Université Nice Sophia Antipolis

Faculté de Médecine
ECOLE D'ORTOPHONIE

MEMOIRE présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

MORENO-RUIZ Sophie
Né le 08 février 1989 à Toulon

PRISE EN CHARGE PRECOCE POST-OPERATOIRE EN SERVICE DE CANCEROLOGIE ORL

Etat de l'art, enquête et expérimentation auprès d'un groupe de patients ayant bénéficié d'une chirurgie de la cavité buccale et/ou de l'oropharynx

Directeur de Mémoire : **SERRIS Marilou,**
Orthophoniste
Co-directeur de Mémoire : **BOZEC Alexandre,**
Chirurgien ORL

Nice

2013 - 2014

© Université Nice Sophia Antipolis – Faculté de Médecine - Ecole d'Orthophonie

Université de Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine – Ecole d'orthophonie

MEMOIRE présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

MORENO-RUIZ Sophie
Né le 08 février 1989 à Toulon

PRISE EN CHARGE PRECOCE POST-OPERATOIRE EN SERVICE DE CANCEROLOGIE ORL

Etat de l'art, enquête et expérimentation auprès d'un groupe de patients ayant bénéficié d'une chirurgie de la cavité buccale et/ou de l'orophayrnx

Directeur de Mémoire : **SERRIS Marilou,** Orthophoniste

Co-directeur de Mémoire : **BOZEC Alexandre,** Chirurgien ORL

Membres du jury : **ADREY Brigitte**, Orthophoniste

ANSELME Katia, IDE

LETHIMONNIER Marie-Laure, Orthophoniste

AUTUORI Julien, Kinésithérapeute

Nice

2013 - 2014

cc BY NC ND

REMERCIEMENTS

A Madame SERRIS,

pour avoir fait émerger le sujet et m'avoir guidé avec bienveillance tout au long de l'élaboration de ce mémoire;

pour m'avoir fait découvrir une passionnante facette du métier d'orthophoniste;

pour ses encouragements, son aide et son expérience.

A Monsieur BOZEC,

pour avoir participé au projet.

A l'équipe médicale et soignante de l'USC du Centre Antoine Lacassagne,

pour m'avoir accueillie et fait partager leur quotidien et leur expérience.

A ma famille, mes amis, mon amour

pour avoir toujours cru en moi et m'avoir apporté un soutien sans faille dans tout ce que j'ai entrepris.

A mes deux acolytes (Apolline et Pauline),

Sans qui ces 4 années n'auraient pas été si belles.

A Marius,

Notre petit cœur.

SOMMAIRE

Remerciements 3
Sommaire 4
Introduction 6
PARTIE THEORIQUE 8
I. Notions anatomo-physiologiques 9
1. La cavité buccale 9
2. Le pharynx 13
3. Le larynx 14
II. Rappel physiologique de la déglutition 15
1. Le temps oral 16
2. Le temps pharyngé 16
3. Le temps oesophagien 17
III. Les traitements carcinologiques ORL 18
1. Rappels sur les cancers des VADS 18
2. Les traitements chirurgicaux 20
3. Les traitements non-chirurgicaux 31
IV. La nutrition artificielle et la trachéotomie 35
1. La nutrition entérale 35
2. La nutrition parentérale 36
3. La trachéotomie 37
V. Le rôle de l'orthophoniste en service de cancérologie ORL 41
1. Objectifs de la prise en charge orthophonique 42
2. Le bilan 42
3. Information au patient et son entourage 46
4. La rééducation orthophonique 47
PARTIE PRATIQUE 72
I. A l'origine de ce mémoire 73
1. Naissance du projet 73
2. Objectifs, hypothèses de travail et élaboration de la problématique 74
3. Démarche 75
II. Préalables à l'élaboration du protocole 76
1. Enquête 76
2. Théorie et pratique : confrontation 91
3. Conclusions 96

III. Elaboration et passation du protocole 97
1. Elaboration 97
2. Population 97
3. Patients 99
4. Terrain de stage 101
5. Conditions de passation 102
6. Programme de stimulations 104
IV. Restitution, analyse et discussion de mes observations 133
1. Démarche 133
2. Remarques et observations 133
V. Synthèse et résolution de la problématique 145
VI. Discussion 151
Conclusion 152
Bibliographie 154
ANNEXES 157
Annexe I : Questionnaire à l'intention des orthophonistes exerçant en service de cancérologie ORL et/ ou maxillo-faciale 158
Annexe II : Questionnaire à l'intention des chirurgiens ORL exerçant en service de cancérologie ORL et/maxillo-facial 160
Annexe III : Fiche STIMULATION 1 162
Annexe IV : Fiche Etapes de la déglutition 164
Annexe V : Schéma: Voies aéro-digestives supérieures 167
Annexe VI : Fiche de STIMULATION 2 168
Annexe VII : Schéma: La posture du corps 171
Annexe VIII : Fiche STIMULATION 3 172
Annexe IX : Fiche STIMULATION 4 174
Annexe X : Fiche STIMULATION 5 176
Annexe XI : Fiche STIMULATION 6 177
Annexe XII : Fiche STIMULATION 7 179
Annexe XIII : Fiche STIMULATION 8 182
Table des ILLUSTRATIONS 184

INTRODUCTION

La découverte d'un cancer, quelle que soit sa nature, implique la mise en œuvre d'un parcours de soins souvent long et fastidieux pour le patient autour duquel va s'organiser une équipe pluridisciplinaire regroupant à la fois des spécialistes dédiés (oncologues, radiothérapeutes, chirurgiens…) et des professionnels médicaux ou paramédicaux. Hormis les traitements propres au cancer, des soins de support pourront être proposés au patient tout au long de sa prise en charge.

Quelle que soit la forme du traitement proposé, le patient sera nécessairement soumis à un ensemble de conséquences anatomiques, fonctionnelles et esthétiques qui vont venir impacter, pour un temps plus ou moins long, son quotidien et ses habitudes de vie.

Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) regroupent l'ensemble des cancers de la bouche, du pharynx, du larynx et des sinus de la face. Ces tumeurs se situent au carrefour des voies destinées à l'alimentation et à la respiration. Elles atteignent donc des zones anatomiques essentielles à la vie et peuvent altèrer le visage, premier vecteur de notre personnalité.

Dans le cadre de sa prise en charge, en service de cancérologie ORL et/ou maxillo-faciale, le patient est amené à bénéficier d'une intervention orthophonique. Cette dernière peut être débutée en préopératoire et poursuivie jusqu'à sa sortie. Elle implique une évaluation et la mise en place, si nécessaire, d'une rééducation requérant l'élaboration d'un programme rééducatif adapté dont l'objectif premier est la récupération de la fonction de déglutition.

Bien que l'intérêt d'une prise en charge orthophonique du patient opéré ne soit plus à prouver, la forme et le contenu de celle-ci ne semblent pas faire l'unanimité. En effet la littérature, aussi peu développée soit-elle à ce sujet, met en évidence de nombreuses dissensions concernant le calendrier de la prise en charge. Les indications divergent d'un ouvrage à l'autre et nous poussent à nous interroger sur nos véritables possibilités d'intervention en phase post-opératoire immédiate.

Si le programme thérapeutique peut débuter précocement, qu'en est-il réellement des conditions de sa réalisation et des moyens mis à la disposition de l'orthophoniste pour le mener à bien ?

L'objectif de ce travail sera donc :

- de prendre conscience des contours et limites de l'intervention orthophonique
- de mettre en lumière la nature de la rééducation proposée en phase post-opératoire immédiate
- d'apprécier les bienfaits et contraintes immédiates de ces stimulations précoces sur le processus de réhabilitation de la fonction de déglutition

Pour ce faire, nous avons choisi dans un premier temps de rassembler les informations disponibles à ce sujet. Ce recueil comprendra les données théoriques de la littérature mais aussi les points de vue des professionnels concernés interrogés par le biais d'une enquête.

Cet état des lieux nous permettra, nous l'espèrons, de dresser le portrait fidèle de la rééducation orthophonique telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui en phase post-opératoire immédiate.
A partir de ces éléments, nous élaborerons, ensuite un protocole de soins standard que nous testerons auprès patients dès les premiers jours suivants l'opération.

La passation de ce programme de soins précoces, l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus nous permettront, enfin, de faire la synthèse des données recueillies et d'apporter une réponse à notre problématique.

PARTIE THEORIQUE

I. Notions anatomo-physiologiques [1] [2] [4] [7] [9]

1. La cavité buccale

La cavité buccale représente le premier segment du tube digestif.

Elle s'étend en avant des lèvres et des dents jusqu'à l'arc palato-glosse (ou piliers antérieurs) en arrière.

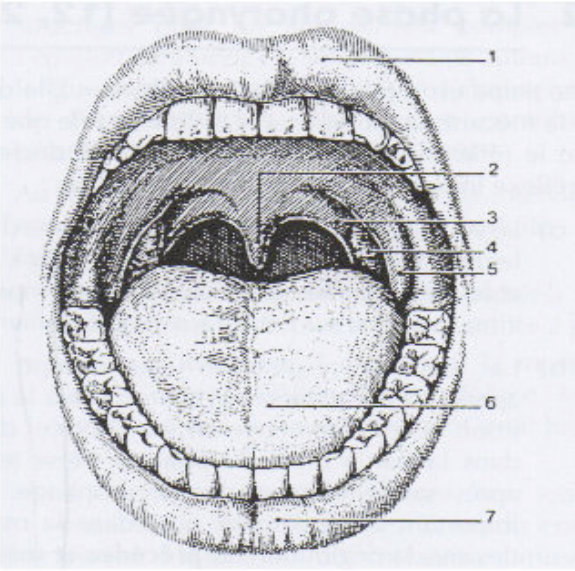
Latéralement, les limites de la cavité buccale sont marquées par les dents et les joues. Le palais ainsi que la langue et le plancher buccal représentent respectivement les limites supérieure et inférieure de celle-ci.

Elle est tapissée d'un revêtement : la muqueuse buccale.

Elle est divisée en deux parties distinctes séparées par les arcades alvéolo-dentaires :

- La cavité buccale proprement dite : en dedans des arcades dentaires, entre la voûte palatine et le plancher buccal. La langue en occupe une grande partie
- Le vestibule buccal : à la périphérie, forme de fer à cheval, en dehors des arcades dentaires. Il comprend la face interne des joues et des lèvres, avec le frein des lèvres inférieures et supérieures.

Elle est pourvue d'un ensemble de structures qui entrent en jeu dans les fonctions de respiration, de déglutition et de phonation.



1. Lèvres supérieures

2. Uvule palatine, petite excroissance centrale du palais mou, de forme et de dimensions variables

3. Arcs palato-pharyngiens

4. Tonsille palatine

5. Arcs palato-glosses

6. La langue

7. Lèvres inférieures

Figure 1 - La cavité buccale

1.1. Les parois

1.1.1. La paroi jugale

Elle est la plus importante des parois, essentiellement musculaire.

Un revêtement cutané constitue sa face externe alors qu'une muqueuse recouvre sa face interne.

Elle est constituée de muscles plats, les peauciers de la face, responsables de l'expression du visage, de la mimique. Le muscle buccinateur anime principalement la paroi. Tous ces muscles sont innervés par la branche inférieure ou cervico-faciale du VII (nerf facial).

1.1.2. Le sphincter labial

Les lèvres sont deux replis musculo-membraneux supérieurs et inférieurs qui se rejoignent en dehors pour former les commissures labiales.

Elles opèrent le rôle de sphincter à l'extrémité antérieure de la cavité buccale.

L'extérieur des lèvres est recouvert de peau et l'intérieur d'une membrane muqueuse. Souples, élastiques et mobiles, elles jouent un rôle majeur dans la production des sons de la parole, la succion, la mimique mais également dans la déglutition.

Elles se meuvent essentiellement grâce à l'orbiculaire des lèvres, muscle qui assure la tonicité labiale, maintenant la bouche fermée au repos.

1.1.3. L'isthme du gosier

L'isthme du gosier sépare la cavité buccale de l'oropharynx.

Cette région, sphincter postérieur de la cavité buccale, est délimitée en haut par le voile du palais, latéralement par les piliers antérieurs du voile (ou muscles palato-glosses) et en bas par la base de langue.

1.1.4. Le plancher buccal

Cette surface, constituée d'un assemblage complexe de couches musculaires, forme une sangle solide, tendue entre l'os hyoïde et la mandibule. La musculature constitutive du plancher intervient directement dans la mobilisation de la langue, lui permettant d'assurer, entre autre, son élévation.

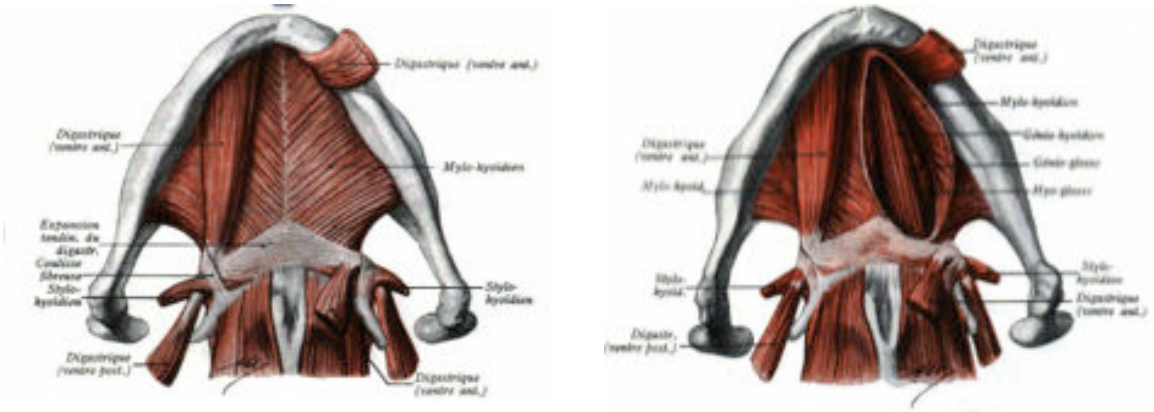


Figure 2 La musculature du plancher buccal

1.1.5. Le palais

Le palais dur ou voûte palatine

C'est une structure osseuse qui constitue les 2/3 antérieurs du palais. Elle est formée par les os maxillaires et palatins.

Dans sa partie antérieure se trouve la papille palatine sur laquelle se place la pointe de la langue durant la déglutition.

Le palais mou ou voile du palais

Membrane mobile et contractile, elle constitue le 1/3 postérieur du palais.

Agissant comme un clapet, les fibres musculaires qui le constituent rendent possibles deux types d'occlusion essentielles : l'occlusion vélo-linguale et l'occlusion vélo-pharyngée.

Cette musculature qui comprend 5 paires de muscles rattache le voile à de nombreuses structures anatomiques adjacentes :

- Les bords latéraux de la langue via des insertions des muscles palato-glosses
- Le pharynx via des insertions des muscles palato-pharyngiens
- Le larynx via des insertions des muscles palato-pharyngiens

1.2. Le contenu

1.2.1. La langue

La langue est un organe polymusculaire (17 muscles) recouvert d'une muqueuse. Sa double musculature intrinsèque et extrinsèque lui permet une grande mobilité.

On distingue deux faces ainsi que deux bords latéraux:

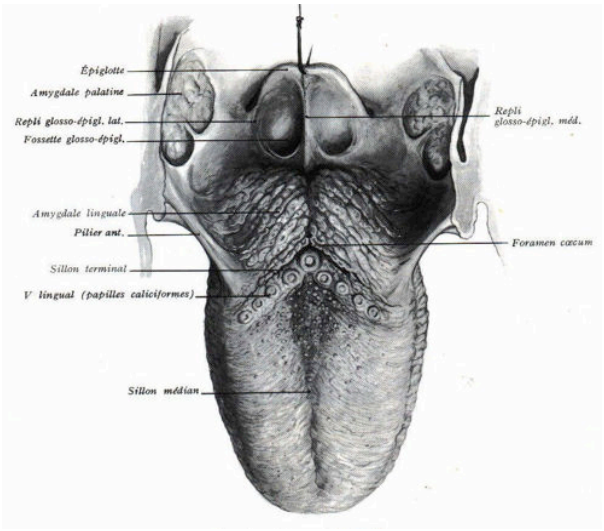
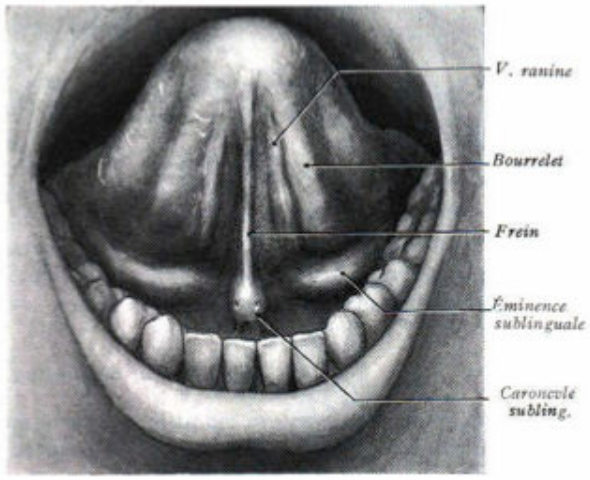


Figure 3 - La langue, face dorsale

- Une face supérieure, divisée en deux parties par le V lingual, sillon en forme de V ouvert en avant :

- La partie antérieure ou langue mobile sur laquelle se trouvent les papilles linguales,
- La partie postérieure ou base de langue rattachée à l'épiglotte,

Figure 4 - La langue, face inférieure »



- Une face inférieure qui répond au plancher buccal. On y observe un sillon médian prolongé en arrière par le frein de la langue.

Occupant la plus grande partie de la cavité buccale, elle participe à la production de la parole, mais aussi essentiellement à la manipulation, la propulsion de la nourriture et des liquides ainsi qu'à la protection des voies aériennes durant la déglutition.

1.2.2. Les dents

Les dents sont des organes vivants, durs, de couleur ivoire, destinés à la mastication des aliments.
Implantées sur le bord libre des maxillaires, leur alignement constitue l'arcade dentaire. On distingue :

- L'arcade supérieure ou maxillaire
- L'arcade inférieure ou mandibulaire

1.3. Les éléments osseux

1.3.1. La mandibule

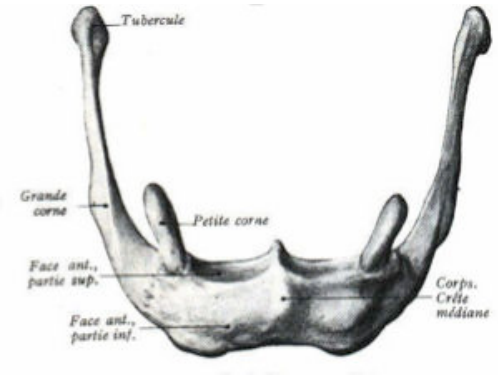
La mandibule est un os plat, incurvé en fer à cheval, qui représente le seul os mobile de la face.

Présentant un corps a deux faces (dites « externe » et « interne ») ainsi que deux branches montantes, ses mouvements interviennent de façon essentielle dans l'articulation de la parole et l'acte de mastication.

La dynamique mandibulaire a, en effet, un rôle fondamental dans la fermeture et l'ouverture de la bouche. Les muscles masticateurs et les muscles du plancher buccal poursuivent principalement cette action.

1.3.2. L'os hyoïde

Figure 5 - L'os hyoide, vue antérieure



L'os hyoïde est un os indépendant (non articulé à un autre élément osseux) qui constitue le squelette primitif du carrefour aéro-digestif. En forme de fer à cheval, concave en avant, convexe en arrière, il entoure les organes digestifs.

Il est constitué de cinq pièces :

- Un corps quadrilatère
- Deux grandes cornes qui prolongent le corps en arrière
- Deux petites cornes qui prennent naissance à la jonction des bords supérieurs du corps et des grandes cornes

Situé dans la partie supérieure et médiane du cou, au-dessus du cartilage thyroïde, il doit sa mobilité à un système complexe de muscles et ligaments, constituant ainsi une véritable zone charnière entre le plancher buccal et le cou.

2. Le pharynx

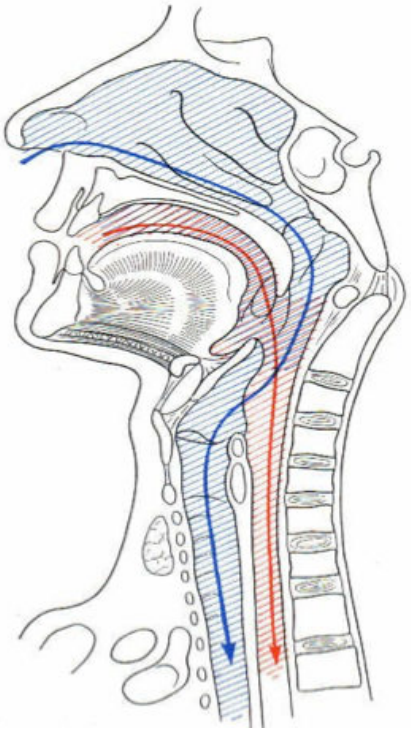
Le pharynx est un conduit musculo-membraneux, carrefour de croisement entre les voies aériennes et digestives.

Il s'étend verticalement devant la colonne vertébrale cervicale de la base du crâne jusqu'à la sixième vertèbre cervicale.

Il se divise en trois parties :

- ➔ Le rhinopharynx
- ➔ L'oropharynx
- ➔ L'hypopharynx

Figure 6 - Croisement des voies aériennes (en bleu) et digestives (en rouge) dans le pharynx



Le rhinopharynx, nasopharynx ou cavum

Il représente l'étage supérieur du pharynx situé en arrière des fosses nasales avec lesquelles il communique par les choanes, au-dessus et en arrière du voile du palais.

Il intervient lors de la respiration et la phonation mais ne participe pas à la déglutition : la contraction du constricteur supérieur du pharynx assure l'occlusion du cavum lors du temps oral.

L'oropharynx

Etage moyen du pharynx, l'oropharynx se situe en arrière de la cavité buccale entre le plan du voile du palais et l'os hyoïde.

Il comprend la base de la langue et la vallécule ainsi que la face linguale de l'épiglotte, qui fait office de limite avec l'hypopharynx.

L'hypopharynx ou pharyngo-larynx

En forme d'entonnoir encerclant en arrière et latéralement le larynx, l'hypopharynx, portion inférieure du pharynx, se poursuit en bas avec l'oesophage.

Il détient ainsi un rôle essentiellement digestif.

3. Le larynx

Le larynx est « une boîte » de texture fibro-cartilagineuse allongée entre le pharynx (en haut) et la trachée (en bas).

Sa structure se compose de multiples cartilages articulés les uns aux autres par des muscles et des ligaments.

Sa musculature intrinsèque complexe est responsable de la mobilité de toutes ses composantes.

Une muqueuse de recouvrement tapisse sa face interne, formant des cavités de résonance.

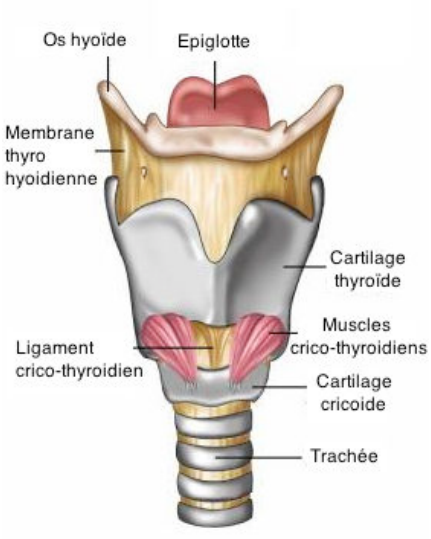


Figure 7 - Le larynx

La cavité laryngée est divisée en trois étages par rapport au plan glottique :

- L'étage sus-glottique ou vestibule du larynx est situé au dessus des bandes ventriculaires. Il est divisé en vestibule laryngé et en margelle laryngée. Il comprend l'épiglotte.
- L'étage glottique comprend :

- les cordes vocales, constituées des ligaments thyro-aryténoidiens inférieurs
- les aryténoïdes, cartilages pairs responsables de la mobilité des cordes vocales
- la glotte, espace compris entre les cordes vocales

- L'étage sous-glottique, s'étend du bord libre des cordes vocales à la trachée.

Le larynx entre en jeu dans la phonation ainsi que dans la déglutition lors de laquelle il endosse un rôle fondamental de protection des voies aériennes inférieures.

II. Rappel physiologique de la déglutition [2] [4] [9]

La déglutition est un mécanisme complexe, engageant de multiples structures osseuses, cartilagineuses, musculaires et ligamentaires dans une synergie coordonnée, progressive et séquentielle.

Elle implique la préhension, la préparation ainsi que la propulsion des aliments de la cavité buccale vers l'estomac, tout en assurant la protection des voies respiratoires.

Elle est divisée en trois temps :

- Le temps oral (A,B)
- Le temps pharyngé (C,D, E)
- Le temps oesophagien (F, G, H)

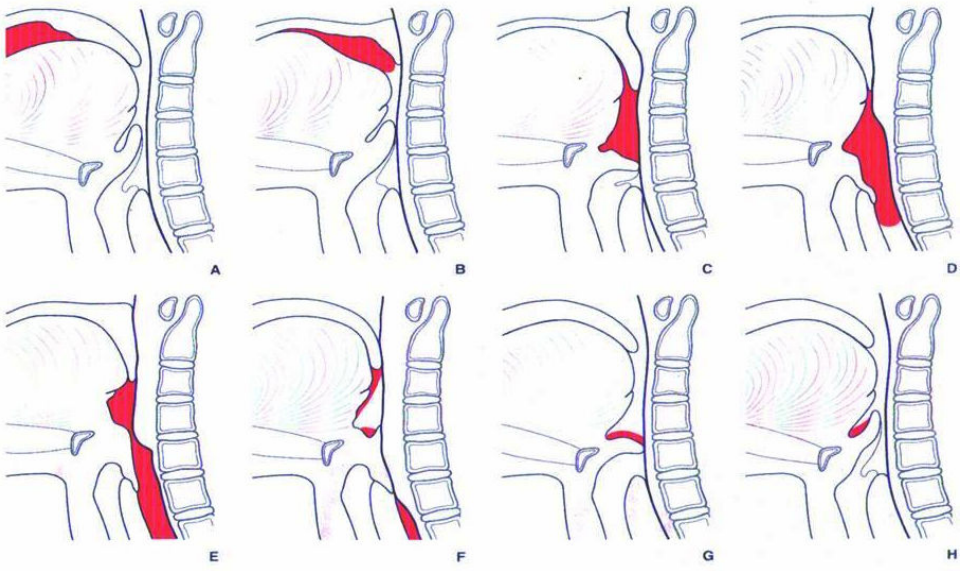


Figure 8 - Les étapes de la déglutition normale

1. Le temps oral

C'est un temps volontaire sur lequel le sujet peut agir.

Il comprend deux phases qui s'enchaînent chronologiquement.

La phase préparatoire

Les aliments sont d'abord amenés en bouche par un geste précis et adapté qui nécessite une ouverture buccale suffisante et une intégrité labiale assurant le happage et la continence orale.

La mastication réalisée par les dents sous l'action des muscles masticateurs permet le découpage (les incisives et les canines), le broyage (les pré-molaires et les molaires), le malaxage et la division des aliments, sans cesse ramenés sous les arcades dentaires par les lèvres, les joues et la langue.

Suffisamment insalivés pour former un bol homogène, les aliments sont alors prêts à être propulsés vers la partie postérieure de la cavité orale.

La phase orale

Cette propulsion implique une occlusion labiale et maxillaire.

Le bolus rassemblé sur le dos de la langue est d'abord plaqué contre le palais dur avant d'être propulsé dans le pharynx par un mouvement de piston lingual.

Tandis que la respiration est inhibée, on observe une inclinaison de la base de langue en bas et en arrière ainsi qu'une élévation du voile du palais réalisant l'obturation du rhino-pharynx.
Le bol alimentaire atteint alors l'isthme du gosier, espace délimité par les piliers postérieurs du voile : c'est la fin du temps oral.

2. Le temps pharyngé

C'est un temps automatique et réflexe qui concerne l'acheminement du bol alimentaire de l'isthme du gosier jusqu'à la bouche de l'oesophage.

Il nécessite la coordination de deux mécanismes :

- La propulsion
- La protection

La propulsion

Trois types de force s'exercent alors sur le bol alimentaire assurant son transfert :

- Le recul de la base de langue propulse les aliments vers les sinus piriformes ;
- Le péristaltisme pharyngé se propage de l'oro à l'hypopharynx, chassant la nourriture vers l'œsophage ;
- Le bol alimentaire est aspiré par une dépression dans l'hypopharynx.

L'ouverture du sphincter supérieur de l'oesophage (sous la pression du bolus, la relaxation des fibres musculaires ainsi que l'ascension laryngée) permet le passage du bolus dans l'oesophage.

La protection

Trois événements se succèdent et permettent l'engagement du bol alimentaire vers l'hypo-pharynx en préservant le sujet des fausses routes :

- L'inhibition de la respiration réalisée par le cortex : l'apnée est parfaitement synchronisée à la déglutition.
- L'occlusion du sphincter vélo-pharyngé permet d'isoler la filière nasale et d'éviter ainsi les reflux naso-pharyngés.
- L'ascension laryngée et l'occlusion du sphincter laryngé de bas en haut :

    - Fermeture des cordes vocales, des bandes ventriculaires ;
    - Bascule antérieure des aryténoïdes ;
    - Bascule postérieure de l'épiglotte sous la pression de la base de langue.

3. Le temps oesophagien

Ce temps, essentiellement réflexe, échappe à la volonté du sujet.

Alors que les structures pharyngées et laryngées retrouvent leur position normale, la respiration reprend et le bol alimentaire poursuit sa progression vers l'estomac sous l'influence de l'onde péristaltique oesophagienne.

III. Les traitements carcinologiques ORL [3] [6] [8] [10] [13] [14] [15] [17] [23] [36] [37]

1. Rappels sur les cancers des VADS

Les cancers ORL sont essentiellement des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS).
Ils se développent aux dépens de la cavité buccale, du pharynx, du larynx et des cavités naso-sinusiennes.

1.1. Epidémiologie

Les cancers des VADS représentent environ 15% de la totalité des cancers chez les hommes, 2% chez la femme.

Le sex ratio est de neuf hommes pour une femme. Comme tous les cancers des VADS, ils sont à prévalence essentiellement masculins. Néanmoins, le nombre de femmes développant un cancer des VADS est en constante augmentation depuis trente ans (changements de modes de vie, tabagisme, alcoolisme.

La découverte d'un cancer des VADS se fait en moyenne entre quarante et soixante-quinze ans, avec un pic entre cinquante et soixante-cinq ans.

1.2. Facteurs de risque

Même si les causes d'irritation des muqueuses sont multiples et le plus souvent associées (tabac, alcool, hygiène buccodentaire défectueuse, poussières et vapeurs irritantes et cancérogènes absorbées ou inhalées dans certains milieux professionnels) l'intoxication alcoolo-tabagique demeure le principal facteur de risques des cancers des VADS.

Pour autant, le papilloma virus (HPV) serait également lié à l'émergence de certains cancers de l'oropharynx.

1.3. Histopathologie

Dans plus de 95% des cas, il s'agit de carcinomes de type épidermoïde qui se développent à partir de la muqueuse qui tapisse les VADS.

D'autres variétés histologiques sont plus rares : les adénocarcinomes, les lymphomes malins ou encore les sarcomes.

L'envahissement ganglionnaire y est fréquemment associé.

Les métastases, peu fréquentes, sont plus tardives et surtout pulmonaires.

1.4. Classification TNM

Elle est fondée sur le statut clinique aidé par les examens complémentaires. Elle permet de classer le stade tumoral en tenant compte de l'extension tumorale (T), ganglionnaire (N), et métastatique (M).

Tableau 1: Classification TNM

Cavité buccale et oropharynx	
Tumeur T	
Tx	Tumeur primitive non évaluable
T0	Tumeur non détectable
Tis	Carcinome in situ
T1	Tumeur inférieure ou égale à 2 cm de grand diamètre
T2	Tumeur dont le diamètre est compris entre 2 et 4 cm
T3	Tumeur supérieure à 4 cm
T4	Tumeur envahissant les structures adjacentes
Ganglions N	
N0	Pas de signe d'atteinte ganglionnaire
N1	Adénopathie métastatique unique homolatérale inférieure ou égale à 3 cm
N2	N2a : Adénopathie métastatique unique homolatérale entre 3 et 6 cm N2b : Adénopathies multiples homolatérales inférieures ou égales à 6 cm N2c : Adénopathies bi ou controlatérales inférieures ou égales à 6 cm
Métastases M	
M0	Absence de métastase
M1	Présence de métastase(s) à distance

2. Les traitements chirurgicaux

2.1. Principes

La chirurgie tient un rôle majeur dans la prise en charge des cancers des VADS et plus exactement de la cavité buccale et de l'oropharynx. Elle est associée pour les tumeurs localement avancées à un traitement par radiothérapie ou radiochimiothérapie.

Le diagnostic histologique repose sur l'examen anatomo-pathologique après biopsie de la tumeur.

La décision ainsi que la prise en charge thérapeutique dépendent d'une équipe pluridisciplinaire qui se réunit et statue au cas par cas lors des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).

La chirurgie consiste généralement en l'ablation de la tumeur primitive et des ganglions lymphatiques cervicaux de drainage (curage cervical). Elle doit assurer une exérèse la plus complète possible avec contrôle des marges de résection de la tumeur. L'ablation tumorale peut s'accompagner d'exérèse osseuse mandibulaire avec ou sans interruption de la continuité (ex : pelvi-mandibulectomie interruptrice).

L'exérèse chirurgicale s'accompagne d'une analyse histologique de la pièce qui détermine si les berges de la résection sont satisfaisantes, limites ou envahies. Dans les deux derniers cas, un traitement complémentaire est nécessaire : reprise chirurgicale si possible ou radiothérapie.

2.2. La reconstruction

Lorsque la perte de substance tissulaire engagée par la chirurgie est conséquente, une reconstruction par lambeau est nécessaire (notamment dans les cas de tumeurs importantes de type T3 et T4).

On distingue différents types de lambeaux.

2.2.1. Les lambeaux pédiculés locaux et régionaux

Ces lambeaux de petite surface, déplacent des tissus voisins de la perte de substance.
C'est le cas du :

- Lambeau nasogénien
- Lambeau de muscle temporal (fascia temporalis)
- Lambeau de platysma

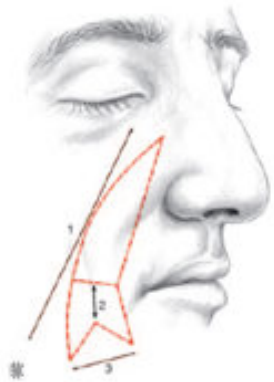


Figure 9 - Le lambeau naso-génien

2.2.2. Les lambeaux pédiculés de la paroi thoracique

Ces lambeaux correspondent à des tissus musculaires avec ou sans recouvrement cutané, transférés par rotation vers un site receveur, sans sectionner leur pédicule vasculaire. Ils autorisent, en général, un déplacement tissulaire plus ou moins important.

Les plus utilisés en matière de reconstruction cervico-faciale sont le lambeau musculo-cutané du grand pectoral et le lambeau musculo-cutané du grand dorsal.

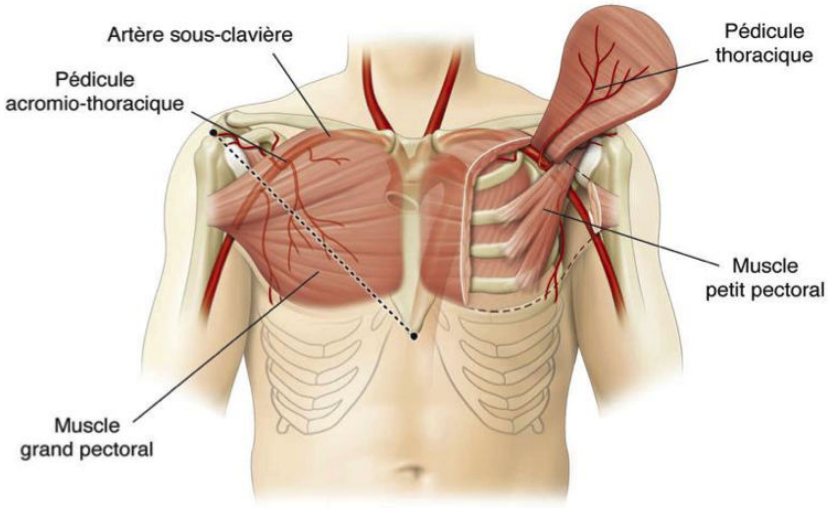


Figure 10 - Le lambeau de grand dorsal

2.2.3. Les lambeaux libres micro-anastomosés

Dans ce cas, le lambeau et son pédicule vasculaire sont individualisés et transportés sur un site receveur situé à distance du site donneur. Le lambeau est "branché" sur un axe vasculaire situé dans la région receveuse. C'est le cas du lambeau anté-brachial, dit aussi lambeau chinois, et du lambeau antéro-latéral de la cuisse.

Le lambeau ante-brachial est le plus adapté à la reconstruction bucco-pharyngée. L.Santini et A.Giovanni le décrive comme « *une palette cutanée prélevée sur l'avant bras avec son pédicule vasculaire ; le pédicule sera anastomosé sur des vaisseaux cervicaux et la peau suturée en bouche, permettant de combler la perte de substance.* » [1]

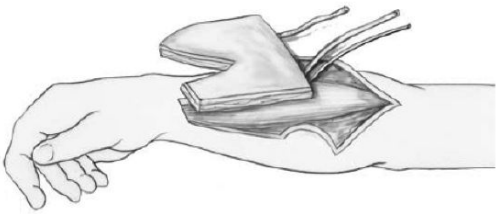


Figure 11 - Le lambeau ante-brachial

Lorsque l'exérèse concerne une partie plus ou moins importante de la mandibule, la réparation se fait par un lambeau libre ostéo-myo-cutané.
Le principal lambeau utilisé est celui de fibula.
Les autres zones donneuses sont : le radius, l'omoplate ou la crête iliaque.

---

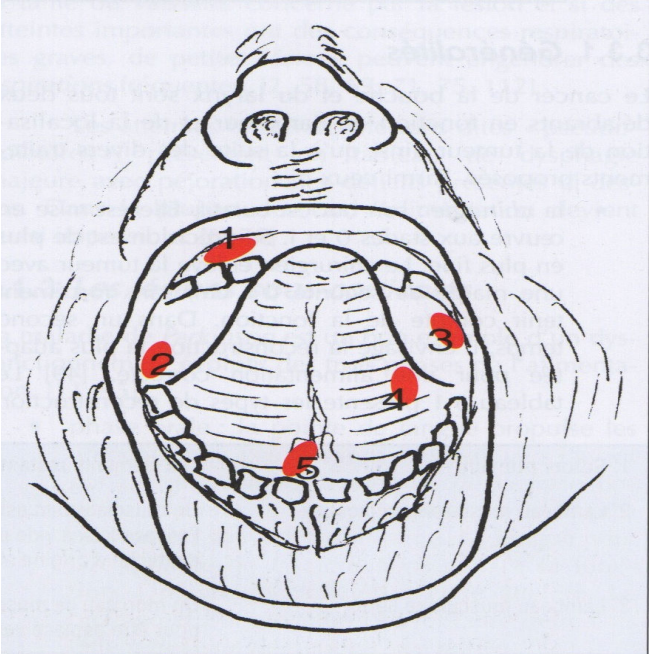
[1] **[9]** WOISARD.V et PUECH M., 2010

Que les lambeaux soient libres ou pédiculés, il s'agit de tissus vitalisés capables de se « défendre » contre la contamination par les germes naturellement présents dans la bouche.
La plupart d'entre eux n'ont pas d'innervation sensitive. Les lambeaux neuronisés (lambeau ante-brachial avec anastomose du nerf ante-brachial sur le nerf lingual) ne permettent de percevoir que des informations sensitives grossières. Les lambeaux n'ont pas non plus d'innervation motrice. En cas de reconstruction de la langue, le péristaltisme lingual n'est plus assuré par le lambeau mais par la langue restante : on parle « d'effet de masse » inerte.

2.2.4. Les prothèses

Dans le cas de certaines exérèses maxillaires supérieures, la reconstruction peut être envisagée par la pose d'une prothèse empêchant la communication bucco-sinusienne.

2.3. Techniques chirurgicales



Les tumeurs de la sphère orale peuvent se retrouver au niveau du palais dur ou mou (1), dans la loge amygdalienne (2), sur un pilier antérieur (3) ou postérieur du voile du palais, sur la langue elle-même (4) ou sur le plancher buccal (5).[2]

Figure 12 - Vue frontale des tumeurs de la cavité buccal

[2] **[2]** BLEECKX D., 2010

2.3.1. Les chirurgies de la cavité buccale

a. Les glossectomies

Glossectomies partielles

- **Exérèse et reconstruction**

La taille de l'exérèse dépend de l'extension tumorale. Dans le cas des glossectomies partielles, les exérèses sont le plus souvent simples, de petites tailles (tumeur de type T1/T2) et intéressent le bord latéral de la langue mobile ou l'apex.

La perte de substance ne nécessite pas de reconstruction.

- **Conséquences**

Ce type d'exérèse n'engendre que peu ou pas de séquelles.

Elle peut induire temporairement :

- Un trouble de la sensibilité linguale autour de la zone de résection
- Un trouble de la mobilité linguale affectant le contrôle du bolus lors du temps oral de la déglutition
- Un trouble modéré de la mastication
- Un trouble de l'articulation des phonèmes antérieurs

Hémi-glossectomies

- **Exérèse et reconstruction**

Les hemi-glossectomies concernent des tumeurs plus envahissantes classées T3.

A ce titre, elles peuvent bénéficier d'une reconstruction par lambeau.

Le but de la reconstruction est avant tout de conserver la mobilité de la langue restante.

Le lambeau de choix est alors le lambeau libre ante-brachial.

- **Conséquences**

L'exérèse ne laisse qu'une hémi-langue. Les conséquences fonctionnelles sont donc nombreuses : la sensibilité et la mobilité linguale sont principalement affectées.

Le premier temps de la déglutition est majoritairement atteint :

- La mastication est rendue difficile
- La force de propulsion linguale est altérée
- Le contrôle du bolus alimentaire est difficile

- La réalisation de certains phonèmes apicaux et des consonnes linguales est compromise. Danièle Robert dans La prise en charge orthophonique en cancérologie ORL décrit que « La qualité de la parole après intervention semble liée davantage au volume et au site d'exérèse linguale qu'aux modalités de reconstruction. »[3]

Néanmoins, les patients récupèrent rapidement une alimentation orale diversifiée et autonome.

Glossectomies sub-totales et totales

- **Exérèse et reconstruction**

La résection tumorale intéresse la quasi-totalité ou la totalité de la langue mobile. L'amputation de la totalité de la langue mobile et de la quasi-totalité de la base de langue (parfois associée à une hémi-mandibulectomie) ne laisse qu'une petite partie de la base de langue.

L'importance de la perte de substance impose une reconstruction par lambeau musculo-cutané de grand pectoral, de grand dorsal ou par lambeau libre.

- **Conséquences**

Les conséquences sont d'autant plus importantes que l'exérèse est majeure voire totale. Tous les temps de la déglutition sont atteints.

On observe :

- Des troubles de la préparation du bolus : la mastication est rendue impossible et s'accompagne d'une perte du contrôle du bolus
- Des troubles de la propulsion responsables de stases buccales et d'une incontinence labiale salivaire et alimentaire par débordement.
- Des troubles de la protection des voies aériennes : le risque de fausses routes demeure majeur et permanent.

La récupération d'une alimentation orale et autonome est donc souvent difficile.

L.Santini et A.Giovanni évoque la mise en place d'une prothèse d'augmentation palatale envisagée par certaines équipes. Elle permettra l'augmentation de la surface de contact entre le moignon lingual et le palais.[4]

[3] **[9]** GIOVANNI A. et ROBERT D., 2010
[4] Ibid

b. Les chirurgies du plancher buccal

- **Exérèse**

Les atteintes du plancher buccal sont diverses et souvent associés à une atteinte linguale voire mandibulaire. De fait, les chirurgies et les modes de reconstruction sont multiples.

Selon la largeur de l'exérèse, une reconstruction par lambeau (lambeau naso-génien, lambeau du grand pectoral, lambeau libre ante-brachial) pourra être envisagée.

Pelvectomie

Elle intéresse principalement une lésion à distance de la mandibule et du mylo-hyoïdien (muscles larges, aplatis, étendus transversalement de la face interne du maxillaire inférieur à l'os hyoïde).

Pelvi-glosso-mandibulectomie non-interruptrice

Elle est adaptée aux tumeurs du plancher buccal remontant légèrement sur la muqueuse de la face interne de la mandibule mais sans extension osseuse.

Elle implique l'ablation d'une baguette osseuse mandibulaire sans interruption de la continuité mandibulaire.

Pelvi-glosso-mandibulectomie interruptrice

Elle concerne les lésions qui s'accompagnent d'une lyse osseuse mandibulaire. Elle entraîne, selon l'atteinte, une rupture de la continuité de l'arche mandibulaire.

- **Conséquences**

Les séquelles dépendent de l'étendue de l'exérèse et elles peuvent être nombreuses. On peut observer :

- Un trouble de la mobilité linguale
- Un trouble de la mastication du fait de l'édentation et d'une éventuelle perte de la continuité mandibulaire
- Un trouble du contrôle et de la propulsion du bolus qui entraîne la production de stases buccales et une incontinence labiale salivaire et alimentaire
- Une diminution de l'ascension laryngée qui peut également induire des phénomènes de stases et de fausses routes durant le temps pharyngé par réduction de l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO).

c. Résection labiale

- **Exérèse**

L'exérèse concerne le plus souvent la lèvre inférieure et implique selon le type d'extension tumorale une reconstruction locale par lambeau.

- **Conséquences**

Les conséquences fonctionnelles seront d'autant plus limitées que la continence labiale sera assurée par le biais de la reconstruction. La section de l'orbiculaire des lèvres peut exposer le patient au bavage.

d. Résection de la face interne des joues

- **Exérèse**

Ce type d'exérèse est le plus souvent limité à la face interne de la joue. Mais du fait d'une extension rapide aux parties molles, elle peut impliquer une résection de la commissure labiale homolatérale ou la réalisation d'une exérèse transfixiante de l'ensemble des faces internes et externes de la joue.

