

# TCE ET TROUBLE DE DEGLUTITION

ETUDE DE CAS CLINIQUE

DIU DEGLUTITION OCTOBRE 2020

Stéphanie grand, orthophoniste, UVD, service ORL, CHU Toulouse

# Cas de Mme M., 53 ans

- **HISTOIRE MEDICALE**

- polytraumatisme suite à une chute de trois mètres d'une mezzanine le 21/01/2018, ayant nécessité une hospitalisation dans le Service de Neurochirurgie CHU Purpan(dont 3 semaines en réa)du 21/01/2018 au 15/03/2018
- Elle est retrouvée initialement Glasgow 10 (sommolence, coma léger), puis une dégradation neurologique motive une intubation.

- **Le bilan retrouve au niveau crânio-facial :**

-hématome extradural aigu frontal droit évacué le 21/01/2018 par le Dr PLAS,

- contusions temporales bilatérales présentes sur le scanner initial du 21/01/2018 qui seront d'évolution favorable sur le scanner de contrôle,

- hémorragie sous arachnoïdienne traumatique diffuse sans inondation intraventriculaire ni hydrocéphalie séquellaire

- hématome sous dural de la faux du cerveau sans gravité, des fractures de la base du crâne et du rocher droit

- fracture du plancher de l'orbite, fractures du massif facial multiples

**sur le plan orthopédique** une fracture de la clavicule droite immobilisée six semaines et une fracture du poignet gauche immobilisée par orthèse pendant six semaines.

**sur le plan rachidien** une fracture de T12 avec recul du mur postérieur qui nécessitera une ostéosynthèse T10-L2  
05/02/2018 Une dérivation ventriculaire externe est posée le 22/01/2018 devant une HTIC persistante. Elle sera retirée le 07/02/2018.

**troubles de la déglutition explorés par les ORL qui retrouvent une indication pour une gastrostomie (posée le 09/03/2018).**

**EVOLUTION /ORIENTATION :amélioration progressive de l'état neurologique , Transfert en centre de rééducation le 15/03/2018.**

# 1ere evaluation de la déglutition, avril 2018

- par interne ORL
- Nasofibroscopie : pas d'anomalie morphologique du pharyngo-larynx, pas d'oedème sus glottique franc
- Test de déglutition : retard du temps oral, retard à l'initiation de la déglutition, stases valléculaires et sinus piriformes. Pas de pénétrations secondaires au Yaourt ni de fausses routes. Pénétrations secondaires au liquide.
- Conclusion : Reprise alimentaire plaisir avec aliments à texture lisse homogène (compote ou Yaourt) + rééducation orthophonique ++ sur la déglutition. Réévaluation par les internes à 2 Mois. Réévaluation complète Unité de la Voix et de la Déglutition dans 4 Mois.

# REEVALUATION DE LA DEGLUTITION juin 2018

- **par interne ORL, Examen clinique**
- Ablation de la gastrostomie le 13/06/2018
- Suivi par une orthophoniste à domicile depuis sa sortie du centre de rééducation il y a 10 jours.
- Actuellement, alimentation solide+ liquides pétillants. Notion de fausses routes aux liquides non pétillants.
- Par ailleurs, notion de gêne cervicale basse . Gêne majorée en position allongée et associée à des raclements de gorge fréquents. Examen endobuccal normal.
- **A la nasofibroscopie :** \* Morphologique
- Hypomobilité laryngée gauche
- Stase salivaire autour de la bouche de l'oesophage
- Discret défaut d'accolement postérieur des cordes. Pas de lésion cordale.
- **\* Test de déglutition**
- Aux solides, stase importante autour de la bouche de l'oesophage, de la vallécule. Retard de déclenchement pharyngé. Pas de pénétration laryngée.
- Aux liquides, stase valléculaire et de la bouche de l'oesophage ainsi que des sinus piriformes. Pas de pénétration visualisée sur 5 cuillers.
- Réflexe de toux présent.
- **Au total : Trouble de déglutition complexe nécessitant une évaluation en hôpital de jour à l'UVD.**
- **Dans l'attente, poursuite de la rééducation avec l'orthophoniste.**

# EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE DE LA DEGLUTITION AOUT 2018

- Symptomatologie/plainte :

gêne après avoir dégluti des morceaux comme le fromage, les aliments secs.  
Nécessité de boire après les solides.

