

## EXAMEN ECOSYSTEMIQUE DE LA DEGLUTITION

Réalisé au mois d'Octobre 2012

A domicile

avec Mme D

sur prescription du Dr E

âgée de 75 ans et 5 mois

### 1/ Recueil d'informations :

- étiologie : Mme D. présente un SLA diagnostiquée depuis 8 mois
- traitement : Rilutec
- autre traitement : anti hypertenseur pouvant induire une xérostomie, dont se plaint la patiente, en particulier la nuit
- pathologies bronchiques : un épisode d'infection bronchique dans l'été

➤ *L'épisode bronchique n'a pas été mis en relation formelle avec le dysfonctionnement de la déglutition*

### 2/ Recueil d'informations auprès du patient

- épisodes décrits de troubles de la déglutition : difficultés avec les petites pilules, la soupe, les fruits à pulpe+jus, les liquides
- appréciation de l'appétit : correct
- adaptations mises en œuvre : épaississant pour la soupe, pas pour les boissons.

➤ *Les difficultés apparaissent essentiellement avec les aliments nécessitant de la dextérité de la langue. Mme S. a mis en place des moyens palliatifs partiels.*

### 3/ Tonus – Posture – Respiration

- mobilier et posture induite par l'installation : à table Mme D s'assied sur une chaise surélevée et proche de la table, induisant une flexion légère antérieure de la tête adaptée
- tonus et posture assise : tête légèrement fléchie, thorax légèrement affaissé, bassin droit, pieds au sol
- respiration : la respiration est suffisamment ample pour la toux, son rythme est régulier

➤ *Le mobilier n'est pas impliqué dans le risque d'inhalation chez cette patiente, la posture et le tonus musculaire sont suffisants pour la toux et la respiration.*

### 4/ Etat bucco-dentaire

- sécheresse buccale : relevée par la patiente la nuit
- hygiène buccale correcte

➤ *La sécheresse buccale nocturne et peut être liée à un sommeil bouche ouverte ou à une xérostomie médicamenteuse comme évoqué plus haut, mais pas de moyen de le vérifier simplement.*

#### 5/ Motricité et fermeture laryngée

- voix parlée correcte, mais tremblante
- voix chantée de puissance et de tessiture réduite
- rire correct
- toux affaiblie

➤ *La fermeture laryngée manque de tonicité, en particulier pour la toux. En déglutition, le retard de remontée laryngée est probable, mais non apparent en observation directe.*

#### 6/ Motricité labiale et linguale (articulation)

- lèvres et langue malhabiles et peu toniques
- phonèmes antérieurs / postérieurs atteints de manière équivalente
- nasonnement important et constant

➤ *La langue et les lèvres sont particulièrement malhabiles, ce qui fait supposer une gestion des aliments en bouche difficile pour le brassage, le mâchage et la propulsion. Le nasonnement indique un voile du palais en position basse atone, ce qui implique une fermeture vélo-linguale difficile, voire impossible lors du temps buccal, donc un risque d'écoulements liquides en arrière gorge AVANT la déglutition. D'autre part, l'absence de relèvement du voile implique un risque de stases dans les fosses nasales APRES la déglutition.*

#### 7/ Essai de déglutition de liquides

- enchaînement des gestes / coordination correct
- voix mouillée présente, qui induit une toux volontaire relativement efficace

➤ *Il y a pénétration de liquide dans le larynx, avec une réduction du déclenchement de réflexe de toux : encore présent, mais non déclenché systématiquement*

#### 8/ Les 10 signes observables de la déglutition

- geste d'adduction du bras et de la main correct
- préhension et fermeture labiale affaiblie mais correcte
- action de la mandibule correcte sur les aliments souples
- contraction de la langue présente
- respiration / blocage respiratoire absent
- remontée du larynx présent mais potentiellement ralenti (non observable en clinique)
- toux parfois
- voix mouillée parfois
- 2ème déglutition de purge présente
- Vidange buccale correcte après plusieurs déglutitions

➤ *Les gestes volontaires sont effectués correctement, malgré une baisse du tonus musculaire. La prise inspiratoire avant la déglutition est réduite, le blocage respiratoire est réduit. Le réflexe de toux est émoussé.*

### 9/ Comportement du patient lors du repas

- Pas de difficultés pour le repas observé

### 10/ L'observation contextuelle

- lieu du repas : à table chez elle avec son mari
- ambiance sonore et visuelle correcte, sans distracteurs
- les textures sont normales
- boissons ne sont pas épaissies
- aliments hyper-protéinés ne sont pas utilisés
- les ustensiles utilisés sont normaux

➤ *cette patiente est très au fait de la déglutition, des précautions nécessaires, des erreurs à éviter, même si le passage aux liquides épaissis reste difficile à envisager.*

### Conclusion

- Mme D. présente un SLA d'expression bulbaire, qui atteint donc **la tonicité et la motricité linguale, labiale, vélaire et laryngée.**
- Le déclenchement du **réflexe de toux s'émousse** et n'est plus systématique sur la salive ou les petites quantités de liquide

### Rééducation

- Les gestes de la protection des voies aériennes sont connus et généralement appliqués.
- L'accent rééducatif est mis sur **l'apprentissage de la prise inspiratoire** efficace avant la déglutition, afin de disposer d'un volume d'air suffisant pour tousser en cas de pénétration laryngée ou d'inhalation.
- **L'épaississement des liquides est nécessaire**, mais reste difficile à envisager pour Mme D.