



HAL
open science

Dysphagie post radiothérapie : formalisation d'une consultation d'orthophonie : protocole et création d'outils adaptés

Emilie Merenhole

► To cite this version:

Emilie Merenhole. Dysphagie post radiothérapie : formalisation d'une consultation d'orthophonie : protocole et création d'outils adaptés. Médecine humaine et pathologie. 2012. hal-01871578

HAL Id: hal-01871578

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01871578v1>

Submitted on 11 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ÉCOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE

Directrice : Professeur C. PARIETTI-WINKLER

Dysphagie post radiothérapie : formalisation d'une
consultation d'orthophonie

Protocole et création d'outils adaptés

MÉMOIRE

présenté en vue de l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

Par

Émilie MERENHOLE

Soutenu publiquement le 26 juin 2012

JURY

Président : M. le Professeur R. JANKOWSKI, Médecin ORL

Directeur : Mme A.HENRY, Orthophoniste

Assesseur : Mme M. SIMONIN, Orthophoniste

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont suivie, guidée et qui ont participé à l'élaboration de ce mémoire :

Monsieur le Professeur JANKOWSKI, *président de jury et médecin ORL à l'Hôpital Central de Nancy*,

pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury de ce mémoire alors qu'il est très sollicité.

pour l'intérêt qu'il a porté à mon travail lorsque je le lui ai exposé.

Madame Aurélie HENRY, *directrice de mémoire et orthophoniste à l'Hôpital Central de Nancy et en libéral*,

pour avoir accepté pour la première année de diriger des mémoires de recherche en orthophonie, dont celui-ci.

pour son aide précieuse et ses conseils avisés et expérimentés.

pour son investissement, sa disponibilité, ainsi que sa bonne humeur.

pour sa capacité à travailler efficacement de manière détendue.

pour m'avoir laissé une grande liberté dans mon travail tout en me guidant quand j'en avais besoin.

pour ses indispensables conseils méthodologiques.

pour le temps consacré à la relecture de ce travail.

pour m'avoir permis de l'accompagner tout au long de l'année à la consultation qu'elle mène à l'Hôpital Central de Nancy.

Madame Marianne SIMONIN, *assesseur de mémoire et orthophoniste à l'Hôpital Bon-Secours de Metz*,

pour sa confiance, ses encouragements et son intérêt pour ce projet.

pour son enthousiasme et son habitude de toujours mettre en avant ce qui est juste dans le travail réalisé.

pour sa relecture attentive, alors qu'elle est très occupée et donne déjà beaucoup de son temps aux étudiants.

pour sa capacité à transmettre chaleureusement son expérience auprès des patients en ORL.

Monsieur le docteur TOUSSAINT, *médecin ORL à l'Hôpital Central de Nancy*,
pour sa disponibilité malgré un emploi du temps chargé.
pour ses conseils et son expérience concernant les patients.
pour l'aide qu'il a apportée à ce travail.

Madame Marie-Laure LACAVE, *orthophoniste au Centre Alexis Vautrin de Nancy*,
pour le stage auprès d'elle, elle m'a fait partager son intérêt pour la prise en charge des patients dysphagiques ce qui a motivé mon choix pour ce sujet.
pour l'intérêt et l'aide qu'elle a apporté à ce travail en répondant à mes questions.

Les patients de la consultation,
pour m'avoir permis d'assister à leur consultation avec l'orthophoniste.
pour avoir partagé volontiers leur ressenti avec moi.

Les éditions Solal,
pour m'avoir autorisée à publier des schémas anatomiques issus de leurs ouvrages dans le cadre de ce travail.

Mes proches, mes amis, ceux que j'aime, qu'ils soient en Lorraine, en PACA, ailleurs en France et même à l'autre bout du monde,
pour s'être intéressés à ce travail.
pour m'avoir encouragée, soutenue, secouée, concrètement aidée, changé les idées, permis de souffler, fait gagner du temps et s'être montrés fiers de moi !

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| ASSISES THÉORIQUES | 3 |
| I. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA DÉGLUTITION | 4 |
| 1. Définitions | 4 |
| 1.1. La déglutition | 4 |
| 1.2. La dysphagie..... | 4 |
| 2. Anatomie et physiologie de la déglutition | 4 |
| 2.1. Les trois temps de la déglutition | 5 |
| 2.1.1. Le temps buccal, premier temps de la déglutition | 5 |
| Rappel anatomique des structures impliquées | 5 |
| Description du temps | 5 |
| 2.1.2. Le temps pharyngien, deuxième temps de la déglutition | 6 |
| Rappel anatomique des structures impliquées | 6 |
| Description du temps | 8 |
| 2.1.3. Le temps œsophagien, dernier temps de la déglutition | 9 |
| 2.2. Neurologie de la déglutition | 9 |
| 2.2.1. Fonctionnement | 9 |
| 2.2.2. Les réflexes | 10 |
| II. RADIOTHÉRAPIE ET DÉGLUTITION | 11 |
| 1. Définitions | 11 |
| 1.1. Cancer | 11 |
| 1.2. Classification TNM des cancers | 11 |
| 2. La radiothérapie des voies aéro-digestives supérieures | 11 |
| 2.1. Fonctionnement de la radiothérapie | 11 |
| 2.2. Déroulement de la radiothérapie | 12 |
| 2.3. Choix de la radiothérapie | 13 |
| 2.3.1. Une option thérapeutique | 13 |
| 2.3.2. Cancers pour lesquels la radiothérapie est préconisée | 13 |
| 3. La dysphagie liée à la radiothérapie | 14 |

| | | |
|--------|---|----|
| 3.1. | Effets secondaires de la radiothérapie..... | 14 |
| 3.1.1. | <i>Conséquences aiguës sur la déglutition et l'alimentation</i> | 14 |
| 3.1.2. | <i>Conséquences tardives sur la déglutition et l'alimentation</i> | 15 |
| 3.2. | limiter les effets secondaires | 17 |
| 3.3. | Impact de la radiothérapie à chaque temps de la déglutition..... | 17 |
| 3.3.1. | <i>Perturbations au temps buccal de la déglutition</i> | 18 |
| 3.3.2. | <i>Perturbations au temps pharyngé de la déglutition</i> | 18 |
| | La radiothérapie a un impact sur les mécanismes propulseurs..... | 18 |
| | La radiothérapie a un impact sur les mécanismes de protection des voies aériennes ... | 19 |
| 3.3.3. | <i>Perturbations au temps œsophagien de la déglutition</i> | 19 |
| 3.3.4. | <i>Conséquences directes</i> | 19 |
| | Les fausses routes | 19 |
| | Modifications des prises alimentaires per os | 21 |
| 3.3.5. | <i>Effets de la chimiothérapie associée</i> | 22 |
| 3.4. | L'alimentation artificielle | 23 |
| 3.4.1. | <i>Alimentation entérale</i> | 23 |
| 3.4.2. | <i>Alimentation mixte</i> | 23 |
| III. | SUIVI DE LA DYSPHAGIE POST RADIOTHÉRAPIE | 25 |
| 1. | Possibilités d'adaptation de l'alimentation orale | 25 |
| 1.1. | Modification du comportement : postures et manœuvres facilitatrices et protectrices | 25 |
| 1.1.1. | <i>Les postures de tête</i> | 25 |
| 1.1.2. | <i>Les manœuvres de déglutition</i> | 26 |
| 1.2. | Modification de l'environnement : les propriétés du bol alimentaire..... | 28 |
| 1.2.1. | <i>Consistances et textures alimentaires</i> | 28 |
| 1.2.2. | <i>Quantité et vitesse</i> | 30 |
| 1.2.3. | <i>Autres stimulations modulables</i> | 30 |
| 2. | Nécessité d'un suivi pluridisciplinaire après le traitement des patients irradiés | 31 |
| 2.1. | Le suivi médical | 31 |
| 2.2. | Le suivi fonctionnel..... | 32 |
| 2.2.1. | <i>Le suivi en orthophonie</i> | 32 |
| 2.2.2. | <i>Le suivi diététique</i> | 32 |
| | MÉTHODOLOGIE..... | 34 |
| I. | ÉMERGENCE DU SUJET | 35 |

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | Intérêt personnel pour le sujet..... | 35 |
| 2. | Rencontre avec l'orthophoniste du service | 35 |
| 3. | Contexte : entretien avec Monsieur le docteur Toussaint..... | 36 |
| II. | BUT DE L'ÉTUDE RÉALISÉE | 37 |
| 1. | Problématique..... | 37 |
| 2. | Hypothèse de travail | 37 |
| 3. | Objectifs de travail | 38 |
| III. | MÉTHODE ET MOYENS..... | 39 |
| 1. | Choix du public..... | 39 |
| 1.1. | Les patients..... | 39 |
| 1.2. | Les radiothérapeutes | 39 |
| 2. | Élaboration du protocole..... | 39 |
| 2.1. | Élaboration d'un questionnaire destiné aux radiothérapeutes en Lorraine | 39 |
| 2.1.1. | <i>Buts du questionnaire</i> | 39 |
| 2.1.2. | <i>Choix du public</i> | 40 |
| 2.1.3. | <i>Conception des questions</i> | 40 |
| 2.1.4. | <i>Choix méthodologique</i> | 41 |
| 2.1.5. | <i>Mode d'analyse du questionnaire</i> | 42 |
| 2.2. | Élaboration d'un outil en trois volets utilisable en consultation..... | 42 |
| 2.2.1. | <i>Améliorer la prise en charge</i> | 42 |
| 2.2.2. | <i>Améliorer le relais</i> | 43 |
| 3. | Les outils utilisés pour la conception des documents..... | 44 |
| 3.1. | Entretien | 44 |
| 3.2. | Observation | 44 |
| 3.3. | Analyse de contenus : travaux utilisés pour la dysphagie | 45 |
| 3.4. | Résultats du questionnaire | 45 |
| 4. | Précautions méthodologiques..... | 45 |
| 4.1. | Étude spécifique | 45 |
| 4.2. | Contexte spécialisé | 45 |
| | ANALYSE..... | 46 |
| I. | RÉALISATION DES OBJECTIFS ET VALIDATION DES HYPOTHÈSES..... | 47 |
| 1. | Dépouillement des questionnaires : les radiothérapeutes sont-ils prêts à être des relais dans la nouvelle consultation ? | 47 |
| 1.1. | Les radiothérapeutes pourraient être des relais pour la nouvelle consultation..... | 47 |

| | | |
|--------|---|----|
| 1.1.1. | <i>Les radiothérapeutes sont déjà confrontés à la problématique de l'alimentation chez leurs patients</i> | 47 |
| 1.1.2. | <i>Le relais s'inscrirait dans un suivi déjà initié</i> | 47 |
| 1.1.3. | <i>Les radiothérapeutes sont déjà intéressés par le suivi en orthophonie</i> | 48 |
| 1.2. | Les radiothérapeutes n'ont pas encore la possibilité d'être des relais | 49 |
| 1.2.1. | <i>Les radiothérapeutes ne connaissent pas la consultation</i> | 49 |
| 1.2.2. | <i>Les radiothérapeutes ne connaissent pas encore assez bien le rôle de l'orthophoniste</i> | 49 |
| 2. | Construction des trois documents | 50 |
| 2.1. | Conception du document de bilan | 50 |
| 2.1.1. | <i>Apports des résultats du questionnaire dans la conception de ce document</i> | 50 |
| 2.1.2. | <i>Apports de l'entretien dans la conception de ce document</i> | 51 |
| 2.1.3. | <i>Apports de l'observation dans la conception de ce document</i> | 51 |
| 2.1.4. | <i>Apports de l'analyse de contenus dans la conception de ce document</i> | 52 |
| | Travaux de V.Woisard-Bassols et M. Puech | 52 |
| | Travaux de M.Guatterie | 56 |
| 2.1.5. | <i>Autres apports nécessaires à la conception de ce document</i> | 57 |
| 2.1.6. | <i>Version finale du document de bilan</i> | 57 |
| 2.2. | Conception du document relais destiné aux patients | 59 |
| 2.2.1. | <i>Apports des résultats du questionnaire dans la conception de ce document</i> | 59 |
| 2.2.2. | <i>Apports de l'entretien dans la conception de ce document</i> | 60 |
| 2.2.3. | <i>Apports de l'observation dans la conception de ce document</i> | 60 |
| 2.2.4. | <i>Apports de l'analyse de contenus dans la conception de ce document</i> | 61 |
| 2.2.5. | <i>Autres apports nécessaires à la conception de ce document</i> | 62 |
| 2.2.6. | <i>Version finale du document relais destiné aux patients</i> | 62 |
| 2.3. | Conception du document relais destiné aux professionnels | 63 |
| 2.3.1. | <i>Apports des résultats du questionnaire dans la conception de ce document</i> | 63 |
| 2.3.2. | <i>Apports de l'entretien dans la conception de ce document</i> | 63 |
| 2.3.3. | <i>Apports de l'observation dans la conception de ce document</i> | 63 |
| 2.3.4. | <i>Apports de l'analyse de contenus dans la conception de ce document</i> | 64 |
| 2.3.5. | <i>Autres apports nécessaires à la conception de ce document</i> | 65 |
| 2.3.6. | <i>Version finale du document relais destiné aux professionnels</i> | 66 |
| 3. | Validation des hypothèses | 66 |
| 3.1. | Premier objectif de travail | 66 |
| 3.2. | Second objectif de travail | 67 |

| | | |
|--------|--|----|
| 3.3. | Validation des hypothèses | 67 |
| 3.3.1. | <i>Première partie</i> | 67 |
| 3.3.2. | <i>Seconde partie</i> | 68 |
| II. | RÉSOLUTION DE LA PROBLÉMATIQUE | 69 |
| 1. | Création d’outils pour la consultation | 69 |
| 2. | Des liens restent à développer avec les radiothérapeutes | 70 |
| III. | DISCUSSION | 71 |
| 1. | Limites de l’étude réalisée..... | 71 |
| 1.1. | Des conclusions non généralisables..... | 71 |
| 1.2. | Une hypothèse partiellement invalidée et un faible taux de réponses | 71 |
| 1.3. | Le facteur temps limite le recul possible sur les documents créés | 72 |
| 1.4. | Le contexte n’est pas toujours favorable aux essais alimentaires..... | 72 |
| 2. | Perspectives de recherche..... | 73 |
| 2.1. | Créer des liens entre les professionnels | 73 |
| 2.2. | Évaluer sur le long terme l’utilité des documents créés pour la consultation | 73 |
| 2.3. | Réaliser un état des lieux du parcours possible pour les patients en France..... | 73 |
| 2.4. | Enrichir l’examen clinique par un examen complémentaire | 74 |
| 2.5. | Adaptation des documents à d’autres contextes régionaux | 74 |
| | CONCLUSION | 75 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 77 |
| | ANNEXES..... | I |

INTRODUCTION

La déglutition est une fonction vitale qui permet à l'homme de s'alimenter tout en préservant ses voies respiratoires. Lorsque ce mécanisme n'est pas altéré, nous l'effectuons sans y penser. Heureusement car d'après le dictionnaire d'orthophonie, nous déglutissons jusqu'à 2000 fois par jour.

Dans le cas de cancers d'atteinte ORL la déglutition est régulièrement perturbée, et ce pour plusieurs raisons. La première est la présence même de la tumeur qui gêne et envahit les structures anatomiques concernées. La seconde est le traitement qui peut, lui aussi, être responsable de dysphagie. Cela semble évident dans le cas de la chirurgie, parfois très mutilante lorsqu'elle modifie profondément l'anatomie des structures impliquées dans la déglutition. Cependant un traitement qui permet de conserver les organes, comme la radiothérapie, est également susceptible d'avoir un impact négatif sur la fonction de déglutition. Au cours de ce traitement, l'alimentation per os devient parfois trop difficile pour répondre aux besoins nutritionnels du patient. Les aliments doivent alors être mixés et enrichis. Bien souvent, le patient finit par recourir à une alimentation entérale. Si les conséquences aiguës s'estompent dans un délai de deux mois après l'arrêt du traitement, la reprise alimentaire se révèle souvent compliquée pour les patients.

Au cours de nos stages, nous nous sommes particulièrement intéressée à la problématique de la dysphagie dans les atteintes ORL et au rôle de l'orthophoniste auprès des patients concernés. En effet, la perte ou la diminution de la fonction alimentaire est une vraie cause de mal-être et nuit considérablement à la qualité de vie après traitement.

Pour notre travail de recherche, nous avons eu l'opportunité de travailler dans le cadre d'une nouvelle consultation d'orthophonie de l'Hôpital Central de Nancy. Elle est destinée aux patients radiothérapés sans acte chirurgical, au moins deux mois post traitement. Elle a pour but de faire avec le patient le point sur sa déglutition. Il doit y trouver des solutions pour l'aider dans sa reprise alimentaire.

Nous avons été enthousiasmée par cette proposition qui correspondait à nos questionnements et nous avons apprécié l'idée de travailler en lien avec une consultation qui s'organisait, ce qui rendrait notre travail très concret. De plus, travailler sur les

conséquences de traitements modernes signifie aussi travailler sur des problématiques nouvelles concernant les patients, ce qui est d'autant plus intéressant.

C'est ainsi que notre problématique s'est posée sous la forme suivante : « Comment formaliser la nouvelle consultation d'orthophonie de l'Hôpital Central de Nancy destinée aux patients dysphagiques, deux mois post radiothérapie, pour qu'elle soit efficace? »

Dans le cadre de ce travail, nous avons réalisé un questionnaire destiné aux radiothérapeutes de Lorraine pour analyser leurs besoins et définir s'ils sont prêts à être des relais en lien avec cette consultation.

Nous avons également élaboré trois documents dédiés à l'organisation de cette nouvelle consultation. Un document est destiné au bilan et à la recherche d'adaptations, un second est destiné au patient et lui sert de relais entre la consultation et son alimentation à la maison, le dernier est une fiche de transmission qui permettrait d'établir un relais entre les différents professionnels de la prise en charge.

Afin de comprendre en quoi la radiothérapie peut perturber l'alimentation, nous développerons dans un premier temps les rappels théoriques permettant de situer les structures anatomiques impliquées, de comprendre les effets secondaires de la radiothérapie et leur impact sur la déglutition. Nous nous attarderons également sur les suivis mis en place pour les patients radiothérapés.

Dans un second temps nous reviendrons sur l'élaboration du sujet et nous exposerons les moyens mis en place pour réaliser l'expérimentation.

Enfin, nous analyserons les résultats obtenus pour finalement apporter une réponse à la problématique de départ.

ASSISES THÉORIQUES

I. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA DÉGLUTITION

1. Définitions

1.1. La déglutition

« La déglutition est l'ensemble des actes qui assurent le transfert des aliments solides ou liquides de la bouche à l'estomac, en passant par le pharynx et l'œsophage. La déglutition concerne non seulement les aliments mais aussi la salive, qui est un acte fréquent, aussi bien diurne que nocturne » selon Le Huche et Allali (2010).

Woisard et Puech (2008) précisent qu'outre le transport du bol alimentaire, ce mécanisme garantit surtout la protection des voies aériennes inférieures. En effet, la déglutition doit coordonner le passage du bol alimentaire dans l'œsophage avec l'occlusion des voies respiratoires.

Lorsque ce mécanisme est altéré, nous pouvons parler de dysphagie.

1.2. La dysphagie

Selon Guatterie et Lozano (2005) la dysphagie est « la difficulté d'accomplir l'action de manger, d'avaler avec une sensation de gêne ou d'arrêt du transit, douloureuse ou non, avec éventuellement des fausses routes lors de la déglutition des aliments, des liquides ou de la salive et, par extension, toute anomalie du passage des aliments jusqu'à l'estomac. Si les troubles du transit affectent plutôt le transport des aliments vers l'estomac, et retentissent sur la nutrition et l'hydratation, les fausses routes alimentaires et/ou salivaires mettent en danger l'appareil respiratoire.» Brin et al. (2004) précisent que ce trouble désigne « une incapacité temporaire ou permanente, partielle ou totale » La dysphagie peut en effet être « partielle », c'est-à-dire que certaines consistances alimentaires peuvent être dégluties sans difficultés alors que d'autres non.

D'après Woisard et Puech (2008) les risques nutritionnels et respiratoires liés à ce trouble peuvent mettre en danger le pronostic vital. La dysphagie peut engendrer une dénutrition, et des fausses routes peuvent obturer les voies aériennes inférieures, ou provoquer une pneumopathie d'inhalation si elles sont répétées.

2. Anatomie et physiologie de la déglutition

La cavité buccale, le larynx et le pharynx sont les structures mises en œuvre dans la

déglutition. Ils sont décrits par Norton et Netter (2009), qui nous serviront de référence principale pour l'anatomie.

2.1. Les trois temps de la déglutition

La déglutition se déroule en trois temps décrits entre autres par Desuter et Remacle (2009)

2.1.1. Le temps buccal, premier temps de la déglutition

Rappel anatomique des structures impliquées

Lawson et Remacle (2009) décrivent la cavité buccale, lieu initial de la déglutition.

La sangle labio-jugale étire, ferme et projette les lèvres grâce au muscle orbiculaire et aux autres muscles de la face, et maintient le bol alimentaire entre les joues et les dents lors de la mastication grâce au muscle buccinateur.

La langue - dont l'avant est mobile. Sa base appartient au pharynx et est reliée au bord supérieur de l'épiglotte par le repli glossoépiglottique de chaque côté duquel se trouvent les vallécules. Des papilles gustatives tapissent la langue et la surface oropharyngée.

Les glandes salivaires produisent un litre de salive par jour. Celle-ci ramollit et humidifie les aliments, facilitant la mastication et la déglutition. Selon Rives et Woisard-Bassols (2011), elle participe aussi à l'équilibre buccal et protège les dents.

Le voile du palais forme avec ses piliers antérieurs et postérieurs ainsi que les amygdales palatines l'isthme du gosier, passage entre la cavité buccale et l'oropharynx.

Les dents : huit incisives tranchantes sectionnent les aliments, quatre canines les saisissent et les déchiquettent, huit prémolaires et huit à douze molaires les broient.

La mandibule, est mobilisée par une activité musculaire dans les trois plans pour broyer les aliments avant la déglutition : les morceaux diminuent de taille et sont insalivés.

Le plancher de bouche est formé de trois des muscles sus-hyoïdiens qui relient la mandibule à l'os hyoïde : le digastrique, le mylo-hyoïdien et le génio-hyoïdien.

Description du temps

Le temps buccal est une phase volontaire de la déglutition comme l'explique Bleeckx (2001). Elle se divise en deux étapes : la préparation du bol alimentaire puis sa propulsion vers le pharynx.

La préparation du bol alimentaire comprend tout d'abord l'apport des aliments dans la cavité buccale. L'ouverture des lèvres et de la mandibule permet de placer la nourriture en bouche. Elle y est maintenue en avant par le sphincter labial et en arrière par le voile du palais qui s'abaisse et le dos de la langue qui se relève et se plaque contre le palais. Ensuite, la mastication permet le broyage des aliments solides. Pour cela, la langue, coordonnée avec l'action de la mandibule, place les aliments sous les dents. Enfin, la salivation assure la cohésion du bol alimentaire et contribue au goût.

Lors de la préparation du bol alimentaire la respiration continue par les voies nasales.

