

LES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION APRÈS AVC

Evaluation et rééducation

M. Fourtassi^{*(1)}, A. Boumeiraz^{***(3)}, A. Hajjioui^{*(2,3)}

*Professeur assistant en Médecine Physique et de Réadaptation, **Kinésithérapeute

⁽¹⁾ Faculté de médecine et de pharmacie. Université Mohammed Premier. Oujda.

⁽²⁾ Laboratoire des neurosciences cliniques. Faculté de Médecine et de Pharmacie. Université Sidi Mohammed Benabdallah. Fès

⁽³⁾ Service de médecine physique et de réadaptation, CHU Hassan II. Fès

Les troubles de la déglutition sont très fréquents après AVC. Leur prévalence est très variable selon les délais et les méthodes d'évaluation et est estimée à environ 50% des patients victimes d'AVC à la phase aiguë. Traditionnellement, les troubles de la déglutition ont été spécifiquement reliés à un infarctus du tronc cérébral ou à une lésion cérébrale bilatérale. Cependant, il a été récemment prouvé, qu'ils surviennent même en cas d'infarctus cérébral focal avec une incidence autour de 25% pour les lésions de l'hémisphère gauche et de 15% pour les lésions de l'hémisphère droit.

Les troubles de déglutition sont à l'origine de complications graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital, telles les fausses routes et les pneumopathies d'inhalation. Ils sont également responsables d'une augmentation de la durée d'hospitalisation et de la mortalité après AVC d'où l'intérêt d'une prise en charge précoce de ces troubles. Celle-ci fait appel à des techniques de rééducation et de réadaptation mises en place généralement par un orthophoniste ou un kinésithérapeute, spécifiquement formés.

BASES PHYSIOLOGIQUES

La déglutition est un réflexe sensorimoteur complexe nécessitant la mise en jeu de nombreuses structures anatomiques.

LES 3 TEMPS DE LA DÉGLUTITION

La déglutition peut être scindée en 3 phases successives et parfaitement coordonnées entre elles.

- **Le temps buccal** est sous contrôle cortical "volontaire" et sert à préparer le bol alimentaire qui, une fois conditionné, sera transmis à la 2^{ème} phase. Ce temps fait intervenir les muscles des lèvres qui par leur ouverture permettent la préhension buccale et par leur fermeture, la contention antérieure du bol. La mastication des aliments solides et semi-solides fait également partie du temps buccal et fait intervenir les dents, la langue et les muscles masticateurs. L'arrivée du bol alimentaire au niveau de la loge palatine par rétro-pulsion, entraîne un déclenchement réflexe du 2^{ème} et du 3^{ème} temps.

- **Le temps pharyngien** est sous contrôle bulbaire "involontaire" et il est de durée extrêmement courte (≈ 1 s). Il assure la transmission du bol à l'œsophage en mettant en œuvre des mécanismes propulseurs dont le piston lingual (pression exercée par la base de la langue, innervée par la XII^{ème} paire crânienne) et l'onde péristaltique (pression exercée par la contraction des muscles constricteurs du pharynx, innervés par les IX^{ème}, X^{ème} et XI^{ème} paires crâniennes). Pendant ce temps, les voies aériennes sont protégées d'une éventuelle fausse route par des mécanismes protecteurs à savoir : l'inhibition des centres respiratoires (apnée protectrice pendant la déglutition qui est suivie d'une expiration), l'occlusion glottique (par contraction des muscles laryngés innervés par la X^{ème} paire crânienne), l'ascension laryngée (par contraction des muscles sus et sous-hyoïdien) et la bascule de l'épiglotte

sur les cartilages arythénoïdes pour assurer une fermeture étanche des voies aériennes. Le passage sécurisé du bol alimentaire dans le carrefour aérodigestif est basé sur une coordination parfaite entre les mécanismes propulseurs et ceux protecteurs des voies aériennes. Toute perturbation de cette coordination peut entraîner une fausse route.

