peut se sustenter. La texture est expliquée dans le livret « patient dysphagique » donné au patient et lorsque le patient est autorisé à manger en texture dite « haché dysphagique » on lui remet également la liste des aliments autorisés ou non. Néanmoins, cette liste n'est pas personnalisée et ne correspond pas forcément aux goûts du patient. Elle mériterait d'être établie par la diététicienne, avec le patient.

On cochera également si le repas doit être pris en présence d'un tiers ou non, si c'est le cas, deux consignes sont ajoutées (si elles ne sont pas adaptées, elles sont à barrer aussi) :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- solliciter le patient sur le choix des aliments- se placer à sa hauteur si une aide est nécessaire pour le faire manger et vérifier qu'il a bien avalé une bouchée avant d'en prendre une autre |
|--|

Enfin, quelques conseils d'hygiène et diététiques peuvent compléter cette fiche (rinçage de la bouche en fin de repas ; compléments alimentaires...), mais y sont rarement ajoutés.

1.33 La prise en charge diététique

a. Au Centre de Maubreuil

A Maubreuil, au cours du bilan orthophonique, on prend soin de noter le poids actuel du patient et le poids qu'il faisait avant l'intervention. Néanmoins, le rôle de l'orthophoniste n'est pas de permettre au patient de retrouver un poids correct, mais de ne plus avoir de difficulté lorsqu'il déglutit.

Pourtant, il n'y a pas de bilan nutritionnel fait systématiquement pour ces patients, ni de prise en charge diététique proposée. La plupart du temps, c'est sur demande de l'orthophoniste, rarement du patient qu'un rendez-vous avec la diététicienne est pris. Or, cela paraît très important. En effet, souvent ces patients ont perdu beaucoup de poids et sont fatigués. La reprise alimentaire va les amener à avoir une alimentation mixte : par sonde et per os. Il semble important d'équilibrer les

apports et seule la diététicienne peut déterminer ce qui est nutritionnellement nécessaire pour chaque patient.

Pourtant, seuls six patients sur les 19 ont eu un contact avec la diététicienne, dont quatre seulement par l'intermédiaire de l'orthophoniste.

Au Centre de Maubreuil, actuellement, ce sont davantage les orthophonistes qui remplissent ce rôle. Elles commandent les repas en cuisine pour le déjeuner (qui correspond à une séance d'orthophonie), en fonction de la texture, des goûts et du régime du patient. Ce sont elles et les IDE qui s'inquiètent du poids des patients et des moyens de compléter leur alimentation. Ce sont, encore, les orthophonistes qui demandent et qui introduisent, avec l'aval de la diététicienne, les compléments alimentaires (2 patients), qui proposent de supprimer les poches d'alimentation (1 patient), d'échanger des poches contre des compléments alimentaires (1 patient)... Elles font le lien entre la diététicienne et le patient, et quand c'est vraiment nécessaire, les orthophonistes prennent rendez-vous pour le patient avec la diététicienne (2 patients).

Quelquefois, une fiche de suivi alimentaire est remise au patient (cf. annexe V). Cette fiche est hebdomadaire. Le patient doit y reporter tout ce qu'il a absorbé : aussi bien par la bouche, que par la sonde. La



plupart des patients y adhèrent très bien, mais quelques uns oublient de la remplir ou trichent (ajout d'aliments non pris, suppression de poche...). Cette fiche est utile pour la diététicienne, mais aussi pour l'orthophoniste. La diététicienne peut comparer les apports nutritifs et la prise de poids, mais actuellement, elle ne la consulte pas chaque jour. L'orthophoniste, quant à elle, peut vérifier que le patient, seul, ose manger ce qui lui a été autorisé.

Ce manque de suivi diététique à Maubreuil est très dommageable. D'une part, pour les orthophonistes qui se voient contraintes de s'inquiéter de la déglutition et du statut pondéral de leur patient. Le risque étant qu'elles sacrifient une partie de leur fonction pour assurer également celle de diététicienne ou exigent trop vite de leur patient qu'ils mangent plus per os, alors qu'il est encore trop tôt pour eux. D'autre part, pour les patients, qui parfois, peuvent s'affoler à la vue de leur perte de poids et alors, s'angoisser, manger plus, même s'ils ne mangent pas « mieux » et tant pis s'ils risquent la fausse route.

b. Dans les autres centres

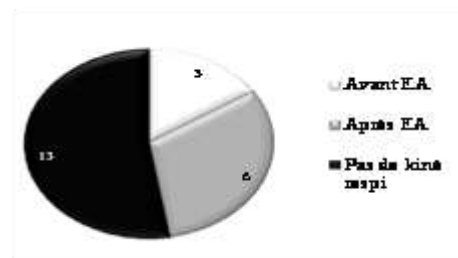
Dans tous les centres qui ont répondu à notre questionnaire, les orthophonistes travaillent en collaboration avec les diététiciens. De plus, leurs rôles respectifs semblent mieux définis.

Tout d'abord, le patient, dans 9 centres, bénéficie d'un suivi diététique personnalisé (3 centres n'ont pas précisé les exigences de cette fonction). Dans l'ensemble de ces centres, les diététiciens assurent une surveillance du poids, en particulier au cours des premiers jours d'alimentation. Ils calculent les apports nutritionnels et les ajustent quotidiennement (compléments alimentaires, contenance des poches...). Dans six centres, ce sont les diététiciens qui prévoient les repas en fonction de la texture demandée par l'orthophoniste, des goûts et du régime du patient. Dans un centre, les diététiciens surveillent même la température des plats. Dans un centre, les diététiciens rencontrent les patients avant leur sortie afin de leur donner des conseils sur leur alimentation, à domicile. Dans un centre, l'orthophoniste et la diététicienne proposent un bilan d'entrée commun.

Après réception des questionnaires, nous avons pris contact avec un centre pour avoir plus d'informations sur la prise en charge diététique. Dans ce centre, la diététicienne reçoit le patient pour un bilan nutritionnel et pour établir une feuille de ses goûts (parmi ce qui peut lui être proposé dans ce centre). Elle essaie de le mettre en appétit. Elle prend le temps avec le patient de trouver ce qui lui plairait le plus de manger, indépendamment de la texture qui lui est imposée, puis elle tente de s'en approcher au plus près en tenant compte de la texture. A partir de ces renseignements et des informations que lui ont données les orthophonistes, elle établit



les plateaux-repas du patient. Chaque jour, ensuite, elle vient le voir sur le temps du déjeuner pour voir comment se déroule le repas (aime-t-il ce qu'il mange ? quelle quantité a-t-il mangée ? des compléments alimentaires sont-ils à prévoir ?...) et chaque semaine, le patient est pesé. Ce qui lui permet d'assurer un suivi nutritionnel personnalisé et adapté au jour le jour.



On peut donc remarquer que la prise en charge diététique est bien moins systématique et complète, à Maubreuil, qu'elle peut l'être dans la plupart des centres prenant en charge des patients dysphagiques. Il serait donc intéressant de définir ce qui est du champ de compétence des diététiciens et ce qui est du champ de compétence des orthophonistes, afin d'optimiser chacune de ces prises en charge. Et ainsi, donner le maximum de chances au patient dans sa reprise alimentaire.

1.34 La prise en charge kinésithérapique

a. Au Centre de Maubreuil

A Maubreuil, une prise en charge kinésithérapique peut être prescrite si l'orthophoniste la demande. Le kinésithérapeute peut alors intervenir avant le repas, si l'encombrement est trop important ou plus souvent, après le repas, si le risque de fausse route est majeur. Mais, cette prise en charge n'est pas systématique.

A Maubreuil, parmi les 19 patients opérés d'une LPSC, seuls six patients ont bénéficié d'une prise en charge en kinésithérapie (dont 4 qui ont présenté des problèmes au cours de leur prise en charge). Trois d'entre eux ont présenté un encombrement très important dès le bilan orthophonique et donc, une demande de prescription a tout de suite été faite. Un autre a commencé la kinésithérapie respiratoire un peu plus tard car il a développé une bronchite. Les deux derniers ont eu de la kinésithérapie respiratoire, plus en prévention que pour de réels problèmes d'encombrement.

Ces six patients ont réalisé leurs séances de kinésithérapie à la suite des essais alimentaires, pratiqués en orthophonie, de façon à éliminer d'éventuels résidus alimentaires. Trois d'entre eux ont eu, ponctuellement, des séances avant l'orthophonie pour les désencombrer des glaires trop importantes, qui constituaient des « pièges » pour les aliments, qui restaient stagner dans le larynx et provoquaient des fausses routes à distance.

b. Dans les autres centres

Parmi les orthophonistes ayant répondu au questionnaire, seules deux ne citent pas les kinésithérapeutes comme partenaires dans la prise en charge des dysphagies.

Peu de centres proposent la kinésithérapie de manière systématique. La majorité oriente les patients vers les kinésithérapeutes lorsque, lors des essais alimentaires, des fausses routes ont eu lieu. Cependant, trois centres n'ont rien précisé quant à cette prise en charge.

Dans un centre, ce sont les kinésithérapeutes eux-mêmes, qui, après quelques praxies bucco-faciales et des exercices de renforcement lingual et laryngé, pratiquent les essais alimentaires. Cette organisation connaît bien des avantages. Le kinésithérapeute peut lui-même assurer le désencombrement du patient, avant comme après les essais alimentaires, et il peut intervenir sans délai en cas de fausse route. Cela permet au patient de pratiquer des essais alimentaires dans des conditions de sécurité non négligeables.

