

# La déglutition en ORL

Christelle COLLOT  
AKCR - 12 novembre 2012

# Les différentes chirurgies et leurs conséquences sur la déglutition

- ▶ Chirurgies endobuccales
- ▶ Laryngectomies partielles

# Principes de la chirurgie

Exérèse => marge de sécurité de 1 à 2 cm

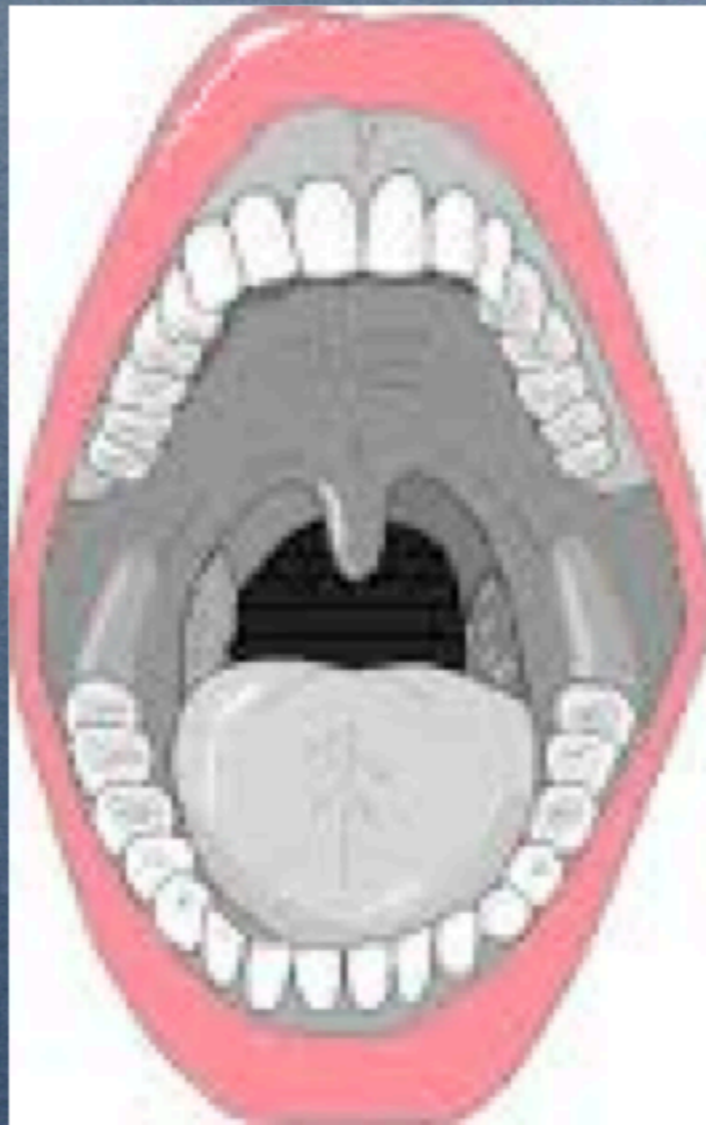
Reconstruction => pour compenser la perte de substance  
=> pour retrouver une fonction

Le geste (curage/évidement) ganglionnaire accompagne l'exérèse du cancer pour éviter la prolifération

La chirurgie est entourée de différents traitements :