- **Le temps œsophagien** est sous contrôle nerveux autonome. Il assure le transfert du bol alimentaire du sphincter œsophagien jusqu'au cardia. A la fin de la phase laryngée, le sphincter supérieur de l'œsophage se relâche, avec déclenchement d'une onde péristaltique qui parcourt l'œsophage de haut en bas, suivie du relâchement du sphincter gastro-œsophagien. Cette phase dure 5 à 10 secondes, puis le tonus de base se rétablit. (Fig.1)

LE CONTRÔLE NERVEUX DE LA DÉGLUTITION

Le contrôle de la déglutition est **essentiellement organisé au niveau du tronc cérébral**. En effet, il existe un processeur central de la déglutition qui assure la commande et la coordination des différents mouvements musculaires nécessaires à la déglutition. Ce processeur est localisé au niveau du bulbe rachidien et se compose d'un groupe dorsal faisant partie du noyau solitaire et d'un groupe ventral faisant partie du noyau ambigu.

Les noyaux dorsaux reçoivent des afférences sensorielles provenant des mécanorécepteurs, chémorécepteurs et thermorécepteurs localisés dans la cavité buccale, le pharynx et le larynx, via des paires crâniennes (IX, X et XI). Ils assurent l'analyse et l'intégration de ces informations et déclenchent le réflexe de déglutition en stimulant les noyaux ventraux. Ces derniers envoient à leur tour l'influx nerveux destiné aux différents muscles de la région oro-pharyngée via les motoneurones efférents (V, VII, IX, X, XI et XII).

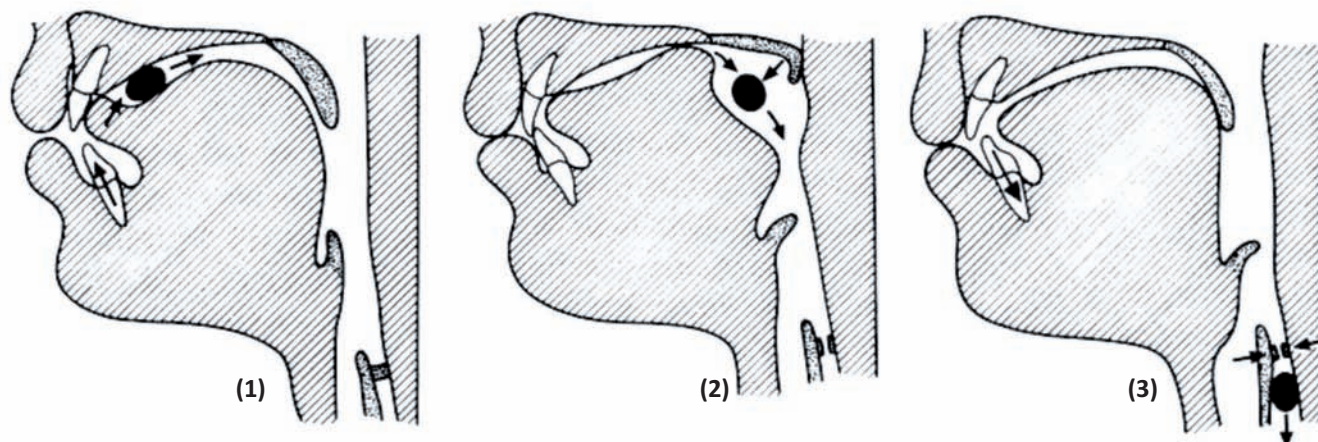


Fig. 1 : Etapes de la déglutition (de gauche à droite) : 1- phase orale, 2- phase pharyngée, 3- phase œsophagienne

Même si le centre intégrateur de la déglutition est bien localisé au niveau du tronc cérébral, des preuves de plus en plus nombreuses font état de la participation des structures supra-tentorielles à la régulation de la déglutition, dont le cortex cérébral. En effet, l'initiation volontaire de la déglutition implique l'intégrité des aires motrices corticales. La déglutition est asymétriquement représentée au niveau des deux hémisphères sans latéralité droite ou gauche évidente. Des études récentes avec scanner TEP ont mis en évidence de multiples zones associées à la déglutition, dispersées au niveau du cortex moteur (cortex orbito-frontal, cortex prémoteur et cingulaire) ainsi qu'au niveau du cortex insulaire et temporal.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

Les troubles de la déglutition après un AVC peuvent avoir différentes manifestations cliniques et peuvent être de gravité variable selon la localisation et la taille des lésions cérébrales. Les déficits peuvent être unilatéraux ou bilatéraux et affecter les composants sensoriels et/ou moteurs, entraînant ainsi une perturbation d'un ou plus des 3 temps de la déglutition.

