

La neurophysiologie de la déglutition et ses conséquences pour la thérapie de dysphagies d'origine neurologique

Autor(en): **Gampp, Karin**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapie = Fisioterapia**

Band (Jahr): **30 (1994)**

Heft 12

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929358>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

La neurophysiologie de la déglutition et ses conséquences pour la thérapie de dysphagies d'origine neurologique

1. Introduction

En règle générale, la physiothérapie traite les perturbations de l'appareil locomoteur ou des organes respiratoires. Je tiens à montrer que les dysphagies font aussi partie de notre domaine d'activités dans la mesure où elles sont d'origine neurologique, car il existe alors un rapport direct avec la motricité globalement perturbée qui les influence aussi dans une large mesure. En d'autres termes, tout traitement d'une dysphagie devrait automatiquement inclure dans la thérapie le maintien du tronc. Si les perturbations de la «motricité corporelle» sont souvent plus apparentes pour nous, les dysphagies signifient néanmoins pour les patients/-tes concernés/-ées une perte considérable de leur qualité de vie à cause de la peur d'avaler de travers, des comportements peu appétissants à table, de l'impossibilité de contrôler la salivation, de l'ostracisme social, de l'expression du visage généralement modifiée et jusqu'à l'alimentation artificielle.

Selon les statistiques américaines, 6% des patients/-tes ayant

souffert une insulte cérébrovasculaire meurent dans l'année après la déclaration de la maladie d'une pneumonie de déglutition chronique.

Les dysphagies peuvent se produire suite à une opération, à des processus et des lésions dans toute l'aire oropharyngale, mais aussi et surtout, à cause de perturbations du cerveau et du tronc cérébral, autrement dit, du système nerveux central.

2. Bases thérapeutiques

Afin de pouvoir traiter les dysphagies de façon systématique et efficace, nous devons d'une part posséder des connaissances anatomiques approfondies des structures concernées, connaître le processus de déglutition dans toutes ses phases, et être au courant des conditions fondamentales et des cycles régulateurs neurophysiologiques (p. ex. les rapports entre noyau ambigu, noyau du faisceau solitaire, noyau salivateur supérieur et nerfs crâniens V, VII, IX, XI et XII).

Surtout dans les cas où il n'est plus possible d'exercer une

influence immédiate sur le déroulement de la déglutition, nous devons exploiter toutes les possibilités de la stimulation indirecte et du déclenchement de réflexes (p.ex. faciliter le déclenchement du réflexe de déglutition par des stimulations olfactives).

3. Moyens d'examen

La condition première d'une bonne thérapie est une identification précise et la localisation neuroanatomique des perturbations.

A cet effet, nous disposons d'une part de l'évaluation «bedside» en tant qu'examen clinique où nous évaluons avant tout la motricité et la sensibilité du tract oral et le déclenchement des divers réflexes.

Parallèlement, nous observons aussi le maintien et le tonus du tronc, ainsi que la faculté coopérative générale du/de la patient/-te et ses habitudes alimentaires jusqu'à la survenue des perturbations. Eventuellement, on dépistera à ce stade déjà des corrélations entre le maintien du tronc et la dysphagie.

Une autre méthode d'examen capable de nous fournir des enseignements détaillés est la vidéofluoroscopie.

4. La vidéofluoroscopie

La vidéofluoroscopie est un radiogramme dynamique (30 images/seconde) effectué à la caméra vidéo lors de l'absorption de substances de contraste de consistances variables et donc facile à repasser sur l'écran.

La radioexposition est nettement inférieure à celle de radiogrammes conventionnels. La vidéofluoroscopie fournit des indications au sujet de lésions dans l'aire laryngale et permet la localisation neuroanatomique de la lésion en question.

Elle nous aide à reconnaître le pathomécanisme, mais n'autorise aucune conclusion sûre quant au trouble neurologique le conditionnant. Elle exige aussi un minimum de faculté coopérative du/de la patient/-te, à savoir un maintien indépendant de la tête et la capacité d'exécuter des ordres simples (2/10).

Nous devons être conscients du fait que 40% des patients/-tes pour lesquels la vidéofluoroscopie révèle une aspiration ne présentent aucun symptôme critique lors de l'examen clinique.

5. Thérapie

En résumé, nous disposons des possibilités thérapeutiques suivantes:

- exercices oraux actifs et passifs pour améliorer la motricité et la sensibilité et pour compenser le tonus;
- stimulations des réflexes;
- exercices pharyngaux (dans un cadre très restreint);
- exercices laryngaux et manœuvre correspondante

pour l'amélioration de la fermeture laryngale;

- développement des techniques d'alimentation et de déglutition, ou exercice des techniques de compensation qui protègent le/la patient/-te contre l'aspiration et facilitent le processus de déglutition.

Chez les patients/-tes peu coopératifs/-ves ou apalliques, il s'agit avant tout de normaliser la survenue de réflexes primitifs oraux (p.ex. les réflexes de succion, de morsure), d'éviter dans la mesure du possible le développement d'une spasticité orale et de normaliser la sensibilité.

Dans ces cas, l'utilisation de stimulations tactilo-cinesthésiques et la stimulation par l'intermédiaire des récepteurs olfactifs et organoleptiques constitue une

méthode éprouvée. Comme condition première de toute thérapie de la dysphagie, il faudra effectuer les travaux préliminaires correspondants sur le tronc et les extrémités, étant donné que toute augmentation du tonus s'y transmet directement à la zone oropharyngale.

6. Conclusion

La thérapie orofaciale devrait faire partie intégrante de notre travail de rééducation précoce des patients/-tes atteints d'une lésion neurologique et s'effectuer en collaboration avec le personnel soignant, les médecins et d'autres domaines thérapeutiques avant que les patients/-tes ne commencent à absorber de la nourriture par voie orale. Après tout, notre travail sur le tronc et les extrémités ne commence pas non plus seulement quand les pa-

PRAXIS

tients/-tes devraient déjà apprendre à marcher et inversement, une thérapie orofaciale n'aurait aucun sens si on n'y intégrait pas le tronc.

Mais malheureusement, les échanges interdisciplinaires sont encore nettement insuffisants dans ce domaine, ce qui entrave la mise en œuvre des moyens thérapeutiques appropriés. Toutefois, l'intervention physiothérapeutique dans ce domaine me tient particulièrement à cœur et je reste donc volontiers à disposition pour toutes suggestions et questions.

Karin Gampp, Fuchsweg 9, 3097 Liebefeld BE

Neurofisiologia della deglutizione e indicazioni per il trattamento dei disturbi della deglutizione di origine neurologica

1. Introduzione

In fisioterapia trattiamo di regola i disturbi dell'apparato motorio o degli organi respiratori.

Desidero però richiamare l'attenzione sul fatto che anche il trattamento dei disturbi della deglutizione rientra nella sfera della medicina riabilitativa e

quindi della fisioterapia. Nella misura in cui questi disturbi sono di origine neurologica, essi sono direttamente correlati a disturbi generali della motricità

e largamente influenzati dagli stessi.

Ciò significa che qualsiasi trattamento dei disturbi della deglutizione dovrebbe compren-