Un seul de ces centres pratique la kinésithérapie respiratoire systématiquement après chaque séance d'orthophonie proposant des essais alimentaires. Pour que cette séance de kinésithérapie soit encore plus intéressante, une fiche de suivi alimentaire est remise au patient. En arrivant, en kinésithérapie, il la présente au professionnel afin que ce dernier sache ce qu'il doit repérer. Si le kinésithérapeute remarque quoi que ce soit, il le note sur cette même feuille, afin que l'orthophoniste ait un retour sur l'efficacité ou non de la déglutition du patient.

Les séances de kinésithérapie respiratoire sont importantes dans la prise en charge des patients dysphagiques. Elles permettent de désencombrer le patient en cas de fausses routes et sont, en dehors des moyens d'exploration de la déglutition, l'unique moyen de dépister des fausses routes silencieuses (même si elles ne sont pas toutes décelables). La kinésithérapie respiratoire est donc le moyen le plus fiable dont l'orthophoniste peut disposer chaque jour pour évaluer l'efficacité de sa prise en charge.

2. LA PRISE EN CHARGE IDEALE ET LES AMELIORATIONS POSSIBLES A MAUBREUIL

Nous voudrions, dans ce mémoire, tenter de proposer une prise en charge idéale de la déglutition après laryngectomie partielle supracricoidienne. «Idéal» veut dire «qui tend à la perfection, qui possède toutes les qualités souhaitables». Par cette description, nous espérons pouvoir proposer des améliorations à la prise en charge actuelle à Maubreuil.

Pour chaque point, nous décrirons, dans un premier temps, la prise en charge que nous considérons comme idéale, puis, nous développerons les adaptations qui peuvent être proposées à Maubreuil.

2.1 CONDITIONS D'ENTREE AU CENTRE

2.11 Dans des conditions idéales de prise en charge

Dès que le chirurgien donne son aval pour la reprise alimentaire, un examen objectif de la déglutition est imposé au patient, avant même sa sortie de l'hôpital, avec résultats exigés pour entrer à Maubreuil. L'essentiel des patients opérés d'une LPSC, de Maubreuil, viennent du CHU (15 patients/19) et de la Clinique Jules Verne (3 patients/19) à Nantes. Or, ces deux hôpitaux disposent d'un radiocinéma. Comme nous l'avons vu, le radiocinéma est l'examen le plus complet qui puisse être proposé pour inspecter les mécanismes de déglutition. Au cours de cette observation, les mécanismes défectueux, s'il y en a, sont identifiés. A cette occasion, le médecin ORL ou phoniatre essaie de déterminer les postures de sécurité les plus adaptées au patient. Ceci permettra à l'orthophoniste de gagner du temps et de débiter la rééducation de la déglutition dans les meilleures conditions : possession des conseils du médecin ORL ou phoniatre et connaissance des causes des fausses routes. De plus, si les essais à la baryte se passent bien, on peut supposer que le patient sera rassuré et qu'il appréhendera moins la reprise alimentaire.

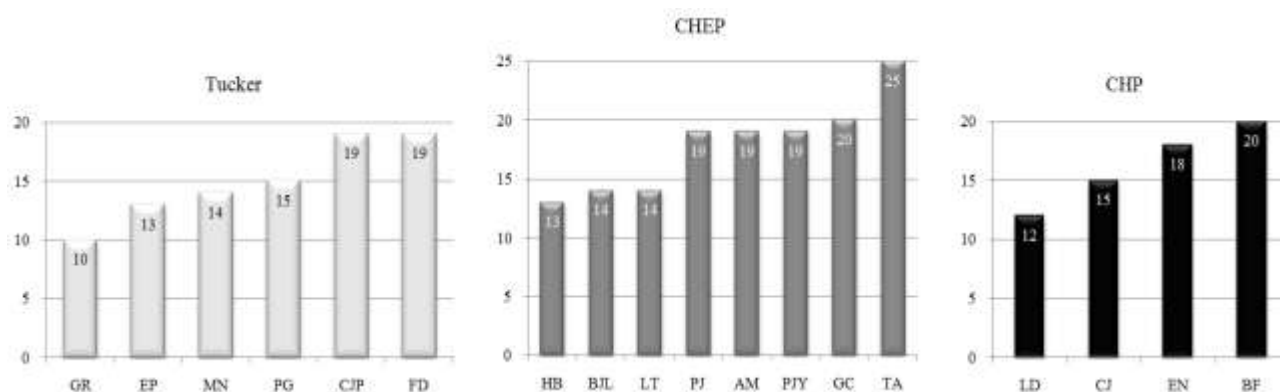
2.12 Proposition d'amélioration à Maubreuil

En réalité, nous avons pu constater que le radiocinéma n'est pas systématique et n'est proposé, en cours de prise en charge, qu'à de rares cas (3/19 patients dans notre étude).

Néanmoins, nous avons pu constater que l'anticipation de ces radiocinémas était tout à fait possible (cf. III-1.22 b). C'est donc qu'une systématisation des radiocinémas pourrait être instaurée, à condition que chaque chirurgien s'y attelle et l'inclut dans sa logique d'exams.

On peut constater que les patients rejoignent le Centre de Maubreuil, entre 10 et 25 jours après l'intervention. Le temps de cicatrisation semble équivalent quelle que soit l'étendue de la chirurgie. Quelle que soit l'opération, une durée moyenne de 16 jours est observée entre l'intervention et le début de la rééducation à Maubreuil. Un patient (M. SS opéré d'une LPSC de type Tucker) a été écarté de cette moyenne car il a bénéficié, dans un premier temps d'une PEC dans une autre structure et n'est arrivé à Maubreuil que 99 jours après son opération.

Durée entre intervention et PEC à Maubreuil :



La fixation de la date d'intervention devrait s'accompagner systématiquement d'une prise de rendez-vous pour un radiocinéma à 21 jours. D'un côté, cela permettrait au patient libéré de l'hôpital, 20 jours après l'intervention, de profiter rapidement d'un radiocinéma, dès le début de la reprise alimentaire. De l'autre, cela permettrait au patient qui quitte l'hôpital à 10 jours de bénéficier d'un radiocinéma, au plus tard 11 jours après le début de la reprise alimentaire. En cas de difficultés ou de résultats peu probants, **ce calendrier diminuerait le délai d'attente de rendez-vous et éviterait au patient de passer plus de deux semaines dans l'expectative.**

2.2 LES MODES D'HOSPITALISATION

2.21 Dans des conditions idéales de prise en charge

Dans des conditions idéales de prise en charge, le patient séjourne en hospitalisation à temps complet à Maubreuil.

2.22 Propositions d'amélioration à Maubreuil

Même si l'hospitalisation à temps complet semble être le meilleur choix pour la réhabilitation de la déglutition après LPSC, nous avons pu constater précédemment qu'elle ne convenait pas à tous les patients. Par ailleurs, nous avons également pu démontrer les failles qu'une hospitalisation à temps partiel présentait. Ce sont ces constatations qui nous ont amenés à suggérer d'autres alternatives d'hospitalisation.

On pourrait envisager, pour les patients vivant à moins de 50 kms de Maubreuil, de proposer les deux modes d'hospitalisation.

Dans un premier temps, la prise en charge se déroulerait en hospitalisation complète, pour assurer un suivi consciencieux de la réhabilitation de la déglutition. Puis, une fois que le patient

parviendrait à manger en texture hachée, sans faire de fausses routes, on pourrait considérer que sa déglutition serait suffisamment sûre et que le retour à domicile serait possible. Arrivé à ce niveau d'alimentation, les risques d'aspirations sont fortement diminués.

Le fait de rentrer chez lui permettrait au patient de retrouver une vie sociale, d'apprendre à être de nouveau autonome sans être encore complètement émancipé. Ce système pourrait rassurer les personnes anxieuses à l'idée de se retrouver totalement seules face à leur « nouvelle » déglutition.

Pour les patients vivant à plus de 50 kms, envisager une sortie anticipée est risqué. Les trajets ne seront plus pris en charge par la sécurité sociale et le suivi des patients risque alors d'être très aléatoire. Toutefois, des permissions le week-end sont possibles (mais ne seront pas prises en charge non plus). Elles pourront être considérées comme une échappatoire pour les patients supportant difficilement la vie en centre. Par ailleurs, elles seront également un bon moyen, pour les orthophonistes, d'évaluer l'autonomie du patient face à sa « nouvelle » déglutition.

2.3 LES BILANS D'ENTREE A MAUBREUIL

2.31 Le bilan médical

a. Dans des conditions idéales de prise en charge

A son arrivée à Maubreuil, on propose une consultation avec le médecin ORL, dans la journée. Comme un radiocinéma a été effectué et que les résultats sont déjà connus, une nasofibroscopie de la déglutition ne semble pas nécessaire. Néanmoins, un examen ORL et un simple contrôle au nasofibroscope restent indispensables. Par la suite, le médecin ORL pratique des vérifications chaque semaine dont une nasofibroscopie de la déglutition, si la reprise alimentaire a commencé. Ces examens réguliers lui permettront d'évaluer l'évolution de la cicatrisation et des mécanismes laryngés, par comparaison au bilan médical initial et au radiocinéma.

b. Propositions d'amélioration à Maubreuil

Le radiocinéma n'est malheureusement qu'exceptionnel. De plus, à Maubreuil, il n'y a pas de médecin ORL à plein temps. Proposer un bilan médical, le jour d'entrée du patient, n'est donc pas toujours évident. On pourrait donc, à l'inverse, prévoir l'entrée du patient les jours de vacation de ce médecin au centre.

