



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ÉCOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE

Directeur : Professeur C. SIMON

LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE ET DIÉTÉTIQUE
DES PATIENTS DYSPHAGIQUES

INTÉRÊTS DE LA COOPÉRATION DES PROFESSIONNELS
LORS DE LA REPRISE ALIMENTAIRE APRÈS UNE CHIRURGIE ORL

Mémoire

présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

Par

Cécile ANTCZAK

Le

16 juin 2010

JURY

Président : Monsieur R. JANKOWSKI, Professeur en Médecine

Rapporteur : Madame M. SIMONIN, Orthophoniste

Assesseur : Madame M. BOVI, Diététicienne

ÉCOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE

Directeur : Professeur C. SIMON

LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE ET DIÉTÉTIQUE
DES PATIENTS DYSPHAGIQUES

INTÉRÊTS DE LA COOPÉRATION DES PROFESSIONNELS
LORS DE LA REPRISE ALIMENTAIRE APRÈS UNE CHIRURGIE ORL

Mémoire

présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

Par

Cécile ANTCZAK

Le

16 juin 2010

JURY

Président : Monsieur R. JANKOWSKI, Professeur en Médecine

Rapporteur : Madame M. SIMONIN, Orthophoniste

Assesseur : Madame M. BOVI, Diététicienne

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	7
INTRODUCTION	8
<u>PREMIÈRE PARTIE : ASSISES THÉORIQUES</u>	
1. PHYSIOLOGIE DE LA DÉGLUTITION	11
1.1 Temps oral	11
1.1.1 Phase préparatoire ou labio-buccale	11
1.1.2 Phase orale	12
1.2 Temps pharyngé	12
1.2.1 Les mécanismes de protection	12
1.2.2 Les mécanismes de propulsion	13
1.3 Temps œsophagien	14
2. CHIRURGIES PARTIELLES DU LARYNX ET CONSÉQUENCES SUR LA DÉGLUTITION	15
2.1 Classification internationale des tumeurs du larynx	15
2.1.1 Classification T	15
2.1.1.1 <i>Étage sus-glottique</i>	15
2.1.1.2 <i>Étage glottique</i>	16
2.1.1.3 <i>Étage sous-glottique</i>	16
2.1.2 Classification N	16
2.1.3 Classification M	17
2.2 Chirurgies du larynx	17
2.2.1 Laryngectomie frontale antérieure avec épiglottoplastie ou intervention de Kambic-Tucker	17
2.2.2 Hémilaryngopharyngectomie supracricoïdienne	18
2.2.3 Hémilaryngopharyngectomie supraglottique	18
2.2.4 Les laryngectomies partielles supraglottiques	18
2.2.4.1 <i>Limitées au larynx</i>	19
2.2.4.2 <i>Étendues au pharynx ou à la base de langue</i>	19

2.2.5 Les laryngectomies partielles supracricoïdiennes	19
2.2.5.1 Avec cricohyoïdopexie (CHP)	20
2.2.5.2 Avec cricohyoïdoépiglottopexie (CHEP)	20
2.3 Conséquences sur la déglutition	20
2.3.1 Perturbations du temps oral	21
2.3.2 Perturbations du temps pharyngé	21
2.3.3 Perturbations du temps œsophagien	22
3. CHIRURGIES MAXILLO-FACIALES ET CONSÉQUENCES SUR LA DÉGLUTITION	23
3.1 Les glossectomies	23
3.1.1 Classification internationale des tumeurs de la langue mobile	23
3.1.2 Les glossectomies totales	23
3.1.2.1 Glossectomie totale sans laryngectomie associée	23
3.1.2.2 Glossectomie totale avec laryngectomie	24
3.1.3 Les glossectomies partielles de langue mobile	25
3.1.3.1 Glossectomie marginale	25
3.1.3.2 Hémiglossectomie de langue mobile	25
3.1.3.3 Glossectomie transversale antérieure	25
3.1.3.4 Reconstruction	25
3.1.4 Conséquences des glossectomies sur la déglutition	26
3.2 La bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire	26
3.2.1 Classification internationale des tumeurs de l'oropharynx	27
3.2.2 Indications pour une bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire	27
3.2.2.1 Indications thérapeutiques pour une BPTM interruptrice	27
3.2.2.2 Indications pour une BPTM conservatrice	28
3.2.3 Principes chirurgicaux	28
3.2.3.1 Préparation de l'intervention	28
3.2.3.2 Exérèse chirurgicale	29
3.2.4 Conséquences de la BPTM sur la déglutition	30
4. CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE ET CONSÉQUENCES SUR LA DÉGLUTITION	31
4.1 La chimiothérapie	31

4.1.1 Indications et facteurs de décision pour une chimiothérapie	31
4.1.1.1 <i>Facteurs liés au malade</i>	31
4.1.1.2 <i>Facteurs liés à la tumeur</i>	31
4.1.1.3 <i>Traitements antérieurs</i>	32
4.1.2 Principes thérapeutiques	33
4.1.2.1 <i>Voies d'administration</i>	33
4.1.2.2 <i>Associations médicamenteuses</i>	33
4.1.2.3 <i>Associations thérapeutiques</i>	33
4.1.2.4 <i>Modes d'administration</i>	34
4.1.3 Effets indésirables de la chimiothérapie	34
4.2 La radiothérapie	35
4.2.1 Indications pour une radiothérapie exclusive	35
4.2.2 Associations thérapeutiques	36
4.2.2.1 <i>Association radiothérapie-chirurgie</i>	36
4.2.2.2 <i>Association radiothérapie-chimiothérapie</i>	36
4.2.3 Effets indésirables de la radiothérapie	37
5. LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE THÉORIQUE	39
5.1 L'information et l'écoute	39
5.2 Le bilan orthophonique	40
5.2.1 Objectifs du bilan	40
5.2.2 Étapes du bilan	40
5.2.2.1 <i>L'anamnèse</i>	40
5.2.2.2 <i>Le bilan clinique</i>	41
5.2.2.3 <i>Le bilan fonctionnel : essais de déglutition</i>	42
5.3 La prise en charge rééducative	43
5.3.1 Objectif de la prise en charge orthophonique	43
5.3.2 Travail préparatoire à la reprise de la déglutition	43
5.3.2.1 <i>Préparation de l'environnement</i>	43
5.3.2.2 <i>L'expectoration</i>	44
5.3.2.3 <i>Détente cervico-scapulaire</i>	44
5.3.2.4 <i>Respiration</i>	45
5.3.2.5 <i>Travail praxique</i>	45
5.3.3 Reprise de la déglutition et de l'alimentation	45

<i>5.3.3.1 Postures de sécurité et positions de compensation</i>	45
<i>5.3.3.2 Reprise de la déglutition</i>	46

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL

1. OBJECTIF ET PROBLÉMATIQUE	49
2. HYPOTHÈSES	50
3. MÉTHODOLOGIE	50
4. POPULATION	51

TROISIÈME PARTIE : TRAITEMENT DES RÉSULTATS

1. LA COOPÉRATION ORTHOPHONISTE-DIÉTÉTICIEN : LE POINT DE VUE DES DIÉTÉTICIENS	53
1.1 Le rôle du diététicien	53
1.1.1 À l'hôpital	53
1.1.2 À domicile	54
1.1.3 En centre de rééducation	55
1.2. La prise en charge diététique des patients	56
1.2.1 En préopératoire	56
1.2.2 En postopératoire	57
1.2.3 Pendant la radiothérapie et la chimiothérapie	58
1.2.4 À distance	58
1.2.5 Les attentes des patients	58
1.3. La coopération diététicien-orthophoniste	59
1.3.1 Déroulement de la coopération	59
1.3.1.1 À l'hôpital <i>Bon Secours de Metz</i>	59
1.3.1.2 À domicile	60
1.3.1.3 <i>Au centre de rééducation pour laryngectomisés Bon Sauveur d'Alby</i>	60
1.3.2 Demandes spécifiques des orthophonistes auprès du diététicien	61
1.3.3 Bénéfices orthophoniques de la prise en charge diététique	61
2. LA COOPÉRATION ORTHOPHONISTE-DIÉTÉTICIEN : LE POINT DE VUE DES ORTHOPHONISTES	63
2.1 Profil des orthophonistes	63

2.1.1 Type d'exercice professionnel	63
2.1.2 Type de patients pris en charge	64
2.1.3 Difficultés rencontrées lors de la prise en charge	65
2.2 La collaboration orthophonistes – diététiciens	66
2.2.1 Importance de la coopération	66
2.2.2 Apports de cette coopération à la prise en charge orthophonique	67
3. LA COOPÉRATION ORTHOPHONISTE-DIÉTÉTICIEN : LE POINT DE VUE DES PATIENTS	69
3.1 Profil des patients	70
3.2 Séquelles du traitement carcinologique	71
3.3 Intérêts de la prise en charge orthophonique et diététique	72
3.3.1 Bénéfices de la prise en charge orthophonique	73
3.3.2 Bénéfices de la prise en charge diététique	73
3.3.3 Intérêts de la coopération entre orthophonistes et diététiciens	74
<u>QUATRIÈME PARTIE : RÉOLUTION DE LA PROBLÉMATIQUE</u>	
1. VALIDATION DES HYPOTHÈSES	77
1.1 Première hypothèse	77
1.2 Deuxième hypothèse	77
1.3 Troisième hypothèse	78
2. DISCUSSION DES RÉSULTATS	79
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	82
ANNEXES	I

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur JANKOWSKI,

Pour m'avoir fait l'honneur d'être le président de ce jury

À Madame SIMONIN,

Pour son aide lors de l'élaboration de ce mémoire

Pour ses conseils et ses encouragements

À Madame BOVI,

Pour m'avoir fait partager son expérience

INTRODUCTION

Les cancers des voies aéro-digestives supérieures représentent actuellement 10 à 15 % de l'ensemble des cancers. Ils sont souvent à l'origine de troubles importants de la déglutition qui peuvent être une conséquence directe de la localisation et de l'importance de la tumeur cancéreuse ou une séquelle du traitement carcinologique. On parle de troubles de la déglutition ou de dysphagie lorsque le patient présente une incapacité totale ou partielle, définitive ou temporaire, à avaler par la bouche les aliments solides ou liquides. Ces troubles peuvent survenir de la mise en bouche des aliments jusqu'à leur passage dans l'estomac et provoquer des pneumopathies d'inhalation ou une altération de l'état nutritionnel du patient.

Tous les patients atteints d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures vont bénéficier d'une évaluation orthophonique de leur fonction de déglutition. Cette évaluation sera suivie, si nécessaire, d'une prise en charge rééducative des troubles dysphagiques dont l'objectif est de rétablir chez le patient une déglutition sans danger. Compte tenu du lien étroit qui existe entre la déglutition et l'alimentation, la rééducation orthophonique doit s'inscrire dans une prise en charge multidisciplinaire qui permette au patient de résoudre à la fois ses troubles dysphagiques et ses difficultés nutritionnelles et alimentaires. C'est dans ce cadre que les orthophonistes vont être amenés à coopérer avec les diététiciens.

Bien que la nécessité de coopération entre les paramédicaux soit largement admise, la collaboration entre les orthophonistes et les diététiciens est très peu développée dans la littérature. En outre, plusieurs témoignages de professionnels et de patients, recueillis lors de notre formation et sur nos lieux de stages, laissent à penser que les orthophonistes sont parfois démunis face à certaines difficultés alimentaires liées aux troubles dysphagiques de leurs patients et que ceux-ci connaissent parfois un bouleversement important de leur alimentation qui ne peut être entièrement résolu par la prise en charge orthophonique. Cela nous a donc amenée à nous questionner sur l'existence d'une coopération entre les diététiciens et les orthophonistes, sur le rôle du diététicien auprès des patients atteints d'un cancer de la sphère oto-rhino-laryngologique et sur les caractéristiques de la coopération entre orthophonistes et diététiciens.

L'objectif de ce mémoire est de mettre en lumière les intérêts de la coopération des orthophonistes et des diététiciens pour la prise en charge des troubles dysphagiques, notamment lors de la reprise alimentaire par voie orale après une chirurgie carcinologique des voies aéro-digestives supérieures. Nous nous sommes attachée à dégager le point de vue de chaque professionnel et des patients sur cette coopération.

Dans un premier temps, nous présenterons les bases théoriques et le dispositif expérimental sur lesquels s'appuie cette étude. Puis nous détaillerons les points de vue des professionnels et des patients sur cette coopération. Enfin, nous analyserons et commenterons nos résultats dans le but de répondre à la problématique.

Première Partie : Assises Théoriques

1. PHYSIOLOGIE DE LA DÉGLUTITION [2] [4] [7] [10] [14]

La déglutition est le processus permettant la progression des aliments de la bouche vers l'estomac. Elle nécessite une bonne mobilité des structures laryngées pour protéger les voies respiratoires. La fonction de déglutition se décompose en trois temps successifs : le temps oral ou buccal, le temps pharyngé et le temps œsophagien.

1.1 Temps oral

Il comprend deux étapes distinctes :

- une phase de préparation endobuccale avec la mastication, l'insalivation des aliments
- une phase orale pendant laquelle le bolus alimentaire est rassemblé sur le dos de la langue et propulsé vers le pharynx

1.1.1 Phase préparatoire ou labio-buccale

Elle est volontaire. Elle permet la préhension, la section, la mastication des solides et l'insalivation des aliments afin de former un bolus alimentaire homogène rassemblé sur le dos de la langue. Cette phase nécessite l'intervention des muscles et l'intégrité des nerfs suivants :

- l'orbiculaire des lèvres et le nerf facial VII pour la fermeture labiale
- les masséters, ptérygoïdiens et temporaux et le nerf trijumeaux V pour la mastication
- les muscles buccaux, jugaux et faciaux et le nerf facial VII pour la mise en tension de la bouche, des joues et de la face
- les muscles linguaux et le nerf hypoglosse XII pour les mouvements horizontaux et verticaux de la langue
- les muscles péristaphylins internes et le nerf pneumogastrique X pour l'élévation du voile du palais afin d'éviter le reflux des aliments dans les fosses nasales.

Lors de cette phase, des informations sont envoyées aux centres moteurs corticaux, la consistance liquide ou solide est reconnue ce qui va permettre une déglutition adaptée à la texture des aliments. C'est à ce stade que sont stimulées les papilles gustatives qui favorisent le plaisir de manger, le péristaltisme intestinal ainsi que les sécrétions pancréatiques et biliaires. C'est également lors de cette phase préparatoire que débute la digestion des glucides grâce à la sécrétion de l'amylase salivaire.

1.1.2 Phase orale

Comme la précédente, la phase orale est volontaire et contrôlable par le patient. Elle va permettre le transfert du bolus alimentaire vers le pharynx : le bolus est rassemblé sur le dos de la langue et collé contre le palais dur puis il est propulsé par la langue dans le pharynx. Cette phase nécessite la mise en action :

- des muscles linguaux afin d'assurer le maintien du bolus entre le palais dur et la langue et de permettre la propulsion de celui-ci grâce à des mouvements coordonnés de la langue à la fois verticaux et antéro-postérieurs.
- des muscles élévateurs du voile du palais afin que celui-ci s'élève vers l'arrière pour obturer le rhino-pharynx.

La force de propulsion de la langue varie avec l'importance du volume des aliments et les possibilités neuromusculaires du sujet.

La phase suivante de la déglutition est déclenchée lorsque le bolus franchit l'isthme du gosier délimité par le voile du palais en haut, les piliers antérieurs du voile sur les côtés et la base de la langue en bas.

1.2 Temps pharyngé

Cette deuxième phase de la déglutition est réflexe. Elle comprend le passage du bolus par l'isthme du gosier et le déclenchement réflexe de l'onde péristaltique pharyngée qui débute au niveau du rhino-pharynx et se propage de haut en bas vers la bouche supérieure de l'œsophage. Ce temps pharyngé est initié par la stimulation des récepteurs sensitifs oropharyngés situés sur la base de langue, dans les vallécules et sur la paroi postérieure de l'oropharynx. On constate lors de cette phase la mise en œuvre quasi simultanée de mécanismes de protection et de mécanismes de propulsion.

1.2.1 Les mécanismes de protection.

Ils sont au nombre de trois. Il s'agit de :

- l'inhibition des centres respiratoires
- la fermeture vélo-pharyngée
- l'ascension et l'occlusion du larynx

L'inhibition des centres respiratoires consiste en une interruption temporaire de la fonction respiratoire : le réflexe de déglutition s'accompagne d'un réflexe d'inhibition respiratoire avec apnée qui débute avant l'entrée du bol alimentaire dans l'oropharynx et se termine après son passage dans la bouche supérieure de l'œsophage.

La fermeture vélo-pharyngée va protéger le cavum et les fosses nasales évitant ainsi tout reflux nasal. Le voile déjà relevé lors du temps oral s'applique contre la paroi postérieure du pharynx. Il se produit un rétrécissement de l'isthme pharyngo-nasal : les muscles pharyngo-staphylins rapprochent les deux piliers postérieurs et la paroi pharyngée se contracte grâce au muscle constricteur supérieur. Le voile s'épaissit et se raccourcit sous l'effet du muscle palato-staphylin ou azygos de la luette.

L'ascension et l'occlusion laryngées sont indispensables à la protection des voies aériennes et vont permettre le passage du bol alimentaire vers l'hypopharynx.

L'ascension laryngée ne peut se produire que lorsque la mâchoire est immobilisée, la déglutition n'est donc possible que la bouche fermée. Une fois la mandibule fixée, l'ascension laryngée peut se réaliser grâce à l'élévation de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde qui entraînent le larynx en haut et en avant sous la base de langue. Les muscles du plancher buccal entrent en jeu : le mylo-hyoïdien, le génio-hyoïdien et le ventre antérieur du digastrique, auquel se joint le stylo-hyoïdien, élèvent l'os hyoïde. Celui-ci entraîne avec lui le cartilage thyroïde qui s'élève grâce à l'action du muscle thyro-hyoïdien.

L'occlusion laryngée est obtenue par la fermeture des cordes vocales et des bandes ventriculaires et par la bascule en arrière de l'épiglotte. La fermeture des cordes vocales et des bandes ventriculaires s'effectue grâce à l'action des muscles thyro-aryténoïdiens, constricteurs du larynx. La bascule de l'épiglotte sur le vestibule laryngé est le résultat de la pression de la base de langue, de la contraction des muscles ary-épiglottiques et de l'ascension du larynx.

Le positionnement de l'épiglotte et l'ascension du larynx sous la base de langue vont faciliter l'écoulement du bol alimentaire vers l'hypopharynx.

1.2.2 Les mécanismes de propulsion

Le passage du bol alimentaire dans le pharynx s'effectue en moins d'une seconde. La propulsion pharyngée se produit grâce à une onde péristaltique due à un

raccourcissement vertical du pharynx et à la constriction horizontale des muscles constricteurs supérieurs, moyens puis inférieurs du pharynx. Le bol alimentaire est alors propulsé dans les gouttières pharyngo-laryngées ou sinus piriformes puis vers le sphincter supérieur de l'œsophage. Au repos, celui-ci est maintenu fermé par le chaton cricoïdien appliqué contre la paroi pharyngée postérieure. Pendant la déglutition, l'élévation du larynx isole le cricoïde de la paroi postérieure du pharynx et permet le relâchement de la bouche supérieure de l'œsophage et son ouverture mécanique. La relaxation du sphincter débute lors de l'initiation du péristaltisme pharyngé. La coordination entre ces mécanismes de propulsion et l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage permet le passage du bolus dans l'œsophage. Le sphincter se referme dès que le bol alimentaire est passé dans l'œsophage.