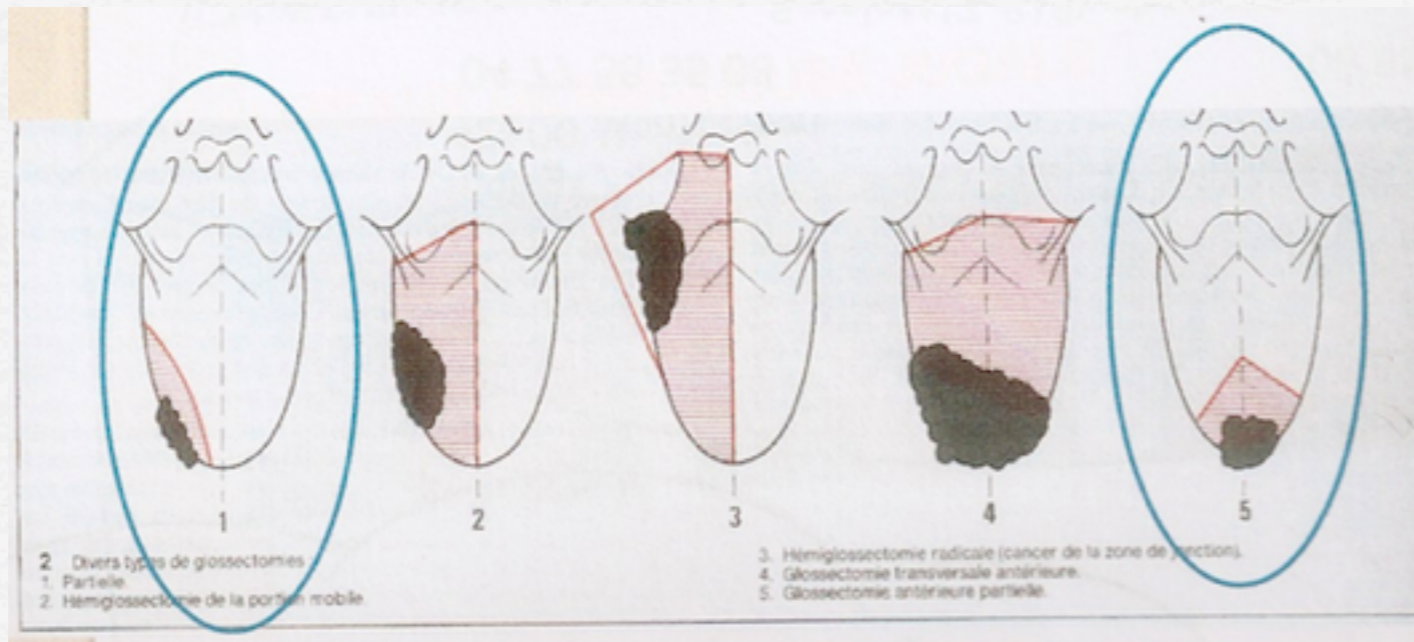
- ▶ la chimiothérapie afin de réduire le volume tumoral
- ▶ la radiothérapie
- ▶ la curithérapie de barrage (disposition d'aiguilles d'irridium sur la base de langue pendant 2/3 jours)

# Les chirurgies endo-buccales



- **CHIRURGIE LABIALE** : exérèse de la partie atteinte de la lèvre
  - ▶ difficultés pour la continence labiale (bavage)
  - ▶ Peu de difficulté sur la déglutition proprement dite

- **GLOSSECTOMIE** : résection partielle, subtotale ou totale de la langue



- ▶ difficultés de préparation du bolus
- ▶ difficultés de propulsion
- ▶ difficultés d'élocution
- ▶ difficultés de déglutition variables suivant le lieu et l'importance de l'exérèse

## CHIRURGIES DU PLANCHER BUCCAL :

- **PELVIGLOSSECTOMIE** : résection d'une partie de la langue et du plancher buccal
  - ▶ difficultés préparation du bolus
  - ▶ difficultés de propulsion pouvant entraîner le retard du déclenchement du réflexe de déglutition
  - ▶ la gêne sera majeure s'il y a résection de plus de la moitié du plancher
  
- **PELVIMANDIBULECTOMIE** : exérèse du plancher buccal antérieur et de la mandibule
  - ▶ difficultés de mobilité linguale (mastication, contrôle du bolus et propulsion, retard du déclenchement de déglutition)
  - ▶ stases importantes
  - ▶ incontinence labiale
  