Une fois le bol alimentaire préparé, vient le temps de sa propulsion vers le pharynx en arrière. Tout d'abord, la mandibule se ferme et le bol alimentaire est rassemblé sur le dos de la langue au niveau de la voûte palatine. L'apex prend appui sur les crêtes alvéolaires, le plancher de bouche se durcit. La langue exerce une pression selon un mouvement antéropostérieur et de bas en haut contre le palais. Le sphincter vélopharyngé se ferme (le voile du palais s'élève et se durcit jusqu'au contact de la paroi oropharyngée) pour éviter une fuite du bol alimentaire vers les fosses nasales, et donc vers le pharynx alors que les voies aériennes sont encore ouvertes.

Enfin, la base de langue se contracte, et le bol alimentaire glisse jusqu'aux piliers antérieurs du voile.

2.1.2. Le temps pharyngien, deuxième temps de la déglutition

Rappel anatomique des structures impliquées

Le larynx

Situé à la partie antérieure du cou, il est amarré en haut à la base de langue et à l'os hyoïde, en bas il se prolonge par la trachée. Ce conduit musculocartilagineux communique avec le pharynx en arrière.

Le larynx assure les fonctions de respiration, déglutition et phonation et peut être considéré comme une valve qui ouvre et ferme la glotte.

Le larynx se divise en trois étages.

L'étage supra-glottique, ou vestibule, est situé au dessus des cordes vocales et comprend les bandes ventriculaires.

L'étage glottique correspondant au plan des cordes vocales.

L'étage sous-glottique, situé sous les cordes vocales, s'étend de la partie inférieure des plis vocaux jusqu'au bord inférieur du cartilage cricoïde.

Le squelette laryngé se compose de cartilages, parmi lesquels nous pouvons citer deux articulations importantes.

L'articulation crico-thyroïdienne permet le mouvement de bascule du cartilage thyroïde sur le cartilage cricoïde, et donc la mise en tension des cordes vocales.

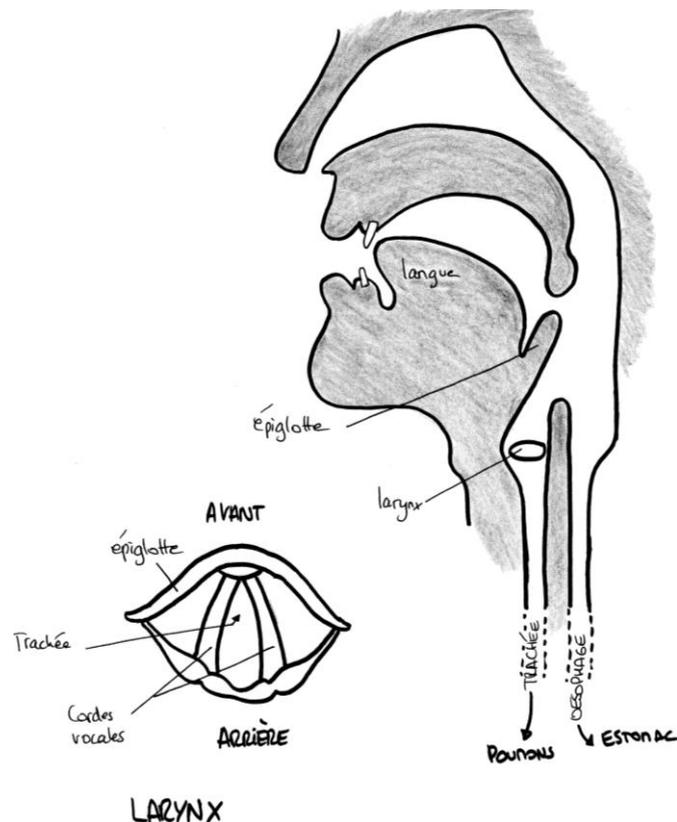
L'articulation crico-aryténoïdienne permet la bascule des cartilages aryténoïdes vers l'intérieur ou l'extérieur du cartilage cricoïde pour rapprocher ou éloigner les cordes vocales, ainsi qu'une bascule vers l'avant ou l'arrière pour modifier leur longueur.

Le larynx est constitué de deux catégories de muscles.

Les muscles intrinsèques permettent les mouvements d'adduction ou d'abduction, ainsi que de tension ou de relaxation des cordes vocales. Les muscles constricteurs et tenseurs rapprochent les plis vocaux pour fermer la glotte lors de la déglutition, les dilatateurs ouvrent la glotte pour la respiration.

Les muscles extrinsèques assurent la suspension et la mobilité du larynx dans le cou.

Certains sont sous-hyoïdiens et abaisseurs du larynx et de l'os hyoïde, d'autres sont sus-hyoïdiens et éleveurs du larynx et de l'os hyoïde.



Le pharynx

Situé en arrière des cavités orales, nasales et du larynx, ce conduit musculomembraneux se compose de muscles constricteurs, responsables du péristaltisme pharyngé, et de muscles élévateurs.

Le pharynx se divise en trois étages.

Le rhinopharynx se situe en arrière des fausses nasales. Son rôle est respiratoire et il est fermé par le sphincter vélopharyngé lors du temps buccal de la déglutition.

L'oropharynx, en arrière de la cavité buccale, est le carrefour des voies aéro-digestives : le bol alimentaire dégluti et l'air respiré y circulent. Il contient les piliers antérieurs et postérieurs du voile du palais, la base de langue, les vallécules et la face linguale de l'épiglotte.

L'hypopharynx encercle en arrière et latéralement le larynx et se termine en bas par l'œsophage. Il contient les sinus piriformes qui sont une dépression de la muqueuse entre le larynx et le pharynx formant deux cavités traversées par le bol alimentaire lors de la déglutition.

Description du temps

Le temps pharyngien est automatico-réflexe d'après Bleeckx (2001). Il commence par le déclenchement du réflexe de déglutition. Durant ce temps, le bol alimentaire traverse le carrefour aéro-digestif jusqu'à l'œsophage en une seconde. Cette phase s'effectue grâce à la coordination de mécanismes propulseurs et protecteurs des voies aériennes.

Les mécanismes propulseurs

Le coup de piston de la base de langue exerce une pression sur le bol alimentaire qui le propulse vers le bas et l'arrière. Il entraîne également le péristaltisme pharyngé, onde provoquée par une contraction du pharynx de haut en bas, qui emporte le bol alimentaire vers le bas.

Les mécanismes protecteurs des voies aériennes

Le sujet qui déglutit se met en apnée. L'occlusion du larynx, qui ferme le passage vers les voies aériennes au bol alimentaire, est due à trois mécanismes simultanés :

L'occlusion glottique

Elle correspond, dès l'arrêt respiratoire, à l'occlusion des plis vocaux. Cette fermeture

est permise par les muscles adducteurs et tenseurs des cordes vocales.

L'ascension laryngée

Grâce aux muscles sus et sous-hyoïdiens, l'os hyoïde s'élève et attire avec lui en haut et en avant le larynx qui se place sous la base de langue.

La bascule de l'épiglotte sur les cartilages aryénoïdes

L'épiglotte bascule comme un clapet qui se ferme sur le vestibule laryngé. Ce mouvement est permis d'une part par le recul de la base de langue et de l'autre par l'ascension en haut et en avant du larynx. Les muscles aryépiglottiques participent également à cette bascule, de même que la pression mécanique exercée par le bol alimentaire.

Ce dernier glisse alors sur l'épiglotte et se dirige dans les sinus piriformes. Le muscle principal du sphincter supérieur de l'œsophage, le cricopharygien, se relâche avant l'arrivée du bol alimentaire. Sa détente est permise par l'ascension laryngée et la pression du bol alimentaire.

2.1.3. Le temps œsophagien, dernier temps de la déglutition

Ce temps réflexe correspond au passage du bol alimentaire dans l'œsophage. Son tonus lui permet de ne s'ouvrir qu'au passage du bol alimentaire, et de se refermer derrière lui. Une onde péristaltique œsophagienne se déplaçant de haut en bas l'entraîne alors vers l'estomac.

2.2. Neurologie de la déglutition

2.2.1. Fonctionnement

Comme le rapportent Crevier-Buchmann et al. (2007), la déglutition exige la coordination de nombreux muscles sous le contrôle de centres nerveux. Le principal est le centre bulbaire. Une fois stimulés, les récepteurs sensitifs et sensoriels de la sphère oropharyngée lui envoient des afférences grâce aux nerfs V, VII, IX et X. Il envoie en retour des efférences motrices aux muscles effecteurs par l'intermédiaire des nerfs V, VII, IX, X, XI ou XII.

Le centre cortical sert de régulateur et permet une déglutition volontaire, tout comme la toux et l'apnée, et non pas seulement réflexe.

2.2.2. Les réflexes

Le réflexe de déglutition

Le bol alimentaire stimule les récepteurs du pharynx et de la base de la langue. En réponse le larynx se ferme, puis le pharynx se contracte pour propulser le bol alimentaire.

Les caractéristiques de ce dernier (volume, texture, glissé et fermeté) permettent de modifier la rapidité de fermeture laryngée et la force de propulsion pharyngée. Lors de la stimulation mécanique qu'est la mastication, ces différences sont perçues grâce à l'appui de la langue contre le palais et à la résistance ressentie par les dents selon Guatterie et Lozano (2005). Les informations sensitives et sensorielles sont essentielles puisque le schéma de la déglutition se modifie donc selon la température, le caractère gazeux ou encore la viscosité du bol alimentaire comme l'explique Bleeckx (2001).

La toux, un réflexe de protection

Crevier-Buchmann et al. (2007) rapportent l'importance de la toux, qui est un mécanisme de protection des voies aériennes inférieures. Elle se déclenche normalement lorsque les récepteurs de l'épiglotte ou de la glotte sont stimulés. Elle permet d'expectorer des particules qui s'introduiraient dans la trachée, les bronches ou les poumons, mais aussi d'évacuer les sécrétions excessives.

Lors de fausses routes, le réflexe de toux peut être absent, retardé ou insuffisant pour un nettoyage efficace.

La toux peut également être volontaire pour contrôler l'évacuation de débris alimentaires qui auraient pénétré dans le vestibule laryngé lors de la déglutition.

Les liquides s'écoulent rapidement et ne sont pas facilement évacués par la toux, de même que les pâteux, qui restent collés aux parois (Guatterie et Lozano 2005).

II. RADIOTHÉRAPIE ET DÉGLUTITION

1. Définitions

1.1. Cancer

Le dictionnaire médical Larousse (Wainsten et al. 2009) définit le cancer comme étant une « maladie qui a pour mécanisme une prolifération cellulaire anarchique, incontrôlée et incessante. » Ce mécanisme s'oppose donc à celui des tissus sains dont le nombre de cellules reste équilibré entre les nouvelles cellules d'une part et la disparition de cellules vieillissantes ou abîmées de l'autre.

Selon l'INCa (2011) « Les cancers des voies aéro-digestives supérieures regroupent les cancers de la lèvre, de la cavité orale, du pharynx et du larynx. Dans plus de 95 % des cas, ces cancers sont des carcinomes de type épidermoïde, c'est-à-dire des cancers développés au niveau de la muqueuse qui tapisse ces organes. En 2005, avec près de 16 000 nouveaux cas estimés dont plus de 80 % chez les hommes, ces cancers se situent au cinquième rang des cancers les plus fréquents en France et constituent la 7^{ème} cause de mortalité chez l'homme et la 18^{ème} chez la femme. »

1.2. Classification TNM des cancers

Sobin et al. (2010) expliquent le fonctionnement de la classification internationale des cancers par stade. Il s'agit d'une description de l'extension de la maladie reposant sur :

- la taille de la tumeur primitive, allant jusqu'à T4,
- la présence ou non d'une atteinte des ganglions lymphatiques régionaux allant de N0 à N4,
- l'absence ou la présence de métastases à distance, M0 ou M1.

Des sous-divisions permettent de préciser plus finement l'extension anatomique selon la localisation exacte de la maladie. Un groupement de ces données permet de classer les cancers du stade 0 au stade IV selon leur gravité.

2. La radiothérapie des voies aéro-digestives supérieures

2.1. Fonctionnement de la radiothérapie

Michel- Langlet et al. (1997) exposent le fonctionnement de la radiothérapie avec

grande précision. La radiothérapie utilise des rayons ionisants dans le traitement des cancers. Ils ont la capacité de produire des atomes portant une charge électrique et des excitations durant leur absorption par les tissus.

Il existe plusieurs types de radiothérapie, la plus courante étant la radiothérapie externe qui utilise une source de rayonnements extérieure au patient. Les rayons altèrent directement l'ADN chromosomique responsable de la division des cellules. Ainsi, les cellules lésées voient leur prolifération ralentir et finissent par mourir sans avoir pu se multiplier. L'ADN reçoit également des lésions indirectes qui s'accumulent au fur et à mesure des séances.

Les cellules saines sont elles aussi touchées par les rayons, mais leur ADN a des capacités de réparation supérieures à celles des cellules tumorales. Il faut quatre à six heures aux cellules normales pour se régénérer tandis que les cellules tumorales subissent de nouvelles lésions d'une séance de radiothérapie à l'autre sans que les précédentes aient pu être réparées.

La dose s'exprime en Grays (Gy). 1 Gray représente une énergie de 1 joule absorbée par une masse de 1 kilogramme. Comme le rapporte l'INCa (2009) la dose totale est fractionnée et étalée.

Le fractionnement est le nombre de séances de radiothérapie. La dose totale est délivrée en plusieurs séances pour permettre aux tissus sains de se régénérer.

L'étalement est la durée totale du traitement, du premier au dernier jour de radiothérapie. Le protocole le plus courant pour un traitement par radiothérapie seule ou associée à une chimiothérapie concomitante est de délivrer une dose de 70 Grays fractionnée en 35 séances de 2 Grays. Ce qui signifie que le patient effectue cinq séances par semaine pendant sept semaines, soit trente-cinq séances en tout.

2.2. Déroutement de la radiothérapie

Le dictionnaire médical Larousse (Wainsten et al. 2009) explique qu'au préalable, une imagerie en trois dimensions de la zone à irradier est effectuée. Elle permet au physicien, sous la responsabilité du radiothérapeute, d'établir un plan de traitement comprenant notamment les doses et les faisceaux à utiliser.

Généralement le traitement s'effectue cinq jours par semaine pendant quatre à huit semaines avec le manipulateur en radiologie. Chaque séance dure quelques minutes et le

patient, allongé, doit rester immobile. Afin de permettre un positionnement identique des appareils à chaque séance un repère de centrage est fait sur la peau du patient. Des contentions lui permettent de toujours retrouver la même position, il s'agit du port d'un masque propre à chaque patient pour l'irradiation de la sphère ORL.

Grâce à l'imagerie la zone traitée est surveillée en permanence pendant le traitement.

2.3. Choix de la radiothérapie

2.3.1. Une option thérapeutique

Comme le rappelle le dictionnaire médical Larousse (Wainsten et al. 2009), les traitements possibles face à un cancer sont la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Les médecins proposent au patient le traitement qui lui est le plus adapté à l'aide d'une ou plusieurs de ces options thérapeutiques. Les protocoles de soins sont décidés selon une étude au cas par cas en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) qui réunit les différents spécialistes.

La radiothérapie peut être utilisée dans un but curatif ou palliatif.

Elle peut être utilisée en traitement unique si la tumeur est suffisamment radiosensible ou si elle est inopérable ou difficilement accessible.

Rives (2011) spécifie qu'elle est fréquemment associée à la chimiothérapie qui majore ses effets en rendant les cellules plus sensibles à l'irradiation lorsqu'elles sont concomitantes ou en permettant une régression de la tumeur dans le cas de chimiothérapie néo-adjuvante.

Associée à la chirurgie elle peut être utilisée avant ou après celle-ci, voire les deux.

Lorsqu'elle remplace une chirurgie mutilante elle est dite conservatrice. C'est le cas lorsqu'elle sert d'alternative à une laryngectomie totale ou partielle.

2.3.2. Cancers pour lesquels la radiothérapie est préconisée

D'après Rives (2011). Les indications de la radiothérapie en ORL sont diverses.

Dans les cas de cancers T1 à petit T2, avec une atteinte ganglionnaire absente ou limitée, un seul mode thérapeutique est généralement utilisé. Celui-ci peut être la radiothérapie. Cela concerne 30% des patients.

Les tumeurs intermédiaires nécessitent souvent une association chirurgie et radiothérapie post opératoire avec, dans les atteintes les plus sévères, une chimiothérapie concomitante. Serait concernée environ la moitié des patients.

Les tumeurs les plus évoluées, dont le volume ne permet pas une chirurgie efficace, nécessitent souvent une association radiothérapie et chimiothérapie.

3. La dysphagie liée à la radiothérapie

3.1. Effets secondaires de la radiothérapie

La radiothérapie comporte des effets secondaires. Comme l'expliquent l'INCa (2009) ils sont liés au fait que les cellules saines voisines des cellules cancéreuses reçoivent elles aussi des radiations. Ces effets varient selon la localisation et le volume de la tumeur, la dose d'irradiation et la radiosensibilité du patient ainsi que son état général. Nous nous intéresserons spécifiquement aux conséquences sur la déglutition.

Guerder (2010) distingue la toxicité aiguë qui apparaît pendant la radiothérapie et jusque trois à six mois après la fin du traitement, de la toxicité tardive qui apparaît ou persiste plus de trois à six mois après la radiothérapie.

Guerder (2010) ainsi que Rambaud-Pistone et Robert (2010) détaillent ces différents effets.

3.1.1. Conséquences aiguës sur la déglutition et l'alimentation

Les conséquences aiguës sont dues à une perte cellulaire dans les tissus dits à renouvellement rapide, comme les muqueuses ou l'épiderme. Ces réactions sont normales et prévisibles et disparaissent normalement après l'arrêt de la radiothérapie.

La radiomucite

Il s'agit d'une inflammation des muqueuses buccales, pharyngées et laryngées qui se développe à deux ou trois semaines de radiothérapie et cicatrise normalement dans le mois suivant l'arrêt du traitement. Ces lésions vont du simple érythème jusqu'à des hémorragies dans les cas les plus graves. La mucite provoque une dysphagie douloureuse et favorise une surinfection bactérienne.

S'il y a une radiothérapie concomitante, la chimiomucite aggrave les effets de la radiomucite.

Ce sont les tissus à renouvellement rapide qui sont concernés. Leurs cellules se renouvellent et sont matures en deux semaines. Comme la radiothérapie inhibe les renouvellements cellulaires, il y a une perte au niveau de ces muqueuses et la mucite apparaît.

L'épidermite

Il s'agit d'une inflammation de l'épiderme irradié, qui ressemble à un coup de soleil. Elle se développe dès la deuxième semaine de radiothérapie et cicatrise normalement dans le mois suivant l'arrêt de la radiothérapie.

La xérostomie aiguë

Selon le dictionnaire médical Larousse (Wainsten et al. 2009), la xérostomie est une sécheresse excessive de la bouche due à une sécrétion de salive insuffisante : l'hyposialie. Les glandes salivaires sont très radiosensibles, surtout les parotides responsables d'une production séreuse et liquide. Cela explique que la salive diminue en quantité, mais aussi en qualité puisqu'elle devient plus épaisse et visqueuse. La xérostomie peut favoriser les mycoses buccales.

La perte du goût

Selon le dictionnaire médical Manuila et al. (2001), la dysgueusie est une perception altérée, constante, de la saveur des aliments. Elle est provoquée par l'irradiation des papilles gustatives. Elle se développe dès la troisième semaine de radiothérapie et diminue dans les mois qui suivent la fin du traitement.

Majorée par une chimiothérapie concomitante, elle participe à la perte d'appétit ressentie par le patient pendant le traitement.

3.1.2. Conséquences tardives sur la déglutition et l'alimentation

Les conséquences tardives sont dues à une perte de cellules dans les tissus à renouvellement lent ou à une atteinte de la vascularisation. Ces réactions ne sont pas systématiques mais difficilement réversibles, voire responsables de séquelles définitives.

L'hyposialie

Selon la localisation et le volume de la tumeur irradiée ainsi qu'au-delà d'une certaine dose, l'hyposialie se pérennise en xérostomie chronique et définitive. Le sujet a alors soif en permanence, il est gêné pour parler et pour manger. La salive devenant plus acide elle nuit à l'émail dentaire et le sujet est plus sensible aux caries et affections buccales.

La fibrose

Elle touche les muscles constricteurs du pharynx, les muscles du voile du palais, les muscles élévateurs du larynx et les muscles cervicaux. Cela donne au toucher un cou rigide. A cause de ce phénomène les contractions musculaires sont moins efficaces et les mouvements articulaires sont limités. Si la radiothérapie peut générer des fibroses c'est parce qu'elle modifie la microcirculation en provoquant une diminution du calibre des vaisseaux. Cela modifie le fonctionnement de la vascularisation jusqu'à l'apparition de collagène qui établit la fibrose, comme l'explique Rives (2011).

Un trismus des mâchoires peut également apparaître, il s'agit de la contracture involontaire des muscles masticateurs selon Wainsten et al. (2009)

L'œdème

L'irradiation entraîne une diminution du flux vasculaire et lymphatique des zones exposées, ce qui provoque de l'œdème. Il peut toucher les régions cervicale, buccale, pharyngée et laryngée. Les muqueuses œdémateuses perdent en sensibilité, quant aux structures de la déglutition elles subissent des blocages mécaniques.

Les radiomucites

Des radiomucites peuvent aussi apparaître tardivement sous forme d'atrophies muqueuses, d'indurations du tissu musculaire ou d'ulcérations.

Les nécroses

Les nécroses sont des effets secondaires graves mais rares de la radiothérapie, provoqués par la perte totale de vascularisation de certains tissus.

Les nécroses des muqueuses sont réversibles. D'après Rives (2011) elles surviennent généralement après une ulcération ou une surinfection des tissus.

Les nécroses cartilagineuses peuvent être responsables d'une fonte de l'épiglotte.

Quant à l'ostéoradionécrose, elle est devenue très rare aujourd'hui puisqu'un bilan dentaire préalable à la radiothérapie permet d'éliminer les foyers infectieux.

Les neuropathies post-radiques

Il s'agit de complications très graves mais également rares pouvant entraîner une atteinte souvent bilatérale des nerfs crâniens V, VII, IX, X ou XII, responsables d'amyotrophies musculaires.

3.2. Limiter les effets secondaires

Il est important d'essayer de limiter les effets secondaires aigus de la radiothérapie puisqu'ils sont prévisibles, ceci afin d'améliorer le confort du patient, mais surtout de limiter l'impact sur l'alimentation. Il faut prévenir une éventuelle perte de poids, nuisible au bon déroulement du traitement comme le rappelle Guerder (2010). En effet, si le traitement doit être interrompu il perd en efficacité.

Pour cela, les patients doivent suivre des règles d'hygiène cutanée et bucco-dentaire strictes. Des bains de bouche sont préconisés plusieurs fois par jour pour limiter la radiomucite et les infections fongiques. Des antalgiques sont prescrits pour maintenir l'état nutritionnel du patient, afin de réduire les douleurs qui nuisent à la déglutition.

Lorsque l'alimentation orale devient difficile, notamment en raison de l'importance de la mucite, il est conseillé au patient de mixer son alimentation. Cependant, si les prises per os sont insuffisantes, une alimentation entérale est mise en place.

Des crèmes hydratantes et cicatrisantes ont pour but de réduire l'épidermite.