1.3 Temps œsophagien

Cette troisième phase de la déglutition est réflexe. Elle correspond à la progression du bolus de la bouche supérieure au sphincter inférieur de l'œsophage. Cette progression s'effectue grâce à l'onde péristaltique œsophagienne qui se déclenche juste après le passage du bol alimentaire par la bouche supérieure de l'œsophage et qui assure son cheminement vers l'estomac. Le temps œsophagien est la phase terminale de la déglutition. À ce stade, le larynx, le pharynx et le voile du palais reprennent leur position initiale et la respiration peut reprendre.

En cas de tumeur cancéreuse de la sphère ORL, particulièrement au niveau de la cavité buccale, du pharynx et du larynx, ces mécanismes de déglutition seront altérés.

Ces perturbations peuvent être causées par la tumeur elle-même et varier en fonction de son étendue et de sa localisation ou être des séquelles des différents traitements carcinologiques : chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie.

2. CHIRURGIES PARTIELLES DU LARYNX ET CONSÉQUENCES SUR LA DÉGLUTITION [2] [3] [7] [9] [15]

Il existe de nombreux principes chirurgicaux pour le traitement des cancers du larynx. Leur choix est déterminé par la localisation et l'étendue de la tumeur. S'il est possible de sauvegarder le cartilage cricoïde et une unité aryénoïdienne, une chirurgie partielle du larynx pourra être réalisée. Celle-ci permet, contrairement à la laryngectomie totale, d'éviter une mutilation importante et de préserver les fonctions laryngées de déglutition, de respiration et de phonation.

Toutefois, les laryngectomies partielles, dont les principaux principes chirurgicaux sont décrits ci-après, ne sont pas sans conséquences pour la déglutition.

2.1 Classification internationale des tumeurs du larynx

L'un des facteurs de décision de la réalisation d'une chirurgie partielle du larynx est l'extension de la tumeur. L'importance de l'extension anatomique de la tumeur cancéreuse est déterminée par la classification TNM.

2.1.1 Classification T

- TX: la tumeur primitive ne peut être évaluée
- T0 : pas de signe de tumeur primitive

2.1.1.1 Étage sus-glottique

- T1 : tumeur limitée à une sous-localisation de l'étage sus-glottique avec mobilité normale des cordes vocales.
- T2 : tumeur envahissant plus d'une sous-localisation de l'étage sus-glottique, glottique ou extra-glottique (muqueuse de la base de la langue, vallécule, paroi interne du sinus piriforme) sans fixité du larynx (avec mobilité normale des cordes vocales)
- T3 : tumeur limitée au larynx avec fixité glottique et/ou envahissement de la région rétro-cricoïdienne, de la loge pré-épiglottique, de l'espace para-glottique ou de la partie profonde de la base de la langue.
- T4a : tumeur envahissant le cartilage thyroïde et/ou des structures extra-laryngées : trachée, tissus mous du cou (incluant la musculature profonde ou extrinsèque de la

langue, génioglosse, hyoglosse, palatoglosse et styloglosse), les muscles sous-hyoïdiens, la glande thyroïde et l'œsophage.

- T4b : tumeur envahissant l'espace pré-vertébral, les structures médiastinales ou atteignant la carotide interne.

2.1.1.2 Étage glottique

- T1 : tumeur limitée aux cordes vocales, pouvant atteindre la commissure antérieure ou postérieure, avec une mobilité normale. T1a : tumeur unilatérale. T1b : tumeur bilatérale.

- T2 : tumeur étendue à l'étage sus-glottique et/ou sous-glottique et/ou diminution de la mobilité de la corde vocale.

- T3 : tumeur limitée au larynx avec fixation de la corde vocale et/ou envahissement de l'espace para-glottique et/ou érosion minime du cartilage thyroïde (périchondre interne).

- T4a : tumeur envahissant le cartilage thyroïde ou les tissus extra-laryngés.

- T4b : tumeur envahissant l'espace pré-vertébral, les structures médiastinales, ou englobant l'artère carotide.

2.1.1.3 Étage sous-glottique

- T1 : tumeur limitée à la sous-glotte

- T2 : tumeur étendue au plan glottique, à une ou deux cordes vocales, avec mobilité normale ou diminuée.

- T3 : tumeur limitée au larynx avec fixation d'une corde vocale.

- T4a : tumeur envahissant le cartilage thyroïde ou les tissus extra-laryngés.

- T4b : tumeur envahissant l'espace pré-vertébral, les structures médiastinales, ou englobant l'artère carotide.

2.1.2 Classification N

- N0 : pas de signes d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux

- N1 : métastase dans un seul ganglion lymphatique homolatéral ≤ 3 centimètres dans son plus grand diamètre.

- N2 : métastase unique dans un seul ganglion lymphatique homolatéral > 3 centimètres et ≤ 6 centimètres dans son plus grand diamètre ou métastases ganglionnaires homolatérales multiples toutes ≤ 6 centimètres.
- N2a : métastase dans un seul ganglion lymphatique > 3 centimètres mais ≤ 6 centimètres
- N2b : métastases homolatérales multiples toutes ≤ 6 centimètres
- N2c : métastases bilatérales ou controlatérales ≤ 6 centimètres
- N3 : métastase dans un ganglion lymphatique > 6 centimètres dans son plus grand diamètre.

2.1.3 Classification M

- M0 : pas de signes de métastases à distance.
- M1 : présence de métastases à distance.

2.2 Chirurgies du larynx

Les chirurgies partielles du larynx décrites dans la littérature sont nombreuses. Nous exposerons ci-dessous les chirurgies les plus fréquemment évoquées et les plus susceptibles de provoquer des troubles dysphagiques.

2.2.1 Laryngectomie frontale antérieure avec épiglottoplastie ou intervention de Kambic-Tucker

Ce principe chirurgical s'adresse aux tumeurs superficielles des deux cordes vocales respectant au moins l'un des aryténoïdes et n'atteignant pas le cartilage thyroïde.

Cette intervention chirurgicale va entraîner l'ablation :

- des deux cordes vocales
- des deux bandes ventriculaires
- parfois d'un aryténoïde
- la moitié antérieure des deux ailes du cartilage thyroïde.

Le cartilage cricoïde, l'épiglotte, un ou deux aryténoïdes et la moitié postérieure des ailes thyroïdiennes sont conservés. La reconstruction du cartilage thyroïde est assurée

par l'abaissement de l'épiglotte dans un plan frontal qui est suturée en bas au cartilage cricoïde et latéralement aux ailes thyroïdiennes restantes.

2.2.2 Hémilaryngopharyngectomie supracricoïdienne

Cette intervention est indiquée pour les tumeurs de la margelle latérale ainsi que pour le traitement des tumeurs de la portion membraneuse du sinus piriforme.

Elle a pour principe de réaliser l'exérèse en bloc de l'hémi-larynx avec le sinus piriforme attenant. Seront supprimés :

- une hémi-épiglotte
- une bande ventriculaire
- une corde vocale
- un aryténoïde
- une aile thyroïdienne
- une partie du sinus piriforme (partie haute du mur médial du sinus piriforme)

L'hémi-larynx controlatéral ainsi que la paroi postérieure de l'hypopharynx sont conservés. La fermeture est assurée, vers le haut, par une suture muqueuse et, vers le bas, par un lambeau sous-hyoïdien suturé à la paroi hypopharyngée postérieure.

2.2.3 Hémilaryngopharyngectomie supraglottique

Ce principe chirurgical est indiqué principalement pour les tumeurs de la margelle latérale sans extension vers le sinus piriforme ou l'aryténoïde. Il se fait sur le même principe que l'hémilaryngopharyngectomie supracricoïdienne mais le plan glottique est conservé : les suites opératoires sont par conséquent plus simples et les risques de fausses routes lors de la reprise de la déglutition sont moins importants.

2.2.4 Les laryngectomies partielles supraglottiques

Les chirurgies partielles supraglottiques sont indiquées pour le traitement des tumeurs supraglottiques, de la margelle laryngée ou des trois replis. Le principe de ces chirurgies est l'exérèse partielle ou totale de l'étage supraglottique du larynx.

2.2.4.1 Limitées au larynx

Lorsque la laryngectomie partielle supraglottique est limitée au larynx, il y aura ablation :

- du 1/3 supérieur du cartilage thyroïde
- de l'épiglotte
- des 2/3 antérieurs des bandes ventriculaires

Les deux cordes vocales, les deux aryténoïdes et les 2/3 inférieurs du cartilage thyroïde sont conservés. La fermeture se fait par thyro-glosso-pexie : la base de la langue est suturée au bord supérieur du cartilage thyroïde restant et se trouve ainsi juste au-dessus des cordes vocales.

Les troubles de la déglutition après cette intervention chirurgicale sont réduits car le sphincter laryngé est peu modifié, cependant ce type de chirurgie peut être étendue au pharynx et/ou à la base de langue avec des conséquences plus néfastes sur la déglutition.

2.2.4.2 Étendues au pharynx ou à la base de langue

Dans ces cas, l'intervention décrite ci-dessus pourra être étendue à la vallécule, à l'os hyoïde et/ou à la base de langue vers le haut, au carrefour des trois replis, à la partie haute du sinus piriforme et/ou au repli ary-épiglottique latéralement.

Les éléments anatomiques conservés lors d'une laryngectomie partielle supraglottique limitée au larynx le sont aussi lors de cette intervention mais il pourra y avoir résection partielle ou totale d'un cartilage aryténoïde. La fermeture se fait également par thyro-glosso-pexie. La sévérité des troubles de la déglutition sera fonction de l'importance de l'exérèse des éléments anatomiques.

2.2.5 Les laryngectomies partielles supracricoïdiennes

Ces interventions ont en commun l'exérèse du cartilage thyroïde, la conservation du cricoïde, de l'os hyoïde et au moins d'une unité fonctionnelle aryténoïdienne. En fonction de l'intervention, l'épiglotte peut être laissée en place ou non. On distingue principalement deux types d'interventions, la laryngectomie partielle supracricoïdienne

avec cricohyoïdopexie (CHP), et la laryngectomie partielle supracricoïdienne avec cricohyoïdoépiglottopexie (CHEP).

2.2.5.1 avec cricohyoïdopexie (CHP)

Les indications de cette chirurgie sont le traitement des tumeurs supraglottiques à extension glottique et conservant la mobilité des aryténoïdes, les tumeurs du ventricule et de la commissure antérieure. L'intervention va entraîner l'exérèse :

- des deux cordes vocales
- des deux bandes ventriculaires
- de la totalité de l'épiglotte
- de la loge hyo-thyro-épiglottique
- parfois d'un cartilage aryténoïde

La reconstruction se fait par pexie¹ du cartilage cricoïde à l'os hyoïde et la base de la langue.

2.2.5.2 Avec cricohyoïdoépiglottopexie (CHEP)

Ce principe chirurgical est indiqué en cas de cancer glottique avec corde fixée et aryténoïde mobile, de cancer glottique bilatéral et de cancer glottique avec extension superficielle à la commissure antérieure ou au plancher du ventricule. Il diffère de la CHP par la conservation de la partie haute de l'épiglotte (épiglotte sus-hyoïdienne).

Lors de cette intervention, seront supprimés :

- les deux cordes vocales
- les deux bandes ventriculaires
- l'épiglotte sous-hyoïdienne
- parfois un aryténoïde

La fermeture se fait par le rapprochement du cartilage cricoïde de l'os hyoïde et de la base de la langue en incluant l'épiglotte restante qui permet de rétrécir le néolarynx.

2.3 Conséquences sur la déglutition

Toutes les interventions chirurgicales décrites ci-dessus vont provoquer une atteinte du sphincter laryngé et vont nécessiter, dans un premier temps, la mise en place d'une

¹ Suture

canule de trachéotomie et d'une sonde nasogastrique chez le patient. On va également constater, en fonction des modifications anatomiques provoquées par chaque type de chirurgie, différentes perturbations pouvant atteindre chacun des trois temps de la déglutition. Plus l'intervention et les modifications anatomiques sont lourdes, plus les conséquences sur la déglutition seront importantes.

2.3.1 Perturbations du temps oral

Le temps oral de la déglutition va être atteint en cas d'ablation d'une partie de la base de langue. Cette résection va entraîner une diminution de l'efficacité du coup de piston lingual et de la propulsion du bol alimentaire vers le pharynx. De plus, la réduction de la masse de la base de langue ne permettra plus une protection efficace du sphincter laryngé.

2.3.2 Perturbations du temps pharyngé

C'est le temps le plus perturbé après une chirurgie partielle du pharyngo-larynx. On pourra constater les troubles suivants :

- une atteinte de l'occlusion laryngée lors de la déglutition due à une altération de l'adduction des cordes vocales, des bandes ventriculaires et de la mobilité aryénoïdienne. La fonction sphinctérienne du larynx peut également être perturbée par la suppression d'un aryénoïde ou une atteinte du nerf récurrent qui affecte la fermeture laryngée.
- une altération de la protection des voies aériennes provoquée par une atteinte de l'ascension laryngée, une modification ou une résection de l'épiglotte et une apnée plus difficile à réaliser suite à la perte d'efficacité du sphincter laryngé.
- des troubles de la sensibilité pharyngée et laryngée qui s'expliquent par la section ou l'atteinte du nerf laryngé supérieur. La localisation de la nourriture et le réflexe de protection des voies respiratoires seront diminués et/ou retardés. Ces troubles de la sensibilité pourront être à l'origine de fausses routes.
- une perturbation du péristaltisme pharyngé, qui peut être une conséquence de la résection du sinus piriforme, et qui va altérer la propulsion du bol alimentaire vers la

bouche supérieure de l'œsophage. L'ablation d'un sinus piriforme peut également provoquer des fausses routes dues à des stases alimentaires et salivaires.

- une production abondante de salive et de sécrétions provoquée par l'intervention chirurgicale. Celles-ci peuvent stagner au niveau du larynx et gêner le déroulement de la déglutition en entraînant des fausses routes.

2.3.3 Perturbations du temps œsophagien

Cette phase va être perturbée suite à une hémilaryngopharyngectomie supracricoidienne : on va en effet pouvoir constater une rotation de la bouche de l'œsophage qui va occasionner des troubles de ce troisième temps de la déglutition.

Les chirurgies partielles du larynx ont des conséquences importantes sur les mécanismes de déglutition, notamment lors du temps pharyngé. Les tumeurs cancéreuses de la sphère ORL peuvent aussi être localisées au niveau de la cavité buccale ou de l'oropharynx et nécessiter une chirurgie maxillo-faciale. Ces chirurgies vont également avoir des conséquences importantes sur la physiologie de la déglutition.

3. CHIRURGIES MAXILLO-FACIALES ET CONSÉQUENCES SUR LA DÉGLUTITION [3] [7] [11] [16] [18] [20]

Comme pour les chirurgies du larynx, le choix du principe chirurgical pour les tumeurs de la cavité buccale et de l'oropharynx va être déterminé par la localisation et l'étendue de la tumeur.

3.1 Les glossectomies

La glossectomie est une chirurgie qui s'adresse aux tumeurs de la langue mobile.

3.1.1 Classification internationale des tumeurs de la langue mobile

- TX: la tumeur primitive ne peut être évaluée
- T0 : pas de signe de tumeur primitive
- T1 : lésion de l'un des bords libres de la langue mobile, inférieure ou égale à 2 cm dans sa plus grande dimension.
- T2 : lésion de l'un des bords libres de la langue mobile, supérieure à 2 cm mais inférieure ou égale à 4 cm dans sa plus grande dimension.
- T3 : lésion de l'un des bords libres de la langue mobile, supérieure à 4cm dans sa plus grande dimension.
- T4 : lésion de l'un des bords libres de la langue envahissant les structures adjacentes (par exemple : os, muscles extrinsèques de la langue, sinus maxillaire, peau)

3.1.2 Les glossectomies totales

3.1.2.1 Glossectomie totale sans laryngectomie associée

La glossectomie totale peut être indiquée en chirurgie de première intention ou en chirurgie de rattrapage, après l'échec d'une radiothérapie, dans les cas de cancers atteignant la totalité ou quasi-totalité de la langue, avec une masse musculaire qui va être envahie de façon centrifuge à partir de la langue mobile, de la base de langue ou de la zone de jonction. L'atteinte se traduit par l'augmentation du volume de la langue infiltrée qui vient au contact des dents ou qui recouvre les gencives, en l'absence de dents, rendant la protraction impossible et perturbant fortement la phonation et la

déglutition. Généralement, ce type de chirurgie est privilégié en cas de tumeur restant localisée à la langue ou infiltrant le plancher buccal sans adhérer à la mandibule.

Quelque soit l'atteinte du plancher buccal, l'exérèse de la langue se fera par ablation en un bloc de l'étage inférieur de la face. Lors de l'intervention, seront supprimés :

- la totalité de la langue
- le plancher muqueux
- les régions sous-maxillaire et sous-mentale
- toute la sangle musculaire s'insérant sous la mandibule
- l'os hyoïde

La reconstruction après ce type de chirurgie se fait classiquement grâce à un lambeau musculo-cutané de grand pectoral, de grand dorsal voire de trapèze. L'objectif de la reconstruction est de réaliser un plancher buccal permettant le transit des aliments vers l'isthme oropharyngé tout en s'efforçant de préserver la possibilité d'ascension du larynx lors de la déglutition afin de protéger au mieux les voies aériennes. On peut également avoir recours à une transplantation tissulaire qui permet une meilleure conservation de la mobilité du larynx lors de la déglutition.

3.1.2.2 Glossectomie totale avec laryngectomie

Ce principe chirurgical entraîne une mutilation extrêmement importante chez le patient : la déglutition sera laborieuse et l'acquisition d'une voix œsophagienne impossible.

L'amputation du larynx est justifiée en cas d'extension pharyngo-laryngée de la tumeur ou en cas de fausses routes broncho-pulmonaires après la résection linguale. Une laryngectomie totale classique sera associée à la glossectomie totale décrite ci-dessus.

La reconstruction se fait également grâce à un lambeau musculo-cutané de grand pectoral ou de grand dorsal. Des moyens de reconstruction plus sophistiqués, comme la transplantation tissulaire, sont peu susceptibles d'améliorer les résultats fonctionnels (contrairement à la glossectomie totale préservant le larynx). Après l'amputation glosso-laryngée, le bol alimentaire parvient à la bouche supérieure de l'œsophage par simple gravité et par la mise en action des muscles constricteurs du pharynx.

3.1.3 Les glossectomies partielles de langue mobile

3.1.3.1 Glossectomie marginale

La glossectomie marginale est préconisée en cas de tumeurs T1 de la langue mobile quelle que soit leur situation. Cette chirurgie emporte le quart du volume de la langue mobile.

3.1.3.2 Hémi-glossectomie de langue mobile

Ce principe chirurgical s'adresse à des tumeurs T3 de la langue mobile. Il s'agit d'une exérèse de la partie de la langue mobile qui va de la pointe de langue jusqu'au V lingual en suivant la ligne médiane.