- **Conséquences**

Les séquelles fonctionnelles dépendent de l'étendu de l'exérèse. L'ouverture buccale peut se trouver limitée du fait d'un phénomène de rétraction. Dans les cas d'une ablation des buccinateurs, une accumulation des aliments dans le sillon gingivo-jugal peut venir gêner le déroulement de la déglutition.

2.3.2. Les chirurgies de l'oropharynx

La chirurgie est le plus souvent envisagée dans les cas de tumeurs localisées ne dépassant pas la ligne médiane (base de langue, sillon amygdalo-glosse).

Dans les situations plus sévères, une place de choix est accordée au traitement par radiothérapie.

Les chirurgies oropharyngées s'adressent à différents types de tumeurs :

- Les tumeurs de l'amygdale
- Les tumeurs du voile du palais
- Les tumeurs du sillon amygdalo-glosses
- Les tumeurs du trigone rétromolaire
- Les tumeurs de la base de langue
- Les tumeurs de la jonction base de langue/langue mobile
- Les tumeurs de la paroi postérieure du pharynx

Selon la taille de la tumeur et sa localisation, les traitements, les techniques de reconstruction et les choix de la voie d'abord chirurgicale vont diverger.

La chirurgie de la loge amygdalienne

La chirurgie peut consister en une oro-pharyngectomie latérale par voie trans-orale, trans-mandibulaire ou trans-orale et cervicale

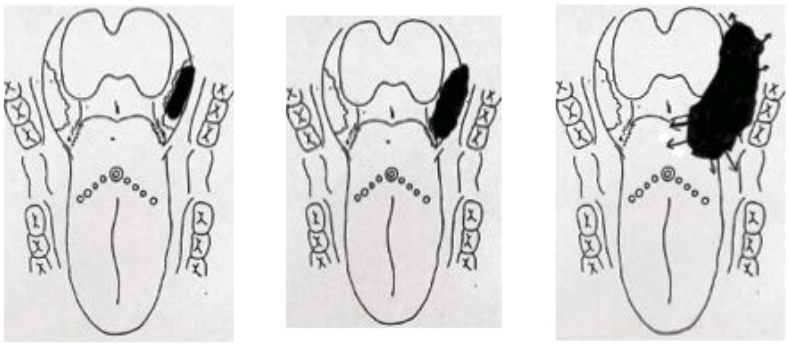


Figure 13 - Localisation des tumeurs de la loge amygdalienne

La reconstruction peut impliquer une cicatrisation dirigée, une suture simple ou un remplacement de l'exérèse par lambeau (local endo-buccal, musculo-cutané ou libre).

La chirurgie du voile du palais

L'exérèse est généralement menée par voie transorale ou plus rarement par voie trans-mandibualire.

La résection vélaire peut être partielle ou totale selon l'extension.

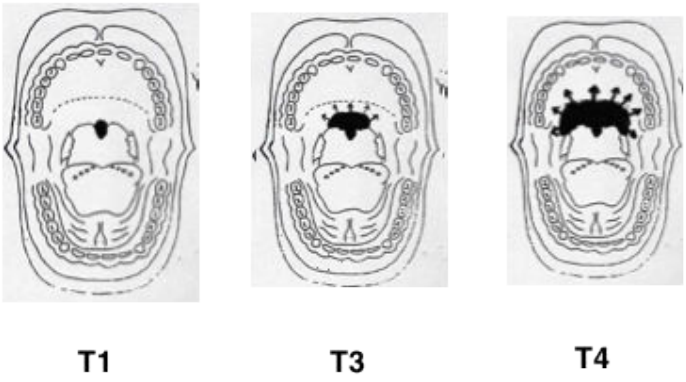


Figure 14 - Localisation des tumeurs vélaires

Elle est parfois envisagée dans le cadre de tumeurs limitées de la luette, en cas de récidive ou d'échec du traitement par radiothérapie. Une extension tumorale vers le cavum, la loge amygdalienne ou le palais dur peut s'observer.

La reconstruction nécessite l'initiation d'un lambeau libre anté-brachial.

La chirurgie de la base de langue

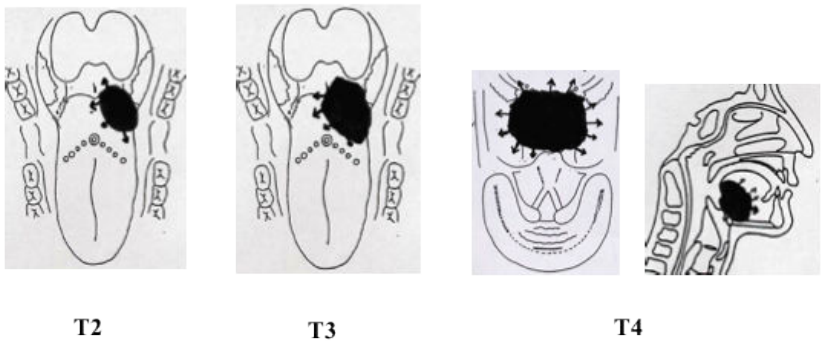


Figure 15 - Localisation des tumeurs de la base de langue

La chirurgie peut consister en une bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire avec conservation de la mandibule (en cas de tumeur limitée à une hémi-base de langue) par voie :

- cervico-transorale
- pull though
- pharyngotomies (en cas de lésions postérieures)

L'exérèse ne doit passer la ligne médiane afin de préserver la fonction linguale.

Une extension de la tumeur aux muscles ptérygoidiens, au maxillaire, à la voûte palatine ou à la langue mobile est possible.

Cette chirurgie, très mutilante, nécessite une reconstruction par lambeau.

La chirurgie de la paroi postérieure du pharynx

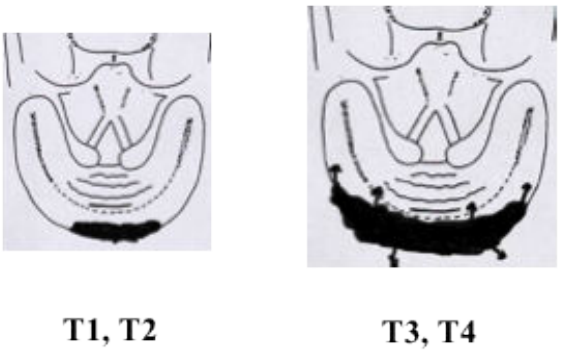


Figure 16 - Localisation des tumeurs de la paroi pharyngée postérieure

L'exérèse peut être réalisée par voie endorale et éventuellement cervicale.

Les petites pertes de substance sont laissées en cicatrisation dirigée.

Les pertes de substance étendues nécessitent l'utilisation d'un lambeau libre ante-brachial.

Exemple de la bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire

De manière générale, les tumeurs oro-pharyngées sont abordées par bucco-pharyngectomies trans-mandibulaires.

- ***Exérèse***

Ce type de chirurgie associe une large résection de la loge amygdalienne et/ou de la base de langue et implique une reconstruction par lambeau (lambeau du grand pectoral ou lambeau ante-brachial). L.Santini et A. Giovanni mettent en évidence les bénéfices de cette pratique qui « *permet d'avoir un accès large et direct au site tumoral en réalisant une ostéotomie mandibulaire conservant ou non la mandibule.* » [5]

En cas d'envahissement osseux (chirurgie non conservatrice) ou de proximité avec l'os selon la taille de la tumeur, la mandibule est sacrifiée.

- **Conséquences**

Les séquelles sensitives et fonctionnelles de ce type de chirurgie sont majeures.

Elles se concentrent surtout au niveau du temps pharyngé de la déglutition du fait de leur localisation.

Les conséquences vont dépendre de la localisation, de l'étendue tumorale et des moyens de reconstruction envisagés.

En cas *d'atteinte vélaire*, on peut retrouver :

- Des reflux pharyngo-nasaux d'aliments et plus particulièrement de liquides durant la déglutition.
- Un défaut de contention du sphincter buccal postérieur qui peut être à l'origine de fausses routes avant le déclenchement du réflexe de déglutition.
- Des fuites d'air par le nez durant la phonation entraînant le nasonnement des phonèmes oraux.

En cas d'atteinte *basi-linguale*, on peut retrouver :

- Une diminution de la force de propulsion des aliments de l'oropharynx vers l'hypopharynx.
- La création de stases valléculaires ou hypopharyngées qui peut entraîner des fausses routes trachéales (ou fausses routes secondaires, après la déglutition).
- Un défaut de protection des voies aériennes responsable de fausses routes.

[5] **[9]** GIOVANNI A. et ROBERT D., 2010

En cas d'atteinte *pharyngée*, on peut retrouver :

- Une diminution de la force de propulsion des aliments de l'oropharynx vers l'hypopharynx.
- La création de stases valléculaires ou hypopharyngées génératrices de fausses routes trachéales (ou secondaire, après la déglutition).

En cas d'atteinte *mandibulaire*, on peut retrouver :

- Un trouble de la mastication
- « Une asymétrie de remontée du larynx et donc une limitation passive de l'ouverture du SSO ». selon la description de Danièle Robert[6] dans La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte.

2.3.3. Evidement ou curage ganglionnaire

L'évidement ou curage ganglionnaire consiste en l'ablation d'une partie ou de la totalité des chaînes lymphatiques cervicales qui draine la zone où siégeait la tumeur.

L'envahissement ganglionnaire cervical est fréquent au moment du diagnostic. C'est pourquoi, le curage ganglionnaire accompagne systématiquement (sauf pour les cancers limités strictement aux cordes vocales) l'exérèse de la tumeur.

L'intérêt de cette intervention est avant tout de limiter la propagation des cellules cancéreuses dans l'organisme mais également de connaître le degré d'extension de la maladie afin d'adapter au mieux le traitement.

Le type de curage uni ou bilatéral, limité aux chapines lymphatiques ou emportant muscles (notamment le sterno-cléido-mastoïdien), nerfs (notamment spinal) et veines associés, dépend du caractère décelable des ganglions, de leur siège uni ou bilatéral, de leur taille et de l'envahissement des structures de voisinage.

Les nœuds lymphatiques sous-mentonniers et sous-mandibulaires (partie I) doivent être systématiquement traités

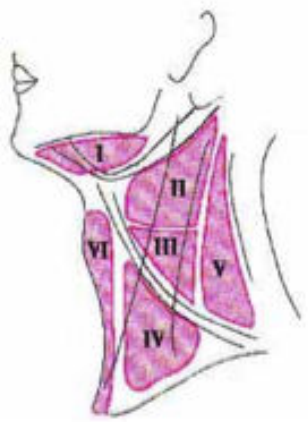


Figure 17 - les zones traitées par le curage cervical

Parmi les tumeurs de l'oropharynx, celles de la région amygdalienne et du sillon amygdalo-glosse ont un traitement unilatéral de principe. Les tumeurs du voile, de la base de langue, de la vallécule et de la paroi postérieure ont en règle un traitement bilatéral.

L'intervention peut être responsable de douleurs cervicales ou de l'épaule avec une gêne fonctionnelle à la mobilisation du bras. On peut observer des zones d'insensibilité cutanée au niveau du cou, des cicatrices mais également un certain nombre de sclérose cervicale, aggravées par la radiothérapie.

---

[6] **[9]**, WOISARD V. et PUECH M., 2011

3. Les traitements non-chirurgicaux [2] [6] [9] [10]

Au même titre que la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie apparaissent comme des traitements curatifs à part entière des cancers des VADS.

Selon le type de la tumeur, son extension et sa localisation, ils peuvent être exclusifs. Pour autant, dans de nombreux cas, ils s'associent à la chirurgie.

3.1. La radiothérapie [25]

3.1.1. Les principes de la radiothérapie

En cancérologie ORL, la radiothérapie peut être utilisée différemment selon les cas.

Le choix du traitement adapté sera discuté et décidé lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), réunion qui s'impose pour la prise de décision de tous les malades en oncologie.

La radiothérapie peut être indiquée en alternative à la chirurgie ou en complément de celle-ci, seule ou associée à une chimiothérapie ou une thérapeutique ciblée[7] :

La radiothérapie en alternative de la chirurgie est pratiquée:

- Dans les cas de tumeurs localement évoluées et inopérables
- Dans les cas de tumeurs de petites tailles
- Dans les cas ou une chirurgie serait trop « mutilante » sur le plan fonctionnel
- Dans les cas de contre-indications opératoires
- Dans les cas de refus de la chirurgie par le patient

La radiothérapie adjuvante est indiquée afin de diminuer le risque de rechute locale. Elle va dépendre d'un grand nombre de facteurs à savoir : la taille de la tumeur, le statut des marges d'exérèse, l'envahissement ganglionnaire … .

La radiochimiothéapie concomitante est indiquée d'emblée en cas de tumeur localement évoluée et inopérable.

De manière générale, la radiothérapie est adoptée dans le cas de tumeurs localisées en agissant directement sur les cellules atteintes afin de détruire leur matériel génétique et empêcher ainsi leur multiplication.

Pour ce faire, elle utilise des radiations ionisantes capables de produire des ionisations et des excitations durant leur absorption par les tissus biologiques. L'unité de dose est le Gray correspondant à un joule/kilo de matière.

---

[7] **[9]** GIOVANNI A. et PUECH M., 2010

Les radiations sont fractionnées dans le but de créer un effet différentiel entre les tissus sains et les tissus normaux : les cellules saines pourront se renouveler tandis que les cellules cancéreuses seront éradiquées.

En cancérologie, l'étalement des radiations (dose totale de 60 à 70 grays) se fait sur 7 semaines environ, laps de temps nécessaire à la stérilisation d'une tumeur macroscopique.

3.1.2. Les effets secondaires de la radiothérapie

L'irradiation générée par la radiothérapie n'est pas sans conséquence. Au-delà de son action curative, elle entraîne un certain nombre de séquelles qui vont venir compliquer les troubles de la déglutition induits par la chirurgie.

Même si certains de ces effets précoces sont transitoires, et disparaissent à distance des séances d'irradiation, d'autres réactions plus tardives, survenant après le traitement, sont peu réversibles.

Généralement débutée 4 semaines après l'opération afin d'éviter tout défaut de cicatrisation, la radiothérapie est responsable d'effets secondaires qui vont dépendre de la toxicité liée à l'irradiation des tissus sains.

On distingue :

- ➔ *La toxicité aiguë* qui apparaît pendant la radiothérapie et jusqu'à 3 à 6 mois après la fin de celle-ci.
- ➔ *La toxicité tardive* qui apparaît ou persiste plus de 3 à 6 mois après la fin de la radiothérapie.

Les effets secondaires aigus

- **La radiomucite**

Les muqueuses de l'oropharynx et de la cavité buccale sont très sensibles aux radiations
Au cours de la troisième semaine d'irradiation apparaît un énanthème (éruption rouge sur la muqueuse) responsable d'une dysphagie douloureuse : la muqueuse rougit, puis se recouvre d'un enduit blanchâtre.
D'intensité variable (4 grades), elle nécessite le recours à une alimentation adaptée (textures hachées, mixées, compléments alimentaires …). La pose d'une sonde naso-gastrique est parfois nécessaire.

- **La radiodermite**

Le terme de radiodermite recouvre l'ensemble des réactions provoquées par une irradiation sur la peau. On distingue trois stades d'évolution de la radiodermite :

- Stade 1 : elle se présente d'abord sous l'aspect d'un érythème qui peut s'accompagner d'une desquamation sèche ;
- Stade 2 : l'épiderme (couche la plus superficielle de la peau) est détruit tandis que le derme sous-jacent est mis à nu suintant. On parle alors d'épidermite exsudative.
- Stade 3 : toutes les couches cutanées sont détruites (épiderme, derme, hypoderme). On parle de radionécrose.

- **La dysgueusie**

Ce phénomène est une altération du goût, provoqué par l'irradiation des papilles gustatives associée à l'hyposialie. Son apparition est précoce : la dysgueusie apparaît dès la première semaine d'irradiation.

Facteurs supplémentaires des difficultés d'alimentation du patient, ces modifications gustatives jouent un rôle non négligeable sur la perte d'appétit.

- **Les oedèmes : sous-maxillite, parotidite ou oedème laryngé**

Des œdèmes peuvent apparaitre au niveau des glandes salivaires et des sous-maxillaires dès le début de la radiothérapie. Ils peuvent être dû à la perpétuation de la consommation tabagique.

Atteignant, dans certains cas les structures laryngées, ils peuvent être responsables d'une gêne respiratoire.

Ils diminuent sous l'effet des corticoïdes ou des drainages lymphatiques manuels et disparaissent à l'arrêt des traitements.

Les effets secondaires tardifs

- **L'hyposialie**

Pendant la radiothérapie, les glandes salivaires sont également atteintes. L'apport salivaire diminue et augmente en viscosité favorisant l'encombrement buccal et pharyngé du patient : c'est l'hyposialie.

Cette perturbation salivaire peut être à l'origine d'un phénomène de sécheresse buccale durable appelé xérostomie. Il pourra gêner la réalisation du temps orale de la déglutition, le déclenchement du réflexe ainsi que la réalisation de la parole.

Cette modification de l'aspect des muqueuses et la carence salivaire vont générer l'apparition de multiples affections buccales comme la candidose et/ou dentaires comme les caries.

- **La fibrose**

La fibrose correspond à une sclérose cervicale cutanée, muqueuse et musculaire très invalidante sur le plan de la mobilité. La conséquence de cette fibrose est, en effet, la perte de l'efficacité de la contraction musculaire ainsi que de l'élasticité des tissus et des fibres.

Lorsque l'irradiation concerne l'articulation temporo-mandibulaire, les muscles ptérygoidiens et les muscles masséters, le patient peut souffrir d'une limitation de l'ouverture buccale (espace inter-incisif inférieur à 35 mm) de manière provisoire ou permanente : c'est le trismus. On retrouve tout particulièrement ce type d'affection dans les cas de tumeurs du voile et du cavum.

- **L'ostéoradionécrose**

Les nécroses cartilagineuses ou osseuses, et plus particulièrement l'ostéoradionécrose, véritable « destruction du tissu osseux » peuvent apparaître plusieurs mois voire plusieurs années après le traitement radiothérapique.

3.2. La chimiothérapie

3.2.1. Les principes de la chimiothérapie

La chimiothérapie est un traitement médicamenteux qui vise à bloquer la croissance et la multiplication cellulaire. Des substances chimiques associées (essentiellement le Cis platine, le 5Fluoro- uracile et les taxanes en ORL) sont alors délivrées par voie orale ou intra-veineuse au patient durant des cycles dont la durée et le nombre sont déterminées par l'équipe pluridisciplinaire.

La chimiothérapie peut avoir lieu avant le traitement chirurgical, elle est alors dite *néo-adjuvante*. Elle est, dans ce cas, destinée à éviter les gestes chirurgicaux ou à réduire le volume de la tumeur en vue de la chirurgie.

Elle est dite *adjuvante* lorsqu'elle est commencée après une opération chirurgicale. Dans ce cas, elle vise à diminuer les cellules cancéreuses restées dans l'organisme et donc à prévenir d'éventuelles récidives.

Utilisée en tant que traitement systémique, c'est à dire non localisée, la chimiothérapie constitue un traitement essentiel de la maladie au stade métastatique.

On distingue différents types de traitements chimiothérapiques en fonction de la nature des médicaments qui composent le protocole.

3.2.2. Les effets secondaires de la chimiothérapie

La chimiothérapie agit principalement sur les cellules à multiplication rapide. Elle atteint ainsi les cellules cancéreuses mais également certaines cellules saines comme celles de la peau, des cheveux, de la muqueuse de la bouche et celles de la moelle osseuse responsables de la fabrication des globules blancs.

Ainsi explique-t-on certains effets secondaires comme la perte des cheveux ou encore la baisse des globules blancs. Les principales manifestations cliniques sont digestives et peuvent avoir un impact immédiat sur l'alimentation du malade et son poids. Les patients souffrent de nausées, de vomissements ainsi que de troubles du transit modérés (diarrhées, constipation).

Variable selon les traitements, la fatigue demeure constante tout au long du traitement. Elle est liée à la maladie elle-même, aux effets secondaires des traitements mais également à l'anxiété générée par les craintes du patient au sujet de l'évolution de la maladie.

IV. La nutrition artificielle et la trachéotomie

Les cancers de l'oropharynx et de la cavité buccale atteignent les zones essentielles de l'alimentation. Sa problématique est donc au cœur de la prise en charge du malade dès l'annonce du diagnostic jusqu'à la période de réhabilitation post-opératoire.

Les modifications anatomo-physiologiques entraînées par la chirurgie vont demander de multiples adaptations. Dans de nombreux cas, le système d'alimentation devra être repensé afin de répondre au mieux aux besoins nutritionnels de patients dont les apports oraux deviennent impossibles après chirurgie.

Il existe trois types de nutrition :

- ➔ La nutrition per os ou nutrition normale, par voie orale
- ➔ La nutrition entérale
- ➔ La nutrition parentérale

1. La nutrition entérale [39]

La nutrition entérale est une méthode de substitution de l'alimentation orale.

Très courante en cancérologie, elle permet d'apporter tous les nutriments nécessaires à l'organisme lorsqu'une personne ne peut se nourrir par la bouche de façon suffisante. Elle permet d'éviter ainsi la dénutrition et la déshydratation.

Lorsque le tube digestif fonctionne bien, les nutriments sont administrés directement dans l'estomac ou dans l'intestin sous forme liquide à l'aide d'une sonde. Ce type de nutrition, la plus proche de l'alimentation normale, permet à la digestion de se faire normalement.

Elle peut être proposée avant la chirurgie, si le patient souffre de dénutrition mais également après afin de favoriser la cicatrisation de la plaie et permettre au patient de récupérer plus vite.

En post-opératoire, elle pourra être également envisagée en attendant que le patient puisse se réalimenter par la bouche.

Il existe trois types de sondes pour cette alimentation.

- La sonde naso-gastrique
- La sonde de gastrostomie
- La sonde de jéjunostomie

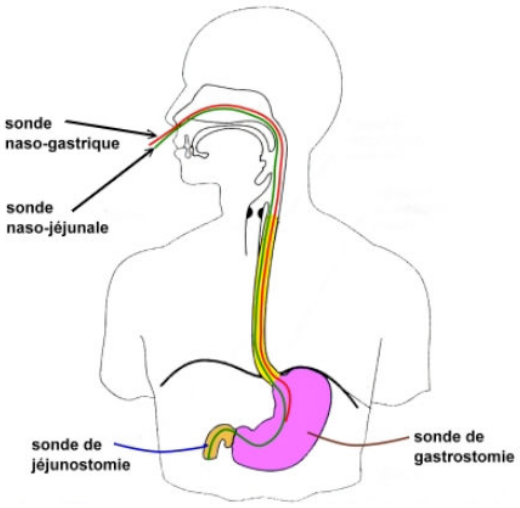


Figure 18 - Les différentes sondes utilisées par la nutrition entérale

La sonde naso-gastrique (SNG) est la sonde la plus couramment utilisée. Elle est mise en place de manière temporaire par le médecin ORL ou radiologue qui l'introduit par le nez jusque dans l'estomac. Elle est souvent posée lors de l'intervention, fixée à la narine, et maintenue jusqu'à ce que la reprise alimentaire orale soit satisfaisante.

Dans certains cas, lorsque l'estomac est fragilisé suite à l'opération ou lorsqu'il y a des risques de vomissements, la sonde est placée plus loin dans le tube digestif, dans une partie appelée jéjunum (la deuxième partie de l'intestin grêle). On parle alors de *sonde nasojéjunale*: la sonde passe par le nez jusqu'au jéjunum.

La mise en place de *la sonde de gastrostomie* demande l'intervention d'un médecin spécialiste (gastro-entérologue, radiologue, chirurgien). Ce dernier place alors la sonde directement dans l'estomac par le biais d'une stomie réalisée au travers de la paroi abdominale. Sa pose peut être effectuée sous anesthésie locale par voie percutanée radiologique mais également sous anesthésie générale par voie percutanée endoscopique ou par voie chirurgicale.

La sonde de jéjunostomie est insérée via l'abdomen, jusque dans le jéjunum. Comme les autre sondes, elle est mise en place pour optimiser le rendement nutritionnel mais aussi en cas d'intolérance à la nutrition en site gastrique (reflux, gastroparésie, phénomènes d'aspiration).

Ce type d'alimentation est administré selon un rythme précis, déterminé par l'équipe soignante en fonction des besoins du patient.

Même si elles sont parfois contre-indiquées (cicatrisation, complications post-opératoires, sténose pharyngo-oesophagienne, obstruction des voies aéro-digestives), l'alimentation entérale n'exclut pas les prises alimentaires par voies naturelles, Dans ce cas, on parle d'alimentation mixte.

Les complications de la nutrition entérale sont diverses :

- La diarrhée
- La constipation
- Les nausées et vomissements
- Le reflux ou régurgitations
- L'amaigrissement
- Les problèmes liés à la sonde

2. La nutrition parentérale [31]

Dans le cas de la nutrition parentérale, les éléments nutritifs ne passent pas par le tube digestif.

Il existe deux modes d'administration des poches :

- ➔ par voie centrale (si administration longue durée) : le cathéter est implanté dans une veine de gros calibre (cou, bras)
- ➔ par voie périphérique (si courte durée, inférieure à 10 jours) : le cathéter est implanté dans une veine périphérique (membre supérieur, jugulaire, rarement membre inférieur)

Elle corrige ou prévient la dénutrition de patients ayant une insuffisance intestinale aiguë ou chronique et pour lesquels l'utilisation de la voie entérale est contre-indiquée.

Elle peut être exclusive et indiquée pour « mise au repos intestinal » mais également complémentaire de la voie orale ou entérale.

Responsable de complications potentielles, ce mode d'alimentation demeure peu utilisé.

3. La trachéotomie [2] [6] [9] [10] [29]

La chirurgie des cancers de VADS est responsable d'effets secondaires qui vont avoir des conséquences non négligeables sur le mécanisme de déglutition : dyspnées, encombrements salivaire, encombrements bronchiques, fausses routes à répétition … .

A ce titre, la réalisation d'une trachéotomie temporaire est souvent nécessaire.

3.1. Les principes de la trachéotomie

La trachéotomie est une ouverture de la trachée cervicale (sous le larynx), suivie de la mise en place d'une canule, pour faciliter la respiration de manière transitoire.

Pratiquée au décours de la chirurgie, la trachéotomie préventive, dans le cadre de la cancérologie ORL, est notamment réalisée pour :

- Faciliter la respiration dans la phase d'oedème post-opératoire
- Protéger les voies aériennes inférieures d'éventuels écoulement débris, saignement, fausses routes salivaires) fréquents en phase post-opératoire immédiate

La trachéotomie implique la mise en place d'une canule trachéale, tube courbe qui va assurer la communication entre la trachée et l'orifice trachéal à la base du cou et préserver l'ouverture de l'orifice de trachéotomie.

Il existe différents types de canules. Le matériau (argent, acrylique, silicone), la taille, la longueur et la courbure peuvent ainsi varier pour s'adapter à la morphologie du patient et lui offrir le meilleur confort possible.

Elle se constitue de différents éléments :

- Une chemise externe avec (1) ou sans ballonnet, fenêtrée ou non
- Deux chemises internes, généralement une fenêtrée (2) et une non fenêtrée (3)
- Un mandrin d'introduction (4)
- Un bouchon obturateur, une valve de phonation ou un nez artificiel



Figure 19 - Canule avec ballonnet

Les canules dotées d'*un ballonnet* sont souvent rencontrées en ORL. Ce ballonnet peut être gonflé ou non.

Un ballonnet externe nous sert de témoin de gonflage du ballonnet interne. Une fois gonflé, ce dernier assure l'étanchéité des voies respiratoires sous le plan glottique en cas de fausses routes salivaires ou alimentaires.

En post-opératoire immédiat, le ballonnet gonflé permet d'éviter que du sang ou des débris ne tombent dans la trachée autour de la canule.

Une *chemise interne* peut être insérée dans la canule trachéale facilitant ainsi son nettoyage. Cette chemise peut être :

- *Fenêtrée* (perforée dans sa partie supérieure) : dans ce cas, un indice de couleur nous indique la fenestration. La phonation est possible.
- *Non fenêtrée*: dans ce cas, la phonation est impossible.

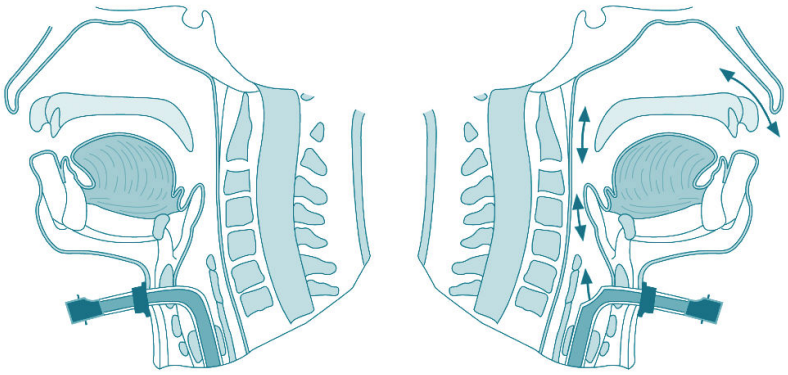


Figure 20 - Canule avec ballonnet et canule fenêtrée autorisant la parole

3.2. Les conséquences de la trachéotomie

La trachéotomie facilite la respiration, protège des voies aériennes et favorise l'aspiration (endo-trachéale) des résidus des fausses routes. Elle est en cela, indispensable en phase post-opératoire immédiate.

Même si elle ne constitue pas une entrave à l'alimentation, la trachéotomie est responsable d'un certain nombre d'effets qui peuvent la gêner.

Les effets de la trachéotomie sont multiples :

- *Réduction du mouvement laryngé :* l'ascension et la bascule laryngée sont limitées par la canule et plus encore par la présence d'un ballonnet gonflé. La protection des voies respiratoires faisant défaut, le sujet est à même de faire davantage de fausses routes.
- *Sténose et stases œsophagiennes :* la pression du ballonnet gonflé contre le mur trachéo-oesophagien peut être responsable d'une sténose (rétrécissement) oesophagienne. Dans ce cas, l'accumulation de résidus alimentaires au niveau oesophagien, difficilement vidangés par le patient, peut alors être la cause de fausses routes secondaires.
- *Diminution de la sensibilité pharyngo-laryngée :* la pose d'une trachéotomie entraîne la déviation du flux d'air et ainsi le désinvestissement du carrefour aéro-digestif supérieur. Les récepteurs sensitifs laryngés et pharyngés sont moins stimulés, les réflexes moins entraînés ce qui a pour conséquences des retards de déclenchement des réflexes, et ainsi l'augmentation du risque d'inhalation.
- *Perte du réflexe de toux ou perte d'efficacité de la toux :* la toux consiste à bloquer la circulation de l'air dans les voies aériennes par fermeture volontaire de la glotte. L'air s'accumule sous le plan glottique, la pression augmente et va permettre, lors du relâchement rapide de la glotte, l'évacuation des éléments gênants. En cas de trachéotomie, on assiste à une diminution de la pression sous-glottique, la toux est donc moins efficace voire inexistante. Le risque de fausse route dite « silencieuse » (sans manifestation de toux) devient majeur.
- *Désynchronisation de l'apnée et de la déglutition :* la présence de la canule de trachéotomie perturbe également la coordination de la respiration et la protection des voies aériennes. Le réflexe d'adduction des cordes vocales indispensable à la réalisation d'une apnée et d'une déglutition en toute sécurité, est mis à mal. Il n'est plus suffisamment stimulé, du fait d'une inactivité prolongée des structures.

3.3. La décanulation

La décanulation est envisagée par le chirurgien en fonction des capacités respiratoires du patient. Afin de s'assurer de leur efficacité, une phase de sevrage de la canule est indispensable.

Un *bouchon obturateur* est placé sur la partie externe de la canule. Il bloque le passage de l'air par la canule et dévie l'air pour retrouver son trajet initial. Il est placé sur la canule 48h au minimum.

Une *valve de phonation* peut être également adaptée à la canule. Il s'agit d'une valve unidirectionnelle, qui s'ouvre automatiquement lorsque le patient inspire et se ferme automatiquement lorsque le patient expire favorisant le passage de l'air au travers des cordes vocales. La mise en place de cette valve constitue également une étape vers le sevrage et une remise en œuvre de la respiration par les voies naturelles.

Si le à respirer n'éprouve pas de difficultés, la décanulation est pratiquée. L'orifice de trachéotomie est alors recouvert le temps de la cicatrisation (dans les 10 à 15 jours suivants) par un pansement. Le patient devra prendre soin d'appuyer sur le pansement afin d'éviter tout passage d'air susceptible de nuire à la cicatrisation lors de la déglutition, la phonation et la toux.

V. Le rôle de l'orthophoniste en service de cancérologie ORL[1] [4] [5] [6] [9] [10] [36] [37] [38] [41]

Le Plan cancer [8]

Le Plan cancer est un plan lancé par le gouvernement depuis 2003 dans le but de lutter contre le cancer et d'améliorer la prise en charge des malades.

Il vise principalement à organiser l'offre de soins en améliorant la qualité de vie des malades et en réduisant les inégalités de santé face à la maladie, à développer la prévention et à encourager la recherche.

Ce plan a été reconduit 2 fois, en 2009 et en 2014.

Le dispositif d'annonce du cancer (mesure 40 du Plan cancer)

En 2004, une phase expérimentale du dispositif d'annonce a été mise en place dans 37 établissements (dont le CAL).

Depuis Janvier 2006, le dispositif d'annonce du cancer a été généralisé dans tous les établissements oeuvrant au traitement de cancer.

Ce dispositif est une mesure destinée à faire bénéficier le patient des meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie.

Il vise à offrir au patient :

- un temps médical d'annonce et de proposition de traitement
- un temps soignant de soutien et de repérage de ses besoins
- un accès à des compétences en soins de support

Il s'inscrit dans une dynamique d'équipe où l'interactivité entre les différents acteurs de la santé est continue.

En tant que membre à part entière de l'équipe pluridisciplinaire garantissant la prise en charge du patient en service oncologique, l'orthophoniste est un des acteurs du Plan Cancer.

Nous tâcherons de dépeindre ici les différents aspects de son intervention auprès du patient.

[8] **[41]**

1. Objectifs de la prise en charge orthophonique

L'objectif principal de la rééducation orthophonique en service de cancérologie ORL est la réhabilitation du mécanisme de déglutition afin de permettre au patient de retrouver une alimentation orale sans danger, suffisant à combler les besoins calorique et hydrique.

Cette prise en charge nécessite l'instauration de moyens thérapeutiques et de stratégies spécifiques, déterminés lors du bilan initial. L'orthophoniste met en place une réhabilitation des fonctions lésées par l'intervention et encadre la reprise alimentaire en proposant au patient des adaptations à sa situation.

Comme l'exprime Jean-Marc Kremer dans l'article Déglutition et cancers de la sphère ORL : curatif et palliatif, la réhabilitation de l'alimentation est une urgence :[9]

- « *une urgence psychologique* » pour des patients nourris artificiellement qui ne jouissent plus du plaisir de manger et de boire.
- « *une urgence physiologique* » pour des structures anatomo-fonctionnelles transformées et mutilées par la chirurgie.

Les troubles de la parole et de l'intelligibilité, fréquents après une chirurgie bucco-faciale, devront également faire l'objet d'un programme rééducatif ciblé.

2. Le bilan

Comme dans toute prise en charge orthophonique, le bilan constitue une étape primordiale.L'orthophoniste réalise grâce au bilan une prise d'informations indispensables à la poursuite de sa prise en charge. Les données recueillies et observées lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique lui permettront d'identifier les problématiques anatomiques et fonctionnelles du trouble et de déterminer les axes de la rééducation à venir. Cette démarche se veut, de fait, la plus rigoureuse et objective possible.

En service ORL, un bilan pré-opératoire pourra être réalisé. L'orthophoniste prendra note de l'état initial du patient (cognitif, fonctionnel, nutritionnel, conditions de vie)**,** et l'informera sur sa chirurgie et ses répercussions. Ce premier entretien informe le patient sur les suites opératoires et favorise ainsi son implication future.

Il apporte au praticien une source non négligeable d'informations et lui offre la possibilité d'adapter au mieux les modalités de la prise en charge post-opératoire.

Le bilan post-opératoire incombe, au préalable, la consultation du dossier médical du patient. L'orthophoniste prendra ainsi connaissance de « *l'histoire de la maladie, du contexte médical global, du mode d'apparition, de la sévérité du trouble ainsi que des éléments sur le pronostic et les possibilités d'évolution dans le temps.* » comme le précise Michèle Puech dans La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte.[10]

---

[9] **[6]** FARENC J-C. et al., 2011
[10] **[9]** WOISARD V. et PUECH M., 2011

Le bilan représente le plus souvent la première prise de contact entre le praticien et le patient. A cette occasion, sont posés, les premiers jalons de la rééducation à venir. Une relation de confiance va alors s'instaurer et favoriser la disponibilité et l'écoute de chacun des deux parties.

2.1. L'anamnèse

Le recueil des données anamnestiques est réalisé auprès du médecin référent ou directement auprès du patient. Il est l'occasion d'écouter les plaintes du patient et de l'équipe soignante mais également le moyen d'observer le comportement du patient en situation de communication.

Il nécessite également le recueil des données chirurgicales les plus précises possibles via le compte rendu post-opératoire qui nous offre la possibilité de circonscrire les zones réséquées et préservées, d'identifier les modes de reconstruction et de prendre connaissances des éventuelles complications qui auraient pu survenir durant l'opération. Il nous renseigne également sur la pose de trachéotomie ou de SNG.

De manière générale, l'anamnèse doit nous renseigner sur :

- L'histoire de la maladie : les antécédents médicaux, le type de chirurgie et ses répercussions anatomo-fonctionnelles, le mode de reconstruction, les éventuels sacrifices nerveux, les traitements complémentaires.
- Des informations sur l'état général du patient : l'état de vigilance, le degré de participation, la motivation, le degré d'attention, le degré de communication, l'intelligibilité, les facultés de compréhension, les capacités cognitives, la conscience du trouble.
- Des précisions concernant les fonctions mises en jeu par les structures endo-buccales :

  - La respiration : l'état pulmonaire (encombrements), la nécessité d'une assistance respiratoire, la présence d'une trachéotomie. Dans ce dernier cas, il sera indispensable de s'informer sur le type de canule mise en place (avec ou sans ballonnet, fenêtrée ou non). Si le patient a été décanulé, nous noterons l'état de la cicatrisation (pansement stop-canule, clapet).
  - La phonation : l'articulation, la voix. L'écoute et l'observation nous permettront de relever les éléments caractéristiques de ces deux versants de la parole.

- Des symptômes qui signent un trouble de la déglutition : aspect et quantité de salive, capacités à avaler sa salive et à cracher, bavage, reflux nasal, toux, stases buccales, douleurs, allongements des repas ...
- Le mode d'alimentation actuel du patient et son contexte : nutrition per os, nutrition entérale, nutrition parentérale, nutrition mixte. L'identification du mode d'alimentation doit s'accompagner de précisions concernant les conditions dans lesquelles se déroulent les repas (quantité, durées des prises, adaptations, manoeuvres).

  Si l'alimentation est entérale, nous noterons les éventuelles complications liées à ce mode d'administration (nausée, régurgitation, reflux gastro-oesophagien) ainsi que les postures corporelles tolérées pas le patient (décubitus dorsal, demi-assis).

- Les habitudes alimentaires du patient : 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.
- Les éventuelles plaintes du patient et de l'équipe soignante.

2.2. L'examen clinique et fonctionnel

Cet examen impose l'observation et l'analyse des structures dont l'intégrité anatomique et neuromusculaire a été bouleversée par la chirurgie et les traitements complémentaires éventuels.

Un examen morphologique de la sphère ORL permet d'apprécier dans un premier temps l'aspect :

- ➔ Des lèvres
- ➔ De la langue (mycose, oedème, suture, lambeau, déviation)
- ➔ Du voile (symétrie, déviation, intégrité anatomique)
- ➔ De la voûte palatine (aspect, forme)
- ➔ De la denture (édentation) du patient.

Différentes praxies bucco-lingo-faciales favoriseront l'évaluation de la mobilité et la tonicité des ces mêmes structures. La sensibilité de ces zones devra être également recherchée.

L'examen des différents réflexes (toux, vélo-palatin, nauséeux, déglutition) viendra préciser le tableau clinique.

Des répétitions de phonèmes, de mots, de phrases et la lecture de textes permettront d'évaluer différentes composantes de l'articulation et de la parole tels que la précision articulatoire du sujet, le niveau d'intelligibilité, la fatigabilité ainsi que la prosodie.

Même si les chirurgies de la cavité buccale et de l'oropharynx n'intéressent pas directement le plan glottique, la voix peut subir des distorsions par modifications des résonateurs. En effet, les interventions ne doivent pas être envisagées uniquement d'un point vu local. Les différentes voies d'abord chirurgicales, la pose de canule de trachéotomie ou de sonde naso-gastrique peuvent entraîner, comme évoqué ci-dessus, un malmenage des structures laryngées.

Les cavités de résonance et les articulateurs font, eux, l'objet de réelles modifications anatomiques conséquences des exérèses et reconstructions. De fait, les différents paramètres de la voix devront être testés.

2.3. Les préalables aux essais alimentaires

Les essais alimentaires constituent la dernière étape du bilan. Leur réalisation implique le respect de certains préalables.

Nous nous assurerons d'abord de :

- L'état de vigilance du patient
- La clairance buccale et pharyngée
- La continence du plan glottique : efficacité de la toux et du hemmage volontaire, capacité
  d'apnée
- La capacité d'expectoration volontaire
- La présence du réflexe de déglutition et ses conditions de déclenchement
- L'élévation laryngée
- La qualité de la voix

Les chirurgies de la cavité buccale et de l'oropharynx impliquent majoritairement des troubles de la propulsion et du contrôle du bolus alimentaire lors des deux premiers temps de la déglutition. Pour autant, nous devons préserver le patient de toutes pénétrations laryngées éventuellement causées par la remise en route d'un carrefour aéro-digestif resté inactif. Nous devrons ainsi, le renseigner sur les postures et manœuvres de sécurité nécessaires et adaptées à son profil.

Enfin, nous lui proposerons selon une chronologie précise et déterminée différentes textures alimentaires en petite quantité en fonction des constats effectués lors du bilan morphologique et fonctionnel.

Le premier essai pourra se faire « à vide », en demandant au patient d'avaler sa salive. Nous ponctuerons les essais par différentes consignes : « gardez en bouche sans avaler », « avalez quand je vous le dirai », « mastiquez sans avaler » … qui nous permettront de tester la commande et le déclenchement du réflexe de déglutition (élévation laryngée, contraction des masséters). Chaque temps de la déglutition devra être observé et analysé avec minutie.

Des examens para-cliniques complémentaires pourront être effectués afin d'affiner l'analyse de l'acte de déglutition. Les plus fréquents sont la naso-fibroscopie, le TPO (transit pharyngo-oesophagien) et la radiographie du thorax.

D'autres examens plus approfondis pourront être réalisés :

- L’ausculation cervicale
- La vidéo-radiographie
- La manométrie
- L’IRM
- La fibroscopie digestive
- l’échographie
- La scintigraphie
- L’électromyographie

3. Information au patient et son entourage

La prise en charge du patient débute en pré-opératoire et nécessite un suivi à long terme. Durant cette période, un ensemble d'intervenants se font le relais de l'information autour du patient, information obligatoire et indispensable pour qu'il puisse investir avec confiance les soins et les rééducations qui lui seront proposés.

L'orthophoniste fait partie intégrante de cette chaîne de l'information et de la communication. Même si le patient aura déjà été informé par différents protagonistes (chirurgien, infirmières, phoniatre …), l'orthophoniste devra expliquer à nouveau et réassurer le patient au sujet de la chirurgie qu'il a subi (ou qu'il subira), ses conséquences, les adaptations qui en découlent (ou en découleront) ainsi que les principes et intérêts de la rééducation orthophonique.

L'information sera de nombreuses fois réitérée au patient et à son entourage. Elle se voudra adaptée à l'état du patient, à son évolution et à ses facultés de compréhension. Pour autant, il convient d'agir avec précaution et d'aligner son discours sur celui du chirurgien et de l'équipe pluridisciplinaire en charge du patient.

Aussi, cette transmission d'information n'est pas unilatérale mais fait au contraire l'objet d'un véritable partage et échange avec le patient et sa famille. Tout au long de la prise en charge et plus particulièrement lors du bilan, il sera nécessaire de recueillir avec précisions les données propres au patient. Elles nous mettront au fait des plaintes, inquiétudes ou méconnaissances de ce dernier, nous permettront d'affiner et d'enrichir notre prise en charge mais aussi de nous alerter de quelconques changements sur l'état du patient.

Il ne faut pas perdre de vue le caractère primordial qu'endosse l'étape de la reprise alimentaire dans le processus de réhabilitation du patient. Elle est souvent appréhendée avec anxiété par les sujets. De fait, « cette prise en charge doit se vouloir technique mais aussi éminemment relationnelle. »[11]

[11] **[6]** FARENC J-C. et al., 2011

4. La rééducation orthophonique

A partir des données recueillies lors du bilan, l'orthophoniste va définir des axes de prise en charge. Elle détermine, dans un même temps, les priorités des composantes de ces axes, priorités imposées par l'état du patient et l'urgence de la situation et priorités choisies par le patient comme déterminantes pour sa qualité de vie.

La rééducation des patients ayant subi une chirurgie de la cavité buccale ou de l'oro-pharynx demande la prise en compte d'un nombre multiple de facteurs qui varient systématiquement d'un patient à l'autre. Certains déficits bénéficieront d'une récupération spontanée, d'autres d'une évolution plus ou moins lente, d'autres encore d'une récupération partielle sur un délai très long.

Dans ce dernier cas, il est indispensable de proposer au patient un moyen de compensation au mécanisme du trouble, des possibilités de renforcement de cette compensation, des adaptations du comportement et de l'environnement pendant l'alimentation ainsi qu'un programme d'exercices spécifiques.

4.1. Travail préparatoire à la reprise alimentaire

Les premiers essais alimentaires ne peuvent être pratiqués d'emblée après la chirurgie. Les structures anatomiques ont été fragilisées, mutilées et demeurent parfois encore oedematiées, suturées et algiques. L'état encore variable du patient n'est alors pas adapté à une reprise alimentaire qui oblige éveil, vigilance et concentration.