Rambaud-Pistone et Robert (2010) précisent que la limitation des effets secondaires consiste également en une préparation du patient, avant la radiothérapie. C'est pourquoi une extraction des dents cariées précédera toujours la radiothérapie. La détérioration de la salive rend le patient radiothérapé beaucoup plus sensible aux caries, c'est pourquoi il se verra confectionner des gouttières fluorées. Il devra les porter quotidiennement et à vie pour protéger les dents saines restantes. Les perturbations salivaires imposent au patient d'éliminer toute nourriture acide de ses habitudes alimentaires afin de ne pas irriter les muqueuses.

3.3. Impact de la radiothérapie à chaque temps de la déglutition

Un traitement par radiothérapie sans chirurgie permet la préservation des organes. Cependant, la conservation des structures anatomiques n'implique pas nécessairement que les fonctions soient elles aussi préservées.

Nous allons voir l'impact, à chacun des temps de la déglutition, des effets secondaires de la radiothérapie cités précédemment.

3.3.1. Perturbations au temps buccal de la déglutition

Comme le rapportent Rambaud-Pistone et Robert (2010) Une fibrose ou trismus des muscles masticateurs peut limiter l'ouverture buccale nécessaire à l'apport des aliments dans la bouche. La mastication d'aliments solides est alors gênée, ceci se surajoutant au broyage limité par une éventuelle édentation pré radiothérapie.

L'asialie engendre un manque de lubrification et de cohésion du bol alimentaire. Il est alors difficile de consommer des aliments secs comme la viande, ou des aliments fragmentés comme le riz ou la semoule. Le transit buccal se trouve ralenti et la consistance du bol alimentaire est plus difficile à ingérer selon l'étude d'Agarwal et al. (2011) et de Logemann et al. (2007).

La perte de sensibilité orale et la dysgueusie notées par Rambaud-Pistone et Robert (2010), peuvent provoquer des fausses routes « avant » la déglutition par un manque de détection au niveau des zones de déclenchement du réflexe de déglutition.

3.3.2. Perturbations au temps pharyngé de la déglutition

La physiologie du temps pharyngien de la déglutition exige une coordination de tous ses mécanismes. Si l'un ou plusieurs d'entre eux sont altérés ou ne serait-ce que ralentis la déglutition est perturbée puisqu'ils sont tous interdépendants.

La radiothérapie a un impact sur les mécanismes propulseurs

Une diminution de la force de contraction de la base de langue et de son recul ralentit le temps de propulsion du bol alimentaire et retarde le déclenchement du réflexe de déglutition. Selon Rives et Woisard-Bassols (2011), 90% des patients irradiés au niveau de la sphère ORL sont concernés par un défaut de recul de la base de langue.

Les résultats de l'étude de Kotz et al. (2004) révèlent également une diminution du contact de la base de langue avec la paroi pharyngée postérieure chez tous les patients de cette étude, ce qui diminue la propulsion du bol alimentaire dans le pharynx. (Ce que mentionne aussi l'étude d'Eisbruch et al. 2002.)

Rambaud-Pistone et Robert (2010) notent une diminution du péristaltisme pharyngé par fibrose des muscles et des tissus mous du pharynx. Selon les observations de Rives et Woisard-Bassols (2011) 100% de ces patients seraient concernés par cette diminution. Cela entraîne un allongement du transit pharyngien.

La radiothérapie a un impact sur les mécanismes de protection des voies aériennes

Une réduction de l'ascension laryngée est fréquemment mise en lumière dans les différentes études sur le sujet. Selon Kotz et al. (2004) la réduction de l'ascension laryngée est présente chez 83 à 90% des sujets en moyenne huit semaines après la radiothérapie. Elle est due à la fibrose des tissus mous, comme l'expliquent Pauloski et al. (2006), et des muscles élévateurs du larynx ainsi qu'à l'œdème du plancher buccal, selon Rambaud-Pistone et Robert (2010).

La réduction de l'élévation laryngée est déjà présente avant la radiothérapie à cause de la tumeur, mais elle est majorée par le traitement. En effet, selon les résultats de Logemann et al. (2007), le nombre de sujets concernés double entre la période pré traitement et la période trois mois post traitement.

La bascule de l'épiglotte sur les cartilages aryténoïdes peut être réduite ou absente, limitant la fermeture des voies aériennes d'après l'étude d'Eisbruch et al. (2002). Selon Rives et Woisard-Bassols (2011), 60% de ces patients sont concernés par un défaut de fermeture sus-glottique.

3.3.3. Perturbations au temps œsophagien de la déglutition

Enfin, à la dernière phase du temps pharyngien, une diminution de l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage est observée dans de nombreuses études comme le démontrent Pauloski et al. (2006). L'ascension vers le haut et vers l'avant des structures hyo-laryngées participe à l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage. Or, comme nous l'avons vu, ce mouvement peut être limité après radiothérapie, ce qui explique que l'ouverture de ce sphincter le soit aussi.

3.3.4. Conséquences directes

Les fausses routes

L'altération des mécanismes de la déglutition provoque notamment des pénétrations laryngées, appelées fausses routes directes et fausses routes indirectes.

Les fausses routes directes ont lieu pendant la déglutition. Elles sont dues à un déficit de fermeture laryngée. Selon Logemann et al. (2007), la fermeture laryngée est retardée

chez 60% des patients radiothérapés à trois mois post traitement, et incomplète pour 70% des sujets selon Kotz et al. (2004). C'est-à-dire que le bol alimentaire arrive au niveau du larynx avant que celui-ci n'ait eu le temps de fermer complètement le passage vers les voies aériennes inférieures, ou alors l'occlusion est incomplète. Tout ou une partie du bol alimentaire peut franchir le larynx. La diminution de la sensibilité laryngée mentionnée par Rambaud-Pistone et Robert (2010) est elle aussi responsable de ces fausses routes directes, puisqu'elle influence le retard de déclenchement du réflexe de déglutition et donc le retard de fermeture laryngée.

Des fausses routes provoquées par des stases, après la déglutition, sont également possibles. Selon le Dictionnaire d'Orthophonie (Brin F. et al. 2004), les stases pharyngées sont un « amas de salive ou d'aliments dans les divers replis muqueux du pharynx en raison d'une mauvaise progression du bol alimentaire lors de la déglutition, et qui peuvent repasser dans les conduits menant aux voies aériennes supérieures, même plusieurs minutes après la fin du repas et entraîner des fausses routes et un risque de pneumopathie. »

Les stases peuvent provoquer une fausse route soit par débordement des cavités dans lesquelles ces résidus s'accumulent, soit par inhalation de particules à la reprise inspiratoire.

Les stases peuvent se situer à plusieurs niveaux.

La diminution de la force de la langue et de la rétraction de la base de langue réduisent le transit et peuvent favoriser la présence de résidus dans la cavité buccale comme l'expliquent Pauloski et al. (2006). Ces particules glissent ensuite vers le carrefour aéro-digestif à la reprise inspiratoire mais, à cause de la perte de sensibilité, elles sont insuffisantes pour déclencher le réflexe de déglutition. Elles tombent alors dans les voies respiratoires ouvertes.

Il existe des stases valléculaires. Elles sont principalement dues au défaut de recul de la base de langue d'après Rambaud-Pistone et Robert (2010).

Enfin, des stases peuvent se loger dans les sinus piriformes. Elles sont principalement dues au défaut de péristaltisme pharyngé ou au défaut d'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage selon Rambaud-Pistone et Robert (2010). L'étude de Kotz et al. (2004) démontre également que la réduction des contractions pharyngées est responsable de résidus pour 50% des patients.

D'autres études corroborent l'augmentation de stases pharyngées après radiothérapie, notamment celle d'Eisbruch et al. (2002). Cette étude démontre également que la réduction de l'élévation laryngée est elle aussi responsable des stases pharyngées puisque ce mouvement est nécessaire pour la vidange du pharynx. Elle confirme que la radiothérapie est bien responsable de ces fausses routes puisque ses résultats révèlent que 14% des patients présenteraient des aspirations avant traitement, contre 65% des patients un à trois mois après traitement, et 62% six à douze mois post traitement. Tout comme l'étude de Kotz et al. (2004) pour qui deux mois après radiothérapie, 70% des patients présenteraient des pénétrations laryngées, contre 10 % avant traitement.

Selon Rambaud-Pistone et Robert (2010) et Eisbruch et al. (2002), un tiers des patients qui reçoivent un traitement par radio-chimiothérapie présente des fausses routes dont la plupart sont silencieuses. Ces fausses routes silencieuses ne déclenchent pas de toux réflexe au passage du bol alimentaire dans le larynx à cause de la chronicisation de la perte de sensibilité laryngée. D'après ces études le nombre de patients concernés augmenterait avec le temps. Les fausses routes liées à la radiothérapie seraient plutôt des fausses routes indirectes, dues à l'aspiration de stases, que des fausses routes directes.

Kotz et al. (2004) mentionnent également la possibilité d'une toux réflexe retardée. D'ailleurs, en lien avec des aspirations silencieuses, pour Eisbruch et al. (2002) la pneumopathie d'inhalation est une des séquelles sous-estimée d'un traitement par radiothérapie ou radio-chimiothérapie.

Modifications des prises alimentaires per os

Ces altérations des mécanismes de la déglutition ont également un impact sur les prises alimentaires per os. Celles-ci sont modifiées en termes de consistance et de quantité.

La radiothérapie a effectivement un impact sur les consistances alimentaires consommées. Selon Pauloski et al. (2006), un mois après la radiothérapie 75% des patients ne peuvent pas consommer de toutes les consistances alimentaires, contre 37% avant traitement. Dans l'année qui suit ce taux redescend au niveau pré traitement.

Selon Rademaker et al. (2003) les patients pouvant consommer un peu plus de 50% de leur alimentation per os sont tout de même 33 à 42% à ne pas pouvoir manger de toutes les consistances alimentaires, mais en tout 78% des patients ne consomment pas de toutes les

consistances un mois après la fin de la radiothérapie. Ainsi les aliments de texture sèche et croquante semblent les plus difficiles à avaler, puisque 74 % des sujets en sont incapables à un mois post traitement. Un an post traitement ce chiffre revient au taux pré traitement de 42%.

Environ 40% des patients ne peuvent pas manger des textures molles, de la consistance de la purée ni de liquides épais à un mois post traitement. A un an post traitement, ces chiffres reviennent aux taux pré traitement, entre 15 et 20%.

La consistance qui semble la mieux déglutie est le liquide, puisqu'à un mois post traitement, lorsque les chiffres sont les plus mauvais, seulement 24 % des patients ne peuvent pas en consommer. Cela s'explique par le fait que cette consistance souffre moins du manque de péristaltisme pharyngé.

Logemann et al. (2007) arrivent à la conclusion que 54 % des patients n'ont pas une alimentation normale en termes de consistances à trois mois post traitement.

Outre les consistances alimentaires, la proportion des prises alimentaires per os dans l'alimentation totale est elle aussi diminuée suite à la radiothérapie.

Selon Pauloski et al. (2006), à un mois post traitement, 40% des patients consomment au maximum 50% leur alimentation per os. Ce taux redescend à 12% dans l'année qui suit, mais reste plus élevé qu'avant traitement.

Ces résultats sont corroborés par ceux de Rademaker et al. (2003) : à un mois post radiothérapie, environ 40% des patients voient leurs prises per os égales ou inférieures à 50%, ce chiffre tombe à 14% un an après traitement.

Logemann et al. (2007) trouvent aussi que le pourcentage de patients qui mangent moins de 50% de leur alimentation per os augmente dans les trois mois qui suivent le traitement et revient au niveau initial après un an.

3.3.5. Effets de la chimiothérapie associée

Comme nous l'avons vu, la chimiothérapie peut être associée à la radiothérapie à différents stades du traitement.

Cette technique thérapeutique consiste en l'absorption ou l'injection de substances chimiques. Celles-ci détruisent ou limitent la multiplication des cellules cancéreuses, mais aussi des cellules saines. Les complications possibles aggravent les troubles alimentaires puisque la chimiothérapie majore les effets toxiques de la radiothérapie.

Selon Massoni et Grini (2010), outre la fatigue, la chimiothérapie favorise aussi l'apparition de la mucite. Des nausées, voire des vomissements, réduisent l'appétit. Il faut également mentionner les troubles digestifs qui peuvent être douloureux et qui participent à la modification des prises alimentaires. Selon ces auteurs, la complication la plus fréquente de l'association radio-chimiothérapie serait une dysphagie sévère avec inhalations.

3.4. L'alimentation artificielle

3.4.1. *Alimentation entérale*

Selon Massoni et Grini (2010), si les prises alimentaires per os deviennent insuffisantes, le patient bénéficiera d'une alimentation artificielle pour éviter la dénutrition. Il s'agit d'un état où les apports nutritionnels sont inférieurs aux besoins de l'organisme. Cette carence se traduit principalement par une perte de poids involontaire.

Farenc (2011) rapporte les différents modes d'alimentation entérale.

La sonde nasogastrique est introduite par les fausses nasales jusque dans l'estomac.

La sonde gastrique est introduite directement dans l'estomac par la paroi abdominale. Sa mise en place nécessite le plus souvent une anesthésie générale. Elle est parfois posée, en prévention, avant la radiothérapie pour ne pas l'interrompre en cas de dénutrition consécutive à ce traitement.

3.4.2. *Alimentation mixte*

Comme l'explique Puech (2011a) l'alimentation mixte conjugue des prises alimentaires entérales et per os. Dans ce cas, le suivi diététique est indispensable pour s'assurer que le patient ait des apports caloriques suffisants.

L'alimentation mixte, quand elle est possible, est particulièrement intéressante, comme le rapportent Massoni et Grini (2010). Elle participe non seulement au bien-être du patient, mais permet d'anticiper le retour à une alimentation exclusivement per os et elle évite la fibrose des structures oropharyngées. Puech (2011a) affirme même que la plasticité neuronale intervient dans le processus de déglutition. Autrement dit, l'entretien de cette fonction participe à son maintien, tandis qu'une diminution de cette activité en limite la récupération à long terme. Il est donc important de continuer à entretenir quelques prises per os ou à les réintégrer dès que possible pour entraîner la déglutition. Cependant, les

prises per os peuvent aussi être plus difficiles à ingérer en raison de la présence de la sonde nasogastrique, dont le frottement peut être douloureux et réduire la sensibilité.

Selon Rademaker et al. (2003) 12% des patients radiothérapés possèdent une sonde gastrique au début du traitement, 48% à un mois post traitement, 36% à 3 mois post traitement, 24% à 6 mois post traitement, 14% à 12 mois après la fin du traitement.

Comme nous l'avons vu, l'alimentation entérale est souvent indispensable pendant le traitement, bien que les patients aient parfois du mal à reprendre une alimentation per os.

III. SUIVI DE LA DYSPHAGIE POST RADIOTHÉRAPIE

1. Possibilités d'adaptation de l'alimentation orale

Nous l'avons vu, l'alimentation per os est souvent difficile pour un patient ayant été irradié au niveau de la tête et du cou, même sans acte chirurgical. L'orthophoniste, habilité à prendre en charge les patients dysphagiques, peut aider ces patients à trouver des adaptations pour faciliter leur alimentation. Ces moyens de compensation auront comme objectif de réhabiliter la protection des voies aériennes pour que l'alimentation se déroule en toute sécurité.

Il est possible d'adapter la posture du patient et d'y associer des manœuvres de déglutition, ainsi que de modifier la consistance et la texture de ce qu'il peut consommer per os.

1.1. Modification du comportement : postures et manœuvres facilitatrices et protectrices

Puech (2011a) rapporte que les modifications du comportement concernent la manière de déglutir dans le cas des manœuvres, ou le positionnement de la tête pendant la déglutition dans le cas des postures. Elles peuvent être associées et leur utilisation, temporaire ou définitive, doit faire régresser ou disparaître les symptômes dysphagiques.

1.1.1. Les postures de tête

Esteve Piguet (2009) rappelle qu'il faut essayer avec le patient la position qui est la plus efficace pour lui et ne pas s'en tenir aux indications théoriques. Puech (2011a) précise que ces postures font varier le volume du pharyngo-larynx et modifient l'effet de la gravité sur le bol alimentaire et sur les stases. Elles permettent d'améliorer la protection laryngée, ou la propulsion du bol alimentaire.

La flexion antérieure

Elle s'effectue tête fléchie, le menton basculé sur le sternum. Cette posture réduit la dimension de l'entrée du larynx en rapprochant la base de langue et l'épiglotte de la paroi postérieure du pharynx, et élargit l'espace valléculaire. Elle permet de diriger le bol alimentaire vers les sinus piriformes et réduit sa possibilité de franchir les voies

respiratoires avant le déclenchement du réflexe de déglutition.

La rotation

Le patient tourne latéralement la tête vers une de ses épaules. Cette posture ferme le sinus piriforme du côté de la rotation, le passage du bol alimentaire se fait dans le sinus opposé. Cela élimine un côté non fonctionnel, augmente l'ouverture du sphincter crico-pharyngé et favorise la fermeture glottique.

Flexion antérieure associée à la rotation

Le menton est fléchi vers une des clavicules. Cette posture permet le passage du bol alimentaire dans l'hémi-pharynx controlatéral. Elle permet d'éliminer un côté non fonctionnel et d'augmenter la fermeture laryngée.

L'inclinaison, dite flexion latérale chez certains auteurs

Le patient penche la tête de façon à diriger une oreille vers l'épaule, généralement du côté sain. Le bol alimentaire est ainsi dirigé du côté de l'inclinaison dans la cavité buccale et dans le pharynx, ce qui favorise son passage du côté sain.

L'extension de la tête

Le patient dirige le menton vers le haut. Cette position est rarement utilisée car, bien qu'elle facilite la propulsion du bol alimentaire vers l'arrière en cas d'insuffisance linguale par exemple, elle majore le risque de fausse route et peut donc se révéler dangereuse.

La position en décubitus dorsal ou latéral

Le patient est allongé sur le dos ou sur le côté. Cette position diminue l'effet de la gravité sur les stases pharyngées, ce qui limite les débordements de stases dans le larynx.

1.1.2. Les manœuvres de déglutition

La description de la majorité des manœuvres utilisées aujourd'hui revient à Logemann.

➤ **Les manœuvres de protection laryngée**

Elles comblent un manque de protection des voies respiratoires. Les différentes manœuvres correspondent à un degré croissant de fermeture laryngée.

La fermeture précoce

Le patient doit bloquer fortement sa respiration avant d'avaler, ce qui produit une adduction précoce des cordes vocales avant la déglutition.

La déglutition sus-glottique ou supra-glottique

Le patient doit prendre l'aliment en bouche, inspirer, bloquer sa respiration, avaler et tousser immédiatement avant de reprendre son souffle. Cette toux volontaire a pour effet d'évacuer d'éventuelles pénétrations laryngées. L'inspiration sera de préférence nasale pour éviter qu'en inspirant par la bouche le patient n'aspire en même temps les aliments déjà placés en bouche.

Esteve Piguet (2009) suggère de demander au patient de se racler la gorge plutôt que de tousser. Le hémage serait moins propice à une aspiration et provoquerait de façon presque systématique une déglutition à vide ce qui optimise l'évacuation de résidus.

Cette manœuvre permet une fermeture volontaire des cordes vocales avant et pendant la déglutition, ainsi que d'évacuer d'éventuels résidus laryngés.

La déglutition super-sus-glottique ou supersupraglottique

Le patient doit prendre l'aliment en bouche, inspirer et bloquer sa respiration en utilisant un point d'appui contre résistance. Il doit ensuite avaler en maintenant le blocage et l'appui, puis tousser immédiatement.

Le point d'appui contre résistance peut être un appui frontal contre la paume de la main qui résiste à cette poussée. Le patient peut aussi faire le geste de vouloir soulever son siège.

Cette manœuvre permet, en plus de la fermeture précoce et volontaire des cordes vocales, la bascule antérieure des aryténoïdes, le recul de la base de langue et l'adduction des bandes ventriculaires. La toux ou le hémage permettent un nettoyage laryngé.

Une étude de Logemann et al. (1997) met en évidence que cette manœuvre, chez des patients irradiés au niveau de la tête et du cou, est souvent plus efficace que la déglutition sus-glottique. Elle ferme plus précocement les voies aériennes, diminue le taux d'aspiration, et augmente la rapidité du mouvement hyo-laryngé.

Pour réaliser ces manœuvres, le patient doit posséder toutes ses capacités cognitives. Elles peuvent être complexes à effectuer et doivent donc être bien expliquées et réalisées à plusieurs reprises pour s'assurer que le patient les exécutera correctement.

➤ Les manœuvres de vidange

Elles comblent un défaut de transport du bol alimentaire et assurent la vidange du pharyngo-larynx.

La déglutition d'effort

Le patient doit inspirer puis avaler en exerçant une forte pression sur les muscles de la bouche et du cou. Cette manœuvre augmente la force de propulsion du bol alimentaire, les mouvements de la base de langue et la contraction pharyngée. Elle permet également de vider les vallécules.

La déglutition de Mendelsohn

Le patient doit avaler et maintenir son larynx en position haute quelques secondes. Pour cela, il peut s'aider manuellement. Cette manœuvre augmente l'amplitude de l'ascension laryngée et sa durée en position haute ce qui contribue à l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage.

La double déglutition ou déglutitions répétées

Elle permet d'évacuer les résidus pharyngés liés à un défaut de propulsion linguale, de l'élévation du larynx ou du péristaltisme pharyngé.

L'ingestion de liquide

Le patient boit à la fin du repas, ou en alternance avec les aliments solides pendant le repas. Le liquide emporte avec lui les résidus plus solides. Cela nécessite que cette consistance soit déglutie sans danger par le patient.

Toutes les postures de tête citées peuvent être associées à des manœuvres. Une déglutition à vide suivie d'une toux volontaire ou d'un hémage contribue à l'évacuation de stases.

1.2. Modification de l'environnement : les propriétés du bol alimentaire

1.2.1. Consistances et textures alimentaires

Comme l'explique Soriano (2011) les propriétés physiques qui déterminent le bol

alimentaire sont la consistance, la texture et la vitesse d'écoulement.

Pour définir ces qualités elle reprend la terminologie de Gaudreault et Sanscartier. Ainsi, la consistance concerne la solidité d'un aliment et la cohésion de ses parties. Elle est perceptible visuellement et détermine l'effort nécessaire en terme de mastication pour en modifier la forme. La texture correspond aux sensations tactiles perçues dans la bouche et s'assimile souvent à la consistance. La texture d'un aliment influence la cohésion et l'homogénéité du bol alimentaire. Elle peut être par exemple visqueuse, collante, friable, croquante, fragmentée en grains.

Pour Esteve Piguet (2009) l'adaptation des consistances a pour objectif de faciliter la déglutition, de réduire les risques de fausses routes et de limiter les résidus alimentaires en bouche ou dans le pharynx. En fonction du trouble du patient, il est possible d'adapter la consistance des aliments solides en augmentant plus ou moins leur mollesse, et la viscosité des aliments liquides en les rendant plus ou moins épais.

Il n'existe pas de consensus quant à une classification des différentes consistances solides. En croisant les données des différents auteurs nous pouvons tout de même émettre certaines affirmations.

Un aliment dur oppose une résistance à la fourchette et demande une mastication plus ou moins importante, c'est par exemple la viande ou les biscuits.

Un aliment mou demande peu de mastication et s'écrase facilement, comme les légumes bien cuits, une omelette ou du pain de mie. Les viandes peuvent être hachées pour être ramollies.

Un aliment de consistance pâteuse ou en purée est plutôt épais et ne nécessite quasiment pas de mastication.