En cas d'atteinte du plancher buccal, l'hémi-glossectomie de langue mobile peut être associée à une exérèse partielle de celui-ci. Il s'agit alors d'une hémi-pelvi-glossectomie. En cas d'exérèse mandibulaire associée, il s'agit d'une hémi-pelvi-glosso-mandibulectomie.

3.1.3.3 Glossectomie transversale antérieure

Cette chirurgie s'adresse à des tumeurs qui atteignent ou dépassent la ligne médiane de la langue mobile mais qui restent à distance des zones de jonction linguale. La totalité de la langue mobile est amputée. Elle peut si nécessaire être associée à une exérèse du plancher buccal et parfois de la mandibule.

La préservation de la base de langue et de sa mobilité va permettre d'obtenir de bons résultats fonctionnels malgré l'importance de la masse linguale supprimée.

3.1.3.4 Reconstruction

En fonction de l'exérèse, la reconstruction peut se faire grâce à une simple suture ou par la greffe d'un lambeau de peau ou de muqueuse, qui peut être pédiculé (et prélevé dans la région thoracique par exemple) ou micro-anastomosé (comme le lambeau cutané de l'avant-bras). L'objectif est d'obtenir le meilleur résultat fonctionnel possible en respectant la mobilité de la langue mobile restante.

Pour la glossectomie transversale antérieure, la reconstruction peut se faire grâce à un lambeau musculo-cutané de grand pectoral, de trapèze ou encore de grand dorsal. L'impératif de la reconstruction est de préserver au maximum la mobilité de la base de langue restante, le lambeau utilisé pour la reconstruction ne doit donc pas être trop volumineux afin de ne pas l'immobiliser.

3.1.4 Conséquences des glossectomies sur la déglutition

L'importance des séquelles constatées après une des interventions décrites ci-dessus va varier en fonction de l'étendue de l'exérèse chirurgicale. Après une glossectomie, on peut constater les perturbations suivantes :

- une réduction, voire une perte de la mobilité linguale, qui va entraîner une altération de la mastication, du contrôle et de la propulsion du bol alimentaire vers le pharynx et, par conséquent, des stases alimentaires au niveau buccal
- des troubles de la sensibilité au niveau de la zone de résection et de la suture. Cette altération de la sensibilité et la présence de stases alimentaires vont favoriser les fausses routes avant la déglutition. Ces fausses routes avant la déglutition sont aggravées en cas de résection de la base de langue
- des fausses routes pendant la déglutition provoquées par les difficultés de propulsion du bol alimentaire
- un défaut de déclenchement du temps pharyngé
- une incontinence labiale salivaire et alimentaire

3.2 La bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire (BPTM)

La BPTM est une chirurgie qui s'adresse aux tumeurs atteignant la cavité buccale et l'oropharynx. Les cancers de l'oropharynx sont souvent diagnostiqués tardivement, chez des patients présentant un mauvais état général, c'est pourquoi la chirurgie occupe une place prépondérante dans le traitement de ce type de cancers.

Lors d'une BPTM, la mandibule peut être ou non conservée. Lorsqu'elle est réséquée, on parle de bucco-pharyngectomie transmandibulaire interruptrice. Dans le cas inverse, on parle de bucco-pharyngectomie transmandibulaire conservatrice.

3.2.1 Classification internationale des tumeurs de l'oropharynx

- T1 : tumeur inférieure ou égale à 2 cm dans son plus grand diamètre.
- T2 : tumeur supérieure à 2 cm et inférieure ou égale à 4cm dans son plus grand diamètre.
- T3 : tumeur de plus de 4 cm dans son plus grand diamètre, limitée à l'oropharynx
- T4 : tumeur dépassant les limites de l'oropharynx (cavum, hypopharynx, cavité buccale...) ou s'étendant aux structures voisines (muscles, os, peau).

3.2.2 Indications pour une bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire (BPTM)

La BPTM peut être indiquée comme chirurgie première d'une tumeur oropharyngée, associée à une radiothérapie et/ou une chimiothérapie ou comme chirurgie de rattrapage après une radiothérapie exclusive ou une radiochimiothérapie, les suites opératoires étant cependant plus délicates avec un risque accru d'œdème retardant la reprise de l'alimentation per os² et le retrait de la canule.

Il existe des contre-indications, essentiellement médicales, à la BPTM qui sera évitée chez un patient présentant une dénutrition importante, des fonctions broncho-pulmonaires altérées, en cas d'extensions locales trop massives ou encore de tumeurs liées à des adénopathies fixées.

3.2.2.1 Indications thérapeutiques pour une BPTM interruptrice

La bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire interruptrice est préconisée dans les cas suivants :

- les tumeurs de la loge amygdalienne, infiltrant les muscles masticateurs qui rejoignent la face interne de l'angle mandibulaire.
- les tumeurs de la paroi oropharyngée latérale présentant un fort risque d'extension locorégionale au niveau du voile du palais, de la commissure intermaxillaire, du sillon amygdaloglosse, du repli amygdaloglosse, de la partie postérieure du plancher buccal, de la paroi pharyngée postérieure et de la base de langue

² Par la bouche

- les tumeurs adhérant à la table interne de la mandibule ou avec infiltration osseuse
- d'une manière générale, toutes tumeurs volumineuses et infiltrantes qui ne permettent pas un traitement conservateur de l'arche mandibulaire.

L'exérèse de la mandibule n'est pas forcément la conséquence d'un envahissement mandibulaire par la tumeur cancéreuse. Généralement, c'est l'importance de la tumeur et sa proximité de l'os qui justifie cette chirurgie interruptrice. Elle va également être indiquée après une radiothérapie car elle réduit les risques de complications.

3.2.2.2 Indications pour une BPTM conservatrice

Dans de nombreux cas, la résection de la tumeur oropharyngée ne nécessite pas l'ablation de la mandibule. La bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire conservatrice sera donc indiquée pour :

- les cancers de l'oropharynx se développant au niveau des tissus mous, n'adhérant pas à la table interne de la mandibule et infiltrant peu l'espace parapharyngé
- les tumeurs qui se développent au niveau de la zone de jonction linguale susceptibles de s'étendre au niveau du plancher buccal postérieur, de la langue mobile, du sillon amygdalodolose, de la base de langue et de manière limitée sur la paroi oropharyngée latérale.
- les tumeurs situées dans le bas de l'oropharynx

3.2.3 Principes chirurgicaux

3.2.3.1 Préparation de l'intervention

Avant l'intervention chirurgicale, la préparation du patient comporte un sevrage alcoolotabagique, un contrôle de ses éventuels désordres nutritionnels et un bilan dentaire suivi d'une mise en état bucco-dentaire si nécessaire.

Lors de l'intervention, une sonde nasogastrique est mise en place. Elle sera maintenue jusqu'à la reprise d'une alimentation orale avec un apport hydrique et calorique suffisant. Dans la majorité des cas, cette chirurgie nécessite également la réalisation d'une trachéotomie justifiée par les risques de gêne respiratoire causée par l'œdème postopératoire du carrefour pharyngé, les difficultés d'expectoration dans les suites

opératoires immédiates et les possibles fausses routes lors de la reprise d'une alimentation classique.

Enfin, l'exérèse de la tumeur cancéreuse va être précédée, d'une manière quasi systématique, d'un curage cervical uni ou bilatéral car les tumeurs oropharyngées sont particulièrement lymphophiles. Les curages sont généralement réalisés avant l'ablation de la tumeur mais il se peut, en cas de lésions étendues, que la tumeur et les adénopathies en contiguïté immédiate soient réséquées en "monobloc".

3.2.3.2 Exérèse chirurgicale

L'exérèse pratiquée lors de la bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire dépend essentiellement de l'étendue de la lésion cancéreuse qui va nécessiter une marge de résection d'au moins un centimètre dans toutes les directions. Lors de l'intervention, une partie plus ou moins importante des éléments suivants pourra être réséquée :

- la loge amygdalienne
- le voile du palais
- la base de langue et la langue mobile
- le plancher buccal
- la paroi oropharyngée latérale

Une étendue de la lésion vers le bas pourra entraîner une ablation de l'épiglotte sus-hyoïdienne et de la vallécule et une section de l'os hyoïde afin d'améliorer les conditions d'exérèse dans la région des trois replis.

S'il s'agit d'une BPTM interruptrice, une partie de la mandibule sera également réséquée, en fonction de l'importance de la tumeur. En cas de BPTM conservatrice, la mandibule sera sectionnée afin d'exposer la tumeur cancéreuse mais une ostéosynthèse sera réalisée en fin d'intervention pour reconstituer la continuité mandibulaire.

Si l'exérèse est limitée, la reconstruction peut s'effectuer par simple rapprochement de la muqueuse du plancher buccal et de la joue. Si la tumeur a nécessité une ablation importante des tissus mous, la reconstruction se fera à l'aide d'un lambeau musculo-cutané généralement de grand pectoral ou de grand dorsal.

3.2.4 Conséquences de la BPTM sur la déglutition et l'alimentation

Après une BPTM, on peut constater les perturbations suivantes :

- des troubles plus ou moins gênants de l'ouverture et de la fermeture de la bouche qui peuvent entraîner des difficultés de préhension des aliments.
- des difficultés de mastication de certains aliments qui vont être majorées en cas de BPTM interruptrice
- des stases intrabuccales alimentaires et salivaires
- une insensibilité au niveau du menton et de la lèvre inférieure rendant l'occlusion labiale défectueuse et provoquant un défaut de contention des aliments et de la salive
- une altération de l'efficacité du sphincter vélo-pharyngé : elle est provoquée par une exérèse du voile du palais associée à une résection d'une partie de la base de langue et peut entraîner un risque de fausses routes avant la déglutition, notamment pour les liquides
- un retard de déclenchement du réflexe de déglutition dû à une altération de la sensibilité provoquée par la reconstruction par lambeaux.
- des stases au niveau des vallécules ou de la paroi de l'hypopharynx qui vont être à l'origine de fausses routes trachéales après la déglutition. Ces stases sont dues à une diminution de la force de propulsion des aliments provoquée par l'exérèse de la base de langue et/ou des muscles constricteurs du pharynx. En cas de BPTM interruptrice, l'exérèse de la branche montante de la mandibule entraîne une asymétrie de la remontée du larynx. Cette asymétrie limite l'ouverture passive du sphincter de l'œsophage et majore le risque de formation de stases valléculaires et de fausses routes trachéales.

Des troubles de la déglutition peuvent également apparaître pendant ou après un traitement par chimiothérapie et/ou radiothérapie et peuvent être majorés si ce traitement est associé à une chirurgie.

4. CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE ET CONSÉQUENCES SUR LA DÉGLUTITION [1] [5] [6] [8] [12] [13] [17] [19]

4.1 La chimiothérapie

La chimiothérapie est l'un des éléments fondamentaux de la thérapeutique des cancers. C'est un traitement médicamenteux agissant sur les cellules cancéreuses soit en les détruisant soit en les empêchant de se multiplier.

4.1.1 Indications et facteurs de décision pour une chimiothérapie

Actuellement, la chimiothérapie est très efficace mais reste toxique, c'est pourquoi la mise en route d'un traitement chimiothérapique ne doit pas se décider "au hasard" mais doit répondre à des critères précis concernant le malade, la tumeur et le traitement.

4.1.1.1 Facteurs liés au malade

Ce sont généralement des facteurs négatifs. Les deux facteurs principaux qui constituent des contre-indications relatives ou absolues à une chimiothérapie sont l'âge du patient et son état général.

En effet, les patients présentant un âge déjà avancé supportent moins bien les effets toxiques de la chimiothérapie que les sujets plus jeunes. Cela entraîne une diminution des doses médicamenteuses et de l'intensité du traitement.

En outre, en cas de mauvais état général, une chimiothérapie active risque de précipiter une évolution fatale avant même d'être efficace.

4.1.1.2 Facteurs liés à la tumeur

L'extension et la localisation de la tumeur peut déterminer la mise en route d'une chimiothérapie quand les traitements classiques, par chirurgie ou irradiation, sont insuffisants pour offrir un maximum de chances de guérison. La chimiothérapie est également justifiée en cas de tumeur primitive volumineuse et de la forte probabilité de métastases induite par cet important volume tumoral.

La variété histologique de la tumeur peut être un facteur négatif ou un facteur positif : pour certaines formes tumorales peu chimio-sensibles³, la probabilité de réponse objective à la chimiothérapie sera faible voire nulle, contrairement à d'autres formes tumorales particulièrement chimio-sensibles.

Le caractère évolutif de la tumeur peut également être une indication pour une chimiothérapie, surtout dans les cas extrêmes. Dans les cancers à évolution très lente, la chimiothérapie a peu de chances d'être efficace ou, si elle l'est, l'apparition d'effets toxiques cumulatifs risque de se produire avant l'émergence du moindre bénéfice objectif. À l'inverse, les tumeurs rapidement évolutives, à fort risque inflammatoire, et dont le pronostic à court terme est particulièrement défavorable, répondent généralement bien à la chimiothérapie, probablement à cause de la rapidité de la division cellulaire ou de leur vascularisation très importante favorisant l'action médicamenteuse.

4.1.1.3 Traitements antérieurs

Il faut toujours tenir compte d'éventuels traitements précédents par chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie car l'ensemble des paramètres des traitements antérieurs vont définir un contexte favorable ou non à une chimiothérapie.

La chirurgie aura peu d'influence mais une cicatrice chirurgicale peut parfois être un obstacle à une bonne concentration des agents chimiques de la chimiothérapie.

Un traitement par radiothérapie précédant une chimiothérapie doit être considéré attentivement car une tumeur récidivante en territoire irradié a peu de chance de répondre favorablement à une chimiothérapie. L'irradiation première compromet généralement l'effet d'une chimiothérapie seconde mais une chimiothérapie initiale peut être suffisamment bien modulée pour permettre une réalisation optimale d'une irradiation secondaire.

Les chimiothérapies antérieures doivent être prises en compte car elles peuvent induire une résistance des cellules cancéreuses.

³ La chimio-sensibilité est indiquée par les essais chimiothérapeutiques antérieurs réalisés sur le même type de tumeur cancéreuse

4.1.2. Principes thérapeutiques

4.1.2.1 Voies d'administration

Contrairement à la chirurgie ou à la radiothérapie qui sont des traitements localisés, la chimiothérapie anticancéreuse est un traitement général qui s'adresse à l'ensemble de l'organisme et qui est donc susceptible d'agir sur toutes les cellules cancéreuses quelque soit leur localisation. C'est pourquoi, dans la plupart des cas, la chimiothérapie anticancéreuse est appliquée par voie générale. La voie générale regroupe différents types de voies d'administration de la chimiothérapie :

- la voie intraveineuse qui est principalement utilisée
- la voie orale, rarement utilisée
- les voies intramusculaire et sous-cutanée

4.1.2..2 Associations médicamenteuses

L'efficacité de la chimiothérapie est renforcée par l'association de médicaments qui ne doit pas accroître la toxicité du traitement au-delà d'un seuil tolérable. Cette association médicamenteuse doit respecter les trois règles suivantes :

- on n'associe que des médicaments témoignant séparément d'un minimum d'activité contre la tumeur visée
- on associe des médicaments de familles et de modes différents afin de viser plusieurs cibles cellulaires
- on associe des médicaments de toxicité différente afin d'éviter de cumuler sur un même tissu l'action toxique des divers médicaments utilisés

4.1.2.3 Associations thérapeutiques

La chimiothérapie peut parfois être associée à une radiothérapie. Il existe deux modes d'association :

- la chimio-radiothérapie séquentielle qui consiste à délivrer les deux traitements successivement dans le temps, de manière rapprochée, avec une possibilité de répétition des séquences de traitement. On peut également parler de chimiothérapie adjuvante lorsque la chimiothérapie intervient seulement avant ou après la radiothérapie.

- la chimio-radiothérapie concomitante qui consiste à administrer les deux traitements en même temps. On espère obtenir des effets multiples grâce à cette association car les modes d'administration et d'action de ces deux traitements sont différents.

La chimiothérapie peut également être associée à une chirurgie. Elle permet de renforcer le traitement locorégional de l'intervention chirurgicale grâce à une action à distance du foyer tumoral.

4.1.2.4 Modes d'administration

Le traitement chimiothérapique va être délivré en courts cycles répétés tous les 15, 21 ou 28 jours. Ce traitement discontinu va présenter plusieurs avantages :

- une amélioration de la tolérance au traitement du patient
- l'absence de surcharges médicamenteuses dont les effets sont difficiles à contrôler surtout dans le cas de médicaments à activités retardées
- l'administration d'une dose totale d'un agent anticancéreux en une seule fois ou en quelques jours semble être plus efficace sur les cellules cancéreuses qu'une même dose de traitement administrée sur plusieurs semaines
- la réalisation du traitement est simplifiée car la prise médicamenteuse peut être prévue à jours fixes et les intervalles entre chaque cycle vont en principe éviter au patient un séjour à l'hôpital.

La première série de médicaments est généralement délivrée à l'hôpital afin de pouvoir intervenir rapidement en cas d'intolérance ou de réaction allergique puis le traitement est délivré, dans la mesure du possible, en ambulatoire à l'hôpital, au cabinet du médecin traitant ou à domicile en présence d'une infirmière.

4.1.3 Effets indésirables de la chimiothérapie

La chimiothérapie permet le traitement des cancers grâce à des substances chimiques qui bloquent la croissance et la multiplication des cellules. Cependant, l'action de ces substances chimiques n'est pas spécifique aux cellules malignes et les tissus à renouvellement rapide sont atteints en même temps que les tumeurs cancéreuses. La toxicité du traitement chimiothérapique peut se manifester avant même les premiers signes d'efficacité, dès le début du traitement voire lors de la première administration médicamenteuse.

Les signes de toxicité peuvent être de différents types : hématologiques, immunologiques, cutanés, pulmonaires, cardiaques ou encore neurologiques. Les principales manifestations cliniques sont digestives et peuvent avoir un impact immédiat sur l'alimentation du malade. Les symptômes digestifs sont :

- des nausées qui peuvent aller de la réaction nauséuse tolérable aux vomissements répétés et durables. Elles peuvent être responsables d'une aversion envers certains aliments voire d'une anorexie.
- une mucite au niveau de la cavité buccale entraînant une odynophagie qui réduit la prise alimentaire
- une mucite de l'œsophage
- des diarrhées accompagnées de douleurs et des troubles digestifs qui réduisent l'assimilation des apports nutritionnels

En outre, la chimiothérapie est susceptible de causer une toxicité neurologique qui pourra, dans certains cas, entraîner une dysgueusie⁴ gênant également l'alimentation.

Ces troubles vont entraîner une perte d'appétit et une perte de poids qui vont s'accompagner d'une perte du dynamisme et d'une réduction des activités domestiques. L'ensemble de ces manifestations traduit généralement une détérioration de l'état général du malade.

4.2 La radiothérapie

La radiothérapie a pour objectif d'assurer le contrôle et la guérison locale ou locorégionale des tumeurs cancéreuses. En fonction du type de tumeur visée, elle peut être utilisée seule ou associée à la chirurgie ou à la chimiothérapie.