En position allongée le soir, gêne dans l'arrière gorge, hémhages ou  
nécessité de s'asseoir plusieurs fois jusqu'à ce que la gêne disparaisse.  
Parfois toux aux liquides.

Elle ne pratique plus la flexion antérieure.

Toux si elle parle en mangeant ou en buvant.

# EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE DE LA DEGLUTITION AOUT 2018

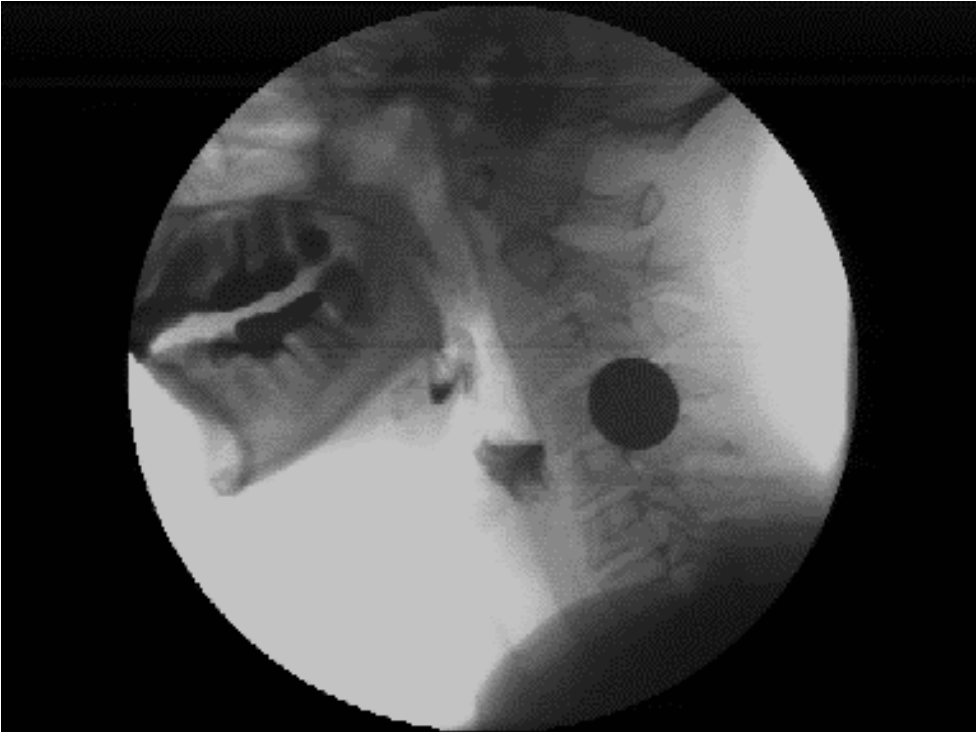
- **Auto-évaluations :**
  - \* Déglutition Handical Index (DHI) : 19
  - \* Phonation Handical Index (PHI) : 0
  - \* Voice Handicap Index (VHI) : 16
  
- **Retentissement des troubles :**
  - Alimentation :
    - \* Durée : 00:45
    - \* Consistance : normale
    - \* Nombre de repas : 4
    - \* Autonomie : autonome
  
- **Nutrition :**
  - \* Poids : 57.0 kg, (Poids de forme : 60.0 kg, soit une différence de -3.0 kg)
  - \* Taille : 170.0 cm
  - \* IMC : 19.7

# EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE DE LA DEGLUTITION AOUT 2018

- **Examen médical**
- Analyse perceptive : légère dysphonie.
- Anomalies dynamiques : immobilité vélo-pharyngée droite.
- Larynx : pas d'asymétrie nette, sus décalage à gauche.
  