Un aliment mixé est plutôt fluide et ne nécessite pas de mastication.

Les liquides s'écoulant plus facilement, ils peuvent être épaissis pour réduire leur vitesse de transport, surtout en cas de ralentissement du déclenchement du réflexe de déglutition. En nous appuyant sur la catégorisation des liquides citée par Soriano (2011) nous pouvons mentionner plusieurs catégories de liquides.

Le liquide normal qui est le plus fluide et s'écoule rapidement, c'est l'exemple de l'eau.

Le liquide légèrement épais et visqueux, comme le sirop de fruit.

Le liquide épais, comme les nectars de fruits ou les yaourts à boire.

Le semi-liquide qui peut se boire au verre mais difficilement à la paille, comme la crème anglaise ou les yaourts brassés.

Un grand nombre d'épaississants et de gélifiants permettent de modifier la consistance des liquides.

Esteve Piguet (2009) précise que ces adaptations sont souvent très restrictives car il est nécessaire qu'elles soient avant tout sécuritaires. Toutefois, les consistances et textures autorisées sont parfois tellement réduites que cela est néfaste à la qualité de vie du patient. Cette perte de diversité peut l'amener à restreindre son alimentation en dehors des difficultés liées à la dysphagie. Ce que confirme Puech (2011a), qui affirme que le repas doit rester le plus attrayant possible afin de stimuler le désir de manger du patient. Elle précise également que pour les sujets dysphagiques, l'alimentation doit se faire dans le calme, en évitant les distractions sonores et visuelles. Des informations simples doivent être données au patient afin de limiter son anxiété face à l'alimentation.

1.2.2. *Quantité et vitesse*

Le volume du bol alimentaire est également une donnée à contrôler. Il est conseillé de le limiter afin d'éviter les fausses routes. Esteve Piguet (2009) cite une étude de Logemann (1998) selon laquelle une augmentation du volume du bol alimentaire est associée à un retard de contact entre la base de langue et la paroi pharyngée. De plus, Puech (2011a) mentionne les risques de fausse route par débordement de stases hypopharyngées dans le cas d'un dysfonctionnement du sphincter supérieur de l'œsophage. Il faut alors réduire la quantité à chaque prise.

De même, il convient d'être attentif à la vitesse d'enchaînement des bouchées.

1.2.3. *Autres stimulations modulables*

Les aliments possèdent d'autres propriétés qui peuvent favoriser la déglutition.

La température influe sur le réflexe de déglutition. Selon Esteve Piguet (2009) les aliments froids stimulent le déclenchement du temps pharyngé car ils favorisent la contraction musculaire. Massoni et Grini (2010) ajoutent que le froid est de toute façon mieux perçu par les patients et limite d'éventuelles douleurs buccales.

Concernant les liquides, pour ces auteurs, l'eau gazeuse est généralement mieux détectée que l'eau plate, car elle est plus stimulante que cette dernière, et favorise donc le déclenchement du réflexe de déglutition.

Lorsque l'hyposialie gêne le patient, Esteve Piguet (2009) conseille d'exploiter la saveur des aliments pour exciter la salivation, influençant elle-même le déclenchement de la déglutition. Ainsi, le patient est encouragé à choisir des aliments dont le goût et l'odeur lui plaisent le plus. Puech (2011a) préconise la consommation de produits lactés, qui stimulent également la production de salive.

D'une manière générale pour remédier à l'hyposialie, caractéristique d'une irradiation de la sphère ORL, Soriano (2011) indique que le bol alimentaire doit être lubrifié avec des matières grasses, qu'il faut alterner les solides avec des liquides si cela est possible et privilégier une alimentation fluide.

2. Nécessité d'un suivi pluridisciplinaire après le traitement des patients irradiés

2.1. Le suivi médical

Nous l'avons vu, un traitement qui permet de préserver les structures anatomiques ne permet pas toujours de préserver les fonctions. C'est pourquoi un suivi fonctionnel est nécessaire.

Toutefois, même si offrir au patient une bonne qualité de vie est un objectif important, la visée première du traitement est de le guérir et de préserver sa vie. C'est pourquoi le suivi médical est essentiel suite à un traitement par radiothérapie pour un cancer des voies aéro-digestives supérieures. Il vise à s'assurer de l'efficacité du traitement mais aussi à surveiller une éventuelle récurrence ou deuxième localisation de la maladie. Selon l'INCa et l'HAS (2009) pour les cancers épidermoïdes des voies aéro-digestives supérieures, près de 90 % des rechutes ont lieu dans les deux premières années après la prise en charge initiale. C'est pourquoi la Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou recommande des consultations fréquentes et régulières :

- un premier bilan clinique réalisé dans un délai de quatre à huit semaines,
- une surveillance tous les deux mois la première année,
- tous les trois mois la deuxième année,

- tous les quatre mois la troisième année.

De plus le suivi médical doit s'étendre sur au moins cinq ans.

2.2. Le suivi fonctionnel

2.2.1. *Le suivi en orthophonie*

Bien que la radiothérapie permette de préserver les structures, nous l'avons vu, elle peut endommager les fonctions, notamment la déglutition. C'est pourquoi l'orthophoniste s'inscrit pleinement dans le parcours de soins du patient irradié au niveau des voies aéro-digestives supérieures. Il évalue la dysphagie et propose des solutions pour améliorer les possibilités de prise alimentaire per os. En prenant en charge la dysphagie, l'orthophoniste participe au maintien de l'état nutritionnel du patient, ainsi qu'à son état respiratoire en limitant le risque de pneumopathie d'inhalation. De même, il participe à la qualité de vie en favorisant la reprise alimentaire per os.

Selon une étude de Garin et al. (2008) portant sur la nutrition entérale après radiothérapie des voies aéro-digestives supérieures, les patients gardent en moyenne 5,6 mois leur gastrostomie, mais 46% la possèdent encore à 12 mois, ce qui montre bien l'importance d'un suivi pour accompagner la reprise alimentaire.

2.2.2. *Le suivi diététique*

L'objectif principal du suivi diététique est de lutter contre la dénutrition.

Soriano (2011) explique que la prise alimentaire est souvent limitée à cause de la dysphagie. Les repas demandent alors un effort, durent plus longtemps et avec la fatigue le risque de fausses routes augmente. Comme l'explique Richi (2011), pour s'adapter, le patient est généralement obligé de mixer son alimentation. Hors, l'alimentation mixée est non seulement plus monotone, mais elle est aussi moins calorique et doit être enrichie pour que ses apports soient suffisants. Voilà pourquoi la dysphagie, associée à la modification des consistances, représente un risque calorique par la diminution des prises alimentaires.

S'il y a dénutrition, il y a augmentation du risque de morbidité et de mortalité, voire l'impossibilité d'administrer la totalité du traitement comme le rapportent Massoni et Grini (2010). De plus, Soriano (2011) affirme que la dénutrition aggrave le degré de dysphagie et augmente le risque d'inhalations.

La consultation diététique assure le suivi pondéral du patient. Pour cela, une évaluation est réalisée afin de combler un éventuel déséquilibre entre les besoins de l'organisme et les apports de l'alimentation. Des conseils nutritionnels adaptés à chaque patient permettent d'enrichir naturellement l'alimentation avec des matières grasses, de fractionner les repas pour en limiter la durée en introduisant des collations, et d'ajouter des compléments nutritionnels oraux.

Comme le rappelle justement Richi (2011), la communication entre les différents intervenants est primordiale. Ainsi, le médecin, l'orthophoniste et les soignants doivent être attentifs à la quantité et à la qualité de l'alimentation afin de prévenir le diététicien en cas de suspicion de dénutrition.

MÉTHODOLOGIE

I. ÉMERGENCE DU SUJET

1. Intérêt personnel pour le sujet

Lors de notre troisième année d'études en orthophonie, nous avons effectué deux stages encadrés par des orthophonistes dans des services hospitaliers ORL. L'un de ces stages auprès de patients laryngectomisés avec Mme Simonin à l'Hôpital Bon-Secours de Metz ; l'autre auprès de patients ayant subi des laryngectomies partielles en oncologie ORL au Centre Alexis Vautrin de Nancy avec Mme Lacave. Ces stages nous ont beaucoup intéressée et nous ont donné à réfléchir à la possibilité de réaliser notre mémoire de recherche dans le domaine de l'ORL. Au Centre Alexis Vautrin nous avons été sensibilisée pour la première fois aux conséquences sur la déglutition d'un traitement par radiothérapie. L'impact fonctionnel de la chirurgie était évident pour nous concernant la voix et la déglutition, mais nous pensions encore que les traitements qui n'altéraient pas les organes préservaient également les fonctions. Nous y avons découvert les conséquences aiguës pendant le traitement, mais aussi les effets post traitement qui peuvent gêner la reprise alimentaire. Nous avons également échangé sur le sujet avec Mme Simonin, qui jugeait utile, elle aussi, que les patients radiothérapés bénéficient d'un suivi en orthophonie, ce qui n'est pas encore une pratique très répandue.

2. Rencontre avec l'orthophoniste du service

En nous documentant sur les mémoires en orthophonie antérieurs, nous avons trouvé de nombreux travaux se rapportant à la laryngectomie totale, un peu moins concernant les laryngectomies partielles, et pas du tout autour de la seule problématique de la radiothérapie. C'est alors que nous avons fait la connaissance de Mlle Henry au hasard d'une réunion. Sachant qu'elle était orthophoniste au service ORL de l'Hôpital Central de Nancy, nous l'avons questionnée sur l'intérêt d'un travail autour de la laryngectomie partielle ou de la radiothérapie. Il se trouve qu'une nouvelle consultation d'orthophonie était en cours de création à l'Hôpital Central de Nancy, dédiée au suivi des patients radiothérapés. Elle nous a proposé de la recontacter si nous souhaitions articuler notre travail autour de cette consultation. Cette opportunité de participer à un projet concret nous a convaincue de travailler sur le thème de la radiothérapie. Nous avons par la suite échangé plusieurs fois avec Mlle Henry pour saisir les enjeux de cette consultation et réfléchir au travail qui pourrait y être effectué.

3. Contexte : entretien avec Monsieur le docteur Toussaint

Monsieur le docteur Toussaint, médecin ORL à l'Hôpital Central de Nancy et initiateur de cette consultation, nous a accordé du temps pour nous expliquer le fonctionnement et l'intérêt de la nouvelle consultation. Elle est née d'un besoin pour les patients et d'un manque dans leur suivi.

Aujourd'hui, les traitements sont bien plus efficaces, cependant ils sont aussi plus toxiques pour le patient. L'alimentation per os devient souvent difficile voire impossible pendant la radiothérapie, les patients sont alors nombreux à bénéficier d'une alimentation entérale. Après le traitement, les patients demeurent souvent gênés et ont du mal à reprendre une alimentation per os.

Lorsqu'un patient consulte à l'Hôpital Central pour un cancer des voies aéro-digestives supérieures, le traitement choisi peut être de la radiothérapie exclusive. Dans ce cas, le patient se tourne souvent vers le Centre Alexis Vautrin, qui pratique cette technique. Par la suite, le suivi s'effectuera à nouveau à l'Hôpital Central de Nancy, d'où vient le patient. Cependant ce suivi médical par le médecin ORL n'a lieu que trois mois après la fin des rayons, en attendant le patient ne reçoit pas d'aide pour sa reprise alimentaire.

L'objectif de cette consultation serait donc de recevoir ces patients, soignés uniquement par radiothérapie, deux mois après la fin des rayons pour un suivi fonctionnel. Cela permettrait de déterminer ce qu'ils peuvent manger et dans quelles conditions, et s'ils ont besoin d'une prise en charge par la suite.

Cette consultation, qui a débuté en septembre 2011, est menée par Mlle Henry et a lieu un vendredi matin par mois au service ORL de l'Hôpital Central de Nancy. L'orthophoniste ne dispose pas de bureau propre mais reçoit le patient dans les box de consultation disponibles du service. Il s'agit d'une consultation qui permet de faire le point avec le patient. Son objectif n'est pas qu'il entreprenne un suivi régulier, une rééducation, au cours de cette consultation. Il faut donc être en mesure de fournir au patient les informations dont il a besoin à ce moment-là. Ce sont des critères à prendre en compte pour la réalisation du travail qui va suivre.

Le fait que cette consultation ait lieu à l'hôpital permet certaines facilités. Ainsi, si l'orthophoniste souhaite que le patient rencontre un diététicien, cela est possible immédiatement. Il lui suffit d'appeler un diététicien de l'hôpital qui peut venir rencontrer le patient sans que celui-ci n'ait besoin de prendre rendez-vous et de revenir autre jour.

II. BUT DE L'ÉTUDE RÉALISÉE

Nous avons été libre de choisir l'axe de travail qui nous intéressait le plus autour de cette consultation. En échangeant avec Mlle Henry nous sommes tombées d'accord sur le fait que, cette consultation étant toute nouvelle, la priorité serait de la formaliser pour qu'elle soit plus efficace et qu'elle améliore la prise en charge du patient.

1. Problématique

Suite à la nécessité d'organiser cette consultation naissante, la problématique a abouti à : « Comment formaliser la nouvelle consultation d'orthophonie de l'Hôpital Central de Nancy destinée aux patients dysphagiques deux mois post radiothérapie pour qu'elle soit efficace? »

2. Hypothèse de travail

Pour répondre à notre problématique nous avons émis l'hypothèse suivante :

Pour être efficace, la consultation doit à la fois :

- proposer d'être un relais pour les professionnels qui ont suivi ou qui suivront le patient lors de son parcours et fournir un outil utilisable pour le patient à domicile,
- permettre une évaluation de la dysphagie et la recherche d'adaptations pour l'alimentation du patient au quotidien.

Lorsque le patient est reçu, c'est qu'il a des difficultés pour s'alimenter. La consultation devra alors déterminer pourquoi, c'est-à-dire ce qui dysfonctionne, mais aussi trouver des palliatifs applicables au quotidien par le patient.

Le patient reçu n'est pas à l'hôpital mais à domicile. Pour qu'il puisse y utiliser les adaptations trouvées, il faut que la consultation lui donne les moyens de le faire.

Enfin, pour être vraiment efficace, la consultation devra permettre un relais dans le suivi du patient entre les professionnels qui le prennent en charge, avant et après le traitement.

3. Objectifs de travail

Différents objectifs de travail ont été déterminés afin de valider ou non l'hypothèse de travail.

En regard des attentes auxquelles la consultation devrait répondre, nous avons dégagé les objectifs suivants :

Premier objectif :

- Réaliser un état des lieux des pratiques des radiothérapeutes en Lorraine pour savoir s'ils sont prêts à être des relais de diffusion de cette consultation.

Pour que la consultation puisse permettre un relais entre le temps de la radiothérapie et la réalimentation au retour à domicile, les radiothérapeutes semblent être des acteurs importants. En effet, ils suivent les patients lors de la radiothérapie et pourraient les orienter vers la consultation. Il est donc intéressant de savoir s'ils pourraient être des vecteurs de diffusion de cette consultation.

Second objectif :

- Formaliser la consultation en créant trois outils, sous la forme de documents :

- un document pour le bilan
- un document relais entre la consultation et le patient
- un document relais entre la consultation et les autres professionnels

La création de ces trois documents résulte des attentes auxquelles la consultation devra répondre selon l'hypothèse de travail.

III. MÉTHODE ET MOYENS

1. Choix du public

1.1. Les patients

- **Critères d'inclusion :**

Sont concernés par cette étude tous les patients reçus à la consultation d'orthophonie dédiée au suivi post radiothérapie. Ils ont été soignés par radiothérapie, avec ou sans chimiothérapie associée, pour un cancer des voies aéro-digestives supérieures.

- **Critères d'exclusion :**

Un seul critère d'exclusion sera retenu dans cette étude : les patients ayant subi un acte chirurgical dans le cadre de leur traitement.

1.2. Les radiothérapeutes

- **Critères d'inclusion :**

Les radiothérapeutes exerçant en Lorraine et travaillant dans un centre qui pratique l'irradiation de la sphère ORL seront interrogés pour cette étude. En effet, il s'agit là des professionnels susceptibles d'être directement concernés par la consultation d'orthophonie de l'Hôpital Central de Nancy.

- **Critères d'exclusion :**

Les radiothérapeutes exerçant en dehors de la région Lorraine ou dans un centre qui ne pratique pas l'irradiation de la sphère ORL ne seront pas concernés ici. En effet, ils ne seront pas amenés à être en lien direct avec cette consultation.

2. Élaboration du protocole

2.1. Élaboration d'un questionnaire destiné aux radiothérapeutes en Lorraine ¹

2.1.1. *Buts du questionnaire*

Un questionnaire destiné aux radiothérapeutes de Lorraine a été réalisé pour répondre à deux objectifs principaux.

¹ Le questionnaire élaboré est disponible en annexe 13 – page XI

Le premier est de réaliser un état des lieux de leurs pratiques concernant les patients irradiés pour un cancer des voies aéro-digestives supérieures sans acte chirurgical. Il cherche à montrer que les radiothérapeutes seraient prêts à être des relais pour la nouvelle consultation car ils ont des besoins concernant le suivi de ces patients.

Le second est de valider la création et d'adapter le contenu des documents à réaliser selon les objectifs de travail. Pour y parvenir, il faut déterminer les besoins post-radiothérapie pour les patients au sujet de leur réalimentation. Pour cela, il faut prendre connaissance des informations qui ont déjà été données afin de comprendre où en sont les patients dans leur parcours, au moment où ils sont reçus à la consultation.

2.1.2. *Choix du public*

Il paraissait intéressant de choisir d'interroger les radiothérapeutes plutôt que d'autres professionnels ou les patients eux-mêmes. En effet, ce sont eux qui coordonnent le parcours du patient en radiothérapie, ils sont donc les plus à même de nous faire part des informations reçues par les patients au moment du traitement. De plus, en tant que médecins, ils paraissent les mieux placés pour diriger ensuite leurs patients vers une autre consultation s'ils jugent que leur état le nécessite.

Cette étude est une étude pilote non généralisable, développée autour de la consultation particulière de Nancy, c'est pourquoi seuls les radiothérapeutes de Lorraine ont été interrogés. C'est le parcours de leurs patients qui est pertinent ici puisque ce sont eux qui seront éventuellement reçus à cette consultation d'orthophonie. Au final, les questionnaires seront envoyés à cinq centres de la région Lorraine : le Centre Alexis Vautrin de Nancy, Le Centre Hospitalier Jean Monnet d'Epinal, le Centre Hospitalier Bon-Secours de Metz, l'Hôpital Claude Bernard de Metz et la polyclinique de Gentilly.

2.1.3. *Conception des questions*

Pour concevoir les questions, il a fallu déterminer sur quels domaines interroger les radiothérapeutes. Quatre grands thèmes ont été abordés :

- la radiothérapie des voies aéro-digestives supérieures, afin de confronter les connaissances théoriques acquises au cours de recherches à la pratique des radiothérapeutes,

- le suivi des patients en radiothérapie, afin de s'informer du parcours des patients pour mieux appréhender leurs besoins post radiothérapie,

- l'alimentation des patients en lien avec la radiothérapie, pour déterminer l'importance de ce problème, la place qui lui est accordée et les solutions déjà apportées,

- le suivi des patients en orthophonie, afin de déterminer si des relais existent déjà pour ce suivi fonctionnel, entre le temps de la radiothérapie et le temps post radiothérapie avec les orthophonistes. S'il n'en existe pas encore, il faudra déterminer les relais possibles.

2.1.4. Choix méthodologique

Le questionnaire a été choisi pour interroger les radiothérapeutes car c'est un outil qui a l'avantage d'être rapide à remplir. Il permet aussi de bien choisir les questions selon les objectifs visés et de soumettre les mêmes à tous les sujets interrogés. D'ailleurs, un travail préparatoire sur les réponses possibles a été réalisé afin de proposer un maximum de questions fermées à choix multiple. Selon De Singly (1992) il s'agit de questions pour lesquelles plusieurs propositions de réponses à cocher sont présentées. Cela permet aux médecins de pouvoir compléter rapidement le questionnaire. Nous avons toujours ajouté une case « autre » suivie d'un champ libre leur permettant de s'exprimer au cas où aucune proposition ne corresponde à leur réponse.

De plus, nous avons choisi d'envoyer ce questionnaire par e-mail aux médecins concernés avec deux possibilités de réponse. La lettre envoyée par e-mail contenait un lien sur lequel il suffisait de cliquer pour être dirigé vers une version en ligne du questionnaire. Le médecin pouvait alors répondre directement depuis son ordinateur pour soumettre ses réponses. Une version au format pdf imprimable du questionnaire était également jointe à la lettre pour permettre de répondre sur papier à ceux qui le souhaitaient.

Les médecins étant déjà souvent sollicités, ce choix m'a paru adapté car il est peu chronophage.

Deux des établissements pratiquant la radiothérapie sont des établissements privés, il n'était donc pas possible d'obtenir les adresses e-mails des médecins. Nous leur avons alors envoyé la même lettre par voie postale contenant le lien en ligne ainsi qu'une version imprimée du questionnaire.

2.1.5. Mode d'analyse du questionnaire

Cette étude étant spécifique, le questionnaire n'a été proposé qu'aux radiothérapeutes susceptibles d'être en relation directe avec la consultation. Ainsi le public visé étant restreint, le but du questionnaire n'était pas de le dépouiller de façon quantitative, son analyse s'est faite de façon qualitative.

2.2. Élaboration d'un outil en trois volets utilisable en consultation

L'élaboration de documents outils pour la consultation doit permettre à la fois une meilleure prise en charge du patient et une amélioration du relais entre les différents intervenants.

2.2.1. Améliorer la prise en charge

Selon les objectifs de travail posés, chacun des trois documents à concevoir doit permettre une prise en charge plus optimisée.

Ils devront répondre à plusieurs contraintes. Le patient vient une fois à la consultation mais il n'est pas reçu chaque semaine comme dans une prise en charge en libéral, même si un autre rendez-vous peut être proposé. De plus il a souvent plusieurs rendez-vous dans la matinée à l'hôpital. C'est pourquoi les documents devront être rapides à utiliser, tout en étant exhaustifs.

- **Document de bilan**

Il servira de support au bilan de la déglutition effectué par l'orthophoniste. Pour en comprendre l'intérêt, il est important de le resituer dans son contexte. Les patients reçus à la consultation sont en difficulté face à leur alimentation. L'enjeu principal est non seulement de trouver ce qui dysfonctionne, mais surtout de trouver des solutions efficaces que le patient pourra appliquer immédiatement dans son alimentation au quotidien. C'est pourquoi, dans ce document, l'aspect qualitatif est primordial. Il doit tenir compte des spécificités du traitement par radiothérapie, le but n'étant pas de fabriquer un bilan étalonné de la déglutition.

Ce document constituera la base de l'examen clinique de l'orthophoniste. Il doit permettre de faire le point sur la situation actuelle du patient en termes de traitement et d'alimentation et de cerner sa plainte. Il doit mettre en évidence de façon claire, lors des

essais alimentaires, ce qui est perturbé et ce qui est préservé dans la déglutition du patient, la façon dont le trouble se manifeste et les moyens de compensation possibles. Ce document sera conservé dans le dossier du patient à l'hôpital.