4.2.1 Indications pour une radiothérapie exclusive

La radiothérapie est le seul moyen thérapeutique utilisé dans les cas suivants :

- les petites tumeurs : si le volume traité est petit, une dose élevée de radiations peut être délivrée dans une petite tumeur sans entraîner de lésions graves des tissus sains. C'est le cas pour les carcinomes épidermoïdes ou glandulaires. Les tumeurs des voies aéro-digestives sont donc concernées car il s'agit généralement de carcinomes

⁴ Modification de l'odorat et du goût

épidermoïdes. Dans le cas de tumeurs de la langue mobile, du plancher buccal, du voile du palais ou encore de la corde vocale, la dose curatrice sera délivrée uniquement dans le volume tumoral.

- les cancers radiosensibles

- les cancers inopérables en raison de la localisation de la tumeur, dans le cavum ou le tiers supérieur de l'œsophage par exemple, ou de son extension locale ou régionale (c'est le cas de certains cancers du pharyngo-larynx), du refus d'une chirurgie invalidante, de l'âge avancé du patient, de la présence de métastases ou encore d'un état général du patient trop altéré.

4.2.2 Associations thérapeutiques

4.2.2.1 Association radiothérapie-chirurgie

La radiothérapie peut être associée à la chirurgie. Elles se succèdent généralement dans le temps, la radiothérapie pouvant être pré ou postopératoire. La chirurgie et la radiothérapie peuvent s'adresser à la même cible (tumeurs et/ou ganglions) mais peuvent également viser des cibles différentes (tumeur pour la chirurgie et territoires ganglionnaires pour la radiothérapie).

Le but de la radiothérapie préopératoire est principalement de réduire le volume de la tumeur cancéreuse afin d'en faciliter la résection par chirurgie quelques semaines plus tard. La radiothérapie postopératoire est préconisée, entre autre, en cas d'exérèse incomplète ou carcinologiquement insuffisante de la tumeur cancéreuse, lorsque les caractères histologiques de la tumeur réséquée montrent un risque de récurrence locorégionale élevé ou lorsque le curage ganglionnaire a entraîné une dissémination lymphatique.

4.2.2.2 Association radiothérapie-chimiothérapie

Comme il est indiqué ci-dessus, la radiothérapie peut également être associée à une chimiothérapie qui sera concomitante ou adjuvante.

La chimiothérapie sera concomitante à la radiothérapie dans le but d'améliorer le contrôle local des tumeurs habituellement mal contrôlées par les radiations seules ou

lorsque le risque de métastases est trop élevé pour interrompre l'administration des substances cytostatiques⁵ pendant le traitement radiothérapeutique locorégional.

La chimiothérapie adjuvante sera administrée avant la radiothérapie dans le but de réduire la tumeur cancéreuse afin d'irradier un volume tumoral le plus petit possible. La radiothérapie peut, dans ce cas, être curatrice et éviter une chirurgie agressive ou invalidante ou prévenir une récurrence locorégionale. Lorsqu'elle est administrée après la radiothérapie, la chimiothérapie aura pour objectif de prévenir l'apparition de métastases.

4.2.3 Effets indésirables de la radiothérapie sur la déglutition ou la prise alimentaire

Tout comme la chimiothérapie, la radiothérapie agit sur les cellules malignes mais également sur les cellules saines. Quelques jours ou quelques semaines après l'irradiation, on va constater chez le patient des réactions précoces dues à la destruction d'un grand nombre de cellules dans les tissus à renouvellement rapide. Ces réactions sont majoritairement réversibles et disparaissent en quelques semaines. Quelques mois voire quelques années après l'irradiation, apparaissent des réactions tardives, dues à l'atteinte des tissus à renouvellement lent, généralement peu réversibles.

Après une radiothérapie d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures, on peut constater :

- une mucite de la cavité buccale, avec des plaques rappelant une aphtose buccale, qui va provoquer des sécrétions épaisses et collantes et entraîner une dysphagie douloureuse
- une hyposialie radio-induite provoquant une sécheresse buccale ou xérostomie après une période d'hypersialorrhée, aggravant la dysphagie et favorisant la surinfection buccale et l'apparition de mycoses
- une perturbation de la fonction gustative. Il peut s'agir d'une agueusie ou d'une dysgueusie, avec un goût métallique ou amer, favorisée par les mycoses buccales. Habituellement, cette perturbation disparaît rapidement mais, comme la dysphagie et

⁵ Qui stoppent ou ralentissent la prolifération des cellules

l'hyposialie, elle va contribuer à une diminution des prises alimentaires en cours de traitement.

La plupart de ces réactions sont semblables aux signes de toxicité causée par une chimiothérapie, elles vont donc avoir un retentissement semblable sur la déglutition, l'alimentation et la santé du patient.

Lorsque les trois traitements carcinologiques sont associés, les troubles dysphagiques peuvent être décuplés. Cependant, après la chirurgie, ces perturbations sont temporairement occultées par la mise en place d'une alimentation entérale (par sonde nasogastrique ou par gastrostomie percutanée endoscopique) qui va permettre au patient de se nourrir sans passer par la voie orale.

Afin de résoudre ses troubles dysphagiques et/ou de retrouver une alimentation per os, le patient va être suivi par un orthophoniste qui va évaluer l'importance de l'altération des mécanismes de déglutition et aider le patient à pallier ses difficultés.

5. LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE THÉORIQUE [2] [3] [6] [7] [14] [20]

Le travail de l'orthophoniste auprès des patients atteints d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures se divise en trois axes fondamentaux : l'information (avant l'opération et tout au long de la prise en charge), le bilan orthophonique et la prise en charge rééducative.

Cette prise en charge peut se faire aussi bien en milieu hospitalier, qu'en centre ou en cabinet libéral.

5.1 L'information et l'écoute

Le rôle d'informateur de l'orthophoniste va être important tout au long de la rééducation. L'orthophoniste va fournir au patient des renseignements sur les mécanismes de déglutition, sur l'opération qu'il a subie, sur les structures anatomiques qui ont été modifiées et sur les conséquences de ces changements sur la déglutition. Les buts et le déroulement de la rééducation ainsi que l'intérêt et l'importance des exercices proposés vont également être exposés au patient.

Il est important que l'orthophoniste adresse au patient un discours rassurant et encourageant qui reprend et/ou complète les informations qu'il a reçues des autres membres de l'équipe soignante. Les informations fournies doivent être adaptées et l'orthophoniste doit s'assurer qu'elles ont été bien perçues et comprises par le patient.

L'orthophoniste doit également être à l'écoute des plaintes et des inquiétudes du patient qui sont souvent liées à la méconnaissance des mécanismes physiologiques de la déglutition. Grâce à cette écoute, l'orthophoniste va pouvoir rassurer le patient si nécessaire, préciser et enrichir les informations données et adapter sa prise en charge aux besoins du patient.

Ce partage d'informations est primordial et doit se faire avant de commencer tout bilan ou prise en charge rééducative. Il est nécessaire de le maintenir tout au long de la rééducation et dès que le patient en exprime le besoin car c'est ce partage d'informations qui va permettre à l'orthophoniste et au patient d'établir une relation de confiance indispensable au bon déroulement de la rééducation et à son investissement par le patient.

5.2 Le bilan orthophonique

5.2.1 Objectifs du bilan

Le bilan orthophonique a quatre objectifs principaux. Il doit permettre :

- de rendre compte des retentissements de l'intervention chirurgicale sur la déglutition du patient en évaluant ses compétences dynamiques, ses capacités fonctionnelles et ses capacités rééducatives.
- d'établir un profil du patient qui est la base de l'élaboration du programme de réhabilitation de la déglutition que l'orthophoniste va proposer au patient.
- d'évaluer le risque face à la réalimentation per os et de déterminer à quel stade de reprise de la déglutition se trouve le patient afin de mettre rapidement en place un programme de prise en charge adaptée aux besoins du patient et nécessaire à la régression de ses symptômes.
- de déterminer l'évolution des troubles et de la qualité de la déglutition dans le temps. Il est donc nécessaire que le bilan orthophonique soit un outil standardisé afin de pouvoir comparer les résultats d'un même patient lors de bilans espacés dans le temps.

5.2.2 Étapes du bilan

Le bilan orthophonique de la déglutition comprend trois étapes : l'anamnèse, le bilan clinique et le bilan fonctionnel.

5.2.2.1 L'anamnèse

Il s'agit d'un "interrogatoire" du patient qui va permettre à l'orthophoniste de recueillir un maximum d'informations sur les antécédents médicaux et chirurgicaux du patient, l'histoire de la maladie et son traitement, les antécédents personnels du patient, ses conditions de vie et son environnement familial. Tous ces renseignements vont permettre une analyse précise des troubles de la déglutition du patient et une organisation efficace de la prise en charge.

L'anamnèse doit comprendre :

- des renseignements généraux sur le patient, ses antécédents médicaux, les modalités de l'intervention (date, lieu et nom du chirurgien) et des indications précises sur le type d'intervention et sur ses conséquences sur les structures anatomiques et nerveuses intervenant dans les différentes étapes de la déglutition.
- des informations sur l'état général du patient (état de vigilance, autonomie globale, degré de communication, capacités cognitives...), sa conscience du trouble, ses motivations face à la rééducation et ses conditions de vie.
- des indications sur les fonctions associées à la déglutition telle que la respiration et la phonation qui impliquent les mêmes structures que la fonction de déglutition.
- des précisions sur la présence de symptômes liés au trouble de la déglutition : bavage, reflux nasal, toux, stases buccales, douleurs, allongements des repas, écartement systématique de certains aliments...
- des informations sur les habitudes alimentaires : autonomie dans la préparation et la prise des repas, déroulement des repas au cours de la journée (nombre, répartition dans la journée, durée, quantité), conditions de prise des repas, interdits alimentaires et goûts du patient.
- des renseignements sur le contexte alimentaire actuel du patient : mode d'alimentation (oral, entéral ou mixte), textures des aliments ou des liquides absorbés par le patient si l'alimentation se fait per os.
- des indications sur d'éventuels retentissements pulmonaires, fièvre ou altération de l'état général qui serait le signe de fausses routes silencieuses. Les traitements médicamenteux en cours doivent être recherchés car ils peuvent masquer un pic fébrile symptomatique de fausses routes pulmonaires.

5.2.2.2 Le bilan clinique

Il s'agit d'un état des lieux des modifications anatomiques et d'un examen complet de la mobilité et de la sensibilité bucco-linguo-faciales et de toutes les praxies entrant en jeu lors des trois temps de la déglutition.

Premièrement, l'orthophoniste examine les différents éléments entrant en jeu lors du temps oral, tels que :

- l'efficacité du sphincter buccal : tonicité des lèvres et efficacité de la fermeture labiale, mouvements de la mandibule, tonicité des joues, des masséters et du plancher buccal.
- l'efficacité de la fermeture vélo-pharyngée en appréciant la mobilité du voile du palais et de l'oropharynx (à travers le réflexe nauséeux).
- la mobilité linguale au niveau de l'apex et du dos de la langue, les mouvements antéro-postérieurs de la langue permettant la propulsion du bolus alimentaire et le recul de la base de langue.
- l'état bucco-dentaire

Le temps pharyngé est réflexe mais l'orthophoniste peut vérifier l'ascension du larynx lors d'une déglutition à vide et l'efficacité de la fermeture glottique à travers la production de voyelles, d'une toux ou d'un hemmage. Le temps œsophagien est également réflexe et ne peut être évalué. En cas de doutes, l'orthophoniste renvoie le patient vers le médecin ORL.

L'orthophoniste teste ensuite la sensibilité bucco-faciale du patient grâce à des stimulations tactiles et thermiques.

En fonction des résultats du bilan clinique, l'orthophoniste poursuit son investigation par un bilan fonctionnel de la déglutition.

5.2.2.3 Le bilan fonctionnel : essais de déglutition

C'est la dernière étape du bilan. Elle ne peut être exécutée qu'avec l'autorisation du chirurgien et l'orthophoniste doit s'assurer que l'état de vigilance du patient est correct et que la toux, qui est l'une des protections indispensables des voies aéro-digestives supérieures, est possible et sonore.

L'orthophoniste va, premièrement, s'informer des éventuelles postures mises en place par le patient pour faciliter sa déglutition et évaluer leur efficacité. Si aucune posture n'a été mise en place spontanément, l'orthophoniste explique au patient le but et l'intérêt des postures de sécurité, en fonction de l'intervention chirurgicale qu'il a subi, et la façon dont il peut les réaliser. Une fois que la posture adéquate lui a été expliquée et montrée, le patient l'exécute lui-même lors d'une déglutition à vide (uniquement avec de la salive).

L'orthophoniste procède ensuite à des essais de déglutition simple, lorsque c'est possible et en fonction du stade de reprise alimentaire du patient. Les essais concernent une très petite quantité d'aliment et suivent généralement la progression suivante : salive, pâteux, semi-liquide et enfin liquide. Leur observation va permettre à l'orthophoniste d'évaluer l'enchaînement et la coordination des différents événements de la déglutition.

Les informations recueillies lors des différentes parties du bilan vont permettre à l'orthophoniste de déterminer la physiopathologie du trouble et un profil du patient qui serviront de base à l'établissement d'un plan de rééducation adapté.

5. 3 La prise en charge rééducative

5.3.1 Objectif de la prise en charge orthophonique

L'objectif de la rééducation est de permettre au patient de retrouver une alimentation per os avec un risque de fausses routes limité et un apport calorique et hydrique suffisant.

Cette prise en charge comprend deux axes :

- un travail préparatoire à la reprise de la déglutition
- la reprise de la déglutition et de l'alimentation

5.3.2 Travail préparatoire à la reprise de la déglutition

5.3.2.1 Préparation de l'environnement

Avant de commencer tout travail de déglutition, l'orthophoniste doit s'assurer que l'environnement du patient est adapté et ne risque pas d'être une source d'anxiété ou de risques lors de la situation d'alimentation.

En effet, la prise alimentaire doit se dérouler dans un lieu calme, toutes les sources de distractions doivent être éliminées (radio, télévision, visites...) afin que le patient soit calme et attentif aux recommandations de l'orthophoniste. Celui-ci doit être rassurant, encourageant et donner au patient toutes les explications nécessaires sur les risques, les objectifs de la rééducation et les positions de sécurité. Il doit également être à l'écoute des sensations et des plaintes du patient durant les essais alimentaires.

L'orthophoniste doit ensuite veiller à ce que la position du patient lors de la prise alimentaire soit adéquate. Si le patient ne peut sortir de son lit pour s'asseoir dans un fauteuil, il ne pourra se nourrir par la bouche que s'il peut s'asseoir à 45°. L'idéal est une position assise dans un fauteuil, le dos droit, pieds à plat au sol, épaules relâchées, tête bien calée en fonction de la posture utilisée.

Enfin, l'orthophoniste aura un rôle "d'éducation" de l'entourage paramédical et familial du patient. Il devra l'informer sur les capacités du malade en fonction de son opération, l'importance du respect des plaintes du patient, l'intérêt des postures de sécurité, les quantités à absorber, le déroulement des repas. Ce rôle d'information est primordial car c'est l'entourage qui va veiller, au quotidien, au respect des consignes données par l'orthophoniste et qui va apporter une aide et une surveillance lors des repas.

5.3.2.2 L'expectoration

Après une chirurgie des voies aéro-digestives supérieures, il est interdit au patient d'avaler sa salive car la résection ou l'atteinte de certaines structures anatomiques vont modifier considérablement la physiologie de la déglutition, ce qui risque d'entraîner des fausses routes et d'endommager les sutures chirurgicales. De plus, la chirurgie pharyngo-laryngée va entraîner d'importantes sécrétions salivaires et trachéales que le patient va devoir évacuer. L'expectoration va permettre d'éviter les stases buccales, pharyngées et laryngées qui gênent le patient et risquent d'entraîner des fausses routes et de protéger les voies aériennes supérieures. Pour aider le patient à expectorer et à cracher salive et sécrétions trachéales, le kinésithérapeute et l'orthophoniste vont expliquer au patient la manière de mobiliser ses muscles respiratoires intercostaux et abdominaux.

5.3.2.3 Détente cervico-scapulaire

La région du cou, souvent endolorie et gonflée après une intervention chirurgicale va devoir être assouplie afin de préparer la reprise alimentaire. L'orthophoniste va proposer au patient de réaliser des mouvements simples de mobilisation de la tête, du cou et des épaules, dont l'objectif est de relaxer les muscles de la région cervico-scapulaire. Ces exercices doivent s'effectuer en douceur, sans entraîner de douleurs et être réalisés une à deux fois par jours.

5.3.2.4 Respiration

Le travail de la respiration est important lors de la prise en charge orthophonique de la déglutition car la maîtrise de l'expiration (qui favorise l'expectoration) et de l'apnée avec glotte fermée est nécessaire afin d'assurer la protection des voies respiratoires.

L'orthophoniste va donc proposer au patient des exercices lui permettant d'obtenir une bonne maîtrise de ces deux mécanismes.

5.3.2.5 Travail pratique

L'orthophoniste va proposer au patient de réaliser des gestes qui vont mobiliser les différentes structures anatomiques intervenant dans le mécanisme de déglutition : langue, lèvres, joues, larynx, voile du palais. L'objectif de ce travail pratique est d'améliorer le tonus, la mobilité et/ou la sensibilité de ces structures afin de favoriser la mastication et la formation du bolus alimentaire, d'améliorer l'efficacité de la déglutition et de réduire le risque de fausses routes nasales ou trachéales.

Les exercices pratiques seront proposés en fonction des déficits mis en évidence lors du bilan orthophonique et devront être pratiqués plusieurs fois par jours pour être efficaces.

5.3.3 Reprise de la déglutition et de l'alimentation

5.3.3.1 Postures de sécurité et positions de compensation

Avant la reprise alimentaire proprement dite, l'orthophoniste va déterminer s'il est nécessaire de mettre en place une posture de sécurité ou une position de compensation lors de la déglutition. Il définira la posture la plus adéquate pour le patient en fonction de l'exercice réalisée et des troubles de déglutition constatés.

Les postures de sécurité ont pour objectifs de modifier le diamètre du larynx et du pharynx et d'adapter le trajet du bol alimentaire en fonction des capacités anatomiques préservées. Les voies aériennes supérieures sont ainsi mieux protégées car le risque de fausses routes et de stases est diminué et le passage du bolus facilité. Il peut s'agir, par exemple, d'une flexion antérieure, d'une rotation ou d'une inclinaison de la tête.

Les positions de compensation, ou manœuvre de mobilisation du larynx, ont également pour objectif de limiter le risque de fausses routes en favorisant la fermeture de la néo-

glotte. Leur choix va dépendre de la localisation du trouble. Il s'agit des manœuvres de déglutition supraglottique, super supraglottique et de la manœuvre de Mendelson.

5.3.3.2 Reprise de la déglutition

L'objectif de la reprise de la déglutition est de permettre au patient de retrouver, à terme, une alimentation "classique" en réintroduisant toutes les textures et en réduisant au maximum le risque de fausses routes. La reprise de la déglutition doit être progressive et respecter les possibilités physiques des patients. Elle va s'effectuer selon une chronologie rigoureuse : reprise de la déglutition de la salive, déglutition des aliments pâteux et enfin déglutition des liquides et des semi liquides.

