

Clinique et Policlinique d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, Hôpital cantonal universitaire de Genève

TROUBLES DE LA DÉGLUTITION: CHOIX DES ALIMENTS ET POSITIONS DE COMPENSATION

PAR PASCALE AMBERGER ET PAVEL DULGUEROV

RÉSUMÉ

Les troubles de la déglutition sont le plus souvent diagnostiqués par la vidéo-fluoroscopie et traités par une équipe pluridisciplinaire. Chaque cas requiert une réhabilitation individuelle qui dépend de la raison anatomique et physiologique de la dysphagie. Après avoir envisagé la thérapie indirecte qui consiste à améliorer les fonctions musculaires (1), le choix des aliments et les positions de compensation pour réduire les fausses routes sont revus systématiquement en fonction de l'étiologie de la dysphagie.

SUMMARY

Swallowing difficulties are most often evaluated by videofluoroscopy and treated a pluridisciplinary team. Each patient requires an individual rehabilitation depending on the anatomical or physiological etiology of the dysphagia. After discussing the indirect therapy (1) which is geared to improve the muscular function, the choice of diet and the compensation postures are systematically reviewed.

Un trouble de la déglutition peut être d'apparition soudaine ou progressive, lié ou non à une intervention chirurgicale. Quelle qu'en soit l'origine, le malade est confronté à une impossibilité de s'alimenter comme avant, simplement parce que la nourriture «ne passe plus», ou qu'elle «passe dans le mauvais trou». La réhabilitation de la déglutition s'intéresse donc à deux catégories de patients:

— ceux qui présentent une dysphagie, voire une aphasie et pour lesquels il faut réorganiser progressivement la fonction de déglutition, par des exercices

appropriés et par une réadaptation de la nourriture;

— ceux qui présentent des difficultés avec certains aliments ou dans certaines situations: pour ces derniers, il faut déterminer une texture alimentaire ne présentant pas de risque de fausse route et conseiller si nécessaire une position qui pourrait faciliter le passage de la nourriture.

Après avoir analysé les troubles lors de l'examen de vidéofluoroscopie et proposé au patient divers exercices pouvant améliorer ses fonctions

musculaires, une reprise alimentaire peut être envisagée. L'analyse des différents exercices musculaires pouvant faciliter la reprise alimentaire ayant fait l'objet d'une étude précédente (1), nous nous intéresserons ici au choix des aliments et aux positions dites de compensation.

LE CHOIX DES ALIMENTS

Les dysphagies étant dues à des troubles d'origines diverses (chirurgie carcinologique de la sphère ORL, atteinte neurologique...), l'alimentation proposée est variée dans la quantité, la qualité et la consistance.

La quantité

Dans les cas de dysphagies importantes ou postopératoires, les patients se trouvent confrontés à une quasi-impossibilité de déglutir et sont alors nourris par sonde. Trois types de sondes sont communément utilisés: la sonde nasogastrique, la sonde gastrique directement passée par la fistule trachéo-œsophagienne lorsqu'il y a trachéostomie avec pose de prothèse phonatoire et la sonde passée à travers la paroi abdominale (gastrostomie, jéjunostomie).

Il s'agit donc de réorganiser la déglutition progressivement, tout en continuant l'alimentation par la sonde.

Tableau 1. — Récapitulatif du choix des aliments et des positions de compensation en fonction du trouble de la déglutition.

TROUBLES	ALIMENTATION	COMPENSATION
<i>Phase buccale</i>		
Préhension	Consistance 2	Thérapie indirecte; buste en arrière
Mastication	Consistance 2 et 3	Thérapie indirecte, prothèse
Maintien du bol: mobilité de la langue	Consistance 1	Thérapie indirecte Nourriture du côté sain, en arrière Tête en arrière Prothèse
Propulsion du bol	Consistance 1 ou 2 servi chaud	Thérapie indirecte Manœuvre de Mendelsohn Tête en arrière, nourriture en arrière
<i>Vidange buccale</i>		
<i>Phase pharyngée</i>		
Réflexe de déglutition	Aliments froids ou chauds Consistance: selon trouble associé	Thérapie indirecte Menton en arrière Tête en flexion
Fermeture de l'isthme du pharynx	Consistance 3 et 4	Thérapie indirecte Se boucher le nez Prothèse
Fermeture du larynx	Consistance 1 Pas de liquide fluide	Thérapie indirecte Tête en flexion, déglutition en apnée Manipulation laryngée
Bascule de l'épiglotte		
Ascension du larynx	Consistance 1	Thérapie indirecte «Supraglottic swallow» Toux
Lésions pharyngées	—	Tourner la tête du côté de la lésion
Réduction du péristaltisme	Consistance 1 + liquides	Déglutition à vide Se coucher d'un côté
<i>Vidange des vallécules</i>		
<i>Vidange des sinus piriformes</i>		
<i>Phase œsophagienne</i>		
Ouverture de la bouche œso. Transit	Consistance 1 + liquides	Thérapie indirecte
Port d'une canule	—	Boucher la canule