- **Document relais destiné au patient**

Il rappellera au patient les conseils qui lui ont été donnés lors de la consultation, pour qu'il se souvienne de ce qu'il doit faire et ne pas faire pour s'alimenter et s'hydrater. Il possède deux contraintes majeures. Tout d'abord il doit être simple à comprendre pour le patient. Il doit également être rapide à remplir pour être remis immédiatement au patient à la fin de la consultation. Les informations écrites devront également être claires mais concises, assez simples pour être comprises par tous.

- **Document relais destiné aux autres professionnels**

Cette fiche de transmission devra assurer le relais entre les professionnels intervenant auprès du patient, afin d'optimiser sa prise en charge et son suivi. C'est pourquoi ce document doit répondre à plusieurs exigences pour assurer cette fonction. Il doit relever les suivis déjà mis en place et rappeler toutes les informations importantes quant au traitement. En vue de faciliter la rééducation orthophonique en libéral il faut également qu'il résume les niveaux d'atteinte de la déglutition et leurs manifestations. Si des examens complémentaires sont pratiqués, notamment par le médecin, ils doivent également y figurer. Enfin pour être complet, les recommandations données au patient doivent y être mentionnées. D'un point de vue pratique il devra être assez concis.

2.2.2. Améliorer le relais

Le relais a pour but de rendre la consultation plus efficace en créant du lien, une continuité, entre les différents intervenants de la prise en charge. C'est pourquoi la notion de « consultation relais » concerne plusieurs professionnels ainsi que le patient.

Tout d'abord, il serait intéressant de renforcer le lien entre les temps pré et post radiothérapie. La consultation pourrait être l'articulation entre ces deux temps. Ainsi, le médecin radiothérapeute aurait la possibilité d'orienter ses patients vers cette consultation qui serait l'intermédiaire lui permettant de s'informer de l'évolution de son patient d'un point de vue fonctionnel. La fiche relais lui fournirait un retour sur la suite de la prise en charge de son patient.

Si le patient est orienté vers un orthophoniste en libéral après la consultation, cette fiche lui servirait de relais avec l'orthophoniste de la consultation et le médecin ORL qui suit le patient. Les informations nécessaires à la prise en charge en libéral doivent être facilement accessibles étant donné les spécificités du traitement.

Cette fiche pourrait aussi faire le lien entre le patient et le médecin qui le suit dans le service de l'hôpital, permettant de consigner son état actuel et les suivis proposés.

Cette fiche relais pourrait intéresser d'autres professionnels amenés à prendre en charge le patient suite à la consultation, comme le diététicien ou le médecin généraliste.

Quant au patient, cette consultation devrait lui servir de relais entre la radiothérapie et son retour à domicile, lui relayer les adaptations possibles qu'il peut utiliser chez lui.

3. Les outils utilisés pour la conception des documents

Plusieurs outils vont nous permettre de réaliser les documents souhaités : l'entretien, l'observation, l'analyse de contenus et les résultats du questionnaire.

3.1. Entretien

Grâce à l'entretien avec Monsieur le docteur Toussaint nous avons pu mieux cerner le contexte expérimental, comprendre pourquoi il a été nécessaire de mettre en place cette consultation et à quels besoins elle doit répondre.

Son avis sera à prendre en compte notamment dans la conception de la fiche relais destiné aux professionnels. En tant que médecin ORL il a des attentes concernant les informations à transmettre au sujet du patient aux professionnels extérieurs au service.

3.2. Observation

Dès le mois de septembre 2011 nous avons assisté à la nouvelle consultation d'orthophonie afin d'évaluer le protocole existant et de définir les modifications à y apporter. Grâce à l'analyse des besoins de la consultation nous avons mieux cerner les patients qui y sont reçus, les aides qu'il faut leur fournir, et les informations nécessaires à transmettre aux autres professionnels. Ainsi l'observation permet d'adapter le contenu des documents à concevoir afin qu'ils puissent être utilisés pour la consultation de façon efficace et pratique.

Nos observations nous ont également permis de rechercher des travaux sur lesquels appuyer notre travail.

3.3. Analyse de contenus : travaux utilisés pour la dysphagie

Afin d'objectiver le bilan, il est important de s'appuyer sur des bilans de dysphagie ORL qui existent déjà, tout en effectuant des recherches bibliographiques concernant les effets spécifiques de la radiothérapie sur la dysphagie.

3.4. Résultats du questionnaire

Les résultats du questionnaire permettront non seulement de confirmer ou d'infirmer que les radiothérapeutes sont prêts à être des relais, mais aussi de concevoir les documents. En effet, ces réponses nous fourniront des informations sur le parcours des patients, leurs besoins et les solutions qui leur ont déjà été apportées.

4. Précautions méthodologiques

4.1. Étude spécifique

Cette étude est une étude pilote, spécifique à la nouvelle consultation d'orthophonie de l'Hôpital Central de Nancy destinée aux patients radiothérapés. Elle ne peut donc pas être généralisée puisqu'elle s'inscrit dans un contexte précis avec des intervenants définis. Ainsi, l'envoi des questionnaires se limite aux radiothérapeutes de Lorraine et les conclusions qui en seront tirées ne seront valables que dans le cadre de cette étude. De même, les documents sont conçus pour répondre aux besoins spécifiques de cette nouvelle consultation.

4.2. Contexte spécialisé

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet en cours mis en œuvre à l'hôpital et devra donc se conformer aux pratiques des professionnels concernés. Il est primordial que des entretiens avec l'orthophoniste soient fréquents afin de lui soumettre des versions alpha des documents pour s'assurer qu'ils soient adaptés à la pratique.

ANALYSE

I. RÉALISATION DES OBJECTIFS ET VALIDATION DES HYPOTHÈSES

1. Dépouillement des questionnaires : les radiothérapeutes sont-ils prêts à être des relais dans la nouvelle consultation ?

Le questionnaire destiné aux radiothérapeutes a été envoyé aux cinq centres lorrains pratiquant la radiothérapie.

Deux des cinq centres m'ont signalé qu'ils ne pratiquaient plus l'irradiation de la sphère ORL et que par conséquent ils ne donneraient pas suite à ce questionnaire.

Les trois centres pratiquant toujours la radiothérapie de la sphère ORL sont représentés dans les réponses, avec en tout cinq réponses de radiothérapeutes sur une vingtaine de médecins concernés. Ce chiffre peut paraître faible, mais plusieurs médecins se sont manifestés pour exprimer qu'ils ne répondraient pas personnellement puisque leur chef de service avait répondu et que la même politique était pratiquée au sein de l'établissement. En tenant compte de cet aspect, les réponses obtenues peuvent tout de même paraître représentatives en vue de l'analyse qualitative qui sera faite des réponses.

1.1. Les radiothérapeutes pourraient être des relais pour la nouvelle consultation

1.1.1. Les radiothérapeutes sont déjà confrontés à la problématique de l'alimentation chez leurs patients

Les radiothérapeutes ayant répondu affirment tous être questionnés par leurs patients, voire par leur entourage, au sujet de l'alimentation. Ils assurent tous prendre le temps de répondre à ces questions, même si c'est parfois difficile selon l'un d'entre eux.

1.1.2. Le relais s'inscrirait dans un suivi déjà initié

Tous les radiothérapeutes voient leurs patients plusieurs fois en cours de traitement et post traitement. De plus, le suivi post traitement est assuré généralement en alternance avec le médecin ORL qui leur a adressé le patient.

Ces informations confirment que les radiothérapeutes auraient la possibilité d'être des relais dans la diffusion de la nouvelle consultation aux patients : ils abordent déjà ces questions avec les patients et travaillent en partenariat avec le médecin ORL dans le suivi du patient.

1.1.3. Les radiothérapeutes sont déjà intéressés par le suivi en orthophonie

Lorsque les radiothérapeutes sont interrogés sur les professionnels qui prodiguent des conseils d'alimentation au patient, ils se citent, ainsi que les infirmiers et diététiciens, mais jamais l'orthophoniste. Lorsqu'ils s'expriment au sujet des professionnels auxquels il serait pertinent que les patients posent des questions au sujet de l'alimentation, ils se citent toujours, ainsi que les infirmiers et diététiciens. Toutefois ils mentionnent à ce moment là le médecin traitant et, pour trois d'entre eux, l'orthophoniste.

Deux médecins parmi les cinq qui ont répondu envoient déjà quelquefois leurs patients radiothérapés vers un orthophoniste. Cela se produit lorsque les patients utilisent de façon anormalement prolongée une alimentation entérale ou que les fausses routes sont massives.

Ainsi, certains radiothérapeutes perçoivent le rôle concernant l'alimentation que peut avoir l'orthophoniste auprès du patient.

De plus, après le traitement les radiothérapeutes déclarent que la déglutition du patient est testée, mais par simple interrogatoire selon l'un d'entre eux. Quatre d'entre eux jugent qu'il serait nécessaire que la déglutition soit testée entre deux et six mois après la fin du traitement.

Ainsi, la mise en place d'un relais pourrait renforcer les prises en charges actuelles pour les patients radiothérapés.

La totalité des médecins ayant répondu souhaiterait recevoir un compte-rendu dans le cas où l'un de leurs patients serait reçu à cette consultation. Ils voudraient aussi être informés des adaptations trouvées pour le patient et d'une éventuelle prochaine consultation qui lui serait proposée.

De plus, plusieurs médecins ont écrit des commentaires en fin de questionnaire manifestant leur intérêt pour ce suivi.

1.2. Les radiothérapeutes n'ont pas encore la possibilité d'être des relais

1.2.1. Les radiothérapeutes ne connaissent pas la consultation

Aucun des médecins ayant répondu ne connaît la nouvelle consultation mise en place, ils ne peuvent donc pas se prononcer sur son intérêt pour leurs patients.

1.2.2. Les radiothérapeutes ne connaissent pas encore assez bien le rôle de l'orthophoniste

Même si une partie des radiothérapeutes se montre déjà intéressée par le suivi de leurs patients en orthophonie, la totalité des médecins ayant répondu souhaiterait être informée du rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de la dysphagie. De plus, quatre médecins sur cinq souhaiteraient recevoir des informations sur la spécificité des besoins des patients radiothérapés en orthophonie. Trois des médecins trouveraient même intéressant une rencontre entre professionnels afin d'échanger sur le sujet.

Concernant l'évolution du patient, trois médecins sur cinq constatent une amélioration dans l'alimentation de leurs patients sans aide extérieure. Toutefois, selon eux, elle se produirait entre six mois et un an.

L'importance d'établir un relais entre le temps de la radiothérapie et le retour à domicile du patient se perçoit bien ici. Les radiothérapeutes semblent conscients que l'amélioration de l'alimentation du patient peut prendre du temps, mais ils ne semblent pas réaliser qu'en attendant, il est possible d'aider le patient. Il faudrait les informer qu'avant une récupération plus ou moins spontanée, le relais dans la prise en charge pour l'alimentation peut être effectué. Les radiothérapeutes n'ont peut-être pas encore conscience que dans l'attente d'un rétablissement total de l'alimentation per os, des adaptations permettant une récupération progressive sont possibles. Etablir des liens entre les différents professionnels permettrait de mieux connaître le rôle de chacun et donc d'assurer au patient un suivi plus efficace et plus précoce.

Même s'ils peuvent être de bons vecteurs de diffusion de cette consultation, les radiothérapeutes ne sont pas encore en mesure de le faire. Ils ont d'abord besoin qu'on leur présente cette nouvelle consultation, l'intérêt que leurs patients pourraient y trouver et la place même de l'orthophoniste dans ce suivi.

2. Construction des trois documents

L'élaboration de chacun des trois documents est le fruit d'une longue construction et de réajustements fréquents au cours de l'année, au fil de l'évaluation de leur efficacité et de leur praticité.

Ce sont les outils cités en méthodologie - l'entretien, l'observation, l'analyse de contenus et les résultats du questionnaire - qui ont permis leur conception, de même que des échanges réguliers avec l'orthophoniste et le médecin concernés.

2.1. Conception du document de bilan

2.1.1. Apports des résultats du questionnaire dans la conception de ce document

Les réponses des radiothérapeutes n'ont pas eu un impact direct sur la réalisation de ce document-ci, si ce n'est qu'elles ont engendré certaines réflexions qui ont contribué à son élaboration. Ainsi, dans le questionnaire, nous interrogeons les radiothérapeutes sur la façon dont la radiothérapie perturbe l'alimentation pendant le traitement. Nous leur demandons quel pourcentage de patients concernés cesse complètement de s'alimenter per os, s'alimente de façon mixte ou continue à s'alimenter exclusivement per os. Les réponses sont très divisées et ne permettent de tirer aucune conclusion. Cette grande hétérogénéité dans les parcours des patients nous a tout de même alertée sur le fait qu'avec un traitement à peu près similaire, les patients subissent des conséquences différentes. Ainsi, même si l'objectif est de créer un document avec un maximum d'éléments exhaustifs à cocher dans un but de rapidité, l'évaluation contiendra certainement des spécificités au cas par cas. D'où la nécessité de laisser dans ce document de la place, en dehors des cases, pour relever ces spécificités.

Tous les radiothérapeutes citent le diététicien lorsqu'ils sont interrogés sur les professionnels qui peuvent intervenir dans le suivi de ces patients. Cette unanimité nous a fait réfléchir à l'importance de cette prise en charge pour le patient. C'est pourquoi dans le document de bilan le patient sera interrogé sur un éventuel suivi diététique. S'il n'en a pas entrepris mais que l'orthophoniste juge que cela lui serait nécessaire, elle pourra lui proposer à ce moment-là, dans le cadre de la consultation ou à domicile avec ses prestataires par exemple.

2.1.2. Apports de l'entretien dans la conception de ce document

De même que pour les réponses des radiothérapeutes, l'entretien avec Monsieur le docteur Toussaint n'avait pas pour objectif principal l'élaboration du document de bilan. Toutefois, nous en retirons qu'avant d'être reçus à cette consultation les patients ont souvent été peu suivis. Cela nous conforte dans l'idée qu'il ne sera pas possible de réaliser la totalité du document sous forme de cases à cocher. L'entretien avec le patient est très important et il faut tout de même de la place pour des champs libres afin de noter les particularités de chaque parcours.

2.1.3. Apports de l'observation dans la conception de ce document

L'observation nous a permis de définir les spécificités de cette consultation, importantes à prendre en compte pour le contenu du document de bilan.

- Une évaluation qualitative

Cette consultation est différente d'un bilan hospitalier. Elle est s'ancre dans un parcours de réalimentation en cours à domicile et doit permettre de trouver ce qui est pertinent pour l'alimentation au quotidien. Il faut alors chercher d'éventuels moyens de compensation possibles, ou déjà utilisés. La déglutition est donc évaluée par une démarche qualitative. Elle est explorée avec comme objectif parallèle la recherche d'adaptations utilisables par le patient. C'est pourquoi, dans ce document, lorsqu'une consistance alimentaire est testée, il y a la possibilité de préciser s'il elle a été correctement déglutie avec l'aide d'une posture ou d'une manœuvre.

- Une évaluation simple et rapide

Au vu des moyens disponibles, l'évaluation de la déglutition doit y être effectuée de façon simple et rapide. C'est pourquoi, le document devra être assez exhaustif tout en ayant une forme concise qui comporte un maximum de propositions à cocher. Il doit également rester fonctionnel et être adapté à la pratique orthophonique de ce contexte.

Au fur et à mesure de l'année, un retour sur ce que nous avons observé en consultation nous a permis d'adapter le document, qui n'était justement pas assez pratique d'utilisation au début, car beaucoup trop long.

- Des adaptations liées au fonctionnement de l'hôpital

Par rapport au fonctionnement de la consultation, nous avons relevé que lorsqu'un patient consulte à l'hôpital, des étiquettes mentionnant son identité sont éditées. Il est donc nécessaire d'un point de vue pratique de laisser un emplacement disponible sur ce

document pour une de ces étiquettes, surtout si ce document est répertorié dans le dossier du patient.

Nous avons également constaté que différents médecins dans le service peuvent être concernés par le suivi du patient. Il est donc important de noter sur ce document qui est le médecin du patient dans le service, afin de savoir vers qui faire remonter les informations.

2.1.4. Apports de l'analyse de contenus dans la conception de ce document

Afin d'objectiver le bilan de cette consultation, il est nécessaire de s'appuyer sur des bilans déjà utilisés pour la dysphagie ORL. Il faudra cependant adapter les contenus aux spécificités de la radiothérapie. Deux outils serviront de référence ici : les travaux de V. Woisard-Bassols et M. Puech, notamment pour le recueil d'informations auprès du patient, ainsi que ceux de M. Guatterie, principalement pour l'examen clinique de la déglutition.

→ Travaux de V. Woisard-Bassols et M. Puech

V. Woisard-Bassols et M. Puech travaillent au sein de l'unité voix et déglutition du service ORL du CHU Rangueil-Toulouse. Elles sont respectivement médecin ORL et phoniatre pour l'une et orthophoniste pour l'autre. Co-auteurs de nombreuses publications sur le thème de la dysphagie oropharyngée, leurs travaux font partie des références dans le domaine. Leur travail concernant le bilan de la dysphagie nous servira de base pour déterminer les éléments à évaluer. Toutefois, ces éléments ne seront pas utilisés tels quels ou plagiés. Il s'agit bien d'objectiver l'évaluation en la construisant sur la base de bilans fiables, mais en adaptant à deux types de besoins. Tout d'abord aux spécificités impliquées par la radiothérapie, excluant toutes les conséquences de la chirurgie ou d'atteintes neurologiques. D'autre part en adaptant ce bilan à l'objectif d'établir un état des lieux ancré dans une réalimentation déjà en cours. Ici, le patient n'est pas évalué comme s'il fallait déterminer si une réalimentation était possible ou non comme en post opératoire. Il s'agit d'adapter les prises alimentaires et de renforcer les compensations déjà utilisées.

Tout d'abord, selon Puech (2011b), lors du bilan orthophonique, une part importante est accordée à l'interrogatoire préalable à l'examen clinique et aux essais alimentaires. Cet

interrogatoire permet de cerner le contexte alimentaire actuel du patient et de suspecter les mécanismes physiopathologiques en cause.

- Anamnèse

La prise de contact avec le patient commence en réalisant son anamnèse. Il s'agit de l'histoire de sa maladie et ses antécédents. Ces informations sont importantes pour situer le patient dans son contexte médical, de même pour son trouble. Il s'agit donc de la première rubrique du document d'évaluation réalisé, « Pathologie et traitement ». Au vu de la spécificité de cette consultation et dans l'objectif d'appréhender où se situe le patient dans sa réalimentation, nous avons ajouté sous cette rubrique la question d'une éventuelle alimentation entérale pendant le traitement, ainsi que sa nature et sa durée d'utilisation.

- Etat général du patient et fonctions associées à la déglutition

Dans le bilan orthophonique, Puech (2011b) considère ensuite l'état général du patient. Cette étape correspond à la seconde rubrique du document d'évaluation, intitulée « Situation actuelle ». En effet, sur le fond, l'altération de l'état général du patient donne des indications sur une éventuelle dénutrition.

Nous avons sélectionné les éléments propres à l'alimentation et éliminé par exemple les notions d'état de vigilance du patient. Le bilan de M. Puech est utilisé dans un cadre hospitalier avec des patients pouvant être hospitalisés pour raisons neurologiques ou chirurgicales, ce qui nécessite de prendre des précautions supplémentaires. Par ailleurs, dans le document réalisé, le patient est questionné sur son poids. Lors de la radiothérapie l'alimentation devient difficile et la chimiothérapie souvent associée provoque une perte d'appétit, ce qui peut générer une importante perte pondérale. De plus, si le patient a maigri, il est important de noter s'il chute toujours ou s'il se stabilise. En effet, suite à la consultation il pourrait être jugé nécessaire pour le patient d'entreprendre un suivi diététique. C'est pourquoi le patient est aussi interrogé sur un suivi diététique déjà initié ou s'il est désireux d'en entreprendre un.

- Les fonctions associées à la déglutition

Les fonctions associées à la déglutition sont importantes dans une évaluation de la déglutition puisqu'elles impliquent les mêmes structures neuro-anatomiques. M. Puech précise l'importance de l'évaluation de la phonation, qui peut être un témoin du fonctionnement glottique, et de la respiration souvent, artificielle ou associée à une canule dans les cas des patients hospitalisés et opérés.

Ici, nous avons choisi de reprendre l'examen des fonctions associées dans la rubrique « Situation actuelle » mais toujours en adaptant aux spécificités de la consultation. Les éléments mentionnés choisis sont :

- l'état respiratoire du patient, car il peut être révélateur de fausses routes à répétition,
- la possibilité de toux et de hémorragie volontaires. Cela permet d'anticiper l'évacuation d'éventuelles fausses routes pendant les essais alimentaires,
- l'élévation laryngée du patient lors de la déglutition. Suite à la radiothérapie, cette ascension peut en effet être diminuée en amplitude ou ralentie. Cette information permet là aussi d'anticiper la conduite à tenir face aux futurs essais alimentaires,
- l'état dentaire du patient. Préalablement au traitement il a pu subir une extraction dentaire plus ou moins mutilante. Parfois le patient a déjà un dentier, parfois pas encore, parfois il le supporte mal. Toujours pour anticiper les essais alimentaires, c'est un élément important à prendre en compte dans les adaptations à proposer, car il pourrait altérer la mastication et exclure certaines consistances alimentaires,
- l'état de la salive du patient et les palliatifs mis en place face à sa détérioration. En effet, en réaction à la radiothérapie la production de la salive peut être altérée en quantité et en qualité. L'hyposialie peut altérer la préparation du bol alimentaire et limiter les consistances possibles. Il s'agit là encore d'anticiper les essais de déglutition ultérieurs et surtout les adaptations associées, comme la lubrification du bol alimentaire.

- Contexte alimentaire du patient

Toujours dans la partie « Situation actuelle » nous avons exploré ce que Puech (2011b) définit comme étant le contexte alimentaire du patient. C'est d'autant plus important ici puisque la consultation a pour ambition de se baser sur ce que le patient fait déjà et de l'aider à améliorer son alimentation actuelle. Cela comprend notamment le mode d'alimentation et ses caractéristiques, la quantité et la répartition des prises alimentaires. C'est pourquoi dans le document figure le mode d'alimentation : exclusivement entérale, exclusivement per os ou mixte, et depuis combien de temps il est employé. En vu d'une amélioration, il convient aussi de relever le pourcentage des prises per os. Il peut s'agir ici de préciser la quantité des prises alimentaires et leur répartition dans la journée. Enfin, si l'alimentation et l'hydratation sont adaptées chez ce patient il convient de savoir quelle

consistance alimentaire ou tout autre palliatif sont mis en place. Nous avons ajouté dans cette rubrique la mise en place d'un éventuel suivi en orthophonie déjà initié.

- Symptômes et plainte du patient

Puech (2011b) précise que l'interrogatoire du patient doit également permettre d'apprécier la nature du trouble par la recherche de symptômes directs et indirects. C'est pourquoi une catégorie « Plainte et inquiétude du patient » achève cette première partie du document réalisé. Tout d'abord un espace libre permet de laisser le patient s'exprimer sur ce qui le gêne et de rapporter ses propos, comme par exemple une dysgueusie, la perte d'appétit ou encore un allongement du temps des repas. Puis des questions plus dirigées permettront de relever la présence de symptômes plus directs, comme la douleur, la toux et la sensation de blocage des aliments, ainsi que les circonstances de survenue.