Il est important que l'orthophoniste explique au patient que :

- la reprise de la déglutition doit être progressive
- les premiers essais n'ont pas un objectif d'alimentation mais visent à réapprendre à déglutir avec une nouvelle configuration anatomique
- les fausses routes répétées peuvent avoir des conséquences graves et entraîner un arrêt total de l'alimentation per os

L'orthophoniste et le patient vont suivre les étapes suivantes :

- déglutition de la salive : c'est une première étape qui permet de retrouver les automatismes de la déglutition. Le patient déglutit sa salive en respectant la posture de sécurité et/ou la position de compensation recommandée.
- déglutition des aliments pâteux : selon le même principe que pour la salive. Les quantités, très réduites au début, sont augmentées progressivement si aucun problème n'est constaté.
- déglutition des liquides et semi-liquides : c'est la dernière étape de la reprise alimentaire. On débute par de l'eau gélifiée pour finir par de l'eau plate, en respectant toujours les recommandations précédentes.

À chaque étape, l'orthophoniste sera attentif à la présence de douleur ou d'éventuelles fausses routes immédiates ou différées. Le patient prendra quotidiennement sa température pour détecter une éventuelle pneumopathie signe de fausses routes silencieuses. On ne passera à l'étape suivante que si les essais sont concluants et se font sans fausses routes. La reprise alimentaire per os peut se faire même si le patient a une sonde d'alimentation entérale. L'alimentation per os sera complétée par une

alimentation par sonde nasogastrique ou de gastrostomie. Celle-ci sera diminuée progressivement, à mesure que l'alimentation par la bouche augmente. La sonde de gastrostomie pourra être retirée après un mois d'alimentation per os normale.

Les chirurgies décrites précédemment, ainsi que la radiothérapie et la chimiothérapie, peuvent avoir un impact important sur la physiologie de la déglutition de chaque patient et vont causer des troubles dysphagiques dont la prise en charge est bien du ressort de l'orthophoniste. Néanmoins, il peut arriver que l'orthophoniste ne puisse pas, à lui seul, répondre à tous les besoins du patient.

Deuxième Partie : Dispositif Expérimental

Dans de nombreux domaines, la rééducation orthophonique s'inscrit dans une prise en charge pluridisciplinaire. Dans celui de la rééducation de la déglutition, c'est principalement avec le kinésithérapeute et le diététicien que l'orthophoniste est amené à collaborer. Si le travail avec les kinésithérapeutes est bien connu, souvent évoqué et détaillé dans la littérature, celui avec les diététiciens reste encore trop souvent résumé à une ligne en fin de paragraphe.

Le rôle premier de l'orthophoniste est de permettre au patient de pallier les déficits des mécanismes de déglutition perturbés par la chirurgie et/ou la radiochimiothérapie et de rétablir, grâce à des exercices fonctionnels, une déglutition sans danger. Cependant, la prise en charge orthophonique des troubles dysphagiques ne peut être envisagée comme une simple réhabilitation des mécanismes de déglutition car ceux-ci sont indissociables de l'alimentation qui est un besoin primaire et, en outre, un plaisir pour de nombreuses personnes. C'est pourquoi le concours du diététicien semble primordial pour permettre à l'orthophoniste de conduire une rééducation globale qui prenne en compte à la fois la fonction physiologique de déglutition et la fonction nutritive et sociale d'alimentation.

1. OBJECTIF ET PROBLÉMATIQUE

L'objectif de ce mémoire est de mettre en lumière la coopération entre orthophonistes et diététiciens, ainsi que ses avantages, afin de sensibiliser les orthophonistes et de généraliser cette pratique dans l'intérêt des patients.

Pour cela, nous tenterons de répondre aux questions suivantes :

- Quel est le rôle du diététicien auprès des patients traités pour un cancer de la sphère ORL et en quoi consiste la coopération entre orthophoniste et diététicien ?
- Dans quelle mesure cette collaboration existe-t-elle, notamment dans le cadre de l'exercice libéral de l'orthophonie ?
- Quels sont les intérêts de cette mise en commun des compétences, du point de vue du diététicien, du patient et de l'orthophoniste ?

2. HYPOTHÈSES

Notre étude se base sur les hypothèses suivantes :

- Il peut exister une collaboration entre orthophoniste et diététicien dans le secteur hospitalier, en centre de rééducation mais aussi en libéral.
- Cette coopération est peu fréquente dans le cadre de l'exercice libéral de l'orthophonie car ce type d'activité ne favorise pas le contact entre les professionnels paramédicaux.
- Les orthophonistes peuvent améliorer leur prise en charge grâce au concours du diététicien.

3. MÉTHODOLOGIE

Le dispositif méthodologique destiné à répondre aux questions de la problématique comprend trois axes :

- Une interview de trois diététiciens dans trois secteurs d'activités différents (milieu hospitalier, centre de prise en charge pour laryngectomisés, entreprise prestataire de services) afin d'avoir une information complète sur les particularités de la prise en charge diététique et sur les intérêts d'une coopération entre diététicien et orthophoniste du point de vue de ces professionnels.
- Un questionnaire destiné aux orthophonistes dont le but est d'évaluer l'existence de cette collaboration et son intérêt pour les orthophonistes. Ce questionnaire comprend :
 - des questions fermées destinées à déterminer le profil des orthophonistes participant à l'étude (type d'exercice, type de patient suivi) et à évaluer quantitativement l'existence d'un recours aux compétences des diététiciens.
 - des questions ouvertes permettant aux orthophonistes d'exposer leurs difficultés, leurs expériences et d'exprimer les intérêts qu'ils ont pu trouver dans cette coopération.
- Un questionnaire destiné aux patients dont l'objectif est de déterminer l'intérêt de cette double prise en charge de leur point de vue.

4. POPULATION

La population d'étude comprend :

- Trois diététiciens exerçant en hôpital public, en centre de rééducation pour laryngectomisés et dans une entreprise prestataire de services.
- Cinq personnes ayant subi une chirurgie carcinologique de la sphère ORL et/ou une radiochimiothérapie et présentant des troubles de la déglutition consécutifs à ce traitement.
- Douze orthophonistes prenant ou ayant pris en charge des patients pour une dysphagie due à une chirurgie ORL ou à un traitement par radiothérapie et/ou chimiothérapie.

Troisième Partie : Traitement des Résultats

1. LA COOPÉRATION ORTHOPHONISTE-DIÉTÉTICIEN :

LE POINT DE VUE DES DIÉTÉTICIENS

Le diététicien est l'un des acteurs principaux de cette coopération. Grâce à l'interview de trois diététiciens exerçant respectivement en secteur hospitalier, en centre de prise en charge pour laryngectomisé et dans une entreprise prestataire de services, nous avons pu comprendre le rôle du diététicien auprès des patients traités pour un cancer de la sphère ORL et établir un premier point de vue sur leur collaboration avec les orthophonistes.

1.1 Le rôle du diététicien

Le diététicien est un professionnel de santé paramédical spécialisé en nutrition. Son rôle est d'évaluer les besoins nutritionnels du patient et de répondre à la prescription médicale en proposant un régime alimentaire adapté à l'état de santé du patient, à ses goûts et à ses interdits alimentaires.

En cancérologie ORL, le diététicien travaille en collaboration avec l'équipe médicale et paramédicale dont fait partie l'orthophoniste.

1.1.1 À l'hôpital

Le diététicien hospitalier va prendre en charge tous les problèmes de nutrition en lien avec le cancer ou ses traitements (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie). La maladie cancéreuse peut être à l'origine d'une dénutrition tout comme ses traitements qui sont également susceptibles de causer l'apparition brutale d'effets secondaires pouvant conduire à une perturbation importante de l'alimentation.

Le rôle du diététicien est d'adapter l'apport nutritionnel en fonction des contraintes liées à l'état général du patient, à la localisation de la tumeur cancéreuse et à son traitement.

Les objectifs de la prise en charge diététique sont :

- de prévenir la dénutrition en permettant au patient traité pour un cancer des voies aérodigestives supérieures de conserver un état nutritionnel satisfaisant.
- d'améliorer ou de maintenir la qualité de vie du patient malgré la maladie et son traitement.
- de réduire le nombre de complications per et/ou postopératoires liées à la dénutrition.
- d'éviter tout état clinique susceptible d'entraîner l'interruption du traitement.

Le diététicien va répondre aux besoins nutritionnels spécifiques à chaque patient en adaptant l'alimentation naturelle par la bouche, en proposant des compléments nutritionnels et/ou en adaptant la composition nutritionnelle et le volume des poches de nutrition entérale lorsque le traitement du cancer a entraîné chez le patient une incapacité temporaire ou définitive de s'alimenter per os.

En cas de mise en place d'une alimentation entérale par sonde nasogastrique ou par gastrostomie per endoscopique (GPE), le diététicien va accompagner le patient lors de la reprise de l'alimentation orale.

1.1.2 À domicile

Si le patient bénéficie toujours d'une alimentation entérale par GPE à sa sortie de l'hôpital, le suivi nutritionnel du patient est confié au diététicien d'une entreprise prestataire de services. Celui-ci va organiser le retour du patient à domicile en lien avec le service hospitalier qui est à l'origine de la prescription et va devenir un véritable relai pour le diététicien hospitalier qui, sauf exception, ne reverra pas le patient en consultation.

Le diététicien va rencontrer une première fois le patient lors de son installation à domicile avec le matériel nécessaire à l'alimentation par GPE. La première évaluation nutritionnelle est réalisée deux semaines après l'installation du patient. Le suivi nutritionnel va ensuite se poursuivre à raison d'une visite tous les trois mois pendant la première année puis tous les six mois les années suivantes.

Le suivi nutritionnel à domicile va comprendre :

- Une évaluation du poids et de l'Indice de Masse Corporelle du patient
- Une évaluation des apports nutritionnels comprenant l'alimentation orale, si elle existe, la complémentation orale, les apports journaliers totaux (alimentation per os et poches d'alimentation) et l'hydratation.
- Une évaluation de l'état clinique du patient et particulièrement des problèmes de transit et de tolérance, des manifestations cutanées et de son état général.

Toutes les informations recueillies lors du suivi nutritionnel vont être transmises au diététicien de l'établissement à l'origine de la prescription et aux différents intervenants

de la prise en charge (médecin prescripteur, médecin traitant, orthophoniste...) grâce à une fiche de suivi nutritionnel⁶.

Le diététicien va également assurer le suivi de la réalimentation, en parallèle de la rééducation orthophonique de la déglutition, et équilibrer le volume des poches de nutriments avec les quantités d'aliments absorbés par voie orale. Pour cela, il réalise auprès du patient une enquête alimentaire ou il effectue le calcul des apports caloriques à partir d'un semainier dans lequel le patient consigne les quantités et le type d'aliments consommés à chaque repas.

Le rôle des diététiciens exerçant dans ces entreprises va également comprendre un versant plus technique :

- d'installation et de maintenance du matériel nécessaire à la nutrition par GPE (potence et pompe)
- de formation du patient et de son entourage : il va fournir des explications concernant la manipulation de la pompe, la mise en place des poches de nutriments et les règles d'hygiène et de sécurité
- de livraison des poches de nutriments selon la prescription
- de surveillance de la bonne utilisation des mélanges nutritifs (stockage, date de péremption) et de leur consommation

1.1.3 En centre de rééducation

Lorsque le patient nécessite une rééducation vocale après sa chirurgie ou si sa situation personnelle rend difficile une rééducation orthophonique à domicile, le patient peut être pris en charge dans un centre de rééducation où il va pouvoir être suivi pour ses troubles dysphagiques.

Le rôle principal du diététicien dans ces centres de rééducation spécialisés va être d'assurer le suivi de réalimentation. L'alimentation per os doit, dans l'idéal, être rétablie pendant le séjour du patient qui dure quelques semaines.

Lorsque l'équipe soignante envisage de diminuer l'apport entéral, le diététicien évalue si cela est possible et met en place, avec l'aide du patient, une ration alimentaire per os. Celle-ci doit être adaptée à la texture déterminée en rééducation orthophonique, suffisante au niveau des apports caloriques et satisfaisante pour le patient. La quantité

⁶ Voir annexe 1

des poches d'alimentation par sonde est diminuée progressivement en fonction de l'avancée de la réalimentation per os jusqu'à ce qu'elles puissent être supprimées.

1.2. La prise en charge des patients

La prise en charge médicale et paramédicale en cancérologie est guidée par le programme Standard, Options : Recommandations (SOR) piloté par l'Institut National du Cancer.

À l'hôpital Bon Secours de Metz, la prise en charge diététique en cancérologie ORL se base sur le document SOR "Bonnes pratiques pour la prise en charge diététique des patients atteints de cancer des voies aérodigestives supérieures".

1.2.1 En préopératoire

Dès que le patient est reçu à l'hôpital pour un bilan de cancer ORL, il va rencontrer le diététicien, même s'il n'y a pas de problèmes particuliers liés à l'alimentation, de perte de poids ou de dénutrition.

Le diététicien va réaliser un bilan diététique complet qui va comprendre :

- Une évaluation du poids actuel et d'une éventuelle perte de poids
- Un examen des capacités de mastication et de déglutition du patient. Le diététicien va pouvoir déterminer s'il existe déjà des difficultés de déglutition et de mastication avant le traitement de la maladie.
- Une enquête alimentaire qui peut être chiffrée ou non, le but étant de déterminer si le patient mange en quantité suffisante. Cette enquête va également permettre de déterminer les habitudes et/ou les interdits alimentaires du patient.

Ce bilan permet au diététicien :

- D'établir un premier contact avec les patients, de les connaître et de se faire connaître afin de préparer une éventuelle intervention ultérieure pour des troubles nutritionnels avérés.
- De mettre en place une complémentation orale, s'il existe déjà des troubles alimentaires, dans le but d'améliorer l'état de santé général du patient avant l'intervention chirurgicale.

- D'évaluer les difficultés sociales du patient qui pourraient avoir un impact sur sa nutrition ainsi que les situations "à risques" (alcoolisme par exemple).
- D'évaluer l'évolution dans le temps du patient et de ses difficultés nutritionnelles.

Dans certaines situations particulières, notamment en cas de tumeur de l'oropharynx, la décision de mise en place d'une sonde d'alimentation par GPE se prend dès le bilan. Le patient est, en général, déjà très amaigri et/ou en mauvais état général avant l'intervention chirurgicale et il existe, en outre, un risque de difficultés nutritionnelles majeures dues à la chimiothérapie et à la radiothérapie. Le diététicien hospitalier va donc suivre l'installation de la GPE, apporter toutes les informations au patient concernant l'alimentation par GPE et déterminer en fonction de chaque patient le volume nécessaire et la composition des poches de nutriments.

Enfin, tout comme l'orthophoniste, le diététicien a un rôle important d'informateur auprès des patients. Il va leur expliquer l'impact que leur traitement peut avoir sur leur alimentation, répondre aux questions qu'ils peuvent se poser et être à l'écoute de leurs difficultés et de leurs inquiétudes.

1.2.2 En postopératoire

Après une chirurgie de la sphère ORL, les patients sont généralement alimentés par voie entérale (par sonde nasogastrique ou par GPE) jusqu'à la cicatrisation. Lorsque le chirurgien autorise la reprise alimentaire per os, l'orthophoniste procède aux essais de déglutition. Cette reprise alimentaire se fait en étroite collaboration entre l'orthophoniste et le diététicien qui cherchent ensemble la texture qui convient au patient.

Le diététicien intervient également pour adapter les repas aux possibilités du patient tout en contrôlant l'apport calorique et hydrique qui doit être suffisant. Les repas vont être adaptés au niveau :

- de la texture
- de la qualité : goût, température, interdits alimentaires, préférences du patient
- de la quantité : les repas peuvent être fractionnés afin d'atténuer l'aspect long et laborieux parfois ressenti par le patient après l'opération.

Parallèlement à la réalimentation per os, le diététicien adapte les apports de l'alimentation entérale, leur répartition dans la journée, leur valeur énergétique et la tolérance du patient afin que l'apport lui soit bien adapté.

Enfin, il peut intervenir après la réalimentation. Si le déficit pondéral du patient persiste, il met en place une complémentation orale à boire afin que le poids du patient se rétablisse avant le début de la radiochimiothérapie.

1.2.3 Pendant la radiothérapie et la chimiothérapie

Qu'il s'agisse d'un traitement de première intention ou qu'elle suive une chirurgie de la tumeur cancéreuse, le diététicien hospitalier va rencontrer tous les patients orientés en chimiothérapie. Ces rencontres s'effectuent avant le début du traitement et à chaque hospitalisation pour chimiothérapie.

En cas de traitement par radiothérapie, la rencontre avec le diététicien peut se faire à l'initiative du patient ou des infirmières du service de radiothérapie lorsqu'un problème alimentaire lié au traitement est décelé.

Les difficultés alimentaires s'accroissent généralement au fur et à mesure de l'avancée de la radiothérapie et/ou de la chimiothérapie. Ces rencontres régulières permettent au diététicien et au patient d'aborder ensemble les problèmes alimentaires dès qu'ils se manifestent.

1.2.4 À distance

Lorsque le patient est confronté à des séquelles persistantes du traitement, notamment dans les cas d'asialie après une radiothérapie, le diététicien peut recevoir le patient en consultation externe.

Lors de cette consultation, le diététicien :

- détermine avec le patient ce que celui-ci parvient à manger
- donne au patient des "astuces" qui vont faciliter la déglutition des aliments (graissage/hydratation des aliments)
- met en place une complémentation alimentaire pour favoriser l'apport calorique et le maintien du poids

1.2.5 Les attentes des patients

Les attentes des patients concernent, dans un premier temps, les difficultés qui peuvent se poser ponctuellement en cours de traitement. Dans ce cas, il s'adressera préférentiellement au diététicien hospitalier (par exemple, en cas de dysphagie au cours de la radiothérapie).

Une fois le traitement terminé, les patients attendent plutôt que le diététicien les aide à varier leur alimentation, particulièrement lorsqu'ils sont dans l'obligation de limiter leur alimentation à une seule texture. Le diététicien va permettre au patient d'atténuer l'impression de lassitude due à la texture unique en l'aidant à varier les couleurs et les goûts.

Les patients peuvent également s'adresser au diététicien de l'entreprise prestataire de services pour obtenir des recettes et des idées d'aliments correspondant à la texture autorisée en fonction de l'avancée de la rééducation orthophonique.

En centre de rééducation, les patients attendent généralement que le diététicien prenne en charge toutes les difficultés qui peuvent se poser lors des repas pendant leur séjour.

Ils sont également demandeurs de conseils pratiques pour organiser leurs repas à leur retour à domicile. Le diététicien va aider les patients à anticiper la préparation des repas chez eux en fonction de leur capacité de préparation, de leur capacité de déglutition, de leurs besoins nutritionnels, de la durée des repas et de leurs habitudes alimentaires sans que cela n'empiète trop sur leur vie quotidienne.

1.3. La coopération diététicien-orthophoniste

1.3.1 Déroulement de la coopération

1.3.1.1 À l'hôpital Bon Secours de Metz

La coopération entre diététicien et orthophoniste se fait systématiquement en cas de chirurgie carcinologique ORL entraînant des troubles importants de la déglutition. Dès que le chirurgien donne l'autorisation de réalimentation, l'orthophoniste rencontre le patient pour réaliser une évaluation de ses troubles dysphagiques. Le jour suivant, la diététicienne et l'orthophoniste se rencontrent afin de chercher ensemble la texture la mieux adaptée au patient.

La diététicienne et l'orthophoniste vont également être amenées à travailler de concert pour certains patients qu'elles reçoivent en consultation externe, notamment quand les difficultés de réalimentation du patient sont difficiles à expliquer par un bilan diététique uniquement. Les deux professionnelles vont alors mener une recherche commune de l'origine des difficultés de déglutition des patients.