- **Essai alimentaire sous nasofibroscopie :**
- Stases résiduelles : prédominance de la consistance pâteuse, à droite.
- Test des réflexes laryngés : stases pharyngées importantes prédominantes à droite
  
- **Radioscopie de la Déglutition**
- Consistance : liquides épais. Consistance : pâteux.
- Stases résiduelles, Stases pharyngées avec déglutition répétée, Défaut d'évacuation, Hemmage au 5 cc, pas de pénétration visualisée.
- Verre : défaut de contrôle oral.
- De face : passage droite.
- Oesophage stases 1/3 sup.



# VIDEORADIOSCOPIE





# EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE DE LA DEGLUTITION

## AOUT 2018

- **Observation de repas** :Alimentation orale normale : Repas complet pris en 30 mn. installation assise revue avec la patiente.A toussé 2 fois pendant le repas en mangeant ; boit régulièrement pendant le repas pour avaler.
- **Evaluation orthophonique**
- Suivi orthophonique libéral en cours , une séance par semaine (suivi de la déglutition puis aujourd'hui suivi du trouble vocal).
- Plainte de la patiente centrée tout d'abord sur la déglutition puis sur ses difficultés vocales et de chant (projet de reprendre une activité de chorale en octobre 2018).
- **Bilan analytique et fonctionnel de référence** :
- qualité de réalisation des mouvements oro-bucco-faciaux : qub-normale pour les items basi-linguaux; mouvements mandibulaires de diduction vers la gauche légèrement réduits d'amplitude (décalage de l'ATM droit lors de l'ouverture maximale de bouche).
- Force musculaire : diminuée en contre résistance (3/4) pour la pointe et la base de langue,pour les piliers antérieurs et postérieurs du côté droit(voile du palais) et diminution plus marquée de la force (2/4) pour l'oropharynx droit (avec signe marqué du rideau vers la gauche).
- Sensibilité tactile : préservée.
- Réflexes : nauséux déclenché par contact du stilet sur la base de langue ; toux non déclenchée durant l'évaluation.
- Capacités fonctionnelles : étude de la mastication (morceaux de biscuit) : transformation du bolus efficace ; durée globale de mastication écourtée à 9,9 secondes.
- Qualité de fermeture vélo-pharyngée préservée ; amplitude de l'ascension laryngée diminuée ; qualité de fermeture glottique modifiée (dysphonie modérée), possibilités volontaires d'expulsion correctes ; allongement de la durée globale de déglutition = 3,2 sec pour gérer 3 cc de yaourt.
- Essais alimentaires : morceau de biscuit : temps de mastication écourté ; pour une bouchée, trois déglutitions sont nécessaires pour une vidange pharyngée partielle.
- Cuillerées de yaourt : deux déglutitions notées pour une bouchée.

- quelles propositions de prise en charge de la déglutition pour cette patiente?

# ESSAI ELECTROSTIMULATION ET ORIENTATION DE PRISE EN CHARGE

- **Séance d'électrostimulation** : évaluation pré-traitement : 2 déglutitions salivaires spontanées en 5 mn. Temps maximum phonatoire = 15,4 sec pour le meilleur de trois essais.
- **Les données vidéoradioscopiques** nous orientent vers une stimulation verticale à 4 électrodes (2 électrodes de part et d'autre du larynx), avec un appareil vitalstim, intensité 5mA, réalisé ce jour durant 30 mn. seuils de perception : 2,5 mA de chaque côté.
- Bonne tolérance globale de la stimulation par la patiente.
- Peu de différence repérée à la radioscopie post séance de stim, probable impact de la fatigabilité de la patiente dans cette conclusion.
  
- **Mise en place de l'électrostimulation sensitive** proposée durant 4 semaines, réalisé au domicile de la patiente par ses soins, une heure par jour, selon les modalités détaillées plus haut.
- objectifs visés : amélioration de la vitesse de déclenchement de la déglutition, amélioration de la qualité d'ascension laryngée et de mobilisation du SSO, Bilan de fin de traitement à prévoir d'ici 1 mois et demi si possible. La patiente repart ce jour avec tous les conseils et matériels nécessaires à la réalisation quotidienne des séances.
  