Ceci permettrait, à défaut de pouvoir pratiquer un radiocinéma dès la sortie du CHU ou de la clinique, de faire une nasofibroscopie de la déglutition dès l'entrée du patient à Maubreuil.

Actuellement, seul un simple examen et parfois, un contrôle au nasofibroscope sont pratiqués, alors que la nasofibroscopie de la déglutition ne demande pas plus de matériel qu'une nasofibroscopie de contrôle. Et même si elle ne permet pas de détecter avec certitude les fausses routes silencieuses, elle reste un bon moyen objectif d'observation de la déglutition. On pourrait grâce à cet examen repérer les processus défailants, les stases alimentaires et vérifier la possibilité d'une toux réflexe. Enfin, le médecin ORL du centre pourrait déterminer encore plus précisément les points d'amélioration lors des nasofibroscopies suivantes, qui seraient proposées chaque semaine.

Il faudrait faire de cette nasofibroscopie de la déglutition une condition à la reprise alimentaire. Et tant qu'elle ne serait pas faite, interdire tout essai alimentaire, même proposé par l'orthophoniste. Cela éviterait de devoir, comme actuellement, commencer la réalimentation avant d'avoir l'avis du médecin ORL et les résultats de la nasofibroscopie de la déglutition, au risque de proposer cette reprise alimentaire trop précocement.

2.32 Le bilan orthophonique

a. Dans des conditions idéales de prise en charge

A la suite de cette visite médicale, le bilan orthophonique est proposé. L'anamnèse, l'information au patient et le bilan fonctionnel sont proposés de la même façon que décrite supra (cf. II-2.1).

Selon les résultats obtenus au radiocinéma, les essais à la salive peuvent ne pas être suivis d'essais alimentaires. En effet, si les essais à la baryte n'ont pas été satisfaisants et qu'aucune position de sécurité n'a pu se révéler suffisamment compensatrice pour éviter les fausses routes : le test de déglutition s'arrête là. Par contre, si les essais à la baryte se sont bien déroulés ou qu'une position de sécurité a été jugée suffisamment fiable par le phoniatre ou l'ORL : le test de déglutition est proposé.

Pour rendre ce test plus fiable, les essais sont faits selon un protocole précis (qui n'est pas encore validé), afin que toutes les orthophonistes du centre puissent avancer les mêmes conclusions en fin de bilan (cf. proposition, p 89).

On propose pour les essais alimentaires (EA) de l'eau aromatisée épaissie (moins nocive pour l'appareil respiratoire qu'un substitut lacté). La quantité proposée à chaque essai n'excède pas une cuillère à café, de façon à contrôler, la mise en bouche et la quantité absorbée en cas de fausse route. Chaque essai peut être fait jusqu'à 5 fois.

Dès que trois EA consécutifs sont réussis, le test de déglutition est stoppé. On en conclut alors qu'une reprise alimentaire peut être proposée dès la séance suivante.

Dans le cas où deux fausses routes consécutives se produisent, malgré l'emploi d'une posture de sécurité, il convient de modifier cette posture. Si ce changement de position permet d'obtenir une

déglutition efficace, les essais sont poursuivis. Dans le cas contraire, les essais sont arrêtés. La reprise alimentaire est jugée trop précoce, on préfère proposer une rééducation de la déglutition axée sur des exercices de renforcement (cf. II-2.4).

Selon cette nouvelle organisation des EA, **dès que trois EA se soldent par des fausses routes ou des échecs, qu'ils soient consécutifs ou non, la réalimentation est reportée.**

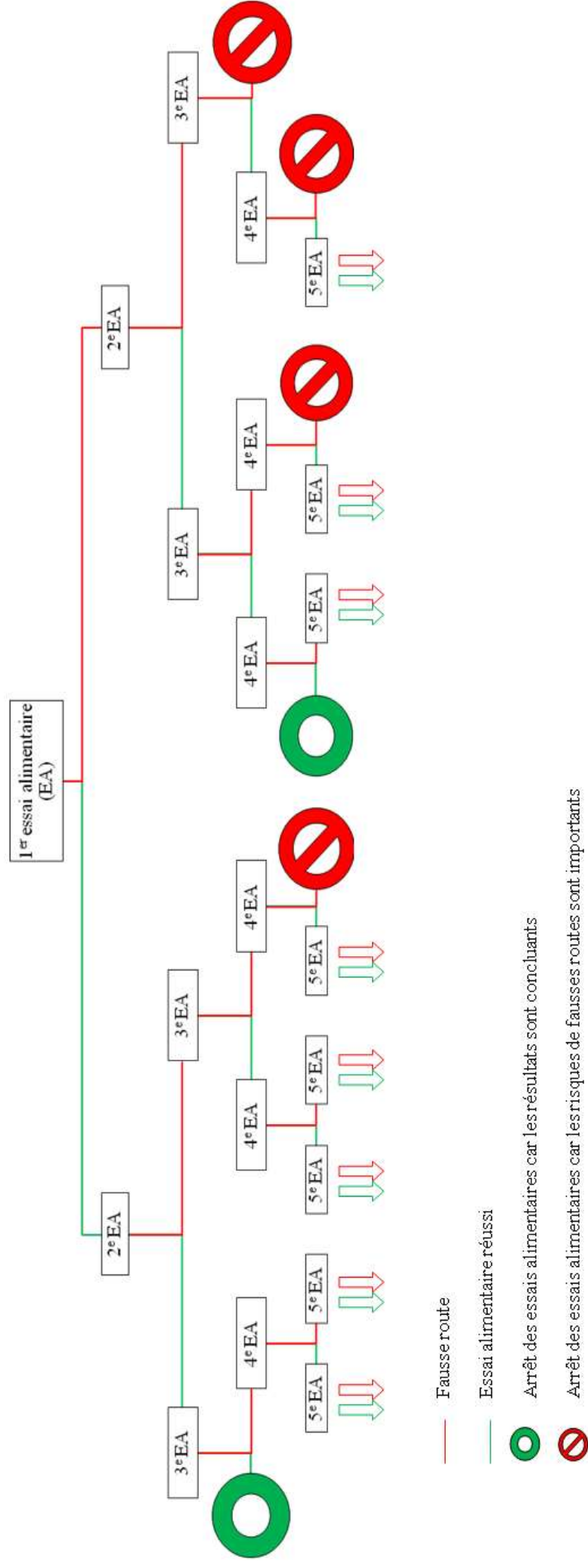
Pour un nombre de fausses routes, inférieur à 3, la reprise alimentaire est proposée. On entend par reprise alimentaire, une rééducation de la déglutition très concrète. Cette prise en charge est composée, à la fois, d'exercices de renforcement des structures anatomiques indispensables à la déglutition et d'essais alimentaires insérés dans une progression alimentaire logique.

Quand deux fausses routes ont été notées lors des EA, cela indique que le patient est capable d'obtenir le bon geste, mais qu'il n'est pas capable de l'automatiser suffisamment. Ce qui implique ces résultats irréguliers. Il faudra donc que l'orthophoniste soutienne chaque déglutition en forçant manuellement le patient à conserver la bonne position et en répétant toutes les consignes séquentiellement.

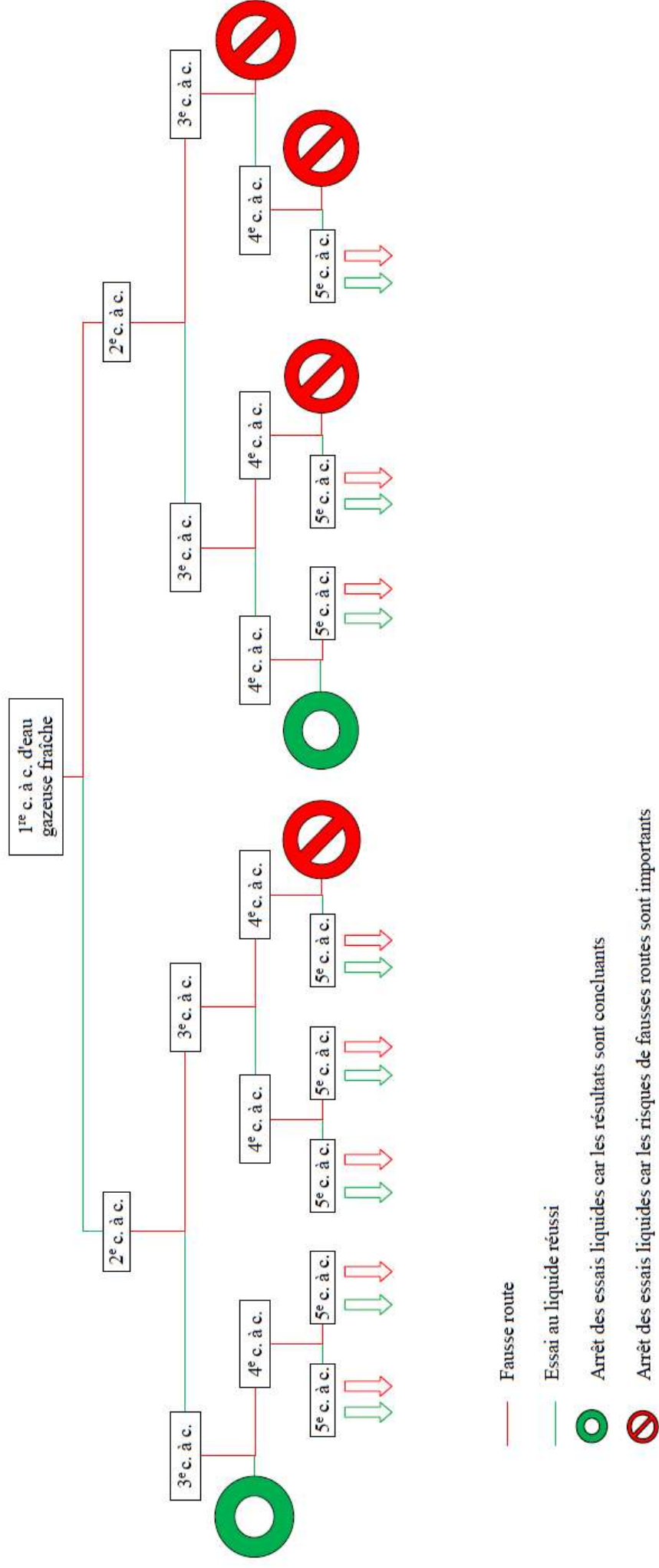
Lorsque seulement, une fausse route est remarquée au bilan, cela signifie que le patient a probablement déjà bien engrammé la position et les efforts à faire, cependant, il peut quelquefois baisser sa garde, ce qui entraîne une fausse route.