- **PELVIGLOSSOMANDIBULECTOMIE** : résection du plancher buccal, de la langue et de la mandibule. En fonction de l'exérèse, une reconstruction par lambeau peut être nécessaire.
  - ▶ difficultés +++ de propulsion pénalisant le déclenchement du réflexe de déglutition
  - ▶ difficultés d'élocution
  - ▶ incontinence labiale
  - ▶ problème esthétique

## CHIRURGIES OROPHARYNGEES :

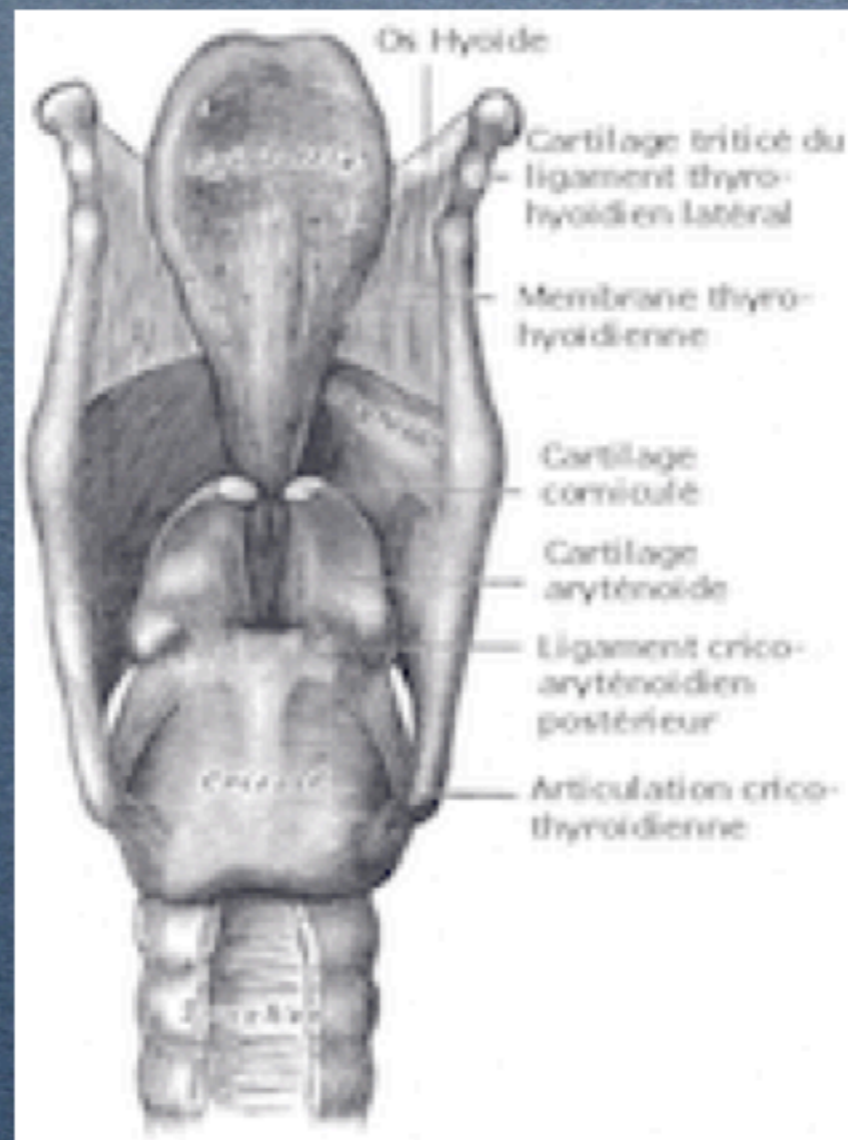
- **BUCCOPHARYNGECTOMIE NON INTERRUPTRICE (BPNI) : résection de la langue (base de langue comprise), partie du voile, de la loge amygdalienne**
  - ▶ risques de FR importants avant pendant et après la déglutition
  - ▶ difficultés de mobilité linguale
  - ▶ difficultés de propulsion, d'initialisation du réflexe de déglutition
  - ▶ reflux nasal
  