Au commencement l'on administre au patient de très petites quantités de nourriture: les premiers essais sont effectués avec un tiers de cuillère à thé, que le patient essaie de déglutir. S'il y a aspiration et que le patient parvient à libérer ses voies respira-

toires en toussant, la même quantité est de nouveau proposée plusieurs fois pour réentraîner le mouvement de déglutition et cela plusieurs fois par jour. Si le patient porte une canule et qu'il ne parvient pas à libérer sa trachée, il faut l'aspirer immé-

diatement et reporter l'essai à une date ultérieure; en attendant, le patient continuera ses exercices de rééducation. Si la déglutition se fait sans problème, la quantité peut être progressivement augmentée.

Pendant la reprise, il convient d'ajuster au fur et à mesure la quantité totale de nutriments administrés, en accord avec le service de diététique, pour assurer le besoin métabolique de base qui est de 20 à 25 Kcal/kg/jour pour une femme et de 25 à 30 Kcal/kg/jour pour un homme. L'attention est portée sur les besoins en protéines (1 g/kg de poids/jour) et en vitamines, c'est pourquoi les régimes alimentaires sont complétés si besoin est par des substituts alimentaires (par exemple Méritène® (Wander), Tonexis® (Sopharga)) qui sont en général administrés par sonde.

De même, pour les patients ne portant pas de sonde gastrique, mais dont le trouble de la déglutition ne leur permet pas d'absorber une alimentation normale, il faut veiller à ce que l'on ne retire pas simplement du plateau repas la nourriture pouvant présenter un risque d'aspiration, car il y aurait à long terme déséquilibre dans les besoins nutritifs.

La qualité

— Le goût: on préfère les mets relevés, épicés, salés ou sucrés, car ils stimulent la salivation et la déglutition (2, 3). Néanmoins l'assaisonnement est limité dans les cas post-opératoires et les aliments trop sucrés (sucre, confiture, caramel) sont dans un premier temps éliminés pour ne pas provoquer d'irritations et de sensations de brûlure.

— La température: la nourriture est présentée froide ou chaude plutôt que tempérée pour favoriser les réflexes (4) et entraîner les sécrétions salivaires qui peuvent être plus ou moins abondantes.

La consistance

L'alimentation est décomposée en quatre stades, correspondant à des consistances différentes qui sont présentées au patient progressivement. Il n'y a pas de durée déterminée pour chacun de ces stades, on passe au suivant dès que le patient peut s'alimenter sans difficulté et sans aspirations avec la consistance donnée. Néanmoins la *Consistance 1* sera celle sur laquelle on s'étend le plus car elle correspond pour le dysphagique à la mise en place d'une nouvelle approche de la déglutition.

Consistance 1: lisse

Elle est constituée par une nourriture molle, lisse et homogène de type flan, yaourt, compote, gelée et soupe épaisse. Ce type d'aliment présentant le double avantage d'être suffisamment compact pour forcer la formation du bol et assez onctueux pour descendre facilement au moment de la propulsion. Les premiers essais se font avec du yaourt aromatisé, sans morceaux. A ce stade, le patient ne peut pas boire: les liquides fluides posent généralement le plus de difficultés lors de la réhabilitation car la gravité les fait tomber dans le fût laryngé avant le déclenchement du réflexe de déglutition, ce qui entraîne des aspirations.