Un travail préparatoire en post-opératoire immédiat est donc indispensable à la reprise alimentaire.

4.1.1. Expectorer et cracher

La chirurgie est responsable d'un certain nombre de mucosités qui peuvent encombrer le patient et venir gêner la reprise alimentaire à venir. Il peut s’agir également de sécrétions bronchiques dont le patient, du fait des oedèmes et du défaut de mobilité consécutifs à la chirurgie, aura du mal à se dégager. Il est de fait indispensable qu'il puisse évacuer ces sécrétions afin de limiter les stases salivaires et/ou pharyngées et préserver ainsi les voies aériennes de fausses routes et pneumopathies d'inhalation. Cette élimination passe par trois actes fondamentaux : expectorer, cracher et tousser.

L'orthophoniste, aidé du kinésithérapeute, devra s'assurer de leur efficacité et indiquer, si nécessaire, les techniques adaptées à leur maîtrise.

Si le patient a été décanulé, il conviendra d'attirer son attention sur l'obturation de l'orifice de trachéotomie. En effet, afin de favoriser la cicatrisation de cet orifice, il est nécessaire que le patient réalise une obturation parfaite. Cette dernière sera obtenue par une pression manuelle exercée sur le pansement stop-canule. Une fuite d'air lors de la phonation ou la toux, laissera à penser que l'obturation est ineffective. L'orthophoniste veillera à éduquer le patient au geste le plus efficace qui soit.

4.1.2. Travail respiratoire

Le travail respiratoire vient compléter le travail déjà engagé par l'expectoration et la toux. La respiration abdo-diaphragmatique va favoriser la détente corporelle, la protection des voies aériennes mais également la désobturation de ces mêmes voies par une expiration plus efficace.

L'orthophoniste pourra proposer des exercices de souffle contribuant à la prise de conscience de la respiration diaphragmatique : souffle bloqué, respiration rythmée...

Durant sa deuxième phase, la déglutition comporte un temps d'apnée durant lequel le larynx est fermé afin de protéger les voies respiratoires. Il est donc indispensable de ré-entraîner ce mécanisme. L.Crevier-Buchman, S.Brihaye et C.Tessier établissent une liste de quelques exercices dans l'ouvrage La déglutition après chirurgie partielle du larynx[12] :

- ➔ Des exercices de souffle (variation des durées des phases inspiratoire/expiratoire)
- ➔ Des glottages (« contraction active des structures du sphincter néoglottique »)
- ➔ Des manœuvres d'appui cervical ou frontal, appuis qui permettent d'exercer une pression contre résistance et de dégager une énergie plus importante durant l'apnée
- ➔ Des voyelles piquées (voyelles qui impliquent une fermeture glottique tonique)

4.1.3. Détente cervico-scapulaire

La zone cervico-scapulaire n'est pas épargnée par l'intervention. Les curages cervicaux accompagnent fréquemment les chirurgies carcinologies de la cavité buccale et de l'oropharynx fragilisant ainsi la mobilité des épaules et du cou. De même, les pansements et la trachéotomie figent temporairement cette région. Afin d'aider le patient à réinvestir cette zone, nous pouvons lui proposer des exercices de détente cervicale et scapulaire.

4.1.4. Les stimulations sensitives et sensorielles

La zone réséquée et reconstruite de même que son pourtour ne bénéficient plus de la même sensibilité et mobilité au sortir de l'opération. Les oedèmes, les sutures et les lambeaux perturbent de manière plus ou moins permanente la proprioception péri et endo buccale.
Afin qu'il retrouve progressivement des points de repères, nous pouvons proposer au patient différentes sortes de stimulations tactiles, thermiques et gustatives. Ces manœuvres préparent activement la cavité buccale à la déglutition. Elles réveillent les structures « mises au repos lors du sevrage buccal postopératoire » [13]renforcent le travail de déclenchement du réflexe de déglutition au cours du premier temps volontaire et ré-activent les sens

[12] **[4]** CREVIER-BUCHMAN L. et BRIHAYE S. et TESSIER C., 1998
[13] Ibid

4.1.5. Travail praxique bucco-linguo-faciales

Les praxies permettent la remise en fonction des régions oro-faciales. Elles sont pratiquées sur imitation, et peuvent être réalisées devant un miroir pour favoriser la prise de conscience et l'efficacité des mouvements effectués. Elles concernent l'ensemble des structures mises en jeu dans la physiologie de la déglutition et de la voix (joues, lèvres, langue, voile du palais, pharynx, larynx).

Ces praxies choisies et ciblées en fonction des déficits fonctionnels engendrés par la chirurgie viseront un travail analytique au niveau de la mobilité, la tonicité et la sensibilité des éléments anatomiques lésés. Pour autant, il convient d'agir avec prudence en post-opératoire précoce car il y a un risque de rupture de sutures.

4.1.6. Postures et manœuvres

Les conséquences de la chirurgie impliquent des modifications du comportement du patient durant les repas. Ces modifications peuvent concerner la manière de déglutir, la position du corps ou encore la position de la tête. Elles sont basées sur les données physiopathologiques de chaque patient et correspondent à des méthodes de contrôle volontaire de la déglutition divisées en plusieurs étapes.

L'orthophoniste sensibilisera, pendant une première phase de guidance, le patient à ces adaptations avant de les lui faire pratiquer activement. En effet, ces manœuvres nécessitent un apprentissage spécifique qui demande effort et participation du patient. L'ensemble de ces mesures de protection devra être transmis à l'entourage du patient mais également au personnel chargé de son encadrement et de son suivi.

4.2. Position, postures et manoeuvres

4.2.1. La position du patient

Avant d'indiquer une posture spécifique au patient, nous lui rappellerons les conditions nécessaires au déroulement d'une déglutition en toute sécurité. Il faut que le patient soit assis, de préférence sur une chaise, de façon à ce que son dos forme avec ses jambes un angle de 90°. Ses pieds doivent être posés au sol, les genoux devant créer un angle obtus avec le reste du corps. L'ensemble tronc-tête-nuque doit être dégagé et stable. Un coussin pourra éventuellement être posé derrière les épaules du patient afin de lui assurer un confort maximal.L'adaptation de ses principes se fera, évidemment, en fonction de la réalité des possibilités du patient.

4.2.2. Les postures de tête

Les différentes postures de tête qui pourront être proposées au patient vont avoir des actions différentes sur l'acte de déglutition et le bol alimentaire. Ces postures vont être choisies et adaptées par l'orthophoniste en fonction des déficits engagés par la chirurgie. Elles vont agir sur les dimensions du pharyngo-larynx et la direction du bol alimentaire et ainsi influer sur les mécanismes de protection et de propulsion engagés lors de la déglutition.

On distingue :

- ***La flexion antérieure***



Figure 21 - Flexion antérieure

Il s'agit d'abaisser le menton sur le sternum.

Cette posture permet la bascule en avant du pharynx ainsi que la projection de l'épiglotte, et de la base de langue sur le mur pharyngé. Ces mécanismes entraînent la réduction des dimensions à l'entrée du larynx et l'élargissement de l'espace valléculaire. La protection des voies respiratoires est assurée et le bol alimentaire dirigé.

Cette posture évite également l'aspiration avant le déclenchement du réflexe.

Elle est réalisée en cas de :

- Retard de réflexe de déglutition
- Retro-pulsion linguale insuffisante
- Fermeture glottique insuffisante
- Résidus valléculaires.

- ***La rotation***

Il s'agit d'amener le menton sur l'épaule, au plus près de la clavicule du côté atteint. Cette posture entraîne la fermeture du sinus piriforme homolatéral à la rotation mais aussi l'amélioration de la fermeture laryngée. Le bolus est donc dirigé vers le sinus piriforme sain et la protection des voies respiratoires est renforcée.

Cette posture peut être associée à la flexion antérieure.

Elle est pratiquée en cas de défaut d'accolement des cordes vocales.

- ***L'inclinaison latérale***



Figure 22 - L'inclinaison latérale

Il s'agit d'amener l'oreille sur l'épaule. Elle permet de conduire le bol alimentaire du côté de l'inclinaison dans la cavité buccale et le pharynx.

Elle est appliquée en cas :

- de faiblesse linguale
- de défaut de propulsion
- de contrôle du bolus alimentaire.

- ***L'extension***



Figure 23 - L'extension cervicale

Il s'agit de basculer légèrement la tête vers l'arrière. Le bolus est alors entraîné vers l'arrière de la cavité buccale. C'est une position de choix dans les cas de déficits vélaires, de propulsions basi-linguales et pharyngées.

Les risques de fausses routes étant majeurs, elle n'est possible que lorsque la fermeture laryngée est optimale.

Dans les cas de reflux nasal, nous pouvons proposer au patient de lever très légèrement le menton afin de guider le bolus.

- ***Le décubitus dorsal et latéral***

Il s'agit de la position allongée à plat-dos.

« *Ces postures diminuent l'effet de la gravité sur la stase pharyngée en permettant aux résidus de rester sur la paroi et en évitant ainsi des débordements dans le larynx.* » selon Michèle Puèch.[14]

Dans les cas de défaut de propulsion linguale, elles facilitent aussi le transit du bolus dans la cavité buccale. Génératrices de fausses routes, ces positions sont rarement conseillées sauf si elles sont, pour le patient, le seul moyen d'avaler.

---

[14] **[9]** WOISARD V. et PUECH M., 2011

4.2.3. Les manoeuvres

a. Les manœuvres de protection laryngées

- ***La déglutition sus-glottique***

Cette manœuvre assure une protection volontaire des voies aériennes par la fermeture précoce des cordes vocales avant et pendant la déglutition.

Les étapes sont les suivantes :

- Prendre une quantité à faible volume.
- Adopter la posture de sécurité adaptée (le plus souvent flexion antérieure de la tête)
- Garder les aliments en bouche.
- Inspirer et retenir le souffle.
- Bloquer la respiration (blocage glottique).
- Avaler, la respiration bloquée.
- Tousser immédiatement afin d'évacuer les éventuelles particules qui pourraient pénétrer dans le larynx.

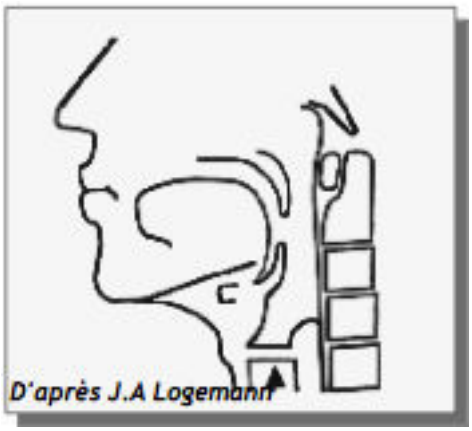


Figure 24 - La déglutition sus-glottique

- Ré-avaler si nécessaire, sans reprendre sa respiration auquel cas les résidus seront aspirés dans les voies respiratoires.
- Reprendre son souffle pour assurer la vidange pharyngée.

Cette manoeuvre doit se faire dans les cas de : mauvaise protection des voies respiratoires, de retard du réflexe de déglutition ou de résidus pharyngés.

- ***La déglutition super sus-glottique***

Les consignes et l'enchaînement des étapes sont les mêmes que pour la déglutition sus-glottique. Cependant, lorsque le patient bloque sa respiration et avale, une seconde manœuvre vient renforcer la fermeture des cordes vocales et des bandes ventriculaires ainsi que le recul des aryténoïdes et de la base de lange avant et pendant la déglutition.

Cette manœuvre adjuvante est une manœuvre d'effort qui utilise un point d'appui musculaire contre-résistance.

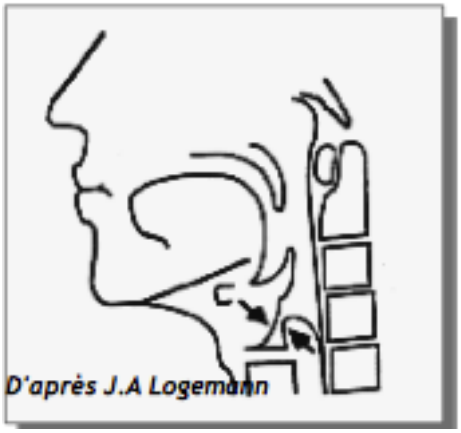


Figure 25 - La déglutition super sus-glottique

Elle peut prendre différentes formes : l'appui frontal, l'appui cervical, le pushing (traction vers le haut exercée sur un siège dans l'intention de se soulever, pousser une table, main contre main ...).

Elle est utilisée en cas de défaut d'étanchéité du larynx ou encore de déficit laryngé avec stases et ralentissement.

- ***La fermeture précoce du larynx***

Elle consiste à bloquer la respiration en fermant les cordes vocales avant la déglutition. C'est l'apnée.

b. Les manœuvres de vidange laryngées

- ***La déglutition d'effort***

Elle consiste à avaler le plus fort possible en serrant tous les muscles de la nuque, de la gorge et du cou afin de développer un tonus important qui favorise la propulsion du bol alimentaire et la qualité de la déglutition.

Elle peut être réalisée en cas de rétro pulsion linguale insuffisante ou de stases valléculaires.

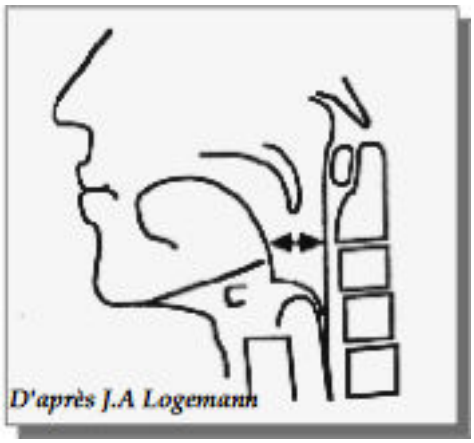


Figure 26 - La déglutition d'effort

- ***La déglutition de Mendelssohn***

Cette manœuvre vise à faciliter l'ascension laryngée grâce à une manipulation pratiquée par le patient lui-même ou le thérapeute. Il s'agit de maintenir le larynx en élévation pendant un court laps (quelques secondes) de temps afin d'éviter les fausses routes et d'assurer une plus grande ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage. Ces manipulations peuvent être effectuées manuellement.

- ***Les autres manœuvres de vidange***

- La dépression intra-buccale : elle correspond à l'aspiration et la pression jugale et labiale. Elle favorise l'acheminement du bolus vers le pharynx et le nettoyage des sillons gingivo-jugaux d'éventuels résidus alimentaires.
- Le dérhumage : après chaque bolus, il permet le dégagement de particules alimentaires. Il est nécessaire en cas d'ascension laryngée insuffisante.
- La double déglutition : si la voix est mouillée après une déglutition, elle est le signe de résidus intra-oraux ou pharyngés. La double déglutition ou déglutition répétée facilite alors l'évacuation de ceux-ci.
- L'alternance solide/liquide : en cas de propulsion et de péristaltisme pharyngé diminué, les liquides vont venir laver les structures des résidus pharyngés.
- L'aide manuelle : en cas de défaut de continence antérieure, l'orthophoniste peut intervenir manuellement afin d'aider à la fermeture des lèvres ou de la mâchoire.

4.3. La reprise alimentaire

4.3.1. Le calendrier

La date de la reprise alimentaire est décidée par le médecin en accord avec les membres de l'équipe médicale. Même si la décision ultime appartient au chirurgien, celle-ci est prise en étroite collaboration avec les différents intervenants responsables du suivi du patient.

La reprise alimentaire est effectuée, sauf impossibilité médicale particulière, en service hospitalier. Elle coïncide logiquement avec l'ablation de la canule de trachéotomie et la cicatrisation de l'orifice trachéal. Dans le meilleur des cas, les premiers essais alimentaires auront lieu à partir de J10-12 selon les types d'intervention.

La sonde naso-gastrique, elle, n'est évidemment pas retirée à ce stade. En effet, le passage de l'alimentation entérale exclusive à orale exclusive se fera alors par paliers.

Le patient garde la sonde naso-gastrique jusqu'à ce que ces besoins nutritionnels soient progressivement comblés par l'alimentation orale.

Dans les cas de difficultés d'alimentation per os durables, des solutions nutritionnelles sont envisagées (pose de gastrostomie, conservation de la sonde naso-gastrique dans l'attente de meilleures possibilités d'alimentation).

4.3.2. La mise en situation d'alimentation

La reprise alimentaire impose un certain nombre d'aménagements autour du patient. Ces aménagements seront le fait des thérapeutes et de l'équipe soignante dans un premier temps puis du patient lui même et de son entourage. Il est pour cela nécessaire de faire prendre conscience au patient de l'ensemble des adaptations dont il nécessitera. Sa participation et sa collaboration seront indispensables.

4.3.3. L'hygiène buccale

La chirurgie est responsable de nombreuses mucosités intra-buccales (sécrétions, croûtes, stases salivaires) qui sont le fait d'une cavité inactive dont les facultés sensori-motrices ont été bouleversées. Le patient doit donc être rapidement sensibilisé à l'hygiène buccale, condition sinequanone d'une reprise alimentaire de qualité. La réalisation de bains de bouche plusieurs fois par jour, de lavage à l'eau, ou encore d'aspiration participent à l'entretien de cette hygiène.

Ces soins seront réalisés par le personnel soignant dans un premier temps puis par le patient lui-même ensuite. Ils contribuent à l'évacuation des mucosités qui encombrent le patient et peuvent compromettre son alimentation, mais lui permettent également de retrouver un confort et des repères proprioceptifs buccaux.

Avant chaque essai alimentaire, il conviendra de s'assurer de cette clairance buccale et d'y remédier si nécessaire (bain de bouche, aspiration, incitation au crachat).

4.3.4. Le cadre

Tous essais alimentaires exigent un environnement calme favorisant la concentration. Pour ce faire, les éléments distractifs sonores ou visuelles doivent être d'emblée supprimés. Le discours de l'orthophoniste doit se vouloir simple et rassurant afin de désamorcer l'anxiété souvent générée par une reprise alimentaire complexe.

4.3.5. Le matériel

Avant chaque essai alimentaire, l'orthophoniste doit se munir d'un matériel spécifique adapté aux nouvelles exigences anatomo-fonctionnelles du patient. Ainsi, les contenants doivent être modulables pour permettre le contrôle du volume de la bouchée et de la vitesse du bol alimentaire (assiette à rebord, tasse à grosse anse, paille, pipette ...). Le maintien en place de ces contenants doit être garantie (systèmes anti-dérapants, assiettes à butées …). Des couverts adaptés (couverts à gros manches, couverts combinés ...) pourront être proposés au patient de même que des aides au mouvement des membres supérieurs s'ils sont nécessaires.

Ces ustensiles conviendront aux possibilités motrices du patient mais également aux modifications du comportement exigées par la chirurgie qu'il a subie (postures de tête, manœuvres de sécurité). Par exemple, il conviendra de remplir généreusement un verre avant de le proposer au patient. Ceci facilitera la prise de la gorgée en limitant l'extension cervicale et ainsi le risque de fausse route.

Le miroir est un outil indispensable à l'orthophoniste. Même s'il doit être utilisé avec grande précaution auprès de sujets qui ont à découvrir et à s'approprier une nouvelle anatomie, il est nécessaire pour obtenir un feed-back et des auto-corrections de la part du patient. Il faut l'amener progressivement à voir son visage pour qu'il puisse adapter son geste. Cette découverte se fera évidemment dans la réassurance.

Les haricots, les abaisse-langue, la cuillère, la paille, le verre en plastique, les compresses, les serviettes en papiers... sont autant d'accessoires qui composent le matériel de l'orthophoniste exerçant en service de cancérologie ORL au quotidien.

4.3.6. Le bolus

Les essais alimentaires sont réalisés selon une progression très stricte qui respecte le mécanisme du trouble de chaque patient. Aussi, les caractéristiques de bolus alimentaire doivent être compatibles aux données constatées lors du bilan:

- La consistance (compacte, mixée, fluide, liquide)
- Le volume de la bouchée
- La température (chaude, tiède, froide)
- Les saveurs (amer, acide, sucré, salé)
- Les odeurs

La texture du bolus doit être tout particulièrement réfléchie en fonction du profil du patient. Les textures mixées, fluides, ou liquides épaissis seront privilégiées en cas de reflux nasaux.

Les textures fluides ou liquides conviendront plus exactement à des patients souffrant de déficits des mécanismes propulsifs (recul de la langue, péristaltisme pharyngé...) ou encore de défaut d'ouverture du SSO.

En cas de fausses routes (retard de déclenchement du réflexe de déglutition, déficit de fermeture laryngée) une alimentation compacte ou pâteuse devra être envisagée dans un premier temps. Les textures à forte densité (sorbet glacé, citron, boisson gazeuse...) activent les récepteurs sensitifs et les réflexes dans les cas de déficit de la sensibilité.

En résumé, plus les troubles concerneront le temps oral et les mécanismes propulsifs (glossectomies, pelviglossectomies), plus la consistance du bolus devra être liquide. A l'inverse, plus les déficiences intéresseront le temps pharyngé et le déclenchement du réflexe de déglutition (BPTM, oropharyngectomies), plus la texture sera épaissie.

Le volume de la bouchée sera également dépendant du type d'exérèse réalisée. Par précaution, les bouchées seront toujours très petites au début quel que soit le cas. Une fois le mécanisme du trouble cerné, la quantité d'aliment sera augmentée ou réduite. La bouchée ne doit pas excéder la quantité d'une cuillère à café (volume correspondant à celui du sinus piriforme) mais doit être néanmoins suffisant pour provoquer le réflexe de déglutition.

La température ainsi que les bulles contenues dans les boissons gazeuses sont des facteurs de stimulation du réflexe de déglutition. Il sera ainsi préférable d'utiliser des liquides gazeux à température extrême plutôt qu'intermédiaire. Elles éveillent la sensibilité des muqueuses et excitent les réflexes. Les saveurs et les odeurs sont également à varier afin de rendre le bol le plus stimulant et attractif possible pour le patient. Certains composants alimentaires favorisent aussi le déclenchement et la stimulation des différents temps de la déglutition. Les aliments avec un goût prononcé seront ainsi plus faciles à avaler.

L'orthophoniste devra ainsi jouer sur l'ensemble de ses facteurs en harmonie avec les progrès du sujet.

4.3.7. Les essais alimentaires

Une fois le patient averti et entraîné, les aménagements déterminés et opérés et après l'accord du chirurgien, les essais alimentaires sont réalisés.

La déglutition se fait d'abord avec la salive. Si cette étape se déroule sans problème, le patient aura alors pour consigne d'avaler sa salive et non plus de la cracher.

Progressivement, l'orthophoniste propose différentes textures et augmente la quantité et la variété des aliments en fonction des progrès du patient.

Selon les résultats des essais, le patient disposera de plateaux repas adaptés. L'orthophoniste pourra assister à un repas ou recueillera les informations directement auprès de l'équipe soignante avisée, susceptible d'être présente à ce moment.

Au départ, le plateau est constitué de desserts froids (crèmes dessert, flan …) puis sont intégrées les textures chaudes (purées) et enfin les aliments de type mouliné. Un bouillon permet de délayer les différentes purées afin d'obtenir la consistance voulue.

La déglutition des liquides est la plus délicate dans le sens où leur texture rend leur passage extrêmement rapide. Elle exige ainsi une coordination efficace des différents mécanismes mis à l'oeuvre lors de la déglutition.

Selon les chirurgies et les déficits engagés en post-opératoire, les liquides seront proposés immédiatement ou plus tardivement. Si les mécanismes propulsifs sont atteints, les liquides peuvent être envisagés en première intention. Si les mécanismes de protection sont déficitaires, il sera préférable de les proscrire temporairement.

Toutefois, de manière générale, les liquides sont, le plus souvent, testés en dernier, lorsque les étapes précédentes se sont bien déroulées. L'étage laryngé, même épargné par la chirurgie, est resté inactif. De ce fait, le sujet n'est pas à l'abri de fausses routes.

Les liquides gazeux et froids sont préférentiellement utilisés pour les premiers essais. Comme évoqué plus haut, ils facilitent la déglutition car plus réflexogènes. Si besoin, l'orthophoniste peut avoir recours à des liquides plus épais (nectar, potage...) ou épaissis (épaississant en poudre).

Si le patient dispose encore d'une canule de trachéotomie, **plusieurs précautions** sont à prendre :

- Oter le nez artificiel, l'orifice pourra alors être bouché lors de la déglutition afin de faciliter la mise en apnée. La canule et la chemise interne sont alors fenêtrées.
- Déterminer si le ballonnet est gonflé ou non : s'il est gonflé, **prendre soin de le dégonfler** avant les essais. Cette manœuvre doit être suivie directement d'une **aspiration trachéale** au cas ou des sécrétions se seraient accumulées sur le ballonnet gonflé et pourraient glisser dans les voies respiratoires.
- Réaliser à nouveau une aspiration après les essais.

Selon les besoins du patient et en concertation avec le service diététique, nous déterminerons enfin l'organisation des restrictions qui doivent être imposées au patient, les modifications de son régime alimentaires ainsi que le fractionnement des repas et de l'alimentation si nécessaire.

L'orthophoniste n'aura de cesse de rappeler au patient les consignes essentielles à la réalisation d'une déglutition en toute sécurité. A chaque bouchée et gorgée, le sujet devra réactiver son attention et respecter l'ensemble des précautions nécessaires à son alimentation.

L'entourage du patient doit évidemment prendre partie intégrante de la prise en charge. Son rôle doit être déterminé en fonction des nécessités du patient et ses possibilités d'autonomie. L'orthophoniste se chargera ainsi d'informer l'entourage sur la nature du trouble, les risques et les stratégies d'adaptation mais également le sensibiliser à l'ensemble des accommodations nécessaires à l'alimentation du patient (environnement, comportement...). Il pourra fournir une aide à la mise en place des divers aménagements mais également surveiller le sujet en recueillant les symptômes lors des repas et en s'assurant de la stabilité de son état (poids, température).

4.4. La surveillance

La reprise alimentaire implique une surveillance stricte du patient durant son séjour hospitalier mais également à sa sortie.

Le poids, la courbe de température, l'encombrement bronchique, les symptômes de fausses routes (toux lors des repas) sont à observer et à relever régulièrement par l'orthophoniste, l'équipe soignante ou encore l'entourage du patient. Toute manifestation algique ou quelconque régression dans la réalisation des exercices doit conduire ces différents intervenants à ré-adresser le patient au chirurgien.

4.5. Les complications

Le bouleversement anatomo-physiologique entraîné par la chirurgie induit de nombreuses modifications du geste alimentaire. Ces conséquences multiples sont à l'origine de complications diverses. Ces troubles peuvent apparaître à différents temps de la déglutition, mais également se localiser à plusieurs endroits du carrefour aéro-digestif.

4.5.1. Les fausses routes

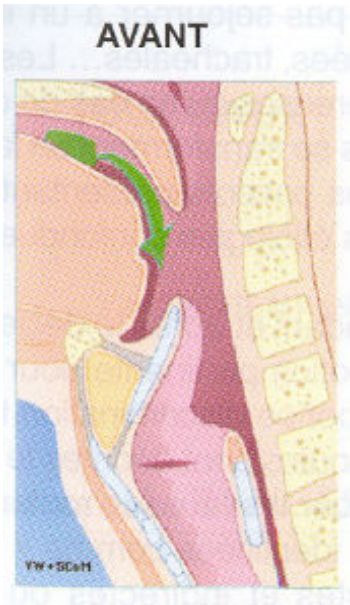
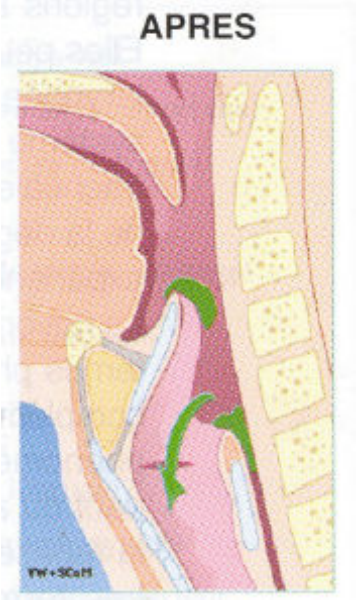
La fausse route est le passage d'aliments, de liquides ou de salive, en dessous du plan glottique, dans les voies aériennes.

Madame Woisard-Bassols dans La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte distingue 3 types de fausses routes en fonction de leur moment d'apparition par rapport au déclenchement du réflexe de déglutition (**Tableau 2**).

Leurs conséquences peuvent être vitales dans le cas de la pénétration d'un corps étranger dans le larynx ou la trachée ; infectieuses (pneumopathies d'inhalation, bronchio-alvéolite chronique encombrement chronique) dans le cas d'inhalations répétées d'aliments ou de liquides

En fonction de leur localisation dans le temps et l'espace, elles sont le fait de différentes causes.

Tableau 2 – Les différents types de fausses routes et leurs causes[15]

AVANT	PENDANT	APRES
		
- Aréflexie de la déglutition : retard ou absence de déclenchement du réflexe de déglutition (quantité de bolus insuffisante par exemple) - Défaut de sensibilité intra-buccale et/ou pharyngée - Défaut du péristaltisme pharyngé - Fonction linguale déficitaire (difficulté ou perte du contrôle du bolus qui peut entraîner un éparpillement de ce dernier) - Défaut de contention postérieure - Stases valléculaires	- Défaut de fermeture laryngée (défaut d'élévation laryngée, défaut d'accolement des cordes vocales) - Perte du synchronisme entre les mécanismes pharyngés et laryngés	- Aspiration d'une stase située dans les sinus piriformes, le vestibule, la margelle pharyngée ou encore le pharynx - Défaut du péristaltisme pharyngé - Paralysie pharyngée - Défaut de fermeture laryngée sus-glottique - Dysfonction crico-pharyngée - Dysfonction du SSO : les aliments s'accumulent et débordent dans les voies aériennes - Achalasie de l'oesophage: défaut de relâchement du sphincter de l'oesophage après la déglutition, qui empêche le passage des aliments dans l'estomac.

[15] **[9]** WOISARD V. et PUECH M., 2011

Madame Woisard- Bassols[16] différencie :

- *« La pénétration : entrée alimentaire au niveau du vestibule laryngé, la nourriture utilise les voies normalement réservées au passage de l'air*
- *L'aspiration : passage de résidu alimentaire sous le plan glottique. »*

Quel que soit le mécanismes engagé, les dispositions prises par le patient et l'orthophoniste (stratégies posturales, modification des propriétés physiques des aliments …) avant et pendant les repas vont permettre de prévenir et de réagir efficacement face aux fausses routes. Encore une fois, la surveillance est de mise.

Une série de phénomènes physiologiques va permettre d'éviter les mécanismes de pénétration et/ou d'aspiration La toux fait partie intégrante de ces mécanismes. Elle permet de limiter la quantité de nourriture qui pénètre dans les voies aériennes supérieures. Il convient de vérifier sa présence et son efficacité avant de débuter les essais alimentaires.

Pour autant, il s'agit d'être prudent car ce phénomène complexe peut parfois être inhibé. Une lésion du nerf vague entraînera par exemple un retard ou une absence de déclenchement du réflexe de toux. On parle alors de fausse route silencieuse : les aliments tombent dans les voies respiratoires mais le patient ne tousse pas. Dans ces cas, l'entourage du patient doit être vigilant et prêter particulièrement attention aux signes d'appel infectieux comme la fièvre.

4.5.2. Les blocages

« *Les blocages correspondent à l'arrêt de la progression du bol alimentaire.* » selon Madame Woisard-Bassols [17]

On distingue différents types de blocages en fonction du lieu de leur survenue : la bouche, les vallécules ou le pharynx.

BUCCAUX	Trouble de l'initiation du temps oral Défaut majeur de contrôle ou de transport oral Trouble de l'initiation du temps pharyngé
VALLÉCULAIRES	Retard de déclenchement du temps pharyngé Défaut majeur de propulsion linguale
PHARYNGÉS	Obstacle mécanique Diminution de propulsion linguale Diminution de la propulsion pharyngée Dysfonctionnement du sphincter supérieur

Tableau 3 - Les blocages

[16] **[9]** WOISARD V. et PUECH M., 2011
[17] Ibid.

4.5.3. Les stases

Les stases représentent également la diminution ou l'arrêt dans l'acheminement du bolus vers l'estomac. Selon leur localisation (bouche, vallécules, pharynx, larynx), il nous renseigne sur les mécanismes déficitaires aux différents stades du processus de déglutition.

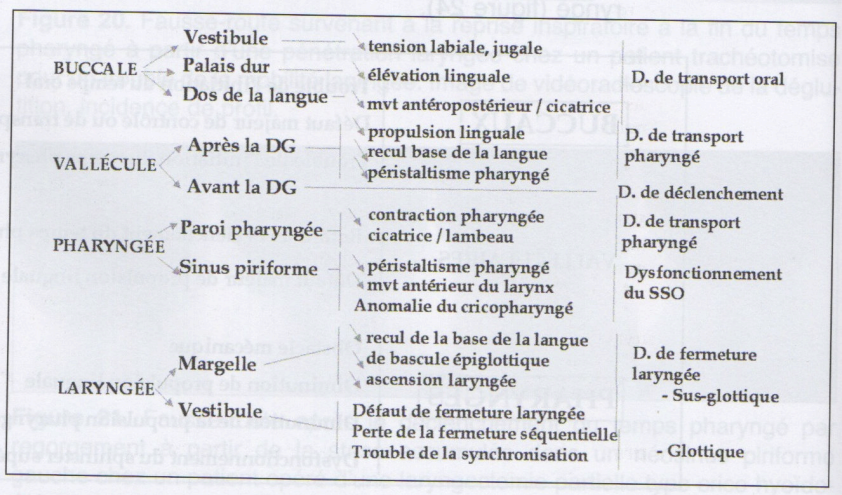


Tableau 4 - Les stases

4.6. « La rééducation spécifique »

« La rééducation spécifique » est un des moyens de prise en charge déterminée par Michèle Puèch dans La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte.

Selon le patient, la chirurgie qu'il a subie et l'évolution de son état post-opératoire, la rééducation orthophonique en tant que telle débute à différents moments. De manière générale, elle peut être envisagée entre 7 à 12 jours après l'intervention avec l'accord du chirurgien.

La réhabilitation fonctionnelle de la déglutition et de la parole en cancérologie ORL se base sur un programme dont le contenu comporte des consignes, des stimulations et des exercices conçus pour améliorer les fonctions essentielles à une déglutition efficace.

Même si les grandes lignes de ce programme demeurent identiques d'un patient à l'autre, il n'existe pas de programme « type » de rééducation de la déglutition dans le sens ou celui-ci doit s'adapter au mieux au profil et aux mécanismes physio-pathologiques de chacun.
Les séances de rééducation dans un service hospitalier s'organisent généralement en chambre. Leur durée, selon les circonstances et la fatigabilité du sujet, s'inscrit de quelques minutes à une demi-heure.

4.6.1. Les praxies

Le travail praxique débuté précocément perdurera tout au long de la rééducation. L'objectif de cet entraînement est de développer le tonus, la mobilité et/ou la sensibilité des structures bucco-pharyngo-laryngées 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.

Il sera étoffé en fonction des possibilités du patient et de l'état de cicatrisation. Il sera également ciblé selon les zones et les mécanismes lésés. Pour autant, les régions saines devront être entraînées comme mode compensatoire.

Chaque praxie sera réalisée selon des objectifs précis et déterminés par l'orthophoniste qui aura pris soin de les expliquer au patient. Même si cette entreprise intéresse l'ensemble des structures anatomiques communes aux fonctions de déglutition, de phonation et de respiration ; les praxies linguales prennent une place particulièrement importante dans la rééducation des personnes opérées de la cavité buccale ou de l'oropharynx.

Dans le cas d'une limitation de l'ouverture buccale ou trismus, un programme de rééducation spécifique est proposé au patient. Ce programme est basé sur la réalisation d'exercices progressifs d'ouverture buccale à l'aide de matériel spécialisé comme le Thérabite (dispositif médical qui offre aux patients une mobilisation mandibulaire anatomiquement correcte pour traiter le trismus et l'hypomobilité mandibulaire). L'objectif principal de ce traitement est l'augmentation du champ de motricité de la mandibule par le biais de mouvements passifs répétitifs et des étirements musculaires.

4.6.2. Les stimulations sensorielles et sensitives

La sensibilité et les réflexes des régions buccales ont été bouleversés par l'intervention. Tantôt insuffisants, tantôt excessifs, ils doivent faire l'objet de stimulations spécifiques qui prennent la forme de sollicitations sensitives tactiles et thermo-algiques. L'objectif est d'exacerber ou au contraire de minimiser la sensibilité des zones stimulées mais aussi de déclencher, dans certains cas, une réponse motrice adaptée. Dans les cas d'hypersensibilité, un travail de désensibilisation est nécessaire. Il s'applique sur les zones péri et intra orales par le biais de multiples exercices : exercer des frottements fermes avec l'index entre le nez et la lèvre supérieure (technique de Mueller), réaliser une pression continue au même endroit (Farber), pratiquer de légers tapotements au niveau de la zone péri-buccale (Farber et Lazarrus)…

Dans le cas d'hyposensibilité, plus fréquemment observée en post-opératoire, l'orthophoniste pourra utiliser les oppositions thermiques. A l'aide de différents instruments (guide-langue, miroirs laryngées, stylets …) réchauffés ou réfrigérés, on applique de manière répétée ou continue de multiples contacts (pression, vibration ...) au niveau des zones déficitaires.

Ces pratiques oeuvrent à la normalisation de la sensibilité faciale et buccale mais également au déclenchement de réflexe absent ou retardé.

La stimulation thermotactile, décrite par Logemann est utilisée à ce titre. Elle consiste en l'application d'un miroir laryngé froid au niveau des piliers antérieurs du pharynx par petits coups brefs et répétés. Cette stimulation suivie d'une déglutition volontaire doit déclencher plus rapidement le réflexe de déglutition.

D'autres exercices vont permettre la stimulation spécifique des différentes phases de la déglutition :

➔ Phase orale

- Travail de reconnaissance gnosique d'objets divers en bouche dont les textures et les formes varient
- Réalisation de pressions linguales
- Manipuler du matériel en bouche
- Presser une mousse imbibée de liquide pour faire sortir son contenu

➔ Phase pharyngée

- Utiliser le réflexe de succion

L'ensemble de ces applications et du matériel utilisé devra évidemment être adapté aux possibilités de contrôle du patient.

En ce qui concerne le travail sensoriel, la reconnaissance de saveurs variées et d'odeurs fortes permettra la réactivation des récepteurs gustatifs et olfactifs.

4.6.3. Les massages [5]

La région oro-faciale dans son entier a été bouleversée par la chirurgie et les traitements. Différentes techniques manuelles vont participer à la réhabilitation des structures bucco-faciales en stimulant la sensibilité des zones cicatricielles et péri-cicatricielles.

Isabelle Eyoum dans l'ouvrage Les fonctions de la face: évaluation et rééducation, distingue diverses formes de manipulations :

- Appui ou pression
- Décollement
- Effleurement
- Empaumage
- Etirement
- Lissage
- Pétrissage
- Stretching

Elles sont réalisées, de l'extérieur, sur l'ensemble du visage (front, yeux, nez, joues, lèvres, menton) et du cou vers l'intérieur, dans la bouche (langue, joues, lèvres). Elles permettent d'assouplir et d'échauffer les fibres musculaires la préparant, de ce fait, au travail praxique.

Ces stimulations peuvent être également effectuées au niveau des cicatrices afin de prévenir des adhérences et d'apaiser les douleurs.

Ces pratiques interviennent sur des tissus lésés et parfois algiques, il convient d'agir avec prudence en évitant les zones fragiles, irradiées ou brûlées. Réalisés par le thérapeute dans un premier temps, ces gestes pourront être pratiqués par le patient lui-même à raison de plusieurs fois par jour.

4.6.4. L'articulation

La prise en charge orthophonique de l'articulation demeure relativement classique dans le sens ou elle vise à rétablir les points d'articulation et la mélodie de la parole.

Pour autant, nous ne sommes pas ici seulement dans le cadre d'un mauvais placement lingual mais bien dans des situations de perte de substance et de remaniement anatomique parfois conséquents.

L'émission de la voix est assurée, l'étage laryngé ayant été préservé dans le cas des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx. Pour autant, le timbre et l'intonation ont été modifiés par rapport à leurs caractéristiques pré-opératoires en raison des changements de configuration d'une partie des résonateurs.

De plus, la vitesse de coordination des mouvements articulatoires est atteinte à différents degrés par la chirurgie et les difficultés de mobilisation des structures reconstruites ou restantes.

Nous pouvons proposer de manière générale un travail ciblé sur l'articulation des phonèmes altérés en les travaillant de manière progressive, de la répétition de mots courts à la lecture de texte. Un exercice sur les différents types de phrase et leur intonation (interrogative, exclamative…) pourra être proposé dans le but d'exercer la mélodie de la parole.

Dans les cas des chirurgies vélaires et/ou pharyngées, il est fréquent que le timbre soit nasonné du fait de fuites d'air par le nez lors de l'émission sonore. Ce déficit pourra être travaillé, entre autres, par des exercices de souffle (souffler dans une paille, gonfler les joues…) mais également par la répétition en alternance de syllabes ou de mots contenants des phonèmes oraux et nasaux.

Dans les cas de glossectomie partielle, la prise en charge de la parole va dépendre de l'étendue de l'exérèse et du mode de reconstruction. Les lambeaux sont préférentiellement choisis pour compenser la perte substantielle. La place que prenait la langue est comblée. Toutefois, le lambeau demeure une masse inerte et fixe en bouche.

Un travail précoce et ciblé sur les mouvements articulatoires peut permettre de trouver des compensations et améliorer ainsi l'intelligibilité de la parole. Exagérer l'articulation, syllaber, ralentir le débit … sont autant de moyens qui visent à restaurer l'intelligibilité malgré le déficit fonctionnel de la langue. Nous favoriserons en parallèle les suppléances gestuelles et les mimiques associées.

4.6.5. Suivi du patient

La sortie du service hospitalier par le patient nécessite une organisation toute particulière qui demande la participation d'un certain nombre d'intervenants spécialisés (infirmière de coordination, nutritionniste...). Cette sortie est évidemment conditionnée par les résultats des essais alimentaires et la décision des médecins responsables du suivi du patient.

Le patient sort informé des textures, des quantités, des postures et manœuvres qui seront nécessaires au bon déroulement de ces prises alimentaires.

Si de nouveaux essais sont à envisager pour intégrer, par exemple, de nouvelles textures provisoirement « interdites », un suivi en externe sera envisagé. Ces séances planifiées ponctuellement sont organisées en parallèle d'une prise en charge orthophonique libérale.

Dans le cas d'une alimentation entérale, une consultation avec une diététicienne permet une adaptation constante du régime alimentaire du patient en fonction des restrictions et des progrès de ce dernier. Des prestataires spécialisés se chargent de la gestion de l'alimentation du patient et du matériel nécessaire.

4.6.6. Les séquelles psychologiques [11] [12] [20] [24] [31]

La littérature traitant de la psycho-oncologie est prolifique et nous ne prétendons pas pouvoir traiter ici de l'ensemble des aspects qu'elle recouvre. Toutefois, il est important d'en exposer les problématiques, problématiques auxquelles se confrontera nécessairement l'orthophoniste dans sa pratique en service de cancérologie ORL.

La prise en charge des patients atteints d'un cancer des voies aéro-digestives est parfois difficile.
Les traitements chirurgicaux et médicamenteux des cancers des voies aérodigestives supérieures entraînent des atteintes corporelles transitoires et définitives. Même si la chirurgie reconstructive a fait d'énormes progrès, les conséquences fonctionnelles et cosmétiques de l'intervention vont venir bouleverser violemment la qualité de vie du patient et transformer l'image qu'il a de son propre corps.

Il est important de rappeler que les cancers des voies aéro-digestives supérieures s'inscrivent généralement dans un contexte d'addictions et d'intoxication alcoolo-tabagique. L'environnement du patient est fragilisé et son mode de vie souvent marqué par l'isolement.

M-Y Louis et J.P Rame décrivent cet environnement dans l'article Cancers des voies aérodigestives supérieures : vers un corps reconstruit, vers une autre vie : « *Ces patients sont pour beaucoup alcolo-tabagiques et souffrent déjà, souvent en raison de leur mode de vie d'un isolement socioprofessionnel, de problèmes familiaux, de problèmes financiers, de dépression patente ou latente … Ils vivent pour la plupart dans un milieu défavorisé, logent ou relogent parfois chez leur mère, leur sœur, des amis après un parcours affectif chaotique dont ils portent souvent la responsabilité.* ». [18]

Ces particularités imposent un profil psychologique dont il faudra tenir compte pendant toute la prise en charge.

Aussi, les pathologies cancéreuses ORL et cervico-maxillo-faciales intéressent directement le siège de nos besoins fondamentaux. C'est en effet autour de la bouche que s'organise la fonction d'oralité, fonction qui concerne toutes les activités dévolues à la sphère oro-faciale: respirer, s'alimenter, communiquer, sentir, goûter. La maladie et ses traitements vont venir priver le patient, pour un temps plus ou moins long, de tout plaisir oral.

« *Quand la chirurgie va mutiler la cavité buccale, c'est la sphère symbolique, structure mentale particulièrement archaïque qui va être bouleversée, compromettant alors les acquisitions de la petite enfance.* ». [19]

De même, dans ce contexte de mutilation, le visage, vecteur de notre identité, de notre image, de nos relations, est transformé. Même si le patient est au fait des changements, ces variations de l'image de soi s'opèrent trop rapidement sans qu'il ne puisse véritablement les assimiler.

Les mimiques, «le parler », le sourire, la voix … autant de clés de la vie sociale, du reflet de soi, mises à mal par cette épreuve.

Ces transformations « *non voulues, peu désirables, n'appartenant pas au canon de l'esthétique du corps humain vont venir bouleverser l'individu autant que ses proches.* » [20]

Dans ce contexte, on peut imaginer les conséquences psychologiques de l'atteinte et l'impact sur le schéma corporel et la qualité de vie.

Nous comprenons alors l'importance de l'accompagnement du patient dans sa prise en charge ainsi que de la nécessité du processus de réhabilitation. J.Rodriguez et T. Jouffroy le mettent ainsi en évidence : « *La destruction de la tumeur par tout moyen physique que ce soit introduit de fait une tape nécessaire de reconstruction.* » [21]

---

[18] **[26]** RODRIGUEZ J. et JOUFFROY T., 2008
[19] **[20]** LOUIS M-Y et RAME J-P, 2008
[20] **[11]** BACQUE M-F, 2007
[21] Op. cit.