- **BUCCOPHARYNGECTOMIE TRANSMANDIBULAIRE (BPTM) : résection de la langue (base de langue comprise), partie du voile pouvant aller jusqu'à un hémivoile, de la loge amygdalienne, d'une hémimandibulectomie (reconstruite par un lambeau)**
  - ▶ difficultés majeures avec risques de FR avant, pendant et après la déglutition
  - ▶ difficultés mobilité linguale
  - ▶ difficultés de propulsion, d'initialisation du réflexe de déglutition
  - ▶ reflux nasal

# Causes des troubles fonctionnels suite à ces chirurgies

- Résection anatomique
- Lésions nerveuses associées dues aux «curages élargis» (déficit sensitif/moteur des nerfs X ; XII ; IX)
- Présence de lambeau pour la reconstruction : inerte et insensible
- Altération de la denture
- Surinfection mycosique
- Séquelles des traitements complémentaires (radio et chimiothérapie) : brûlures, fibrose, asialie
- Trachéotomie
- Présence d'une SNG
- Etat de coopération du patient (niveau de vigilance, capacités cognitives, état psychologique, motivation, degré d'autonomie, sevrage tabagique/alcoolique)



# Les chirurgies partielles du larynx



# Les laryngectomies partielles verticales

□ **CORDECTOMIE** : exérèse +/- profonde de la corde vocale (CV)

- ▶ pas de problème de déglutition
- ▶ peu de modification du sphincter
- ▶ pas de trachéotomie, pas de SNG

□ **LARYNGECTOMIE FRONTO-LATERALE** : exérèse d'une CV +/- un aryténoïde, de la commissure antérieure + fragment du thyroïde et d'1/3 de la CV contro-latérale

- ▶ peu de modification du sphincter
- ▶ pas de trachéotomie
- ▶ quelques FR aux liquides transitoires

□ **LARYNGECTOMIE FRONTO-LATERALE AVEC EPIGLOTTOPLASTIE** : exérèse du plan glottique, parfois d'un aryénoïde et des 2/3 du cartilage thyroïde

- ▶ trachéotomie
- ▶ atteinte du sphincter laryngé
- ▶ déglutition perturbée mais amélioration rapide

□ **HEMILARYNGOPHARYNGECTOMIE SUPRA-CRICOÏDIENNE** : exérèse d'un hémi-larynx + hémi-hypopharynx supra-cricoïdien, de la 1/2 de l'épiglotte, d'une bande ventriculaire, d'une CV, d'un aryénoïde, d'une aile thyroïdienne et d'un sinus piriforme

- ▶ trachéotomie
- ▶ SNG
- ▶ atteinte du sphincter laryngé supérieur homolatéral
- ▶ trouble du péristaltisme pharyngé
- ▶ déglutition perturbée

## Les laryngectomies partielles horizontales supraglottiques

- LARYNGECTOMIE SUPRAGLOTTIQUE LIMITÉE AU LARYNX : exérèse de l'épiglotte, du 1/3 supérieur du thyroïde et des 2/3 antérieurs des bandes ventriculaires (BV)
  - ▶ trachéotomie
  - ▶ SNG (+/-)
  - ▶ peu de modification du sphincter
  - ▶ peu de troubles de la déglutition
  
- LARYNGECTOMIE SUPRAGLOTTIQUE ÉTENDUE AU PHARYNX ET/OU À LA BASE DE LANGUE : exérèse de l'épiglotte, du 1/3 supérieur du thyroïde, des 2/3 antérieurs des BV et extension possible vers le haut (vallécule, os hyoïde, base de langue) et/ou latéralement (carrefour des 3 replis, partie haute du sinus piriforme, repli ary-épiglottique, cartilage thyroïde)
  - ▶ trachéotomie
  - ▶ SNG
  - ▶ déglutition perturbée si chirurgie étendue
    - à la base de langue : propulsion et protection déficientes
    - au pharynx : section nerf laryngé (troubles de la sensibilité et du réflexe de déglutition)
    - à l'aryténoïde : perturbation de la dynamique laryngée