Une fois les essais d'eau épaissie finis, on propose des essais sur de l'eau gazeuse bien fraîche. Un protocole similaire au précédent est proposé (cf. proposition, p 90). Néanmoins, seuls les patients qui n'ont pas fait de fausse route, ou seulement une seule peuvent faire ces EA.

Si la réalimentation est reportée, on propose alors, une semaine de rééducation, exclusivement réservée aux exercices. A la fin de cette semaine, le médecin ORL examine à nouveau le patient. En fonction de ses conclusions, on poursuit les exercices ou on propose de nouveau un test de déglutition. Si ce dernier est concluant, la reprise alimentaire peut commencer.



- Aucune fausse route : EA concluants, la reprise alimentaire peut se faire sans attendre
- 1 fausse route : EA satisfaisants, la reprise alimentaire peut commencer, mais attention à bien maintenir l'effort
- 2 fausses routes : résultats irréguliers, imposer un cadre strict pour la reprise alimentaire, travailler l'automatisation du geste
- 3 fausses routes : reprise alimentaire ajournée, poursuivre exclusivement sur des exercices de renforcement



Aucune fausse route : essais concluants, l'hydratation à l'eau gazeuse fraîche, à la cuillère à café peut commencer

2 fausses routes : résultats irréguliers, proposer de l'eau épaissie ou gélifiée

b. Propositions d'amélioration à Maubreuil

Cette nouvelle suggestion de test de déglutition serait tout à fait applicable à Maubreuil. En effet, elle reste courte, donc pratique et ne demande pas plus de matériel que précédemment.

Le but de ce test de déglutition étant en partie d'en faire une référence, il serait logique de le proposer au cours de la première nasofibroskopie de la déglutition afin de conjuguer les compétences de l'orthophoniste et du médecin ORL et de proposer des EA les plus objectifs possibles. De plus, cette collaboration éviterait au patient de subir deux séries d'EA dont une proposée par le médecin ORL et ce nouveau test de déglutition proposé par l'orthophoniste.

Les essais alimentaires ayant déjà été pratiqués au cours du bilan médical, le bilan orthophonique se résumerait aux explications de l'intervention et de ses conséquences et à l'étude des praxies bucco-faciales. Et à travers ces explications personnalisées, l'orthophoniste renseignerait le patient sur l'intérêt de cette prise en charge et sur l'utilité des postures et des exercices proposés.

Cependant, pour envisager ces différents aménagements, la première condition serait la présence d'un médecin ORL sur un temps plus long qu'actuellement, et cela a un coût.

2.33 Le bilan diététique

a. Dans des conditions idéales de prise en charge

La prise en charge diététique commence également dès le premier jour au centre par un bilan précis. Au cours de ce bilan, la diététicienne prend soin de relever, parmi les différents plats proposés au Centre de Maubreuil, ceux qui sont aux goûts du patient. Cela lui permettra de composer des plateaux correspondants à ses goûts lors de la réalimentation. Elle évalue également, dès ce bilan, l'état nutritionnel du patient, dans le but, d'ajuster immédiatement les apports. Elle lui remet également une fiche de suivi alimentaire sur laquelle le patient devra noter l'ensemble de ce qu'il ingère, chaque jour, que ce soit par la bouche ou par la sonde.

b. Proposition d'amélioration à Maubreuil

Ce bilan n'étant pas actuellement proposé à Maubreuil, il faudrait l'instaurer. On pourrait envisager que, dès l'entrée du patient, l'infirmier prévienne la diététicienne. Celle-ci pourrait alors rencontrer le patient dans la semaine pour un bilan, lui remettre la fiche de suivi alimentaire et expliquer son utilité.

Une fiche de suivi alimentaire existe déjà à Maubreuil, mais n'est pas remise systématiquement aux patients. Nous avons élaboré une nouvelle fiche, où une colonne supplémentaire a été ajoutée pour

les résultats de kinésithérapie, afin d'instaurer une plus grande collaboration entre kinésithérapeutes, orthophonistes et diététicienne (cf. annexe V).

2.4 LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

2.41 La relaxation

a. Dans des conditions idéales de prise en charge

Une séance quotidienne de relaxation est proposée à ces patients. En effet, ces patients sont souvent très tendus, angoissés et attendent des résultats très rapides. Ce moment de détente est très important. Il permet, premièrement, aux patients de connaître, au moins, un moment de quiétude dans leur journée. Deuxièmement, la relaxation est un moyen pour le patient de découvrir, en douceur, sa nouvelle anatomie, de se familiariser avec cette nouvelle proprioception et de se réapproprier son corps.

b. Proposition d'amélioration à Maubreuil

Chaque début de matinée, on peut proposer une séance de relaxation à ces patients. Cette séance a généralement lieu avant 10h car il est plus facile de coordonner les horaires de tous (orthophonistes et patients) en début de matinée. Maubreuil accueille une grande variété de patients, dont beaucoup sont dépendants pour leur toilette et leurs soins, ils ne sont donc généralement pas prêts avant 9h30-10h. Ce qui laisse un créneau-horaire vacant.

Néanmoins, en faire profiter les patients en hôpital de jour sera difficile. En effet, outre le temps de trajet et la coordination nécessaire avec l'ambulance, ils doivent avoir eu le temps de s'apprêter et surtout, d'ingérer leur poche matinale. Cette organisation n'est pas toujours évidente.

Au Centre de Maubreuil, il existe déjà des séances de relaxation pour les patients laryngectomisés totaux, assurées par une des orthophonistes, trois fois par semaine. Que doit-on faire alors ?

Comme nous l'avons vu plus haut, certains patients n'apprécient pas d'être en compagnie de patients plus mutilés qu'eux. Et rappelons-le, la totalisation de la laryngectomie reste toujours un risque pour ces patients : soit parce qu'une récurrence du cancer est possible, soit parce que les fausses routes lors de l'alimentation se multiplient et inquiètent le pronostic vital. Cependant, d'autres patients trouvent davantage de motivation dans leur rééducation lorsqu'ils sont confrontés à des personnes plus atteintes qu'eux.

De plus, pour les patients ayant subi une laryngectomie totale, on peut se demander l'impact que peut avoir le partage de cette séance avec d'autres patients « qui parlent ».

Il est difficile alors de choisir entre :

- Proposer une séance de relaxation commune

- Proposer une séance de relaxation propre à chaque groupe de patients
- Proposer une séance de relaxation individuelle

Si le choix se portait vers des séances de relaxation, adaptée à chaque intervention, cela impliquerait de « bloquer » deux orthophonistes sur le même créneau-horaire, pour le même travail. Et cela n'empêcherait pas pour autant tous ces patients de se croiser en dehors des séances de relaxation.

De plus, il est rare que plusieurs patients opérés d'une laryngectomie partielle supracricoidienne se retrouvent sur la même période au centre. En effet, il n'y a que 35 jours, en 2008, et 55 jours, en 2009, où des patients opérés d'une LPSC ont pu se croiser. Doit-on alors prévoir un créneau de relaxation uniquement pour un patient ? Et s'il est seul ne peut-on pas proposer plutôt une séance individuelle à un moment de la journée ?

En conclusion, **des séances de relaxation fréquentes dans la semaine seraient intéressantes pour ces patients**. Le plus simple étant de proposer à ces patients, qui sont en nombre inférieur le plus souvent, de se joindre au groupe de patients laryngectomisés totaux. Néanmoins, il faudrait s'assurer, en observant les patients et en les questionnant, que ce regroupement n'est pas vecteur d'anxiété ou de stress, au risque de contrarier notre démarche.

2.42 Le suivi orthophonique

a. Organisation de la prise en charge orthophonique

- Dans des conditions idéales de prise en charge

Dès que le bilan a été réalisé, quelles qu'en soient les conclusions, une prise en charge orthophonique adaptée est proposée. Elle est assurée par deux orthophonistes au maximum. Deux séances par jour sont proposées au patient.

Si la réalimentation est prévue, une première séance a lieu entre 11h et 13h et dure le temps nécessaire, elle est consacrée aux essais alimentaires ou au repas.

Si la reprise alimentaire n'est pas encore possible, une séance est placée, dans la matinée, pour faire des exercices et dure une demi-heure.

Lors de la deuxième séance, quelle que soit l'orientation prise pour la prise en charge, des exercices sont exécutés pendant 30 minutes encore. On essaie de varier les exercices d'une séance à l'autre, mais on propose aussi de façon redondante des exercices pour évaluer les progrès du patient et favoriser leur automatisation.