Consistance 2: mixée

La nourriture est molle ou mixée: soupe de légumes épaisse, soupe de semoule fine, pain ramolli, purée de légumes, de poissons et de fruits. Dans les légumes, privilégier les carottes, courgettes, haricots verts, choux et avocats et éviter la purée de pommes de terre car elle a tendance à s'accrocher sur les parois de la cavité buccale et du pharynx et à descendre plus difficilement. Parmi les poissons, choisir la plie, la sole, la truite saumonée et le saumon; il faut éviter: la lotte, le brochet, le rouget, à cause de la chair trop ferme et

du risque de la présence d'arêtes. Les fruits de choix sont les pommes cuites sans la peau, mangues, fraises, bananes; éviter: les bananes trop mûres qui sont trop sucrées; les poires et les framboises, qui présentent des petits grains; les cerises, les prunes et le raisin à cause de la peau; les pamplemousses qui sont acides.

Les boissons épaisses sont introduites: glaces, nectars de fruits, jus de tomate, lait, que l'on prend à la petite cuillère puis à la paille et au verre. De nombreux patients souffrant de troubles de la déglutition présentent des difficultés pour aspirer, il leur est donc conseillé dans un premier temps d'utiliser une paille qui aura été préalablement raccourcie; la paille est ensuite progressivement rallongée au fur et à mesure des progrès.

Consistance 3: hachée

La nourriture est hachée, on introduit les œufs brouillés ou mollets, les crevettes en morceaux, la viande tendre, blanche au début puis rouge, avec les sauces épaisses (5), les légumes en morceaux, les pâtes bien cuites et les fruits juteux sans peau. Il faut éviter les aliments non compacts, tels le couscous, les lentilles, le riz et les œufs durs.

Consistance 4: solide

La nourriture solide et les liquides fluides (eau, café, thé, jus de pomme) sont introduits. Le riz, le pain sec, les fruits séchés, les biscottes et les aliments crus sont à éviter pour diminuer les risques d'aspiration (6). On présente toujours les solides et les liquides séparément et l'on ne se sert jamais de liquides pour «faire descendre la nourriture» (7).

Les sécrétions

L'un des grands problèmes rencontrés, notamment lors de la chirurgie de la sphère ORL, est l'excès de

salive épaisse. Certains médicaments peuvent diminuer ces mucosités: les mucolytiques (N-acétylcystéine, carbocystéine...). L'absorption de produits laitiers, de produits sucrés et de chocolat augmentent ces sécrétions (3); il est donc conseillé d'éliminer ces aliments. Il est, par contre, suggéré au patient de sucer souvent des compresses imbibées de jus de citron, celui-ci favorisant la sécrétion d'une salive plus fluide (8) et de faire des brumisations d'eau dans la bouche plusieurs fois par jour.

Choix des aliments selon la localisation du trouble

Un trouble au niveau de la *préhension* se rencontre dans les cas de paralysie faciale, qu'elle soit centrale ou périphérique et en cas de chirurgie de la commissure labiale. Pour pallier la difficulté de garder l'alimentation à l'intérieur de la cavité buccale, il faut privilégier une alimentation de *Consistance 2*, compacte et homogène, qui puisse être facilement et rapidement propulsée dans le pharynx, sans que des particules tombent à l'extérieur de la bouche. L'absorption de liquides est extrêmement délicate et une paille semble indispensable.

Difficultés de *mastication*: elles se rencontrent lors d'atteinte de la partie motrice du nerf trijumeau, lors d'ablation partielle ou totale de l'arcade dentaire supérieure ou inférieure (hémi-maxillectomie, mandibulectomie partielle...) et lorsqu'une édentation partielle ou totale ne peut pas être appareillée. Il faut privilégier les *Consistances 2 et 3*, avec absorption de liquides de façon normale.

Trouble de *maintien du bol*: il peut être dû à une difficulté de contrôle de la langue (atteinte du nerf hypoglosse), par manque de substance musculaire (amyotrophie linguale ou ablation chirurgicale), lors d'une perturbation de la proprioception

buccale (atteinte du nerf lingual, du glosso-pharyngien ou du trijumeau), ou par lésion des muscles élévateurs (stylo-glosse et pharyngo-glosse). Les aliments privilégiés sont donc compacts et glissants; ceux à éviter sont les purées qui collent sur les parois et les liquides qui glissent directement dans la trachée avant d'avoir été propulsés. Il faut donc commencer avec la *Consistance 1* et conserver cette consistance pendant le début de la rééducation.