Suite à l'interrogatoire, vient l'examen clinique du patient et les essais alimentaires. Puech (2011b) précise que cette étape doit permettre d'évaluer les capacités fonctionnelles et les capacités d'apprentissage du patient, ainsi que les mécanismes physiopathologiques du trouble. Cependant, V.Woisard-Bassols et M.Puech travaillent au sein d'une unité hospitalière qui reçoit des patients avec des atteintes neurologiques, ou ayant subi des traitements chirurgicaux. Ce n'est pas le cas des patients reçus à la nouvelle consultation. C'est pourquoi M.Puech décrit la suite du bilan orthophonique avec une large part d'évaluation analytique des différents segments musculaires impliqués dans la déglutition. Cela ne peut pas correspondre aux patients radiothérapés reçus à la consultation. Il s'agit en effet d'épreuves étalonnées quantitativement, avec une évaluation du tonus musculaire, de la force de contraction et de l'amplitude du mouvement. Elle précise d'ailleurs que les différents degrés de cotation sont inspirés des bilans neurologiques. Ces travaux ont fait leurs preuves et sont reconnus par les professionnels de la dysphagie, il ne s'agit pas ici de le dénigrer. Cependant, pour la partie concernant l'examen clinique il ne sera pas possible, dans le contexte précis de cette étude, de reprendre ce type d'évaluation qui n'est pas adapté aux patients reçus.

→ Travaux de M.Guatterie

M.Guatterie, masseur-kinésithérapeute à Bordeaux, est responsable de la formation pluridisciplinaire « déglutition et dysphagie ». Il est notamment le co-auteur avec V.Lozano du « Test de Capacité Fonctionnelle de la Déglutition »², utilisé à l'unité de rééducation de la déglutition du CHU de Bordeaux. Cette évaluation est intéressante dans cette étude. En effet, dans le cadre de la nouvelle consultation, l'examen clinique du patient consistera principalement à réaliser des essais alimentaires afin d'adapter l'alimentation en termes de consistances et d'environnement. C'est ce que l'on retrouve dans le « Test de Capacité Fonctionnelle de la Déglutition ». Il s'agit d'un test qui se présente sous la forme d'un arbre décisionnel. Il consiste à faire déglutir des liquides puis des aliments mixés et moulinés sous un volume d'abord restreint. S'il n'y a pas de fausse route, le volume augmente légèrement, sinon le liquide est épaissi. Pour les aliments, les consistances testées deviennent progressivement plus difficiles à déglutir. Là aussi la quantité est contrôlée et en cas d'échec une posture de tête est mise en place.

L'idée d'une progression dans la difficulté des essais alimentaires réalisés concorde avec l'objectif de réalimentation à domicile de cette étude. Il permet de tester selon un ordre logique jusqu'où le patient peut aller sans se mettre en danger. De plus, une autre notion semble particulièrement intéressante. Lorsqu'une difficulté survient dans la déglutition lors d'un essai avec une consistance donnée, des épaississements sont proposés pour l'hydratation, et des postures pour l'alimentation. Cela permet d'évaluer si avec une adaptation, le patient peut consommer une consistance qui lui pose problème. Cette façon de procéder est intéressante en regard de notre hypothèse ; la consultation devant permettre, simultanément, l'évaluation et l'apport d'adaptations pour l'alimentation.

- Progression dans les consistances alimentaires proposées

Ceci étant, dans le document d'évaluation, nous avons organisé selon une certaine progression les essais alimentaires. Tout d'abord les liquides, qui sont le plus souvent bien déglutis par les patients radiothérapés car les liquides « glissent bien ». Ceci est à pondérer en fonction de l'anamnèse, car s'il y a un retard de déclenchement du réflexe de déglutition, les liquides peuvent tout de même provoquer des fausses routes. C'est

² Le test de capacité fonctionnelle de la déglutition est disponible en annexe 10 – page VIII.

pourquoi les liquides épaissis apparaissent en deuxième dans le document, à la suite des liquides, pour proposer cette adaptation qui permet de ralentir la vitesse d'écoulement.

Concernant l'alimentation, vient d'abord le semi-liquide, équivalent de l'alimentation mixée, c'est la consistance la mieux déglutie. On trouve ensuite le pâteux, cette consistance plus épaisse peut poser soucis aux patients radiothérapés car elle est moins fluide. Enfin, la consistance solide apparaît en dernier car c'est celle qui se rapproche le plus de l'alimentation normale.

- Recherche permanente d'adaptations

Pour chaque consistance, des ajustements sont recherchés au fur et à mesure des possibilités du patient. Ainsi, à chaque essai il est possible de cocher si une adaptation a rendu la déglutition possible alors qu'elle était perturbée : une posture particulière, un hémage volontaire suivi d'une déglutition à vide par exemple. Des champs libres permettent de préciser d'autres adaptations, par exemple si le solide a été bien dégluti parce qu'enrobé, comme un morceau de biscuit dans de la compote.

2.1.5. Autres apports nécessaires à la conception de ce document

Des échanges avec l'orthophoniste ont permis de mieux adapter à la pratique les premiers documents initialement réalisés. Cohérents sur le fond ils n'étaient pas fonctionnels et trop longs. Ainsi, c'est Mlle Henry qui nous a conseillé de concevoir la partie de l'examen clinique sous forme de tableau afin de le simplifier, il prenait alors plusieurs pages. Le tableau donne une vue d'ensemble sur toutes les possibilités du patient.

2.1.6. Version finale du document de bilan ³

Le document final tient sur une feuille format A4 recto verso.

La première page comporte les rubriques de « pré-évaluation » nécessaires pour comprendre la situation du patient et pour réaliser par la suite les essais alimentaires. Il s'agit de :

- la pathologie et du traitement du patient, comprenant sa pathologie, le traitement associé, les modes d'alimentations qui ont été utilisés et ses antécédents,
- la situation actuelle du patient, comprenant le suivi diététique, le suivi en orthophonie, les proportions et consistances d'alimentation et d'hydratation per os, ainsi

³ Le document de bilan créé est disponible en annexe 14 – page XVIII

que des informations préalables sur la déglutition concernant la salive, la toux et le hémorragie, l'état dentaire, la respiration et les possibilités d'élévation laryngée,

- la plainte et les inquiétudes du patient face à l'alimentation.

La deuxième page est dédiée aux essais alimentaires et à la recherche parallèle d'adaptations. Cette partie est construite sous la forme d'un tableau ce qui présente un double avantage : l'ensemble des informations est rapidement lisible, et cela permet que cet outil tienne sur une seule feuille, ce qui sera plus pratique.

Chaque colonne du tableau comprend les consistances alimentaires : liquide, liquide épaissi, semi-liquide, pâteux, et solide avec une place destinée à noter précisément quel aliment a été testé.

En ligne on retrouve trois catégories : si la déglutition a été possible, si la voix était mouillée et s'il y a eu des stases, ainsi qu'une ligne supplémentaire permettant des remarques éventuelles. Ainsi, pour chaque aliment testé, il sera possible de définir :

- si la déglutition a été possible. Si oui, si une certaine posture facilitatrice ou une autre adaptation a été nécessaire, dans le but de relever les solutions possibles. Si non, si la fausse route a été immédiate, toussée et/ou retardée,

- si la voix est mouillée ou non. Si elle l'est, il est possible de relever si cela persiste ou cède suite à un hémorragie et une déglutition à vide volontaires,

- si des stases sont présentes ou non. Si elles le sont, il est possible de préciser si elles sont pharyngées ou buccales, s'il y a une sensation de blocage ou si elles se font remarquer par débordement, et si elles peuvent ou non être évacuées par un hémorragie et une déglutition à vide volontaires.

Si la voix mouillée et les stases cèdent à un hémorragie et à une déglutition à vide volontaires cela traduit une certaine gestion possible par le patient de sa dysphagie et concourt à la recherche d'adaptations pour son quotidien.

Enfin, en bas du tableau se trouve une partie conclusion pour l'hydratation et une autre pour l'alimentation. Elles permettent de définir si elles seront normales ou adaptées. Si elles sont adaptées, si c'est en termes de posture et/ou de consistances. Il ne reste alors plus qu'à cocher lesquelles sont conseillées au patient. Pour l'alimentation des conseils supplémentaires à cocher sont notifiés, comme le fait de manger lentement, de petites quantités, de fractionner les repas et de lubrifier l'alimentation.

Un espace libre destiné aux remarques est disponible sous la partie alimentation et hydratation afin de préciser certaines spécificités propres au patient.

2.2. Conception du document relais destiné aux patients

Il s'agit d'un document qui doit être remis au patient immédiatement après la consultation et qui lui rappelle les consignes spécifiques et à appliquer chez lui, dans son alimentation au quotidien.

2.2.1. Apports des résultats du questionnaire dans la conception de ce document

- Informations reçues pendant la radiothérapie

Les réponses aux questionnaires des radiothérapeutes permettent de prendre connaissance des consignes déjà données au patient au sujet de son alimentation. Elles concernent surtout la façon d'adapter l'alimentation pendant la radiothérapie en cas de gêne, et consistent principalement en une liquéfaction de l'alimentation. Post radiothérapie, le patient est informé des aliments irritants qu'il doit dorénavant éviter, comme les aliments acides, les pommes de terre, les épices et l'alcool.

- Informations indispensables

Les réponses des radiothérapeutes permettent de mettre en évidence les consignes importantes sur lesquelles il faudra insister. Ainsi, tous les médecins citent l'hyposialie. Il s'agit donc d'un problème récurrent qu'il faudra impérativement prendre en compte dans les consignes, en insistant fortement sur le fait que l'alimentation devra être homogène, enrobée et liée.

- Informations que le patient n'a pas reçues

Les réponses des radiothérapeutes permettent également de prendre connaissance des lacunes, en termes d'information, qui subsistent en fin de radiothérapie. Les nouveaux éléments apportés au patient pendant la consultation devront lui être bien expliqués et clairement repris dans le document relais. Par exemple, chez les médecins qui ont répondu, à aucun moment du suivi du patient ne lui sont conseillées de postures facilitatrices pour s'alimenter. Si le patient en a besoin, ce sera donc une nouvelle information pour lui.

2.2.2. Apports de l'entretien dans la conception de ce document

Concernant ce document-ci, Monsieur le docteur Toussaint, qui connaît bien les patients, nous a rappelé que les consignes devraient être simples et facilement compréhensibles. C'est pourquoi, en accord avec l'orthophoniste de la consultation nous avons choisi d'écrire à l'infinitif les consignes de ce document. Les phrases sont courtes et les informations non pertinentes pour le patient n'y figurent pas. Ainsi, même si une posture de sécurité lui est conseillée pour avaler, le nom de celle-ci n'apparaît pas, mais seulement la consigne nécessaire à sa mise en œuvre.

2.2.3. Apports de l'observation dans la conception de ce document

Assister à la consultation a permis à ce document d'être conçu en répondant au mieux aux attentes qu'il doit satisfaire.

- Des consignes simples, basées sur les explications orales

Comme cela a déjà été mentionné lors des résultats de l'entretien, le document doit être simple à comprendre. C'est pourquoi les consignes qui y figurent, bien qu'elles soient écrites, reprennent les formulations données à l'oral par l'orthophoniste lors de la consultation. Cela sera plus parlant pour le patient puisqu'il s'agit de ce qu'il a entendu.

- Un document rapide à compléter

Il faut que le patient puisse quitter la consultation avec ce document. Pour qu'il soit rapide à remplir, il convenait de le travailler sous la forme de propositions à cocher.

- Les informations pertinentes pour le patient

Assister tous les mois à la consultation m'a permis de comprendre quelles informations étaient nécessaires pour le quotidien du patient. Finalement, il consulte pour savoir ce qu'il peut manger ou boire et comment. C'est pourquoi le document final s'est affiné au fur et à mesure des consultations et s'articule finalement en quatre rubriques : la posture de sécurité à adopter, les aliments et l'hydratation autorisés, les aliments et l'hydratation à éviter, et des conseils plus généraux pour optimiser l'alimentation.

- Les consignes à respecter

Assister à la consultation nous a également permis de relever les consignes les plus souvent données et qui devront donc figurer en priorité sur le document relais. Nous avons donc été attentive aux postures le plus souvent facilitatrices et aux conseils donnés systématiquement. Cela a permis d'alléger le document, de le rendre plus clair en limitant les propositions qui y figurent. Le premier document consignes créé contenait toutes les postures et manœuvres théoriques et il fallait cocher celle qui convenait. Cependant, après observation, c'est généralement la flexion antérieure qui est utilisée par ces patients, ainsi qu'une manœuvre de déglutition super-sus-glottique avec une pression exercée sur le siège ou une pression du front contre la paume de la main. Ce sont donc celles-ci - les plus utilisées dans ce contexte - qui sont mentionnées dans les propositions. Toutefois, le document reste flexible grâce à une case « autre » avec un large espace vide disponible.

- Possibilité de contacter l'orthophoniste

D'un point de vue pratique, le patient doit également trouver les coordonnées de l'orthophoniste sur ce document, au cas où il rencontrerait une difficulté dans sa réalimentation ou s'il a besoin d'une information.

2.2.4. Apports de l'analyse de contenus dans la conception de ce document⁴

Isabelle Kopf (2001), dans son mémoire en orthophonie, a travaillé sur des documents consignes destinés à l'entourage d'adultes dysphagiques. Parmi ces outils, deux fiches nous ont intéressée, l'une concernant les consistances alimentaires que le patient peut manger, l'autre les liquides qu'il peut boire. Ces fiches sont différentes du document de relais que nous souhaitons réaliser pour les patients : elles sont indifférenciées pour des patients dont le trouble est d'origine neurologique ou post opératoire. Elles sont destinées aux familles et non pas au patient lui-même et, de plus, les adaptations de manœuvre, de posture ou de comportement alimentaire n'y figurent pas. Aussi, bien qu'étant utilisées dans un contexte différent, ces fiches ont pu nous servir de base pour concevoir un document sous la forme « cases à cocher ». Nous avons notamment repris l'idée de donner

⁴ Les fiches réalisées par I.Kopf sont disponibles en annexes 11 et 12 – page IX et X

un exemple concret d'aliment lorsqu'une consistance alimentaire est proposée, afin de rendre les explications plus parlantes pour le patient.

2.2.5. *Autres apports nécessaires à la conception de ce document*

Nous avons échangé plusieurs fois avec les deux orthophonistes de notre jury pour nous assurer que le document soit adapté au mieux aux patients, en termes de formulation et de contenu. Cela nous a amenée à modifier plusieurs fois les termes utilisés et la tournure des phrases. Par exemple, les consignes ont été réécrites avec des tournures plus facilement lisibles pour les patients, non familiers du vocabulaire de la dysphagie.

2.2.6. *Version finale du document relais destiné au patients*⁵

Le document final tient sur une page, ce qui est plus pratique pour le patient. Il s'agit d'une page A4 recto verso, pliée en deux dans un format livret. La première page contient les coordonnées auxquelles le patient peut joindre l'orthophoniste en cas de besoin. Elle fournit également, à cocher, les postures et manœuvres à adopter pendant le repas.

La double page intérieure contient les adaptations de l'alimentation, à cocher. Sur la page de gauche le patient retrouve les consistances alimentaires qu'il peut consommer, illustrées d'exemples, et de même pour l'hydratation. Sur la page de droite il dispose des aliments et des types d'hydratation qui lui sont déconseillés.

Enfin, le dos du document reprend des conseils plus généraux sur l'alimentation, préalablement cochés, qui sont valables pour tous les patients radiothérapés. Nous avons choisi d'y reprendre certains conseils déjà reçus par le patient lors de son parcours, comme les aliments irritants à éviter. Nous trouvons en effet cohérent que le document sur l'alimentation permette au patient de retrouver toutes les informations nécessaires, même s'il en connaît déjà certaines.

Toutes les sections de ce document contiennent des espaces vierges permettant d'ajouter des informations manuscrites plus spécifiques à chaque patient.

⁵ Le document final est disponible en annexe 15 – page XX

2.3. Conception du document relais destiné aux professionnels

2.3.1. Apports des résultats du questionnaire dans la conception de ce document

Les radiothérapeutes sont tous intéressés par un document qui leur permettrait de recevoir un retour si un de leur patient était reçu à la consultation. Ils souhaiteraient connaître les possibilités d'alimentation et les consignes données au patient, savoir si une prochaine consultation lui est proposée et, pour certains d'entre eux, si le patient est orienté vers une prise en charge en libéral. A ce jour, bien que ce ne soit pas aux radiothérapeutes que sera envoyé le document relais en priorité, ces informations figurent sur le document.

2.3.2. Apports de l'entretien dans la conception de ce document

Il était important de prendre en compte les besoins du médecin concernant les informations à transmettre à l'extérieur du service au sujet du patient. C'est Monsieur le docteur Toussaint qui nous a fait remarquer que des examens complémentaires étaient parfois pratiqués lorsqu'un patient est reçu à la consultation. Ils apportent des informations supplémentaires non négligeables. Il est donc important de mentionner sur le document relais si de tels examens ont été réalisés ou non, et les éclairages qu'ils apportent.

C'est pourquoi nous avons conçu dans le document relais un espace dédié à l'examen par nasofibroscopie et un autre pour l'examen par radiocinématographie, avec un champ libre permettant la rédaction des comptes-rendus inhérents à ces pratiques. Pour l'instant, la radiocinématographie n'est pas encore fréquemment utilisée dans ce contexte. Cependant Monsieur le docteur Toussaint souhaiterait que son utilisation se développe, toujours en lien avec l'orthophoniste, pour orienter l'examen.

2.3.3. Apports de l'observation dans la conception de ce document

Suite à l'observation de la consultation, nous avons réfléchi, avec l'orthophoniste, aux informations nécessaires à transmettre pour assurer un suivi efficace du patient.

Globalement, il convient que les informations que contient cette fiche de transmission soient un condensé des deux précédents documents. Si ce document sert de relais, il doit assurer le rôle de compte-rendu de ce qui s'est déroulé : les éléments mis en avant par l'évaluation et les solutions apportées au patient.

- Adaptation au fonctionnement de l'hôpital

D'un point de vue pratique, le patient peut être reçu plusieurs fois, si besoin, à cette consultation. Afin de resituer le patient dans son parcours vers la réalimentation, il sera donc nécessaire d'y mentionner si c'est sa première consultation ou non, le médecin de l'hôpital qui le suit, et s'il est actuellement pris en charge en orthophonie en libéral.

Lorsqu'un patient consulte à l'hôpital, des étiquettes mentionnant son identité sont éditées. Il convient de laisser un emplacement sur le document pour y coller une étiquette, comme pour le document de bilan. Les coordonnées de l'orthophoniste doivent également apparaître, de même que sur le document destiné au patient, si un des intervenants dans le suivi du patient a besoin de la contacter, comme l'orthophoniste en libéral par exemple.

2.3.4. Apports de l'analyse de contenus dans la conception de ce document

Nous nous sommes renseignée auprès de différents services quant à l'existence d'un tel document. Pour l'hôpital Bon-Secours de Metz il n'en existe pas, quant au CAV de Nancy un travail est justement en cours sur un tel outil, ce qui montre qu'il y a un réel intérêt à développer des liens entre les professionnels et le patient.

Nous avons une nouvelle fois trouvé des références dans les travaux de V.Woisard-Bassols et M.Puech. Toutefois, il ne s'agira que d'une base de travail, le contexte étant différent. En effet, dans les documents correspondants, une large place est accordée à des données qui ne sont pas pertinentes ici, comme le diagnostic étiologique par exemple.

Deux documents nous ont été utiles. Tout d'abord, la structure du compte-rendu du médecin, (Woisard-Bassols 2011), qui sert justement de relais entre les professionnels et le patient puisque le même document est à la fois destiné à l'orthophoniste du patient, au patient lui-même et aux autres médecins. Parmi les informations importantes à transmettre selon ce document de compte-rendu, il s'agira de retranscrire :

- le recueil de données : gêne pour le patient, antécédents et résultats des essais alimentaires,
- le diagnostic étiologique et fonctionnel et les mécanismes physiopathologiques,
- les modalités thérapeutiques, notamment les adaptations, le mode d'alimentation et les modalités de rééducation et de surveillance,
- un résumé des informations clefs.

Nous avons choisi de faire figurer une grande partie de ces informations dans le document relais, excepté le diagnostic étiologique qui n'est pas nécessaire puisque les patients reçus sont tous radiothérapés et en difficulté suite à ce traitement. Nous avons également exclu le résumé des informations clefs, puisqu'il s'agit d'un document élaboré sous forme de fiche de transmission, les informations seront déjà résumées au minimum dans un souci de lisibilité.

Un autre document nous a paru intéressant, il s'agit d'une fiche de recueil des données utilisée par cette équipe lors de l'évaluation clinique de la déglutition. Elle développe :

- les données administratives et d'anamnèse, les antécédents et l'histoire de la maladie,
- le régime alimentaire, l'hydratation et les restrictions,
- les symptômes du trouble selon les consistances alimentaires testées,
- les résultats de l'analyse de la motricité et des réflexes,
- les résultats des examens complémentaires.

Nous n'avons pas retenu les données de motricité fine et d'analyse des réflexes, comme nous l'avons vu dans l'élaboration du document de bilan, le recueil de ces informations n'est pas pertinent dans le contexte de la nouvelle consultation.

2.3.5. Autres apports nécessaires à la conception de ce document

Lors de nos échanges avec l'orthophoniste, nous avons réfléchi aux informations importantes à mettre en avant. Nous avons principalement pensé à l'orthophoniste en libéral qui recevrait le patient. Pour lui, les éléments primordiaux à connaître sont les mécanismes pathologiques dans la déglutition et la façon dont le trouble se manifeste. Ce sont les éléments principaux qui doivent être donnés en vue d'une réalimentation, afin de connaître le fonctionnement de la déglutition du patient.

Nous avons également choisi de faire figurer à la fin de ce document les éléments plus généraux sur l'alimentation en lien avec la radiothérapie, comme les aliments irritants à éviter. Il s'agit d'une décision basée sur une expérience clinique. En interrogeant nos différents maîtres de stage, nous avons remarqué qu'ils n'étaient pas nécessairement aux faits des spécificités de la radiothérapie car les patients actuellement reçus en libéral sont surtout ceux ayant bénéficié de chirurgie.

2.3.6. *Version finale du document relais destiné aux professionnels*⁶

Le document final est une feuille A4 recto verso.

La première page contient d'abord un espace disponible pour coller l'étiquette permettant d'identifier le patient, à côté des coordonnées de l'orthophoniste du service. Différentes rubriques y figurent ensuite :

- le suivi du patient : son médecin à l'hôpital, si c'est sa première consultation, s'il est suivi en libéral,
- les données d'anamnèse : traitement, alimentation pendant le traitement, l'état dentaire et salivaire, l'évolution pondérale,
- un tableau d'évaluation clinique de la dysphagie : les mécanismes pathologiques, la façon dont le trouble se manifeste selon les consistances alimentaires. Là aussi, des cases à cocher et des espaces libres nécessaires aux spécificités de chacun.

La deuxième page contient :

- les examens complémentaires et le suivi envisagé, cela peut consister à proposer une nouvelle consultation, une prise en charge orthophonique ou diététique,
- les recommandations données au patient. Il s'agit des adaptations trouvées pour améliorer l'alimentation et l'hydratation du patient en termes de consistances et de manœuvre ou posture. Les modes d'hydratation et les types d'alimentation interdits finalisent ce document.

3. Validation des hypothèses

Une mise en relation des objectifs réalisés avec les hypothèses de travail va nous permettre de les valider ou de les invalider.