ANOMALIES DU TEMPS BUCCAL

Le déficit des muscles labiaux peut entraîner une incapacité à ingérer adéquatement les aliments à partir des doigts ou d'un ustensile et la difficulté de les contenir à l'intérieur de la bouche. Le déficit de la musculature buccale et linguale peut entraîner un défaut de conditionnement du bol alimentaire et de sa propulsion, menant à une vidange orale inefficace et à une déglutition fragmentée. Les anomalies de mobilité mandibulaire et linguale se traduisent par une mastication inefficace des aliments solides.

Les déficits sensoriels peuvent être responsables d'une rétention inconsciente de nourriture au niveau d'une ou des deux joues après avoir avalé.

ANOMALIES DU TEMPS PHARYNGIEN

Le dysfonctionnement pharyngien peut entraîner un retard d'initiation du réflexe de déglutition avec un défaut de pro-

pulsion du bol et la conservation des aliments après la déglutition. L'insuffisance vélo-pharyngée peut causer une régurgitation nasale. Un défaut d'ascension laryngée, un dysfonctionnement des cordes vocales ou une bascule insuffisante de l'épiglotte traduisent un défaut de protection des voies aériennes, augmentant ainsi le risque de pénétration (aliments pénètrent le larynx au dessus du niveau des cordes vocales) ou d'inhalation (aliments pénètrent les voies aériennes en passant à travers les cordes vocales).

La toux est un mécanisme de défense des voies aériennes qui sera déclenché de façon réflexe devant toute pénétration ou inhalation afin d'évacuer l'intrus (les aliments). Une toux inefficace, du fait d'un défaut de fermeture glottique (paralysie des cordes vocales) ou d'une faiblesse des muscles expiratoires, ne peut pas assurer son rôle évacuateur. De plus, cette toux réflexe peut être complètement absente en cas de déficits sensoriels du larynx, ce qui explique le **phénomène de fausses routes silencieuses** (non accompagnées de toux).

ANOMALIES DU TEMPS ŒSOPHAGIEN

Le défaut d'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage est responsable d'une stase alimentaire au niveau du pharynx, ce qui augmente le risque de fausse-route après la déglutition. Les troubles de motilité œsophagienne peuvent entraîner un défaut d'évacuation des aliments vers l'estomac et par conséquent un reflux.

Les dysfonctionnements œsophagiens ne sont pas spécifiquement associés à l'AVC. Cependant, leur présence préalable peut aggraver les déficiences buccales et pharyngées.

EVALUATION

Le dépistage et l'évaluation de la gravité des troubles de la déglutition doivent être systématiques chez tout patient victime d'AVC, avant toute reprise alimentaire orale. Cette évaluation est assurée conjointement par un orthophoniste formé qui va dresser le bilan des déficiences et proposer une stratégie thérapeutique et par le médecin qui prend la décision ou non de réintroduire l'alimentation orale et en assume la responsabilité.

L'évaluation précise des troubles de la déglutition repose essentiellement sur un examen clinique minutieux, avec recours, en cas de besoin, à des techniques instrumentales plus ou moins invasives.

EVALUATION CLINIQUE GÉNÉRALE (DÉPISTAGE)

L'examen clinique commence par une évaluation globale de l'état du patient à la recherche de signes et symptômes suggestifs de la présence éventuelle de troubles de la déglutition. Plusieurs éléments doivent être évalués, notamment l'état de conscience du patient, la qualité du contrôle postural (tenue de la tête, position assise) et la capacité à gérer les sécrétions salivaires (bavage ou pas).