Autour de cette nouvelle image corporelle, le patient va apprendre à se reconstruire : c'est la phase de deuil. Elisabeth Kubler Ross décrit les 5 étapes du deuil. Chaque personne traverse ses étapes, sans forcément les éprouver dans le même ordre ni sur la même durée de temps :

- Phase du *déni*
- Phase de *colère*
- Phase de *marchandage*
- Phase de *dépression*
- Phase d'*acceptation*

Cependant, il faut garder à l'esprit que les conséquences sont imprévisibles d'un patient à l'autre et pas toujours corrélées avec l'importance des lésions. Aussi, le diagnostic demeure sombre, les récidives possibles et les addictions toujours présentes.

L'équipe soignante toute entière se doit d'apporter au patient un soutien psychologique et affectif nécessaire. La mise en place d'un suivi psychologique s'impose auprès de nombre d'entre eux.

4.6.7. L'équipe pluridisciplinaire

La prise en charge des troubles dysphagiques conséquents à une chirurgie carcinologique de la sphère bucco-faciale est bien du ressort de l'orthophoniste. Toutefois, elle ne répond pas seule aux besoins du patient. Un ensemble d'intervenants gravite autour de lui du stade pré-opératoire à sa réhabilitation à domicile. Certains agissent ponctuellement, d'autres sont requis pendant l'ensemble de la prise en charge. Ils forment une équipe complémentaire dans laquelle chacun y occupe une fonction spécifique.

Le patient a besoin d'entendre un discours cohérent quant à son état et son évolution. Aussi, une étroite cohésion de l'équipe et une bonne circulation de l'information sont indispensables.

L'équipe pluridisciplinaire intervenant autour du patient de service ORL se constitue :

- des médecins
- des orthophonistes
- des diététiciens
- des infirmiers
- des infirmiers d'annonce
- des aides soignants
- des kinésithérapeutes
- des psychologues
- des assistantes sociales
- des sophrologues
- des socio-esthéticiennes

a. Le médecin

Le médecin encadre l'ensemble de la prise en charge du patient. Il est responsable de l'évaluation médicale, du diagnostique et des décisions thérapeutiques prises à son encontre. Il participe de plein pied à son évolution, conditionnant les soins et les rééducations qui lui sont nécessaires.

Plusieurs spécialistes interviennent autour du patient :

- Les chirurgiens ORL
- Les radiothérapeutes
- Les anesthésistes- réanimateurs
- Les oncologues
- Les médecins chargés de l'anatomie et de la cytologie pathologique
- Les médecins chargés de l'imagerie
- Les médecins nucléaires
- Les médecins généralistes

Un médecin référent, désigné par le patient, coordonne les soins et la rencontre avec les différents professionnels.

L'équipe médicale se réunit lors de Comités Pluridisciplinaires d'Organe (CPO) ou de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) afin de statuer de chaque cas et d'organiser un programme de soins et de réhabilitation adapté à chaque profil.

b. Le diététicien

Le diététicien est un professionnel de santé paramédical spécialisé en nutrition. Il prend en charge les problèmes et questions concernant l'alimentation du patient, en rapport avec le cancer et ses traitements.

Il est chargé de l'éducation et de la guidance du patient suite à la décision d'une alimentation artificielle concernant : la réalisation et la pose de ce type d'alimentation, la surveillance qu'elle implique et les complications éventuelles qu'elle peut engendrer.

En service hospitalier, il apprécie l'état nutritionnel du patient à partir d'un certain nombre de mesures (taille, poids…) et prévient ainsi d'une éventuelle dénutrition. En fonction des habitudes de vie du patient, de ses possibilités d'alimentation, de ses goûts et de son appétit, il conseille le patient et son entourage sur les adaptations alimentaires nécessaires (compléments nutritionnels, adaptation de la composition nutritionnelle et du volume des poches de nutrition) afin de répondre aux besoins nutritionnels spécifiques de ce dernier.

Le diéthéticien travaille de concert avec le médecin nutritionniste qui, lui, n'est pas directement impliqué dans le traitement du cancer. Sa fonction est de dépister, prévenir et prendre en charge les problèmes de nutrition des malades à l'hôpital et de suivre leur évolution après leur sortie.

c. L’infirmier

L'infirmier constitue un intervenant essentiel dans la surveillance et le suivi du patient. Il assure les actes de soins quotidiens, sa surveillance en continu (poids, température, état général…) mais gère également les relations avec l'entourage.

En pré-opératoire, une infirmière d'annonce et de coordination des soins se charge de l'information et de la guidance du patient. Elle le renseigne de manière personnalisée sur les spécificités de sa prise en charge, le déroulement de celle-ci et l'oriente vers les différents intervenants en fonction de ses besoins. Elle coordonne ainsi le travail de l'équipe pluridisciplinaire favorisant une meilleure adhésion et implication du patient à son programme personnalisé de soins.

Au sortir du bloc opératoire, une équipe soignante s'active autour du patient en service de soins intensifs (service de réanimation). Ils se chargent de la surveillance des constantes, de la prévention des risques consécutifs à la chirurgie (hémorragie, infection ...) mais aussi de la survie essentielle des lambeaux. Le patient souffrant souvent d'une impossibilité de communiquer verbalement, ils organisent la mise en place de moyens palliatifs de communication (ardoise, papier/crayon …).

Le plus souvent, ces patients présentent un passé d'éthylisme et de tabagisme, causes reconnues dans la survenue des cancers de la sphère ORL. A ce titre, l'équipe soignante est ainsi amenée, régulièrement, à gérer le sevrage alcolo-tabagique (risque de délirium

) imposé par le traitement chirurgical.

En ce qui concerne l'alimentation, l'infirmier observe le déroulement du repas et collecte les informations liées au déroulement de ce dernier. Il met en place l’alimentation et en assure la surveillance en collaboration avec le diététicien. Il participe directement à l’éducation du patient et de son entourage.

L'infirmière de coordination assume l'organisation de la sortie du patient, gérant l'intervention à domicile des différents prestataires responsables des soins, de l'alimentation (entérale) et du matériel nécessaire.

d. Le kinésithérapeute

Le kinésithérapeute, en service de cancérologie ORL, a pour objectifs de traiter l'installation des troubles conséquents à la chirurgie (œdèmes, cicatrices, perte d'élasticité des tissus...) et de prévenir l'installation d'éventuels troubles fonctionnels.

Il intervient très précocement (dès J+1) auprès de tous les patients et tout particulièrement des sujets porteurs de canules de trachéotomie.

Il informe, sensibilise et entraîne le patient à la respiration abdomino-diaphragmatique. Indispensable au désencombrent du sujet, ce type de respiration permet de se dégager des sécrétions, de diminuer la fatigue et les tensions au niveau du thorax et des épaules.

Ce travail, réalisé régulièrement, prévient ainsi le risque infectieux pulmonaire et redonne au patient un confort respiratoire avant et après l'ablation de la canule. Il constitue un des préalables à tout projet de ré-alimentation.

En phase post-opératoire "immédiate", le kinésithérapeute entreprend également une rééducation fonctionnelle de la sphère cervico-faciale. Des mobilisations douces ainsi que des massages ciblés vont entraîner le drainage lymphatique (favorisant la diminution de l'œdème), soulager les douleurs et favoriser une cicatrisation harmonieuse.

Le kinésithérapeute assure également la mobilisation des structures anatomiques responsables des fonctions de déglutition et d'articulation (mandibule, articulations temporo-mandibulaires ...) dont la souplesse et l'amplitude de mouvement ont été lésées par la chirurgie et ses traitements. Les sites de prélèvement de lambeaux (osseux, muqueux, cutanés) sont aussi les cibles de cette prise en charge.

En incitant rapidement le patient à s'asseoir puis à marcher, le kinésithérapeute participe à prévenir des escarres et d'éventuels troubles thrombo-emboliques.

e. Le psychologue

L'annonce du cancer bouleverse l'existence, les relations avec l'entourage et provoque souvent des troubles dans la qualité de vie (sommeil, alimentation, anxiété).

En dehors du soutien psychologique, informellement apporté aux malades par le personnel soignant et les proches, une prise en charge psychologique plus structurée, organisée par un psychologue, apparaît parfois nécessaire au patient.

Toute personne peut bénéficier d'une prise en charge psychologique, et ce dès l'annonce de sa maladie. La demande peut-être faite par le patient lui-même, son oncologue, ou le personnel soignant. Dans tous les cas, le consentement du malade reste indispensable.

Cette prise en charge a pour objectif d'accompagner le patient face à la maladie en l'aidant à mieux vivre les conséquences physiques et psychologiques entraînées par le cancer et ses traitements. Elle offre au patient, et à son entourage une possibilité de parler de la maladie et des craintes et angoisses qui lui sont associées mais aussi d'apprendre à accepter un « nouveau visage », une nouvelle image de son corps.

Le psychologue intervient également dans le processus de sevrage alcoolo-tabagique indispensable à la guérison du patient (limitation du risque de récidive et des séquelles radiothérapeutiques). Cette démarche peut être complétée par les conseils et prescriptions médicamenteuses d'un addictologue.

Il est parfois nécessaire de compléter la prise en charge psychologique par des traitements médicamenteux.

PARTIE PRATIQUE

I. A l'origine de ce mémoire

L'orthophoniste a su trouver sa place dans l'équipe pluridisciplinaire qui encadre le patient atteint d'un cancer des VADS. Idéalement, elle intervient à tous moments dans le parcours de soins du patient : en pré-opératoire, durant la phase d'hospitalisation et à sa sortie si.

Elle prend ainsi une place à part entière dans le processus de réhabilitation du patient.

L'orthophoniste intervient principalement dans le cadre de la reprise alimentaire et phonatoire mais son travail ne peut s'y limiter. En effet, les conséquences opératoires de ce type de chirurgie incombent un ré-aménagement parfois total du cadre de vie du patient ainsi que de ses habitudes quotidiennes. L'orthophoniste participe alors de pleinement à la mise en place de moyens d'adaptations efficaces et sécuritaires pour le plus grand confort du patient et de son entourage.

1. Naissance du projet

Le sujet a été proposé par Marilou SERRIS, orthophoniste exerçant en service de cancérologie ORL à l'institut de la face et du cou de Nice.

Sa pratique est le fruit de sa formation initiale et continue, de son expérience mais s'inscrit également dans le fonctionnement global de toute une équipe.

Notre constat de départ s'appuie sur plusieurs faits :

- La littérature traitant de la prise en charge orthophonique du patient en cancérologie ORL est pauvre. Nous savons que la prise en charge post-opératoire « précoce » y est préconisée mais les indications divergent en terme de calendrier et de stimulations.
- Nous avons à l'esprit que le fonctionnement de chaque équipe médicale diverge d'un établissement à l'autre. La place de l'orthophoniste, son rôle, ses possibilités d'intervention varient probablement en fonction des choix, des besoins et des demandes des médecins.
- Toutes les orthophonistes ne mènent pas la rééducation de la même manière. Nous supposons que la prise en charge précoce est pratiquée sur le terrain mais nous ne savons pas de quelle manière ni dans quelles conditions.

A partir de ces suppositions, nous nous sommes interrogées sur l'existence d'un consensus au sujet de la prise en charge orthophonique en période post-opératoire précoce :

- La prise en charge en phase post-opératoire immédiate est-elle recommandée dans les services ?
- Si elle l'est, elle-t-elle pratiquée systématiquement par les orthophonistes ?
- Si elle l'est, comment les orthophonistes la mettent-elles en œuvre ? Par quels moyens ? Avec quel matériel ? Sous quelle forme ? Dans quelles conditions ?

- La mise en place d'un protocole de soins précoces, complet et adaptable à chaque cas, est- elle réalisable de manière précoce ?
- Si c'est possible, quels sont les bénéfices immédiats de cette démarche auprès du patient en vue de la reprise alimentaire ? Quelles sont les contraintes directes qui vont gêner, freiner ou empêcher notre intervention à ce stade de prise en charge ?

2. Objectifs, hypothèses de travail et élaboration de la problématique

Le but premier de cette démarche n'est pas de tester les effets de la prise en charge précoce sur la qualité de la reprise alimentaire. Ceci ferait l'objet d'une tout autre étude.

Nous cherchons ici à questionner la pratique orthophonique précoce en service de cancérologie ORL. Même si l'intérêt de ce type de prise en charge n'est plus à prouver, il en va d'interroger et de tester l'exercice orthophonique ainsi que les conditions et les possibilités dans lesquelles il s'exerce.

L'observation, la mise en œuvre d'un programme de rééducation, et la récolte de ses effets immédiats visent à apprécier les contours et limites de l'intervention orthophonique.

Nous tâcherons, par ce travail, de répondre aux problématiques suivantes :

- ➔ Une prise en charge orthophonique est-elle envisageable dès les premiers jours qui suivent une chirurgie carcinologique ORL affectant la région buccale et/ou oro-pharyngée ?
- ➔ Dans quelles mesures cette intervention peut-elle se réaliser et s'adapter au contexte post-opératoire ?
- ➔ Quels sont les intérêts de cette pratique du point de vue du patient et de l'orthophoniste ?

Notre étude se basera sur les hypothèses suivantes :

- Une intervention orthophonique précoce est réalisable en phase post-opératoire immédiate.
- Elle implique une adaptation à un certain nombre de facteurs inhérents au patient et au service qui l'accueille (état du patient, conséquences post-opératoires immédiates, possibilités d'intervention offertes par le service hospitalier …).
- La mise en place d'un protocole de soins précoce participe à la réhabilitation globale du patient. Il le prépare à la reprise alimentaire et favorise son implication dans le projet thérapeutique.

Dans cette optique, nous nous appuierons sur :

- Les données théoriques à travers un inventaire
- Les données pratiques recueillies à travers :

- Les observations cliniques réalisées en stage
- Une enquête réalisée auprès des orthophonistes et des chirurgiens pratiquant en service de cancérologie ORL
- Un protocole de soins précoce testé auprès de patients hospitalisés dans le service en question

3. Démarche

Ce travail nécessite la mise en place d'une démarche logiquement et chronologiquement réfléchie.

Dans un premier temps, nous chercherons à prouver notre constat de départ qui veut que l'intervention orthophonique à ce stade ne fait l'objet d'aucun consensus, ne répond à aucune démarche unique et standard.

Pour ce faire :

- Nous réaliserons d'abord un inventaire des données littéraires au sujet de la prise en charge orthophonique précoce en service de cancérologie ORL
- Nous élaborerons ensuite un questionnaire destiné aux orthophonistes et chirurgiens exerçant en service de cancérologie ORL

Ces données nous permettront :

- De faire le point sur les pratiques précoces d'aujourd'hui
- De discuter, s'interroger et confronter les différents points de vue
- D'élaborer un protocole de soins adapté que nous testerons auprès d'un groupe de patients
- De juger, de la pertinence de ce protocole dans la visée d'une reprise alimentaire de meilleure qualité

II. Préalables à l'élaboration du protocole [42]

1. Enquête

Dans l'objectif de réaliser un protocole complet rassemblant les pratiques orthophoniques diverses nous avons choisi de compléter la revue de la littérature par une enquête de terrain.

A ce titre, nous avons effectuer deux questionnaires :

- Un questionnaire destiné aux orthophonistes exerçant en service de cancérologie ORL
- Un questionnaire destiné aux chirurgiens ORL exerçant en service de cancérologie ORL

1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

1.1.1. Questionnaire destiné aux orthophonistes

Comme indiqué plus haut, le questionnaire est destiné aux orthophonistes pratiquant en service de cancérologie ORL. Sont ainsi inclus tous les centres et instituts français de lutte contre le cancer (UNICANCER et autres) disposant de services de chirurgie ORL et/ou maxillo-faciale.

Ceci exclut de fait les orthophonistes salariées et libérales n'ayant pas l'occasion de mener ce type de rééducation précoce.

Nous n'avons pas établi de critère d'âge ou d'année de pratique estimant que les professionnels exerçant dans ce milieu étaient aguerris à l'exercice spécifique qu'incombe la prise en charge ORL.

1.1.2. Questionnaire destiné aux chirurgiens ORL

Ce second questionnaire est adressé aux chirurgiens ORL pratiquant en service de cancérologie.
Il inclut, de fait, tous les médecins exerçant cette spécialité dans tous types d'établissements disposant du service recherché (service de chirurgie carcinologique ORL et/ou maxillo-faciale).

1.2. Démarche et rédaction

Le premier questionnaire avait pour objectif de nous donner un aperçu de la pratique orthophonique telle qu'elle est exercée sur le terrain. Il cherche à mettre en évidence les conditions de la prise en charge orthophonique précoce (si elle est réalisée) ainsi que les moyens mis en œuvre par le thérapeute.

Par le second questionnaire, nous avons apprécié la qualité du lien qui unit le chirurgien et l'orthophoniste au sein de l'équipe pluridisciplinaire qui gravite autour du patient opéré. Nous avons questionné ainsi leurs points de vue, leurs expériences et leurs attentes quant à la place de l'orthophoniste et son rôle au sein de l'unité de soins.

Cette enquête a été réalisée sur internet et remplie en ligne par les professionnels concernés.

Elle rassemble une série d'une dizaine de questions simples et rapides de type :

- Qualitatif : une série de réponses est proposée à la personne interrogée qui doit en choisir une ou plusieurs
- Texte : question complètement ouverte qui propose au répondant de rédiger librement par une ou plusieurs phrases

1.3. Contraintes et difficultés rencontrées

Nous avons choisi d'adresser majoritairement mes questionnaires par la voie Internet (mails) car elle nous permettait de m'affranchir des contraintes spatiales et temporelles qu'induirait une remise en main propre ou un entretien.

La démarche Internet offre la possibilité de toucher rapidement et efficacement les personnes cibles. Elle permet aussi un recueil suivi et plus rapide pour celui qui réalise l'enquête.

Toutefois, des difficultés inhérentes à ce type d'approche apparaissent:

➔ ***Celle de récolter les adresses mails des professionnels ciblés***

Les coordonnées des professionnels ont été recherchées via :

- Appels téléphoniques (services de cancérologie ORL français, groupe hospitalier dédié à la lutte contre le cancer UNICANCER)
- Internet et réseaux sociaux (sites destinés aux orthophonistes, groupe facebook, contact FNO ...)
- Contacts divers (personnel hospitalier exerçant sur mon lieu de stage, orthophoniste-conseil de la société Atos médical …)

Les critères d'inclusion sont relativement restreints quant à la population orthophonique. En effet, le nombre d'orthophonistes travaillant en institution, d'autant plus en service de cancérologie ORL, est faible. Pour avoir un maximum de chances de toucher ma cible, il nous a fallu élargir mes critères et adresser l'enquête aux orthophonistes de manière générale.
Cette démarche a été efficace. Toutefois, malgré les précisions, des orthophonistes ne correspondant pas aux critères de recherche ont répondu au questionnaire nous obligeant à les exclure de l'enquête.

➔ ***Celle de formuler des questions claires et directement compréhensibles***

Malgré les testings, nous nous sommes rendus compte que certaines questions n'avaient pas été réellement comprises par les intéresses. Peut-être certaines manquaient-elles de précisions ? Peut-être l'enchaînement des items portait-il parfois à confusion ?

Tel est le parti prix d'une démarche via enquête. Elle ne permet pas, comme le ferait un entretien ou une interview, de pouvoir préciser, justifier nos choix et nos attentes auprès des personnes interrogées.

➔ ***Celle d'obtenir une réponse via cette voie***

Même si la détention d'une boîte mail est pratique répandue aujourd'hui, tous ne la consultent pas de manière régulière, ou tous ne prennent pas le temps de répondre aux mails qui leur sont envoyés. C'est majoritairement le cas pour les chirurgiens.

Nous sommes conscients que la complétion du questionnaire prend du temps. Pour autant, cette voie nous semblait plus adéquate que la voie téléphonique ou postale, tout aussi chronophage.

➔ ***Celle de recevoir des réponses précises et exploitables***

Les réponses recueillies n'ont pas toujours été adaptées ou manquaient, en général, cruellement de précision. C'est encore une fois un des inconvénient principal d'une démarche qui ne passe pas par la rencontre directe avec l'intéressé.

Néanmoins, nous avons pu recontacter quelques professionnels pour obtenir plus d'informations. Malgré cela, il n'a pas été facile d'obtenir les réponses espérées.

1.4. Contenu

1.4.1. Questionnaire destiné aux orthophonistes (ANNEXE I)

1) A quel(s) moment(s) intervenez-vous auprès du patient opéré ?

□ En pré-opératoire

□ En post-opératoire très précocement (J+ 1,2 …)

□ En post-opératoire plus tard (J+ 7, 10 …)

□ Autre

Cette question est déterminante dans notre démarche. Elle nous éclaire sur le moment précis où débute la prise en charge orthophonique ainsi que sur le caractère « précoce » ou non de celle-ci.

2) A quel(s) moment(s) intervenez-vous auprès du patient opéré ?

□ En pré-opératoire

□ Avant la cicatrisation complète

□ Avant la décanulation

□ Après la cicatrisation complète

□ Après la décanulation

□ Autre

Cette question vient préciser la première. Elle ne donne plus là de références temporelles sous la forme de date mais sous la forme de repères médicaux précis : la décanulation et la cicatrisation.

Cela met encore une fois en lumière la précocité de l'action orthophonique mais également les conditions de son intervention auprès du patient.

Même si les indications de décanulation varient d'un patient à l'autre, nous avons considéré qu'elles marquaient la fin de la phase « précoce » d'intervention ou tout du moins une étape déterminante pour la ré-alimentation.

En ce qui concerne la cicatrisation, nous savons qu'il est difficile de juger du caractère complet ou non de celle-ci d'autant qu'elle s'effectue en surface comme en profondeur sur du long terme.

Dans « cicatrisation complète », nous évoquons une phase post-opératoire plus tardive, lorsque les points de sutures ont été retirés (ou sont tombés), que l'orifice de trachéotomie s'est refermé et que la cicatrisation des structures reconstruites (lambeau, greffe) n'est pas mise en jeu (revascularisation, aucun risque de nécrose ...).

3) **Quels sont les repères temporels ou indications médicales qui vous permettent d'agir/de ne pas agir précocement ?**

Notre questionnement, ici, concerne encore une fois les modalités d'exercice de l'orthophoniste.

Nous cherchons à savoir ce qui conditionne la première intervention de celle-ci :

- Est-ce un repère temporel, une date précise, des repères médicaux … ?
- Emane-t-elle de la demande directe du chirurgien ou du personnel soignant responsables du patient ?

Nous espérons me rendre compte ainsi des faits et besoins qui rendent nécessaire l'intervention orthophonique précoce et avoir un aperçu du fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire.

4) **Si vous intervenez de manière précoce, en quoi consiste votre prise en charge ? Si vous ne pouvez intervenir précocement, quelles en sont les raisons ?**

Cette question interroge le cœur même de la prise en charge à savoir les moyens utilisés par le thérapeute et la manière avec laquelle ceux-ci sont mis en oeuvre.

Nous attendons des réponses précises sur les différents types d'informations, de stimulations et d'exercices proposés au patient durant la phase post-opératoire précoce.

Si la rééducation n'a pas pu être réalisée, nous espérons recueillir les raisons qui auront empêché sa concrétisation : contre-indication médicale, incompatibilité d'emploi du temps (entre les créneaux d'intervention orthophonique et les besoins du patient), refus du patient, état du patient … .

5) **Vous arrive-t-il de pratiquer des reprises alimentaires chez des patients trachéotomisés ? Si OUI, dans quelles conditions ? Si NON, pourquoi ?**

A la lumière des lectures et des observations effectuées sur mon lieu de stage, nous avons considéré la décanulation comme un des signes précurseurs de la reprise alimentaire.

Pour autant, nous avons en tête que les parcours de soin ne se déroulent pas de manière uniforme.

De ce fait, si la décanulation n'est pas une condition nécessaire à la reprise alimentaire, nous cherchons à identifier les facteurs médicaux ou autres qui vont influencer la décision de la réalimentation.

Si, les essais alimentaires sont pratiqués en présence de la canule, nous aimerions connaître les conditions dans lesquelles ceux-ci sont réalisés.

6) **Quels sont les bénéfices ou contraintes directs auxquels vous faites face lors de cette prise en charge ?**

Ce questionnement est assez large et vise la prise en charge du patient de manière globale.

Au sens de « bénéfices directs », nous entendons les apports sensitifs, fonctionnels, psychologiques, comportementaux … directement observables suite à la rééducation orthophonique précoce et qui pourraient être conséquence de cette dernière.

Au sens de « contraintes », nous entendons l'ensemble des barrières (médicale, temporelle, fonctionnelle, matérielle …) qui vont empêcher, contrarier ou encore retarder l'entreprise orthophonique.

Ces réponses me permettront de nous préparer et d'adapter mon protocole en fonction des éventuels obstacles que nous pourrions rencontrer mais aussi d'orienter plus finement mon regard vers les bienfaits que les stimulations pourraient entraîner.

7) **De quoi se constitue le matériel dont vous disposez ?**

Cette interrogation est purement d'ordre pratique.

Nous cherchons à nous constituer ainsi une panoplie d'outils, d'ustensiles spécifiques qui nous aideront à mener à bien mon protocole final.

Nous tentons de savoir si le matériel décrit dans la littérature est utilisé et/ou s'il existe d'autres « astuces », plus personnelles à chaque orthophoniste, qui pourraient participer à cette œuvre.

8) **D'autres professionnels interviennent-ils de manière précoce auprès du patient ? Si OUI, lesquels ? De quelle manière ?**

Cette question concerne le fonctionnement du service et plus exactement la composition de l'équipe pluridisciplinaire. Elle nous renseigne sur le quotidien post-opératoire du patient mais aussi sur la complémentarité des soins qui lui sont prodigués.

Les informations données pourront probablement nous orienter vers des professionnels qualifiés susceptibles de m'aider à affiner le protocole et à justifier (ou non) la réalisation de certaines stimulations.

1.4.2. Questionnaire destiné aux chirurgiens ORL (ANNEXE II)

1) **A quel(s) moment(s) l'orthophoniste de votre service intervient-elle auprès du patient opéré ?**

□ En pré-opératoire

□ En post-opératoire très précocément (J+ 1,2 …)

□ En post-opératoire plus tard (J+ 7, 10 …)

□ Autre

Cette question cherche à remplir les mêmes objectifs qu'avec les orthophonistes. Nous tentons de déterminer le début de la prise en charge et son caractère précoce s'il existe.

En le destinant aux chirurgiens, nous axons notre questionnement sur leurs demandes d'intervention et le moment de ces demandes.

Cela nous permet aussi de savoir si une orthophoniste fait nécessairement partie de l'équipe pluridisciplinaire et si les médecins sont sensibilisés à son travail et ses possibilités d'intervention précoce.

2) **A quel(s) moment(s) l'orthophoniste de votre service intervient-elle auprès du patient opéré ?**

□ En pré-opératoire

□ Avant la cicatrisation complète

□ Avant la décanulation

□ Après la cicatrisation complète

□ Après la décanulation

□ Autre

Cette question nous permet d'avoir une idée des indications et contre-indications médicales à la prise en charge orthophonique précoce. Par la même, elle nous renseigne sur les avis favorables ou non des médecins quant à la réalisation de ce type d'intervention.

3) **Etes-vous favorable à une intervention orthophonique précoce (J + 2, 3, 4 …) ? Si NON, pourquoi ?**

L'aval du chirurgien est une condition sinequanone de notre intervention. Leur désaccord constitue donc une barrière inébranlable à la rééducation. Si ce désaccord existe, il est nécessairement motivé par des arguments que nous voudrions rassembler et confronter.

4) **Quel(s) type(s) de prise en charge conseillez-vous ? Pourquoi ?**
5) **Quel(s) type(s) de prise en charge déconseillez-vous ? Pourquoi ?**

L'orthophoniste ne peut se contenter de l'accord (ou du désaccord) du médecin. Il est, selon nous, nécessaire d'obtenir plus de précisions sur ses indications (ou contre-indications).

S'il existe un intérêt à la rééducation orthophonique précoce, comment envisage-il cette dernière ? Les renseignements demandés concernent le type de prise en charge : informations, praxies, stimulations … mais aussi la manière de les pratiquer (passive, intense, répétée …).

Il sera tout aussi nécessaire de savoir ce qui est non-recommandé ou totalement prohibé en phase post-opératoire immédiate.

6) **Pensez-vous qu'une prise en charge orthophonique précoce puisse avoir un intérêt dans la réhabilitation globale de la sphère oro-faciale du patient opéré (reprise alimentaire, phonation, sensibilité, confort et bien être …) ? Si OUI le(s)quel(s) ?**

Connaître l'avis du chirurgien concernant la légitimité de la prise en charge orthophonique précoce n'est pas le seul objectif de cette question.

Elle laisse la possibilité au chirurgien de partager son expérience sur ce type de pratique et ses bienfaits.

7) **Pratiquez-vous des poses de gastrostomies précoces en pré-opératoire ? Pourquoi ?**

La pose d'une gastrostomie en pré-opératoire ne remet pas en cause l'intérêt de l'intervention orthophonique précoce.

Toutefois, elle nous pousse à envisager la rééducation autrement, non pas dans la nature des stimulations en tant que telles mais dans l'approche du patient et la présentation des objectifs de rééducation.

1.5. Analyse des réponses

1.5.1. Questionnaire destiné aux orthophonistes

19 orthophonistes ont répondu au questionnaire.

4 questionnaires ont dû être invalidés car ils ne correspondaient pas aux critères d'inclusion définis au préalable (orthophoniste en libéral).

1) A quel(s) moment(s) intervenez-vous auprès du patient opéré ?

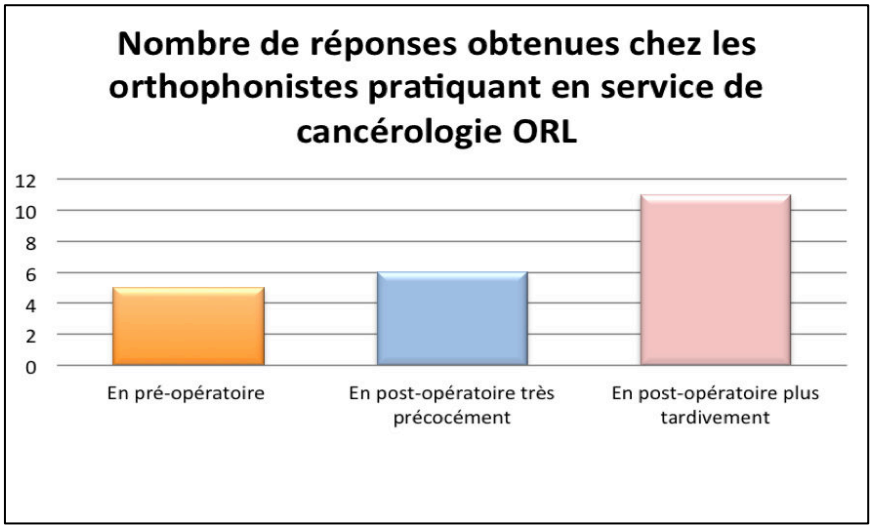


Tableau 5 - Réponses des orthophonistes pratiquant en service de cancérologie ORL (question 1)

2) A quel(s) moment(s) intervenez-vous auprès du patient opéré ?

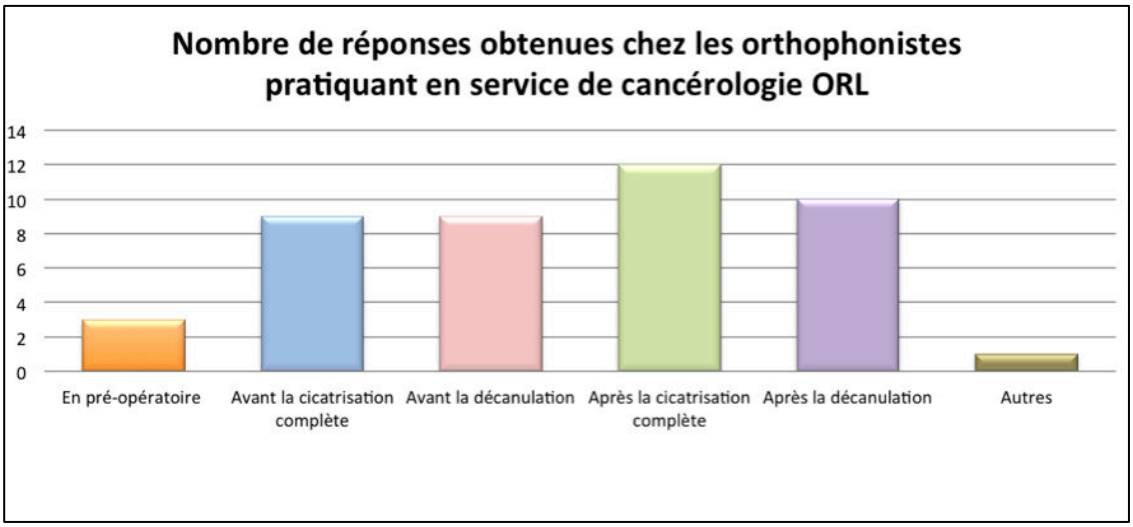


Tableau 6 - Réponses des orthophonistes pratiquant en service de cancérologie ORL (question 2)

1 réponse autre : « Après sa sortie »

3) **Quels sont les repères temporels ou indications médicales qui vous permettent d'agir/de ne pas agir précocement ?**

De nombreuses réponses (54%) ont bien sûr rappelé que l'intervention de l'orthophoniste était déterminée par le chirurgien. Aucune d'entre elles n'a évoqué une date précise ou quelconques repères temporels. Les indices mentionnés conditionnant l'action orthophonique sont inhérents au patient lui-même et à son état :

- L'état cicatriciel : 27%
- Le seuil de douleur : 27%
- La vigilance : 14%

4) **Si vous intervenez de manière précoce, en quoi consiste votre prise en charge ? Si vous ne pouvez intervenir précocement, quelles en sont les raisons ?**

La majorité des orthophonistes (85%) intervenant précocement mettent en avant l'importance de la prise de contact avec le patient et l'échange au sujet des conséquences de la chirurgie, des adaptations nécessaires à sa réhabilitation et de la prise en charge à venir. Un questionnaire évoque la mise en place d'entretien commun orthophoniste-chirurgien afin d'introduire la rééducation.

Le travail praxique (57%) ainsi que les mobilisations douces voire passives (43%) semblent constituer l'essentiel des stimulations réalisées en phase post-opératoire précoce. Les orthophonistes mettent l'accent sur « la délicatesse » dont doivent faire preuve ses stimulations et la précaution avec laquelle doit agir le thérapeute. Selon eux, la mobilisation en douceur permet au patient une réappropriation rapide de son espace buccal et favorise la cicatrisation. A ce titre, l'approche Ostéovox a été évoquée par une orthophoniste.

Les praxies contre-résistance sont prohibées. Elles impliquent un travail « en force » qui pourrait nuire à la cicatrisation (risque de rupture des sutures) : 43% des questionnaires le stipulent.

La douleur (14%) et la présence de la canule (29%) sont les seuls obstacles évoqués à la prise en charge précoce.

Une orthophoniste mentionne que l'intervention précoce n'est pas systématique dans son service, par manque de temps et d'organisation.

5) **Vous arrive-t-il de pratiquer des reprises alimentaires chez des patients trachéotomisés ? Si OUI, dans quelles conditions ? Si NON, pourquoi ?**

La totalité des orthophonistes interrogées disent pratiquer des reprises alimentaires avant la décanulation.

Même si ces réponses semblent trouver un consensus, il apparaît que les conditions de réalisation de ses essais divergent d'un service et d'une orthophoniste à l'autre.

- 7% des orthophonistes interrogées appliquent la reprise alimentaire avec canule de trachéotomie de manière systématique pour plus de sécurité.
- 53% réalisent ce type de reprise alimentaire de manière régulière.
- 33% disent accomplir la reprise alimentaire dans ces conditions de manière ponctuelle voire rare en fonction de la demande des médecins, des patients (conséquences de traitements radiothérapiques), du fonctionnement et des choix de l'équipe soignante.

Les dispositions prises avant et pendant cette reprise alimentaire demeurent identiques ou complémentaires d'une réponse à l'autre :

- La réalisation d'une évaluation phoniatrique avec essais de déglutition sous naso-fibroscopie et/ou video-radioscopie de la déglutition
- La réalisation des essais en présence d'une infirmière ou d'une aide soignante ou éventuellement en collaboration avec le kinésithérapeute (suite à un travail de kinésithérapie respiratoire)
- Le matériel d'aspiration à portée de main utilisé avant et après chaque essai
- La mise en position assise ou semi-assise du patient
- L'assurance d'un bon état pulmonaire, d'une propulsion linguale efficace, d'un état de vigilance satisfaisant, d'une gestion salivaire correcte, de capacités d'expectoration et de toux efficaces
- Le port d'une canule adaptée : à ballonnet dégonflé, sans ballonnet ou avec chemise interne fenêtrée
- La réalisation d'une posture et/ou manœuvre de sécurité
- La fermeture de l'orifice de la canule pendant la déglutition
- La coloration des aliments

13% des questionnaires mettent en évidence le caractère compliqué de cette pratique, la canule bloquant l'ascension laryngée et facilitant parfois le phénomène de fausses routes.

6) Quels sont les bénéfices ou contraintes directs auxquels vous faites face lors de cette prise en charge ?

Sur l'ensemble des questionnaires recueillis, aucune réponse à cette question n'est semblable.

En ce qui concerne les contraintes, elles concernent :

- L'organisation du service et les possibilités d'intervention du service : manque de temps, disponibilité de l'orthophoniste incompatible avec les besoins du patient, sortie précipitée du patient
- Le manque de communication entre les différents intervenants : réalisation d'essais alimentaires avant la consultation orthophonique, ablation de la sonde naso-gastrique trop rapide, difficulté à rencontrer les médecins ou infirmières du service

- L'aménagement des structures : contrainte d'espace, de mobilier non adapté…
- L'évolution de l'état général du patient : présence de la canule de trachéotomie, douleurs, gênes, état de vigilance, conséquences psychologiques, cicatrisation, pansements
- La sur-stimulation : informations trop lourdes pour le patient

6% des réponses mettent au jour la variabilité de ces contraintes en fonction du patient, de la chirurgie et des conséquences de celle-ci.

En ce qui concerne les bénéfices, on retrouve :

- La remobilisation des structures pour une meilleure déglutition oro-pharyngée lors des essais
- L'importante facilitation des suites de la prise en charge : l'intervention précoce offre des perspectives d'avenir au patient concernant la suite du travail orthophonique, la progression de la rééducation et des difficultés éventuelles auxquelles il sera confronté.

7) De quoi se constitue le matériel dont vous disposez ?

Les ustensiles évoqués par les orthophonistes sont :

- Les gants
- Le matériel d'aspiration
- Un crachoir, haricot
- Des serviettes, compresses ou mouchoirs en papier
- Un porte-coton
- Une cuillère
- Le matériel permettant l'adaptation des textures alimentaires : épaississant, eau gélifiée, eau gazeuse, sirop de menthe ou bleu de méthylène (pour colorer les liquides), bonbons, desserts, lait, crème, beurre, sauce, eau
- Un abaisse langue, guide-langues,
- Une lampe de poche, lampe frontale
- Un miroir
- Un stylo, supports papier (pour établir une liste des exercices à faire seul en entraînement)
- Un appareil vibromasseur
- Une brosse intra-buccale
- Une pince à linge
- Le matériel permettant de réaliser une vidéo-radiographie de la déglutition

8) **D'autres professionnels interviennent-ils de manière précoce auprès du patient ? Si OUI, lesquels ? De quelle manière ?**

Les différents praticiens mentionnés sont :

- Le chirurgien qui vérifie la cicatrisation
- Le médecin qui délivre les traitements
- Le médecin phoniatre
- L'infirmière chargée des soins quotidiens
- L'infirmière d'annonce qui donne, en phase pré-opératoire, les informations générales sur la chirurgie, les traitements complémentaires éventuels, les soins infirmiers à venir.
- L'aide-soignant
- Le kinésithérapeute responsable du travail de kinésithérapie respiratoire et de la remobilisation des structures touchées directement ou indirectement (zone de prélèvement de lambeau) par la chirurgie.
- La diététicienne qui renseigne le patient sur l'alimentation per os, la mise en place de la SNG ou de la gastrostomie si nécessaire.
- Le psychologue (si besoin)
- Le sophrologue (si besoin)
- L'assistante sociale (si besoin)
- La socio-esthéticienne (si besoin)

1.5.2. Questionnaire destiné aux chirurgiens ORL

7 chirurgiens ORL ont répondu au questionnaire (sur une vingtaine d'envois).

1) **A quel(s) moment(s) l'orthophoniste de votre service intervient-elle auprès du patient opéré ?**

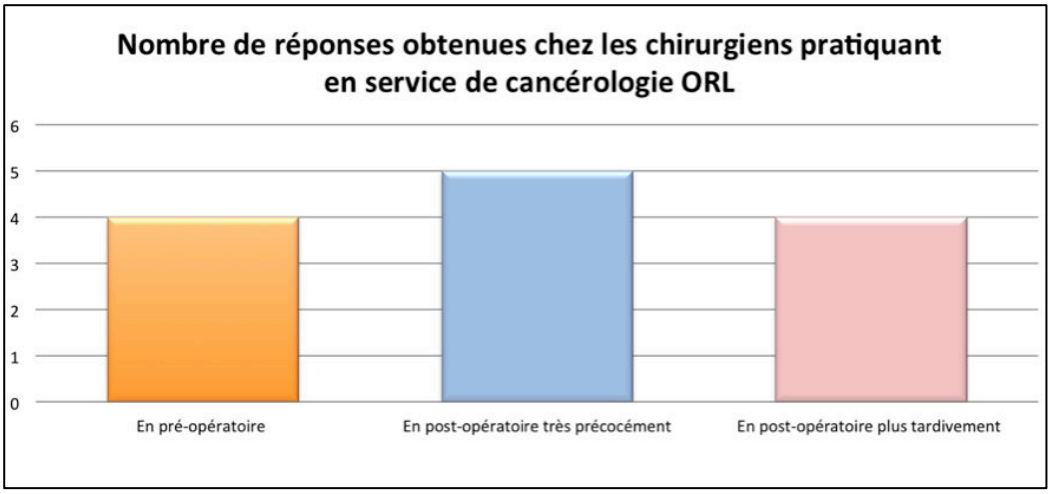


Tableau 7 - Réponses des chirurgiens pratiquant en service de cancérologie ORL (question 1)

2) A quel(s) moment(s) l'orthophoniste de votre service intervient-elle auprès du patient opéré ?

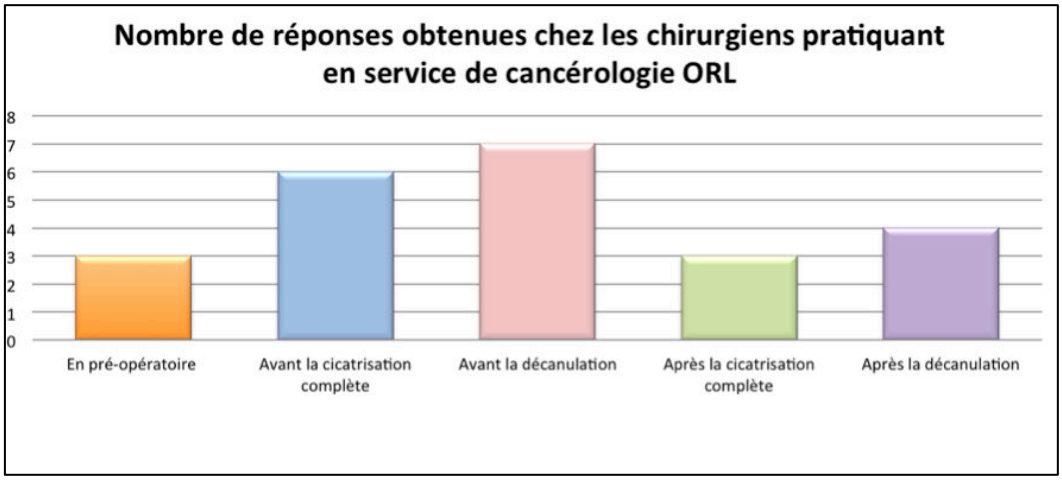


Tableau 8 - Réponses des chirurgiens pratiquant en service de cancérologie ORL (question 2)

3) Etes-vous favorable à une intervention orthophonique précoce (J+ 2, 3, 4 …) ? Si NON, pourquoi ?

86% des chirurgiens interrogés sont favorables à l'intervention orthophonique précoce.

28% d'entre eux ont précisé l'importance de la prise en charge orthophonique en pré-opératoire afin de créer un lien avec le patient et favoriser ainsi son investissement futur à la rééducation :

« Elle est indispensable de façon à préparer le patient aux exercices post-opératoires. La prise de connaissance est indispensable pour favoriser le lien avec le patient et installer avec toute l'équipe pluridisciplinaire la prise en charge post-opératoire. Aux vues de mon expérience, la vie est plus facile pour les patients ainsi. »

14% des questionnaires disent qu'il est difficile d'envisager une intervention orthophonique précoce avant l'ablation de la sonde naso-gastrique, des redons, de la canule de trachéotomie et de l'oedème post-opératoire limitant les possibilités de prise en charge.

4) Quel(s) type(s) de prise en charge conseillez-vous ? Pourquoi ?

Les réponses sont très diverses.

On retrouve :

- L'information et l'éducation précoce (majoritairement 28%)
- Le réapprentissage de la déglutition
- La lutte contre stases salivaires
- L'aide à la reprise alimentaire
- La rééducation vocale
- La rééducation linguale précoce
- La rééducation du souffle de façon à sevrer le patient de la canule de trachéotomie

28% des professionnels interrogés mettent en évidence la confiance « aveugle » qu'ils ont en l'orthophoniste qui exerce dans leur équipe. Même si cela ne nous renseigne pas directement sur le type de prise en charge conseillée, ces remarques éclairent notre réflexion sur le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire et le lien qui existe entre les différents intervenants.

5) **Quel(s) type(s) de prise en charge déconseillez-vous ? Pourquoi ?**

Seulement 28% des médecins ont répondu à cette question. Ils déconseillent une prise en charge tardive à distance de la séquence thérapeutique chirurgicale et/ou radiothérapique ainsi que la réalisation de stimulations nécessitant effort et contractions rapides importantes pouvant nuire à la cicatrisation.