## Les laryngectomies partielles horizontales supracricoïdiennes avec reconstruction laryngée (troubles de la déglutition +++ car modification du sphincter laryngé)

- **CRICOHYOÏDOÉPIGLOTTOPEXIE (CHEP)** : exérèse du cartilage thyroïde, des 2 CV (parfois un aryténoïde), des 2 BV et de l'épiglotte sous hyoïdienne. Suture du cartilage cricoïde à l'os hyoïde et à l'épiglotte restante
  - ▶ trachéotomie
  - ▶ SNG
  - ▶ troubles de la déglutition +++ car modification de la glotte (aggravée par la résection d'un aryténoïde)
  
- **CRICOHYOÏDOPEXIE (CHP)** : exérèse du cartilage thyroïde, des 2 CV (parfois un aryténoïde), des 2 BV et de l'épiglotte. Suture du cartilage cricoïde à l'os hyoïde et à la base de langue
  - ▶ trachéotomie
  - ▶ SNG
  - ▶ troubles de la déglutition +++ car atteinte du sphincter laryngé et modification complète de la glotte (aggravée par résection d'un aryténoïde)

# Causes des troubles fonctionnels suite à ces chirurgies

- ❑ Résection anatomique
- ❑ Section du nerf laryngé supérieur
  - ▶ troubles de la sensibilité pharyngée et laryngée supraglottique
  - ▶ troubles de la localisation de la nourriture et réflexes de protection diminués et/ou retardés
- ❑ Résection d'une partie de la base de langue
  - ▶ diminution de l'efficacité du «coup de piston» et de la propulsion du bolus
  - ▶ protection insuffisante du sphincter laryngé sous jacent
- ❑ Section du nerf récurrent (issu du X) : perturbation de la fermeture laryngée et de la fonction de sphincter
- ❑ Résection d'un aryténoïde : perturbation du sphincter laryngé
- ❑ Résection d'un sinus piriforme : «cul de sac» avec des stases alimentaires ou salivaires entraînant des FR secondaires
- ❑ Séquelles des traitements complémentaires (radio et chimiothérapie) entraînant brûlures, fibrose, asialie, sécrétions épaisses, oedèmes, diminution du péristaltisme pharyngé
- ❑ Trachéotomie
- ❑ Présence d'une SNG
- ❑ Etat de coopération du patient (niveau de vigilance, capacités cognitives, état psychologique, motivation, degré d'autonomie, sevrage tabagique/alcoolique)

# La rééducation orthophonique



Déglutition atypique ?

Un orthophoniste peut vous aider.

**MASTER WARS** L'orthophonie est en danger, soutenez-la, partagez ! 

# Les préalables

- Anamnèse/antécédents
- Type et date d'intervention
- Bilan médical ORL (état néoglottique et possibilités de l'articulation cricoaryténoïdienne)
- Traitements antérieurs/en cours/à venir (radiothérapie/chimiothérapie)
- Situation alimentaire du patient
  - ▶ Nutrition entérale (SNG, gastrostomie) ou parentérale
  - ▶ Alimentation per os (texture, quantité, nombre de repas)
- Poids habituel/poids actuel
- T°
- Etat du patient (vigilance, capacités cognitives, contexte psychologique, degré d'autonomie, environnement familial)



# Bilan fonctionnel

## Tonicité et motricité

- ▶ lèvres
- ▶ joues
- ▶ voile
- ▶ larynx (ascension, fermeture glottique)
- ▶ langue (apex, dôme, base)
- ▶ mandibule (mastication)