Cette coopération permet également de proposer aux patients une alimentation alternative satisfaisante en attendant que la rééducation orthophonique progresse et que les patients puissent retrouver une alimentation classique.

1.3.1.2 À domicile

À domicile, la coopération entre diététicien et orthophoniste n'est pas systématique. Lorsqu'elle existe, elle est généralement à l'initiative de l'orthophoniste libéral qui souhaite obtenir des informations sur l'évolution de l'alimentation per os chez le patient ou qui peut rencontrer des difficultés lors la prise en charge de certains patients. Elle se fait presque exclusivement par téléphone et par échange de courriers.

Cette coopération permet à l'orthophoniste d'obtenir:

- des informations concernant le suivi nutritionnel des patients
- des indications précises sur les aliments correspondant à chaque texture alimentaire ce qui va lui permettre de donner des conseils adéquats aux patients.

Un contact régulier entre les diététiciens des entreprises prestataires de services et les orthophonistes libéraux permet d'ajuster rapidement les quantités de nutriments administrés par voie entérale aux quantités d'aliments absorbées per os. Cela permet de stimuler la reprise alimentaire par voie orale et de supprimer plus rapidement l'alimentation entérale.

1.3.1.3 Au centre de rééducation pour laryngectomisés Bon Sauveur d'Alby

En centre, la collaboration entre diététicien et orthophoniste n'est pas non plus systématique bien que le contact soit facilité puisque diététiciens et orthophonistes sont réunis en un même lieu de travail.

Une coopération se met en place dès qu'une difficulté apparaît lors de la prise en charge orthophonique (problème de texture, difficultés à la déglutition, goût...). La diététicienne et l'orthophoniste vont alors chercher ensemble d'autres solutions, d'autres produits plus adaptés.

1.3.2 Demandes spécifiques des orthophonistes auprès du diététicien

Les demandes et les attentes des orthophonistes sont diverses. Elles peuvent concerner :

- l'adaptation des textures alimentaires et les aliments correspondant à chaque texture.
- les moyens à mettre en place et/ou ce qu'il est possible d'ajouter dans l'alimentation des patients pour améliorer l'apport énergétique, particulièrement pour les patients ayant des difficultés à maintenir leur poids après la réalimentation par voie orale
- les types de produits qu'il est possible de conseiller en complémentation orale
- des sauces et des recettes adaptées aux besoins des patients, aux pathologies associées (diabète, allergies...), aux intolérances et aux goûts des patients.
- l'évolution du volume des poches de nutrition entérale et la possibilité de stopper la nutrition par GPE.

1.3.3 Bénéfices orthophoniques de la prise en charge diététique

Suite au traitement d'un cancer de la sphère ORL, les patients sont généralement amaigris voire dénutris, fatigables et souvent dépressifs. La diététique permet d'assurer aux patients un apport alimentaire satisfaisant : ils auront ainsi plus d'énergie et de ressources pour mener à bien une rééducation orthophonique de la déglutition.

De plus, le diététicien aide les patients à varier leur alimentation en fonction de la texture définie par l'orthophoniste, leur permettant ainsi d'envisager un retour à une alimentation plaisante, même si ce n'est pas celle qu'ils avaient avant leur maladie. Cette perspective peut être une bonne source de motivation pour les patients qui vont investir la rééducation orthophonique dans le but de stopper rapidement l'alimentation par voie entérale.

Enfin, le diététicien s'assure tout au long de la rééducation que l'apport calorique et surtout protéique est suffisant. Cela évite une fonte musculaire et une asthénie qui risqueraient d'entraver le bon déroulement de la rééducation orthophonique qui nécessite la mobilisation de nombreux muscles de la sphère ORL pour la mastication et la déglutition.

Ce premier point de vue nous montre déjà que la réalimentation par la voie orale est un enjeu important de la prise en charge des patients et que diététique et orthophonie se complètent pour atteindre cet objectif.

Afin d'en appréhender tous les aspects, nous nous sommes ensuite intéressée à la perspective des orthophonistes sur cette coopération.

2. LA COOPÉRATION ORTHOPHONISTE-DIÉTÉTICIEN :

LE POINT DE VUE DES ORTHOPHONISTES

Grâce au questionnaire destiné aux orthophonistes⁷, nous avons pu définir les difficultés rencontrées lors d'une rééducation de la déglutition après une chirurgie carcinologique ORL. L'objectif de cette démarche était de savoir si ces problèmes pouvaient être résolus ou réduits avec l'aide d'un diététicien et dans quelle mesure les orthophonistes faisaient effectivement appel à celui-ci pour résoudre ces difficultés. Enfin, ce questionnaire a permis d'établir un recueil des avantages que présente cette collaboration du point de vue des orthophonistes.

Cette enquête nous a permis de recueillir le témoignage de 12 orthophonistes qui suivent en rééducation des patients présentant une dysphagie consécutive à une chirurgie carcinologique de la sphère ORL.

2.1 Profil des orthophonistes

2.1.1 Type d'exercice professionnel

	Nombre d'orthophonistes concernés
Exercice libéral exclusif	8
Exercice hospitalier exclusif	0
Exercice en centre de rééducation	0
Autre : exercice libéral + temps partiel hospitalier ou vacations libérales en milieu hospitalier	4

Les orthophonistes interrogés sont amenés à prendre en charge des patients dysphagiques après une chirurgie ORL en cabinet libéral et/ou à l'hôpital.

On constate que les orthophonistes libéraux sont les plus nombreux parmi la population interrogée. Cette enquête va donc nous permettre de déterminer quelle forme de collaboration peut exister entre ces orthophonistes particulièrement et les diététiciens.

⁷ Voir annexe 2

Il m'a paru intéressant d'orienter mon enquête vers ceux-ci car leur mode d'exercice ne favorise pas un contact fréquent avec les autres professionnels paramédicaux. De plus, on peut supposer que cette collaboration est plus régulière voire systématique en milieu hospitalier ou en centre de rééducation compte-tenu de la présence de diététiciens dans les services.

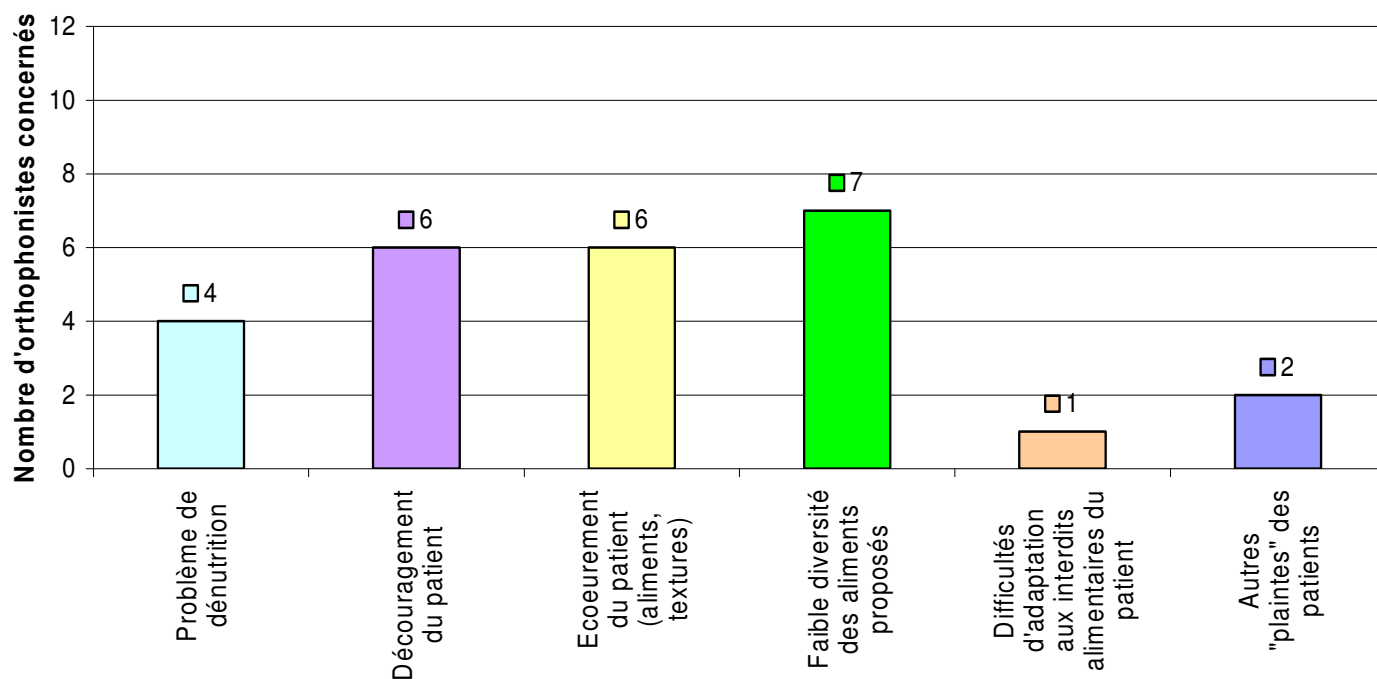
2.1.2 Type de patients pris en charge

	Nombre d'orthophonistes concernés
Hémipharyngectomie transmandibulaire	2
Bucco pharyngectomie transmandibulaire/transmaxillaire	4
Glossectomie partielle/totale	6 / 4
Chirurgie du plancher de la bouche	3
Chirurgie du voile du palais	3
Laryngectomie partielle/totale	4 / 5

Bien que ce type d'intervention soit rarement à l'origine de troubles dysphagiques en raison de la séparation des voies digestives et des voies respiratoires, on constate que cinq orthophonistes indiquent avoir pris en charge des patients ayant subi une laryngectomie totale pour des troubles dysphagiques.

Il est généralement signalé que c'est le temps oral de la déglutition qui est perturbé dans ces cas-là (avec un exemple concret : langue atrophiée associée à une absence totale de dents et de dentier)

2.1.3 Difficultés rencontrées lors de la prise en charge



Question 3 : Lors de la reprise alimentaire et des essais de déglutition de ces patients, avez-vous rencontré / votre patient a-t-il exprimé une ou plusieurs des difficultés suivantes ?

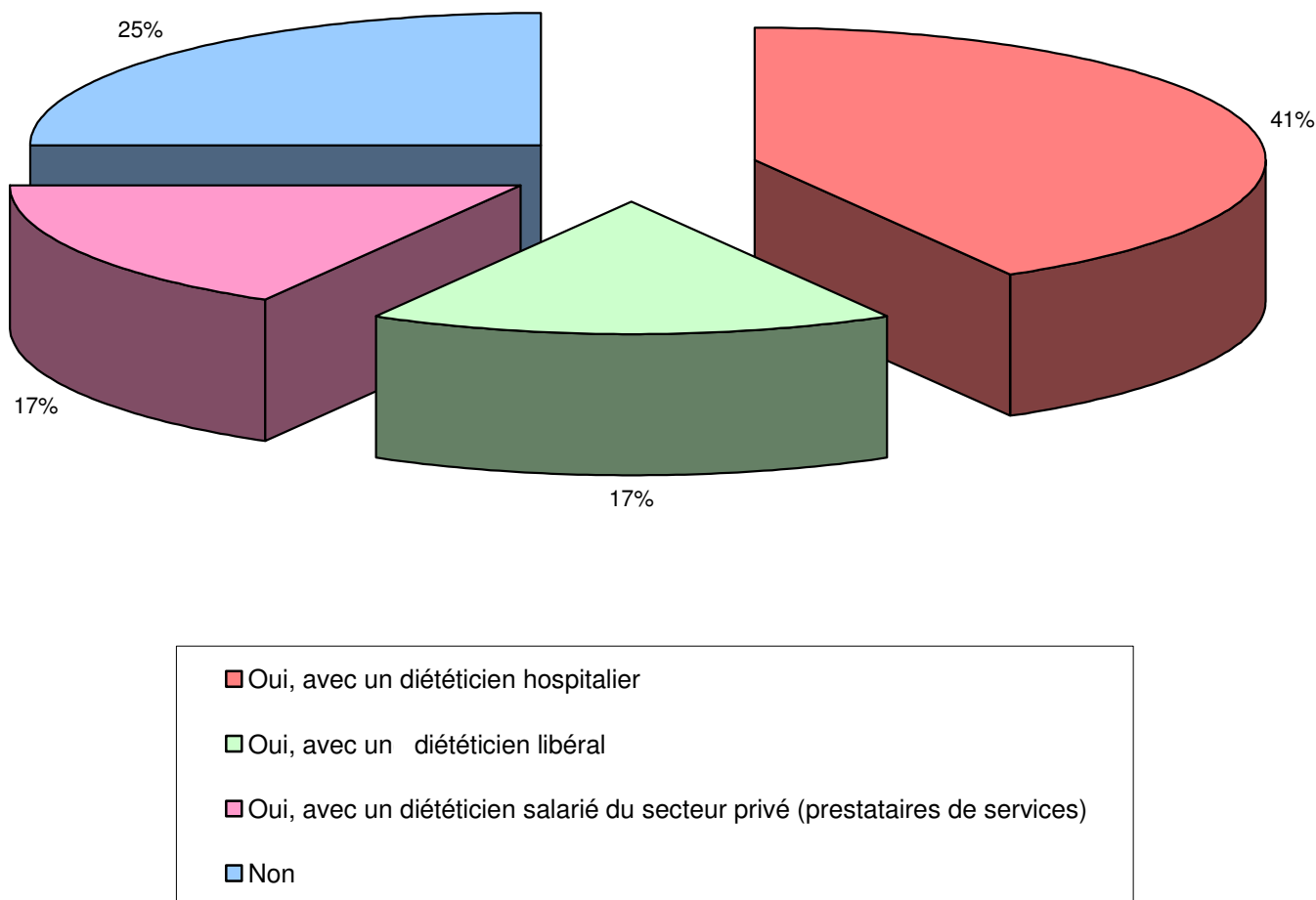
Les orthophonistes interrogés déclarent être le plus souvent confrontés à un découragement du patient lors des essais de prise alimentaire, un écoeurement du patient concernant certains aliments et/ou texture et une difficulté à varier les aliments proposés en fonction de la texture convenant au patient.

L'un des orthophonistes signale également que certains de ses patients ont évoqué un manque d'information concernant les aliments qu'ils sont autorisés à manger à leur retour à la maison : « Ils se sentent "perdus" car ils n'ont aucune idée de ce qu'il leur est possible de manger une fois rentrés à domicile ». Ils ont des difficultés à déterminer si les aliments qu'ils souhaitent manger correspondent à la texture définie par l'orthophoniste et n'osent pas varier leur alimentation.

Enfin, un autre orthophoniste rapporte que l'un de ses patients s'est plaint d'une perte totale de motivation pour retrouver une alimentation per os après une période d'alimentation par GPE de dix mois car il ne ressentait plus de sensation de faim. De plus, l'importance de la durée de l'alimentation par GPE lui avait fait perdre toute habitude de mastication et de déglutition des aliments.

2.2 La collaboration orthophonistes – diététiciens

2.2.1 Importance de la coopération



Question 4 : Vous est-il déjà arrivé de collaborer avec un diététicien pour la prise en charge des patients dysphagiques?

D'après les réponses à la question 4 on constate que trois orthophonistes n'ont jamais collaboré avec des diététiciens, ce qui représente un quart de la population interrogée.

Afin de savoir si ces orthophonistes auraient pu trouver un intérêt à cette collaboration, la question 4 comprenait en seconde partie "Pensez vous qu'une collaboration avec un diététicien aurait pu vous aider à mieux adapter votre prise en charge orthophonique ? Pourquoi ?".

Un orthophoniste a répondu par l'affirmative. D'après lui, le concours d'un diététicien lui aurait permis de mieux ajuster les textures aux capacités de déglutition du patient et de

faire évoluer de façon plus appropriée les textures proposées parallèlement aux exercices de la rééducation orthophonique.

Les deux autres orthophonistes ont répondu par la négative. Le premier rencontrait une difficulté à proposer des aliments variés au patient. Cependant, il ne pense pas que l'aide d'un diététicien l'aurait aidé à mieux adapter sa prise en charge car ce sont des difficultés anatomiques (langue atrophiée et absence de dents) et techniques (absence d'appareil dentaire) qui posaient les limites de la rééducation orthophonique de la déglutition.

Le deuxième orthophoniste ne pense pas que le concours d'un diététicien l'aurait aidé en ce qui concerne les cas précis présentés dans ses réponses mais cette collaboration ne lui semble pas inintéressante pour une prise en charge future. Cependant, il est important de préciser que les difficultés rencontrées lors de la prise en charge orthophonique ont pu être résolues grâce à l'aide d'autres professionnels. Cet orthophoniste évoque le cas d'une personne qui n'a mangé que de la brioche trempée dans du lait froid au cours des six années précédant sa première consultation. Cela était dû à des tensions au niveau du cou et de l'épaule et à des brûlures lors de la déglutition qui ont pu être atténuées grâce à l'intervention d'un kinésithérapeute et d'un médecin généraliste homéopathe. Le patient a ainsi pu récupérer une alimentation quasi-normale. Cet exemple souligne bien l'intérêt de la collaboration de tous les professionnels paramédicaux et médicaux pour obtenir une prise en charge efficace.

2.2.2 Apports de cette coopération à la prise en charge orthophonique

Les orthophonistes ayant bénéficié du concours d'un diététicien lors de leurs prises en charge ont répondu à la troisième partie de la question 4 "Que vous a apporté cette collaboration ?".

Les intérêts de cette "mise en commun des compétences", exprimés par les orthophonistes, sont consignés ci-dessous :

- L'intervention orthophonique est plus efficace puisque l'orthophoniste et le diététicien travaillent avec le même objectif notamment lorsqu'il s'agit de remplacer progressivement l'alimentation par sonde gastrique par l'alimentation per os.

- Le suivi du patient est plus complet puisqu'il existe une complémentarité entre la rééducation de la déglutition gérée par l'orthophoniste et l'apport calorique et hydrique gérée par le diététicien.
- Cette coopération peut permettre, dans certains cas, de stimuler la reprise alimentaire per os en réduisant l'importance des poches d'alimentation par gastrostomie per endoscopique tout en contrôlant le poids du patient : cela redonne une motivation au patient pour retrouver une alimentation per os en rétablissant la sensation de faim.
- L'échange de connaissances concernant la déglutition et l'alimentation est favorisé et permet un enrichissement mutuel des pratiques professionnelles.
- Certains patients semblent être rassurés en constatant que les professionnels travaillent en équipe pour leur "bien être".
- En milieu hospitalier, la diététicienne va pouvoir relayer l'orthophoniste dans son rôle d'informateur de l'équipe soignante, notamment en ce qui concerne les textures et des aliments à éviter. Cela permet aux informations de mieux circuler parmi le personnel du service.
- En cas de vacation hospitalière, la diététicienne peut assister plus facilement aux repas que l'orthophoniste, ce qui permet un meilleur retour de l'information concernant la reprise alimentaire du patient.
- Les informations que l'orthophoniste donne au patient sur le type de texture qu'il peut absorber vont pouvoir être précisées : le diététicien va donner au malade des informations quantitatives (afin d'assurer un apport calorique suffisant et éviter tout risque de dénutrition) mais également qualitatives (quels aliments correspondent exactement à chaque texture). De plus le diététicien fournit généralement un fascicule qui laisse ainsi une trace écrite à laquelle le patient (ou son entourage) pourra se référer en cas de doute ou de besoin.