On procède ensuite à un examen minutieux des paires crâniennes à la recherche d'une déficience motrice (asymétrie ou faiblesse des muscles oro-faciaux) et/ou d'une déficience sensitive de la sphère oro-pharyngée (stimulations labiales, linguales, palatines et recherche de l'intégrité du réflexe nauséux). La fonction laryngée est évaluée par la palpation du larynx au repos et pendant une déglutition spontanée (présence et qualité de l'ascension laryngée), par la capacité à produire une toux volontaire et par la qualité vocale. La fonction respiratoire est appréciée au repos, pendant le discours et lors d'une phonation soutenue. On termine cet examen par une évaluation sommaire des capacités cognitives du patient (mémoire, attention, concentration, orientation, communication) puisqu'une altération cognitive pourrait avoir un impact négatif sur la rééducation et le devenir du patient.

EVALUATION CLINIQUE DE LA DÉGLUTITION

Si un trouble de déglutition est suspecté lors de l'évaluation de dépistage ou du fait de la présence de symptômes spécifiques (toux pendant ou après les repas), une évaluation plus poussée de la fonction de déglutition s'impose.

L'évaluation clinique de la déglutition (ECD) est généralement réalisée par un médecin MPR ou par un orthophoniste entraîné. Ses résultats servent à guider la stratégie thérapeutique. L'examineur présente au patient des aliments de consistances variables et évalue sa capacité à gérer avec plus ou moins de difficulté chaque consistance. Même si les liquides sont plus difficiles à déglutir que les solides, on commence presque toujours par un test à l'eau plate car elle présente moins de risque pour les poumons en cas d'inhalation.

Une toux qui survient juste après la déglutition ou une sensation d'étouffement constituent un signe flagrant de fausse route.

Une fausse route silencieuse est fortement suspectée en cas de changement de la voix après la déglutition (voix mouillée). Pour les aliments solides, on évalue également la capacité du patient à contrôler le bol alimentaire en bouche, sa mastication et sa propulsion dans le pharynx sans résidus buccal.

Même si l'ECD a une fiabilité raisonnable, elle n'est pas parfaite et peut passer à côté de certains patients présentant de véritables troubles de la déglutition, notamment en cas de fausse route silencieuse (non accompagnée de toux). Ainsi, en présence de signes prédictifs de ces fausses routes (dysphonie, dysarthrie, toux faible, élévation du larynx absente ou anormale, changement de voix après déglutition), il faudra compléter l'examen par des investigations instrumentales beaucoup plus fiables que l'ECD.

EVALUATION INSTRUMENTALE DE LA DÉGLUTITION

• Vidéo-fluoroscopie de déglutition (radio-cinéma) (Fig. 2)

La vidéo-fluoroscopie, communément appelée radio-cinéma, est le gold-standard des examens d'évaluation de la déglutition. Cette procédure est effectuée dans un service de radiologie par l'orthophoniste en présence du médecin MPR ou par le médecin lui-même. Le patient ingère un aliment liquide (généralement l'eau) et/ou solide (compote plus ou moins épaisse) contenant un produit de contraste digestif, sous

amplificateur de brillance. Pendant toute la durée de la procédure, le radiologue effectue un enregistrement vidéo des images radiographiques produites. **Le but de cet examen est d'identifier les anomalies structurelles ou fonctionnelles liées à la déglutition.** Il permet d'analyser spécifiquement : la qualité du contrôle buccal du bol alimentaire,

la qualité de la propulsion, le transport du pharynx, le timing et la coordination de la déglutition, la présence et la profondeur des pénétrations et des inhalations ainsi que leurs causes possibles. Les images de la déglutition doivent être obtenues dans les deux plans, sagittal et frontal, afin de déterminer la latéralité des troubles de déglutition.

Le radio-cinéma offre également la possibilité de tester l'efficacité des manœuvres compensatoires telles que les modifications de la posture ou des consistances alimentaires, qui peuvent améliorer la sécurité et l'efficacité de la déglutition.