3.1. Premier objectif de travail.

Le premier objectif de travail consistait à réaliser un état des lieux des pratiques des radiothérapeutes en Lorraine au sujet de la déglutition de leurs patients radiothérapés au niveau de la sphère ORL. Nous pensions mettre en évidence que les radiothérapeutes concernés seraient prêts à être des relais de diffusion pour la consultation.

⁶ Le document final est disponible en annexe 16 – page XXII

Cet objectif a été réalisé, puisqu'un questionnaire a été soumis aux radiothérapeutes de Lorraine.

Toutefois, les résultats obtenus ne sont pas ceux attendus. En effet, même si les radiothérapeutes pourraient être des relais pour la consultation cela ne leur est pas encore possible. Ils ont d'abord besoin d'être informés de l'intérêt de cette consultation d'orthophonie pour leurs patients.

3.2. Second objectif de travail.

Le second objectif de travail consistait à formaliser la consultation par l'élaboration de trois documents.

Deux de ces documents devaient être des documents relais. L'un devait être un relais vers le patient, afin de lui rappeler toutes les consignes qui lui ont été données à la consultation. L'autre devait être un relais vers les professionnels qui prennent en charge le patient, telle une fiche de transmission, concernant les informations nécessaires pour le suivi. Cet objectif a été réalisé puisque ces deux documents ont pu être créés.

Un troisième document devait servir de support au bilan de l'orthophoniste afin de l'objectiver. Cet objectif a lui aussi été réalisé puisque le document de bilan a bien été conçu.

3.3. Validation des hypothèses

3.3.1. Première partie

La première partie de notre hypothèse était que la consultation devait proposer d'être un relais pour les professionnels qui ont suivi ou qui suivront le patient lors de son parcours et fournir un outil utilisable pour le patient à domicile.

Le premier objectif ne permet pas de valider cette hypothèse puisque les radiothérapeutes ne peuvent pas encore être des relais en amont de la consultation, c'est-à-dire vers la consultation.

Le second objectif permet de montrer qu'un relais est possible en aval de la consultation, c'est-à-dire après celle-ci, grâce à la création de deux documents. Il s'agit du document destiné aux patients et de celui destiné aux professionnels. Toutefois les documents ne fournissent que les moyens à la consultation d'être un relais vers les patients

et les professionnels, aucune évaluation, ni aucun retour sur leur efficacité ne permettent aujourd'hui d'attester de leur efficacité.

Suite à ces résultats, l'hypothèse concernant les relais possibles autour de la consultation ne peut être que partiellement validée.

3.3.2. *Seconde partie*

La seconde partie de notre hypothèse était que la consultation devait permettre une évaluation de la dysphagie et la recherche d'adaptations pour l'alimentation du patient au quotidien. Pour cela un document de bilan a été réalisé. Parallèlement aux essais alimentaires il permet de rechercher les adaptations possibles pour le patient, il s'inscrit donc dans une démarche de réalimentation. Ce document a pu être testé en consultation et semble fonctionnel. Cette partie de l'hypothèse peut donc être validée.

II. RÉOLUTION DE LA PROBLÉMATIQUE

Rappelons que notre problématique se présentait en ces termes : « Comment formaliser la nouvelle consultation d'orthophonie de l'Hôpital Central de Nancy destinée aux patients dysphagiques deux mois post radiothérapie pour qu'elle soit efficace? »

Le travail effectué lors de cette étude permet d'apporter des éléments de réponses à ce questionnement initial.

1. Création d'outils pour la consultation

La nouvelle consultation a pu être formalisée grâce à l'élaboration de trois outils conçus spécifiquement pour ce contexte clinique.

- Un document de bilan a été élaboré pour être un support au bilan de dysphagie mené par l'orthophoniste. Il permet à la fois d'effectuer un état des lieux de la situation alimentaire actuelle du patient et de rechercher des adaptations pour l'améliorer. L'objectif de la consultation étant que le patient puisse repartir avec des clefs en mains pour continuer sa reprise alimentaire chez lui. L'évaluation de la déglutition se fait selon un aspect qualitatif, toutefois elle a été objectivée en prenant appui sur des bilans de dysphagie reconnus : les travaux de Woisard-Bassols V. et Puech M., ainsi que ceux de Guatterie M. Ce document pourra être consigné dans le dossier du patient à l'hôpital.

- Un document a été créé dans le but d'établir un relais pour le patient entre cette consultation et son alimentation à domicile. Cet outil permet de s'assurer que les solutions trouvées pour le patient puissent vraiment lui servir chez lui. Lors de la consultation le patient peut recevoir beaucoup d'informations, surtout qu'il a lui-même des questions à poser. De plus, le conjoint du patient est généralement présent et lui aussi peut avoir des questions. Ceci est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit de la conjointe, puisque la plupart du temps c'est elle qui prépare les repas à la maison pour le patient. Dans le flux des informations données, des inquiétudes sont apaisées et le détail des adaptations pourrait se perdre. Grâce à ce document écrit le patient, et son conjoint, peuvent être sûrs de retrouver les bons gestes une fois à la maison. Cet outil nous paraît indispensable pour que les

solutions trouvées ne soient pas vaines et soient correctement utilisées par le patient au quotidien.

- Un document relais a été établi à l'usage des professionnels. Il permettra de créer des liens entre le service, cette consultation, et les professionnels extérieurs intervenant dans la prise en charge du patient. Il s'agit d'une fiche de transmission qui leur permettra de disposer des informations nécessaires pour assurer la continuité du suivi.

2. Des liens restent à développer avec les radiothérapeutes

Suite à l'analyse effectuée, il apparaît qu'établir un relais avec les radiothérapeutes serait favorable à la consultation, à la prise en charge des patients. En effet, ils pourraient être des vecteurs de diffusion de cette consultation auprès de leurs patients en difficulté avec leur alimentation orale suite à la radiothérapie. Ils suivent le patient pendant et après la radiothérapie, avant que celui-ci ne revoie son médecin ORL trois mois après la fin du traitement. Ils pourraient donc orienter certains patients vers cette consultation, qui recevraient plus précocement une aide dans leur réalimentation. Il y a donc un travail en amont à réaliser auprès des médecins radiothérapeutes concernés par cette consultation, qui n'a pas pu être formalisé dans le cadre de cette étude. Au vu des réponses obtenues au questionnaire, il n'a pas été possible de formaliser la consultation dans le sens d'un travail vers les radiothérapeutes.

III. DISCUSSION

1. Limites de l'étude réalisée

Cette étude nous a permis d'apporter des réponses à la question de départ de ce travail. Toutefois, nous devons apporter quelques réserves concernant les résultats obtenus et les conclusions à en tirer.

1.1. Des conclusions non généralisables

Tout d'abord, rappelons que cette étude est une étude pilote, qui n'est pas généralisable. Ainsi, les conclusions tirées, notamment concernant les radiothérapeutes, ne sont valables que dans le parcours des patients radiothérapés dans la région Lorraine qui pourraient être amenés à être reçus à la nouvelle consultation. Cette analyse n'est pas exploitable dans un autre contexte, avec des intervenants différents. Bien que les documents créés soient susceptibles d'être utilisés dans un autre cadre, comme en hospitalisation par exemple.

1.2. Une hypothèse partiellement invalidée et un faible taux de réponses

L'hypothèse selon laquelle les radiothérapeutes peuvent être des relais pour la nouvelle consultation n'a été que partiellement validée, ils n'en ont pas encore les moyens. Notons également que nous n'avons reçu que cinq réponses de radiothérapeutes, ce qui est peu. Ceci étant, les réponses obtenues restent exploitables qualitativement puisque l'ensemble des centres pratiquant la radiothérapie de la sphère ORL sont représentés.

De plus, les questionnaires ont été recueillis au mois de janvier. Depuis, les radiothérapeutes commencent peut-être à entendre parler de la nouvelle consultation.

1.3. Le facteur temps limite le recul possible sur les documents créés

Les documents créés à l'usage de la consultation semblent aujourd'hui satisfaisants suite aux nombreuses modifications qui leur ont été apportées au cours de l'année, en partenariat avec les professionnels concernés. Toutefois, leur perfectionnement a nécessité du temps, d'autant plus que la consultation n'a lieu qu'une fois par mois. Ainsi, suite à la consultation, une fois que nous avons apporté des modifications à un document, nous devions attendre le mois suivant avant de juger de leur pertinence. C'est pourquoi les documents n'ont pu être pleinement opérationnels qu'à la consultation du mois de mai. Nous n'avons donc pas pu tester leur efficacité sur le long terme. Nous aurions souhaité les utiliser dans leur version finale lors de plusieurs consultations. Nous espérons cependant qu'ils seront vraiment adaptés et qu'ils permettront d'optimiser la consultation.

Dans un souci de praticité et d'efficacité, ces documents restent modulables pour les professionnels qui les utiliseront. Nous tenons à leur disposition le format électronique de ces trois outils afin que des modifications ultérieures puissent être apportées si nécessaire.

1.4. Le contexte n'est pas toujours favorable aux essais alimentaires.

Lors du bilan, différentes adaptations et consistances alimentaires sont testées afin de trouver des compensations pour l'alimentation quotidienne. Toutefois, le contexte n'est pas toujours approprié pour réaliser ces essais alimentaires.

Les patients sont reçus dans la matinée à la consultation. Cet horaire n'est pas toujours favorable puisque les patients peuvent ne pas avoir faim à ce moment de la journée.

Les patients viennent parfois de loin pour cette consultation. Ils profitent souvent du déplacement pour se rendre à plusieurs rendez-vous. Ainsi, ils peuvent rencontrer dans la même matinée le médecin pour une visite de contrôle ce qui peut être source d'inquiétude.

De même, lors de l'évaluation de la déglutition, les patients peuvent se sentir en situation de test ce qui peut être stressant.

Ainsi, le contexte n'est pas toujours propice aux essais alimentaires, à l'envie de manger. Les possibilités alimentaires des patients observées à ce moment-là ne sont peut-être pas toujours fidèles à leurs possibilités réelles.

2. Perspectives de recherche

2.1. Créer des liens entre les professionnels

Suite aux résultats de l'étude il apparaît évident qu'un travail pourrait, et devrait, être mené auprès des radiothérapeutes de Lorraine afin d'optimiser le parcours des patients radiothérapés.

Suite à cette étude, il pourrait être utile de mettre en place un travail plus général sur l'intérêt d'établir des relais entre les professionnels autour du patient. Ainsi, il serait également intéressant de contacter les orthophonistes qui auraient reçu un patient après cette consultation avec le document relais. Cela permettrait d'en évaluer l'efficacité.

Parmi les professionnels impliqués, il ne faut pas oublier le diététicien. Suite à la consultation les patients peuvent être amenés à modifier leur alimentation, il est important que leur compte calorique reste suffisant, d'autant plus qu'ils ont souvent déjà perdu du poids pendant le traitement. Par ailleurs, lors de la consultation, ils posent fréquemment des questions concernant l'enrichissement de leurs repas par rapport aux modifications qui sont proposées. Bien sûr, l'orthophoniste possède quelques notions à ce sujet. Toutefois il ne saurait remplacer le diététicien qui aurait tout à fait sa place dans ce parcours de réalimentation du patient à domicile.

2.2. Évaluer sur le long terme l'utilité des documents créés pour la consultation

Afin de valider l'intérêt de cette étude, une autre étude pourrait être menée pour évaluer si les documents créés sont véritablement efficaces et remplissent bien leurs rôles d'amélioration de la prise en charge et des relais.

2.3. Réaliser un état des lieux du parcours possible pour les patients en France

Lors des prémices de cette étude, nous nous sommes rapprochée des centres lorrains qui pratiquent la radiothérapie de la sphère ORL. Nous avons contacté les orthophonistes lorsqu'il y en avait ou les diététiciens. Dans l'objectif de formaliser la nouvelle consultation, nous souhaitons savoir si des dispositifs similaires existaient déjà et sous quelle forme. Nous avons pu constater que ces patients ne sont pas systématiquement

encadrés pour leur réalimentation, ce qui confirme bien l'importance d'organiser la nouvelle consultation. Les patients sont occasionnellement dirigés vers l'orthophoniste lorsque certains signes d'alerte sont repérés par le diététicien, comme des fausses routes massives. Ils sont aussi orientés vers l'orthophoniste en cas de trachéotomie ou de plainte importante. Toutefois, selon ces professionnels, les patients doivent être nombreux à passer entre les mailles du filet.

Notre étude n'avait pas la prétention de faire l'état des lieux de tous les parcours possibles pour ces patients vers la réalimentation. Toutefois, connaître les pratiques ailleurs en France pour le même type de patients pourrait être porteur de réflexion et d'amélioration.

2.4. Enrichir l'examen clinique par un examen complémentaire

A l'Hôpital Central de Nancy, il est possible de réaliser un examen radiocinématographique. Les compétences de l'orthophoniste lui permettent de trouver des améliorations dans l'alimentation du patient radiothérapé au quotidien dans le cadre de cette consultation. Toutefois, il serait intéressant d'évaluer ce qu'apporterait à l'examen clinique de l'orthophoniste la systématisation d'un tel examen complémentaire, s'il lui permettrait de préciser et d'affiner ses hypothèses.

2.5. Adaptation des documents à d'autres contextes régionaux

Bien que les documents soient conçus pour la consultation post radiothérapie, leur utilisation pourrait être étendue à d'autres contextes. Le document d'évaluation, notamment grâce à son tableau qui fournit une vue d'ensemble des capacités du patient pour chaque consistance, pourrait se révéler utile en hospitalisation post chirurgie. Dans ce contexte-ci, le document relais pour les professionnels permettrait également de fournir les informations essentielles, par exemple à la prise en charge en orthophonie en libéral. Là aussi, un document relais destiné au patient lui permettrait de garder une trace des consignes à appliquer. Cette utilisation nécessiterait d'adapter les documents afin d'accorder une place aux conséquences de la chirurgie sur la fonction de déglutition.

CONCLUSION

En réalisant cette étude, nous avons tenté de mettre en place des moyens pour formaliser la nouvelle consultation d'orthophonie de l'Hôpital Central de Nancy, destinée à une évaluation de la déglutition des patients radiothérapés sans chirurgie (deux mois post traitement).

Cette consultation devait permettre de réaliser un état des lieux de la déglutition du patient et de trouver des adaptations pour améliorer l'alimentation au quotidien, tout en étant un relais pour les professionnels et le patient.

Nous avons alors choisi de réaliser un travail en deux temps. Tout d'abord, nous avons soumis un questionnaire aux radiothérapeutes de Lorraine qui pratiquent l'irradiation de la sphère ORL, susceptibles d'être en relation avec la nouvelle consultation. Ensuite, nous avons conçu trois documents destinés à formaliser la consultation, afin d'améliorer la prise en charge et les relais.

Le questionnaire devait nous permettre de démontrer que les radiothérapeutes pourraient être des relais de diffusion pour la consultation. Il devait également nous permettre de prendre connaissance du parcours des patients avant leur arrivée à la consultation afin de participer à l'élaboration des trois documents.

L'analyse des résultats du questionnaire a révélé que les radiothérapeutes pourraient être des relais, même si cela ne leur est pas possible encore pour le moment. Il leur manque des informations concernant la dysphagie chez les patients radiothérapés, le rôle de l'orthophoniste dans ce cas-là et l'intérêt de cette consultation pour leurs patients. Un travail préalable serait donc à réaliser auprès de ces médecins qui semblent demandeurs d'informations. Ces conclusions restent à relativiser puisque cinq médecins ont répondu sur la vingtaine interrogée. Cela paraît tout de même exploitable puisque les trois centres concernés sont représentés dans ces réponses.

La conception d'outils adaptés à la consultation devait aboutir à trois documents. Tout d'abord, un document d'évaluation qualitatif de la déglutition du patient permettant de rechercher des solutions au fur et à mesure de l'examen clinique. Ensuite, un document de relais destiné au patient lui rappelant les adaptations trouvées pour son alimentation au quotidien. Enfin, un document relais pour les professionnels autour du patient, assurant la

transmission des conclusions de la consultation et des examens complémentaires, les solutions apportées et les éventuels suivis proposés.

Nous avons pu réaliser ces trois documents en nous appuyant sur différents outils, comme les réponses au questionnaire, l'entretien avec Monsieur le docteur Toussaint, l'observation de la consultation tous les mois avec l'orthophoniste qui la dirige. Nous nous sommes également appuyée sur des travaux reconnus (travaux de Woisard-Bassols V., Puech M., Guatterie M.) pour objectiver le bilan, et sur nos recherches bibliographiques pour saisir et comprendre l'impact des spécificités de la radiothérapie dans l'évaluation de la dysphagie. Enfin, des échanges fréquents avec l'orthophoniste de la consultation nous ont permis d'adapter au mieux ces documents à la pratique.

Tous ces outils, qui ont rendu possible la conception des documents, nous ont permis d'analyser les besoins ; la synthèse de toutes les données a abouti à l'élaboration de ces documents.

Nous espérons que suite aux nombreuses modifications apportées ils pourront être pleinement efficaces. Nous n'avons malheureusement pas pu évaluer leur efficacité sur le long terme.

Suite à cette étude, l'hypothèse affirmant que la nouvelle consultation serait un relais entre les professionnels et le patient n'a été que partiellement validée, il n'est pas possible vers les radiothérapeutes sans un travail d'information préalable. Toutefois la consultation pourra permettre un relais en direction des autres professionnels amenés à prendre le patient en charge, comme l'orthophoniste en libéral, grâce à la création d'une fiche de transmission. La consultation permettra aussi d'instaurer une continuité à domicile pour les patients, grâce à un document de consignes qui leur est destiné.

En réponse à la problématique, la consultation a pu être formalisée en partie, grâce à la conception de documents outils spécifiques.

Le travail réalisé dans le cadre de cette étude s'attache à montrer l'importance d'une cohésion dans le parcours de soins du patient. Créer plus de liens entre les professionnels permettrait d'optimiser la prise en charge. Cela est d'autant plus vrai concernant les orthophonistes, dont une majorité travaille en cabinet libéral. Nos prises en charge doivent s'inscrire dans le parcours du patient, et gagneraient à plus de collaboration et d'échanges d'informations entre les professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

AGARWAL J. et al. Objective assessment of swallowing function after definitive concurrent (chemo) radiotherapy in patients with head and neck cancer. *Dysphagia*, 2011, vol.4, n°26, p.399-406

BLEECKX D., POSTIAUX G. et REYCHLER H. *Dysphagie : évaluation et rééducation des troubles de la déglutition*. Bruxelles : De Boeck université, 2001. 130p.

BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V. *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition, 2004. 298p.

CREVIER-BUCHMAN L., BOREL S. et BRASNU D. Physiologie de la déglutition normale. *Encyclopédie Médico-chirurgicale Oto-rhino-laryngologie*, 2007-11-05, 20-801-A-10

De SINGLY F. *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*. Paris : Nathan, 1992. 126p.

DESUTER G. et REMACLE M. Physiologie de la déglutition. In DULGUEROV P. et REMACLE M. *Précis d'audiophonologie tome II Les voies aéro-digestives supérieures*. Marseille : Solal, 2009. p.95-105

EISBRUCH A. et al. Objective assessment of swallowing dysfunction and aspiration after radiation concurrent with chemotherapy for head-and-neck cancer, *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 2002, n°53, p.23-28

ESTEVE PIGUET F. Rééducation de la déglutition après traitement des cancers ORL. *In* DULGUEROV P. et REMACLE M. *Précis d'audiophonologie tome II Les voies aéro-digestives supérieures*. Marseille : Solal, 2009. p.391-406

FARENC J-C. Sonde naso-gastrique et gastrostomie ? Réflexions d'un orthophoniste... *Rééducation orthophonique*, 2011, n°245, p.19-28.

GARIN L. et al. Evaluation prospective de la durée de nutrition entérale après radiothérapie des cancers des voies aéro-digestives supérieures. *Nutrition clinique et métabolisme*, 2008, vol22, n°S1, p.122

GUATTERIE M. et LOZANO V. Quelques éléments de physiologie de la déglutition. *Kinéréa*, 2005, n°42, p.2-9

GUERDER C. La radiothérapie externe dans les cancers des voies aéro-digestives supérieures. *In*. GIOVANNI A. et ROBERT D. *Prise en charge orthophonique en cancérologie ORL*. Marseille : Solal, 2010. p.203-214

INCa. Comprendre la radiothérapie. Boulogne-Billancourt, 2009

INCa et HAS. Guide ALD 30 « Cancer des voies aéro-digestives supérieures », 2009

INCa. La situation du cancer en France en 2011. Boulogne-Billancourt, 2011

KOPF I. *Les troubles de la déglutition chez l'adulte : élaboration de fiches d'information destinées aux familles*. 139p. Mémoire d'orthophonie : Médecine : Nancy 1 : 2001

KOTZ T. et al. Swallowing dysfunction after chemoradiation for advanced squamous cell carcinoma of the head and neck. *Head and neck*, 2004, vol.4, n°26, p.365-372

LAWSON G. et REMACLE M. Anatomie de la cavité buccale et du pharynx. *In* DULGUEROV P. et REMACLE M. *Précis d'audiophonologie tome II Les voies aéro-digestives supérieures*. Marseille : Solal, 2009. p.49-65

LE HUCHE F. et ALLALI A. *La voix tome 1, Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole*. Paris : Masson, 2010. 203p.

LOGEMANN J. et al. Super-supraglottic swallow in irradiated head and neck patients. *Head and neck*, 1997, vol.6, n°19, p.535-540

LOGEMANN J. et al. Swallowing disorders in the first year after radiation and chemoradiation. *Head and Neck*, 2007, vol.2, n°30, p.148-158.

MICHEL- LANGLET P., RAOUL Y. et MARTIN D. *Oncologie radiothérapique*. Paris : Masson, 1997. 297p.

MANUILA L., MANUILA A., LEWALLE P. et NICOULIN M. *dictionnaire médical Manuila*. Paris : Masson, 2001. 678p.

MASSONI S. et GRINI MN. Bilan et suivi nutritionnel dans la prise en charge des cancers ORL. *In*. GIOVANNI A. et ROBERT D. *Prise en charge orthophonique en cancérologie ORL*. Marseille : Solal, 2010. p.243-265

NORTON N., et NETTER F. *Précis d'anatomie clinique de la tête et du cou*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2009. 610p.

PAULOSKI B. et al. Relationship between swallow motility disorders on videofluorography and oral intake in patients treated for head and neck cancer with radiotherapy with or without chemotherapy. *Head and neck*, 2006, vol.12, n°28, p.1069-1076

PUECH M. Les moyens de la prise en charge. In WOISARD-BASSOLS Virginie et PUECH Michèle. *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte le point sur la prise en charge fonctionnelle*. Marseille : Solal, 2011. p.173-210

PUECH M. Le bilan orthophonique. In WOISARD-BASSOLS V et PUECH M. *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte le point sur la prise en charge fonctionnelle*. Marseille : Solal, 2011. p.139-161

RADEMAKER A. et al. Eating ability in head and neck cancer patients after treatment with chemoradiation: a 12 month follow-up study accounting for dropout. *Head and neck*, 2003, vol.12, n°25, p.1034-1041

RAMBAUD-PISTONE E. et ROBERT D. Conséquences fonctionnelles de la radiothérapie en cancérologie ORL. In GIOVANNI A. et ROBERT D. *Prise en charge orthophonique en cancérologie ORL*. Marseille : Solal, 2010. P.215-230

RICHI M. Intérêt du soutien nutritionnel dans la prise en charge des cancers des voies aéro-digestives supérieures. *Rééducation orthophonique*, 2011, n°245, p.79-90.