3. LA COOPÉRATION ORTHOPHONISTE-DIÉTÉTICIEN : LE POINT DE VUE DES PATIENTS

Afin de compléter cette étude, nous nous sommes intéressée au point de vue des patients sur la coopération entre orthophonistes et diététiciens. Celui-ci nous semble être le plus important puisque le but premier de cette mise en commun des compétences est d'améliorer la prise en charge du patient.

À partir d'un questionnaire⁸, nous avons pu recueillir le témoignage de cinq personnes qui ont toutes été suivies par un(e) orthophoniste pour des troubles dysphagiques consécutifs à un traitement d'un cancer de la sphère ORL.

Ces patients ont, dans un premier temps, exposé les caractéristiques du traitement de leur cancer, ainsi que les difficultés qu'il a engendrées sur le plan de la déglutition et de l'alimentation.

Dans un second temps, ils se sont exprimés sur les intérêts d'un double suivi orthophonique et diététique en mettant en évidence, d'une part, les bénéfices de chacune des prises en charge et, d'autre part, les avantages de la coopération entre les deux professionnels.

⁸ Voir annexe 3

3.1 Profil des patients

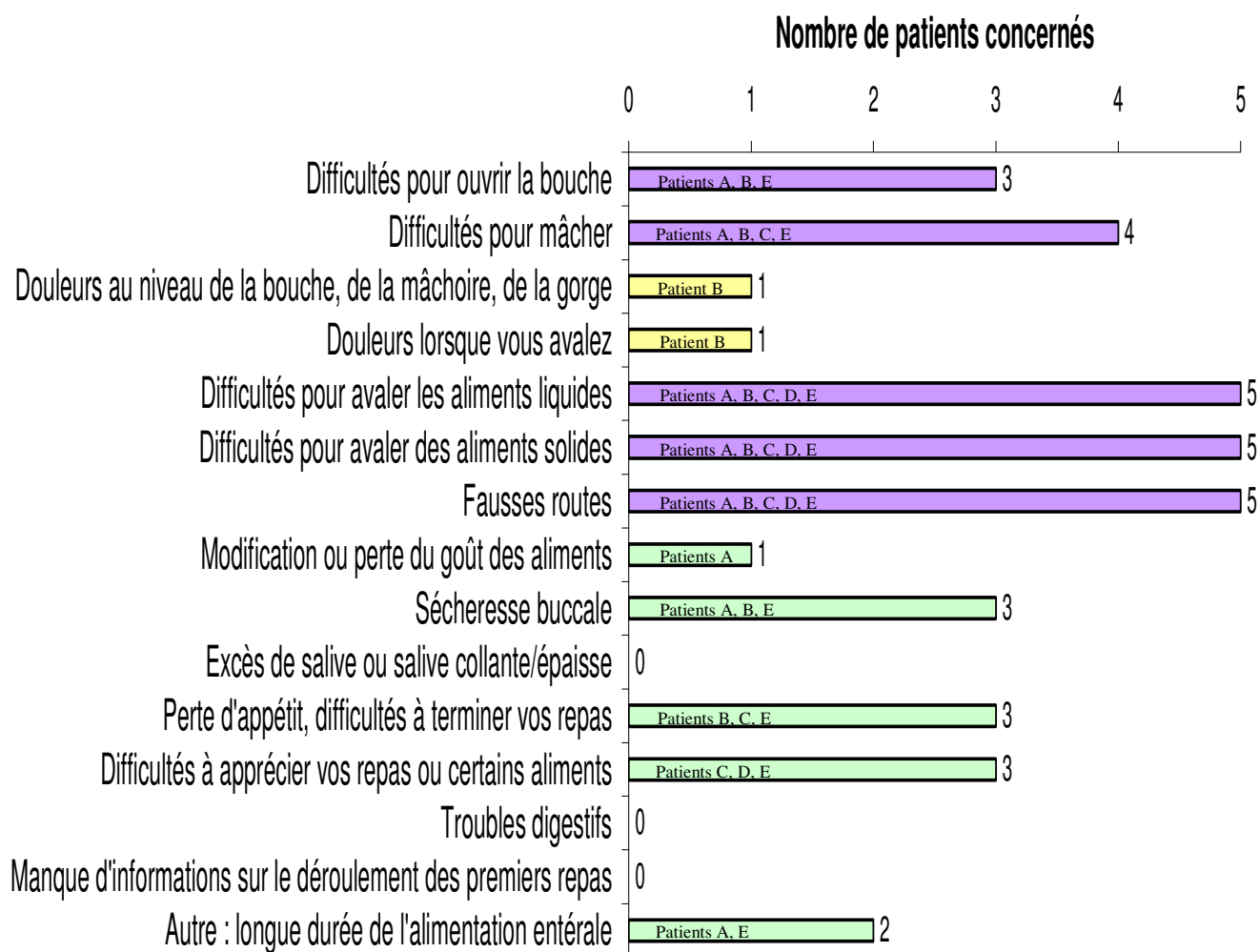
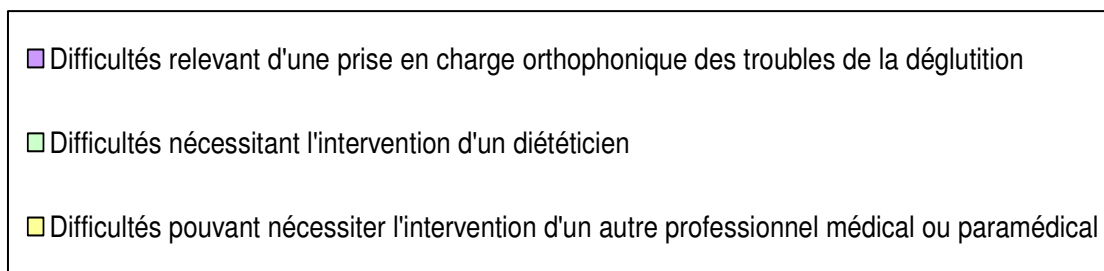
L'objectif de la première question était de déterminer le type de traitement dont a bénéficié chaque patient. Les réponses des patients ont permis de dégager les profils suivants :

	Traitement du cancer de la sphère ORL	Mise en place d'une alimentation entérale
Patient A	Hémilaryngectomie accompagnée d'une radiothérapie et d'une chimiothérapie	Oui (type de sonde gastrique non précisé)
Patient B	Chirurgie de l'hémilarynx et du plancher de la bouche accompagnée d'une radiothérapie et d'une chimiothérapie	Oui (type de sonde gastrique non précisé)
Patient C	Première chirurgie partielle du larynx puis laryngectomie subtotale suite à une récurrence accompagnée d'une radiothérapie	Oui (alimentation par GPE)
Patient D	Hémilaryngectomie accompagnée d'une radiothérapie et d'une chimiothérapie	Oui (alimentation par GPE)
Patient E	Buccopharyngectomie transmandibulaire accompagnée d'une radiothérapie	Oui (alimentation par GPE)

Chacun de ces cinq patients a subi une chirurgie mutilante de la sphère ORL ayant nécessité la mise en place d'une alimentation entérale. Le traitement chirurgical a été associé à une radiothérapie pour les cinq patients ainsi qu'à une chimiothérapie pour les patients A, B et D.

La patient A signale qu'il n'a pas bénéficié de suivi diététique pendant la période de réalimentation per os. Il n'a donc pu exister de coopération entre orthophoniste et diététicien lors de la rééducation orthophonique des troubles dysphagiques. Il m'a cependant semblé intéressant de prendre en compte ses réponses pour cette étude, afin de déterminer si une prise en charge orthophonique isolée a pu répondre à tous les besoins de ce patient.

3.2 Séquelles du traitement carcinologique



Question 2 : Suite à votre traitement, avez-vous rencontré un ou plusieurs problèmes parmi les suivants ?

On constate que tous les patients disent avoir rencontré des problèmes appartenant à la catégorie "difficultés nécessitant l'intervention d'un diététicien" en plus de ceux relevant d'une prise en charge orthophonique. Ces problèmes risquent d'entraver le bon déroulement de la rééducation orthophonique (c'est le cas de la sécheresse buccale)

mais également de perdurer malgré le rétablissement d'une déglutition sans fausse route, perturbant ainsi l'alimentation du patient.

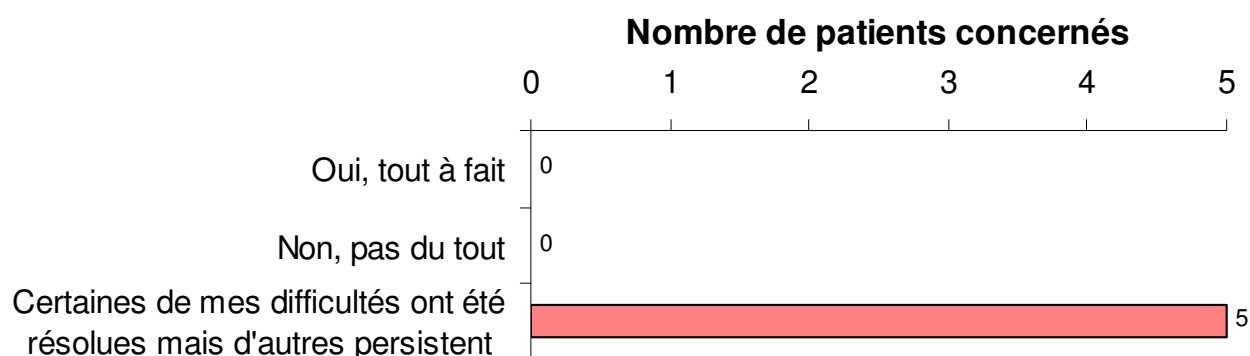
Il apparaît également que deux patients ont déclaré spontanément être gênés par la durée de l'alimentation entérale, jugée trop longue. Malgré une bonne évolution des troubles de la déglutition, l'alimentation entérale a dû être maintenue chez ces deux patients car l'apport énergétique de l'alimentation per os était insuffisant.

On peut noter que le patient A qui n'a pas bénéficié d'une prise en charge diététique connaît également des difficultés qui ne relèvent pas du champ d'action de l'orthophoniste.

3.3 Intérêts de la prise en charge orthophonique et diététique

Après avoir identifié les séquelles des patients, nous avons souhaité savoir si la prise en charge orthophonique pouvait, à elle seule, résoudre toutes les difficultés occasionnées par le traitement d'un cancer ORL.

Les réponses des patients à la question 3 "Votre rencontre avec un(e) orthophoniste vous a-t-elle aidé(e) à surmonter ces difficultés ?" sont les suivantes :



On constate qu'aucun des patients ayant participé à l'étude, y compris le patient A, n'a vu la totalité de ses problèmes résolus par la seule prise en charge orthophonique.

Les réponses des patients aux questions 4 à 7 nous ont appris que :

- Les cinq personnes interrogées ont tiré un premier bénéfice de la prise en charge orthophonique
- Les patients B, C et D estiment que leur rencontre avec un diététicien leur a procuré un gain supplémentaire et que la coopération entre leur orthophoniste et leur diététicien a permis de mieux répondre à leurs besoins

Les intérêts évoqués par les patients pour chacune des prises en charge ainsi que pour la collaboration orthophoniste-diététicien sont consignées dans les trois points suivants.

3.3.1 Bénéfices de la prise en charge orthophonique

En réponse à la question 4 “Que vous a apporté le suivi orthophonique ?”, chaque patient a pu donner son avis personnel sur les intérêts spécifiques de ce versant de la prise en charge des troubles dysphagiques. Selon eux, l’orthophoniste peut :

- aider le patient à apprendre à vivre avec les séquelles de sa maladie
- aider le patient à améliorer la déglutition de certains aliments
- apporter au patient un soutien psychologique non négligeable en étant à l’écoute de ses difficultés quotidiennes
- soutenir le patient dans ses efforts pour se réalimenter par la bouche en lui exprimant des encouragements
- fournir au patient des explications sur l’origine de ses difficultés de déglutition et des conseils pour les résoudre
- permettre au patient de remanger par la bouche avec parfois quelques adaptations de texture

3.3.2 Bénéfices de la prise en charge diététique

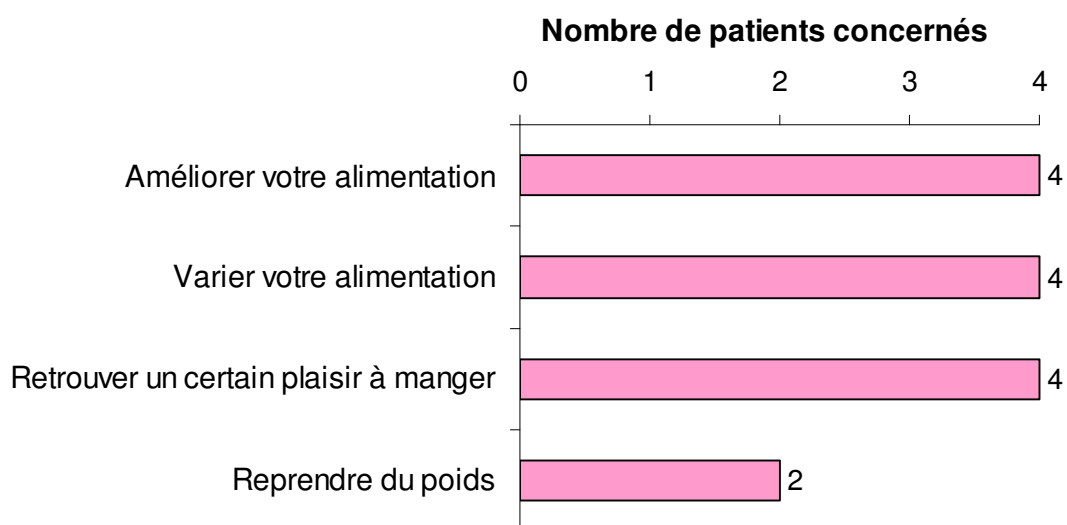
Les patients ont ensuite pu s’exprimer sur les avantages propres à la prise en charge diététique en répondant à la question 7 “Qu’est-ce que le suivi diététique vous a apporté de plus ?”

Les patients qui ont bénéficié de ce type de prise en charge estiment que le diététicien peut :

- les aider à réduire considérablement le volume de l'alimentation entérale grâce à des conseils pour enrichir l'alimentation et augmenter l'apport calorique per os
- leur fournir des recettes et des astuces pour égayer leur assiette et varier leur alimentation qui est parfois limitée à une seule texture
- leur fournir des recettes et des listes d'aliments qu'ils peuvent manger en fonction de la texture déterminée par l'orthophoniste
- des explications complémentaires de celles de l'orthophoniste sur l'origine de leurs troubles de déglutition
- leur apporter un soutien et des encouragements supplémentaires tout au long de leur cheminement vers une alimentation per os exclusive

3.3.3 Intérêts de la coopération entre orthophonistes et diététiciens

La coopération entre orthophonistes et diététiciens doit permettre au patient de se réalimenter par la bouche sans risque dans le but de retrouver une alimentation satisfaisante sur les plans énergétique et gustatif. Les réponses à la question 8, qui concerne quatre aspects déterminant une alimentation satisfaisante, montrent que tous les patients ont vu leur alimentation évoluer positivement grâce à la collaboration des professionnels.



Question 8 : Pensez-vous que la coopération entre orthophoniste et diététicien vous ait permis de ...

La question 9 “Quels ont été, pour vous, les intérêts de cette coopération ?” a permis de recueillir des témoignages plus personnels des patients qui illustrent bien l'intérêt de la coopération entre orthophonistes et diététiciens dans la prise en charge des patients dysphagiques.

« Pour moi, le principal intérêt de cette coopération est que j'ai pu remanger par la bouche et supprimer totalement les repas par sonde gastrique »

« J'ai subi une première intervention chirurgicale après un cancer du larynx. Puis, quelques mois après, une deuxième intervention à cause d'une récurrence. J'ai dû être alimenté par poches pendant plusieurs mois. Le fait de remanger par la bouche a été difficile car j'avais perdu l'habitude de manger et de mâcher et je n'avais jamais faim. L'orthophoniste et la diététicienne m'ont vraiment soutenu et accompagné dans cette reprise alimentaire et elles se sont arrangées pour équilibrer rapidement les poches et stimuler mon appétit. Finalement, j'ai pu arrêter les poches en quelques semaines et retrouver une alimentation normale alors que je n'y croyais plus vraiment. »

« L'orthophoniste et la diététicienne m'ont aidé à arrêter l'alimentation par sonde qui prenait beaucoup de temps dans la journée. Je ne pouvais jamais sortir de chez moi plus d'une heure trente d'affilée et je ne pouvais plus aller dans les bois cueillir des champignons. L'orthophoniste m'a expliqué comment remanger sans avaler de travers et m'a demandé de noter tout ce que je mangeais pour le montrer à la diététicienne. La diététicienne a diminué les poches d'alimentation au fur et à mesure que je remangeais par la bouche. Une fois que les poches ont été supprimées, j'ai pu retourner me promener dans les bois pour chercher des champignons. »

« Cette coopération m'a permis de manger autre chose que des carottes et du jambon moulinés. L'orthophoniste et la diététicienne se sont souvent téléphoné pour discuter de mes problèmes et m'aider à les résoudre et ça m'a vraiment rassuré et aidé de savoir que j'avais deux personnes à qui parler de mes difficultés. »

**Quatrième partie :
Résolution de la Problématique**

1. VALIDATION DES HYPOTHÈSES

1.1 Première hypothèse

La première de nos hypothèses affirme qu'il peut exister une collaboration entre orthophoniste et diététicien dans le secteur hospitalier, en centre de rééducation mais aussi en libéral. Grâce à l'interview de diététiciens exerçant dans ces trois secteurs, cette première hypothèse peut être validée.

Toutefois, si elle existe dans chaque domaine d'activité, la coopération entre ces professionnels n'est pas systématique.

En secteur hospitalier et en centre de prise en charge pour personnes laryngectomisées, les orthophonistes et les diététiciens travaillent de concert dès que l'un d'eux décèle un besoin chez le patient. Cette coopération peut également être à l'initiative du patient lui-même ou d'un des membres de l'équipe soignante qui évolue autour de celui-ci. Quelle que soit son origine, elle semble être bien établie dans ces structures et se mettre en place rapidement, si nécessaire, afin que le patient puisse bénéficier d'une prise en charge globale de ses troubles dysphagiques et nutritionnels.

L'interview du diététicien d'une entreprise prestataire de services ainsi que les réponses des orthophonistes au questionnaire qui leur était destiné montrent que la collaboration entre ces deux professionnels existe également en secteur libéral. Néanmoins, dans le cadre de la prise en charge à domicile, la coopération est presque exclusivement initiée par les orthophonistes. L'isolement des professionnels semble être un frein à une collaboration constante entre orthophonistes et diététiciens qui manquent parfois de connaissances et d'informations sur le rôle de l'autre auprès du patient dysphagique ou en cours de réalimentation per os.

1.2 Deuxième hypothèse

Selon notre deuxième hypothèse, cette coopération est peu fréquente dans le cadre de l'exercice libéral de l'orthophonie car ce type d'activité ne favorise pas le contact entre les professionnels paramédicaux.