6) **Pensez-vous qu'une prise en charge orthophonique précoce puisse avoir un intérêt dans la réhabilitation globale de la sphère oro-faciale du patient opéré (reprise alimentaire, phonation, sensibilité, confort et bien être …) ? Si OUI le(s)quel(s)** ?

86% des réponses affirment que la prise en charge orthophonique précoce à un intérêt dans le processus de réhabilitation du patient.

La rééducation en phase post-opératoire agit de manière bénéfique au niveau :

- De la reprise alimentaire précoce
- De la lutte contre la stase salivaire
- De la prise de contact avec le patient
- Du soutien psychologique
- Du bien-être du patient

7) **Pratiquez-vous des poses de gastrostomies précoces en pré-opératoire ? Pourquoi ?**

28% des praticiens ayant répondu au questionnaire ne pratiquent pas de gastrostomie en pré-opératoire. Selon eux, la sonde naso-gastrique en post-opératoire suffit à combler les apports nutritionnels de ce type de patient. Elle est préférable dans un premier temps.

En cas d'échec de la réalimentation, la gastrostomie est alors envisagée. Ce protocole est plus facilement accepté par les patients. Il laisse également la possibilité de s'en passer pour de nombreux cas. Les chirurgiens mettent en évidence le caractère non anodin de ce type de pratique, les risques de morbidités (péritonite) et de mortalité n'étant pas nuls.

72% affirment la pratiquer :

- dans le cas où la reprise alimentaire sera longue (chirurgie de rattrapage notamment) afin de permettre une sortie plus rapide au patient
- dans le cas où la séquence radiothérapique prévue est longue avec perte de poids importante et que la rééducation orthophonique ne pourra être débutée efficacement précocement
- dans le cas d'une dénutrition importante en pré-thérapeutique

1.6. Conclusions

Le nombre de questionnaires diffusés ne nous permet pas d'avoir une vision exhaustive des aspects traités. Cette étude descriptive ne met en lumière que le point de vue des personnes interrogées. Ainsi, nous ne pouvons en tirer des généralités mais plutôt en extraire une tendance.

En effet, cette enquête a fait émerger certains aspects de la prise en charge orthophonique précoce des patients ayant bénéficié d'une chirurgie bucco/oro-pharyngée et nous a permis d'élaborer un protocole plus complet et précis.

2. Théorie et pratique : confrontation

2.1. Mise en évidence des divergences et concordances

Les réponses aux questionnaires sont des informations précieuses quant à l'élaboration du protocole précoce de soins. Elles sont complémentaires des données recueillies dans la littérature.

Pour autant, leur analyse fait apparaître des divergences. Nous avons pensé qu'il serait intéressant de les mettre en évidence et de les étudier. Celles-ci nous aiguilleront dans notre pratique, nous aideront à orienter plus finement notre regard lors de l'observations et nous permettront de nous questionner davantage sur les possibilités et les conditions de l'intervention orthophonique précoce en phase post-opératoire immédiate.

La construction du protocole nous impose de collecter un maximum d'informations sur le sujet ainsi que sur la pratique orthophonique en général. Pour autant, dans cette mise en perspective théorie/pratique, nous n'évoquerons que la littérature spécifique à la rééducation orthophonique des patients ayant subi une chirurgie carcinologique de la sphère ORL. Cela nous paraît ici plus pertinent et révèlera de manière plus fine les différences qu'il peut exister entre ces deux instances.

Toutefois, il nous a été difficile de trouver des informations précises quant au type de patients à qui le protocole est destiné (ayant subi une chirurgie de la cavité buccale et/ou de l'oropharynx).

La littérature n'est pas abondante suàr la prise en charge orthophonique dans le domaine de la cancérologie ORL. Les ouvrages traitent le plus souvent : de la déglutition et de la dysphagie de manière générale, des troubles de la déglutition consécutifs à d'autres étiologies (neurologique par exemple), d'un type de chirurgie en particulier (le plus souvent les chirurgies laryngées).

Les recherches et le recueil d'informations s'étendent donc à la chirurgie des voies aériennes supérieures de manière globale (incluant donc les chirurgies pharyngées et laryngées partielles). Dans le but d'élaborer un protocole de soins standard adaptable, il nous a semblé juste de les intégrer.

L'intervention orthophonique précoce : appellation

Le terme de « prise en charge précoce » est très rarement employé. On parle le plus souvent de :

- « *travail de préparation à la reprise de déglutition* »,[22] [23]
- « *la période post-opératoire immédiate* », [24]
- « *le premier stade de la rééducation* »,[25]
- « *une première étape (phase aigue) réalisée au décours de l'atteinte* »,[26]

La précocité en tant que telle n'est pas mise en évidence.

Michel Puech, dans un article dédié aux troubles de la propulsion oro-pharyngée suite à une chirurgie carcinologique ORL [27] évoque l'idée de cette précocité : « *La prise en charge fonctionnelle est indiquée précocement et doit s'envisager sur le long terme.* »

L'intervention orthophonique précoce : calendrier

Lorsqu'elle est évoquée, cette rééducation n'est pas toujours délimitée dans le temps. Très peu d'indications en terme de date ne sont précisées que ce soit pour le commencement de la prise en charge ou la fin de celle-ci. Lorsqu'elles le sont, elles ne concordent pas toujours.

Exemples :

- **Les fonctions de la face, évaluation et rééducation** [28]

Habituellement, on propose le calendrier suivant :

J1 à J7
travail des praxies bucco-linguo-faciales
travail du souffle et de l'expectoration, en accord avec les kinésithérapeutes(clapping)

J7 à J12
début du travail de voix et de déglutition

J12 à J21
détermination du J.R.A. (Jour de la Reprise Alimentaire)

---

[22] **[4]** CREVIER-BUCHMAN L. et BRIHAYE S. et TESSIER C., 1998
[23] **[6]** FARENC J-C, 2011
[24] Op. cit.
[25] **[9]** WOISARD V. et PUECH M., 2011
[26] **[2]** BLEECKX D., 2010
[27] Op. cit.
[28] **[5]** EYOUM I. et COUTURE G. et MARTIN F., 1997

- **La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte**[29]

« *Le programme thérapeutique fonctionnel proprement dit commencera au temps-opératoire (dès J5-J7, puis se poursuivra pendant le traitement radiothérapique (un mois et demi ou deux mois) et se prolongera par une prise en charge à plus ou moins long terme, en fonction du degré de gravité des troubles et des possibilités de récupération du patient à l'issue des traitements (en cabinet libéral ou en centre de rééducation). Les premiers essais alimentaires dans le meilleur des cas, auront lieu à partir de J10-J12 selon les types d'intervention.* » présente Michel Puèch

- **Déglutition et cancer, Rééducation orthophonique n°245**[30]

« *Sauf pour les réalimentations demandées immédiatement en post-opératoire, un travail préopératoire est nécessaire avant les premiers essais de déglutition.* » précisent C.Tessier et ses collaborateurs.

Le respect d'un calendrier est le plus souvent évoqué lorsqu'il s'agit de contre-indiquer, d'interdire une pratique :

- « *attendre un minimum de 3 semaines après l'intervention»*[31] selon Isabelle Eyoum
- « *ne s'envisagera qu'à partir du 10ème, 15ème jour post-opératoire* »[32] selon L. Crevier-Buchan

Cela concerne des stimulations (massages), des exercices spécifiques (praxies linguales) et non la prise en charge dans son entier. Les indices donnés sont le plus souvent médicaux à savoir « *après décanulation* », « *après cicatrisation* »… .

Pour autant, là aussi, les dissensions sont nombreuses. Il est difficile de savoir où en est réellement le patient de son état (cicatrisation) et des aménagements dont il dispose (sonde gastrique, canule de trachéotomie) à l'instant T du commencement de la rééducation.

Nous avons à l'esprit que ce genre d'information est difficile à donner car difficile à évaluer du fait de sa grande variabilité (en fonction du patient, de ses possibilités, de son évolution, du choix et des indications du médecin …). Le questionnaire avait donc pour intérêt de combler ce manque d'informations.

Les histogrammes présentés précédemment sont, à ce titre, assez parlants. On remarque que la prise en charge précoce n'est pas pratiquée couramment. L'intervention orthophonique semble de manière générale plus tardive quelles qu'en soient les raisons (question 1° du questionnaire destiné aux orthophonistes et aux chirurgiens).

---

[29] **[9]** WOISARD V. et PUECH M., 2011
[30] **[6]** FARENC J-C, 2011
[31] **[5]** EYOUM I. et COUTURE G. et MARTIN F., 1997
[32] **[4]** CREVIER-BUCHMAN L. et BRIHAYE S. et TESSIER C., 1998

De même, en ce qui concerne les indications médicales (décanulation, cicatrisation), aucune pratique semble ne se démarquer nettement (question 2° du questionnaire destinée aux orthophonistes).

On ne peut parler de réelles divergences ici entre théorie et pratique. Au contraire, dans l'un comme dans l'autre, aucune ligne de conduite unique ne prédomine.

On remarque que la réalisation de ce type de prise en charge n'est pas suffisamment éclairée par la littérature et qu'elle n'est pas pratiquée de manière systématique et semblable dans les services concernés.

L'intervention précoce : les conditions d'intervention

D'un support à l'autre, les informations concernant les conditions d'intervention demeurent relativement les mêmes. L'accord du chirurgien reste avant tout la condition première et indispensable. Les orthophonistes interrogées l'ont plusieurs fois mis en évidence : « *repères de la cicatrisation donnés par le chirurgien ... prescription médicale impérative ... le chirurgien est en mesure de donner un délai pour commencer le travail orthophonique* ».

L'état du patient, la douleur, la gêne sont également les facteurs principaux qui vont influencer et orienter notre rééducation dans les premiers temps : « *en considérant la douleur comme la limite extrême des exercices*. »,[33]

L'existence d'une équipe pluridisciplinaire et son importance dans le processus de réhabilitation du patient font consensus :

- « *La prise en charge thérapeutique des troubles de la déglutition après chirurgie des cancers des VADS implique une bonne coordination entre chirurgiens, phoniatre, orthophoniste et kinésithérapeute afin de pouvoir donner le plus rapidement possible son autonomie et lui permettre de sortir du milieu hospitalier dans les délais les plus courts.* », [34]
- « *La complexité des mécanismes mis en œuvre au cours de l'alimentation impose une approche pluridisciplinaire*. »,[35]
- « *L'équipe au complet intervient auprès du patient ... Chaque professionnel intervient le plus précocement possible auprès du patient et des échanges entre l'équipe permettent d'intervenir au mieux».* (réponse au questionnaire)

Toutefois, les témoignages des orthophonistes interrogées mettent en évidence des différences au niveau de l'organisation des services concernés. Chaque équipe n'est pas constituée du même personnel et exerce à sa manière.

---

[33] **[4]** CREVIER-BUCHMAN L. et BRIHAYE S. et TESSIER C., 1998
[34] GUERRIER.B
[35] **[2]** BLEECKX D., 2010

Michel Puech relève ces mêmes divergences[36]« *l'organisation de la prise en charge soulève des problèmes différents selon la structure qui reçoit les patients* ».

L'intervention précoce : bénéfices et contraintes

Dans la littérature, l'intérêt d'une intervention orthophonique précoce dans sa globalité n'est pas mise en avant. On suppose, comme le veut son appellation qu'elle « prépare », conditionne le patient à sa réalimentation.

Les différents types de stimulations proposées poursuivent évidemment tous un but précis et concret auprès du patient opéré :

- L'information : « *Ce temps de préparation psychologique du patient affirme le caractère objectif et honnête de la réhabilitation et contribue à créer entre le patient et le thérapeute un climat de confiance favorisant*.»[37]
- Les praxies : « *Ces exercices ont un double intérêt : détendre la zone qui a été mutilée et fragilisée, et préparer aux futurs exercices de déglutition* »[38]
- Les stimulations sensorielles et sensitives : « *Ces manœuvres préparent efficacement la déglutition en stimulant la sensibilité thermique de la cavité buccale, mise au repos lors du « sevrage buccal » post-opératoire*.»[39]

Pour autant, il est difficile de se faire une idée de la faisabilité et l'efficacité des protocoles sur la qualité de la déglutition à venir ou sur l'appréhension de la rééducation par le patient.

Les praticiens interrogés sont plus prolixes à ce sujet car peut-être plus à même de faire part de leur expérience et du recul dont ils bénéficient sur leur pratique. Ils mettent l'accent sur la facilitation de la prise en charge et la mise en condition des structures anatomiques impliquées dans le mécanisme de déglutition.

Exemples : (réponses aux questionnaires)

- « *Facilitation très importante des suites de la prise en charge. Le patient a déjà des perspectives sur le travail qu'il va faire, la progression et les difficultés éventuelles.* »
- « *Remobilisation des structures hors fonction de déglutition pour une meilleure déglutition oro-pharyngée lors des essais.* »
- « *L'intervention orthophonique précoce est indispensable de façon à préparer le patient aux exercices post-opératoires. La prise de connaissance est indispensable pour favoriser le lien avec le patient et installer, avec toute l'équipe, la prise en charge post-opératoire.* »

---

[36] **[9]** WOISARD V. et PUECH M., 2011
[37] **[9]** Ibid.
[38] **[4]** CREVIER-BUCHMAN L. et BRIHAYE S. et TESSIER C., 1998
[39] Ibid.

Les contraintes ne sont que très peu évoquées dans la littérature. Il serait, nous supposons, difficile de les répertorier du fait de leur grande variabilité. En effet, celles-ci sont dépendantes de multiples facteurs inhérents au patient, à l'orthophoniste, au fonctionnement du service, aux moyens mis à disposition … .

Les réponses aux questionnaires abondent dans ce sens : il y a autant de réponses que de contraintes évoquées.

L'intervention précoce : contenu

En ce qui concerne les stimulations en tant que telles, les données de la littérature se rejoignent (à quelques exceptions près):

- ➔ Information
- ➔ Travail de la respiration, de l'expectoration, de la toux
- ➔ Praxies
- ➔ Détente cervico-scapulaire
- ➔ Stimulations sensorielles et sensitives

Ces stimulations sont décrites plus ou moins précisément selon les ouvrages.

De manière générale, l'accent est principalement porté sur l'information et l'éducation thérapeutique au patient et à son entourage : « *Ce temps de préparation psychologique du patient affirme le caractère objectif et honnête de la réhabilitation et contribue à créer entre le patient et le thérapeute un climat de confiance favorisant.* »[40]

Les orthophonistes interrogées mettent, elles, essentiellement en évidence le caractère indispensable de l'information et des mobilisations à caractère doux et passif.

Les chirurgiens, quant à eux, demeurent très évasifs, mais insistent, à leur tour, sur l'importance du travail d'information, d'éducation précoce et de réassurance.

3. Conclusions

Michel Puech[41] illustre parfaitement toute la complexité de l'intervention orthophonique en ce qui concerne la déglutition :

« *La difficulté de la prise en charge des troubles de la déglutition est l'absence de conduite à tenir unique. Pour chaque patient, on doit prendre en compte sa physiologie, son histoire médicale, le pronostic ainsi que le profil psychologique.* »

[40] **[9]** WOISARD V. et PUECH M., 2011
[41] Ibid.

En service de cancérologie ORL, la problématique demeure la même. S'ajoute à la liste de Michel Puech l'ensemble des facteurs associés à la logistique d'un service : son organisation, les moyens mis à la disposition de l'orthophoniste ainsi que ses possibilités d'intervention auprès du patient.

Même si une trame, un fil conducteur anime ces données qu'elles soient pratiques ou théoriques, on a le sentiment qu'il est difficile de trouver une conciliation parfaite entre celles-ci.

En empruntant à chacune de ces sources, les informations qui nous paraîtront les plus pertinentes et adaptées à notre démarche, nous tenterons d'élaborer un protocole de soins standard. Sa passation et les observations qui en découleront nous permettront de savoir si, à notre échelle, « une conduite à tenir unique » peut être mise en place efficacement.

III. Elaboration et passation du protocole [1] [3] [4] [5] [9] [10] [40]

1. Elaboration

Ce protocole est le fruit d'une confrontation entre des différentes données recueillies dans la littérature, sur le terrain (via les questionnaires) et lors de stages pratiques.

Sa passation et la restitution des résultats reposent avant tout sur une démarche d'observation, de description et de discussion des éléments collectés lors des différentes interventions. Cette approche se veut, ainsi, essentiellement empirique.

2. Population

2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

2.1.1. Critères d'inclusion

a. La population

Le choix de la population et de la chirurgie a été effectué selon différents facteurs.

Les laryngectomisés ont d'emblée été écartés. La prise en charge de ce type de patient relève d'une démarche spécifique et adaptée qui s'éloigne quelque peu de nos intérêts.

Nous avons ensuite hésité entre deux types de chirurgies : les laryngectomies partielles et les chirurgies de la cavité buccale et/ou de l'oropharynx. Le choix s'est fait en fonction de la patientèle la plus fréquemment reçue dans l'unité de soins continus du CAL (Centre Antoine Lacassagne) où ont été effectués les stages et les passations du protocole.

Il s'est donc porté sur les chirurgies de la cavité buccale et/ou de l'oropharynx.

Les manuels d'anatomie et les cours traitant de la topologie des cancers épidermoïdes des voies aéro-digestives supérieures distinguent les deux régions : la cavité buccale et l'oropharynx.

C'est pourquoi nous les différencions également même si elles englobent des régions anatomiques communes.

Sont inclues toutes chirurgies qu'elles traitent de tumeurs primitives ou de récidives. Les traitements antérieurs ou consécutifs ne sont pas pris en compte.

Nous n'avons pas déterminé de limite d'âge mais nous nous sommes adaptés aux conditions déjà imposées par le service qui m'accueille (il reçoit les patients adultes de plus de 15 ans).

b. Le calendrier

Le plus difficile a été de déterminer les limites temporelles de l'intervention, limites qui justifieraient la « précocité » de notre action auprès du patient.

Nous avons décidé de débuter chaque protocole en phase post-opératoire immédiate, à savoir dès J+1. Ce choix du calendrier, nous laisse le temps de mettre en place le protocole dans sa globalité mais aussi d'observer l'évolution du patient lors de cette période « précoce » et d'évaluer ainsi nos possibilités d'intervention à chaque stade.

Les limites de l'inclusion ont dans un premier temps été déterminées en terme de jours : J+7, J+10 … . Toutefois au décours du stage, et à la lueur des informations recueillies dans les questionnaires, il apparaît que cette formulation n'est pas adaptée au contexte de la chirurgie et des suites opératoires. Comme nous l'avons déjà exprimé, l'évolution de chaque patient est différente et ne peut réellement être prédite.

Nous avons donc choisi d'utiliser deux repères médicaux : la décanulation et la reprise alimentaire.

Toutefois, la décanulation ne peut pas être envisagée constamment comme référence. Certains patients bénéficient d'une reprise alimentaire en présence de la canule de trachéotomie, d'autres sont décanulés mais ne seront réalimentés per os que lorsque la cicatrisation sera satisfaisante, d'autres encore ne seront pas décanulés, par précaution, avant un week-end.

L'ablation de la canule doit nous apparaître alors comme un indice de l'amélioration de l'état du patient et de l'imminence de la reprise alimentaire, non comme un repère systématique de la ré-alimentation orale.

Nous avons estimé que la reprise alimentaire marquait la fin de la prise en charge dite précoce. Elle coïncide logiquement avec l'évolution favorable de l'état du patient, de la cicatrisation et le commencement d'une rééducation orthophonique spécifique ciblée et adaptée aux déficits.

Les patients ont donc été inclus dans le protocole de J+1 jusqu'à la reprise alimentaire.

2.1.2. Critères d'exclusion

a. La population

Nous n'avons pas retenu dans cette étude les patients ayant bénéficié :

- D'une chirurgie pharyngo-laryngée
- D'une chirurgie laryngée partielle
- D'une chirurgie laryngée totale

Les patients âgés de moins de 15 ans sont également exclus, le service accueillant uniquement des adultes.

3. Patients

Patient	Intervention	Reconstruction	Date de l'intervention	Date de la décanulation	Date de la reprise alimentaire
Mme F.	Bucco-pharyngectomie gauche sans mandibulotomie avec curage ganglionnaire cervical bilatéral	Lambeau chinois prélevé à droite pour reconstruction de la zone de jonction linguale	29/10/13	19/11/13	26/11/13
M.N	Pelvi-glossectomie antero-laterale droite par voie endo-buccale	Pas de reconstruction. Fermeture par sutures directesT1 N0	13/11/13	Pas de trachéotomie	17/11/13
M.C	Pelvi-glossectomie droite par double voie endorale et cervicale avec évidement cervical fonctionnel bilatéral	Lambeau fascio-cutané libre ante-brachial	13/11/13	27/11/13	- Pas d'alimentation par voie orale à sa sortie - Gastrostomie
M.S.	Reconstruction vélo-pharyngée par lambeau libre ante-brachial gauche après chirurgie de cancer et en terrain irradié		05/11/13 - Complications et reprise chirurgicale	03/12/13	06/12/13
Mme.V	- Bucco-pharyngectomie droite par voie combinee pour tumeur de la zone de jonction linguale droite T4 avec évidement cervical fonctionnel modifié bilatéral	Réparation par un lambeau micro anostomosé fascio-cutané ante-brachial droit	27/11/13	04/12/13	10/12/13

	- Lobectomie thyroidienne gauche				
M.L	- Pelvi-mandibulectomie interruptrice antérieure étendue aux téguments mentonniers avec curage ganglionnaire bilatéral - Reprise : couverture osseuse, désépaississement et greffe cutanée	TOVL de péroné ostéo-myocutané droit	26/11/13 10/12/2013	18/12/13	24/12/13
M.P.	- Oropharyngectomie droite par voie naturelle - Reprise : mise en place d'un lambeau musculo-cutané de grand pectoral droit par voie combinée endorale et cervicale en réparation pharyngée postérieure droite	- Lambeau de fascia temporalis droit - Lambeau musculo-cutané du grand pectoral	10/12/2013 30/12/2013	- Pas de canule (première intervention) - Décanulé (canulé lors de la seconde intervention) le 14/01/2014	20/12/2013 17/01/2014
M.D	Pelvi-glosso-mandibulectomie non interruptrice antérieure avec glossectomie transversale mobile totale et évidement cervical fonctionnel bilatéral	Lambeau libre micro-anomostosé fascio-cutané ante-brachial gauche	06/01/14	13/01/14	16/01/14
M.D.	Bucco-pharyngectomie interruptrice postéro-latérale droite	Lambeau musculo-cutané de grand pectoral droit pour rattrapage post-radio-chirurgical d'une tumeur oropharyngée antérieurement traitée	03/12/13	16/12/14	19/12/13
M.C.	- Bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire gauche avec évidement cervical	- Lambeau libre fascio-cutané ante-brachial droit	15/01/2014 17/01/2014	- Complications: arrêt cardiaque dans la nuit du 28/01/2014	

	- Reprise : ablation du lambeau fascio-cutané ante-brachial nécrosé, mise en place de lambeau grand dorsal gauche	- Lambeau grand dorsal gauche		- Pas de décanulation - Changement de service	
M.L	BPTM droite avec curage ganglionnaire droit	Lambeau chinois gauche	21/01/14	28/01/14	02/02/14
M.C	- Bucco-pharyngectomie postero-latérale avec évidement cervical fonctionnel gauche complet et médian sélectif avec curage fonctionnel droit - Reprise : thrombose aiguë du lambeau ante-brachial avec réfection des anastomoses	Lambeau ante-brachial libre micro-anastomosé droit pour carcinome épidermoïde T2-T3 N2a	22/01/2014 24/01/2014	04/02/14	10/02/14
M.L	Reconstruction bucco-pharyngée et revascularisation micro-chirurgicale vasculaire gauche	Lambeau ante-brachial gauche	29/01/14	06/02/14	11/02/14
M.P	Pelvi-mandibulectomie interruptrice gauche et non interruptrice symphysaire	Transplant de péroné droit avec palette cutanée	18/02/14	Non connue	04/03/14
M.G	Oro-pharyngectomie gauche avec évidement cervical bilatéral	Lambeau fascio-cutané ante-brachial gauche	05/03/14	11/03/14	14/03/14

Tableau 9 - Patients ayant bénéficiés du protocole

4. Terrain de stage

La passation du protocole a été assurée dans l'unité de surveillance continue au sein du CAL.

Le Centre Antoine Lacassagne est un centre de lutte contre le cancer. Il fait partie des 20 centres de lutte contre le Cancer regroupés au sein de la Fédération Nationale de Lutte Contre Le Cancer, UNICANCER.

Avec le CHU de Nice, il forme l'IUFC (Institut Universitaire de la Face et du Cou), groupement qui constitue un pôle de référence hospitalo-universitaire en matière de Soins, Enseignement, Recherche et Santé Publique.

La prise en charge globale du patient atteint d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures est organisée par une équipe médicale et paramédicale.

Durant la période post-opératoire immédiate, le patient séjourne au sein de l'USC, unité fermée de soins continus.

L'activité du service est assurée 24h/24h tous les jours de l'année. Il accueille des patients adultes (plus de 15 ans) garantissant la surveillance et les soins.

Il reçoit :

- ➔ Les patients bénéficiant d'une chirurgie ORL
- ➔ Les patients bénéficiant d'une chirurgie génital, gynécologique
- ➔ Les patients bénéficiant d'une chirurgie du sein
- ➔ Les urgences médicales de cancérologie
- ➔ Les patients hospitalisés pour réaliser des examens radiologiques ou endoscopiques.

L'équipe médicale permanente est constituée de chirurgiens (ORL, viscéral, sénologue), d'anesthésistes et d'internes. L'équipe soignat est, elle, composée d'infirmièrs et d'aide-soignants qui se relaient jour et nuit autour des patients.

En accord avec les médecins, l'anesthésiste responsable de l'unité, décide ensuite du transfert du patient dans le service de chirurgie conventionnelle (A4) dans lequel est assuré la continuité des soins et du suivi médical jusqu'à sa sortie.

Le Département Interdisciplinaire de Soins de Support aux Patients en Onco-hématologie (DISSPO) organise et coordonne en interdisciplinaire les soins complémentaires au traitement de la maladie : lutte contre la douleur, soins palliatifs, dispositif d'annonce, prise en charge psychologique, accompagnement social, suivi diététique et nutritionnel, masso-kinésithérapie, sophrologie, orthophonie, travail sur l'image corporelle et soins esthétiques, aide au sevrage alcoolique et/ou tabagique ...

Les soins de support ont pour objectif d'améliorer la qualité de vie en tenant compte de l'ensemble des besoins du malade sur un plan physique, psychologique, social et familial.

5. Conditions de passation

Le protocole a été élaboré sous la bienveillance et les conseils de la directrice du mémoire Marilou SERRIS, orthophoniste au CAL et du co-directeur Alexandre BOZEC, chirurgien ORL au CAL.

Il a été présenté aux différents chirurgiens du service, au chef de service, aux anesthésistes ainsi qu'à l'infirmière générale de l'USC.

La passation du protocole a été effectuée pendant et après le stage dans le service de soins continus du CAL d'octobre 2013 à mars 2014.

A raison d'une à deux fois par semaine nous nous sommes entretenus avec chaque patient présentant les critères d'inclusion définis par mon protocole.

Avant chaque intervention dans le service, nous avons consulté les dossiers médicaux, afin de nous assurer des critères d'inclusion, nous informer des cas, de leur histoire, de leur pathologie, du traitement chirurgical envisagé (via le compte rendu opératoire) et de leur état présent (via la chronologie).

Chacune des interventions était précédée d'un entretien rapide avec le médecin, ou l'infirmière cadre afin de les informer de ma présence dans le service et valident mes possibilités d'intervention auprès de chaque patient.

Chaque séance durait entre 20 et 30 minutes variant en fonction de l'état du patient, de sa fatigabilité mais également en fonction des soins et des autres rééducations prévues et assurées pour chacun.

Après l'intervention, nous avons dû, après entente avec l'équipe soignante, consigner succinctement le contenu de ma séance et mes observations dans le dossier infirmier électronique de chaque patient.

Selon les cas, leur évolution et mes disponibilités dans le service, le protocole n'a pas été réalisé de la même manière auprès de chacun des patients.

Les conditions de passation ont varié:

- *La date de commencement des séances:* les facteurs évoqués ci-dessus ne nous ont pas permis d'intervenir systématiquement à J1 de l'opération. Tous ont cependant débuté avant les premiers essais alimentaires.
- *Le nombre de séances :* la passation du protocole ne s'est pas étalé sur le même nombre de séances d'un patient à l'autre. Elle a été réalisée tantôt en une fois, tantôt en plusieurs fois.
- *Le contenu des séances :* malgré notre volonté de tester une démarche unique et standard, nous n'avons pu intervenir de manière uniforme d'un patient à l'autre. Les stimulations ont été adaptées au patient, à son état et aux modifications anatomo-fonctionnelles entraînées par la chirurgie. ll est arrivé de re-proposer plusieurs fois le même type de séance au patient afin de l'accompagner jusqu'à la date de sa reprise alimentaire. Dans les cas de reprises chirurgicales (nécrose de lambeau, lâchage de sutures ...), nous avons également réalisé plusieurs fois les stimulations auprès du même patient.
- *La date de fin des séances :* de manière générale le protocole a pris fin une fois l'ensemble des stimulations prévues présenté au patient.

Cependant, pour des raisons diverses, le protocole n'a pas pu être abouti :

- ➔ Le patient ayant bénéficié d'une sortie anticipée
- ➔ La reprise alimentaire ayant été décidée par le médecin
- ➔ Le patient ayant changé de service (A4)
- ➔ L'état du patient s'étant aggravé
- ➔ Nos disponibilités étant incompatibles avec l'évolution rapide du patient

6. Programme de stimulations

6.1. Les préalables

Chacune des interventions a été soigneusement préparée. La mise en place d'un certain nombre de préalables à la passation du protocole a été nécessaire :

La connaissance des chirurgies et de leurs conséquences

La prise en charge du patient opéré implique une certaine connaissance de l'anatomie, des différentes chirurgies et de leurs conséquences. Les connaissances acquises lors de la formation orthophonique initiale, de diverses lectures, et des observations réalisées de stage nous ont permis de nous préparer à chaque intervention mais aussi d'anticiper les interrogations des patients afin d'y répondre au mieux.

Nous avons remarqué qu'il était difficile de se faire une idée de chaque cas même en connaissance de l'intitulé de la chirurgie. La localisation de la tumeur, sa taille, les moyens de reconstruction, le patient, son état sont autant de facteurs qui vont rendre chaque cas différent et unique. Il est donc indispensable de récolter toutes les informations susceptibles de faciliter notre intervention et notre adaptation rapide au patient.

La consultation du dossier médical

Le dossier médical du patient est, en effet, une véritable référence dès lors qu'il s'agit de recueillir un maximum d'informations à son sujet. La démarche de sa consultation est absolument nécessaire avant toute intervention. Il nous renseigne sur :

- L'intervention, sa date, ses conditions de réalisation (compte rendu opératoire)
- Les antécédents et les facteurs de risque
- Les différents médecins intervenus
- La reconstruction et ses moyens
- Les aménagements mis en place (trachéotomie, sonde naso-gastrique)
- L'état du patient au quotidien (chronologie), son évolution, sa cicatrisation, ses soins

et nous permet d'appréhender au mieux les différents cas et leur complexité éventuelle.

L'entretien avec le médecin et/ou l'infirmière référente

Les données numériques ou écrites sont indispensables.

Toutefois, il est nécessaire de s'entretenir directement avec l'équipe soignante de l'USC, source non négligeable d'informations au sujet du patient. Elle est directement au fait des évolutions, favorables ou non, de son état au quotidien.

Les responsables du service sont les personnes les plus à même de me donner leur accord pour intervenir. Leur consultation a été systématique avant chaque séance.

Les observations et le bilan

La réalisation d'un bilan en bonne et due forme n'est pas envisageable à ce stade de la prise en charge. Sa passation serait trop longue et trop lourde pour un patient extrêmement fatigable au sortir de l'opération. Pour autant, il est nécessaire de relever brièvement et efficacement les éléments caractéristiques du patient afin d'envisager au mieux les suites de la prise en charge.

Nous avons donc tenté d'adapter les grandes lignes du bilan aux circonstances.

Par l'observation et le questionnement du patient, nous avons tâché de recueillir des informations au sujet :

- Du comportement du patient : état de fatigue, état de vigilance (éveil ou somnolence), état cognitif (confus ou pas), l'attention (focalisée, labile, dispersée), l'anxiété éventuelle … .
- De l'état général du patient : douleur, gêne, oedème, pansements (compressif, massif), sutures (localisation, état).
- De la posture du patient : en décubitus, en position assise, mobilisation possible ou pas.
- Des possibilités de communication du patient : volonté de communiquer (questions, chuchotement, mimiques), usage de moyens palliatifs de communication (papier/crayon ou ardoise), regard … .
- De la situation d'alimentation du patient : nutrition per os, nutrition entérale, nutrition parentérale, capacité à avaler sa salive, nausées, régurgitations, complications éventuelles ...
- De la situation respiratoire du patient: canule de trachéotomie, aide respiratoire nécessaire, séance de kinésithérapie, possibilité d'obturation de l'orifice de trachéotomie (si décanulation), encombrement bronchique, essoufflement, toux, possibilités d'expectorer et cracher ...
- De l'aspect morphologique, sensitif et fonctionnel des structures anatomiques lésées :
-

	MORPHOLOGIE	FONCTION
Mandibule (maxillaires)	- Sutures - Prognathisme, rétrognacisme, micrognacisme,décalage latéral	- Ouverture buccale possible, limitée, impossible
Lèvres	- Sutures - Symétrie - Occlusion/Béance (bavage) - Résection - Béance	- Mobilisation possible, limitée, impossible - Hypotonie
Langue	- Sutures - Forme et longueur : normale, réséquée - Taille : microglossie, macroglossie (oedème) - Axe : symétrique, asymétrique - Position : étalée, en protrusion, rétractée, dévié - Frein : normal, court - Langue fixée - Aspect : oedémaciée, mycose - Néo-langue (langue reconstruite) : aspect général	- Mobilisation possible, limitée, impossible
Joues	- Sutures - Lambeau (forme, place, aspect)	- Souplesse
Dents (et gencives)	- Etat : complète, incomplète, édentation - Sutures - Caries, hygiène buccale - Décalage	
Palais et voile	- Sutures - Forme - Lambeau (forme, place) - Prothèse palatine	- Etanchéité (voile contractile)

Tableau 10 - Bilan: observations des l'aspect morphologique, sensitif et fonctionnel des structures anatomiques bucco-faciales

Il est encore une fois important de rappeler que ces informations sont le fruit d'observations. Nous n'avons pas réalisé de véritable interrogatoire ni testé les facultés du patient par le biais d'épreuves (praxies). Nous nous sommes contentés dans un premier temps d'observer finement le patient en situation de repos puis en situation de communication. Nous avons ensuite effectué un examen plus approfondi des structures endo-buccales à l'aide d'abaisse-langues et d'une lampe frontale.

Malgré les contraintes rencontrées (fatigue du patient, ouverture buccale limitée ou impossible, douleur à la mobilisation), nous avons estimé que cet examen suffisait à notre démarche : il permettait de recueillir les informations nécessaires à la poursuite de la prise en charge sans mettre en péril le processus de cicatrisation, si fragile à ce stade. Il n'est pas dans notre intérêt de tester véritablement les facultés du patient.

Ces informations participent à notre démarche et guident évidemment nos gestes. Pour autant, leur recueil n'a pas pour but de les comparer lors d'un prochain examen mais de les corréler, si possible, aux possibilités d'intervention orthophonique à ce stade de la prise en charge.

Les moyens de communication

A ce stade de prise en charge, les possibilités de communication orales du patient sont restreintes voire impossibles. Le service met à sa disposition des moyens palliatifs de communication (ardoise, papier/crayon…). Avant notre intervention, il semble nécessaire de s'assurer que le patient dispose de ses outils et ait les moyens d'exprimer ses questionnements, ses remarques et ses plaintes. Ils seront temporairement les vecteurs de nos échanges.

6.2. Le matériel

Le programme de stimulations nécessite le recours à un matériel adapté.

Grâce aux diverses informations recueillies, nous nous avons pu nous constituer une liste d'outils qui m'a permis de mener à bien certaines de mes stimulations.

Ce matériel comprend les supports papiers nécessaires à la réalisation de mon protocole, des ustensiles spécifiques à l'orthophonie (commandé auprès de prestataires spécialisés), et des ustensiles plus communément utilisés dans le milieu médical.

6.2.1. La grille d'observation

Afin de nous accompagner et nous diriger lors des entretiens avec le patient, nous avons choisi d'élaborer une grille d'observation.

Celle-ci nous permettra :

- de rassembler l'ensemble des données recueillies sur le patient
- de relever les informations essentielles auprès du patient
- d'orienter notre regard sur les indices pertinents
- d'adopter une démarche standard auprès des différents patients.

Cette grille a été remplie au fur et à mesure des interventions. L'ensemble du programme n'ayant pas forcément été proposé le même jour au patient, son état et ses capacités ont pu évolué de jour en jour. Il est donc important de noter cette progression et l'incidence qu'elle peut avoir sur notre intervention.

Tableau 11 - Grille d'évaluation

Informations générales : - Date de mon intervention :

- NOM : - Age : - Date de l'intervention :
- Chirurgie et conséquences (structures anatomiques réséquées, sacrifiées, conservées, sacrifices nerveux):
- Type de reconstruction :
- Complications éventuelles :
- Sonde naso-gastrique :

  □ *OUI* □ *NON, jamais* □ *NON, ablation*
- Trachéotomie :

  □ *OUI* □ *NON, jamais* □ *NON, décanulation* □ *Forme transitoire (bouchon, clapet, stop-canule)*
- Date de la décanulation :
- Date de la reprise alimentaire :

Questions préalables :

- Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?
- Ressentez-vous quelconque douleurs ou gêne ? □ *OUI* □ *NON*
  Localisation(s) :
- Avez-vous déjà eu la possibilité de vous mobiliser (en position assise, débout) ?

  □ *Aucune mobilisation depuis l'intervention – décubitus*

  Mobilisation assise : □ *possible mais non durable* □ *possible et durable*

  Mobilisation debout : □ *possible mais non durable* □ *possible et durable*
- Communication avec le patient:

  □ *Active (regard, mimique, sourire, questions, remarques, utilisation de moyens palliatifs de communication)*

  □ *Difficile, pour quelle(s) raison(s) ?*

  □ *Impossible, pour quelle(s) raison(s) ?*
- Compréhension du patient:

  □ *OK*

  □ *Limitée, pour quelle(s) raison(s) ?*
- Avalez-vous votre salive ?

STIMULATION	OBSERVATION
- Informations générales **- Information au sujet des postures**	- Date : - Faisabilité globale: □ *OK* □ *Difficile, pour quelle(s) raison(s) ? .....* □ *Impossible, pour quelle(s)* raison(s) ? ….. - Remarques particulières: □ *Désorientation* □ *Etat de vigilance* □ *Fatigue* □ *Douleurs* *Autres : .....* - Remarques du patient : ….
Expectorer et cracher : information et pratique	- Date : - Faisabilité globale: □ *OK* □ *Difficile, pour quelle(s) raison(s) ? .....* □ *Impossible, pour quelle(s) raison(s) ? .....* - Remarques particulières: □ *Désorientation* □ *Etat de vigilance* □ *Fatigue* □ *Douleurs* □ *Position assise difficile ou compromise* □ *Mobilité corporelle et/ou cervico-faciale réduite (pansements, sutures)* *Autres : .....* - Remarques du patient : ….
La respiration : informations et pratique	- Date : - Faisabilité globale: □ *OK* □ *Difficile, pour quelle(s) raison(s) ? .....* □ *Impossible, pour quelle(s) raison(s) ? .....* - Remarques particulières: □ *Désorientation* □ *Etat de vigilance* □ *Fatigue* □ *Douleurs* □ *Difficultés respiratoires (dyspnées, encombrement bronchique ...)* □ *Position assise difficile ou compromise* □ *Mobilité corporelle et/ou cervico-faciale réduite (pansements, sutures)* *Autres : .....* - Remarques du patient : ….
Détente cervico-scapulaire	- Faisabilité globale: □ *OK* □ *Difficile, pour quelle(s) raison(s) ? .....* □ *Impossible, pour quelle(s) raison(s) ? .....*

	- Remarques particulières: □ *Désorientation* □ *Etat de vigilance* □ *Fatigue* □ *Douleurs* □ *Position assise difficile ou compromise* □ *Mobilité corporelle et/ou cervico-faciale réduite (pansements, sutures)* *Autres : .....* - Remarques du patient : ….
Stimulations sensorielles et sensitives	- Date : - Faisabilité globale: □ *OK* □ *Difficile, pour quelle(s) raison(s) ? .....* □ *Impossible, pour quelle(s) raison(s) ? .....* - Remarques particulières: □ *Désorientation* □ *Etat de vigilance* □ *Fatigue* □ *Douleurs* □ *Lambeau massif en bouche* □ *Ouverture buccale réduite et/ou douloureuse* *Autres : .....* - Remarques du patient : ….
Mobilisations et praxies	- Date : - Faisabilité globale: □ *OK* □ *Difficile, pour quelle(s) raison(s) ? .....* □ *Impossible, pour quelle(s) raison(s) ? .....* - Remarques particulières: □ *Désorientation* □ *Etat de vigilance* □ *Fatigue* □ *Douleurs* □ *Position assise difficile ou compromise* □ *Ouverture buccale réduite et/ou douloureuse* *Autres : .....* - Remarques du patient : ….

6.2.2. Les fiches de stimulation (ANNEXES III à XIII)

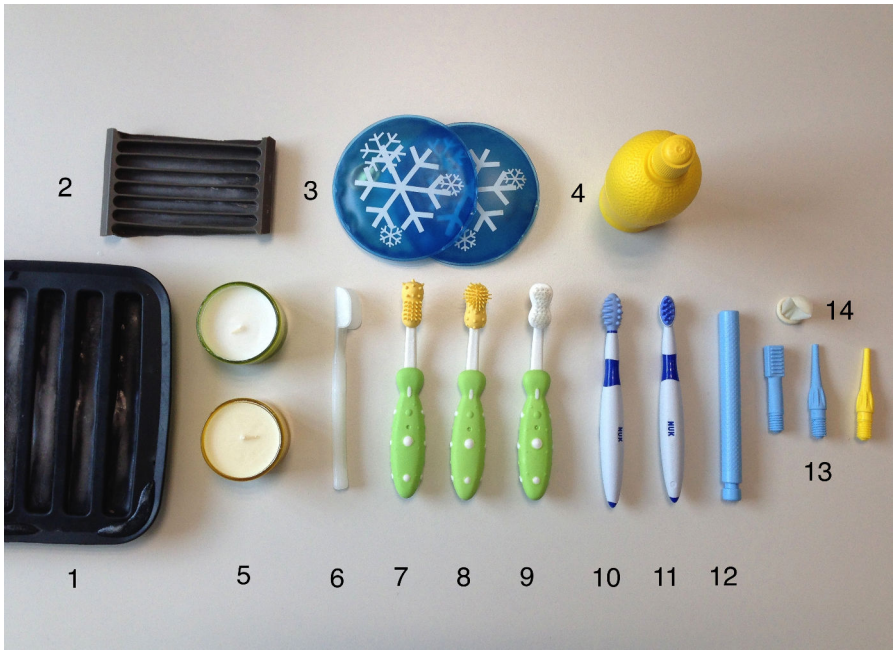
Afin de mener à bien notre démarche, nous avons rassemblé les informations nécessaires à la réalisation du programme sur des fiches. Ces dernières nous ont accompagnés tout au long de nos interventions. Elles nous ont servis de support afin d'étayer notre discours et de n'oublier aucune donnée importante.

Elles permettent également une certaine reproductibilité du protocole d'un patient à l'autre.

Nous y avons inclus de nombreux schémas et photos qui ont permis d'illustrer au mieux nos propos auprès du patient.

6.2.3. Les ustensiles

- Le matériel de base : gants, miroir, haricot, compresses ou mouchoirs, lampe frontale, abaisse-langue.
- Le matériel spécifique aux stimulations sensitives et sensorielles.



1.2. Glaçons sous forme de bâtonnet
3. Chaufferettes
4. Jus de citron
5. Bougies parfumées
6. Oro-navigator
7.8.9. Kit de brosses à dents
10. 11. Kit d'hygiène dentaire
12. Z-Vibe
13. Embouts du Z-Vibe
14. Protection pour doigt/gant en caoutchouc

Figure 27 - Le matériel utilisé

6.2.4. Présentation du programme de stimulations

- **STIMULATION 1** Informations : suites opératoires et rééducation orthophonique
- **STIMULATION 2** Informations et pratique : postures et manœuvres
- **STIMULATION 3** Informations et pratique : expectorer, tousser, cracher
- **STIMULATION 4** Informations et pratique : respiration
- **STIMULATION 5** Détente cervico-scapulaire
- **STIMULATION 6** Massages
- **STIMULATION 7** Stimulations sensorielles et sensitives
- **STIMULATIONS 8** Praxies

a. STIMULATION 1 : Informations : suites opératoires et rééducation orthophonique

Intérêts

L'information est essentielle pour le patient opéré.

Elle représente un véritable devoir pour le praticien et doit être relayée par l'ensemble des professionnels intervenants auprès du patient, répétée plusieurs fois si nécessaire.

Elle permet au patient:

- d'être au fait de l'ensemble des soins qui lui sont prodigués, de leurs intérêts et leurs conséquences ;
- d'avancer dans son parcours de soin dans la réassurance ;
- d'appréhender les rééducations avec apaisement ;
- de favoriser sa participation et son investissement aux soins ;

Les modalités d'information doivent être adaptées au patient, à l'opération qu'il a subie, aux suites de sa maladie ainsi qu'à ses possibilités de compréhension.

Nous avons choisi de débuter logiquement mon programme par de l'information générale au patient. Ce travail de présentation représente une bonne entrée en matière dans le protocole et me permet d'établir d'emblée un lien avec le patient.

Ce temps d'information va favoriser l'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui selon l'OMS vise à "aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique".