• Fibroscopie de la déglutition (Fig. 3)

La fibroscopie de la déglutition est une procédure qui peut être réalisée au lit du patient. Un endoscope flexible, inséré par voie nasale, permet de visualiser directement le nasopharynx et le larynx pendant la déglutition. Au cours de cette procédure, le patient avale des aliments de consistance variable, avec une coloration spéciale facilitant leur visualisation. Elle permet d'évaluer l'anatomie du larynx et du pharynx, la fonction des cordes vocales et **elle est hautement sensible pour la détection de l'aspiration silencieuse.** C'est un examen idéal dans les situations contre indiquant une exposition aux rayons X. Sa portabilité en fait un outil précieux pour les patients des soins intensifs ou ceux ne tolérant

“Le dépistage et l'évaluation de la gravité des troubles de la déglutition doivent être systématiques chez tout patient victime d'AVC, avant toute reprise alimentaire orale”

pas le transport en salle de radiologie. Cependant, son incapacité à évaluer la rétraction de la base de langue, la constriction pharygée, la bascule épiglottique et l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage limite son intérêt dans l'analyse de la mécanique et de la physiopathologie des troubles de la déglutition.

• Autres

D'autres examens plus poussés tels la **vidéofluoromanométrie** et l'**électromyographie** peuvent parfois être utilisés pour affiner le diagnostic dans des situations plus complexes.

PRISE EN CHARGE

La prise en charge des troubles de la déglutition après AVC est basée sur une approche pluridisciplinaire nécessitant l'action de différents intervenants (soignants et rééducateurs) ainsi que l'implication du patient et de sa famille. Cette prise en charge doit être adaptée à chaque patient en fonction des résultats des examens cliniques et instrumentaux.

Il existe plusieurs techniques rééducatives de la déglutition. Parmi elles, on distingue celle à visée fonctionnelle, permettant une amélioration rapide de la qualité et de la sécurité de la déglutition et celles à visée analytique, visant une amélioration spécifique de la force, la souplesse et la coordination des différents éléments anatomiques impliqués dans la déglutition. Ces dernières ont des résultats plus tardifs mais plus durables.

TECHNIQUES À VISÉE FONCTIONNELLE

• Adaptation des caractéristiques alimentaires

- **La consistance** : les aliments solides sont difficiles à avaler en cas de déficit des mécanismes propulseurs d'où l'intérêt de les liquéfier un peu. Il est préférable de commencer les essais alimentaires avec des aliments mixés (compote, yaourt...) plus faciles à propulser, puis d'augmenter progressivement la solidité des textures en passant par le mouliné, le haché, le enfin le solide normal. Les liquides posent un problème en cas de déficit des mécanismes protecteurs avec un risque plus élevé de fausse route du fait de leur fluidité d'où l'intérêt de commencer dans ce type de situation avec des liquides épaissis. L'eau peut être épaissie à des degrés variables en rajoutant dans chaque verre 1, 2 ou 3 cuillères à café d'un épaississant alimentaire, ce qui permet de ralentir sa progression vers l'hypo-pharynx alors que le larynx est encore ouvert.

En cas de troubles plus sévères, l'hydratation orale peut être assurée par la prise d'eau gélifiée (texture solide de gelée).

- **Le volume** : un bol de grand volume rallonge le temps de la phase orale et pharyngée et augmente le risque de stase en cas de déficit propulseur. Ainsi, il est préférable de commencer par de petits volumes, notamment avec les liquides qui peuvent être donnés à la petite cuillère ou par petites gorgées.

- **Le goût et la température** : une stimulation sensorielle buccale forte peut favoriser l'initiation d'une déglutition pharyngée anormalement retardée. Ainsi, des aliments à goût fort ou amer, de température contrastée (surtout très froide), augmentent l'efficacité de la déglutition par stimulation des afférences sensibles. Une eau gazeuse ou pétillante est souvent utilisée à cet effet.

• Techniques de compensation posturale (Fig. 4)

La **posture menton-sternum** consiste à déglutir avec une flexion de la tête en avant amenant le menton vers le sternum. Elle diminue le risque de fausse route en favorisant la fermeture laryngée par recul de la base de langue contre le mur postérieur. Elle est indiquée en cas de déficit de protection des voies aériennes et en cas de retard d'initiation du temps pharyngien.

