

# ROLE DE L'ORTHOPHONISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DYSPHAGIE CHEZ LES PERSONNES AGEES.

Nefzi.A\*- Ben Bacha.H\*-Dziri. C\*\*- Ben Salah. F.Z\*\*- Ben Ammar R.\*\*\*  
 \* Orthophonistes \*\* Médecins rééducateurs \*\*\* Psychologue.

Institut National d'Orthopédie M.Kassab, La Manouba

## Définition

La dysphagie se définit par la difficulté d'accomplir l'action de manger et/ou d'avaler avec une sensation de gêne ou d'arrêt du transit, douloureuse ou non, avec éventuellement des fausses routes lors de la déglutition des aliments, des liquides ou de la salive et, par extension, toute anomalie du passage des aliments jusqu'à l'estomac.

## 5 types de dysphagie:

Dysphagie haute, dysphagie basse, odynophagie, reflux pharyngonasal, fausses routes.

La toux lors des repas est souvent le signal d'alerte, certaines fausses routes peuvent être à l'origine d'infections pulmonaires ou de pneumopathies récidivantes.

La nécessité d'assurer une nutrition suffisante et de sauvegarder la fonction respiratoire objective la difficulté de prise en charge au quotidien, surtout chez les personnes âgées.

## Pathologies neurologiques et dysphagies

a) TYPE DE PATHOLOGIE des personnes âgées suivies en rééducation orthophonique: accidents vasculaires cérébraux.

Traumatismes crani-encéphaliques.

Scléroses latérales amyotrophiques (S.L.A).

Sénescences (Vieillesse naturelle des tissus et de l'organisme).

b) PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE

La prise en charge de la dysphagie ne pourra pas être conçue comme une intervention isolée d'un rééducateur mais une prise en charge multidisciplinaire.

Parler, manger et boire sont des activités pour lesquelles beaucoup de muscles et des parties du système nerveux qui sont utilisés sont les mêmes, et le rôle des orthophonistes est donc d'enseigner aux patients des exercices qui produiront un renforcement de ces muscles pour améliorer la mastication et la déglutition.

L'aide du percussionnaire @ peut être utile lorsqu'il est utilisé par un orthophoniste.



Avec renforcement des muscles de la langue



Mobilisation du voile à partir de l'aspiration



Stimulations de la partie supérieure du pharynx

## Le rôle de la famille

Le rôle de la famille est essentiel: elle doit assurer le transfert des acquisitions pour permettre le maintien à domicile avec diète équilibrée et conditions de sécurité au cours des repas.

## Techniques de déglutition



Positionnement du patient

Malade assis, dos droit, cou légèrement fléchi vers l'avant  
 (Oreiller derrière les épaules si besoin)

## Positions de la tête

A



Base de la langue  
 Epiglotte  
 Trachée  
 Oesophage

Tête en hyperextension



Tête en flexion

B

Le schéma (A) met en évidence l'ouverture des voies aériennes lors de l'extension de la tête. Le risque de pénétration laryngée est dès lors accru. Cette position est donc à éviter dans le plus part des cas.

Le schéma (B) montre un rapprochement du menton par rapport au sternum chez le patient dysphagique. Cette position permet d'augmenter l'espace valléculaire.

## 1. Techniques :



Vérifiez que le patient est capable d'avaler et qu'il est alerté.



Le patient doit être concentré : Éviter le bruit et de trop lui parler

Le patient tire des deux mains sur les bords de sa chaise. Ceci entraîne par synergie une fermeture glottique avec abduction des plis vocaux.

## 2. Manœuvres de Heimlich

Technique de désobstruction des voies aériennes par pression puissante et rapide sur la base du thorax et l'abdomen pour expulser un corps étranger obstruant les voies respiratoires.



## 3. Résultats et interprétation des résultats

Les patients victimes d'**AVC**, font l'objet de troubles de la déglutition durant la phase aiguë ( le patient est anosognosique).

On trouve une atteinte directe sur les muscles de la cavité bucco-pharyngée :

- du côté de la lésion : une anesthésie de la face.

- du côté opposé à la lésion : une diminution de la sensibilité.

La récupération de la déglutition est spontanée et presque totale dans la majorité des cas sauf pour certains cas ayant un syndrome frontal.

Par contre on trouve chez les **S.L.A** une paralysie du voile du palais et les fausses routes constituent un risque vital pour certains d'entre eux et imposent une intervention thérapeutique urgente. La récupération spontanée de la déglutition est incomplète.

Les **traumatisés crani-encéphaliques** présentent un risque majeur de trouble de la déglutition. La durée de traitement est plus de 60 jours et la récupération spontanée est rapide mais incomplète pour certains cas.

Pour des patients âgés qui sont apparemment indemnes de trouble neurologique (**sénescence**) l'existence de trouble de la déglutition n'est pas négligeable avec risque de la survenue de pneumopathie.

La récupération spontanée de la déglutition est rapide et la durée du traitement n'est que de 4 à 15 jours.

## Conclusion

La prise en charge de la dysphagie chez des personnes âgées doit être interdisciplinaire, impliquant non seulement l'équipe médicale, paramédicale, mais aussi la famille du patient.

Le rôle de l'orthophoniste est d'établir une stratégie afin de redonner au patient une meilleure qualité de vie possible en fonction du déficit.

Cette stratégie est basée sur des éléments nécessaires de prise en charge pour: renforcer les possibilités du patient par un bon contrôle bucco facial.

-respecter les règles de la déglutition pour une meilleure adaptation alimentaire.

-éviter les complications respiratoires

-éduquer la famille (soins locaux, aliments et positionnements adaptés).