- **Rééducation orthophonique** : à poursuivre, conjointement au traitement par électrostimulation amorcé ce jour. Des exercices de renforcement de la propulsion basi-linguale, des exercices de mobilisation du voile, du pharynx, des exercices d'ascension laryngés et de mobilisation du SSO sont indiqués, de façon intensive si possible. Les exercices vocaux peuvent compléter la prise en charge.

# EVOLUTION DES TROUBLES ET SUIVI FONCTIONNEL

- SUIVI ORTHOPHONIQUE CHU /bilan de fin d'électrostimulation de la déglutition
- **27 séances** réalisées entre fin août et fin septembre 2018.
- stimulation réalisée avec un **appareil vitalstim, 4 électrodes** :2 électrodes sur le plancher lingual et deux électrodes de part et d'autre du larynx; **stimulation verticale**; à 5mA durant 1H. La rééducation orthophonique libérale a été maintenue durant le traitement.
- Légère amélioration de la déglutition perçue par la patiente, avec persistance d'une sensation de "blocage" bas situé selon les textures.
- les tests post-traitements reflètent cette amélioration : test des déglutitions spontanées en 5mn : 4 déglutitions notées en 5 mn contre 2 en août 2018. Gain d'une seconde pour le temps maximum phonatoire (passe de 15 à 16 secondes)
- La vidéoradioscopie confirme l'absence de retard de déclenchement du temps pharyngé, la réalisation plus rapide des déglutitions de vidange; le trouble propulsif persiste (stases valléculaires, rétrocricoïdiennes) après déglutition. La dynamique du SSO reste modifiée, et ne permet pas l'élimination complète des stases malgré la réalisation de déglutitions successives.
- Lors de la prise du liquide épais de face, il est observé que les stases restent toujours plus marquées du côté droit.

QUELLES NOUVELLES PROPOSITIONS DE  
PRISE EN CHARGE POUR LES TROUBLES DE  
DEGLUTITION PERSISTANTS?

# EVOLUTION DES TROUBLES ET SUIVI FONCTIONNEL

- **Rééducation orthophonique libérale:**
- nouvelle approche prévue pour amélioration de la dynamique du SSO: thérapie manuelle
- maintien des exercices pour le défaut de propulsion, modalité intensive

# REEVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE DE LA DEGLUTITION, juin 2019

- plainte légère pour la déglutition et la dysphonie
- poursuite du suivi rééducatif orthophonie/kinésithérapie
- mécanisme physiopathologique : persistance d'un défaut de transport pharyngo-oesophagien, disparition du retard de déclenchement, amélioration des possibilités de propulsion orale.

# SUIVI REEDUCATIF CHU

- **OCTOBRE 2019 : NOUVEAU PROTOCOLE INTENSIF DE REEDUCATION**

**mise en place d'un nouveau traitement par electrostimulation de la déglutition + exercices ciblés de déglutition.....**