En l'informant, nous espérons lui faire acquérir des compétences utiles pour devenir acteur de sa santé en s'impliquant dans la prise en charge de sa maladie. Le patient sera peut être plus en mesure de mieux comprendre sa maladie et ainsi pouvoir l'accepter, connaître les bénéfices et les effets secondaires de ses traitements, connaître les mesures préventives à adopter (aménagement de l'environnement) et résoudre les difficultés du quotidien liées à la maladie (améliorer la vie de tous les jours) …

De plus, c'est une démarche passive qui n'implique aucune mobilisation de la part du patient. Elle s'adapte ainsi parfaitement aux circonstances post-opératoires immédiates.

Pour autant, elle exige l'attention du patient, ainsi que sa compréhension et sa participation.

Contenu

- *La présentation de l'orthophoniste : identité, statut et rôle*

Il faut avoir à l'idée que le patient passe le plus clair de son temps en chambre en phase post-opératoire. Il voit donc défiler un certain nombre de praticien à son chevet, tous ayant un rôle et des intérêts différents.

Il convient donc de se présenter et d'expliquer clairement sa démarche.

Cela permet de créer du lien, de rassurer le patient et de le faire adhérer plus facilement aux suites de la prise en charge.

- *Le protocole et ses intérêts*

De même, il est tout aussi important de présenter le protocole au patient et de le rassurer quant au contenu du programme proposé.

Cela lui permet de comprendre notre démarche et d'y participer dans l'apaisement et la réassurance.

J'insiste sur l'aspect passif et non-douloureux des stimulations.

En introduisant le protocole comme une étape de préparation à la reprise alimentaire, nous offrons au patient des perspectives d'évolution dans l'avenir.

- *La prise en charge orthophonique et sa progression*

En service de soins contenus, le quotidien du patient est rythmé par les interventions du personnel médical et les visites des proches. Nous avons donc pensé qu'il était indispensable d'évoquer avec lui la chronologie de la prise en charge en lui fournissant ainsi des points de repère dans un futur plus ou moins proche.

Etant donné le caractère variable de l'évolution du patient, nous avons pensé qu'il ne serait pas adapté de présenter cette chronologie en terme de calendrier et de datation précise.

Nous avons donc évoqué les grandes étapes de la prise en charge orthophonique de la manière la plus concrète possible tout en précisant au patient qu'elles seraient corrélées avec la progression de son état et la décision des médecins:

Etapes

1) Protocole de stimulations précoces, étape de préparation à la ré-alimentation
2) Décanulation et premiers essais alimentaires
3) Ablation de la sonde selon les résultats des essais
4) Education et conseils pour la sortie

- *La chirurgie et des conséquences anatomo-fonctionnelles*

Même si ces informations ont déjà été données au patient, il est indispensable de les lui rappeler et de les envisager d'un point de vue orthophonique.

Il convient, pour autant, d'agir avec prudence, de choisir ses mots et de s'assurer des connaissances du patient en ce qui concerne son état et sa maladie.

Il faut garder à l'esprit que cette épreuve représente un véritable traumatisme pour le patient. Ce dernier peut mettre du temps à intégrer l'ensemble des informations qui lui sont données, et parfois même exprimer des difficultés à les comprendre.

Ces explications sont l'occasion d'évoquer les aménagements induits par la chirurgie à savoir la canule de trachéotomie et l'alimentation artificielle et de faire ainsi le point sur les moyens de son alimentation actuelle.

- *Le mécanisme de déglutition et ses différentes étapes*

Les explications données sur la chirurgie et ses conséquences impliquent de rappeler au patient le fonctionnement du mécanisme de déglutition ainsi que le rôle de chaque élément anatomique dans ce processus.

En fonction du patient et de la chirurgie qu'il a subi, nous avons ciblé nos explications sur les régions anatomiques réséquées ou modifiées ainsi que sur les mécanismes remis en question (propulsion et/ou protection).

- *La découverte d'une nouvelle image par le miroir*

Jean-Claude FARENC[42] met l'accent sur l'importance pour le patient de découvrir, dès le stade post-opératoire précoce sa nouvelle image corporelle. Cette prise de conscience « permettra d'éviter, tout au moins partiellement, la sidération spontanée que l'on constate chez les patients nouvellement opérés, cette tendance à désinvestir la région opérée et à l'immobiliser ».

---

[42] **[9]** WOISARD V. et PUECH M., 2011

Matériel

- ➔ Schémas **(ANNEXES III à V)**
- ➔ Miroir

Conditions de passation

Cette première rencontre a été envisagée avec le patient comme une possibilité d'échanger avec lui, un moment de partage de ses inquiétudes et ses interrogations mais aussi l'occasion d'en apprendre plus à son sujet et sur la manière dont il appréhende les suites de la prise en charge.

Nous avons cherché à utiliser des mots simples et à accompagner au maximum notre discours par des schémas afin de nous faire comprendre au mieux.

Nous avons tenté d'agir avec bienveillance en mettant des mots sur les éventuels ressentis (impression de gonflement, d'inertie en bouche, sensations de gêne, de douleur) du patient tout en le rassurant sur la normalité de ces faits en phase post-opératoire immédiate.

Nous nous sommes assurés, à la fin de mon intervention, que le patient ait compris en l'incitant à communiquer et à poser des questions.

b. STIMULATION 2 : Informations et pratique : postures et manœuvres

Intérêts

Les données concernant les postures et les manœuvres sont complémentaires aux données ci-dessus. Leur évocation nous permet de traiter des adaptations et des modifications comportementales et environnementales nécessairement mises en place après ce type de chirurgie.

Aborder le travail des postures et des manœuvres permet d'attirer l'attention du patient sur les conditions de réalisation des premiers essais alimentaires et de la ré-alimentation de manière générale.

En passant par la mise en pratique, nous espèrons préparer le patient aux accommodations auxquelles il devra faire face plus tard.

C'est aussi le moyen de le faire progressivement mais concrètement entrer dans la rééducation. Cette démarche, toujours basée sur le principe d'éducation thérapeutique cherche à rendre le patient plus actif dans sa rééducation en favorisant ainsi son adhésion et sa coopération.

Contenu

- *La posture du corps*

Nous avons rappelé au patient les conditions posturales indispensables à la réalisation d'une alimentation en toute sécurité.

Dans la mesure du possible, nous avons demandé au patient de réaliser ces gestes simples afin de s'en imprégner et s'y conditionner. Nous avons effectué moi-même la posture afin de fournir un modèle au patient et de rendre ainsi les consignes plus significatives.

- *Les postures de tête et manœuvres de sécurité*

Il ne s'agit pas là de détailler étape par étape les différentes postures et manœuvres et de sur-stimuler le patient par l'information. Nous avons choisi de les lui présenter afin qu'il les envisage plus facilement par la suite.

Dans le but de réduire le flot d'informations et nous adapter à la situation du patient, nous avons ciblé au maximum les données à la chirurgie subie et aux modifications anatomiques imposées par celle-ci.

Nous avons précisé au patient que ces adaptations pouvaient être temporaires ou s'inscrire dans la durée ; qu'elles seraient susceptibles d'être modifiées selon ses capacités et son évolution dans le temps.

- *La ré-alimentation*

Aborder les postures et manœuvres c'est commencer à aborder la ré-alimentation de manière plus concrète. La mise en bouche et la modification des textures sont forcément évoquées dès lors que l'on aborde les adaptations de manière générale.

Nous n’avons pas choisi d'entrer dans les détails en ce qui concerne ces aspects de la prise en charge. Nous les avons présentées en insistant sur le fait qu'il était évident de les envisager dans un contexte post-chirurgical.

- *Les risques et complications*

L'explication des postures et manœuvres ne peut se passer de l'explication de leur intérêt majeur : la sécurité. Nous avons ainsi rappelé au patient que l'exercice de la fonction de déglutition était automatique au quotidien, et que ce mécanisme ayant été bouleversé par la chirurgie, il devait être repensé et ré-entraîné en toute sécurité.

Ce rappel implique l'explication du phénomène de fausses routes et leurs conséquences.

Conditions de passation

Encore une fois, ces explications se sont voulues les plus concrètes et explicites possibles. Des schémas ont accompagné les explications données et nous sommes restés à l'entière disponibilité des patients pour répondre à leurs questionnements.

Il est important de rappeler au patient que cette pratique est précoce, que les zones mises en jeu sont encore endolories et fragiles, que ce travail doit se faire en douceur et sans forçage et que la remise en route fonctionnelle demeure progressive.

Nous avons mentionné à nouveau au patient, si nécessaire, les zones réséquées ou modifiées par l'intervention ainsi que les conséquences directes de cette dernière sur les différents temps de la déglutition.

Tout en affirmant mes données, nous avons pris soin de préciser le caractère variable de ce type d'informations ainsi que les facteurs de cette variabilité : évolution de l'état du patient, résultats des premiers essais alimentaires, choix et décisions des médecins … .

Matériel

➔ Schémas (ANNEXES VI)

c. STIMULATION 3 : Informations et pratique : expectorer, tousser et cracher

Intérêt

Après l'opération le patient a tendance à désinvestir la zone cervico-faciale et à exprimer un sentiment d'appréhension, de peur quant à sa réappropriation.

Il est important de réassurer le patient et d'insister sur l'importance des mécanismes de désemcombrement qui participent de près au bon fonctionnement des fonctions respiratoire et alimentaire.

Cette étape comme l'étape précédente ne sont pas seulement informatives mais véritablement éducatives pour le patient.

Elles concernent des faits qui feront le quotidien du patient dans un laps de temps plus ou moins long. Aussi, est-il indispensable de présenter ces mécanismes et de rappeler leur importance même s'ils représentent, dans le commun, des gestes anodins.

Ce travail est complémentaire de la kinésithérapie respiratoire dont dispose quotidiennement le patient. Il ne s'y substitue en aucun cas.

Contenu

- *Les différents types de toux*

Nous pouvons éduquer le patient aux différentes toux à savoir :

- l'expectoration
- la toux
- le raclement

- *L'intérêt des mécanismes de toux et d'expectoration*

En phase post-opératoire immédiate, le patient est sujet a la sécrétion de nombreuses mucosités qui peuvent être la source d'encombrement et de gêne. Certains patients, pour des raisons diverses, ont la possibilité, le réflexe d'expectorer, d'autres pas.

Quels que soient les cas, nous avons appuyé les explications sur ces manifestations concrètes en interrogeant le patient sur ses pratiques : « Vous sentez-vous encombré … Avez-vous le réflexe de cracher les sécrétions qui vous gênent ? … ».

Nous avons cherché à mettre en évidence les bienfaits de ces manœuvres de désencombrement (le confort respiratoire, limitation des stases salivaires, protection des voies aériennes ...) et de responsabiliser le patient quant à la pratique quotidienne de celles-ci.

- *La séquence de toux*

Dans le cas ou le patient ne parviendrait pas à tousser ou expectorer de manière efficace, nous avons prévu de lui présenter les séquences de la toux et de l'entraîner à ce geste indispensable.

Etapes

1) S'asseoir confortablement (si possible)
2) Penchez légèrement sa tête vers l'avant
3) Placer les deux pieds fermement au sol (si possible)
4) Inspirez en pratiquant la respiration diaphragmatique (gonflez le ventre en inspirant)
5) Essayez de retenir votre respiration pendant 3 secondes
6) En gardant la bouche légèrement ouverte, tousser deux fois. On ressent le diaphragme pousser vers le haut lors de la toux. La seconde toux sert à faire remonter le mucus vers la gorge, après l'avoir décollé lors de la première toux
7) Crachez le mucus
8) Prendre une pause et recommencer si besoin

- *Les précautions à prendre dans les cas de trachéotomie ou de décanulation*

En cas de présence d'une canule de trachéotomie, il convient de rappeler au patient le fonctionnement de la canule ainsi que sa localisation et son intérêt.

Nous insisterons sur l'importance de l'obturation digitale de la canule pendant l'expiration.

En cas de décanulation, nous devons nous assurer que le patient est en connaissance des gestes indispensables à la cicatrisation de l'orifice de trachéotomie.

Nous vérifierons l'efficacité de son geste et lui expliquerons l'importance de cette obturation pour obtenir une étanchéité optimale et favoriser ainsi la cicatrisation et l'augmentation de la pression sous-glottique.

Nous pourrons accompagner son geste ou utiliser le miroir afin de le guider et l'aider à repérer l'emplacement digital idéal pour réaliser une obturation efficace.

Conditions de passation

Même si le protocole se veut passif, nous avons pensé qu'impliquer un minimum le patient favoriserait son adhésion à la rééducation.

Sensibiliser le patient aux intérêts de chaque exercice, attirer son attention sur les bienfaits immédiats de gestes simples, rendre concret les explications données sont le meilleur moyen de contribuer à sa participation.

Bien entendu, nos exigences à son égard se sont encore une fois adaptées à son état et ses possibilités.

Matériel

- ➔ Haricots
- ➔ Mouchoirs

d. STIMULATION 4 : Informations et pratique : la respiration

Intérêts

Le travail de prise de conscience et de maîtrise de la respiration va venir compléter le travail de désencombrement déjà engagé par l'exercice de l'expectoration et de la toux.

Il constitue, comme l'étape précédente, un exercice de préparation à la reprise alimentaire dans le sens ou il conditionne le patient à être dans les meilleures dispositions possibles pour aborder la ré-alimentation.

Ce travail est complémentaire de la kinésithérapie respiratoire dont dispose quotidiennement le patient.

Contenu

- *Les enjeux d'une respiration abdo-diaphragmatique*

Le lien entre la fonction de respiration et la fonction d'alimentation n'est pas forcément évident pour tout un chacun. Même si l'intervention de la respiration est moindre dans la déglutition que dans la voix, il est important d'expliquer au patient les bien-faits de la respiration costo-diaphragmatique et ses incidences sur le mécanisme de déglutition.

Nous avons mis l'accent sur 3 aspects de la respiration costo-abdominale:

- la détente corporelle
- la protection des voies aériennes
- le désencombrement par l'expiration

Dans l'unité de soins continus du CAL, la quasi-totalité des patients bénéficie de la kiné respiratoire quotidienne dès J1. Ces explications sont l'occasion de mettre ici en évidence le lien entre la rééducation orthophonique et la rééducation kinésithérapique.

Evoquer la respiration et ses différents aspects, c'est aussi faire le point sur l'état respiratoire du patient durant la période post-opératoire. Nous n'hésiterons pas à expliquer de nouveau le fonctionnement, la localisation et les intérêts de la trachéotomie mais aussi à évoquer les autres aménagements mis en place en cas de nécessité (respirateur).

- *Les exercices*

Les exercices proposés au patient ont été directement sélectionnés dans la littérature en fonction de leur simplicité et leur faisabilité chez le patient opéré.

Ils constituent un entraînement classique à la respiration costo-diaphragmatique. Le but n'est pas là d'exercer le souffle à proprement parler mais de permettre au patient de se réapproprier une respiration costo-abdominale par les sensations corporelles.

Nous avons volontairement choisi de ne pas travailler l'apnée avec les patients. Ce travail est dans la littérature de nombreuses fois déconseillé en phase post-opératoire immédiate. Il exige un forçage qui n'est pas approprié à l'état physique et cicatriciel du patient au stade précoce.

Le geste respiratoire est alors décomposé :

L'inspiration

1ère étape : prise de conscience des sensations

- Consignes : « Faites entrée de l'air par le nez, bouche fermée, une main sur l'abdomen, l'autre au niveau du thorax. »

- Sensations : « Le diaphragme se contracte, les poumons se gonflent, vous avez peut-être la sensation du ventre qui se gonfle, une légère sortie de l'abdomen. »

2ème étape : exercice de souffle bloqué

- ➔ Chasser l'air des poumons au maximum par une expiration maximale afin de créer un besoin d'air
- ➔ Bloquer la respiration quelques secondes
- ➔ Grande et profonde inspiration en gonflant le ventre

L'expiration

1ère étape : prise de conscience des sensations

- Consignes : « Faites sortir de l'air par la bouche, une main sur l'abdomen, l'autre sur le thorax. »

- Sensations : « Les poumons se vident, vous avez peut être la sensation du ventre qui se contracte. »

2ème étape : exercices respiratoires rythmés

- ➔ Faire un CH long sur l'expiration, doigts placés sur les côtes → sensation du diaphragme qui se lève et doigts qui se rapprochent
- ➔ Expirer 3 temps sur /f/ et 4 temps sur /ch/
- ➔ Même chose avec un /ch/ plus tonique au dernier temps

Conditions de passation

Comme tous les exercices fonctionnels, ceux-ci sont réalisés sur ordre ou sur imitation.

Il convient de fournir des consignes claires et précises au patient et de le guider durant toute la phase de réalisation.

La position assise est plus favorable à la réalisation de ces exercices. Pour autant, ils seront effectués en décubitus si le patient ne peut faire autrement.

Le travail du souffle demande un accompagnement verbal particulier de la part de l'orthophoniste. Il est important de verbaliser au maximum toutes les sensations dont le patient peut faire l'expérience.

Ici, il ne s'agira pas d'offrir des informations concrètes au patient mais au contraire les plus imagées et métaphoriques possibles.

La phase post-opératoire ainsi que la remobilisation, ne serait-ce que passive, des structures cervico-faciales, peuvent s'avérer anxiogènes pour le patient. Il ne convient pas alors de travailler dans l'effort mais avec apaisement pour favoriser la détente du patient.

Nous avons agi dans les limites des possibilités du patient en respectant ses seuils de douleur et de fatigabilité.

Matériel

- ➔ Miroir

e. STIMULATION 5 : Détente cervico-scapulaire

Intérêts

Après l'intervention, la zone cervico-scapulaire est désinvestie par le patient. Les sutures ainsi que la trachéotomie rendent cette région douloureuse et fragile empêchant ainsi le patient de disposer de la pleine liberté de ses mouvements au niveau du cou et des épaules.

L'intérêt de cette étape est d'aider le patient à se ré-approprier progressivement la zone cervico-scapulaire en se dégageant de toutes les tensions accumulées à cet endroit.

Elle permet, par la même, de préparer le patient au travail des postures de tête.

Contenu

- *Les exercices*

<u>Détente cervicale</u>

- Menton sur épaule droite puis gauche :

« Déplacez votre menton vers l'épaule droite puis vers l'épaule gauche. »

- Oreille sur épaule droite puis gauche :

« Basculez votre oreille vers l'oreille droite puis vers l'oreille gauche. »

- Rotations de la tête :

« Effectuez des rotations de tête/des cercles avec votre tête». »

<u>Détente scapulaire</u>

- Rotations des épaules d'avant en arrière et inversement :

« Effectuez des rotations des épaules d'avant en arrière et inversement/ des cercles avec vos épaules. »

- Contraction et relâchement :

« Elevez vos épaules puis relâchez. »

Conditions de passation

Ces exercices seront réalisés sur ordre ou imitation. Il est tout particulièrement important ici de donner le modèle au patient afin qu'il s'imprègne du rythme et de la douceur qu'exige ce type de mouvement.

Cette pratique demande de rappeler au patient avec quelle précaution il doit réaliser les différentes manœuvres. Ce sera à lui de découvrir ses propres limites et d'être à l'écoute de ses sensations corporelles : « Nous allons pratiquer ces manipulations en douceur et ce sera à vous de trouver vos limites. Il ne faudra pas forcer, dès que vous ressentirez une douleur c'est que vous serez allé trop loin, que vous aurez trop forcé ».

f. STIMULATION 6 : Les massages

Intérêts

La sensibilité et la motricité des exo et endo-buccales vont être travaillées à partir de sollicitations ou stimulations passives de type tactile.

On cherche par ce biais à :

- Augmenter la sensibilité des zones stimulées ou au contraire à désensibiliser les zones endolories.
- Réinvestir la zone buccale lésée en participant à la reconstruction du schéma corporel intra-buccal et à l'image corporelle dans sa globalité
- Relâcher et détendre la peau et les muscles faciaux pour une meilleure réappropriation des zones et mouvements propres à la phonation et la déglutition
- Préparer au travail praxique par un travail d'assouplissement de la fibre musculaire qui favorise l'amplitude des mouvements, la production salivaire et limite les fibroses et les rétractions cicatricielles

Contenu

- *La présentation des stimulations tactiles au patient*

« Quand on touche un patient on rentre dans son intimité, dans son espace privé. Ceci doit toujours se faire avec son consentement explicite. On doit expliquer au patient le geste technique que l'on va faire et ainsi requérir son accord ou son refus. Ces gestes de soins intra-buccaux ne sont possibles que dans un contexte évident de confiance et d'adhésion au projet de soins. » [43]

- *La préparation aux massages*

L'utilisation de plaques chauffantes ou de chaufferettes au niveau du front et des joues permet dans un premier temps de détendre la fibre du visage.

- *Les massages*

Les massages sont réalisés à partir de différents gestes adaptables en fonction de la zone stimulée :

- Massages : rotations ou « traits droits » avec pression variable
- Etirement : tractions souples à partir d'appui sur la muqueuse
- Vibration : pressions vibratoires avec ou sans déplacement
- Appuis : pressions plus ou moins importantes

[43] **[6]** FARENC J-C. et al., 2011

- Touchers : contacts légers
- Effleurements : touchers délicats
- Tapotement : petits coups légers effectués du bout des doigts sur la zone que l'on désire stimuler
- Pression-étirement : pression du bout des doigts sur la région à stimuler suivie d'un étirement dans le sens des fibres musculaires.

Massages péri-buccaux

Les massages doivent être effectués progressivement du péri-buccal vers l'intra-buccal, de haut en bas, de l'extérieur vers l'intérieur.

Ils sont réalisés au niveau :

- ➔ Du front
- ➔ Des ailes du nez : écartement des ailes du nez de l'extérieur vers l'intérieur
- ➔ Des joues : étirements du bas vers le haut, de l'intérieur vers l'extérieur, touchers légers et petits coups des joues vers les coins de la bouche
- ➔ Du menton : pétrissage en rotation circulaire
- ➔ Du plancher buccal : effleurements et étirements avec la pulpe des doigts pour obtenir un rapprochement de la base de langue vers le pharynx (tout particulièrement dans les cas d'exérèse carcinologique de la base de langue)
- ➔ Des gencives : frottements fermes (2 à 3 fois) et pressions continues au niveau des gencives en maintenant la mâchoire fermée en plaçant l'index entre la lèvre supérieure et le nez.
- ➔ Des lèvres : stretching, étirements des commissures labiales, roulements au niveau des commissures, pressions vibratoires

Massages endo-buccaux

Ils sont réalisés au niveau :

- ➔ Des lèvres : pressions variables avec déplacements, pressions vibratoires
- ➔ Des joues : rotations ou « traits droits » avec pression variable
- ➔ De la langue : rotations ou « traits droits » avec pression variable, appuis avec un doigt ganté sur la langue, muqueuse des joues jusqu'aux piliers du voile



Figure 28 - Exemples de massages endo-buccaux (face interne de la lèvre inférieure, face interne de la joue)

Conditions de passation

D'un ouvrage à l'autre, l'usage du massage n'est pas systématiquement indiqué en phase post-opératoire immédiate. Dans la majorité des cas, ils sont conseillés plus tardivement. Pour autant, en croisant différentes informations, j'ai choisi de les intégrer au protocole.

Nous avons pensé que le massage constituait une stimulation tactile comme une autre. Elle s'effectue de manière progressive et douce correspondant ainsi aux exigences d'une prise en charge précoce. Nous nous sommes alors basés sur les ouvrages dédiés spécifiquement à ce type de stimulations [44] [45]et avons adapté mes gestes au patient, à la chirurgie et aux moyens de reconstruction dont il a bénéficié.

Les stimulations doivent être ajustées aux conditions neurophysiologiques et musculaires relatives à l'état du patient[46] :

- En cas d'hypotonie : les stimulations proposées devront être de l'ordre de la facilitation. Ils ont pour but de stimuler le tonus musculaire afin de le rendre le plus normal possible. Elles prennent alors la forme de pressions rapides et répétées.
- En cas d'hypertonie : les stimulations proposées devront être effectuées sur un mode inhibiteur en associant des pressions soutenues, des étirements et des massages.

Avant d'agir il est important de rappeler au patient que la gêne et la douleur constituent les limites de notre intervention.

Matériel

- ➔ Chaufferettes
- ➔ Gants

g. STIMULATION 7 : Les stimulations sensorielles et sensitives

Intérêts

Afin de stimuler les récepteurs sensitifs et de redessiner ainsi la proprioception bucco-faciale, nous pouvons proposer au patient un ensemble de stimulations tactiles sensitives utilisant des températures opposées ou des stimuli spécifiques.

Tout en perpétuant le travail de recouvrement des sensations et de reconstruction d'un schéma corporel déjà engagé par les massages, la réalisation de ce type de stimulations va permettre également d'entraîner le déclenchement du premier temps volontaire de la déglutition.

---

[44] **[5]** EYOUM I. et COUTURE G. et MARTIN F., 1997
[45] **[6]** FARENC J-C. et al., 2011
[46] **[1]** BELISLE L., 1996

Le remaniement anatomo-physiologique induit par la chirurgie et les modes de reconstruction n'épargne pas la sensorialité de la sphère oro-faciale.

Ainsi, le goût et l'odorat, sens particulièrement liés, pourront être entraînés par un travail de reconnaissance sensorielle des saveurs et des odeurs. Le recouvrement de cette sensorialité est une des problématiques fondamentales de la réhabilitation alimentaire du patient. Le gôut est directement lié au principe de plaisir de l'alimentation. C'est en réintroduisant du plaisir dans les différentes fonctions de l'oralité que le patient pourra la réinvestir.

Contenu

- *La présentation des stimulations*

Les stimulations sensitives et sensorielles devront être également présentées au patient de même que le matériel utilisé. Afin de le rassurer et d'aborder les exercices en toute quiétude, j'ai le plus souvent testé les ustensiles sur la main du patient.

- *Les stimulations par les températures*

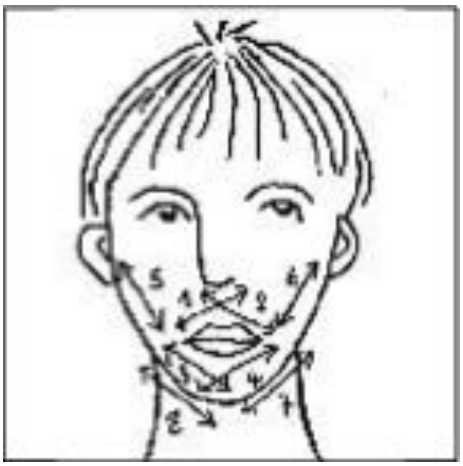
Application de la cryothérapie (traitement de ROOD)

Il s'agit de passer un glaçon (sous forme de bâtonnet) sur les trajets indiqués (en réalisant des aller-retour rapides et appuyés).

Les régions stimulées sont :

- les joues
- les lèvres
- le menton

Figure 29 - Stimulations de ROOD



On doit proposer une activité motrice immédiate après les stimulations.



Figure 30 - Stimulations avec stylet réfrigéré (face interne de la lèvre inférieure)

Nous avons choisi d'appliquer les mêmes principes du traitement proposé par Rood en intra-buccal au niveau des lèvres (face interne et externe), des joues (face interne), des gencives et de la langue (face dorsale, lambeau) sous la forme de pressions continues et répétées, de pressions vibratoires ou de « traits droits ». Ces stimulations sont réalisées à l'aide d'un stylet réfrigéré.
Les glaçons en question, sous forme de bâtonnet, sont placés dans des protections de doigts (gant en caoutchouc).Cela permet de ressentir la sensation de froid sans contact direct avec la peau du patient et sans écoulement de liquide dans la bouche.



Figure 31 - Stimulation avec stylet réfrigéré (face dorsale de la langue)

Ces stimulations pourront être présentées sous forme plus ludique. Pour obtenir la participation du patient et rendre ce dernier plus actif, nous pouvons lui proposer d'évaluer la progression de la récupération sensitive ensemble. A l'aide d'une cartographie des zones buccales et linguales testées (**ANNEXE XII** :schéma simplifiée de la cavité buccale par exemple), nous questionnerons le patient et l'inciterons à pointer la région stimulée.

Bains de bouche chauds

Application des stimulations thermo-tactiles de LOGEMANN

Cela consiste en la réalisation de petits coups brefs, légers (environ 1 sec chacun) et répétés (5 ou 6 de chaque côté) au niveau des piliers antérieurs du pharynx à l'aide d'un miroir laryngé très froid.

Ces stimulations doivent être suivies d'une déglutition volontaire (salive).

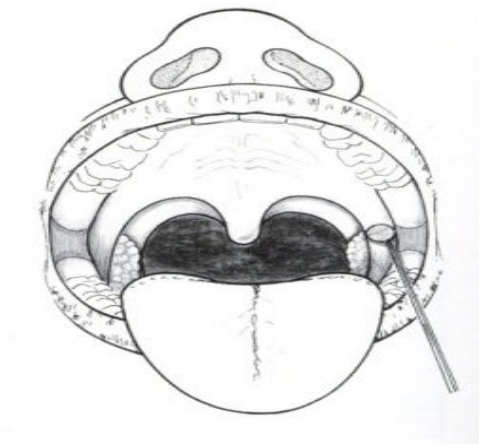


Figure 32 - Stimulations de LOGEMANN

- *Les stimulations par la vibration*

Les vibrations peuvent être effectuées sur plusieurs zones extra et intra-buccales à savoir : les lèvres, la langue et les joues.

La vibration peut être envisagée selon divers modes : avec le doigt ou avec un stylet. Les applications seront donc différentes en fonction du mode utilisé en terme de pression et de fréquence vibratoire.

L'usage du stylet a plusieurs avantages. Il permet :

- ➔ d'atteindre plus facilement les zones recherchées
- ➔ de contrôler plus finement et précisément son geste, notamment en intra-buccal
- ➔ de contrôler plus aisément la fréquence de vibration (la basse fréquence est préconisée)

Il est appliqué sur la peau ou la muqueuse sous la forme d'appuis prolongés (quelques secondes) ou d'aller-retour.

- *Les stimulations par le brossage rapide*

Cette technique est effectuée à l'aide d'une brosse souple appliquée sur le peau ou la muqueuse (les lèvres, les joues, la langue). L'application doit être prolongée pendant plusieurs secondes (5 secondes environ) puis répétées (3 à 5 fois).



Figure 33 - Stimulations par brossage rapide (face externe de la lèvre inférieure)

- *Les stimulations sensorielles : le goût et l'odorat*

La reconnaissance sensorielle des saveurs peut s'effectuer à l'aide d'échantillon culinaire au goût marqué et aux senteurs variées à mettre en bouche sans les avaler.

Par précaution, nous avons choisi de ne pas réaliser de « loto des saveurs ».

Selon nous, l'aspect (reconstruction, exérèse), le volume (oedème) et la motricité linguale (souvent réduite) des patients, de manière générale, ne permettent pas d'effectuer ce genre d'exercices en phase précoce.

Aussi, à ce stade de la prise en charge, nous n'avons pu évaluer véritablement l'efficacité des mécanismes à l'oeuvre lors de la déglutition. Nous savons que le contrôle du bolus peut être lourdement altéré et la protection des voies respiratoires compromise. De ce fait, mettre un aliment dans la bouche du patient constitue, à mes yeux, un risque que nous avons choisi d'éviter.

Nous avons ainsi adapté cette idée, en plaçant quelques gouttes de jus de citron dans les glaçons destinés aux stimulations sensitives.

En ce qui concerne la stimulation de l'odorat, nous avons utilisé des bougies fortement parfumées (qui ne nécessitent pas d'être allumées pour dégager une forte odeur). Nous avons évité de choisir des odeurs alimentaires, et avons sélectionné des fragrances florales et naturelles dans lesquelles se mêlaient plusieurs senteurs.

Afin de rendre cette épreuve la plus agréable possible pour le patient, nous ne l'avons pas présenté sous forme de « loto » au sens strict dont le but serait la reconnaissance exacte des odeurs. Nous avons sollicité le patient en lui laissant la possibilité de s'exprimer librement quant aux sensations offertes pas ses sens: « A quoi vous fait penser cette odeur ? Vous rappelle-t-elle quelque chose ? ... ».

Conditions de passation

Il est important de rappeler que les auteurs et traitements cités ici sont des sources d'inspiration pour mon protocole. Nous ne prétendons pas les appliquer à la lettre mais les adapte en fonction du matériel à ma disposition, des patients traités, de leur état, et de la chirurgie dont ils ont bénéficié.

L'approche neurophysiologique de Farber[47] cherche, par les diverses stimulations sensitives telles que la glace, le brossage rapide ou la vibration, une véritable réponse musculaire, le déclenchement d'une réponse motrice. Nos prétentions sont bien moindres.

A ce stade de la prise en charge, nous cherchons à offrir au patient la possibilité de se réapproprier une région lésée par le recouvrement progressif de sensations intra-buccales.

Encore une fois, la stimulation des récepteurs sensoriels doit être appropriée au profil du patient : hypo ou hyper esthésie.

L'usage de la glace, du brossage rapide ou encore de la vibration font partie des stimulations dites facilitatrices. Elles correspondent plutôt à un profil d'hypotonique.

Ces gestes et l'utilisation de certains ustensiles demandent d'avoir observé la cavité buccale et d'avoir localisé les régions suturées et/ou reconstruites (présence de lambeau) au préalable.

La brosse et les stylets devront être maniés avec précaution.

Matériel

- ➔ Jus de citron
- ➔ Mouchoirs ou compresses
- ➔ Chaufferettes ou bandes chauffantes
- ➔ Glaçons sous forme de bâtonnet : ils sont plus facilement maniables et permettent d'atteindre plus aisément les zones intra-buccales
- ➔ Z-vibe : instrument vibrant permettant un travail précis en bouche. Muni de différents embouts, il permet d'atteindre toutes les zones intra-buccales sans être trop invasif.
- ➔ La fréquence vibratoire peut être contrôlée.
- ➔ Bâtonnet réfrigérant : instrument à réfrigérer qui peut également atteindre tous les recoins de la bouche. L'embout à surface lisse nous permet d'effectuer facilement des massages au niveau de la peau et de la muqueuse.
- ➔ Kit d'hygiène dentaire : bâtonnets dotés de picots qui permettent de masser et brosser en douceur les différentes régions de la cavité buccale.

---

[47] **[1]** BELISLE L., 1996

➔ Kit de brosses à dents : destinées aux enfants, ces brosses à dents à différentes têtes ont l'avantage d'une grande souplesse au niveau des poils ou des picots (en plastique). Cela facilite le brossage en douceur sur la peau et les muqueuses.

➔ Bougies parfumées

h. STIMULATION 8 : Praxies

Intérêts

Les différents éléments anatomiques déficients entrant en jeu dans la physiologie de la déglutition doivent être travaillés de façon analytique au niveau de :

- la mobilité
- la tonicité
- la sensibilité

Les exercices proposés au patient participent tous à la réhabilitation de la sphère oro-faciale dans son ensemble. Pour autant chaque exercice poursuit un but précis pour une région cible :

Les lèvres

➔ Renforcer l'occlusion et la contention labiale

Les joues

➔ Favoriser le rassemblement et la propulsion du bolus

➔ Fortifier l'aspiration labio-jugale

La langue

➔ Exercer la propulsion et le contrôle du bolus

➔ Tonifier la base de langue et améliorer son recul

Le voile du palais

➔ Exercer l'occlusion vélo-pharyngée

➔ Entraîner l'ascension laryngée, conséquence de la contraction des piliers postérieurs du voile

L'oro-pharynx

➔ Exercer la contraction de l'ensemble des structures oro-pharyngées

➔ Entraîner le sphincter oro-pharyngé

➔ Entraîner le temps pharyngé de la déglutition

Contenu

- *La présentation des exercices*
- *Les exercices*

Cette liste d'exercices constitue un ensemble des propositions extraites de la littérature et de ma pratique. Elle est ainsi non exhaustive. Utilisées dans la pratique clinique courante, ces stimulations peuvent être étoffées par chaque thérapeute en fonction de leurs envies et leur créativité.

La langue

La présence des praxies linguales dans un protocole de stimulations au stade précoce est discutée et discutable. En effet, les exercices de mobilisation linguale peuvent s'avérer dangereux en post-opératoire précoce (risque de rupture des sutures). Nous avons, pour autant, choisi d'intégrer ce type d'exercice au protocole dans les cas où la date de la reprise alimentaire serait plus tardive et donc la réalisation de ce type d'exercice moins risquée.

- Tirer et rentrer la langue
- Balayer le palais avec l'apex lingual d'avant en arrière
- Atteindre les molaires (supérieures et inférieures) avec l'apex lingual
- Claquer la langue
- Répétition de phonèmes postérieurs : KRA/GRA/KRI/GRI …

Les lèvres

- Mettre les lèvres très en avant dans la position du [u]
- Étirer les lèvres en arrière dans la position du [i]
- Faire le bruit du baiser ou le bruit d'appel du chat (TRES FORT)
- Recouvrir la lèvre du haut par la lèvre du bas et vice-versa
- Rentrer les lèvres dans la bouche sans les mordre …

Le voile du palais

- Alterner des voyelles orales et nasales
- Répéter des voyelles orales piquées (interrompues sitôt attaquées, en séparant chaque attaque)
- Gonfler les joues
- Bailler
- Faire de la buée …

Les joues

- Gonfler les joues
- Gonfler une joue puis l'autre
- Gonfler les joues contre résistance
- Faire passer de l'air d'une joue à l'autre …
- Aspirer les deux joues …

L'oro-pharynx

- Stimulation du réflexe nauséeux en touchant le voile du palais ou la base de langue

Conditions de passation

Il est important de s'assurer avant toute réalisation que le patient ait bien compris les consignes de chaque exercice et leur intérêt propre. Le rythme des exercices est donné par l'orthophoniste qui accompagne le patient dans ses gestes.

Ces praxies seront effectuées sur ordre ou sur imitation en fixant des objectifs précis et raisonnables avec le patient. Un miroir pourra être utilisé (avec précaution) pour favoriser le feed-back visuel.

En lui donnant des images mentales, et en attirant son attention sur les différentes sensations qu'il est susceptible de ressentir, nous pouvons aider le patient à s'imprégner du geste demandé et à s'auto-corriger si besoin.

Les exercices praxiques proposés seront, bien entendus, modulés selon les déficits existants mis en évidence par nos observations et notre bilan.

Matériel

- ➔ Miroir
- ➔ Oro-navigator : outil qui facilite la mobilisation linguale et particulièrement les mouvements latéraux de la langue. Il permet d'effectuer la transition des stimulations passives vers la mobilisation praxique et l'introduction progressive d'aliments dans la bouche. Sa forme (presque aplatie) permet une approche non intrusive et progressive.



Figure 34 - Utilisation de l'oro-navigator

IV. Restitution, analyse et discussion de mes observations

1. Démarche

Dans le cadre de notre étude, nous avons cherché à observer les possibilités de l'intervention orthophonique précoce auprès des patients ayant bénéficié d'une chirurgie carcinologique bucco-pharyngée.

Dans un premier temps, nous avons analysé les données de la littérature et les avons confrontées aux données recueillies par les questionnaires dédiés aux orthophonistes et aux chirurgiens exerçant en service de cancérologie ORL. Cette comparaison nous a permis de relever des différences et des similitudes.

A l'issue de cette mise en parallèle, nous avons élaboré un protocole de soins que nous avons testé auprès des patients concernés.

Même si une grille d'observation nous a accompagnés lors des interventions, le relevé des observations s'est fait de manière totalement qualitative. Le but de l'étude n'étant pas de mesurer les bienfaits de l'intervention orthophonique, nous avons choisi de présenter les résultats sous forme de discussion.

Nous ne prétendons pas dépeindre ici une vision exhaustive des problématiques rencontrées en service de cancérologie ORL mais espèrons pouvoir partager, discuter et faire émerger des aspects méconnus de ce type de prise en charge.

2. Remarques et observations

Le stade post-opératoire précoce : des limites temporelles à redessiner

Lors de l'élaboration du protocole, la détermination des limites temporelles de notre intervention a longuement été réfléchie.

Que ce soit dans la littérature ou sur le terrain, les données temporelles sont visiblement les plus variables.

Pour de multiples raisons déjà justifiées, j'ai choisi d'intervenir dès J1 jusqu'à la date de la reprise alimentaire.

Toutefois, nos disponibilités et l'état du patient ne nous ont pas permis d'intervenir systématiquement au premier jour post-opératoire. De même, cette période a été plus ou moins longue en fonction des cas. L'état de la cicatrisation, l'état respiratoire du patient, la survenue d'un délirium tremens (conséquence neurologique sévère lié au syndrome de sevrage d'alcool) et l'éventualité d'une reprise chirurgicale sont autant de facteurs qui vont reporter la date de la ré-alimentation et ainsi rallonger la phase post-opératoire précoce.

Cette fluctuation en terme de calendrier nous a permis de nous rendre compte des possibilités d'évolution du patient dans le temps.

En effet, d'un jour à l'autre, l'état du patient peut considérablement changé que ce soit en terme d'évolution ou de complications. Notre intervention ne peut ainsi revêtir les mêmes aspects que nous intervenions à J1, J5 ou J10.

De manière générale et sans tenir compte de l'éventualité de complications, il semble que nos possibilités d'intervention sont optimales autour de J5/J7.

A cette période, le patient semble pouvoir bénéficier des bienfaits du protocole dans son entier. Physiquement et psychologiquement, il est plus à même de recevoir des informations, d'échanger et de participer. Son état d'éveil est actif, ses douleurs sont apaisées et il s'est quelque peu « acclimaté » au rythme du service dans lequel il séjourne.

Nous pouvons ainsi agir plus sereinement mais aussi plus efficacement.

Bien entendu, ces remarques sont faites sur la globalité de l'étude. L'intervention orthophonique doit se faire au cas par cas au rythme du patient et de son évolution.

Il est donc difficile de déterminer véritablement le cadre temporel de l'intervention précoce et nous comprenons aujourd'hui pourquoi les ouvrages comme les orthophonistes n'ont pu trouver de consensus à ce sujet. Trop de facteurs inhérents ou non à l'état du patient vont venir bouleverser nos possibilités d'intervention et le calendrier de la rééducation précoce. Le consensus est impossible.

Nous pouvons donc donner des indications temporelles, évaluer une « fourchette » mais pas de datation précise.

Les conditions d'intervention : contraintes et obstacles

De manière générale, nous avons pu régulièrement intervenir auprès des patients opérés.

Chaque séance a duré 20 à 45 minutes selon leur état.

Au départ, nous avons réalisé le plus souvent l'ensemble du protocole en 2 séances, la première comprenant les 4 premières stimulations et la seconde les 4 dernières. Selon les cas et surtout la date de ma première intervention, toutes les étapes de mon protocole ont été effectuées en une seule fois.

Dans l'idéal, ce type de stimulations devrait être quotidienne pour préparer efficacement le patient à la reprise alimentaire et ré-entraîner les zones bucco-faciales au mécanisme de déglutition.

Notre emploi du temps ne me le permettant pas, chaque stimulation n'a été pratiquée qu'une fois.

Dans un seul cas, celui d'une complication impliquant une chirurgie de reprise ainsi qu'une réparation par lambeau, les dernières stimulations du protocole ont été effectuées une nouvelle fois avec le patient.

Tout au long des passations nous avons pu relever un ensemble d'éléments qui ont concouru à compliquer notre intervention, à écourter les séances voire à nous contraindre de ne pas poursuivre ni finir le protocole :

➔ **Les éléments relatifs au patient et à son état général**

- La fatigue : en période précoce, la fatigue est de mise chez l'ensemble des patients notamment lors des premiers jours post-opératoires. Cette fatigue nous a rarement empêché d'intervenir. Toutefois, lorsqu'elle est responsable de somnolence et que le patient lutte pour rester éveillé, nous nous supposons que notre intervention est peu efficace et qu'il est indispensable de la reporter.
- L'état d'éveil et/ou de vigilance
- La douleur et/ou la gêne : en service de soins continus, les plaintes des malades sont rapidement prises en considération et traitées. Il arrive cependant que le patient souffre et dans ce cas, la séance ne peut avoir lieu.
- La sensation de gêne a souvent été exprimée en ce qui concerne les sécrétions, la gêne respiratoire et la trachéotomie. Dans un seul cas, l'intervention a dû être interrompu. Dans les autres, cette gêne est l'occasion de rebondir et d'informer le patient à ce sujet.
- La mobilité réduite du patient
- Les complications médicales et chirurgicales : infection, lâchage de suture, nécessité de reprise, nécrose du lambeau …
- L'état respiratoire : bronchorrhée, insuffisance respiratoire.
- Le refus : la base de la rééducation est la confiance mais aussi la collaboration. Même si les stimulations sont pour la plupart passives, notre intervention ne peut se faire sans l'assentiment du patient.

➔ **Les éléments relatifs à l'organisation du service**

Comme déjà évoqué, le quotidien du patient en service de cancérologie ORL est rythmé par les soins et les rééducations. Chaque thérapeute se relaie au chevet du patient selon sa disponibilité dans le service. Cela demande une organisation et des possibilités d'adaptation de la part de chacun.

Ce que j'essaie de démontrer ici c'est que la prise en charge hospitalière diverge véritablement de la prise en charge orthophonique en libéral. Le temps d'intervention auprès du patient ainsi que le rythme de la rééducation ne sont pas les mêmes. Le patient reçoit ici quotidiennement les soins d'une équipe thérapeutique toute entière.

Même si nous n'avons ressenti aucune difficulté à intervenir et qu'au contraire la communication entre les différents intervenants est un véritable avantage pour offrir au patient une démarche ciblée et efficace, l'organisation d'un service semble influer directement sur les conditions de l'intervention de l'orthophoniste.

Quelques orthophonistes, dans le questionnaire, avaient déjà mis en évidence ce facteur.

➔ **Les éléments relatifs à l'orthophoniste**

De la même manière, la rééducation qu'elle soit précoce ou non va dépendre des disponibilités de l'orthophoniste dans le service concerné.

Ne pouvant intervenir quotidiennement, nous n'avons pu rencontrer l'ensemble des patients qui pouvaient être inclus dans mon protocole ou intervenir aussi précocement que nous l'aurions voulu avec chacun d'entre eux.

Selon le type de chirurgie pratiquée et l'évolution de l'état du patient, celui-ci peut également bénéficier d'une sortie anticipée. Ce fut le cas de Monsieur N. opéré d'une glossectomie partielle avec sutures directes, n'ayant bénéficié ni de trachéotomie ni de sonde naso-gastrique.