Retard ou manque de *propulsion du bol*: aux causes responsables du maintien du bol il faut ajouter les paralysies des muscles de la paroi pharyngée (atteinte du IX ou du X). On donne des aliments mixés lisses et compacts, *Consistance 1 ou 2*, servis chauds, pour qu'ils parviennent à glisser plus facilement jusqu'au pharynx. S'il n'y a pas de trouble de la fermeture du larynx, les liquides, fluides de préférence, sont autorisés.

Un manque de *réflexe de déglutition*, se rencontre lors de lésion du nerf palatin postérieur. Pour le stimuler, l'alimentation est présentée froide ou chaude plutôt que tempérée. La consistance choisie dépend des troubles associés.

La mauvaise *fermeture de l'isthme du pharynx* est due à une incompetence vélaire que l'on rencontre lors d'atteinte des muscles péristaphylins, pharyngostaphylins et du nerf palatin postérieur. On préfère les *Consistances alimentaires 3 et 4*, qui n'entraînent que peu de reflux nasal. Pour les boissons, les liquides fluides sont à éviter; on opte pour les nectars qui sont bus par petites quantités.

Mauvaise *fermeture du larynx*: elle se rencontre en cas d'immobilité cordale (paralysie récurrentielle, arthrite crico-arythénoïdienne) et après perte de substance endolaryngée (cordectomie, laryngectomies partielles). Les premiers essais de nourriture se font avec la *Consistance 1* et la progression peut

être très rapide si le patient effectue parallèlement des exercices en apnée. Les liquides fluides sont à éliminer au début; on commence par donner des nectars.

Problème d'ascension du larynx: c'est une difficulté que peuvent rencontrer les patients après chirurgie partielle du laryngo-pharynx et qui se trouve chez 69% des patients porteurs d'une canule (9). On privilégie une nourriture lisse, de *Consistance 1*, car une nourriture épaisse reste collée autour de l'orifice laryngé. On note aussi des complications avec les canules à ballonnet car une fois gonflés, ils peuvent exercer une compression de l'œsophage entraînant une stagnation de la nourriture qui pourra éventuellement remonter et passer dans la trachée. S'il n'y a pas d'aspirations importantes, le patient peut manger avec le ballonnet de la canule dégonflé. Il convient aussi d'aspirer la trachée au travers de la canule à la fin de chaque repas et, selon les troubles et la quantité d'aspiration, à plusieurs reprises pendant le repas.

Diminution du *péristaltisme pharyngé*: elle se rencontre dans les cas de paralysie du nerf vague ou lors d'interventions chirurgicales où une partie du pharynx est remplacée par un lambeau adynamique. La nourriture est plutôt liquide de façon à pouvoir descendre par la gravité (10). On adopte la *Consistance 1* avec possibilité de boire des liquides.

Problèmes d'ouverture de la bouche œsophagienne: ils se rencontrent lors de spasme du muscle crico-pharyngien. Il convient, évidemment, d'exclure les causes néoplasiques par la vidéofluoroscopie ou un transit baryté. On adopte une nourriture liquide qui passe plus facilement dans un orifice étroit. Il s'agit d'une pathologie qui peut être souvent corrigée ou améliorée par une intervention chirurgicale qu'il faudra envisager en cas d'échec de la rééducation.

Après avoir analysé les différentes consistances alimentaires, nous allons considérer les positions et les gestes particuliers que les patients doivent adopter afin de limiter au maximum les aspirations.

LES POSITIONS DE COMPENSATION

Ce sont des points à adopter ou des manœuvres à effectuer avant, pendant et après la déglutition de façon à faciliter le transit des aliments et à limiter les aspirations. Il s'agit de positions de facilitation que le patient adopte durant le temps de la réhabilitation.

Compensation selon la localisation du trouble

Préhension: l'alimentation se fait le buste légèrement en arrière pour permettre aux aliments de rester dans la cavité buccale.

Mastication: il n'y a pas de position particulière à adopter, mais il sera envisagé le port d'une prothèse dentaire adaptée pour diminuer le volume de la cavité buccale et faciliter la mastication (11).