D'après les résultats du questionnaire destiné aux orthophonistes, seulement un quart des orthophonistes libéraux interrogés déclarent n'avoir jamais collaboré avec un

diététicien. La majorité des orthophonistes ayant participé à cette étude ont donc un contact régulier avec les diététiciens qui assurent le suivi nutritionnel de leurs patients, quel que soit le mode d'exercice du diététicien.

S'il ne la limite pas forcément, l'exercice libéral semble tout de même modifier les modalités de cette collaboration qui se fait plus souvent par contact indirect (téléphone, échange de courriers).

Les réponses recueillies lors de cette étude tendent donc à invalider cette deuxième hypothèse. Cependant, ce résultat doit être nuancé puisqu'il s'appuie sur les réponses d'un échantillon de douze orthophonistes qui ne saurait, en aucun cas, être représentatif de la population globale des orthophonistes qui accueillent en rééducation des patients souffrant d'une dysphagie consécutive à un traitement de cancer de la sphère ORL.

1.3 Troisième hypothèse

Enfin, notre troisième hypothèse préjugait que les orthophonistes peuvent améliorer leur prise en charge grâce au concours du diététicien.

D'un point de vue qualitatif cette hypothèse semble être confirmée puisque tous les orthophonistes qui ont pu collaborer avec un diététicien y ont trouvé un intérêt. D'après les orthophonistes, l'appui du diététicien leur a permis, dans l'ensemble, d'enrichir leur connaissances sur les troubles dysphagiques, d'améliorer leur pratique concernant la prise en charge de ces troubles, d'accroître l'efficacité de la prise en charge orthophonique grâce à une intervention complémentaire lors de la recherche des textures, de la transmission des informations aux patients et aux équipes soignantes et/ou de l'équilibrage des poches d'alimentation entérale avec l'apport alimentaire per os. En outre, certains orthophonistes ont évalué subjectivement que le concours du diététicien permet un retour à l'alimentation per os et une suppression de l'alimentation entérale plus rapides.

Le point de vue des diététiciens et des patients semblent également valider cette hypothèse. Selon les premiers, une bonne prise en charge diététique permet d'éviter une altération de l'état général du patient et une fonte musculaire favorisant ainsi la rééducation orthophonique. D'après l'évaluation subjective des seconds, la coopération

des deux professionnels paramédicaux permet de mieux répondre à leurs besoins et leur offre une possibilité de prise en charge globale qui tient compte de leurs troubles de déglutition, de leurs besoins nutritionnels et de leurs difficultés ou envies alimentaires.

2. DISCUSSION DES RÉSULTATS

La démarche expérimentale basée sur une enquête auprès des trois protagonistes principaux d'une reprise alimentaire après une chirurgie ORL, nous a permis de montrer quel était le rôle du diététicien auprès des patients en situation de réalimentation après un traitement de cancer ORL. Elle nous a également permis de préciser les modalités de la coopération entre ces professionnels et les orthophonistes ainsi que les intérêts qu'elle peut présenter du point de vue des diététiciens, des orthophonistes et des patients.

Cependant, l'échantillon de la population des orthophonistes et des patients est relativement réduit et cette étude ne nous a permis de mettre en lumière que le point de vue des personnes qui ont accepté d'y participer. Une population plus importante, notamment en ce qui concerne les patients, nous aurait certainement apporté d'autres informations intéressantes sur la coopération des deux professionnels dans un autre cadre que celui de la prise en charge à domicile.

De plus, les résultats sur lesquels s'appuie la validation des hypothèses sont essentiellement qualitatifs puisqu'il s'agit d'un recueil de témoignages et d'expériences personnelles. Avec une population plus importante, il aurait été possible de compléter cette étude qualitative par une analyse quantitative afin d'objectiver l'apport de cette coopération à la prise en charge orthophonique, particulièrement en ce qui concerne la réduction du temps d'alimentation par GPE.

Enfin, il aurait été intéressant de compléter ce travail par une étude de cas illustrant cette double prise en charge et les modalités de la coopération entre orthophoniste et diététicien lors de la reprise alimentaire per os. Celle-ci n'a pu être réalisée, aucun patient n'ayant accepté de se prêter à une observation.

CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était de dégager les intérêts d'une coopération entre les orthophonistes et les diététiciens lors de la prise en charge des troubles dysphagiques causés par un cancer de la sphère ORL ou par le traitement de la tumeur cancéreuse, ces intérêts étant envisagés du point de vue des diététiciens, des orthophonistes et des patients. Nous avons, dans un premier temps, tenté de définir le rôle des diététiciens auprès des patients traités pour un cancer des voies aéro-digestives supérieures, puis nous avons précisé les caractéristiques de la coopération entre ces professionnels et les orthophonistes.

Les témoignages recueillis, par le biais d'interviews pour les diététiciens et de questionnaires pour les orthophonistes et les patients, nous ont permis d'apporter des éléments de réponse à la problématique.

Les interviews ont montré que le travail du diététicien diffère en fonction du secteur d'activité dans lequel il exerce. Les diététiciens hospitaliers seront plutôt les interlocuteurs privilégiés des patients à proximité de la chirurgie, de la radiothérapie et/ou de la chimiothérapie. Les diététiciens des centres de rééducation et des entreprises prestataires de services effectueront plutôt le suivi nutritionnel à distance du traitement et le suivi de réalimentation per os lorsqu'une alimentation entérale a été mise en place.

À partir des informations apportées par l'ensemble des participants de cette étude, nous avons pu déterminer que la coopération entre diététiciens et orthophonistes n'est pas encore systématique et que quelques orthophonistes libéraux sont encore isolés face aux difficultés de certains patients. Malgré tout, cette pratique semble être relativement courante chez nos sujets d'étude, quel que soit le domaine d'activité. Celui-ci semble tout de même avoir une influence sur les modalités de mise en place et de déroulement de cette collaboration. En effet, en milieu hospitalier et en centre de rééducation, la communication entre diététicien et orthophoniste est facilitée et une coopération se met en place dès que l'un de ces deux professionnels ou qu'un membre de l'équipe soignante décèle un besoin chez le patient. Lorsque les suivis diététique et orthophonique se font à domicile, la coopération est généralement indirecte, par téléphone ou par courrier, et presque toujours initiée par l'orthophoniste.

Il semble pourtant primordial qu'une coopération entre ces professionnels se mette systématiquement en place autour des patients pour lesquels un besoin est identifié. Les diététiciens et les orthophonistes qui ont une expérience de cette pratique et les patients qui en ont bénéficié s'accordent à dire qu'elle présente de nombreux intérêts. Parmi ceux-ci, on retiendra premièrement qu'une bonne prise en charge diététique favorise la rééducation orthophonique en évitant une asthénie et une fonte des muscles de la mastication et de la déglutition. Le diététicien peut également aider l'orthophoniste à mieux adapter les textures alimentaires aux difficultés de déglutition de chaque patient. Il permet en outre de réduire le temps d'alimentation entérale en apportant une réponse complémentaire aux difficultés nutritionnelles et alimentaires du patient et en équilibrant rapidement les poches d'alimentation entérale avec le volume d'aliments pris par voie orale. Enfin, selon les patients, l'accord entre ces professionnels leur a permis de retrouver une alimentation per os qui soit sûre, plaisante et relativement variée même lorsque des adaptations de textures sont nécessaires.

À travers ce mémoire, nous avons pu montrer les intérêts que la coopération entre diététiciens et orthophonistes peut présenter au niveau nutritionnel. Certains témoignages recueillis au cours de cette étude ont également révélé que les troubles dysphagiques pouvaient avoir un impact psychologique et social important, parfois difficile à supporter au quotidien. Il serait intéressant de réaliser une étude complémentaire sur les conséquences psychologiques et sociales des troubles dysphagiques et nutritionnels chez les patients atteints d'un cancer des voies aérodigestives supérieures et l'influence de la coopération entre les professionnels médicaux et paramédicaux sur ces difficultés.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- [1] Chauvergne J., Hoerni B. (2001), *Chimiothérapie anticancéreuse*, Paris : Masson.
- [2] Crevier-Buchman L., Brihaye S., Tessier C. (1998), *La déglutition après chirurgie partielle du larynx*, Marseille : Solal
- [3] Crunelle D., Crunelle J.P. (2006), *Les troubles d'alimentation et de déglutition*, Isbergues : Orthoédition
- [4] Delmas A. (1973), *Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle – 11^{ème} édition, tome 1 Tête et cou*, Paris : Masson
- [5] Mazon J.J., Locoche T., Maugis A. (1992), *Techniques d'irradiation des cancers*, Paris : Vigot
- [6] Pivot X., Schneider M., Demard F. (2003), *Carcinomes épidermoïdes des voies aéro-digestives supérieures : nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques*, Paris : Springer
- [7] Woisard V., Puech M. (2003), *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte. Le point sur la prise en charge*, Marseille : Solal

Périodiques

- [8] Bachmann P. (2001), « Nutrition au cours des radiothérapies et chimiothérapies », *Nutrition clinique et métabolique* 15, 308-317
- [9] Beatse V., Delplanque O. et coll. (1999), « Laryngectomies et troubles de déglutition », *Cahier de nutrition et de diététique* 34, 121-125
- [10] Bleekx D., Postiaux G (2002), « Déglutition – évaluation – rééducation », *EMC – Kinésithérapie* 26-430-A-10, 10 pages

- [11] Dassonville O., Poissonnet G., Bozec A. (2006), « Glossectomies », *EMC Techniques chirurgicales – Tête et cou*, 46-250
- [12] Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (2002), « Bonnes pratiques pour la prise en charge diététique des patients atteints de cancer des voies aérodigestives supérieures », *Nutrition clinique et métabolique* 16, 164-183
- [13] Géry B., Brune D, Barrelier P. (1999), « Radiothérapie des cancers de la cavité buccale », *EMC – Stomatologie*, 22-065-D-10, 11 pages
- [14] Lacau St Guily J. et coll. (2005), « Troubles de la déglutition de l'adulte. Prise en charge diagnostique et thérapeutique », *EMC – Oto-rhino-laryngologie*, 2-801-B-10
- [15] Lefebvre J.L., Chevalier D. (2005), « Cancers du larynx », *EMC – Oto-rhino-laryngologie*, 20-710-A-10
- [16] Mallet Y., Lefebvre J.L. (2008), « Chirurgie de l'oropharynx », *EMC Techniques chirurgicales – Tête et cou*, 46-320
- [17] Poissonnet G. et coll. (2007), « Cancers ORL : les grands principes thérapeutiques », *La Presse Médicale* 36, 1634-1642

Mémoires

- [18] Breil L., Crépin H. (2006), *Qualité de vie et capacités fonctionnelles après buccopharyngectomie transmandibulaire*, Mémoire d'orthophonie, Université Paris VI
- [19] Massoni S. (2007), *Troubles de la déglutition et accompagnement nutritionnel dans le cadre des traitements par radiochimiothérapie des cancers ORL*, Mémoire d'orthophonie, Université d'Aix-Marseille II
- [20] Tessereau C., Wozniak H. (2006), *Place de l'orthophonie dans la chirurgie buccopharyngée*, Mémoire d'orthophonie, Université Lille II


Annexes

Annexe 1 : Fiche de suivi nutritionnel

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux orthophonistes

Annexe 3 : Questionnaire destiné aux patients

Annexe 1 : Fiche de suivi nutritionnel

Nom : Adresse : Né le : 20/03/1938	 MEDICAL SERVICE Lorraine	Etablissement, médecin prescripteur : Médecin traitant : IDE :
N° Azur : 0 810 00 33 00 <small>PRIX APPEL LOCAL</small>		société fille de MEDICAL SANTÉ SERVICE
Installation effectuée le : 06/12/08 Nom intervenant : , Diététicienne	Date de la visite à domicile : / / N° visite :	

Suivi Nutritionnel à domicile

PRESCRIPTION ET NUTRITION

Forfait : gravité pompe

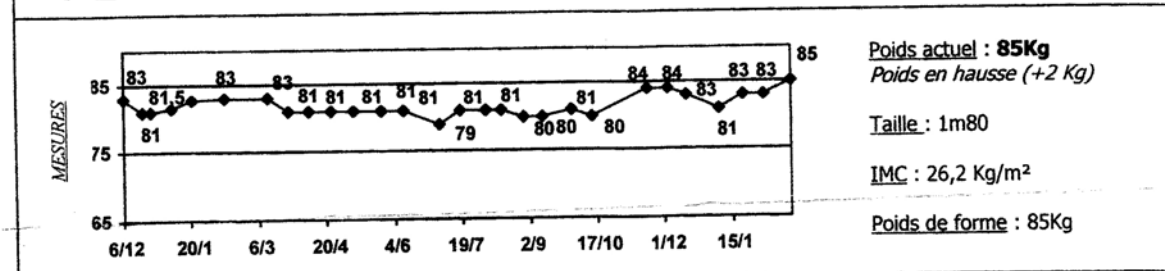
Prescription : **2 NUTRISON ENERGY MULTIFIBRE 500mL** à compter de ce jour car le patient mange de mieux en mieux per os et son poids est à nouveau en hausse.

Respect de la prescription : oui non

Alimentation : continue discontinuée diurne nocturne

Débit : 250mL/h Horaires de passage : 9h – 20h

Sonde d'alimentation : gastrostomie nasogastrique bouton de gastrostomie MIC KEY réf : 0120-20-2.0



EVALUATION DES APPORTS

Alimentation orale : oui non

Evaluation des apports : **550 Kcal / 10 g protéines**. Alimentation semi-liquide voire mixée. Le patient mange des flans, des légumes moulinsés, de la glace. Il pourrait manger plus mais n'a pas faim en raison des 3 poches par jour. C'est pourquoi il n'en prend plus que deux à compter de ce jour.

Complémentation orale : oui non voie orale voie entérale

Apports journaliers totaux : NE : 1500 Kcal / 60g protéines / 15g de fibres
Total : 2050 Kcal / 70g de protéines / 15 g de fibres soit 0,8g de protéines / Kg

Hydratation : Monsieur boit environ 4verres d'eau per os épaissis avec de l'épaississant. Plusieurs seringues d'eau sont administrées par le bouton sur la journée soit environ 1 à 1,5L d'eau par jour. Bonne hydratation.

ETAT CLINIQUE

Transit : RAS constipation diarrhées autres :

Tolérance : RAS régurgitations vomissements remontées acides autres :

Etat cutané : RAS escarre rougeurs autres :
Orifice bouton gastrostomie et pansements ORL propres. Soins infirmiers journaliers.

Etat général : A compter de ce jour, Monsieur consomme 2 poches de NUTRISON car son poids est à nouveau en hausse et il mange de mieux en mieux per os. Le patient est en forme, son état général est stable. Il reste encombré et fait toujours des aérosols chaque jour (MUCOMYSTENDO®) ainsi que plusieurs aspirations trachéales. La nutrition entérale reste bien tolérée.

RDV médecin, Hospitalisation : RDV le avec le Docteur au Centre Alexis Vautrin
 RDV 1 fois par semaine avec l'orthophoniste

Diététicienne

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux orthophonistes

Le but de ce questionnaire est de réaliser une étude sur la collaboration entre orthophonistes et diététiciens lors de la prise en charge des patients après une chirurgie carcinologique des voies aérodigestives supérieures. Nous vous remercions de consacrer quelques minutes de votre temps pour nous faire partager votre propre expérience et vos remarques. N'hésitez pas à vous exprimer !

Les informations collectées seront traitées de manière totalement anonyme

1. Quel est votre type d'exercice professionnel ?

- Exercice libéral
- Exercice hospitalier
- Autre. Précisez : -----

2. Dans votre exercice professionnel, avez-vous déjà suivi des patients présentant des troubles dysphagiques consécutifs à une chirurgie carcinologique des voies aérodigestives supérieures ?

- Oui (Précisez le(s) type(s) d'intervention(s) chirurgicale(s) : -----

-----)
- Non

3. Lors de la reprise alimentaire et des essais de déglutition de ces patients, avez-vous rencontré / votre patient a-t-il exprimé une ou plusieurs des difficultés suivantes ?

- Problème de dénutrition du patient
- Découragement du patient lors des essais de prise alimentaire
- Écoeurement du patient vis-à-vis de certains aliments, de certaines textures proposées
- Aliments proposés peu variés
- Difficultés d'adaptation aux interdits alimentaires du patient (diabète, allergies/intolérances ...)
- Autres : -----

4. Vous est-il déjà arrivé de collaborer avec un diététicien pour la prise en charge des patients dysphagiques ?

- Oui, avec un diététicien hospitalier
- Oui, avec un diététicien libéral
- Oui, avec un diététicien salarié du secteur privé (précisez :-----)
- Non

Si oui, que vous a apporté cette collaboration ? -----

Si non, pensez-vous que cela aurait pu vous aider à mieux adapter votre prise en charge orthophonique aux besoins du patient ?

- Oui
- Non

Pourquoi ? -----

Remarques personnelles, anecdotes : -----

Annexe 3 : Questionnaire destiné aux patients

Le but de ce questionnaire est de réaliser une étude sur la collaboration entre orthophonistes et diététiciens lors de la prise en charge des patients ayant eu une tumeur des voies aérodigestives supérieures. Nous vous remercions de consacrer quelques minutes de votre temps pour nous faire partager votre propre expérience et vos remarques. N'hésitez pas à vous exprimer !

Les informations collectées seront traitées de manière totalement anonyme.

1. Le traitement de votre maladie a-t-il comporté un ou plusieurs éléments parmi les suivants :

- Chimiothérapie
- Radiothérapie
- Chirurgie

Si vous avez subi une chirurgie, de quel type s'agit-il ?

2. Suite à votre traitement avez-vous rencontré un ou plusieurs problèmes parmi les suivants :

- Difficultés pour ouvrir la bouche
- Difficultés pour mâcher
- Douleurs au niveau de la bouche, de la mâchoire, de la gorge
- Douleurs lorsque vous avalez
- Difficultés pour avaler des aliments liquides
- Difficultés pour avaler des aliments solides
- Fausses routes (vous avalez "de travers")
- Modification ou perte du goût des aliments
- Sécheresse buccale
- Excès de salive ou salive collante/épaisse
- Perte d'appétit, difficultés à terminer vos repas
- Difficultés à apprécier vos repas ou certains aliments
- Troubles digestifs (vomissements, diarrhées, douleurs intestinales...)
- Manque d'informations sur le déroulement des premiers repas, le contenu/la quantité des aliments des plateaux repas à l'hôpital
- Autre, précisez : -----

3. Votre rencontre avec un(e) orthophoniste vous a-t-elle aidé(e) à surmonter ces difficultés :

- Oui, tout à fait
- Non, pas du tout
- Certaines de mes difficultés ont été résolues mais d'autres persistent

4. Que vous a apporté le suivi orthophonique ?

5. Parallèlement à la prise en charge orthophonique, avez-vous bénéficié d'un suivi diététique ?

- Oui
 Non

6. Pensez-vous que la collaboration entre l'orthophoniste et la diététicienne a permis de mieux répondre à vos besoins ?

- Oui
 Non

7. Qu'est-ce que le suivi diététique vous a apporté de plus ?

8. Pensez-vous que la coopération entre orthophoniste et diététicien vous ait permis de :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - améliorer votre alimentation : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - varier votre alimentation : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - retrouver un certain plaisir à manger : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - reprendre du poids : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

9. Quels ont été, pour vous, les intérêts de cette coopération ?

10. Remarques personnelles, commentaires, anecdotes :