- Proposition d'amélioration à Maubreuil

Actuellement, les patients sont pris en charge, une à deux fois par jour, par deux orthophonistes, au maximum. Cependant, on a pu remarquer que, selon les périodes de l'année, ces conditions sont

difficiles à tenir. Il faudrait réussir à **systematiser une fréquence biquotidienne**, sans exception durant les cinq jours de prise en charge.

De plus, on a pu constater que les résultats au test de déglutition n'étaient pas considérés comme des indicateurs de direction de prise en charge. En effet, quels qu'ils soient, la reprise alimentaire est proposée. Or, à partir du déroulement des essais alimentaires proposé plus haut, **deux prises en charges différentes pourraient être envisagées :**

- **Soit une reprise alimentaire**
- **Soit une rééducation préalable avant de proposer une réalimentation**

Ce qui permettrait de rejoindre la prise en charge idéale.

b. La réhabilitation de la déglutition

- Dans des conditions idéales de prise en charge
 - * L'alimentation

Si la reprise alimentaire est autorisée, on utilise la progression alimentaire décrite plus haut (cf. III-1.32 c). Elle est très bien organisée et offre différents paliers. Par contre, ici, c'est la diététicienne qui, sur les conseils de l'orthophoniste, commande les plateaux-repas et organise les menus, même pour les séances d'orthophonie.

On commence par la texture mixée. Dès que l'orthophoniste constate que les fausses routes sont totalement absentes et que le patient est capable d'ingérer l'ensemble de ce que contient son plateau, en moins de 45 minutes, on passe à la texture hachée.

L'orthophoniste demande d'abord un plateau mixte (mixé et haché) à la diététicienne, puis un plateau totalement haché. Et ainsi de suite, jusqu'à ne plus avoir qu'un plateau complet en texture normale entière, si possible. L'évolution dans les textures se fait, bien entendu, au rythme du patient.

Chaque plat avalé, avec sa quantité approximative, est indiqué sur la feuille de suivi alimentaire hebdomadaire (remise systématiquement à chaque patient), pour permettre à la kinésithérapeute de repérer d'éventuelles traces (tous les aliments ne sont pas facilement distinguables des glaires) et à la diététicienne d'équilibrer l'alimentation du patient.

A chaque nouvelle texture atteinte, chaque nouvelle étape, on prévient la diététicienne pour qu'elle puisse ajuster les apports alimentaires et nutritionnels quotidiens. Et aussi, qu'elle puisse commander un plateau-repas adapté aux besoins du patient.

De plus, dès qu'un nouveau palier est atteint et que le patient est autorisé à manger seul, on prévient le service de la progression de l'alimentation en remplissant la fiche n°1 et en la déposant dans le

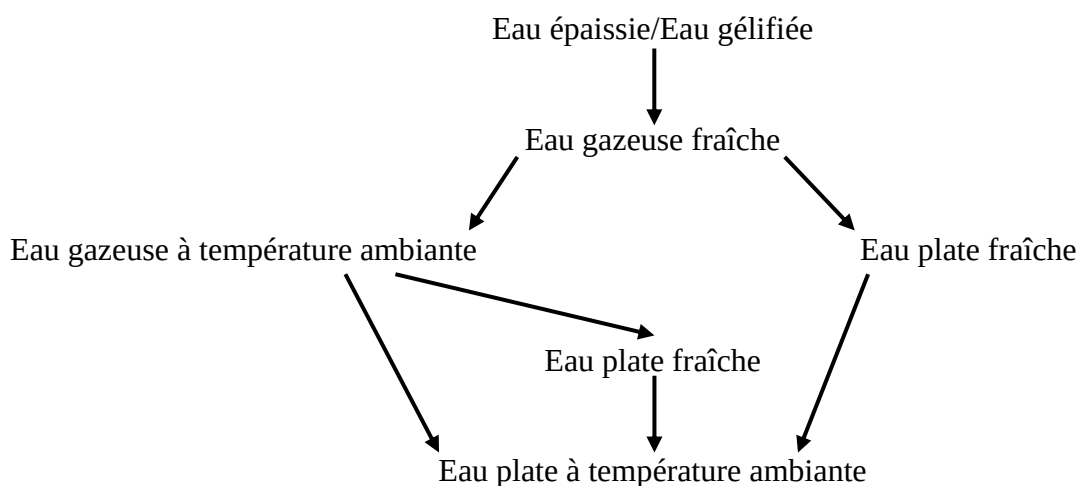
dossier infirmier du patient. Au patient, hospitalisé à temps partiel, dès qu'on le juge assez autonome, on remet la fiche n°3.

* L'hydratation

En ce qui concerne l'hydratation, tant que le patient mange en texture mixée, on ne lui propose que de l'eau gélifiée ou de l'eau épaissie. Ces dernières permettent une hydratation per os tout en offrant une consistance similaire au mixé. De plus, alterner plat/eau épaissie permet d'augmenter la sensibilité à la température et donc, favoriser le geste de déglutition. Néanmoins, si le patient a présenté de bons résultats lors du bilan initial à l'eau gazeuse fraîche, on peut la lui proposer avec prudence, à la petite cuillère.

Si ça n'a pas été le cas, on envisage le travail sur les liquides à partir du passage de l'alimentation en texture hachée. Cependant, un nouvel essai sur eau gazeuse fraîche semble plus prudent.

Si le test est concluant, on peut proposer au patient une réhabilitation de l'hydratation par de l'eau gazeuse fraîche. Dès que le patient est suffisamment à l'aise sur l'eau gazeuse fraîche, on peut proposer un essai sur de l'eau gazeuse à température ambiante et sur de l'eau plate bien fraîche. Selon les résultats, soit on poursuit avec la boisson qui convient ; soit on revient à de l'eau gazeuse fraîche. Enfin, une fois que la déglutition n'entraîne plus de fausses routes sur cette boisson, on tente l'eau plate à température ambiante. Pour les patients qui boivent de l'eau gazeuse à température ambiante, un passage par de l'eau plate fraîche est souvent nécessaire avant l'eau plate à température ambiante.



Si le test n'est toujours pas concluant, on utilise plutôt l'épaississant. On repart de la consistance proposée au tout premier bilan, s'apparentant davantage à celle des mixés et on la fluidifie au fur et

à mesure des progrès du patient. Si possible jusqu'à ce qu'il réussisse à déglutir de l'eau plate à température ambiante.

Si aucun progrès n'est noté lors de la reprise alimentaire et que le patient stagne aux mixés, en faisant toujours autant de fausses routes, ou si la déglutition de salive n'est toujours pas possible, on peut demander à faire un nouveau radiocinéma. Durant les quelques jours d'attente, on ne propose que des exercices au patient. Cet examen a lieu dans la semaine et le patient revient au centre muni du compte-rendu et de l'enregistrement de l'examen. Cela permet à l'orthophoniste d'obtenir, au plus vite, les conclusions du médecin ORL ou phoniatre et de mettre en œuvre ses conseils.

c. Les exercices en orthophonie

- Dans des conditions idéales de prise en charge

Si la reprise alimentaire n'est pas envisageable dans un premier temps, on commence par des exercices. Le patient restera au centre, même si seuls des exercices sont envisagés. En effet, cette prise en charge sera plus intensive qu'une prise en charge en libéral où il bénéficiera de deux séances par semaine, au maximum. Les résultats seront donc plus rapides.

Chaque semaine, lors du contrôle nasofibroscopique, le médecin ORL évalue l'évolution du processus de déglutition. S'il juge que la réhabilitation de la déglutition peut commencer, on repart sur la progression alimentaire sus-expliquée. Sinon, on poursuit les exercices. Il faut éviter de proposer plus de 15-21 jours d'exercices, faute de quoi le patient se lasse, perd sa motivation et ne comprend plus vraiment l'intérêt de sa présence au centre. Si au-delà de cette période, aucun progrès n'a été noté, il vaut mieux organiser un retour à domicile et diriger le patient vers un(e) orthophoniste en libéral. Un nouveau séjour peut alors être envisagé au centre après que le chirurgien du patient l'ait examiné et constaté des améliorations.

- Propositions d'amélioration à Maubreuil pour la rééducation orthophonique (exercices et reprise alimentaire)

En cas de non évolution du patient après deux semaines, quel que soit le type de prise en charge (rééducation ou reprise alimentaire), un rendez-vous pour un radiocinéma devrait être pris. Néanmoins, contrairement aux conditions idéales, le patient n'obtiendra pas son rendez-vous dans la semaine, un délai de 15 jours à sept semaines est possible. En attendant cet examen, la reprise alimentaire sera suspendue au profit d'exercices de renforcement des structures restantes. Cependant, si plus de deux semaines d'attente sont à prévoir avant le rendez-vous, un retour à domicile peut être proposé avec orthophonie en libéral et si les conclusions du radiocinéma vont dans le sens d'une reprise alimentaire, un retour à Maubreuil sera prévu.

Il serait donc, là encore, intéressant de mettre en place une collaboration avec les chirurgiens, au moins ceux du CHU de Nantes et de la Clinique Jules Verne, pour que, dès que le patient sorte de l'hôpital, il y ait un rendez-vous de radiocinéma prévu. Cela permettrait d'éviter un trop long temps d'attente et une stagnation de la rééducation si cet examen s'avère indispensable.

