

Approche orthophonique des troubles de la déglutition d'origine neurologique

Meriama BOURABA

M2 Orthophonie Spécialité Neurosciences cognitives - URNOP - Université d'Alger 2

La dysphagie d'origine neurologique apparaît dans un contexte médical particulier où d'autres déficiences, liées à une lésion cérébrale, peuvent majorer les troubles de la déglutition.

Nous constatons le fait que la prise en charge des troubles de la déglutition impose une coopération multidisciplinaire. L'orthophoniste joue un rôle important, notamment dans le dépistage de ces troubles.

Nous avons choisi de traiter, dans cette communication, de l'approche orthophonique des troubles de la déglutition en neurologie, cette idée est née des observations que nous avons pu faire, lors de nos différents stages en CHU. En l'absence d'un protocole standardisé, notre objectif est de fournir, à partir de ce que nous avons appris lors de nos stages en milieu neurologique et de nos lectures, un schéma clinique de leur prise en charge.

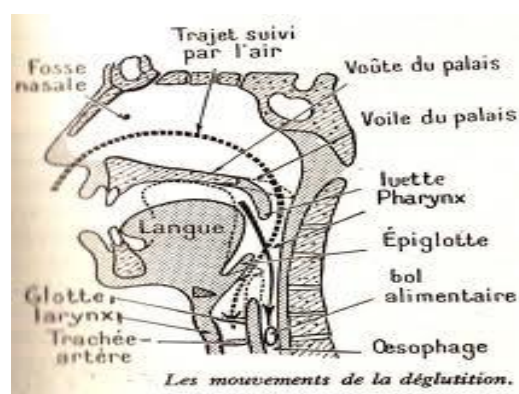
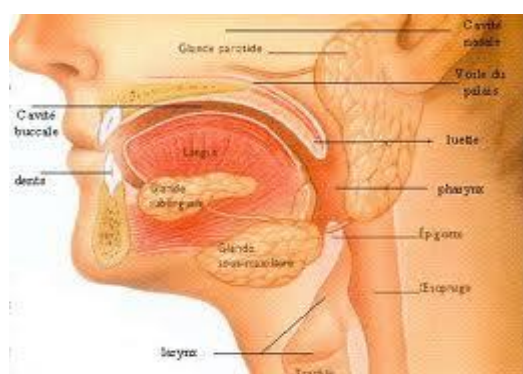
Dans cette communication, nous présenterons des données sur la déglutition normale chez l'adulte puis, des données sur la dysphagie. Nous étudierons, ensuite, la spécificité des troubles de la déglutition d'origine neurologique et nous proposerons notre modèle thérapeutique.

1. Rappel anatomique et physiologique

Nous présenterons brièvement les connaissances actuelles sur la déglutition normale chez l'adulte.

1.1 Rappel anatomique

Voici le schéma annoté des différentes structures anatomiques impliquées dans la déglutition :



1.2 Rappel physiologique

La déglutition consiste à transporter les aliments de la cavité buccale vers l'estomac, en assurant la protection des voies aériennes. C'est un processus complexe, qui demande l'intégrité des structures anatomiques et neurologiques. On distingue trois temps dans la

déglutition : la phase orale, qui se poursuit par la phase pharyngée et s'achève par la phase œsophagienne.

1.2.1 La phase orale

C'est un temps volontaire, qui se subdivise en une phase préparatoire et une phase de transport.

- La phase préparatoire

Elle consiste en une phase labio-buccale volontaire. Cette phase préparatoire permet la préhension, la section, la mastication des solides, l'insalivation, la gustation et le rassemblement des aliments, avant la propulsion orale.

- La phase de transport

C'est le temps où le bol alimentaire formé est transporté vers le pharynx. Le voile du palais se contracte et remonte un peu : il protège, ainsi, les fosses nasales et facilite le passage des aliments, vers l'arrière. La langue mobile propulse le bol alimentaire, grâce à une séquence de mouvements rapides.