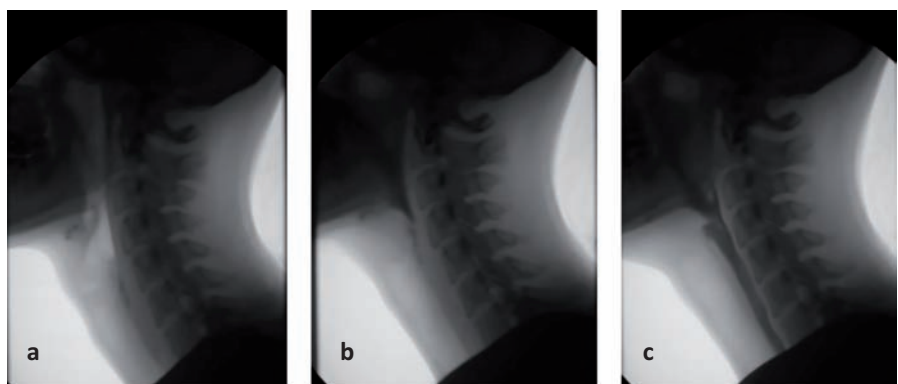


Fig. 2 : Vidéo-fluoroscopie de déglutition (radio-cinéma) (a) temps buccal (b) temps pharyngien (c) temps œsophagien.

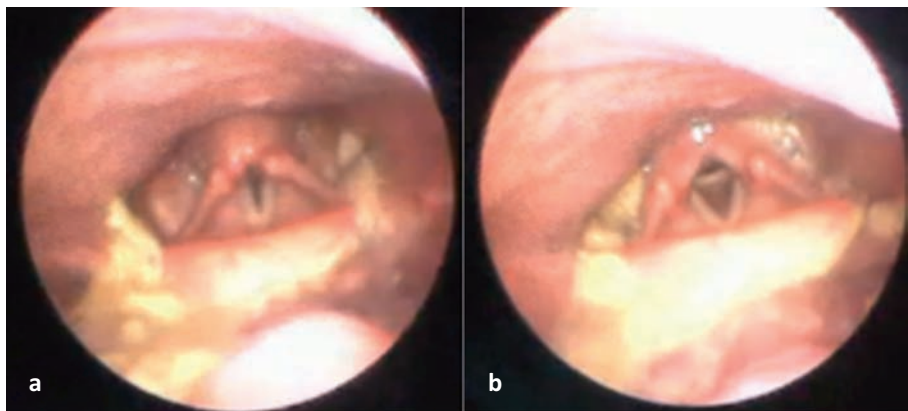


Fig. 3 : Fibroscopie de la déglutition (a) fermeture des cordes vocales (b) résidu alimentaire dans les sinus piriformes après déglutition



Fig. 4 : Techniques de compensation posturale
(a) posture menton-sternum
(b) La posture en rotation céphalique à droite
(c) La posture en rotation céphalique à gauche

La **posture en rotation céphalique** est indiquée en cas de faiblesse pharyngée unilatérale. Elle consiste à tourner la tête du côté faible afin de diriger le bol alimentaire vers le sinus piriforme non atteint. Elle favorise également l'adduction de la corde vocale d'où son utilisation dans la dysfonction laryngée unilatérale.

La **posture inclinée (semi-assise)** est intéressante en cas de stase pharyngée causant des fausses routes par débordement. Cette posture permet de placer l'entrée laryngée dans une position relativement plus élevée que l'hypopharynx, empêchant ainsi la pénétration par débordement.

• Les manœuvres comportementales de facilitation

Ces manœuvres visent à directement compenser les mécanismes déficitaires dans l'opération de déglutition et nécessitent une participation active du patient.

La **déglutition supra-glottique** consiste à demander au patient d'inspirer, puis d'avaler en maintenant l'apnée inspiratoire et de tousser immédiatement après la déglutition pour chasser les résidus stagnant au niveau du sinus piriforme et qui risquent d'être inhalés lors de l'inspiration qui suit. Cette manœuvre assure la fermeture des cordes vocales avant la déglutition pour prévenir la fausse route.