Pour éviter également le temps d'attente du compte-rendu du radiocinéma, une des orthophonistes du patient pourrait l'accompagner à son rendez-vous. Cela lui permettrait à la fois d'assister à l'examen et de montrer au patient son investissement, mais aussi d'obtenir dès cet instant, les commentaires et les conseils du médecin ORL ou phoniatre. Cette participation à l'examen lui permettrait donc d'organiser la prise en charge du patient dès le lendemain, surtout si des modifications sont nécessaires.

On pourrait peut-être envisager de former davantage les orthophonistes à l'interprétation des radiocinémas. En effet, cela permettrait de multiplier les lieux où on pourrait passer cet examen et donc, de réduire le délai entre la demande et le rendez-vous de radiocinéma. Il suffirait, alors, que soit le patient revienne de l'examen avec l'enregistrement de la passation, soit que l'orthophoniste l'accompagne à son rendez-vous.

Si la systématisation des radiocinémas reste difficile, la nasofibroscopie de la déglutition semble assez simple à instaurer plus régulièrement (chaque semaine). En effet, Maubreuil possède déjà le matériel nécessaire sur place. Par conséquent, aucun achat n'est nécessaire et le patient n'aurait pas à se déplacer jusqu'au CHU. Cela permettrait, au moins, de détecter les mécanismes à travailler. Mais, là encore, il faudrait que le médecin ORL soit présent plus longuement à Maubreuil.

2.43 La prise en charge en kinésithérapie

a. Dans des conditions idéales de prise en charge

Dès que la réalimentation est possible, chaque patient peut bénéficier d'une prise en charge kinésithérapique. D'une part, pour éviter les complications liées à des fausses routes et d'autre part, pour apprendre à se dégager seul.

Le kinésithérapeute voit le patient après chaque essai alimentaire et utilise la feuille de suivi alimentaire hebdomadaire, à la fois pour savoir ce que le patient a mangé, mais aussi pour indiquer les résultats retrouvés en kinésithérapie respiratoire. Cette fiche favorise donc le travail de collaboration entre le kinésithérapeute et les orthophonistes du patient.

Dans les cas où les patients sont très encombrés, des séances de kinésithérapie sont proposées avant le repas afin de dégager les voies respiratoires. Par ailleurs, en éliminant le mucus stagnant, on

diminue le risque de fausse route car les glaires peuvent être des « pièges » pour les aliments, favoriser les stases et entraîner des fausses routes secondaires.

b. Propositions d'amélioration à Maubreuil

A Maubreuil, on pourrait **instaurer systématiquement, la première semaine de réalimentation, une séance de kinésithérapie respiratoire à la suite des essais alimentaires**. Les résultats de cette séance seraient écrits sur la fiche de suivi alimentaire et conditionneraient la poursuite des EA. En effet, en fonction de ces derniers, l'orthophoniste modifierait les textures, les postures, stopperait les essais alimentaires ou poursuivrait la réhabilitation.

Et si la kinésithérapie respiratoire ne révèle rien d'inquiétant cette première semaine, cette prise en charge pourra être suspendue.

Cette semaine systématique de kinésithérapie respiratoire ne fera que renforcer la collaboration déjà existante entre orthophonistes et kinésithérapeutes à Maubreuil. En effet, ponctuellement, après un changement de texture ou en cas de doute, l'orthophoniste peut déjà demander l'intervention du kinésithérapeute. Avant les repas, aussi, si le patient présente un encombrement important.

Enfin, la kinésithérapie pourrait être envisagée comme une **prise en charge pour le bien-être du patient**. Comme nous le disions, ce sont des patients très tendus, en attente de résultats rapides le plus souvent. Leur proposer des massages pourrait leur permettre de se détendre davantage et ainsi, d'aborder la reprise alimentaire de façon plus sereine.

2.44 La prise en charge diététique

a. Dans des conditions idéales de prise en charge

Suite au bilan, la diététicienne revoit le patient, chaque jour, pour vérifier que l'équilibre nutritif est bien respecté.

Ensuite, dès que la reprise alimentaire est possible, elle entrevoit le patient le temps du repas pour s'assurer que tout se passe bien et avoir les recommandations de l'orthophoniste pour les repas suivants. Elle travaille donc en étroite collaboration avec l'orthophoniste, dans l'intérêt du patient. La diététicienne regarde également la feuille de suivi alimentaire hebdomadaire du patient. Cette fiche lui est indispensable pour équilibrer, de façon précise, les apports lorsque l'alimentation du patient devient mixte.

Enfin, lorsque la sortie du patient est envisagée ou qu'une permission est donnée, elle le reçoit pour vérifier que les apports nutritionnels sont bien respectés et s'assurer que des conseils d'alimentation (enrichissement calorique ou protidique des plats...) ne sont pas à ajouter.

b. Proposition d'amélioration à Maubreuil

La prise en charge diététique à Maubreuil étant actuellement, peu proposée à ces patients, voire inexistante, toute proposition d'amélioration, même minime, semble la bienvenue.

Une fois la fiche de suivi alimentaire remise au patient, il faudrait que la diététicienne la vérifie régulièrement, au moins tous les deux jours, afin d'ajuster au mieux les apports nutritionnels.

De plus, pour éviter la dénutrition du patient, importante tant que le patient mange en texture mixée, la diététicienne pourrait remettre aux orthophonistes, une fiche récapitulative des apports caloriques contenus dans chaque plat et des moyens de compléter ces apports (cf. annexe VI). Cela permettrait aux orthophonistes de pouvoir indiquer au patient, dès la fin du déjeuner, la quantité de poche ou les compléments alimentaires à prendre pour assurer l'équilibre nutritif. Cela permettrait aussi de vérifier ses apports journaliers. Surtout s'il n'est pas possible de rencontrer la diététicienne chaque jour.

Enfin, un bilan de sortie pour des conseils alimentaires serait utile. Surtout pour les patients qui seraient amenés à quitter le centre avant d'avoir retrouvé la capacité de manger en texture entière.

2.5 LES PRISES EN CHARGE SUPPLEMENTAIRES

Dans les améliorations à apporter à Maubreuil, sachant que l'hospitalisation de jour sera toujours proposée à ces patients ou que des permissions pourront leur être accordées, deux dernières prises en charge seraient à inclure systématiquement.

2.51 La prise en charge en ergothérapie

Dès que la réalimentation serait possible, on remettrait aux patients qui sont en hôpital de jour la fiche n°3, c'est-à-dire la fiche qui leur indique ce qu'ils peuvent manger chez eux sans risque (ou avec le minimum de risques). Cependant, nous avons vu les difficultés que peut présenter la préparation des repas quand le patient est seul (cf. III-1.13). C'est pourquoi, il serait intéressant de mettre en place, pour les patients en HDJ, **une prise en charge ergothérapique, afin de les aider dans la confection de ces repas et des eaux gélifiées ou épaissies.**

Les patients en HTC pourraient également en profiter en prévision d'une permission.

On pourrait même envisager de proposer au patient d'apporter son propre matériel et les ingrédients nécessaires et de préparer avec lui son dîner, afin que, quand il arrive chez lui, il n'est plus qu'à le faire réchauffer. Cela diminuerait peut-être la tentation de se satisfaire d'une poche.

De plus, cette prise en charge serait complémentaire avec le livret patient dysphagique qui leur propose des recettes. L'ergothérapie permettrait d'illustrer concrètement ces recettes et leur confection.

Cela impliquerait nécessairement une formation des ergothérapeutes, à la fois sur les textures, mais également sur les apports nutritionnels, afin de proposer des plats non seulement adaptés, mais équilibrés aussi. Encore une fois, la collaboration entre ergothérapeutes, diététicienne et orthophonistes serait très bénéfique pour le patient.

2.52 La prise en charge par l'IDE (Infirmier Diplômé d'Etat)

Comme aucun examen n'est proposé au patient pour identifier avec certitude les fausses routes silencieuses, l'IDE de l'hôpital de jour relèvera, chaque matin, la température du patient. Cependant, ce n'est qu'une sécurité supplémentaire pour la santé du patient. Un pic fébrile pouvant être un indicateur de fausses routes. En cas de fièvre, l'infirmier préviendra l'orthophoniste et les essais alimentaires seront suspendus. Cette collaboration serait intéressante à systématiser.

2.6 CONDITIONS DE SORTIE DU CENTRE

2.61 Dans des conditions idéales de prise en charge

Le patient sort du centre une fois sa déglutition fonctionnelle, c'est-à-dire efficace et sans fausses routes, et qu'il a retrouvé des capacités d'alimentation et d'hydratation proches de ce qu'elles étaient antérieurement. La posture de sécurité et le raclement systématique seront toujours nécessaires, mais s'estomperont avec le temps. Généralement, l'orthophoniste met en relation le patient avec un/une des ses collègues en libéral pour assurer le travail vocal, nécessaire à la suite de ces chirurgies. L'orthophoniste veille à faire parvenir, dans les plus brefs délais, un courrier et un compte-rendu de la prise en charge orthophonique au centre. Cela permet à son (sa) confrère (consœur) de mieux appréhender le patient et ses capacités.

2.62 Proposition d'amélioration à Maubreuil

Malheureusement, tous les patients ne ressortent pas du centre en ayant retrouvé une alimentation et une hydratation normale. Néanmoins, on tâchera de s'en approcher au plus près.

Cependant, si ce n'est pas le cas, qu'un radiocinéma a été fait et que les modifications proposées n'ont rien apportées et ce, malgré une persévérance des efforts de la part du patient et des professionnels : une pause s'impose. C'est le chirurgien, qui après cette pause, propose d'autres alternatives ou une nouvelle hospitalisation pour tenter de réhabiliter la déglutition.