1.2.2 La phase pharyngée

C'est un temps réflexe très court (une seconde environ) pendant ce temps pharyngé, différents mécanismes de protection sont mis en place, pour éviter les fausses routes laryngées et nasales :

- La fermeture vélo-pharyngée
- L'ascension du larynx et la bascule de l'épiglotte
- L'occlusion laryngée.

1.2.3 La phase œsophagienne

C'est un temps pendant lequel les aliments sont acheminés le long de l'œsophage, vers l'estomac.

2. Neurophysiologie de la déglutition.

Le contrôle nerveux de la déglutition est organisé à deux niveaux :

- Le niveau d'activité réflexe, **involontaire**, dont la séquence motrice ne peut être interrompue. L'arc réflexe est conduit par les **voies afférentes sensitives** (nerfs crâniens V, VII, IX, X et XI). Un **centre nerveux de déglutition** siégeant dans le tronc cérébral au niveau de **chaque hémibulbe** (composé de deux régions : le noyau du tractus solitaire (région dorsale) et le noyau ambigu (région ventrale), puis les **voies efférentes motrices** (nerfs crâniens V, VII, XII et noyau ambigu).
- Le niveau de commande **volontaire** au déclenchement **cortical**, correspondant à l'activité buccale et au déclenchement volontaire du réflexe de déglutition. Le cortex moteur

réfèrent informe le centre bulbaire de la déglutition via le faisceau géniculé. Le lien entre les activations volontaires et réflexes de la déglutition est complexe et non encore compris. Le cortex permet, par ailleurs, la réalisation des actes volontaires de préparation du bolus et le déclenchement volontaire de la déglutition, d'une apnée, de la toux en l'absence de stimulation sensitive. La représentation des muscles déglutiteurs au niveau des cortex moteur et prémoteur serait **bilatérale** et **asymétrique**, ce qui expliquerait la survenue d'un trouble de la déglutition, en cas de lésion unilatérale. La récupération pourrait, ainsi, être due à une augmentation de la représentation corticale, du côté sain, grâce à la plasticité.

3. Aspects fonctionnels de la dysphagie

La dysphagie neurologique est une perturbation de la fonction de déglutition suit à un trouble qui affecte certaines zones du système nerveux central et périphérique impliquées dans l'acte de déglutition.

3.1 Les symptômes

➤ Spécifiques

- Difficultés de mastication
- Bavage
- Reflux nasal
- Résidus buccaux
- Blocage → aliments collés
- Tous ou étouffement → fausse routes

➤ Aspécifique

❖ Alimentation

- Augmentation de la durée du repas
- Isolement lors des repas

❖ État nutritionnel

- Sensation de faim persistante après les repas
- Altération de l'état général.
 - Perte de poids
 - Fatigue générale
 - Limitation des activités

❖ État pulmonaire

- Pneumopathie
- Encombrement chronique.

3.2 Les fausses-routes (FR)

Elles peuvent être définies comme le passage de salive, de liquides ou d'aliments, dans les voies aériennes supérieures.

Les fausses routes peuvent se produire :

- **Avant la déglutition** (réflexe de déglutition retardée ou perte du contrôle buccal)

- **Pendant la déglutition** (défaut de protection des voies respiratoires)

- **Après la déglutition** (reflux et débordement à la reprise inspiratoire)

3.3 La toux

La toux est un phénomène réflexe, répondant à la stimulation de récepteurs sensitifs, répartis au niveau des voies respiratoires. Ces récepteurs sont sensibles à des stimulations mécaniques, chimiques et thermiques. Les Informations se dirigent vers le système nerveux central, qui organise la réponse réflexe, avec le tronc cérébral et le niveau médullaire.

La toux sert en premier lieu à protéger les voies aériennes d'éléments étrangers et à évacuer les productions de l'organisme (expulsion des sécrétions bronchiques physiologiques). Pour éviter les aspirations, une toux efficace est donc nécessaire.

En cas de lésion du nerf vague, la toux réflexe est inhibée ou retardée. Les Fausses-route laryngées deviennent alors silencieuses.