## Aspects sensitifs et sensoriels (tactiles, thermo-algiques, gustatifs)

## Type de respiration

- ▶ voies naturelles
- ▶ canule (type de canule (fenêtrée ou non), possibilité d'obturation)

## Fermeture glottique (qualité de la phonation, glottage, réflexe tussigène, efficacité toux volontaire)

## Possibilité de tenir une apnée (effort à glotte fermée)

## Expectoration

## Déglutition de la salive

- ▶ Synchronisation respiration/apnée/déglutition de la salive
- ▶ Ascension laryngée lors de la déglutition de la salive

# Grandes lignes de la rééducation

- Remettre en fonction la région oro-faciale (respiration/déglutition/parole)
- Permettre la déglutition
  - ▶ par l'utilisation fonctionnelle des structures restantes
  - ▶ par des mécanismes de compensations anatomiques (mobilisation et bascule aryténoïdienne/recul de la base de langue/ascension du néolarynx)
- Remplacer la déglutition automatique par une déglutition volontaire et contrôlée
  - ▶ Par des exercices spécifiques
  - ▶ par des postures
  - ▶ par des textures appropriées

le tout agissant sur la propulsion du bolus et la protection des voies aériennes

# La première séance

- ❑ Explications et schémas au patient et à la famille
  - ▶ du fonctionnement normal de la déglutition
  - ▶ des troubles présentés, des FR
  - ▶ du déroulement et des buts de la rééducation
- ❑ Ecoute des plaintes et des inquiétudes, réponses aux questions
- ❑ Mise en confiance, soutien psychologique

# Séance type

- **Travail pratique** : Le terme praxie est issu du grec « praxis » et signifie « action ». Il s'agit de la planification, la pré programmation des gestes complexes, intentionnels et finalisés
  - ▶ **Langue** : mobiliser la langue (préparation du bolus) et tonifier la base de langue (coup de piston)
  - ▶ **Lèvres** : tonifier l'occlusion labiale (contention)
  - ▶ **Joues** : favoriser le travail d'aspiration (rassembler et propulser le bolus)
  - ▶ **Voile** : exercer l'occlusion vélo-pharyngée (protection et mise sous pression pour la propulsion du bolus)
  - ▶ **Mandibules** : mobiliser les muscles masticateurs
  - ▶ **Larynx** : remobiliser les structures laryngées (protection +++ par fermeture glottique + ascension et avancée du larynx dans le cou)
  - ▶ **Oro-pharynx** : stimuler le réflexe nauséeux
  
- **Détente cervico-scapulaire** (préparation aux postures) :
  - ▶ Mobilisation cervicale (menton sur épaules, rotation tête, oreilles sur épaules)
  - ▶ Mobilisation scapulaire (rotation, élévation/relâchement)

□ Travail respiratoire pour :

- ▶ la détente musculaire
- ▶ la désobstruction des voies aériennes par une expiration efficace (contraction abdominale, exercices respiratoires rythmés)
- ▶ la protection des voies respiratoires par l'apnée (glottage, manoeuvre de l'appui frontal, cervical)

□ Expectorer/tousser/cracher :

- ▶ pour éliminer les mucosités et sécrétions stagnantes
- ▶ pour limiter la stase salivaire
- ▶ pour protéger les voies aériennes supérieures
- ▶ pour tonifier le sphincter laryngé
- ▶ pour réagir efficacement en cas de FR

**=> Kinésithérapie respiratoire associée**

- Protocole de déglutition «standard» à vide :
  - ▶ Baisser la tête (menton sur poitrine/nuque grandie) :
    - ✓ permet de diminuer les stases
    - ✓ crée un étirement de la paroi pharyngée
    - ✓ favorise l'ouverture du SSO
  - ▶ Relâcher les épaules
  - ▶ Inspirer en gonflant la poitrine
  - ▶ Bloquer la respiration et rester en apnée
  - ▶ Avaler une ou plusieurs fois sans respirer
  - ▶ Racler la gorge
  - ▶ Ré-avaler ou cracher
  - ▶ Reprise inspiratoire calme
  - ▶ Retour lent à une posture normale