Mobilité de langue:

1) Problème de contrôle de la langue unilatéral: ce trouble se rencontre essentiellement dans les cas de paralysie de l'hypoglosse et de chirurgie de type hémiglossectomie. Le patient doit essayer de maintenir la nourriture du côté sain de façon à pouvoir en garder le contrôle, la tête penchée du côté sain et l'alimentation déposée sur la partie intacte de la langue. Cette position est à utiliser en parallèle avec les exercices de maintien et de propulsion du bol alimentaire (1), afin de réorganiser la musculature linguale avant de reprendre une alimentation.

2) Mauvaise mobilité antéro-postérieure de la langue: la nourriture est déposée au centre de la langue avec

une petite cuillère, le plus en arrière possible, et au moment de déglutir le patient penche la tête en arrière et utilise la gravité pour aider à la propulsion des aliments.

Propulsion du bol: on utilise la manœuvre de Mendelsohn (12) qui consiste à presser la base de la langue contre la paroi du pharynx pour déglutir. La position à adopter est identique à celle d'une mauvaise mobilité antéro-postérieure de la langue.

Retard du réflexe de déglutition: le patient déglutit assis, le dos droit, le menton en arrière et la tête en flexion de façon à ce que la base de la langue et l'épiglotte protègent la trachée. Il lui est alors demandé d'avaler le plus rapidement possible afin qu'il n'y ait pas d'étalement du bol.

Fermeture de l'isthme du pharynx: le patient peut se boucher le nez afin d'augmenter la pression pharyngée durant la déglutition. Si le problème persiste malgré la rééducation, il faut envisager le port d'une prothèse pour améliorer l'insuffisance vélaire.

Mauvaise fermeture du larynx: le patient est assis le dos droit, la tête en flexion et il lui est demandé de retenir sa respiration (7) dès la préhension des aliments et de déglutir 2 à 3 fois avant de reprendre sa respiration. Une variante a été décrite par Logemann (13), il s'agit du «supraglottic swallow» dans lequel le patient déglutit en apnée et expire fortement après la déglutition pour chasser les restes éventuels d'aliments et éviter qu'ils ne pénètrent dans la trachée. Si la mauvaise fermeture est due à un défaut de coaptation des cordes vocales, il conviendra d'effectuer une manipulation spécifique au trouble durant la déglutition:

- 1) en cas de paralysie récurrentielle, le patient penche la tête du côté de la corde paralysée, on effectue une pression entre le

pouce et l'index du même côté, de bas en haut et du côté opposé de haut en bas, pour aider le rapprochement et diminuer la dénivellation des deux cordes;

- 2) en cas d'arthrite crico-arythénoïdienne, la manipulation se fera en sens opposé, car la corde saine est plus basse que l'autre.

Pour les autres cas de béances glottiques, il suffit de faire une pression latérale au niveau du cartilage thyroïde, qui facilite l'affrontement des cordes vocales et le rapprochement des arythénoïdes.

Problème d'ascension du larynx: utiliser le «supraglottic swallow» ou tout au moins tousser après chaque déglutition pour libérer les voies respiratoires.

Lésions pharyngées unilatérales: le patient tourne la tête du côté de la lésion de façon à ce que le bol alimentaire puisse cheminer du côté sain.

Réduction bilatérale du péristaltisme pharyngé: après chaque déglutition de nourriture assez liquide, le patient effectue plusieurs déglutitions à vide pour entraîner les aliments. Dans les cas les plus sévères, il peut se coucher d'un côté afin de garder les résidus pharyngés de nourriture contre les parois. Cette position élimine la pesanteur et limite les aspirations.

Comme dit précédemment, la présence d'une canule de trachéotomie est une gêne à la déglutition (9). Par conséquent, il est indiqué d'essayer de l'enlever le plus rapidement possible. Si le patient doit la garder soit à cause d'une obstruction respiratoire, soit à cause d'aspirations importantes, il faut dans la mesure du possible boucher la canule lors de l'alimentation, afin d'augmenter la pression sous-glottique et d'éviter les appels d'air.