Il convient donc d'analyser le réflexe de toux, des patients dysphagiques et d'interpréter ce bilan, avec prudence. En effet, absence de toux ne signifie pas absence de fausse-route. Celle-ci peut-être silencieuse et passer inaperçue, par atteinte du réflexe de toux.

4. Principales étiologies de la dysphagie et leurs tableaux neurologiques

Tableau 1

Principales étiologies de la dysphagie	La dysphagie dans divers tableaux neurologiques évoluant dans une récupération totale ou partielle
Accidents vasculaires cérébraux Hémisphère cérébral gauche	-Réduction de la force, de l'amplitude des mouvements de la langue et des lèvres du côté opposé à la lésion - Diminution de la sensibilité - Retard du réflexe de déglutition -Réduction du péristaltisme pharyngé du côté opposé à la lésion
Accidents vasculaires cérébraux Hémisphère cérébral droit	- Les symptômes sont les mêmes - Déficits cognitifs avec perte du contrôle intellectuel sur la déglutition (ce qui rend difficile

		l'utilisation de techniques compensatoires)
Traumatismes crâniens		-Troubles du contrôle postural (de la tête surtout) - Troubles de la motricité faciale et orale (linguale surtout)
Principales étiologies de la dysphagie	La dysphagie dans divers tableaux neurologiques évoluant dans une aggravation plus ou moins rapide (SLA : parfois 6 mois)	
Démences	-Troubles neuromusculaires ou faiblesse liée à l'âge - Troubles cognitifs majeurs (affectant l'orientation, l'attention, la mémoire, le jugement), impulsivité, indifférence - Déficits perceptifs - Perte de l'autonomie pour l'alimentation - Perte du contrôle intellectuel sur la déglutition	- Réduction du péristaltisme pharyngé - Retard ou absence du réflexe de déglutition - Dysfonction crico-pharyngée
Maladie de Parkinson	-Tremblement - Difficulté à débiter le péristaltisme lingual (« retard ») - Réduction du péristaltisme pharyngé - Temps de transit oral très allongé - Retard ou absence du réflexe de déglutition - Temps de transit pharyngé allongé - Fermeture laryngée inadéquate - Dysfonction du sphincter crico-pharyngé	
Sclérose en plaques (SEP)	-Trouble du contrôle lingual et de la manipulation du bolus - Retard dans le réflexe de déglutition - Réduction dans la fermeture laryngée - Réduction du péristaltisme pharyngé - Dysfonction crico-pharyngée	
Sclérose latérale amyotrophique (SLA)	-Trouble du contrôle lingual et de la manipulation du bolus - Reflux nasal -Retard dans le réflexe de déglutition - Réduction dans la fermeture laryngée - Réduction du péristaltisme pharyngé -Dysfonction crico-pharyngée	
Syndrome de Wallenberg (Syndrome médullaire lateral)		- Dysfonction crico-pharyngée - Réduction de la fermeture laryngée (paralysie unilatérale d'une corde vocale) - Réduction du péristaltisme pharyngé

5. Les mécanismes physiopathologiques

Par définition, ces mécanismes renvoient à la physiologie de la déglutition. Ils peuvent être décrits chronologiquement.

Tableau 2

PENDANT LA PHASE PREPARATOIRE

Défaut de contention :

- en avant : défaut de fermeture labiale.
- en arrière : défaut de fermeture oro-pharyngée.
- troubles de l'insalivation.
- troubles de mastication.

PENDANT LA PHASE DE TRANSPORT ORAL

- troubles de l'initiation de temps oral
- défaut de fermeture de la cavité buccale : - antérieure
- postérieure
- Défaut de propulsion du bolus
- défaut d'initiation du temps pharyngé
- défaut de déclenchement de temps pharyngé

PENDANT LA PHASE PHARYNGEE

- défaut de protection des voies aériennes
- Supérieures = défaut de fermeture vélo-pharyngée
- ❖ Inférieures = défaut de fermeture laryngée
- défaut de mécanisme d'expulsion
- défaut de transport pharyngé : - défaut de péristaltisme pharyngé
- dysfonctionnement du sphincter supérieur de l'œsophage.