Information, écoute et échange : ciment de la rééducation

« *Ce temps d'explications est une nécessité absolue pour appréhender l'état des lieux et il définit une nouvelle plate-forme sur laquelle le patient va pouvoir s'appuyer dès maintenant, pour se projeter au-delà du traitement, après la maladie dans sa vie personnelle, familiale et sociale.* » [48]

Quel que soit l'instant de l'intervention, nous avons rencontré dans l'ensemble des personnes en demande d'informations. Même si ces dernières sont données et redonnées par les différents intervenants, on ressent chez le patient un véritable désir de savoir et de comprendre.

Malgré la fatigue, la douleur et la gêne, l'écoute et la communication sont très souvent au rendez-vous quels que soient les moyens mis à leur disposition pour s'exprimer. L'ensemble des patients rencontrés m'ont posé des questions, ont répondu aux miennes que ce soit par un mouvement de tête, un sourire ou quelques mots sur une ardoise.

En ce sens, l'information semble être un élément fondamental sur lequel doit reposer notre intervention au stade précoce. C'est de cette disposition à donner des informations, à écouter et échanger que va se bâtir une véritable relation de confiance avec le patient et forger les bases de la rééducation à venir.

L'information permet au patient d'avancer dans la réassurance, en connaissance des éléments essentiels à la réalisation de sa réhabilitation. Informé il est, semble-t-il, plus à même de participer et de se rendre actif dans la rééducation.

« *Un dialogue honnête est la plate forme de confiance nécessaire à l'élaboration et l'appropriation du protocole thérapeutique et permettra de préparer la réinsertion personnelle, familiale et sociale du malade.* » [49]

---

[48] **[26]** RODRIGUEZ J. et JOUFFROY T., 2008
[49] **[26]** Ibid.

Cette étape doit, selon nous, se construire sur la base d'un véritable échange, d'un « *dialogue* »[50]. C'est par le questionnement du patient et son mode de réponse que nous allons pouvoir apprécier ses capacités de compréhension, sa volonté de participation et la manière dont il appréhende, à ce stade, l'épreuve de la maladie, la chirurgie, les traitements, les séquelles, la reconstruction et enfin la rééducation.

Nous devons être à l'écoute de son projet, de ses désirs et le placer au centre de la rééducation.

Ce dialogue, cet échange implique une adaptation aux possibilités de communication du patient. Réduites voire impossible à ce stade de prise en charge, il est nécessaire de mettre à sa disposition des moyens palliatifs de communication. Nous n'allons pas exiger de lui des réponses qui le mettraient en échec de communication mais favoriserons l'utilisation de questions fermées, de gestes, de mimiques …

Adaptation au patient : condition sinequanone

En effectuant un stage en service de soins continus nous avons pris conscience de l'importance de l'équipe pluridisciplinaire qui gravite autour du patient tout au long de son séjour hospitalier. Son quotidien est rythmé par les soins et l'intervention des différents thérapeutes à son chevet. Chacun de ses praticiens offre son lot d'informations au patient en fonction des intérêts qu'il poursuit avec lui.

De ce fait, il semble important de ne pas « noyer » le patient sous un flot de données. Notre discours doit être clair, précis et s'adapter au mieux à la situation du patient et à ses capacités de compréhension.

Notre discours était au départ stéréotypé auprès du patient au fil des différentes interventions, il a su gagner en souplesse et en adaptabilité.

En cancérologie ORL, on se rend compte de la pluralité des cas que peut recouvrir l'intitulé d'une chirurgie « oro-pharyngectomie », « glossectomie » … . Derrière chaque terme générique se trouve une infinité de situations, de patients, de traitements, de rééducation et de bienfaits différents. Nous ne pouvons véritablement prédire l'aspect qu'aura une cavité buccale et les conséquences qui découleront d'une intervention. Nous pouvons toutefois les supposer et les présenter aux patients.

Encore une fois, plus notre discours est adapté, personnalisé plus il sera parlant et accrocheur pour le patient.

---

[50] **[26]** RODRIGUEZ J. et JOUFFROY T., 2008

Dans un article de Psycho-oncologie[51], les auteurs mettent parfaitement en évidence les caractéristiques que doit revêtir notre discours au patient :

« *Informer le patient sous-entend d'éviter de rendre les événements plus intriqués qu'ils ne le sont déjà :*

- *Décrire et préciser les structures atteintes ;*
- *Les rattacher aux fonctions normales qu'elles commandent ;*
- *Définir les nouveaux circuits aériens et digestifs ;*
- *Intégrer l'acte chirurgical dans la logique du traitement qui est un ensemble réunissant plusieurs éléments techniques (radiothérapie, chimiothérapie, thérapies ciblées) ;*
- *Préciser les modalités de la reconstruction, ses attentes et ses limites ;*
- *Cadrer les séquelles attendues et envisager d'emblée la rééducation quand elle est possible.»*

L'acceptation : miroir et image de soi

Contrairement à ce qui est conseillé dans la littérature, nous n'avons que très peu osé utiliser le miroir avec le patient.

Même si les informations concernant les conséquences esthétiques et fonctionnelles ont été données plusieurs fois par différents intervenants, on se rend rapidement compte que le patient ressent de véritables difficultés à intégrer ce type de données. Cette intégration n'est pas due à des problèmes de compréhension au sens strict mais plutôt à la violence et à la rapidité des changements opérés.

Madame F. illustre parfaitement ce phénomène. Nous avons suivi cette patiente de la période post-opératoire immédiate (via mon protocole) jusqu'à sa sortie (par le biais de mon stage avec l'orthophoniste du service). Opérée d'une bucco-pharyngectomie avec exérèse linguale massive, Madame F. a éprouvé rapidement des difficultés à prendre conscience des conséquences de l'intervention.

Malgré les difficultés évidentes de sa réalimentation (qui a impliqué la pose d'une gastrostomie) et nos réponses, Madame F. nous a longtemps exprimé sa peur de se regarder dans le miroir et ses questionnements quant à l'importance de l'exérèse.

Si la découverte de cette nouvelle anatomie peut limiter les phénomènes de sidération et de désinvestissement de la zone opérée, ne peut-elle pas, dans certains cas, créer l'effet inverse et être l'origine, au stade précoce, d'un véritable choc pour le patient ?

Quoi qu'il en soit, cette découverte paraît devoir se faire progressivement et être accompagnée d'un maximum d'informations.

---

[51] RODRIGUEZ J. et JOUFFROY T., 2008

Selon nous, la question de l'utilisation du miroir est parallèle à la question de la transparence de l'information et de sa circulation au sein de l'équipe disciplinaire.

Les données relatives à cette étape de découverte doivent être relayées entre les différents intervenants pour un discours plus homogène et plus adapté.

Sensibilisation et éducation thérapeutique

En période post-opératoire précoce, la région cervicale est désinvestie par le patient. D'une part, les pansements, les sutures, les oedèmes et la canule de trachéotomie ne favorisent pas la mobilisation de cette zone. D'autre part, l'anxiété et la crainte de la douleur viennent accroître ce phénomène.

L'ensemble de ces facteurs rend difficile les stimulations liées de près ou de loin à cette région. On ne pourra réellement parler de ré-entraînement durant cette phase mais plus exactement de :

- ➔ **sensibilisation** du patient aux changements induits par l'intervention et ses conséquences
- ➔ **d'éducation thérapeutique** aux conditions nécessaires à sa ré-alimentation

En ce qui concerne les postures et manœuvres, elles ne peuvent être, semble-t-il, présentées dans leur intégralité et en détail aux patients. Non pas que cette démarche ne soit pas réalisable mais son intérêt ne semble pas majeur à ce stade.

En effet, sans possibilité de pratique, d'entraînement, il est difficile pour le patient de s'imaginer ce que ces explications représentent en terme d'investissement et de sensations corporelles. La réalisation même du geste est sûrement le meilleur moyen pour favoriser son imprégnation.

Ces adaptations posturales non naturelles, non spontanées doivent être apprises et effectuées plusieurs fois par le patient pour favoriser une efficacité maximale lors de leur réalisation.

Elles impliquent que le patient puisse s'asseoir confortablement sur une chaise ou un fauteuil à dossier droit et qu'il dispose d'une mobilité cervico-scapulaire relativement suffisante. Or toutes ces conditions ne peuvent être réunies à ce stade.

Aussi, nous ne pouvons assurer au patient quelle posture ou manœuvre sera la plus adaptée aux conséquences de la chirurgie sur son mécanisme de déglutition. Nous ne pouvons que les supposer.

De ce fait, au fur et à mesure de mes interventions, les informations jugées trop abstraites pour le patient ont été éliminées.

Nous avons rappelé au patient :

- Que la chirurgie avait occasionné des changements anatomiques et fonctionnels qui allaient venir modifier le mécanisme de déglutition.

- Que ce mécanisme inconscient, pratiqué des milliers de fois par jour, devait être aujourd'hui repensé et adapté aux changements opérés.
- Que la ré-alimentation devait être réalisée dans des conditions optimales qui assureraient son confort et sa sécurité.
- Les conditions nécessaires à la réalisation d'une alimentation: position assise, pieds au sol, tronc-tête-cou stables, angle obtus des genoux par rapport au sol, coussin éventuel derrière les épaules … .
- Que des adaptations complémentaires concernant la position de la tête, du cou et du corps pourraient être envisagées selon les conséquences de l'intervention mais aussi l'évolution de ses capacités. Elles favoriseraient le passage, la propulsion du bolus et la protection des voies respiratoires.
- Que ces adaptations allaient être mises en place de manière transitoire ou plus durablement selon les difficultés éventuellement rencontrées.

Pour lui donner une idée de ce que peut représenter ce type d'adaptation nous avons agrémenté mon propos de schémas, photos et de gestes.

En ce qui concerne l'expectoration et la toux, le même type de difficultés a été rencontré.

En questionnant et en observant les patients, on se rend compte que la plupart d'entre eux souffrent de sécrétions abondantes et d'encombrement.

Canulés, ils n'osent pas tousser par crainte de la douleur. Affaiblis, ils expriment des difficultés à mobiliser activement les muscles intercostaux ou abdominaux qui soutiennent le mécanisme de toux. Inefficace et non productive, cette toux les fatigue grandement.

Notre intervention à ce sujet est complémentaire des aspirations régulières (via la canule de trachéotomie) et de séances de kinésithérapie respiratoire quotidiennes qui favorisent l'évacuation des mucosités. .

Toutefois, il semble qu'elle ne puisse prendre la forme d'un véritable entraînement. La pratique active de la toux reste problématique à ce stade de la prise en charge. Non pas qu'elle soit irréalisable mais consommatrice de beaucoup d'énergie pour le patient.

Nous avons ainsi axé notre propos sur l'aspect préventif de ces manœuvres de désencombrement :

- En rappelant au patient que la présence de sécrétions abondantes (salivaire et trachéales) était un fait commun chez les patients opérés de la région cervico-faciale.
- En mettant en évidence l'intérêt de ces pratiques et leurs enjeux en vue d'une reprise alimentaire de qualité.
- En attirant son attention sur les sensations de bien être et de confort que peut procurer le dégagement des mucosités.
- En effectuant oralement le lien entre mes explications et la kinésithérapie respiratoire.
- En replaçant ces gestes, socialement dévalorisant, dans une nécessité rééducative
- En encourageant le patient à les réaliser le plus souvent possible.

L'exercice de la toux ne peut être véritablement envisagée qu'en fonction de l'état du patient. Avant J-5/ J-7, il me semble que cette pratique ne doit prendre la forme que d'une information, d'une sensibilisation.

En ce qui concerne le travail de la respiration costo-diaphragmatique, les mêmes facteurs sont à prendre en compte.

La canule de trachéotomie fait l'objet d'une certaine angoisse. Lorsqu'il s'agit pour les patients d'exprimer leurs plaintes et leurs questionnements, la canule est très souvent citée. Elle représente l'objet responsable de leur gêne respiratoire et de leur encombrement.

L'explication de son intérêt et de sa place est, en ce sens, fondamentale.

Les exercices en eux-mêmes peuvent être réalisés sans encombre et sont dans l'ensemble relativement bien acceptés par le patient. Ils sont encore une fois complémentaires du travail déjà engagé par le kinésithérapeute.

Néanmoins, les exercices de souffle bloqué doivent être envisagés avec précaution. L'état respiratoire du patient est très sensible en phase post-opératoire immédiate. Il fait l'objet d'une véritable surveillance. La canule de trachéotomie déroute la respiration et nécessite un temps d'adaptation pour certains patients.

Aussi, est-il compliqué de proposer au patient des exercices susceptibles de majorer leurs difficultés respiratoires.

Cela dépend encore une fois de l'état du patient et de l'appréciation de l'orthophoniste quant à l'intérêt de ce type d'exercice à l'instant T.

La détente cervico-scapulaire : une pratique à repenser

La situation du patient en phase post-opératoire immédiate a longuement été dépeinte. Il est toutefois nécessaire de pouvoir se l'imaginer pour comprendre ce qui est réalisable ou non par le patient.

La région cervicale est le plus souvent:

- Endolorie
- Oedématiée
- Suturée
- Reconstruite
- Porteuse de pansements massifs et parfois compressifs
- Pourvue d'une canule de trachéotomie ou d'un pansement stop-canule (si décanulation)

Ces éléments expliquent que le patient hésite à réinvestir cette région.

La détente cervico-scapulaire telle qu'elle est présentée dans la littérature a pour intérêt la décontraction de la zone fragilisée et la préparation aux exercices de déglutition.

Toutefois, les exercices proposés ne paraissent pas réalisables. Aussi petits et doux soient les mouvements de tête et épaules, ils ne sont d'un point de vue pratique pas envisageables pour l'ensemble des raisons citées ci-dessus.

Après réflexion et discussion avec le kinésithérapeute du service, des massages sembleraient plus appropriés aux circonstances post-opératoires. Ils pourraient s'adapter plus facilement au profil de chaque patient quel que soit le contexte cervico-scapulaire (canulé ou non, suturé ou non) de chacun.

Ces mobilisations en douceur, qui restent à déterminer en collaboration avec les kinésithérapeutes, correspondraient plus exactement au type de stimulations décrites par les orthophonistes interrogées.

Les stimulations sensorielles et sensitives : une redécouverte de l'espace buccal

Ces stimulations constituent la seule étape du protocole que nous avons pu réaliser comme nous les avis envisagés au départ.

Ces stimulations ont pu être effectuées avec tous les patients quels que soient le type de chirurgie, les modes de reconstruction et les conséquences anatomo-fonctionnelles.

Cela ne signifie pas pourtant que leur réalisation ne nécessite aucune adaptation mais qu'aucune contrainte ni obstacle ne nous a empêchés de les pratiquer.

Les massages faciaux paraissent constituer une préparation efficace aux stimulations exo et endo-buccales. On remarque que le visage des patients est souvent cerné, crispé par la douleur et la fatigue. Ces manipulations douces et passives permettent un relâchement des fibres musculaires du visage mais rendent également possible la détente du corps tout entier. Les patients ont plusieurs fois fait part du caractère agréable de ce type de stimulations : « C'est plaisant … ça fait du bien … ».

Les stimulations par la cryothérapie ont été très bien accueillies par les patients sans manifestation anxieuse. Il faut dire que les patients sont très demandeurs à ce sujet et se plaignent souvent de la sécheresse buccale.

Le flux salivaire peut en effet avoir été modifié par l'intervention. L'impression de sécheresse majorée par les sécrétions intra-buccales et l'impossibilité dans certains cas de fermer la bouche (protrusion linguale, respiration buccale …) est très désagréable pour le patient. La sensation délivrée par le glaçon permet d'humidifier quelque peu les muqueuses pour un meilleur confort en bouche.

De plus, durant les premiers jours post-opératoires, certains patients n'ouvrent pas la bouche. La crainte de ré-utiliser cette zone fragile et l'utilisation de moyens palliatifs de communication favorisent le désinvestissement de la région buccale.

Les stimulations constituent alors une étape, un pallier vers la réhabilitation de cette région mutilée.

Les bains de bouche chauds n'ont pas été réalisés. En post-opératoire précoce, le patient dispose déjà de ce type de soins. Cela ne lui permet pas forcément de recouvrir la sensibilité mais avant tout d'entretenir une certaine hygiène buccale indispensable au confort du patient et à la réalisation des essais alimentaires plus tard.

Sans réaliser ces bains de bouche avec lui, nous pouvons toutefois attirer son attention sur leur importance quotidienne.

Aussi, les différents types de toucher semblent être un moyen pour le patient de retrouver progressivement une sensibilité et fonctionnalité des éléments intra-buccaux. Les réactions engendrées ne sont pas flagrantes et immédiates mais on observe tout de même rapidement de petites manifestations qui laissent à penser que les stimulations font leur effet.

Par exemple, après l'intervention, nous avons observé Mme F. réaliser de petits mouvements buccaux. Nous avons eu l'impression que son espace buccal s'était éveillé et qu'elle constatait quelques améliorations sensitives et fonctionnelles.

En accompagnant systématiquement les stimulations d'explications et de petites questions : « Est ce que ça va ? » « Est-ce que vous sentez la sensation de froid ? » ... le patient participe de plein pied à l'exercice. Cela nous permet également d'apprécier les bienfaits instantanés des stimulations : « Ca fait du bien … c'est agréable ... ».

Toutefois, l'adaptation est encore une fois de mise.

Selon les modes de reconstruction, la taille, la localisation des lambeaux et des sutures tout n'est pas possible. D'un individu à l'autre, notre champ d'intervention pourra être plus ou moins limité.

A ce titre, nous n'avons pas utiliser les stimulations de Logemann. Les piliers du voile ne sont pas facilement accessibles : soit effacés par le mode de reconstruction, soit difficiles d'accès par une limitation de l'ouverture buccale. Quoi qu'il en soit j'ai jugé que cette pratique s'avérait trop désagréable et trop intrusive pour le patient à ce stade de la prise en charge.

En ce qui concerne les stimulations sensorielles, les indications données dans la littérature paraissent peu convenir au contexte post-opératoire précoce. Comme nous l'avons déjà évoqué, peut-être est-il prématuré d'utiliser des échantillons alimentaires avant les premiers essais.

L'utilisation du jus de citron, dans la même optique, s'est vue limitée elle aussi. Les glaçons imprégnés de citron sont contenus dans le gant. L'arôme n'est pas suffisamment diffusé pour être distingué par le patient. La stimulation n'a ainsi pas l'effet escompté.

L'utilisation de bougies parfumées et le questionnement autour des fragrances dégagées ont été appréciés par les patients. Toutefois une donnée est à prendre en compte, l'impossibilité à communiquer. En effet, les possibilités phonatoires du patient canulé sont réduites, l'échange et le questionnement autour d'une odeur n'est pas simple. Même si les patients ont à leur disposition une ardoise ou du papier, le discours est moins aisé et la tâche moins agréable pour eux.

Le travail praxique : traitement analytique plutôt que fonctionnel

Selon nos observations, le travail praxique ne semble pouvoir s'envisager qu'à la fin de la période que nous avons déterminée précoce autrement dit dans l'éventualité d'une reprise alimentaire prochaine.

Durant les premiers jours qui suivent l'intervention, la mobilisation active des régions opérées demeure délicate.

Comme le précisent les auteurs et les orthophonistes interrogées certains types d'exercices ne sont effectivement pas adaptés à la période post-opératoire précoce. Les exercices contre résistance, impliquant un forçage et une stimulation trop intense doivent être proscrits en première intention.

La phase précoce doit, peut-être, demeurer, seulement, une phase d'éveil, et de réappropriation progressive des zones mutilées par l'intervention. La phase de ré-entraînement des structures en tant que telle ne pourrait alors s'envisager que dans un deuxième temps sauf s'il fait l'objet d'une demande particulière du médecin.

Un vrai travail de sélection doit être réalisé par l'orthophoniste. Nous ne pouvons, en effet, envisager le même type d'entraînement d'un patient à un autre. Nous devons cibler les déficits et fixer des objectifs précis avec le patient.

Tous les patients rencontrés n'ont pas bénéficié du même programme d'entraînement praxique. Selon la date de l'intervention, nous avons choisi de réaliser ou non cette étape du protocole. Dans certains cas, cette pratique semblait être trop risquée.

Pour reprendre la distinction faite par Michèle Puèch, le traitement se voudrait, à ce stade, plus « analytique » que « fonctionnel ».

Il va, dans un premier temps, s'adresser à des structures anatomiques communes aux fonctions oro-faciales. Dans un second temps, il sera destiné spécifiquement à la fonction de déglutition et plus particulièrement à la physiologie de chaque phase de ce mécanisme. Le programme rééducatif pourra alors s'étoffer : stimulation du temps oral, travail du contrôle du bolus … .

D'un point de vue purement matériel, l'oro-navigator n'a pas été utilisé. Ce type d'ustensile ne nous a pas semblé adapté aux circonstances post-opératoires immédiates. Bien qu'il permette de guider les mouvements linguaux latéraux en douceur, cet outil n'est pas ajustable aux caractéristiques morphologiques de la langue opérée et reconstruite. Tantôt le volume lingual est trop important du fait des oedèmes ou des lambeaux, tantôt la masse a été trop réduite par les exérèses.

Il serait peut être intéressant d'utiliser ce matériel plus tardivement une fois la forme linguale retrouvée ou conformée à la cavité buccale.

Au-delà de l'aspect technique : motiver, soutenir, surveiller

La rééducation proprement dite telle que nous l'avons présentée ici fait apparaître les aspects purement techniques de la prise en charge. Or, le facteur humain n'est pas à négliger.

L'orthophoniste accompagne le patient et avance à son rythme en prenant en compte sa personnalité et sa fragilité face à l'épreuve de la maladie.

Notre rôle ne se conforme pas à l'information formelle et à l'explication de consignes techniques au patient. Nos facultés d'écoute et d'empathie vont être mises au service du patient tout au long de la prise en charge.

Une relation de confiance va alors nécessairement s'instaurer entre l'orthophoniste et son patient. La fréquence et la régularité des séances vont favoriser sa pérennisation.

Nous allons :

- **Motiver** le patient à participer à la rééducation et à renouveler sans cesse ses efforts.
- **Soutenir** le patient face aux difficultés et aux doutes concernant ses possibilités d'évolution.
- **Surveiller** ses progrès et repérer les éventuels signes d'alerte qui pourraient nous inciter à prévenir l'équipe médicale.

V. Synthèse et résolution de la problématique

Problématique 1 : Une prise en charge orthophonique est-elle envisageable dès les premiers jours qui suivent une chirurgie carcinologique ORL affectant la région buccale et/ou oro-pharyngée ?

A la lumière de notre travail, il semble que la place d'une intervention orthophonique, en phase post-opératoire précoce, est indéniable. Une prise en charge est envisageable et réalisable.

Les fonctions mises en jeu par l'intervention chirurgicale et les traitements concernent directement le champ d'action orthophonique, et ce, dès le premier jour post-opératoire.

Les divergences relevées dans la littérature et la pratique illustrent parfaitement l'influence des multiples facteurs à l'oeuvre dans ce type de prise en charge.

Selon le service, son organisation, les choix de l'équipe pluridisciplinaire, la disponibilité de l'orthophoniste, l'état et l'évolution du patient, il est vrai que notre intervention ne peut revêtir les mêmes aspects ni se réaliser dans les mêmes conditions.

Toutefois, une démarche standard mais adaptée peut, a priori, s'appliquer pleinement.

Notre intervention n'est véritablement conditionnée que par les prescriptions, indications et contre-indications médicales. L'orthophoniste est à même, ensuite, de diriger la rééducation comme elle l'entend et d'aviser en fonction du patient et de ses choix thérapeutiques.

En ce qui concerne nos interventions, les conditions de séjour du patient en service hospitalier nous ont largement permis d'accomplir le travail envisagé. Nous avons rapidement trouvé une place dans l'équipe pluridisciplinaire et ai eu à ma disposition l'ensemble des informations nécessaires à la réalisation de mon protocole.

Seules nos disponibilités dans le service ainsi que les éléments inhérents à l'état du patient et à la nature des stimulations ont joué sur notre pratique et nousont poussée à repenser la forme et le contenu de certaines des activités proposées.

<u>Problématique 2 :</u> Dans quelles mesures cette intervention peut-elle se réaliser et s'adapter au contexte post-opératoire ?

Pour reprendre les mots J. Rodriguez et T. Jouffroy[52], il n'y a pas de « recette » à appliquer à tous les patients opérés. Comme nous l'avons déjà évoqué de nombreuses fois, notre intervention est à repenser et à réaménager de manière permanente tout au long de notre prise en charge. De ce fait, nous pouvons nous interroger sur la pertinence de l'application de protocole de rééducation de manière générale.

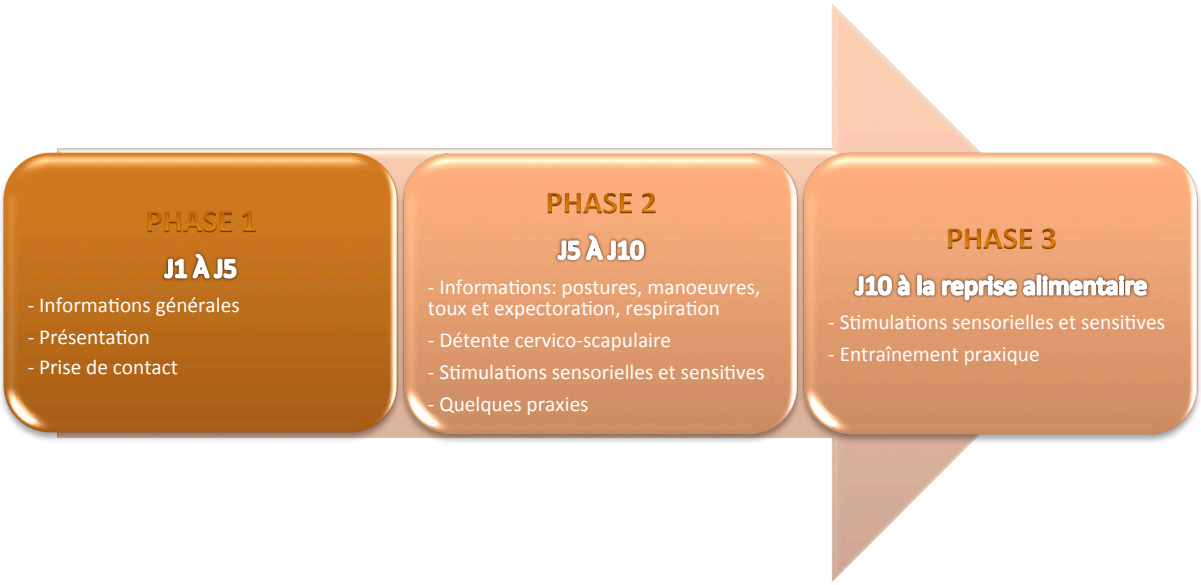
Cependant, notre démarche se base sur des principes fondamentaux fournis par la littérature et l'expérience. Ces fondements sont applicables à notre pratique quel que soit le cas à traiter.

Nous avons choisi de répertorier les plus pertinents à mes yeux.

- Le respect des indications et contre-indications médicales.
- La consultation, au préalable, du dossier médical et le recueil des informations indispensables à l'aboutissement d'une prise en charge adaptée.
- La circulation transparente des informations entre tous les membres de l'équipe en charge du patient.
- La prise en considération des enjeux médicaux, psychologiques et sociaux qu'implique ce type de pathologie et ses traitements.
- Le respect et l'adaptation permanente au patient, ses plaintes, ses demandes, son état et son évolution.
- La mise en place d'une relation de confiance avec le patient favorisant le dialogue, l'écoute et l'adhésion du patient à la rééducation.

[52] **[26]** RODRIGUEZ J. et JOUFFROY T., 2008

Sans faire cas des éventuelles complications qui pourraient survenir, nous avons estimé que la période post-opératoire pourrait être scindée en 3 phases.



Ces données sont, bien entendu, variables d'une situation à l'autre. C'est à l'orthophoniste de juger de la faisabilité de telle stimulation à un instant T.

Phase 1 de J1 à J5 : « éveil » et prise de contact

- **Informations générales**

Les premiers jours post-opératoires constituent une étape de réveil. Le patient sujet à la douleur, la gêne et la fatigue, reprend progressivement ses esprits. Alité, somnolent, il s'adapte, tant bien que mal, aux aménagements dont il bénéficie : sonde naso-gastrique, canule de trachéotomie … .

Cette phase n'est pas pleinement favorable à notre intervention. Pour autant, elle est l'occasion d'une première prise de contact nécessaire à la poursuite de notre prise en charge. Les informations adaptées avec souplesse au profil du patient se doivent de faire le relais du travail déjà engagé en post-opératoire (dans les meilleurs des cas).

Claires, efficaces et sans fioriture, ces informations doivent s'ancrer dans le présent et le futur (très) proche pour capter l'attention du patient et lui permettre de les transposer dans la réalité de sa situation. Il convient de présenter (ou reprendre) :

- Notre identité, notre profession et notre rôle
- Les grands axes de la rééducation et sa progression
- Les conséquences anatomiques et fonctionnelles de l'intervention
- Le mécanisme de déglutition
- Les adaptations nécessaires à la réhabilitation du patient (de manière générale)

L'orthophoniste doit laisser suffisamment d'espace dans son entretien pour qu'il génère un échange libre, où le patient peut exprimer ses questions, ses craintes et ses besoins.

Cette étape va nous permettre, semble-t-il, de poser les premiers jalons d'une relation de confiance patient/thérapeute.

Phase 2 de J5 à J10 : entrée dans le vif du sujet

- Informations : postures et manoeuvres, toux et expectoration, respiration
- Application (si possible)
- Détente cervico-scpulaire
- Stimulations sensorielles et sensitives
- Quelques praxies

De manière générale, cette phase constitue une période de stabilisation de l'état du patient. Les douleurs sont traitées et apaisées, le patient s'est mobilisé et est plus à même d'écouter et participer.

Notre information peut alors s'étoffer et gagner en précisions concernant :

- Les adaptations posturales et manœuvres de sécurité
- La nécessité des mécanismes de toux et désencombrement
- Les bienfaits d'une respiration costo-diaphragmatique

Précises, concises, concrètes et rattachées sans cesse à la situation du patient, ces données ont toutes les chances d'être comprises et surtout intégrées par le patient.

Il convient, chaque fois, de rappeler et redéfinir avec lui l'objectif ultime de la rééducation: une reprise alimentaire confortable et sécuritaire.

Dès que nous l'estimons possible et que l'état du patient le permet, nous pouvons accompagner notre discours par la pratique. Des exercices simples, réalisables sans effort, nous permettront d'ancrer plus efficacement nos explications.

L'approche kinésithérapeutique est très complémentaire de celle des orthophonistes en matière de dysphagie. Il est important de connaître le type d'exercices pratiqué par le kinésithérapeute pour aligner notre démarche à la sienne. En collaboration avec ce dernier, nous pourrons définir les contours et limites du travail de la respiration.

La détente cervico-scapulaire, sous la forme de massages et de manipulations douces et passives pourra être également repensée de concert.

A ce stade, les stimulations sensorielles et sensitives peuvent être proposées au patient. Elles seront introduites par des massages faciaux et exo-buccaux puis réalisées à partir de différents types de stimulus : la vibration, le toucher, les pressions, le froid … sur les différentes zones endo-buccales (les lèvres, les joues, la langue et les lambeaux).

Dans le meilleur des cas, ce type de stimulation pourra être réitérée jusqu'à la reprise alimentaire en se focalisant progressivement sur les éléments déficitaires.

Quelques praxies pourront être présentées au patient et réalisées avec précaution par ce dernier. Ces exercices devront être sélectionnées judicieusement par l'orthophoniste pour s'adapter à la fois au profil du patient et aux circonstances post-opératoires.

Si elles ne peuvent être effectuées efficacement et entraînées plusieurs fois par jour par le patient, peut-être n'est-il pas inutile de les proposer. Il conviendrait alors d'être patient et d'attendre le moment opportun.

Phase 3 de J10 à la reprise alimentaire : préparation active aux premiers essais alimentaires

- Stimulations sensorielles et sensitives
- Entraînement praxique

A ce stade, un véritable travail analytique peut être engagé avec le patient.

Un programme rééducatif organisé traitant chaque structure accessible de la sphère bucco-faciale va être proposé au patient et pratiqué de manière répétée avec et sans lui.

L'essentiel de ce travail est de retrouver la fonctionnalité de chaque élément intervenant dans le processus de déglutition. Cet entraînement passe par un travail de renforcement musculaire intensif et prolongé. Il exige des efforts de la part du patient, un état de vigilance suffisant ainsi que l'intégrité des capacités cognitives.

Ce travail devra être accompagné de consignes, d'explications, de modèles pour développer les facultés d'auto-correction du patient.

Une fois le programme établi et présenté, nous pourrons rédiger avec le patient une liste d'exercices à réaliser de manière régulière. Cette liste accrochée dans la chambre responsabilise au maximum le patient. Il convient, évidemment, de rappeler au patient toutes les conditions nécessaires à la réalisation efficace de chacun des exercices proposés.

Problématique 3 : Quels sont les intérêts de cette pratique du point de vue du patient et de l'orthophoniste ?

Du point de vue du patient

Ce programme rééducatif précoce ne va pas nécessairement améliorer la déglutition du patient à proprement parler. Il semble impacter, avant tout, sur les conditions dans lesquelles le patient va aborder les premiers essais alimentaires et peut être même influer sur la manière dont il va adhérer au projet rééducatif dans son ensemble.

Pour rejoindre les termes employés dans la littérature, ce travail est véritablement le moyen de « préparer » la reprise alimentaire afin que celle-ci se déroule dans les meilleures conditions possibles.

Pour résumer, ce travail engagé précocement va permettre au patient :

- D'envisager la rééducation sans appréhension, avec un accompagnement adapté sur mesure.
- De participer et contribuer activement à sa réhabilitation.
- De retrouver progressivement :

    - Une fonctionnalité des structures anatomiques lésées
    - Une sensibilité et une proprioception bucco-faciale nécessaires à la reprise alimentaire
    - Un confort buccal qui va favoriser le retour du plaisir de s'alimenter

Du point de vue orthophonique

La mise en place d'un suivi dès les premiers jours post-opératoires va offrir des avantages considérables à l'orthophoniste lui donnant les moyens d'envisager au mieux la poursuite de la prise en charge.

En comparaison à une rééducation qui ne débuterait que le jour des premiers essais alimentaires, une intervention précoce va nous permettre d'aiguiser plus finement nos facultés d'observation pour une meilleure adaptation au profil du patient.

Ce travail préparatoire va permettre au thérapeute de :

- Faire la rencontre du patient et réaliser une première prise de contact
- Découvrir le patient et prendre le temps d'analyser sa situation afin d'envisager au mieux les aspects de la rééducation
- Mettre progressivement en place un programme de rééducation adapté au profil et aux besoins du patient
- Envisager avec le patient les adaptations nécessaires à la réalisation d'une reprise alimentaire de qualité
- Mettre en place un travail d'éducation thérapeutique, de sensibilisation et de guidance. La démarche éducative repose essentiellement sur la relation de soin et sur une approche structurée et inscrite dans la durée. Elle accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé.
- Poser les jalons d'une relation de confiance avec le patient
- Travailler et échanger avec une équipe pluridisciplinaire au fait de l'évolution quotidienne du patient

D'un point de vue purement économique, cette démarche précoce pourrait participer à la limitation des dépenses en matière de santé en favorisant la réduction du temps d'hospitalisation des patients.

VI. Discussion

Une enquête auprès d'orthophonistes et de chirurgiens nous a permis de nous faire une idée des aspects que pouvait revêtir la prise en charge orthophonique en service de cancérologie ORL. Elle nous a également offert la possibilité de préciser les modalités d'exercice orthophonique en phase post-opératoire immédiate.

Cependant, l'échantillon de la population des orthophonistes et des chirurgiens interrogés est relativement réduit et ne nous a permis de mettre en lumière que le point de vue des personnes ayant participé. Une population plus importante aurait certainement apporté d'autres informations et permis d'asseoir nos conclusions avec plus de certitude.

De plus, les résultats sur lesquels s'appuie la validation des hypothèses sont essentiellement qualitatifs puisqu'il s'agit d'un recueil d'observations et d'expériences personnelles. Avec une approche basée sur une évaluation davantage formelle, il aurait peut être été possible d'objectiver l'apport de la prise en charge orthophonique précoce sur le mécanisme de déglutition.

Aussi, une mise en parallèle de nos observations avec la réalisation des premiers essais alimentaires et leurs résultats aurait probablement permis de mettre en exergue les bienfaits du protocole sur les conditions de la ré-alimentation.

Nos disponibilités dans le service ne nous l'ayant pas permis, le protocole de stimulations aurait mérité d'être réalisé plusieurs fois auprès du patient notamment en ce qui concerne les stimulations sensitives et sensorielles ainsi que l'entraînement praxique.

En ce qui concerne la nature des stimulations en tant que telle, nous aurions aimé pouvoir repenser certaines d'entre elles, et tester leur faisabilité auprès du patient.

Enfin, il serait intéressant de compléter ce travail par différentes études comparatives :

- De patients suivis par des orthophonistes ayant pratiqué un protocole de stimulations similaires.
- De deux groupes de patients : le premier ayant bénéficié d'une prise en charge précoce, le deuxième ayant bénéficié d'une prise en charge classique

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était de réfléchir autour de la prise en charge précoce du patient ayant bénéficié d'une chirurgie de la cavité buccale et/ou de l'oropharynx dans le cadre d'un traitement d'une tumeur de la sphère cervico-faciale.

Le recueil des informations publiées à ce sujet ainsi que l'interrogatoire des orthophonistes et chirurgiens pratiquant dans ce domaine nous ont permis de mettre en évidence l'hétérogénéité des données et avis en la matière.

L'élaboration d'un programme de soins basés sur l'éducation thérapeutique du patient et la stimulation passive et douce des structures anatomiques lésées par la chirurgie nous a donné les moyens de nous confronter directement aux conditions d'exercice en service hospitalier et d'apprécier les bienfaits et contraintes d'une intervention orthophonique précoce.

Les hypothèses émises au préalable ont donc pu être validées.

Notre étude a montré qu'une prise en charge orthophonique précoce a toute sa place en phase post-opératoire immédiate. Les conditions d'intervention ne sont pas optimales et appropriées à une rééducation intensive et soutenue mais semblent convenir parfaitement à un travail d'introduction et de préparation à la reprise alimentaire.

Cette prise en charge implique cependant la prise en compte et l'adaptation à un certain nombre de facteurs individuels et environnementaux. La réhabilitation des troubles de la déglutition dans le contexte de la cancérologie ne peut être effective que grâce à une démarche qui intègre l'ensemble de ces éléments, aussi variables soient-ils.

La mise en place d'un protocole de soins précoces participe à la réhabilitation globale du patient. Même si nous n'avons pu objectiver ici les effets à plus ou moins long terme des stimulations proposées sur le mécanisme de déglutition, nous pouvons, grâce aux données de la littérature et aux recherches effectuées dans ce domaine, supposer leurs bienfaits.

De plus, une prise de contact précoce et la remise en route progressive des régions mises à l'oeuvre lors du mécanisme de déglutition ne peuvent être que bénéfiques à la poursuite de la rééducation. L'orthophoniste prépare les essais alimentaires à venir en conditionnant au mieux le patient aux adaptations nécessaires à leur réalisation. Le patient, de son côté, peut ainsi avancer dans la réassurance, en prenant conscience à son rythme des modifications opérées.

Une relation de confiance s'instaure alors facilitant l'adaptation de l'orthophoniste au patient d'un côté, et la participation du patient à la rééducation orthophonique de l'autre.

La faiblesse du nombre de professionnels interrogés ne nous permet pas de généraliser les conclusions obtenues. Malgré tout, le questionnaire a su mettre en évidence les divergences de points de vue et de pratique dans les services de cancérologie ORL. Mettre en place un projet à plus grande échelle permettrait, idéalement, d'évaluer de manière plus pertinente les bénéfices d'une intervention orthophonique précoce sur les suites de la prise en charge de la dysphagie.

Toutefois, certains professionnels ont évoqué leur réticence à l'égard de cette prise en charge préférant intervenir plus tardivement afin de préserver le processus de cicatrisation. Ce type de remarque met en lumière le manque de cohésion autour de la prise en charge de la dysphagie. La complexité des mécanismes mis en œuvre au cours de l'alimentation impose une approche pluridisciplinaire. Le projet thérapeutique doit être pensé et mené dans la transparence entre tous les membres de l'équipe. Une information inter-professionnelle pourrait éventuellement favoriser la mise en place d'une démarche plus homogène dans les services.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

[1] BELISLE Francine (1996). *La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte.* Quebec, CANADA: Edisem.

[2] BLEECKX Didier et al. (2001). *DYSPHAGIE Evaluation et rééducation des troubles de la déglutition.* Bruxelles, BELGIQUE: De Boeck et Larcier.

[3] COUTURE G. et EYOUM I. et MARTIN F. (1997). *Les fonctions de la face: évaluation et rééducation.* Isbergues, FRANCE: L'Ortho-Editions.

[4] CREVIER-BUCHMAN L. et BRIHAYE S. et TESSIER C. (1998). *La déglutition après chirurgie partielle du larynx.* Marseille, FRANCE: Solal.

[5] EYOUM I. et al. (2008). *Le toucher thérapeutique en orthophonie, Rééducation orthophonique,* n°236. Isbergues, FRANCE: Fédération Nationale des Orthophonistes.

[6] FARENC Jean-Claude et al. (2011). *Déglutition et cancer*, *Rééducation orthophonique*, n°245. Isbergues, FRANCE: Fédération Nationale des Orthophonistes.

[7] MCFARLAND, D. H. (2009). *L'anatomie en orthophonie Parole, déglutition et audition.* Paris, FRANCE: Elsevier Masson.

[8] PIVOT Xavier et Maurice SCHNEIDER et François DEMARD, X. P. (2003). *Carcinomes epidermoides des voies aéro-digestives supérieures: nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques.* (Springer, Éd.) Springer.

[9] PUECH M. et WOISARD V. (2003). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte Le point sur la prise en charge fonctionnelle.* Marseille, FRANCE: Solal.

[10] ROBERT D. et GIOVANNI A. (2003). *Prise en charge orthophonique en cancérologie ORL.* MArseille, FRANCE: Solal.

Articles

[11] BACQUE M-F (2007). *Prévenir les troubles de l'image du corps et de la représentation de soi, Psycho-Oncologie*, n°1, p 3-5

[12] BASCLET J-P et ELLIEN F. (2007). *Les altérations de la face : l'autre défiguré, le monstrueux, le familier, Psycho-Oncologie,* n°1, p 19-23

[13] BRAGA-SILVA J. et JAEGER M.R.O et FAVALLI P.P.S (2005). *Reconstruction mandibulaire : les lambeaux microchirurgicaux de la crête iliaque et péroné, Annales de chirurgie plastique esthétiques*, n°50, p 49-55

[14] CREVIER-BUCHMAN (2007). *Evaluation de la qualité de vie après glossectomie partielle*, Paris

[15] DASSONVILLE O. ET POISSONNET G. et BOZEC A. (2006). *Glossectomies, Techniques chirurgicales - Tête et cou,* EMC (Elsevier SAS, Paris*),* 46-250

[16] FALAWEE M-N et al. (2009). *La nutrition dans la prise en charge des cancers ORL, Oncologie*, n°11, p -132

[17] FAUVET F. *Intelligibilité de la parole après glossectomie totale et réhabilitation orthophonique précoce,* Strasbourg

[18] FURIA Cristina L. B et al. (2001)**.** *Speech Intelligibility After Glossectomy and Speech Rehabilitation, ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG*, Juillet 2001, vol 127, N°12

[19] GARABIGE V. ET AL. (2006). *Intérêts de la prise en charge nutritionnelle des patients traités par irradiation des voies aéro-digestives supérieures : La consultation diététique est-elle utile ?, Cancer/Radiothérapie*, n°11, p 111-116

[20] LACAU ST GUILY J. (2005). *Trouble de la déglutition de l'adulte. Prise en charge diagnostique et thérapeutique, EMC Oto-rhino-laryngologie,* n°2, p 1-25

[21] LOUIS M-Y et RAME J-P (2008). *Cancers des voies aéro-digestives supérieures. Vers un corps reconstruit, vers une autre vie, Psycho-Oncologie,* n°2, p77-82

[22] LOEWEN Irene J. et al (2010). *Oral sensations and function: a comparison of patients with innervated radial forearm free flap reconstruction to healthy matched controls, Sensation and Function after Tongue Reconstruction*, HEAD & NECK, Janvier 2010

[23] MARANDAS P. et al. (2006). *Chirurgies des tumeurs malignes du plancher buccal : exérèse et réparation, Techniques chirurgicales - Tête et cou,* EMC (Elsivier SAS, Paris*),* 46-240

[24] MARX E. (2004). *Guérison psychique : fantasme ou réalité ? Cas clinique, Psycho-Oncologie,* n°2 p 109-111

[25] MAZERON J.J. ET GRIMARD L. (1997). *Effets tardifs des radiations ionisantes sur les tissus de la sphère oto-rhino-laryngologique, Cancer/Radiothérapie,* p 692-705

[26] MITTAL BHARAT B. et al. (2003) *Swallowing dysfunction—preventative and rehabilitation strategies in patients with head-and-neck cancers treated with surgery, radiotherapy, and chemotherapy: a critical review, Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys*., Vol. 57, N°. 5, pp. 1219–1230, 2003

[27] MURPHY Barbara A. et al. (2009) *Dysphagia in Head and Neck Cancer Patients Treated With Radiation: Assessment, Sequelae, and Rehabilitation, Seminars in Radio Oncology,* ELSEVIER, 2009

[28] O'CONNELL D.A ET AL. (2008) *Swallowing Function in Patients With Base of Tongue Cancers Treated With Primary Surgery and Reconstructed With a Modified Radial Forearm Free Flap. ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG*, Août 2008

[29] ROBERT D. (2004). *Les troubles de la déglutition post-intubation et trachéotomie, Réanimation*

[30] ROCH J.B et PIRON A. (2010). *Techniques manuelles en orthophonie, Entretien de Bichat*, Lyon

[31] RODRIGUEZ J. et JOUFFROY T. (2008). *Chirurgie mutilante et reconstruction. Un face à face troublant*. *Le corps reconstruit, Psycho-Oncologie*, n°2, p 97-99

[32] SMITH Jesse E. et al (2008). *Risk Factors Predicting Aspiration After Free Flap Reconstruction of Oral Cavity and Oropharyngeal Defects, ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG*, Novembre 2008, vol 134, N°11

[33] SUAREZ-CUNQUEIRO Maria-Mercedes et al (2008). *Speech and Swallowing Impairment After Treatment for Oral and Oropharyngeal Cancer, ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG*, Décembre 2008, vol 134, N°12

[34] VAN DER MOLEN Lisette et al. (2010). *A Randomized Preventive Rehabilitation Trial in Advanced Head and Neck Cancer Patients Treated with Chemoradiotherapy: Feasibility, Compliance, and Short-term Effects,* Juillet 2010

[35] (2001) *Alimentation entérale et parentérale, Cahiers Nutrition et Diététique, Hors série n°1*

Mémoire

[36] ANTCZAK Cécile (2010) *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*, Orthophonie, Nancy

[37] LOMBARD Céline (2009) *Orthophonie et cancérologie: Rôle de l'orthophonie auprès des patients opérés d'une chirurgie bucco-pharyngo-laryngée*, Orthophonie, Nancy

[38] VIVIER Jennifer (2013) *Toucher thérapeutique et troubles des fonctions oro-faciales : élaboration d'un livret d'informations à destination des orthophonistes*, Orthophonie, Bordeaux

Site internet

[39] http://www3.ligue-cancer.net

[40] http://www.unicancer.fr

[41] http://www.e-cancer.fr

Vidéo

[42] EYOUM I. et DEFIVES S. (1998). *Les fonctions de la face : Stimulations oro-faciales*, Ortho Edition

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire à l'intention des orthophonistes exerçant en service de cancérologie ORL et/ ou maxillo-faciale

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en orthophonie, je réalise aujourd'hui une enquête au sujet de la prise en charge précoce post-opératoire des patients ayant subi une chirurgie de la cavité buccale ou une chirurgie partielle du larynx.