Selon la pathologie de base, un entraînement avec des exercices

musculaires réguliers, un changement d'alimentation et de position ne suffisent pas. Il est alors envisagé une intervention chirurgicale et/ou la pose éventuelle de prothèses dentaires qui peuvent diminuer le volume de la cavité buccale, ou une prothèse palatine pour compenser une insuffisance linguale ou vélaire (11). Certaines pathologies sont susceptibles d'une correction chirurgicale: les sténoses pharyngées ou œsophagiennes peuvent être dilatées; les troubles de la fermeture laryngée sur béance glottique et paralysie récurrentielle sont améliorés par une laryngoplastie de médialisation et certaines incompétences vélaire nécessitent une pharyngoplastie.

CONCLUSION

Le trouble de la déglutition apparaît comme un réel handicap; pour les troubles légers mais entraînant des fausses routes systématiques, il y a progressivement une perte du plaisir alimentaire, voire un désintéressement puis un refus de la part du patient. Dans les cas de dysphagie post-opératoire, il faut parvenir à donner au nouvel opéré le maximum de confort pour réapprendre à déglutir. C'est pourquoi il est important de connaître avec exactitude le trouble et la raison de la dysphagie afin de commencer au plus vite une prise en charge orthophonique. Il faut informer le patient des modifications survenues dans son organisme, lui redonner confiance, le motiver, l'aider à faire des exercices réguliers s'il s'agit d'un mauvais fonctionnement musculaire ou d'une compensation à établir, chercher avec lui les positions qui peuvent faciliter le passage des aliments et lui éviter des désagréments; et réorganiser progressivement sa nourriture. Ce suivi est quotidien durant toute la durée de l'hospitalisation et s'espacera progressivement à raison d'une fois par semaine puis une fois par mois aussi longtemps que nécessaire.

Chaque patient est différent et il n'y a pas qu'un type de dysphagie. Il s'agit donc à chaque fois de trouver la meilleure solution, c'est-à-dire la plus rapide et la plus efficace.

Mots-clés

Dysphagie • déglutition • troubles de la déglutition • alimentation • position • rééducation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Amberger P., Dulguerov P., Lehmann W.: *Troubles de la déglutition: de la vidéofluoroscopie à la rééducation*. Rev. méd. Suisse rom., 115: 803-809, 1995.
2. Hargrov R.: *Feeding the severely dysphagic patient*. Dysphagia, 7: 81-85, 1992.
3. Matthews L.: *Techniques for feeding the person with dysphagia*. J. Nutr. Elderly, 8: 59-64, 1988.
4. Lazzara G., Lazarus C., Logemann J.: *Impact of thermal stimulation on the triggering of the swallowing reflex*. Dysphagia, 1: 73-77, 1986.
5. Pardoe E.M.: *Development of a multistage diet for dysphagia*. J. Am. Diet. Assoc., 93: 568-571, 1993.
6. Martin A.W.: *Dietary management of swallowing disorders*. Dysphagia, 6: 129-134, 1991.
7. Larsen G.L.: *Rehabilitation dysphagia: mecanica, paralytica, pseudo-bulbar*. J. Neurosurg. Nurs, 8: 14-17, 1976.
8. Pfauwadel M.C.: *Place de la rééducation dans les troubles de la déglutition*. Bull. d'Audio Phono, 1990.
9. Cameron J.L., Reynolds J., Zuidema G.D.: *Aspiration in patients with tracheostomies*. Surg. Gynecol. Obstet., 136: 68-70, 1973.
10. Logemann J.A.: *The role of the speech language pathologist in the management of dysphagia*. Otolaryngol. Clin. N. Am., 21: 783-788, 1988.
11. Hurst P.S.: *The role of the prosthodontist in the correction of swallowing disorders*. Otolaryngol. Clin. N. Am., 21: 771-781, 1988.
12. Bartolome G., Neumann S.: *Swallowing therapy in patients with neurological disorders causing cricopharyngeal dysfunction*. Dysphagia, 8: 146-149, 1993.
13. Logemann J.: *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. San Diego, CA: College-Hill Press, Inc., p. 152, 1983.

Adresse:

Dr P. Dulguerov, Clinique et Policlinique d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, Hôpital cantonal universitaire de Genève, 24, rue Micheli-du-Crest, 1211 Genève 14.