- Essai alimentaire (quand c'est possible) :
  - ▶ Installation confortable et sans distracteur
  - ▶ Prise alimentaire
  - ▶ Garder les aliments en bouche
  - ▶ Baisser la tête (menton rentré et nuque grandie)
  - ▶ Relâcher les épaules
  - ▶ Inspirer en gonflant la poitrine
  - ▶ Bloquer la respiration et rester en apnée
  - ▶ Avaler une ou plusieurs fois sans respirer
  - ▶ Racler la gorge
  - ▶ Ré-avaler ou cracher
  - ▶ Reprise inspiratoire calme
  - ▶ Retour lent à une posture normale
  - ▶ Station respiratoire en kiné



□ Suivant la chirurgie, on va adapter la posture de tête :

▶ **Extension de la tête (favorise la propulsion pour les chirurgies endo-buccales)**

- facilite le drainage du bolus dans la cavité buccale
- améliore la vitesse du transit oral
- possible uniquement si réflexe de déglutition OK

▶ **Rotation de la tête (pour paralysie laryngée, chirurgies partielles, certains AVC)**

- fermeture du sinus piriforme homolatéral et passage du bolus du côté opposé
- amélioration de la fermeture laryngée si défaut de contact des CV

▶ **Rotation + flexion antérieure de la tête**

- passage du bolus du côté opposé à la rotation
- améliore la fermeture laryngée

▶ **Inclinaison de la tête (pour chirurgies buccales)**

- dirige le bolus dans la cavité buccale et le pharynx du même côté

□ Adaptation de la rééducation :

- ▶ Avec ou sans SNG/gastrostomie (peu d'influence sur la rééducation)
- ▶ Avec canule
  - gêne de l'ascension laryngée
  - gêne le blocage respiratoire
  - diminue la pression sous glottique
  - gêne la toux
  - gêne la mobilisation du ou des aryténoïdes restants
- ▶ Après ablation canule : jusqu'à la cicatrisation complète, le patient porte un pansement compressif et il doit aider l'obturation du trachéo avec le doigt pour la phonation et pour tous les efforts à glotte fermée

# Reprise alimentaire

## □ Choix des textures alimentaires

- ▶ Pâteuses si suspicion de FR par :
  - Retard de déclenchement de réflexe de déglutition
  - Défaut de fermeture laryngée
- ▶ Fluides ou liquides si suspicion de stases buccales ou pharyngées par :
  - Déficit des mécanismes propulsifs (du recul de la base de langue, de la contraction pharyngée)
  - Défaut d'ouverture du SSO

## □ Évolution des textures

- ▶ Après une endobuccale :
    - ✓ 1/2 liquide à liquide → lisse → mixée → moulinée → normale
  - ▶ Après une partielle :
    - ✓ essai pâteux → lisse → mixée → moulinée → normale
      - ↳ 1/2 liquide → liquide gazeux → liquide froid → liquide chaud
  - ▶ On augmente au fur et à mesure les quantités pour arriver progressivement à une alimentation per os exclusive (quand c'est possible). On autorisera d'abord les liquides uniquement entre les repas.
  - ▶ Quand l'alimentation et l'hydratation per os sont suffisantes => ablation de la SNG
- ➡ Plusieurs semaines sont souvent nécessaires pour franchir toutes ces étapes. Suivant le patient et sa chirurgie, certaines ne pourront jamais être atteintes et il faudra alors adapter une nouvelle alimentation.

Pour le patient, la rééducation de la déglutition est souvent longue et difficile car l'alimentation a un retentissement physiologique bien sûr, mais aussi psychologique, social et culturel.



Sa façon de manger est modifiée de manière définitive même si on tend vers une nouvelle automatisation pour retrouver une vie la plus normale possible.