6. La prise en charge orthophonique

Le rôle de l'orthophoniste est triple.

Le premier temps sera celui du dépistage de fausses routes.

Le deuxième temps sera celui de l'évaluation compte tenu des signes subjectifs, car ce sont souvent ces derniers qui pourront justifier examens complémentaires ou modification du suivi thérapeutique.

Le troisième temps sera celui de la rééducation proprement dite, adapté à la fatigabilité du patient et à la progression de ses troubles. Bien sûr, sans négliger le plan moral. Ceci nécessite un engagement personnel.

La durée de la rééducation de ces malades peut être très variable (quelque mois, quelque années), mais l'orthophoniste, qui accepte cette prise en charge, devra l'accomplir jusqu'au bout.

Une prise en charge est entreprise s'il s'agit d'une atteinte oro-pharyngée parce que l'orthophoniste ne peut agir que sur les deux premiers temps de la déglutition (buccal et pharyngé)

Tout d'abord, il faut expliquer au malade pourquoi on vient le voir. L'orthophoniste lui montre alors, à l'aide des schémas simples, le mécanisme normal de la déglutition et ce qui se passe, quand il avale de travers.

L'objectif de la prise en charge est que le malade puisse se réalimenter sans danger, le plus rapidement et le plus confortablement possible. Pour cela, la déglutition normale et automatique doit être remplacée par une déglutition contrôlée et volontaire.

C'est un travail long et difficile ; la personne doit avoir des capacités cognitives correctes et une vigilance satisfaisante.

6.1 Le dépistage des fausses routes

Le dépistage de fausses routes consiste en un recueil des signes cliniques, de nature à faire suspecter un trouble de la déglutition. Plusieurs études ont pu montrer une diminution de l'incidence des pneumonies, par un dépistage systématique. Il y a des tests simples, réalisables au lit du patient. Ils ont été élaborés pour faciliter ce dépistage.

Il existe trois types de tests cliniques :

- Le test de 3oz water swallowing ou test de DePippo

Ce test consiste à faire boire 90 ml d'eau. Il est positif si, dans la minute qui suit, le patient tousse ou sa voix devient humide ou gargouillante. Sa sensibilité, chez l'hémiplégique, a été évaluée de 76 % à 96%.

- Les ECPFR

Des tests sans réalimentation qui sont des échelles cliniques prédictives de fausse route.

- Le Burke Dysphagia Screening

Test composite, qui associe le 3oz water swallowing test à une évaluation purement clinique, qui recherche les antécédents de pneumopathie et lorsque le patient est encore alimenté par voie orale, une augmentation du temps de prise du repas doit faire évoquer des difficultés de déglutition.

- ✓ Si le Score Total est supérieur à 28 : le risque de FR est minimum,
- ✓ Si le Score Total est inférieur à 14 : le risque de FR est maximum,
- ✓ Si le Score Total est compris entre 14 et 28 : le risque de FR est incertain.

Il est nécessaire d'orienter le patient vers un examen ORL : nasofibroscopie et de faire passer un bilan orthophonique outre un test de capacité fonctionnelle de déglutition

6.2 Le bilan orthophonique

➤ L'anamnèse

Il s'agit d'un interrogatoire détaillé et minutieux concernant la nature du trouble et le contexte alimentaire. Ces informations sont recueillies auprès du patient et de son entourage.

➤ **L'examen général du sujet**

L'orthophoniste s'intéresse aux fonctions impliquées dans une bonne réalisation de la déglutition : les possibilités d'autonomie du malade, sa respiration et sa phonation.

➤ **L'évaluation des capacités d'apprentissage et cognitive.**

On évalue les **capacités d'apprentissage** pour tester le potentiel sensori-moteur, que le patient utilise, pour tirer bénéfice des exercices spécifiques de la prise en charge. Les épreuves portent sur l'apprentissage d'une praxie et sur la perception gnostique intra buccale. En effet, il convient, avant de définir les moindres objectifs et plan de rééducation, de se renseigner sur les capacités d'apprentissage du patient, afin de lui proposer des exercices à sa portée. Ce qui permet d'éviter de fixer des objectifs inaccessibles à un moment donné.