La **déglutition super-supra-glottique** est identique à la précédente mais associe également une manœuvre de Valsalva, pour fermer le vestibule laryngé en plus des cordes vocales.

La **déglutition forcée** est utilisée pour compenser un défaut de constriction pharyngée. Le patient doit avaler avec force afin d'augmenter l'amplitude et la durée de la pression pharyngienne durant la déglutition. Cette technique améliore la vidange pharyngée en renforçant le piston lingual.

La **déglutition multiple** consiste à déglutir volontairement plusieurs fois de suite dans le but d'assurer une vidange buccale et pharyngée optimale. Dans le même objectif le patient est éduqué pour alterner des bouchées solides et liquides pour favoriser la vidange.

La **manœuvre de Mendelson**, quoique plus difficile à maîtriser, peut être intéressante dans certaines situations. Elle consiste à augmenter la durée d'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage en prolongeant volontairement la contraction du muscle supra-hyoïde (maintenir le larynx dans sa position la plus haute), ce qui facilite encore plus la vidange pharyngée.

TECHNIQUES À VISÉE ANALYTIQUE

• Exercices buccaux

Le patient est amené à réaliser devant le miroir différents mouvements buccaux afin d'améliorer la force et la coordination des muscles et par conséquent, leur efficacité dans la déglutition. On réalise des exercices à visée variable : mouvements de latéralisation et de rotation rapide de la langue, exercices de renforcement de la langue (pousser contre le palais ou contre un abaisse-langue) pour améliorer la force du piston lingual, mouvements de succion pour favoriser la propulsion du bol, mouvements mandibulaires pour faciliter la mastication et renforcement labial pour favoriser le contrôle antérieur et diminuer les fuites alimentaires, ainsi que des exercices d'assouplissement buccal (ouverture et fermeture).

• Exercices pharyngés

Ces exercices visent à renforcer la force et la souplesse des muscles pharyngés. Plusieurs exercices peuvent être proposés dont le "Shaker" qui consiste, à partir du décubitus dorsal, de décoller la tête du sol pour regarder ses orteils, et de maintenir la position pendant une minute. Cet exercice doit être répété 5 fois par jour avec des séries de 20 à 30 exercices chacune. Cet exercice très simple permet de renforcer les muscles sus-hyoïdiens et d'améliorer l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage.

• Exercices laryngés

La stimulation des muscles laryngés peut être réalisée par des exercices de vocalisation comme le maintien de son aigus "i". La déglutition forcée et la manœuvre de Mendelson améliorant l'élévation laryngée, et les exercices de "poussé-tiré" de la voix permettent de travailler les cordes vocales et d'améliorer leur mobilité.

• Kinésithérapie respiratoire

Le travail des muscles expiratoires a un double objectif. D'une part, il favorise l'amélioration des paramètres respiratoires chez ces patients à risque d'atteinte respiratoire du fait de fausses routes à répétitions. D'autre part, ce travail aide à améliorer l'efficacité de la toux protectrice.

Une kinésithérapie de désencombrement bronchique est généralement recommandée (si besoin) avant toute séance

de rééducation de déglutition pour mettre le patient dans les meilleures conditions respiratoires. Par ailleurs, l'éducation d'une coordination entre déglutition et respiration est essentielle pour tout patient souffrant de troubles de la déglutition.

• Assouplissement cervico-céphalique

Le travail d'assouplissement et de mobilité de la colonne cervicale doit être parallèle à toute rééducation de la déglutition, du fait de l'importance de la mobilité antérieure du cou (ascension laryngée) dans la déglutition, et de la nécessité d'une bonne mobilité du cou dans la plupart des techniques de compensation posturale.

SUPPORT ALIMENTAIRE

Quand l'alimentation orale s'avère dangereuse, d'autres moyens doivent être envisagés pour assurer le support nutritionnel et l'hydratation nécessaires au patient, tout en évitant la déglutition.