**à faire à domicile et lors des séances de rééducation libérale, en autonomie**



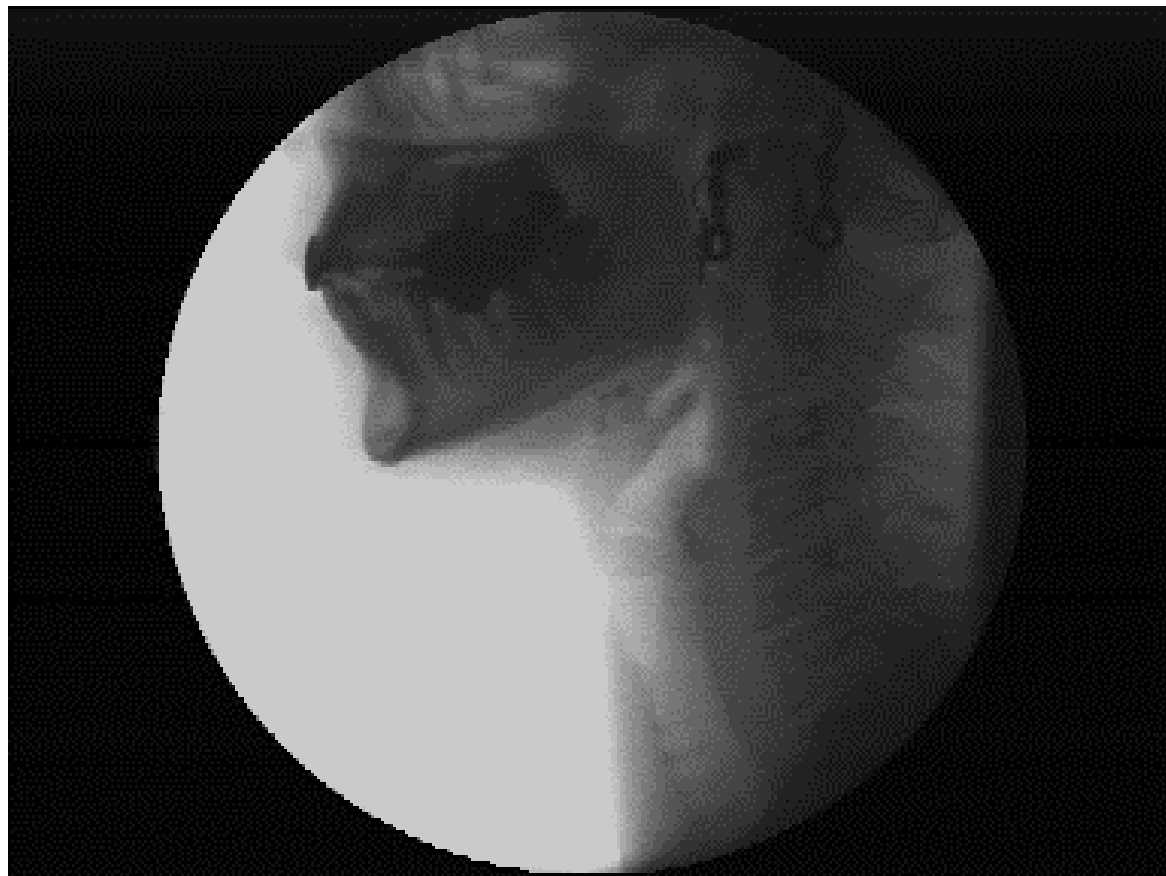
# REEVALUATION MEDICALE DG FEVRIER 2020

- Suite à la réalisation de la dernière session de rééducation intensive associant Electrostim+ exercices ciblés : Amélioration des capacités, notamment de déglutition, mais aussi au niveau phonatoire
- **Contrôle vidéoradioscopique** : diminution des stases au niveau du sphincter par l'oesophage, meilleure propulsion linguale mais toujours petite dysfonction du sphincter supérieur de l'oesophage , majoré par une fatigabilité lors des essais successifs.
- nouvelle proposition rééducative: protocole de shaker.

# REEVALUATION DG OCTOBRE 2020

- à un an de la dernière session d'electrostimulation :
- Patiente ayant continué les séances de rééducation une séance par semaine avec Mme Gau cette année, entre janvier et mars, puis de mai à juillet; arrêt de la rééducation depuis.
- **Amorce d'un traitement Shaker depuis aout 2020, durant 6 semaines, de façon autonome (2 à 3 fois par jour), par la patiente.**
- Pas de plainte exprimée ce jour par Mme M. : "je sens quelques chose au niveau du SSO quand j'avale mais je ne le perçois pas comme une gêne" "je peux manger normalement (à mon rythme, c'est à dire lentement) et de tout"
- **L'amélioration objective de la dynamique de déglutition de la patiente (selon données vidéoradioscopiques, essais de déglutition) et l'absence de gêne nous conduisent à confirmer l'arrêt possible du suivi orthophonique libéral.**

# VIDEORADIOSCOPIE



# NASOFIBROSCOPIE