Pour ce qui est des **capacités cognitives** il s'agit d'évaluer :

- D'éventuels troubles attentionnels : séances courtes.
- D'éventuels troubles de la mémoire rendant obligatoire le rappel de consignes.

➤ **L'examen clinique des unités fonctionnelles sensori-motrices**

Il existe trois unités de fermeture et une unité dynamique de propulsion. L'orthophoniste, pour chaque unité, examine la motricité, apprécie la sensibilité et le tonus des structures impliquées.

On distingue :

L'unité de fermeture buccale (lèvres, mandibule, joues, articulation temporo-mandibulaire

- **L'unité de fermeture vélaire** (voile du palais, piliers antérieurs et postérieurs du pharynx, paroi pharyngée latérale et postérieure)

- **L'unité de fermeture laryngée** : celle-ci n'est pas directement accessible à l'oeil nu. L'orthophoniste fait une évaluation indirecte grâce à la phonation, au rire et à la toux, qui impliquent une fermeture glottique.

- **L'unité dynamique de propulsion** (plancher buccal, langue, paroi pharyngée).

➤ **L'examen des réflexes oro-pharyngés**

Au cours du bilan, l'orthophoniste étudie les réflexes normaux et recherche les réflexes archaïques.

- **Les réflexes normaux**

On les rencontre chez l'adulte, de manière constante. Dans certaines pathologies, ils apparaissent hyperactifs, exagérés ou, au contraire, affaiblis.

- **Le réflexe de déglutition**

Il faut observer la déglutition spontanée de salive ou la déglutition d'un liquide. L'examineur place alors ses doigts sur le cou du malade pour estimer l'amplitude de l'élévation du larynx. Il est aussi intéressant de noter la fréquence de ce réflexe, car, parfois, plusieurs déglutitions successives sont nécessaires pour une seule gorgée.

- Le réflexe de toux

Ce réflexe est vital, il apparaît spontanément, pour débarrasser la gorge d'un corps étranger, risquant de pénétrer dans les voies respiratoires. C'est donc un mécanisme de défense qui reste difficile à évaluer, car il ne se déclenche qu'en cas de fausse route.

Il faut distinguer la toux réflexe de la toux volontaire. La toux volontaire peut être impossible, tandis que le réflexe de toux est préservé. L'inverse reste plus rare.

➤ Test de capacité fonctionnelle de déglutition

C'est :

- Un outil d'évaluation stricte.
- Il faut faire déglutir des volumes croissants de liquide puis d'aliments mixés et moulinés.
- Au départ, ½ cuillère d'eau 4 fois. Si c'est correct, il faut une cuillère à café, puis une cuillère à entremet puis à soupe puis le verre.

S'il y a FR, il faut épaissir légèrement ou plus fortement, avant de proposer l'eau gélifiée. Si le problème persiste, il faut l'arrêt de l'hydratation.

- Pour les aliments, il faut tester des textures progressivement plus difficiles avec un bolus calibré.

S'il y a FR, il faut des déglutitions à répétition, des postures de flexion/rotation pour améliorer la protection des VA.

- Il faut chercher la frontière variable entre la zone de compétence et d'incompétence de la personne, entre déglutition fonctionnelle et FR par rapport à un environnement donné.

6.3 Rééducation orthophonique

On peut aborder la rééducation en deux méthodes :

➤ Méthodes fonctionnelles.

Le travail praxique

Le but est de travailler les praxies telles que la langue, les joues, les lèvres, le voile du palais, le larynx et de faciliter le rassemblement et la propulsion du bol alimentaire, ainsi que de favoriser le travail d'aspiration.

Une stimulation thermo-tactile

Elle consiste à stimuler la base des piliers antérieurs du pharynx, avec un miroir laryngé très froid. Cette cryothérapie se fait par des impulsions brèves, suivies d'une déglutition volontaire. Cette stimulation élève le seuil de réponse pharyngée ; elle est donc utilisée en cas d'absence ou de retard du réflexe de déglutition.