Enfin, il arrive que certains patients, qui peuvent manger en texture normale, souhaitent sortir alors que la déglutition des liquides n'est pas parfaite. On impose de persévérer pendant une semaine environ, jusqu'à la consultation ORL généralement. Si dans cette semaine, le patient n'a toujours pas récupéré cette déglutition, on le laisse sortir, mais le médecin prescrit une demande de prise en charge orthophonique en libéral pour achever cette rééducation.

L'orthophoniste du centre adresse alors un courrier et le bilan de sortie du patient à son collègue libéral (comme déjà fait actuellement). Cela permet une meilleure coordination dans la prise en charge du patient et simplifie les relations interprofessionnelles. En effet, une fois le contact établi, les échanges éventuellement nécessaires sont facilités (moins d'hésitation pour joindre l'autre orthophoniste). Par ailleurs, le patient se sent plus à l'aise en constatant que ce(tte) nouvel(le) orthophoniste s'est déjà renseigné(e) et sait déjà quoi lui proposer comme rééducation.

On pourrait même envisager qu'en fin de prise en charge en libéral, quelle qu'en soit l'issue, l'orthophoniste envoie un courrier à l'orthophoniste du centre pour la tenir informer de la progression, ou non, du patient. S'il n'y a pas eu d'évolution, le patient pourrait alors, s'il le souhaite, revenir au centre.

Une meilleure synergie entre les orthophonistes de la région permettrait de former un réseau et ainsi, faciliterait les relais centre-libéral et libéral-centre.

Proposer une prise en charge standard qui convienne à tous, sans exception, semble impossible. Chaque patient étant différent. Même si une prise en charge idéale pouvait être appliquée à Maubreuil, il serait indispensable d'en proposer des ajustements pour qu'elle devienne idéale pour chaque patient.

A. LES LIMITES DE NOTRE ETUDE

1.1 AU NIVEAU DU QUESTIONNAIRE

Malgré l'attention toute particulière que nous avons portée à l'élaboration du questionnaire, nous nous sommes aperçues que nous avons commis quelques maladresses.

En effet, lors de l'analyse des questionnaires, nous avons réalisé que certaines questions auraient été pertinentes à ajouter dans cette enquête. Notamment, des précisions concernant le bilan orthophonique et les tout premiers essais alimentaires auraient été intéressantes comme :

- *quand et comment se déroule le bilan orthophonique ?*
- *que comprend-il ?*
- *quels essais alimentaires proposez-vous pour évaluer la déglutition (aliment, quantité...) ?*

Des détails sur le déroulement de la prise en charge auraient été également intéressants à recueillir et nous auraient permis d'étayer davantage notre étude. Des questions plus précises sur l'orientation de la prise en charge en fonction des résultats aux essais alimentaires du bilan nous l'auraient permis aussi.

D'autre part, lorsque nous avons envoyé ce questionnaire, nous ne voulions pas limiter les réponses des orthophonistes à de simples croix. Aussi, nous leur avons proposé essentiellement des questions ouvertes. Malheureusement, notre choix n'était pas le bon. Des questions ouvertes exigent une rédaction des réponses et obligatoirement plus de temps. De ce fait, beaucoup d'orthophonistes ont extrêmement limité leurs réponses sur certaines questions ou n'y ont tout simplement pas répondu. L'autre inconvénient des questions ouvertes, c'est qu'elles peuvent sembler imprécises au destinataire. Cela entraîne parfois des absences de réponses ou des réponses inadéquates. Cela peut être dû soit à un problème de formulation, soit à un problème de vocabulaire. Nous avons pu constater que d'un centre à l'autre, les orthophonistes n'emploient pas forcément les mêmes termes pour désigner le même élément.

Le troisième problème que nous avons rencontré concerne la réception des questionnaires. Dans un premier temps, nous avons contacté l'ensemble des structures susceptibles d'accueillir ces patients. Puis, nous avons fait parvenir nos questions aux centres où travaillait un(e) orthophoniste, qui nous

avait affirmé prendre en charge ces patients. Parmi les 20 orthophonistes qui les ont reçues, seuls 12 nous en ont fait retour. De plus, nous avons mentionné dans la lettre qui accompagnait ce questionnaire qu'une réponse était souhaitée pour le 6 novembre 2009. Peu d'entre eux s'y sont tenus (deux seulement). Nous avons donc dû relancer les orthophonistes par trois fois (deux fois par téléphone ou mail et par téléphone la dernière fois). Nous avons recueilli les dernières réponses fin février.

Il est alors difficile de juger du bon moment pour l'envoi de ces questionnaires. En les envoyant en début d'année, on multiplie les chances de réponses car les relances sont possibles et le temps d'exploitation des réponses est plus long. Néanmoins, les orthophonistes risquent de recevoir des questionnaires comportant davantage de maladresses et leurs réponses seront probablement moins précises que ce qu'on souhaitait. Cependant, en expédiant ces enquêtes en fin d'année, est-on assuré de faire moins de maladresses ? Ce n'est pas moins sûr... Enfin, le temps qui nous restera sera-t-il suffisant pour les analyser ?

1.2 LA NON-VALIDATION DE CETTE PRISE EN CHARGE

Le reproche majeur, que nous pouvons faire de notre étude, est le manque de démonstration de l'intérêt de ce « nouveau » déroulement de prise en charge. En effet, comme nous n'avons pas pu le soumettre à un patient, nos propositions d'améliorations restent au niveau d'hypothèses et de suggestions. Elles ne sont en aucun cas la preuve formelle que cette méthode est meilleure.

1.3 LES CONTRAINTES ECONOMIQUES

Enfin, les améliorations proposées dans ce mémoire nécessitent toutes plus de moyens financiers. En effet, on déplore, à Maubreuil, l'absence d'un médecin ORL à plein-temps. Il faudrait donc soit augmenter le temps de vacation du médecin ORL détaché du CHU, soit recruter un autre médecin ORL. Quelle que soit la solution envisagée, il faudra rémunérer ce médecin.

De plus, les orthophonistes regrettent beaucoup que les patients ne passent pas systématiquement un radiocinéma. Pour pallier ce manque, plusieurs méthodes sont possibles :

- Soit le patient se voit proposer un radiocinéma tant qu'il est au CHU ou à la clinique
- soit Maubreuil fait l'acquisition de l'appareil et propose des radiocinémas au patient (mais cela nécessite également la présence d'un médecin ORL)

- soit les patients sont renvoyés au CHU, en cours de prise en charge pour réaliser cet examen (déplacement nécessaire)

Cependant, quel que soit le choix fait, des frais sont nécessaires et seront soit à la charge de Maubreuil, soit à la charge du CHU. Chacun préférant qu'ils soient réglés par l'autre.

Enfin, si on envisage de proposer une prise en charge plus complète au patient ayant subi une LPSC, cela implique la participation de plusieurs professionnels. Et si on augmente le nombre de patients, cela nécessite de recruter également plus de professionnels, le temps de travail de chacun n'étant pas extensible et la réduction du temps des séances étant inconcevable. Or, encore une fois, le recrutement et la rémunération des professionnels sont au cœur du problème.

En définitive, nous pouvons nous apercevoir actuellement que ce qui n'est pas considéré comme indispensable est tout simplement supprimé. Ce sont bien souvent les considérations économiques qui l'emportent sur le bien-être et la sécurité du patient. La réalité des centres en est là malheureusement aujourd'hui. Peut-on alors tolérer ce sacrifice tout en défendant une réelle conscience professionnelle ? Doit-on accepter cela sans rien dire ? Nous pouvons alors nous interroger sur les limites de ces dérives et sur les conditions dans lesquelles les professionnels devraient exiger de travailler.

B. LES INTERETS DE NOTRE ETUDE

Plus que proposer une prise en charge idéale dans la théorie et probablement peu applicable dans la réalité, nous avons voulu proposer une prise en charge pratique et adaptable à Maubreuil.

Grâce à cette étude, nous avons pu mettre en relief quelques points qui seraient intéressants à améliorer. Notamment la mise en place d'une prise en charge orthophonique plus rigoureuse et d'une collaboration plus étroite entre les professionnels.

2.1 L'UNIFICATION DE LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE

Malgré un bilan préétabli, identique pour toutes les orthophonistes à Maubreuil, nous avons pu en constater des variations. Autant sur la première partie concernant les conséquences de l'intervention et l'examen des praxies bucco-faciales, les pratiques sont les mêmes. Autant sur le test de la déglutition, les façons de procéder sont assez différentes.

Il paraît primordial d'unifier ce test pour différentes raisons. Tout d'abord, cette standardisation du bilan permettrait aux orthophonistes du centre d'être totalement en accord et d'avoir le même discours auprès du patient. Il est très important qu'il y ait une cohérence entre les professionnels d'un même corps de métier exerçant dans un même centre. Encore plus, lorsque ces professionnels sont amenés à prendre en charge le même patient.

De plus, cette unification permettrait également d'intégrer plus facilement tout nouveau collègue (remplaçant ou nouvellement recruté). Il pourrait s'appuyer sur cette trame et proposer à partir de ce bilan une prise en charge similaire à ce qu'aurait proposé une des autres orthophonistes.

Enfin, en proposant un bilan orthophonique unique, cela permettrait de proposer deux directions de prise en charge bien précises soit un travail immédiat sur la réalimentation, soit un travail de renforcement praxique dans un premier temps. On peut donc espérer à long terme que cette standardisation permettrait à l'orthophoniste d'avoir une idée de l'évolution du patient dès le bilan. Cela lui permettrait alors d'être plus réactive en adaptant plus vite sa rééducation et en anticipant les complications.