Vos réponses me permettront :

- de faire le point sur les pratiques précoces d'aujourd'hui
- d'élaborer un protocole de soins adapté
- de juger de la pertinence de ce protocole dans la visée d'une reprise alimentaire de meilleure qualité

Merci de l'attention et de la précision que vous y porterez.

MORENO-RUIZ Sophie
Étudiante en 3ème année à l'école d'orthophonie de NICE
sophiemorenoruiz@hotmail.com

1. **A quel(s) moment(s) intervenez-vous auprès du patient opéré ?**

□ En pré-opératoire

□ En post-opératoire très précocément (J+ 1,2 …)

□ En post-opératoire plus tard (J+ 7, 10 …)

□ Autre :

2. **A quel(s) moment(s) intervenez-vous auprès du patient opéré ?**

□ En pré-opératoire

□ Avant la cicatrisation complète

□ Avant la décanulation

□ Après la cicatrisation complète

□ Après la décanulation

□ Autre :

3. **Quels sont les repères temporels ou indications médicales qui vous permettent d'agir/de ne pas agir précocement ?**

4. **Si vous intervenez de manière précoce, en quoi consiste votre prise en charge ? Si vous ne pouvez intervenir précocement, quelles en sont les raisons ?**

5. **Vous arrive-t-il de pratiquer des reprises alimentaires chez des patients trachéotomisés ? Si OUI, dans quelles conditions ? Si NON, pourquoi ?**

6. **Quels sont les bénéfices ou contraintes directes auxquels vous faites face lors de cette prise en charge ?**

7. **De quoi se constitue le matériel dont vous disposez ?**

8. **D'autres professionnels interviennent-ils de manière précoce auprès du patient ? Si OUI, lesquels ? De quelle manière ?**

Vos coordonnées me permettront de vous recontacter pour plus de détails :

- **NOM :**
- **Prénom :**
- **Lieu d'exercices professionnels :**
- **E-mail/Numéro de téléphone :**

Merci

Annexe II : Questionnaire à l'intention des chirurgiens ORL exerçant en service de cancérologie ORL et/maxillo-facial

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en orthophonie, je réalise aujourd'hui une enquête au sujet de la prise en charge précoce post-opératoire des patients ayant subi une chirurgie ORL (bucco-pharyngectomie, ou laryngectomie partielle).

Vos réponses me permettront :

- de faire le point sur les pratiques précoces d'aujourd'hui
- d'élaborer un protocole de soins adapté
- de juger de la pertinence de ce protocole dans la visée d'une reprise alimentaire de meilleure qualité

Merci de l'attention et de la précision que vous y porterez.

MORENO-RUIZ Sophie
Étudiante en 3ème année à l'école d'orthophonie de NICE
sophiemorenoruiz@hotmail.com

1. **A quel(s) moment(s) l'orthophoniste de votre service intervient-elle auprès du patient opéré ?**

□ En pré-opératoire

□ En post-opératoire très précocément (J+ 1,2 …)

□ En post-opératoire plus tard (J+ 7, 10 …)

□ Autre :

2. **A quel(s) moment(s) l'orthophoniste de votre service intervient-elle auprès du patient opéré ?**

□ En pré-opératoire

□ Avant la cicatrisation complète

□ Avant la décanulation

□ Après la cicatrisation complète

□ Après la décanulation

□ Autre :

3. **Etes-vous favorable à une intervention orthophonique précoce (J+ 2, 3, 4…) ? Si NON, pourquoi ?**

4. **Quel(s) type(s) de prise en charge conseillez-vous ? Pourquoi ?**

5. **Quel(s) type(s) de prise en charge déconseillez-vous ? Pourquoi ?**

6. **Pensez-vous qu'une prise en charge orthophonique précoce puisse avoir un intérêt dans la réhabilitation globale de la sphère oro-faciale du patient opéré (reprise alimentaire, phonation, sensibilité, confort et bien être …) ? Si OUI le(s)quel(s) ?**

7. **Pratiquez-vous des poses de gastrostomies précoces en pré-opératoire ? Pourquoi ?**

Vos coordonnées me permettront de vous recontacter pour plus de détails :

- **NOM :**
- **Prénom :**
- **Lieu d'exercices professionnels :**
- **E-mail/Numéro de téléphone :**

Merci

Annexe III : Fiche STIMULATION 1

Informations : suites opératoires et rééducation orthophonique

MATERIEL	• Miroir • Schémas
ETAPES	**1. Ma présentation : mon identité, mon statut et mon rôle** « Bonjour, je suis Sophie, stagiaire en orthophonie en 4ème année. Dans quelques mois, je serai orthophoniste et dans le cadre de mon mémoire, je réalise un programme de stimulations qui vous est destiné. Je vais intervenir plusieurs fois dans le service pour travailler avec vous.» **2. Le protocole et ses intérêts** « Pendant plusieurs séances, nous allons préparer l'ensemble des structures anatomiques nécessaires au mécanisme de déglutition. Cet entraînement, réalisé par le biais de stimulations douces et passives, nous permettra de travailler la fonctionnalité mais aussi la sensibilité de toute la sphère oro-faciale. L'intérêt est de vous réapproprier progressivement les régions lésées et modifiées par l'opération. A terme, le but est de favoriser la reprise alimentaire afin qu'elle soit la plus confortable et sécuritaire pour vous.» **3. La prise en charge orthophonique et de sa progression** • **Etape 1 :** Protocole de stimulations précoces - Préparation et mise en place des premiers aménagements • **Etape 2 :** Décanulation • **Etape 3 :** Essais alimentaires • **Etape 4 :** Ablation de la sonde selon les résultats et état du patient **Etape 5 :** Education et conseils pour la sortie « Nous allons dans un premier temps faire préparer en douceur la sphère bucco-faciale grâce à des mobilisation, des massages et des stimulations. Ceux-ci vont permettre la remise en route des zones encore endolories et/ou inactives du fait de l'opération. Dans un deuxième temps, nous effectuerons en fonction de votre état, de la cicatrisation, et des instructions du chirurgien, des essais alimentaires. Si tout cela se passe bien, cela conduira à terme à l'ablation de votre sonde naso-gastrique et à une reprise alimentaire per os adaptée. Tout ceci se fera progressivement avec des conseils au sujet des textures alimentaires et des positions ou manœuvres qui correspondent à votre

	profil. Dans un troisième et dernier temps, nous déterminerons ensemble les conseils pratiques et utiles qui vous permettront de vous alimenter de manière la plus adaptée et sécuritaire possible, chez vous. » **4. <u>La chirurgie et des conséquences anatomo-fonctionnelles</u>** Exérèse, mode de reconstruction et conséquences sensitivo-motrices de l'intervention dont a bénéficié le patient. » **5. <u>Le mécanisme de déglutition et de ses différentes étapes</u>** **ANNEXE IV et V** **6. <u>La découverte d'une nouvelle image par le miroir</u>**

Annexe IV : Fiche ETAPES DE LA DEGLUTITION

La déglutition

Définition : c'est **l'action d'avaler**.

C'est un mécanisme qui permet :

- La préhension des aliments
- La préparation dans la bouche
- La propulsion de l'oropharynx vers l'estomac

→ Tout en assurant la protection des voies respiratoires.

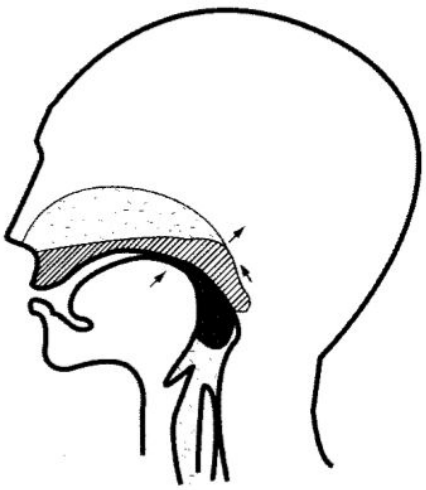
Elle fait intervenir la coordination de 25 muscles et 5 nerfs crâniens.

Elle est divisée en 3 temps :

- **Le temps buccal/oral**
- **Le temps pharyngé**
- **Le temps œsophagien**

Les temps de la déglutition normale

TEMPS 1 : le temps oral

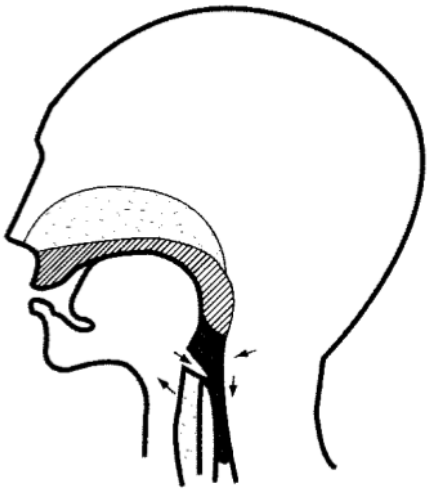


- **VOLONTAIRE** → on peut agir dessus
- Ouverture de la bouche
- Préhension de l'aliment (lèvre – dents)
- Mastication, section (dents) et insalivation du bolus alimentaire (langue)
- Rassemblement d'un bolus homogène sur le dos de la langue
- Propulsion du bolus vers le pharynx
- Au même moment : élévation du voile du palais qui assure la fermeture du rhino-pharynx

Cela nécessite :

- Une position du corps adéquate
- Une ouverture de la bouche suffisante
- Une motricité labiale et jugale suffisante
- Des muscles masticateurs (4) fonctionnels
- Une bonne souplesse et dextérité de la langue
- Une bonne mobilité du voile du palais

<u>TEMPS 2</u> : Le temps pharyngé



- **<u>AUTOMATIQUE et REFLEXE</u>** → on ne peut pas agir dessus

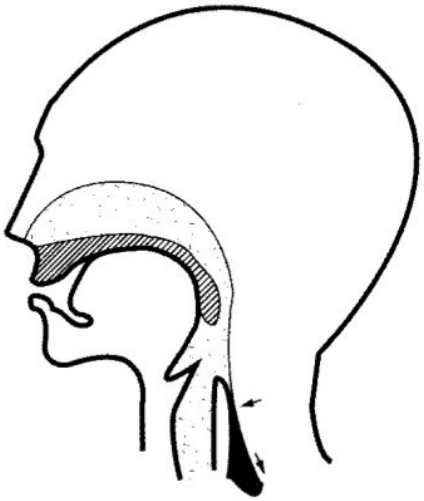
<u>PROTECTION</u>	**<u>PROPULSION</u>**
• Inhibition des centres respiratoires = APNEE • Fermeture du vélo-pharynx • Ascension et occlusion laryngée • Recul de la base de langue - Fermeture des CV - Bascule postérieure de l'épiglotte - Elévation antérieure du larynx	• Recul de la base de langue • Propulsion pharyngée • Ouverture du SSO : qui va permettre le passage du bol alimentaire vers l'œsophage. Cette ouverture résulte d'un double processus de relaxation musculaire et d'ascension du larynx.

Cela nécessite :

- Une position du corps adéquate
- Une motricité de la base de langue suffisante
- Une bonne mobilité pharyngée
- Une bonne mobilité laryngée
- Une occlusion laryngée qui assure une étanchéité

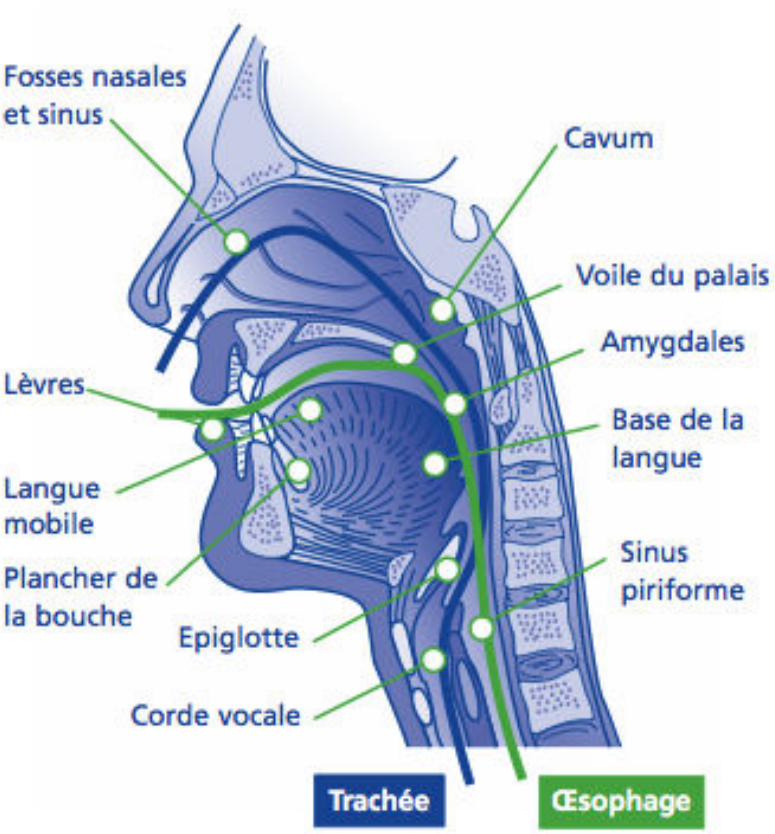
<u>TEMPS 3</u> : Le temps oesophagien

- **<u>REFLEXE</u>**
- Progression du bol jusqu'à l'estomac grâce au péristaltisme (contraction musculaire) œsophagien qui propulse le bol
- Franchissement de la bouche oesophagienne par le bol alimentaire
- Mise en position de repos du vélo-pharyngo-larynx
- Reprise de la respiration



Annexe V : Fiche SCHEMA Voies aéro-digestives supérieures

ANATOMIE DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES



CAVITÉ BUCCALE
- Lèvres
- Langue mobile
- Plancher de la bouche

RHINOPHARYNX
ou Cavum

OROPHARYNX
- Voile du palais
- Base de langue
- Amygdales palatines

HYPOPHARYNX
- Sinus piriforme
- Paroi postérieure
- Région post cricoïde

LARYNX
- Face laryngée de l'épiglotte
- Ventricule
- Cordes vocales

Annexe VI : Fiche de STIMULATION 2

Informations et pratique : postures et manœuvres

MATERIEL	• Schémas
ETAPES	« La chirurgie que vous avez subi a modifié, comme nous l'avons déjà évoqué ensemble, certaines zones de votre anatomie et par la même certaines fonctions propres à ces zones, notamment la fonction de déglutition. Dans les prochains jours, vous serez amener à réhabiliter, à ré-entraîner cette fonction de déglutition. Pour ce faire, et ce dans les meilleures conditions qui soit, vous devrez prendre en compte les changements opérés en adaptant votre posture. Cette posture, que nous détaillerons ensemble, vous permettra d'exercer cette fonction de déglutition en toute sécurité c'est à dire en favorisant le passage du bolus alimentaire tout en protégeant les voies respiratoires. Vous ne devrez pas oublier que ces zones sont encore endolories et fragiles, tout ce travail se fera donc en douceur et sans forçage. La remise en route fonctionnelle devra être progressive.» **1. La posture du corps** **ANNEXE V** **2. Les postures de tête et manœuvres de sécurité** **Postures de tête** *Glossectomie (en fonction du type d'exérèse)* - Extension de la tête si manque de propulsion linguale et/ou basi-linguale - Mise en bouche du côté sain (zone conservée, zone sans lambeau) afin de favoriser le passage du bolus *Exérèse de la base de langue* Flexion antérieure de la tête (tête sur la poitrine) qui favorise le mouvement antérieur du pharynx afin de diminuer les dimensions de l'entrée du larynx

	Exérèse d'une base de langue Rotation du cou et inclinaison latérale afin de pencher le cou du côté de la base de langue restante pour renforcer la fermeture laryngée *Exérèse de l'apex lingual* Extension de la tête afin de favoriser la propulsion du bolus *Exérèse linguale et lambeau* - Introduction de plusieurs bouchées afin de recréer un plancher au niveau de la langue antérieurement existante, seule la dernière bouchée glissera vers l'œsophage - Flexion de la tête, menton contre poitrine puis recul vers le pharynx au moment d'avaler *Exérèse du voile du palais* Légère tenue de tête haute, menton légèrement relevé qui favorise l'occlusion partielle du rhino-pharynx si elle est possible et permet d'éviter le reflux nasal. *Exérèse pharyngée* - Flexion antérieure - Inclinaison éventuelle si asymétrie **<u>Manoeuvres de protection laryngée</u>** *La déglutition supra-glottique* 1. Mettre l'aliment en bouche (faible volume) 2. Garder l'aliment en bouche 3. Baisser la tête (menton sur la poitrine) 4. Relâcher les épaules 5. Inspirer en gonflant la poitrine 6. Bloquer la respiration de façon tonique 7. Avaler (respiration toujours bloquée) 8. Toux immédiate afin d'évacuer d'éventuels particules (respiration toujours bloquée) 9. Ré-avaler dans les mêmes conditions ou cracher *La déglutition super supra-glottique* 1. Mettre l'aliment en bouche (faible volume) 2. Garder l'aliment en bouche

3. Baisser la tête (menton sur la poitrine)
4. Relâcher les épaules
5. Inspirer en gonflant la poitrine
6. Bloquer la respiration de façon tonique en exerçant :

   - un appui frontal
   - un appui cervical
   - une pression forte des mains l'une contre l'autre (ou pression sur une table, ou tentez de soulever une chaise en la saisissant par les bords)

7. Avaler (respiration toujours bloquée)
8. Toux immédiate afin d'évacuer d'éventuels résidus (respiration toujours bloquée)
9. Ré-avaler dans les mêmes conditions ou cracher

Manoeuvres de vidange pharyngée

La déglutition d'effort « Effortful swallow »

Avaler le plus fort possible en serrant tous les muscles de la nuque, de la gorge et du cou afin de développer un tonus important qui favorisera la propulsion du bolus alimentaire et la qualité de la déglutition.

3. La ré-alimentation

- Evoquer la modification des textures

- Evoquer l'adaptation de la mise en bouche

4. Les risques et complications

« Les aménagements que nous évoquons ont pour but de rendre le geste alimentaire le plus confortable possible mais également le plus sécuritaire.

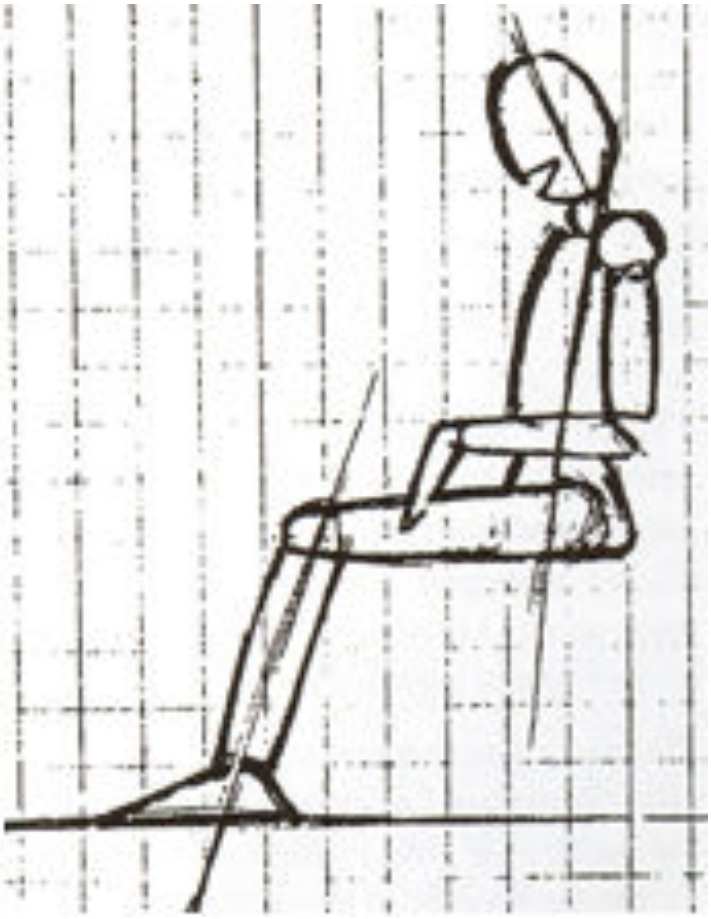
En effet, la remise en route des structures oro-faciales mais aussi les modifications anatomiques engagées par l'intervention et la reconstruction peuvent être la cause de fausses routes.

Une fausse route c'est avaler de travers, cela peut arriver à tout un chacun. Une fausse route, en elle-même, n'est pas dangereuse. Toutefois, lorsqu'elle est réalisée de manière répétée, elle peut entraîner une infection au niveau des poumons.

Ces fausses routes, grâce à l'ensemble des adaptations mises en œuvre, pourront être évitées. »

Annexe VII : Schéma La posture du corps

- Position assise à 90°
- Pieds posés au sol
- Tronc-tête-cou stables
- Angle obtus des genoux par rapport au corps
- Coussin éventuel derrière les épaule



Annexe VIII : Fiche STIMULATION 3

Informations et pratique : expectorer, tousser et cracher

MATERIEL	Haricot – serviettes
ETAPES	**1. Les différents types de toux** • L'expectoration • La toux • Le raclement **2. L'intérêt des mécanismes de toux et d'expectoration** « Souvent après l'opération, et du fait de l'inactivité des structures, des sécrétions ont tendance à s'accrocher aux parois, il est donc important de savoir évacuer ces mucosités pour ne pas gêner votre respiration mais également afin d'éviter la création de stases salivaires c'est à dire de dépôts de salive épaissie qui peuvent entraîner des fausses routes. L'évacuation de ces mucosités passe par l'expectoration ou la toux et le crachat. Cette activité va également vous permettre de remettre en route le pharynx et la larynx restés inactifs ou endolories.» **3. La séquence de toux** « Pour expectorer et tousser il est nécessaire de mobiliser les muscles inter-costaux et les abdominaux, vous allez donc ressentir une contraction à ce niveau (indiquer la zone). Cette contraction va vous permettre de maintenir/soutenir votre sangle abdominale afin de vous donner la force d'évacuer les mucosités. » **Etapes :** 1. S'asseoir confortablement (si possible) 2. Penchez légèrement sa tête vers l'avant 3. Placer les deux pieds fermement au sol (si possible) 4. Inspirez en pratiquant la respiration diaphragmatique (gonflez le ventre en inspirant) 5. Essayez de retenir votre respiration pendant 3 secondes. 6. En gardant la bouche légèrement ouverte, tousser deux fois. On ressent le diaphragme pousser vers le haut lors de la toux. La seconde toux sert à faire remonter le mucus vers la gorge, après que l'avoir bougé lors de la première toux. 7. Crachez le mucus 8. Prendre une pause et recommencer si besoin

	4. <u>Les précautions à prendre dans les cas de trachéotomie ou de décanulation</u> *Si canule de trachéotomie* - Rappeler le fonctionnement de la canule, sa localisation et son intérêt - Rappeler qu'il faut obturer la canule pendant l'expiration *Si pansement stop canule* - Rappeler qu'il faut appuyer de manière efficace sur le pansement/compresses pour obtenir une étanchéité optimale - Conseiller sur la position des doigts, utiliser le miroir si besoin - Rappeler l'importance de cette obturation afin de favoriser la cicatrisation et l'augmentation de la pression sous-glottique

Annexe IX : Fiche STIMULATION 4

Informations et pratique : la respiration

MATERIEL	• Miroir
ETAPES	**1. Les enjeux de la respiration costo-diaphragmatique** « Le travail de prise de conscience et de maîtrise de votre respiration va venir compléter le travail de désencombrement. En effet une expiration efficace va vous permettre de désobstruer les voies aériennes et de vous dégager un peu plus des mucosités. L'exercice de la respiration costo-diaphragmatique vous déchargera éventuellement des tensions accumulées au niveau scapulaire et thoracique et favorisera une détente corporelle globale » **2. Les exercices** **L'inspiration** **1ère étape : prise de conscience des sensations** - Consignes : « Faites entrée de l'air par le nez, bouche fermée, une main sur l'abdomen, l'autre au niveau du thorax. » - Sensations : « Le diaphragme se contracte, les poumons se gonflent, vous avez peut-être la sensation du ventre qui se gonfle, une légère sortie de l'abdomen. » **2ème étape : exercice de souffle bloqué** • Chasser l'air des poumons au maximum par une expiration maximale afin de créer un besoin d'air • Bloquer la respiration quelques secondes • Grande et profonde inspiration en gonflant le ventre **L'expiration** **1ère étape : prise de conscience des sensations** - Consignes : « Faites sortir de l'air par la bouche, une main sur l'abdomen, l'autre sur le thorax. » - Sensations : « Les poumons se vident, vous avez peut être la sensation du ventre qui se contracte. »

	<u>2ème étape :</u> exercices respiratoires rythmés • Faire un CH long sur l'expiration, doigts placés sur les côtes → sensation du diaphragme qui se lève et doigts qui se rapprochent • Inspirer 3 temps sur /f/ et 4 temps sur /ch/ • Même chose avec un /ch/ plus tonique au dernier temps **4. <u>Les précautions à prendre dans les cas de trachéotomie ou de décanulation</u>** *Si canule de trachéotomie* - Rappeler le fonctionnement de la canule et son intérêt - Repérer avec le patient où se trouve la canule, utiliser le miroir si besoin - Rappeler qu'il faut obturer la canule pendant l'expiration *Si pansement stop canule* - Rappeler qu'il faut appuyer de manière efficace sur le pansement/compresses pour obtenir une étanchéité optimale - Conseiller sur la position des doigts, utiliser le miroir si besoin - Rappeler l'importance de cette obturation afin de favoriser la cicatrisation et l'augmentation de la pression sous-glottique

Annexe X : Fiche STIMULATION 5

Détente cervico-scapulaire

MATERIEL	• Miroir
ETAPES	« Nous allons maintenant, par quelques manipulations, détendre toute la zone cervicale ainsi que les épaules. Cette zone est bien sur encore endolorie et fragile. Nous allons donc pratiquer des manipulations en douceur et ce sera à vous de trouver vos propres limites. Il ne faudra pas forcer, dès que vous ressentirez une douleur c'est que vous serez allé trop loin, que vous aurez trop forcer. Ces manipulations vont vous permettre de détendre l'ensemble de cette zone mais également de vous la réapproprier. » **Les exercices** **Détente cervicale** • Menton sur épaule droite puis gauche : « Déplacez votre menton vers l'épaule droite puis vers l'épaule gauche. » • Oreille sur épaule droite puis gauche : « Basculez votre oreille vers l'oreille droite puis vers l'oreille gauche. » • Rotations de la tête : « Effectuez des rotations de tête/des cercles avec votre tête». » **Détente scapulaire** • Rotations des épaules d'avant en arrière et inversement : « Effectuez des rotations des épaules d'avant en arrière et inversement/ des cercles avec vos épaules. » • Contraction et relâchement : « Elevez vos épaules puis relâchez. »

Annexe XI : Fiche STIMULATION 6

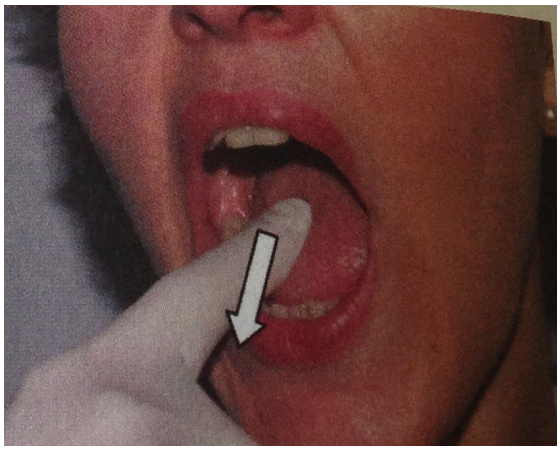
Les massages

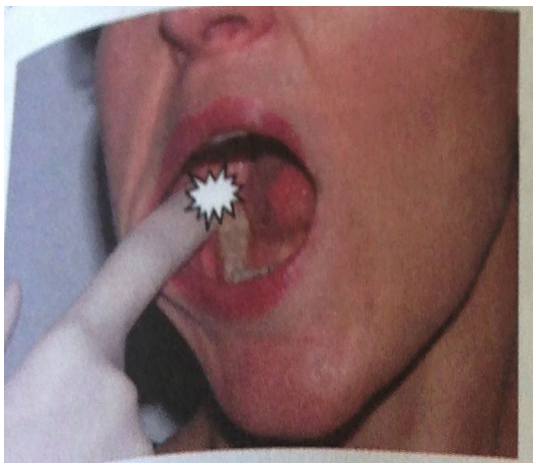
MATERIEL	• Gants - schémas
ETAPES	**1. La présentation des stimulations tactiles** « A présent, nous allons réaliser quelques stimulations que l'on peut appeler « massages ». Il perpétue le travail déjà commencé par les stimulations sensorielles et sensitives et s'opère dans un même but : celui de retrouver la sensibilité et la mobilité des zones opérées et encore endolories. Plus exactement ici, ces stimulations permettront d'assouplir les fibres musculaires, de détendre et relâcher la peau ainsi de favoriser l'amplitude des mouvements. Evidemment vous ne devez pas hésiter à me signaler quelconques douleurs ou gênes, elles tiendront lieu de limite de nos stimulations.» **2. La préparation au massage** Utilisation de plaques chauffantes ou de chaufferettes au niveau du front et des joues. **3. Les massages** **Massages péri-buccaux** Les massages doivent effectués progressivement du péri-buccal vers l'intra-buccal, de haut en bas, de l'extérieur vers l'intérieur. Ils sont réalisés au niveau : - Du front - Des ailes du nez : écartement des ailes du nez de l'extérieur vers l'intérieur - Des joues : étirements du bas vers le haut, de l'intérieur vers l'extérieur, touchers légers et petits coups des joues vers les coins de la bouche - Du menton : pétrissage en rotation circulaire - Du plancher buccal : effleurements et étirements avec la pulpe des doigts pour obtenir un rapprochement de la base de langue vers le pharynx (tout particulièrement dans les cas d'exérèse carcinologique de la base de langue)

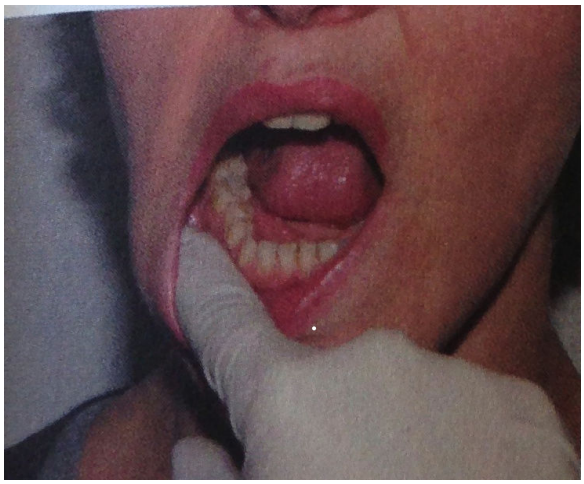
	- Des gencives : frottements fermes (2 à 3 fois) et pressions continues au niveau des gencives en maintenant la mâchoire fermée en plaçant l'index entre la lèvre supérieure et le nez. - Des lèvres : stretching, étirements des commissures labiales, roulements au niveau des commissures, pressions vibratoires **Massages endo-buccaux** Ils sont réalisés au niveau : - Des lèvres : pressions variables avec déplacements, pressions vibratoires - Des joues : rotations ou « traits droits » avec pression variable - De la langue : rotations ou « traits droits » avec pression variable, appuis avec un doigt ganté sur la langue, muqueuse des joues jusqu'aux piliers du voile

Exemples









Annexe XII : Fiche STIMULATION 7

Les stimulations sensorielles et sensitives

<table>
<tr><td>MATERIEL</td><td>

Jus de citron
Mouchoirs ou compresses
Chaufferettes ou bandes chauffantes
Glaçons sous forme de bâtonnet
Z-vibe
Bâtonnet réfrigérant
Kit d'hygiène dentaire
Kit de brosses à dents
Bougies parfumées

</td></tr>
<tr><td>ETAPES</td><td>
1. <u>Présentation des stimulations</u>

« Nous allons maintenant exercer quelques stimulations au niveau péri-buccal c'est à dire autour de la bouche et sur le visage mais également au niveau intra-buccal c'est à dire à l'intérieur même de la bouche, au niveau des zones qui peuvent encore aujourd'hui être porteuses de points de sutures.

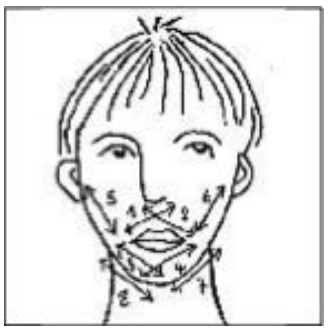
Ce travail va vous permettre avant tout de vous réapproprier une image, un schéma d'une anatomie qui a été récemment modifiée.

Ces stimulations ont pour but de réactiver la sensibilité de ces zones, sensibilité qui peut être « éteinte, endormie » sous l'effet des oedèmes et des modifications anatomiques entraînées par la chirurgie ou au contraire accrue, plus forte qu'à la normale.

Par ces stimulations, nous tentons également de réhabiliter la fonctionnalité de ces zones à savoir leur mobilité.

Certaines de ces stimulations seront passives, je les réaliserai moi-même, d'autres demanderont directement votre participation.

Elles seront réaliser avec différents matériaux, différentes températures et textures mais toujours en douceur et avec précaution. »



2. <u>Les stimulations par la température</u>

Application de la cryothérapie de ROOD
</td></tr>
</table>

Passer un glaçon (sous forme de bâtonnet) sur les trajets indiqués en réalisant des aller-retour rapides et appuyés au niveau des joues, des lèvres et du menton.

Appliquer le même type de stimulation à l'aide d'un stylet réfrigéré au niveau :

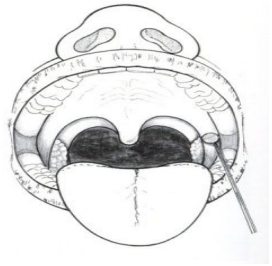
- des lèvres (face interne et externe)
- des joues (face interne)
- de la langue (face dorsale, lambeau si possible)

Proposer éventuellement au patient d'évaluer la progression de la récupération sensitive ensemble à l'aide d'une cartographie des zones buccales et linguales testées et de questionnement.

Bains de bouche chauds

Application des stimulations thermo-tactiles de LOGEMANN

Réaliser de petits coups brefs, légers (environ 1 sec chacun) et répétés (5 ou 6 de chaque côté) au niveau des piliers antérieurs du pharynx à l'aide d'un miroir laryngé très froid.



Ces stimulations doivent être suivie d'une déglutition volontaire (salive).

3. <u>Les stimulations par la vibration</u>

A l'aide du Z-vibe, réaliser des stimulations au niveau :

- des lèvres (face interne et externe)
- des joues (face interne)
- de la langue (face dorsale, lambeau si possible)

Penser à faire découvrir la sensation de vibration sur la main du patient avant d'introduire l'ustensile en bouche.

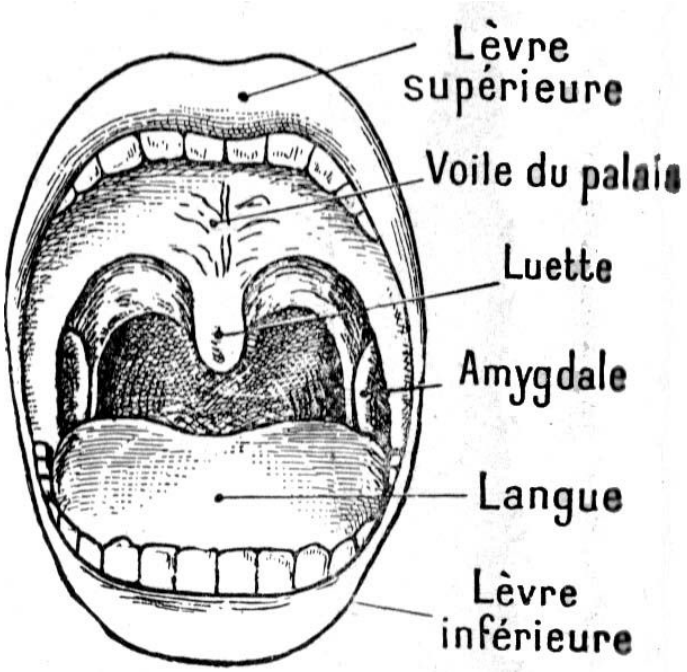
4. <u>Les stimulations par le brossage rapide</u>

A l'aide du kit de brosse à dents à poils souples, réaliser des stimulations au niveau :

- des lèvres (face interne et externe)
- des joues (face interne)
- de la langue (face dorsale, lambeau si possible)

	L'application doit être prolongée pendant plusieurs secondes (5 secondes environ) puis répétées (3 à 5 fois). **5. <u>Les stimulations sensorielles</u>** **Le goût** Placer du jus de citron dans les glaçons destinés aux stimulations par le froid. **L'odorat** Sous la forme d'un loto des odeurs, présenter des bougies parfumées au patient et découvrir avec les lui les différentes fragrances.

<u>Exemple de cartographie</u>



La cavité buccale.

Annexe XIII : Fiche STIMULATION 8

Les praxies

MATERIEL	• Miroir
ETAPES	**1. Présentation des exercices** « Nous allons maintenant effectuer ensemble quelques praxies, autrement dit des mobilisations des certaines zones, certains muscles de la zone oro-faciale. Cela va permettre de rétablir en douceur la sensibilité et la mobilité de ces zones fragilisées mais également de vous préparer à la reprise alimentaire. Il faut savoir que chacune de ces zones intervient de manière spécifique dans la déglutition. Encore une fois, ces mouvements devront être exercés de manière progressive et douce en prenant bien sur en compte votre seuil de douleur. Pour chaque mouvement, je vous donnerai des consignes, explications et exemple. » **2. Les exercices** **La langue** • Tirer et rentrer la langue • Balayer le palais avec l'apex lingual d'avant en arrière • Atteindre les molaires (supérieures et inférieures) avec l'apex lingual • Claquer la langue • Répétition de phonèmes postérieurs : KRA/GRA/KRI/GRI … Le cas de la présence des praxies linguales dans un protocole de stimulations au stade précoce est discuté et discutable. En effet, les exercices de mobilisation linguale peuvent s'avérer dangereux en post-opératoire précoce (risque de rupture des sutures). J'ai, pour autant, choisi d'intégrer ce type d'exercice au protocole dans les cas ou la date de la reprise alimentaire serait plus tardive et la réalisation de ce type d'exercice donc moins risquée. **Les lèvres** • Mettre les lèvres très en avant dans la position du [u] • Étirer les lèvres en arrière dans la position du [i] • Faire le bruit du baiser ou le bruit d'appel du chat (TRES FORT) • Recouvrir la lèvre du haut par la lèvre du bas et vice-versa • Rentrer les lèvres dans la bouche sans les mordre …

	<u>Le voile du palais</u> • Alterner des voyelles orales et nasales • Répéter des voyelles orales piquées • Gonfler les joues • Bailler • Faire de la buée … **<u>Les joues</u>** • Gonfler les joues • Gonfler une joue puis l'autre • Gonfler les joues contre résistance • Faire passer de l'air d'une joue à l'autre … • Aspirer les deux joues … **<u>L'oro-pharynx</u>** Stimulation du réflexe nauséeux en touchant le voile du palais ou la base de langue.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figures

Figure 1: La cavité buccale 9

Figure 2 : La musculature du plancher buccal 11

Figure 3: La langue, face dorsale 12

Figure 4 : La langue, face inférieure 12

Figure 5 : L'os hyoide, vue antérieure 13

Figure 6 : Croisement des voies aériennes et digestives dans le pharynx....14

Figure 7 : Le larynx....14

Figure 8 : Les étapes de la déglutition normale 15

Figure 9 : Le lambeau naso-génien 20

Figure 10 : Le lambeau de grand dorsal....21

Figure 11 : Le lambeau ante-brachial....21

Figure 12 : Vue frontale des tumeurs de la cavité buccale 22

Figure 13 : Localisation des tumeurs de la loge amygdalienne 27

Figure 14 : Localisation des tumeurs vélaires....27

Figure 15 : Localisation des tumeurs de la base de langue 28

Figure 16 : Localisation des tumeurs de la paroi pharyngée postérieure....28

Figure 17 : Les zones traitées par le curage cervical 30

Figure 18 : Les différentes sondes utilisées pour la nutrition entérale....35

Figure 19 : Canule avee ballonnet....38

Figure 20 : Canule avec ballonnet et canule fenêtrée autorisant la parole....38

Figure 21 : La fexion antérieure....50

Figure 22 : L'inclinaison latérale 51

Figure 23 : L'extension cervicale 51

Figure 24 : La déglutition sus-glottique 52

Figure 25 : La déglutition super sus-glottique 52

Figure 26 : La déglutition d'effort 53

Figure 27 : Le matériel utilisé 111

Figure 28 : Exemples de massages endo-buccaux 124

Figure 29 : Stimulations de ROOD 126

Figure 30 : Stimulations avec stylet réfrigéré (face interne de la lèvre inférieure) 126

Figure 31 : Stimulations avec stylet réfrigéré (face dorsale de la langue) 127

Figure 32 : Stimulations de LOGEMANN 128

Figure 33 : Stimulations par brossage rapide (face interne de la lèvre inferieure) 128

Figure 34 : Utilisation de l'oro-navigator 132

Tableaux

Tableau 1: Classification TNM 19

Tableau 2 – Les différents types de fausses routes et leurs causes 60

Tableau 3 – Les blocages 61

Tableau 4 – Les stases 62

Tableau 5 - Réponses des orthophonistes pratiquant en service de cancérologie ORL (1) 84

Tableau 6 - Réponses des orthophonistes pratiquant en service de cancérologie ORL (2) 84

Tableau 7 - Réponses des chirurgiens pratiquant en service de cancérologie ORL (1) 88

Tableau 8 - Réponses des chirurgiens pratiquant en service de cancérologie ORL (2) 89

Tableau 9 - Patients ayant bénéficiés du protocole 101

Tableau 10 - Bilan: observations des l'aspect morphologique, sensitif et fonctionnel des structures anatomiques bucco-faciales 106

Tableau 11 - Grille d'évaluation 108

Sophie Moreno-Ruiz

PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE PRECOCE EN SERVICE DE CANCEROLOGIE ORL: Etat de l'art, enquête et expérimentation auprès d'un groupe de patients ayant bénéficié d'une chirurgie de la cavité buccale et/ou de l'oropharynx

153 pages, 42 références bibliographiques

Mémoire d'orthophonie – UNS / Faculté de Médecine - Nice Juin 2014

RESUME

La place de l'orthophoniste en service de cancérologie ORL n'est plus à prouver. Elle intègre l'équipe pluridisciplinaire qui gravite autour du patient de la période préopératoire jusqu'à sa sortie.
Elle intervient dans le processus de réhabilitation de la déglutition et de la parole à chaque étape du parcours du patient présentant un cancer de la sphère ORL, en termes de technicité, d'informations et de soutien moral.
Si le programme thérapeutique peut débuter précocement, dès les premiers jours post-opératoires, la littérature reste divisée quant à la nature de cette intervention.
Un état de l'art ainsi qu'une enquête auprès des professionnels concernés, orthophonistes et chirurgiens exerçant en service de cancérologie ORL, ont révélé que si une intervention précoce est possible et pratiquée, son contenu, ses formes et ses limites restent indéterminées.

A partir de ces informations, nous avons élaboré un protocole de soins précoce destiné aux patients opérés de la cavité buccale et/ou de l'oropharynx.
Intégrant guidance, information et stimulations douces, ce programme vise à préparer le patient aux aménagements nécessaires à une reprise alimentaire adaptée, sécuritaire et confortable.
Réalisée de J1 jusqu'à la date de la reprise alimentaire, cette démarche nous a permis d'interroger la pratique orthophonique et d'apprécier les bienfaits et contraintes immédiates qu'une intervention à un stade si précoce pouvait impliquer.

Nous espérons redessiner ainsi les contours d'une pratique qui se veut indispensable tant sur le plan technique favorisant la remise en route sensitivo-motrice progressive des structures lésées par l'intervention et les modes de reconstruction en vue des premiers essais alimentaires ; que sur le plan humain participant à l'élaboration d'une relation de confiance thérapeute/patient et encourageant ce dernier à adhérer au projet thérapeutique dans la réassurance.

MOTS-CLES

Orthophonie - Otorhinolaryngologie - Rééducation orthophonique - Thèses et écrits académiques - Enquête - Expérimentation - Adulte - Cancérologie Orl - Chirurgie carcinologique ORL

Directeur DE MEMOIRE : Marilou Serris
CO-Directeur DE MEMOIRE : Alexandre Bozec