La succion-déglutition

La succion est un moyen de facilitation, pour activer le réflexe de déglutition. Il est donc intéressant de proposer au patient d'avaler le contenu d'une bouteille, dotée d'une tétine, ou d'utiliser un simple bâtonnet de glace à sucer.

➤ Méthodes adaptatives

De nombreux paramètres ont une influence sur la déglutition : les manœuvres de déglutition et postures en plus des conseils diététiques.

Les manœuvres de déglutition

Ces manœuvres permettent de déglutir de manière sécuritaire, mais elles restent complexes à effectuer cependant. Il faut les apprendre aux patients qui présentent de bonnes capacités cognitives. Il existe des manœuvres de protection laryngée et d'autres de vidange pharyngée.

➤ **Les manœuvres de protection laryngée**

- **La déglutition supra-glottique**

Inspirez, bloquez votre respiration, Avalez, Toussez immédiatement. Cette manœuvre assure une protection volontaire des voies aériennes et utilise l'apnée.

- **La déglutition super-supra-glottique**

La consigne est quasiment identique à celle de la manœuvre supra-glottique. L'unique différence est qu'ici, avant et pendant la déglutition, lors du blocage glottique, la personne utilise un point d'appui musculaire contre résistance. Ceci renforce la fermeture des cordes vocales et des bandes ventriculaires,

Les manœuvres de vidange pharyngée

- **La déglutition d'effort**

Elle consiste à inspirer puis à avaler fort, en contractant tous les muscles de la Bouche et de la gorge. Ceci augmente la force de propulsion du bol alimentaire et la contraction pharyngée.

- **La manœuvre de Mendelsohn**

La personne doit avaler en se concentrant sur le mouvement d'ascension de son larynx ; le maintenir en position haute, quelques secondes après la déglutition, puis le laisser redescendre. Cette manœuvre joue sur la mobilité verticale du larynx. Elle favorise l'élévation laryngée et la durée d'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage. L'ascension et le maintien laryngé en position haute, peuvent être aidés manuellement.

➤ **Les postures**

Au moment du repas, les conditions d'installation de la personne dysphagique sont primordiales. Les postures portent sur la position du corps et de la tête du patient, lors d'une prise alimentaire. Elles peuvent favoriser la déglutition ou, au contraire, l'aggraver et provoquer des fausses routes. C'est pourquoi l'orthophoniste doit aider le malade à trouver la position la plus adaptée à ses difficultés. L'objectif est de protéger au mieux l'entrée des voies respiratoires en avant et de faciliter l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage en arrière. Dans la posture la plus adaptée, le malade est assis dans un fauteuil, si possible confortable. La position assise est préférable à une position couchée ou semi-couchée : les risques d'inhalation sont moins importants.

Les pieds sont posés bien à plat au sol ou sur les repose-pieds d'un fauteuil roulant. La personne se tient le plus droit possible, mais incline légèrement la tête vers l'avant, rentre le menton sur la poitrine. Si nécessaire, placer un oreiller derrière les épaules. La tête ne doit surtout pas être en extension : en effet, dans cette position, la lumière œsophagienne serait rétrécie et les voies aériennes béantes, d'où un risque majeur de fausse route. La flexion reste une posture sécuritaire et facilitatrice, qui offre une meilleure protection laryngée et favorise le passage du bol alimentaire dans l'œsophage.

D'autres positions peuvent être intéressantes : il faut aider le patient à trouver celle qui sera, pour lui, la plus efficace dans la déglutition. Ainsi, dans certains cas, la rotation ou l'inclinaison de la tête d'un côté ou de l'autre, permet de compenser des atteintes unilatérales.

➤ **La réalimentation per os**

Elle est divisée en différentes étapes, correspondant à des consistances différentes. Dès que le patient est capable de s'alimenter sans difficulté et sans inhalation à la consistance donnée, il peut progresser à l'étape suivante. Les consistances varient ainsi dans le temps, en fonction des résultats obtenus.