• Sonde nasogastrique

La sonde naso-gastrique (SNG) est largement utilisée pour assurer une alimentation entérale en post-AVC. Cependant, sa durée d'utilisation doit être limitée (moins de 30 jours) car elle n'est pas dénuée de risque. En effet, la SNG est responsable d'une inflammation au niveau des voies aérodigestives pouvant évoluer vers une ulcération. Cette sonde peut également facilement se déplacer et favoriser un reflux alimentaire. De plus, la présence d'un corps étranger au niveau de la sphère oro-pharyngée altère les sensations et complique tout travail de rééducation de la déglutition.

Ainsi, même si elle est très bénéfique à la phase aiguë, la SNG doit être retirée le plutôt possible notamment chez les patients susceptibles de récupérer une fonction déglutoire. Dans ce cas, si le risque de fausse route reste élevé, d'autres mesures d'apport alimentaires doivent être envisagées en attendant l'amélioration de la déglutition.

• Gastrostomie d'alimentation

La gastrostomie reste la meilleure façon pour assurer les apports nutritionnels et hydriques suffisants tout en permettant une rééducation progressive de la déglutition. C'est une procédure très simple réalisée par chirurgie.

Elle consiste à mettre en place une canule percutanée permettant l'accès direct à l'estomac pour assurer l'alimentation entérale sans passer par la sphère oro-pharyngée. La gastrostomie reste un atout considérable chez les patients présentant des troubles de la déglutition persistant au long cours, avec l'avantage d'être réversible, puisqu'elle peut être refermée (fermeture spontanée après ablation de la sonde) après reprise d'une alimentation orale suffisante.

CONSIDÉRATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Les soins bucco-dentaires sont essentiels, mais souvent négligés dans la prise en charge des troubles de la déglutition.

Des soins buccaux avant et après le repas réduisent la charge bactérienne dans la bouche, ce qui réduit le risque de développer une pneumonie par inhalation.

Le positionnement adéquat est aussi important dans la gestion de ces troubles. Les patients doivent être assis en position verticale pendant et après les repas afin de maximiser l'efficacité des techniques de rééducation et de réduire le risque de reflux gastro-œsophagien avec inhalations ultérieures.

CONCLUSION

Même si les troubles de la déglutition sont très fréquents et responsables d'une majoration accrue de la morbidité et de la mortalité après AVC, ils restent encore sous-évalués et insuffisamment pris en charge dans notre pays. Ceci est expliqué, en partie, par la rareté des structures spécialisées en ce type de prise en charge et l'insuffisance de formation et de sensibilisation du personnel médical et para-médical vis-à-vis de ces troubles.

RÉSUMÉ : Les troubles de la déglutition sont très fréquents après AVC et peuvent mettre en jeu le pronostic vital par l'augmentation du risque de fausses routes, pouvant entraîner une pneumopathie d'inhalation. L'évaluation adéquate de ces troubles et leur prise en charge précoce sont essentiels pour prévenir les complications à la phase aiguë et pour favoriser une récupération normale de la fonction de déglutition. En cas de retard de récupération spontanée ou de troubles persistants, diverses options thérapeutiques, adaptées aux besoins individuels de chaque patient, peuvent être proposées.

SUMMARY : Swallowing dysfunction is very common after stroke and may be life-threatening by increasing the risk of aspiration, leading to pneumonia. Proper evaluation of these disorders and their early management are essential to prevent complications in the acute phase and to promote recovery of normal swallowing function. In case of late spontaneous recovery or persistent dysphagia, various treatment options that can be tailored to address individual needs, are available.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- **Stroke Recovery and Rehabilitation.** New York: Demos Medical Publishing. 2009.
- 2- **Gonzalez-Fernandez M. and Daniels SK.** Dysphagia in stroke and neurologic disease. Physical medicine and rehabilitation clinics of north america. Vol 19 (4): 867-888
- 3- **Bleeckx D, Postiaux G.** Déglutition – évaluation – rééducation. EMC Médico-chirurgicale, Kinésithérapie, 26-430-A-10.
- 4- **Auzou P.** Prise en charge des troubles de la déglutition dans les pathologies neurologiques. Revue Neurologique FMC, F245-255
- 5- **Woisard-Bassols V, Puech M.** La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte : le point sur la prise en charge fonctionnelle. Collection Le monde du Verbe