2.2 LA COLLABORATION ENTRE PROFESSIONNELS

Nous avons également souligné l'importance de l'équipe pluridisciplinaire autour du patient et surtout, l'importance de la collaboration entre professionnels.

En effet, bien que l'orthophoniste soit l'interlocutrice privilégiée du patient et son rééducateur principal, elle se trouve limitée dans ses fonctions et ne peut répondre à tous ses besoins. Il est donc important qu'elle puisse faire appel à ses collègues. Mais, nous avons découvert à travers nos recherches que centre ne rimait pas forcément avec travail en équipe.

A Maubreuil, plusieurs corps de métiers sont représentés. Néanmoins, le nombre de prises en charge proposé aux patients ayant subi une LPSC est extrêmement limité. Il bénéficie généralement d'une prise en charge en orthophonie et, si nécessaire, d'une prise en charge en kinésithérapie.

De plus, le médecin ORL ne travaille pas à temps complet sur Maubreuil, ce qui limite le suivi médical et la collaboration avec les professionnels du centre.

Cependant, nous avons pu nous apercevoir que des améliorations étaient possibles à Maubreuil. Une coordination, entre professionnels, pourrait être mise en place sans provoquer de remaniement profond. Ces modifications permettraient d'offrir aux patients une prise en charge complète et adaptée, au plus près de leurs besoins. Seulement, pour faire ces changements, il faut que chacun soit volontaire et prêt à travailler en équipe. La mise en place d'un protocole de soins n'étant pas suffisante pour créer l'entente entre les intervenants.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous sommes forcées de constater que la mise en place d'une prise en charge idéale au Centre de Maubreuil – Carquefou (44) n'est pas possible. Chaque patient est différent et a ses propres exigences, son propre idéal. La seule manière d'y répondre serait de proposer un service à la carte, or, c'est irréalisable dans un centre.

Toutefois, si proposer une prise en charge idéale de la déglutition est impossible, des améliorations peuvent être envisagées. Actuellement, la prise en charge de ces patients se résume le plus souvent à une rééducation orthophonique. Pourtant, les besoins du patient ne se limitent pas toujours à cette fonction.

Deux points essentiels d'amélioration sont ressortis de cette étude : la nécessité d'instaurer une unification de la prise en charge orthophonique et le bénéfice qu'apporterait une prise en charge plus complète (orthophonie, kinésithérapie, diététique, suivi médical plus strict, ergothérapie).

Les propositions d'améliorations, que nous avons pu faire, pour la prise en charge de la déglutition des patients après laryngectomie partielle supracricoidienne, n'ont pu être validées. Mais, il nous semble important aujourd'hui que notre projet, visant une application pratique, ne soit pas laissé à l'abandon et puisse être concrétisé.

C'est pourquoi, nous avons trouvé important d'en faire part aux différents professionnels concernés. Grâce à cette présentation, nous espérons les convaincre du bien fondé de nos propositions et de l'importance de les mettre en application. Nous espérons surtout, grâce à leur concours, voir prochainement notre projet aboutir au Centre de Maubreuil.

On pourrait alors imaginer élargir ce travail aux autres patients venant à Maubreuil pour une reprise de déglutition (après chirurgie de la cavité buccale, du pharynx, du larynx). Cela permettrait d'offrir une prise en charge optimale à tous les patients et de confirmer la réputation de Maubreuil comme centre spécialisé dans ces prises en charges.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

1) Crevier-Buchman L., Brihaye S., Tessier C. (1998)

La déglutition après chirurgie partielle du larynx

Solal, Marseille

2) Woisard V., Puech M. (2003)

La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte. Le point sur la prise en charge fonctionnelle

Solal, Marseille

3) Bleeckx D.(2001)

Dysphagie. Evaluation et rééducation des troubles de la déglutition.

De Boeck Université, Bruxelles

4) Brasnu D. et col. (2008)

Traité d'ORL

Flammarion, Paris

5) Traissac L. et col. (1992)

Réhabilitation de la voix et de la déglutition après chirurgie partielle ou totale du larynx

Arnette, Paris

6) Brasnu D. et col. (2005)

La chirurgie conservatrice des cancers du larynx et du pharynx

Les monographies Amplifon

7) Beutter P. et col. (2008)

Chirurgie cervico-faciale

Masson, Paris

8) Brin F. (2004)

Dictionnaire d'orthophonie (2^e édition)

OrthoEdition, Isbergues

9) Legent F., Perlemuter L. et col. (1986)

Cahiers d'anatomie ORL – tome 2 (4^e édition)

Masson, Paris

10) Duguerov P., Remacle M. (2009)

Précis d'audiophonologie et de déglutition – tome 2 – Les voies aérodigestives supérieures

Solal, Marseille

11) Cot F. (1996)

La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte

Maloine, Paris

COLLOQUE

Colloque déglutition et dysphagie à Bordeaux (1993)

12) **Classification des fausses routes**

13) **Fausses routes et altération de la toux**

14) **Etude radioscopique de la déglutition**

ARTICLES

15) Lozano V., Guatterie M. (1991)

« Toux et déglutition, les fausses routes sans toux »

Rééducation ; 327-329 – Expansion Scientifique Française

16) Manas-Gomez F., Lozano V., Guatterie M. (1995)

« Drainage lymphatique cervical après curage ganglionnaire dans les cancers ORL »

Kinésithérapie Scientifique ; 343 : 23-27

17) Lozano V., Guatterie M., Traissac L. (1999)

« Exploration vidéoendoscopique » in **Les troubles de la déglutition**

Problèmes en médecine de rééducation, 37 ; 45 – 49

Masson, Paris

18) Pikus L., Levine M. et col. (2003)

« Videofluoroscopic studies of swallowing dysfunction and the relative risk of pneumonia »

AJR, 180, 1613-1617

19) Tessier C., Brihaye S., Pillot C. (1998)

« Bilan et prise en charge des dysphagies dans le cadre des chirurgies partielles oropharyngolaryngées »

Actes des troisièmes rencontres d'orthophonie, 15-28

20) Puech M., Woisard V., Pessey J.-J. (1997)

« Bilan de la déglutition chez l'adulte »

Glossa, 59, 24-29

21) Gross et al. (2003)

« Physiologic effects of open and closed tracheostom »

The annals of otology, rhinology and laryngology, 112 ; 143 – 152

22) Logemann J. A., Pauloski B., Colangelo L. (1998)

« Light digital occlusion of the tracheostomy tube : a pilot study of effects on aspiration and biomechanics of the swallow »

Head and neck, 1; 52 – 57

23) Robert D. (2004)

« Les troubles de la déglutition postintubation et trachéotomie »
Réanimation, 13 ; 417 – 430

DVD

24) Crunelle D., Crunelle J.-P. (2006)

Les troubles d'alimentation et de déglutition
OrthoEdition, Isbergues

ANNEXES

VOIR MÉMOIRE PAPIER

RESUME

Lorsqu'une personne subit une laryngectomie partielle supracricoidienne (LPSC), les fonctions de phonation et de déglutition sont radicalement modifiées. C'est dans l'idée de réhabiliter ces fonctions qu'elle est dirigée vers un(e) orthophoniste.

Nous nous sommes intéressées dans cette étude à la déglutition après LPSC et nous avons voulu proposer des améliorations pour cette rééducation au Centre de Maubreuil – Carquefou (44).

Dans ce but, nous avons proposé un questionnaire à des orthophonistes exerçant dans différentes structures en France et susceptibles d'accueillir ces patients pour une réalimentation.

Puis, nous avons comparé leurs réponses, nos observations et les dossiers de 19 patients hospitalisés à Maubreuil pour une reprise alimentaire après LPSC (avec crico-hyoïdo-pexie, crico-hyoïdo-épiglottopexie ou LPSC de type Tucker).

Nous avons alors pu déterminer les faiblesses et les forces de la prise en charge de ces patients au Centre de Maubreuil. Et, nous avons pu proposer une amélioration de la prise en charge, plus complète avec un bilan orthophonique plus rigoureux et une approche pluridisciplinaire enrichie.

MOTS-CLEFS

- Laryngectomie partielle supracricoidienne (LPSC)
- Déglutition
- Fausse route
- Essai alimentaire
- Radiocinéma
- Nasofibroskopie de la déglutition

SUMMARY

When a person suffers a supracricoid partial laryngectomy the functions of phonation and swallowing are radically altered. She's directed to a speech therapist to help her towards her rehabilitation.

During this study, we have taken an interest into the function of swallowing after supracricoid partial laryngectomy and we tried to offer some improvements to this management at the Centre of Maubreuil – Carquefou (44).

In order to reach our goal, we asked speech therapists, from different organisations in France and susceptible to welcome these patients for a feeding readjustment, to fill a questionnaire.

Then, we compared their responses, together with our observations and the files of 19 in-patients who went to Maubreuil to resume their feeding rehabilitation after supracricoid partial laryngectomy (with cricothyroidopexy, cricothyroidoepiglottopexy or near-total laryngectomy with epiglottic reconstruction).

We were then able to determine weaknesses and strengths in management of these patients at the Centre of Maubreuil. Furthermore, we could propose an improvement regarding the swallowing therapy, more complete, with a rigorous swallowing and speech therapy assessment and a better multidisciplinary approach.

KEY WORDS

- Supracricoid partial laryngectomy
- Swallowing
- Aspiration
- Feeding test
- Videofluoroscopic swallowing study
- Videoendoscopic swallowing study