Le premier essai de déglutition se fait avec de **l'eau gélifiée ou un flan (consistance dite tt pudding »)**, sous la surveillance de l'orthophoniste. L'eau gélifiée est une préparation à base de gélatine, qui donne aux liquides l'aspect d'une gelée. Elle est utilisée quand les liquides sont difficiles à ingérer, car la gélatine glisse facilement de la bouche au pharynx.

Si tout se passe bien, le malade a ensuite droit à **des collations** (yaourt, fromage blanc...) : des aliments onctueux, bien homogènes, sans aucun morceau. Lorsque cette étape est réussie, on lui propose **des aliments mixés** (essentiellement des purées). La consistance est toujours homogène, mais plus pâteuse que précédemment.

Or, ces aliments mixés peuvent générer des stases buccales ou pharyngées : c'est pourquoi il est conseillé d'ajouter des sauces. Le patient a ensuite droit à **une alimentation moulinée et semi-pâteuse** : la nourriture est toujours molle et nécessite peu de mastication. Puis, il est capable de se nourrir **d'une alimentation classique sans petites particules**. La personne mange presque normalement, seuls quelques aliments sont encore à exclure : le riz, la semoule, les gâteaux secs. Tout ce qui s'émiette ou est composé de petits éléments. Enfin, la dernière étape est **l'alimentation normale**.

Notons que la prise de médicaments est souvent très difficile pour les personnes dysphagiques. Il leur est alors conseillé d'avaler les gélules et autres comprimés avec un yaourt, du fromage blanc, un flan ... Ainsi, le bol alimentaire est compact qui glisse plus facilement. Il est également possible d'ouvrir les gélules ou d'écraser les comprimés.

➤ **La réhydratation per os**

Les liquides posent généralement le plus de difficultés : ils s'écoulent trop rapidement et échappent au contrôle du temps buccal. C'est pourquoi un glaçon (eau sous forme solide) est parfois utilisé lors du premier essai de réhydratation. Le patient doit sucer ce **glaçon, aromatisé** de préférence, sous la surveillance de l'orthophoniste. Le glaçon froid et l'arôme stimulent le réflexe de déglutition.

Il faut, ensuite, introduire les liquides : il est préférable de commencer par **des boissons épaisses, chaudes ou froides, aromatisées, sucrées ou salées** (par exemple des nectars de fruits).

Peu à peu, **les boissons** deviennent de plus en plus **fluides** mais restent toujours **aromatisées** ainsi que **chaudes ou froides**. Si possible, ce liquide est **gazeux** : l'eau gazeuse passe souvent mieux que l'eau plate. En effet, l'eau plate reste la boisson la plus difficile à boire et la plus dangereuse. Elle est incontrôlable de par son absence de goût et de consistance.

➤ À la fin de la prise en charge, l'orthophoniste élaborera des fiches d'information pour le patient et pour son entourage qui seront adaptées au problème de chaque patient.

Conclusion

L'objectif de la prise en charge des dysphagies ne consiste pas à restaurer une déglutition normale, mais de rendre au patient une déglutition fonctionnelle c'est-à-dire avec des stratégies compensatoires qui permettent une alimentation adaptée sans fausses routes.

En pratique, « ne pas demander au kinésithérapeute, de vider des poumons que d'autres auront remplis ! ».

Bibliographie

- 1- Guatterie M., Lozano V., Barat M. (1992). Les troubles de la déglutition en neurologie. *Actualités en médecine physique et de réadaptation*, 17 : 161-165.
- 2- Puech M., Le bilan orthophonique. In : Woisard V., Puech M. Eds. *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte : le point sur la prise en charge fonctionnelle*. Marseille, Solal, 2003.
- 3- Danoix M. C. (1993). Aspects particuliers de la rééducation des troubles de la déglutition d'origine neurologique. *Bulletin d'audiophonologie*, 9 : 75-86.
- 4- Bleeck D., *Dysphagie : évaluation et rééducation des troubles de la déglutition*. Bruxelles, DeBoeck Université, 2001.