RIVES M. Traitements non chirurgicaux des cancers ORL. *Rééducation orthophonique*, 2011, n°245, p.19-28.

RIVES M. et WOISARD-BASSOLS V. Troubles de la déglutition après radiothérapie. *In* WOISARD-BASSOLS V. et PUECH M. *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte le point sur la prise en charge fonctionnelle*. Marseille : Solal, 2011. p.352-358

SOBIN L., GROSPODAROWICZ M. et WITTEKIND CH. *TNM : Classification des tumeurs malignes*. Paris : Cassini, 2010. 292p.

SORIANO G. Du bilan à la prise en charge nutritionnelle et alimentaire. *In* WOISARD-BASSOLS V. et PUECH M. *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte le point sur la prise en charge fonctionnelle*. Marseille : Solal, 2011. p.163-172

WAINSTEN JP. *Le Larousse médical*. Paris : Larousse, 2009. 1113p.

WASARD-BASSOLS V. Le bilan médical. *In* WOISARD-BASSOLS V. et PUECH M. *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte le point sur la prise en charge fonctionnelle*. Marseille : Solal, 2011. p.111-138

WOISARD V. et PUECH M. Rééducation des dysphagies chez l'adulte et chez l'enfant. *In* ROUSSEAU T. *Les approches thérapeutiques en orthophonie tome3*. Isbergues : Ortho edition, 2008. p.127-166

WASARD-BASSOLS V. et MARQUE P. De l'anatomie fonctionnelle du carrefour aérodigestif à la physiologie de la déglutition. *In* WOISARD-BASSOLS V. et PUECH M. *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte le point sur la prise en charge fonctionnelle*. Marseille : Solal, 2011. p.15-50

ANNEXES

| | |
|---|-------|
| Annexe 1 : La cavité buccale et la langue | II |
| Annexe 2 : Les muscles de la face et les muscles masticateurs | III |
| Annexe 3 : Les muscles du plancher buccal | IV |
| Annexe 4 : Les cartilages du larynx | IV |
| Annexe 5 : Les muscles extrinsèques du larynx | V |
| Annexe 6 : Le pharynx | V |
| Annexe 7 : Le pharynx | VI |
| Annexe 8 : L'hypopharynx..... | VI |
| Annexe 9 : Les trois temps de la déglutition | VII |
| Annexe 10 : Test de capacité fonctionnelle de la déglutition de M.Guatterie et V.Lozano | VIII |
| Annexe 11 : Fiche consigne concernant l'alimentation, à destination de l'entourage de patients dysphagiques - Kopf Isabelle | IX |
| Annexe 12 : Fiche consigne concernant l'hydratation, à destination de l'entourage de patients dysphagiques - Kopf Isabelle | X |
| Annexe 13 : Questionnaire élaboré pour interroger les radiothérapeutes de Lorraine pratiquant l'irradiation de la sphère ORL..... | XI |
| Annexe 14 : Document de bilan conçu dans le cadre de cette étude..... | XVIII |
| Annexe 15 : Document consignes destiné aux patients conçu dans le cadre de cette étude..... | XX |
| Annexe 16 : Document relais destiné aux professionnels conçu dans le cadre de cette étude | XXII |

ANNEXE 1: La cavité buccale et la langue

Précis d'audiophonologie et de déglutition - tome II Les voies aéro-digestives supérieures.

Dulguerov P. et Remacle M, Solal, 2009

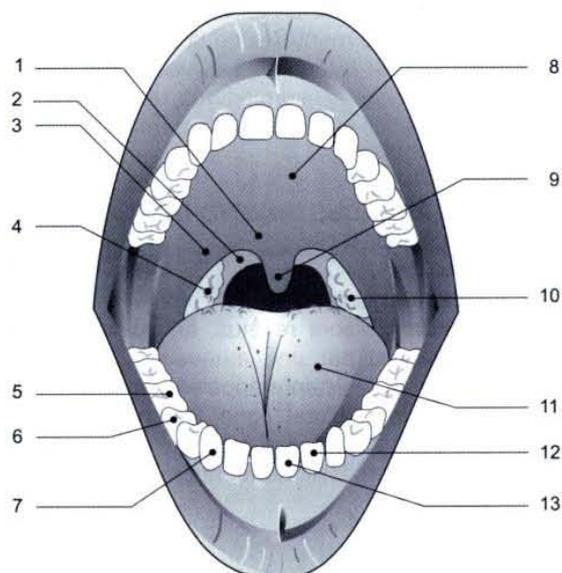


Figure 29.4. La cavité buccale ouverte.

1. Voile du palais (palais mou) - 2. Pilier postérieur (arc palato-pharyngien) - 3. Pilier antérieur (arc palato-glosse) - 4. Fosse tonsillaire - 5. Molaire - 6. Petite molaire - 7. Canine - 8. Voûte palatine (palais dur) - 9. Luette - 10. Amygdale palatine (tonsille palatine) - 11. Dos de la langue - 12. Incisive latérale - 13. Incisive médiane

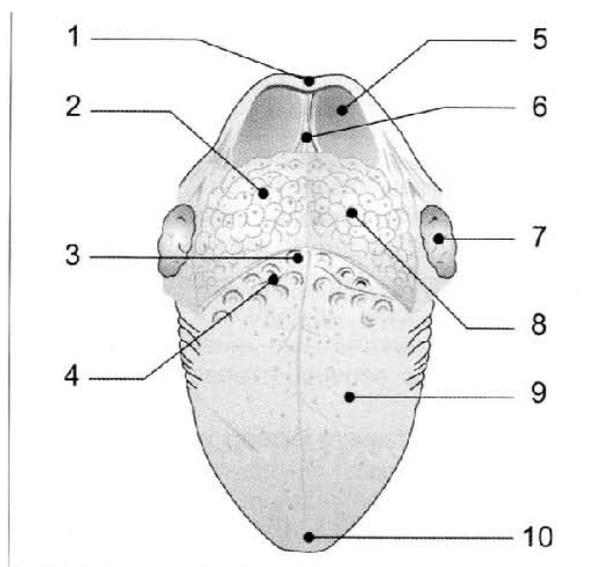
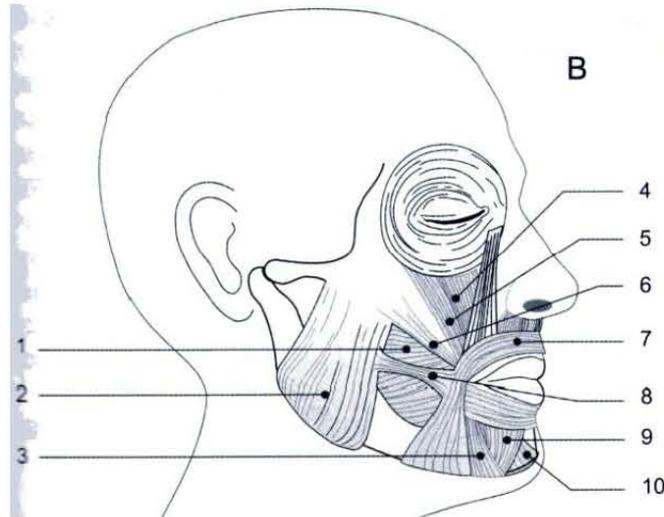


Figure 29.8. La langue face dorsale.

1. Epiglote - 2. Tonsille linguale - 3. Papille circumvallée - 4. "V" lingual - 5. Valleculle épiglottique - 6. Plis glosso-épiglottique médian - 7. Tonsille palatine - 8. Racine de la langue (fixe) - 9. Corps de la langue - 10. Apex de la langue

ANNEXE 2 : Les muscles de la face et les muscles masticateurs

Précis d'audiophonologie et de déglutition - tome II Les voies aéro-digestives supérieures.
Dulguerov P. et Remacle M, Solal, 2009



1. Arcade zygomatique - 2. Muscle buccinateur - 3. Muscle masséter - 4 . Muscle abaisseur de l'angle de la bouche - 5. Muscle élévateur de la lèvre supérieure - 6. Muscle petit zygomatique - 7. Muscle grand zygomatique - 8. Muscle orbiculaire de la bouche - 9. Risorius - 10. Muscle abaisseur de la lèvre inférieure - 11. Mentonnier

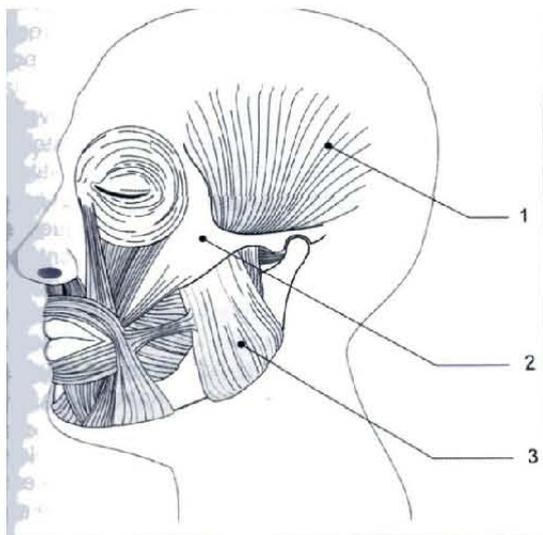


Figure 29.18. Muscles masticateurs I.

1. Muscle temporal - 2. Muscle masséter (faisceau moyen) - 3. Muscle masséter (faisceau superficiel)

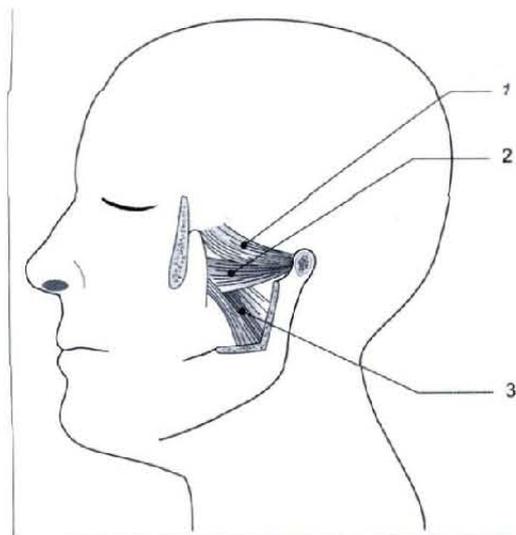


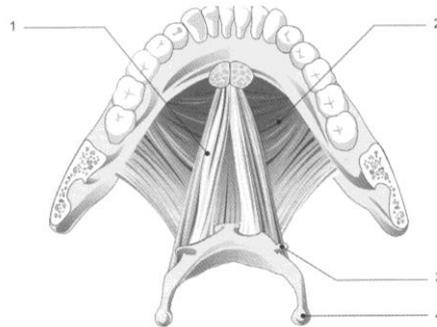
Figure 29.19. Muscles masticateurs II.

Muscle ptérygoïdien latéral

1. Faisceau sphénoïdal - 2. Faisceau ptérygoïdien - 3. Muscle ptérygoïdien médial

ANNEXE 3 : Les muscles du plancher buccal

Précis d'audiophonologie et de déglutition - tome II Les voies aéro-digestives supérieures.
Dulguerov P. et Remacle M, Solal, 2009



1. Muscle genio-hyoïdien - 2. Muscle mylo-hyoïdien - 3. Petite corne de l'os hyoïde - 4. Grande corne de l'os hyoïde

ANNEXE 4 : Les cartilages du larynx

Précis d'audiophonologie et de déglutition - tome II Les voies aéro-digestives supérieures.
Dulguerov P. et Remacle M, Solal, 2009

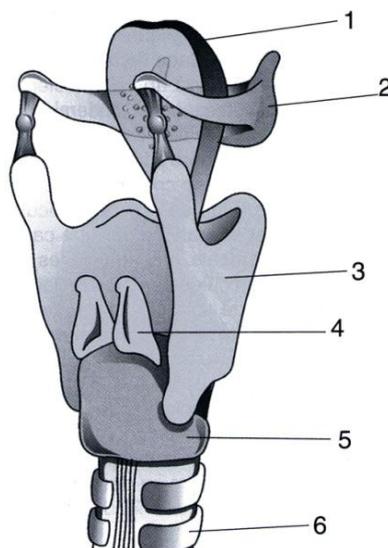


Figure 27.2. Vue d'ensemble du support cartilagineux du larynx.

1. Épiglote ; 2. Os hyoïde ; 3. Cartilage thyroïde ; 4. Cartilage ary-ténoïde ; 5. Cricoïde ; 6. Trachée.

ANNEXE 5 : Les muscles extrinsèques du larynx

Précis d'audiophonologie et de déglutition - tome II Les voies aéro-digestives supérieures.

Dulguerov P. et Remacle M, Solal, 2009

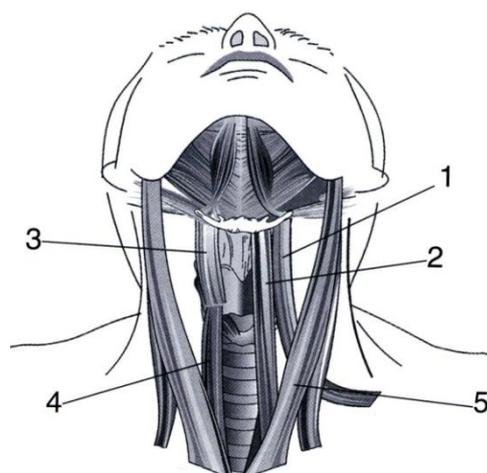


Figure 27.15. Les muscles extrinsèques du larynx.
Plan superficiel : 1. M. omo-hyoïdien ; 2. M. sterno-cléido-hyoïdien ; 3. M. thyro-hyoïdien ; 4. M. sterno-thyroïdien ; 5. M. sterno-cléido-mastoïdien

ANNEXE 6 : Le pharynx

Précis d'audiophonologie et de déglutition - tome II Les voies aéro-digestives supérieures.

Dulguerov P. et Remacle M, Solal, 2009

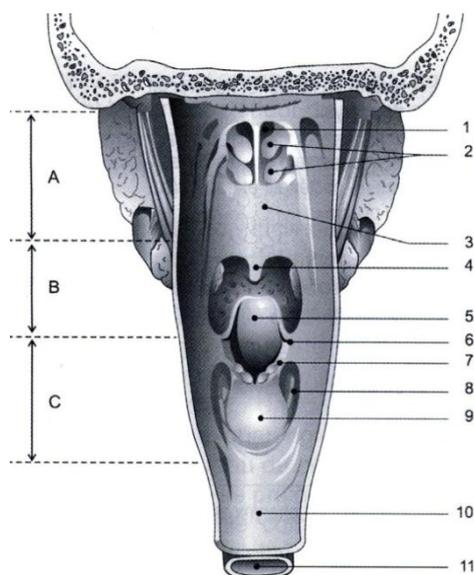


Figure 29.20. Le pharynx.

A. Rhinopharynx - B. Oropharynx - C. Hypopharynx

1. Choane - 2. Cornets nasaux moyen et inférieur - 3. Voile du palais - 4. Valvule palatine - 5. Epiglottite - 6. Carrefour des trois replis - 7. Pli ary-épiglottique - 8. Sinus piriforme - 9. Saillie du larynx - 10. Œsophage cervical - 11. Trachée

ANNEXE 7 : Le pharynx

Précis d'audiophonologie et de déglutition - tome II Les voies aéro-digestives supérieures.
Dulguerov P. et Remacle M, Solal, 2009

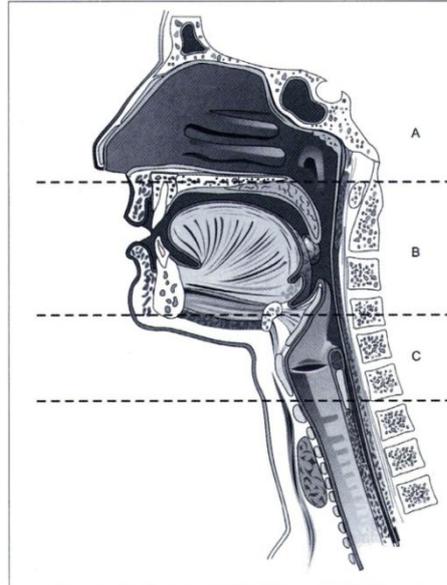


Figure 29.22. Le rhinopharynx.

A. Rhinopharynx - B. Oropharynx - C. Hypopharynx

ANNEXE 8 : L'hypopharynx

Précis d'audiophonologie et de déglutition - tome II Les voies aéro-digestives supérieures.
Dulguerov P. et Remacle M, Solal, 2009

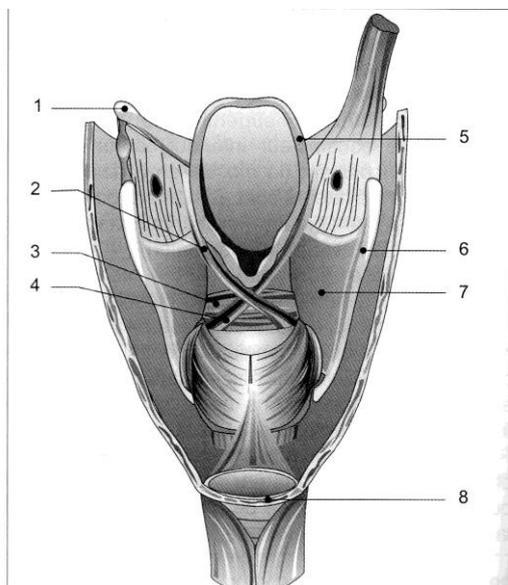


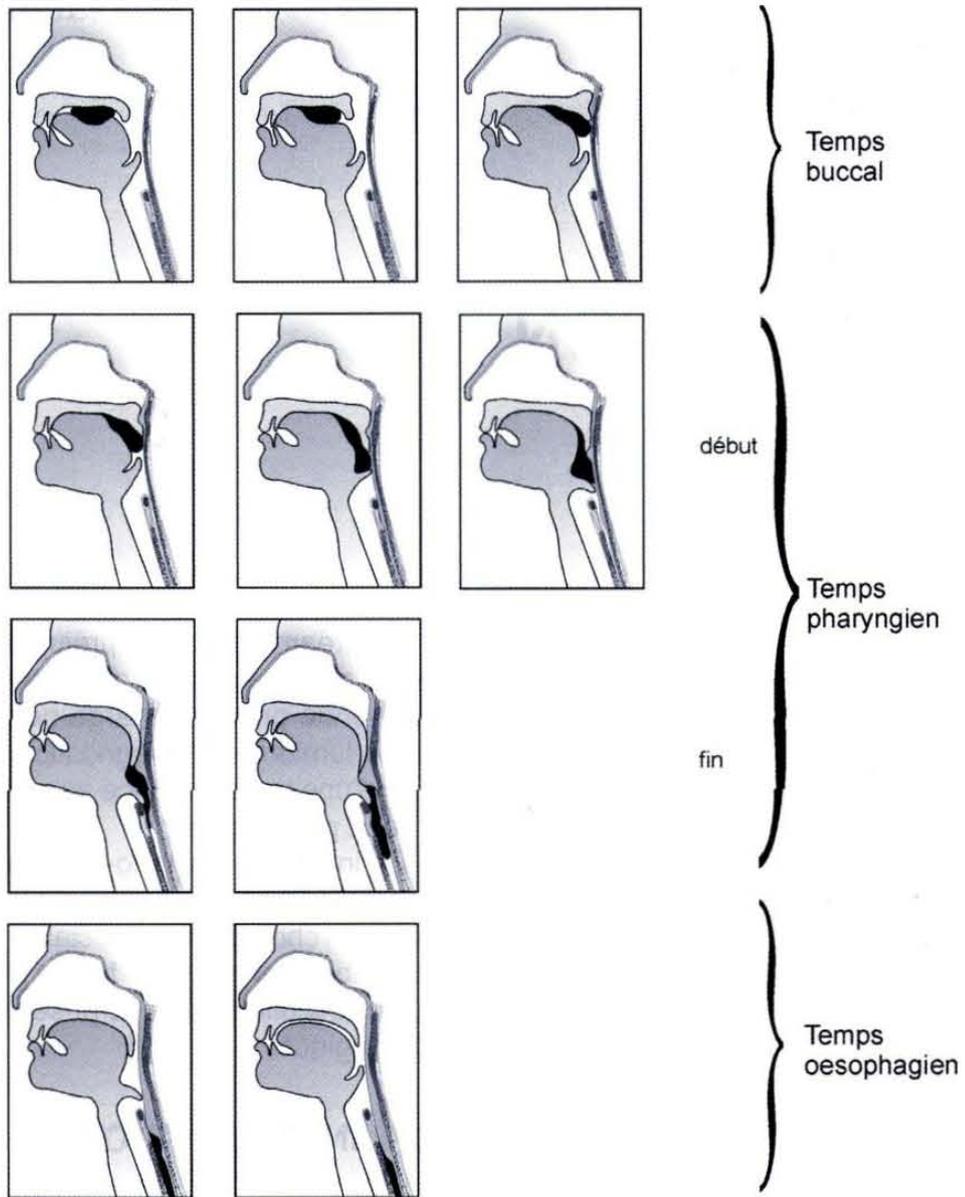
Figure 29.24. L'hypopharynx.

1. Os hyoïde - 2. Muscle aryepiglottique - 3. Muscle aryénoïdien transverse - 4. Muscle aryénoïdien oblique - 5. Cartilage épiglottique - 6. Cartilage thyroïde - 7. Sinus piriforme - 8. Bouche oesophagienne

ANNEXE 9 : Les trois temps de la déglutition

Précis d'audiophonologie et de déglutition - tome II Les voies aéro-digestives supérieures.

Dulguerov P. et Remacle M, Solal, 2009



Tests de Capacité Fonctionnelle de la Déglutition
 Guatterie, Lozano 1997
 unité de rééducation de la déglutition
 USN Tastet Girard - CHU BORDEAUX

Date du test

Nom du malade

test à l'eau

| | | | | | | | | |
|---|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|--|---|---------------------------|
| D 1/2 c. à c. 4 fois | ⇔ si FR épaissir : ⇔ | épaississement 1 1/2 c. à c. 4 fois | ⇔ si FR épaissir : ⇔ | épaississement 2 1/2 c. à c. 4 fois | ⇔ si FR gélifier : ⇔ | gélification 1/2 c. à c. 4 fois | ⇔ | si FR Stop per os |
| si pas de FR passer à : | | si pas de FR passer à : | | si pas de FR passer à : | | si pas de FR passer à : | | |
| 1 c. à c. 4 fois | ⇔ si FR épaissir : ⇔ | 1 c. à c. 4 fois | ⇔ si FR épaissir : ⇔ | 1 c. à c. 4 fois | ⇔ si FR gélifier : ⇔ | 1 c. à c. 4 fois | ⇔ | si FR Stop per os |
| si pas de FR passer à : | | si pas de FR passer à : | | si pas de FR passer à : | | si pas de FR passer à : | | |
| 1 c. à s. 4 fois | ⇔ si FR épaissir : ⇔ | 1 c. à s. 4 fois | ⇔ si FR épaissir : ⇔ | 1 c. à s. 4 fois | ⇔ si FR gélifier : ⇔ | 1 c. à s. 4 fois | ⇔ | si FR donner à la c. à c. |
| si pas de FR passer à : | | si pas de FR passer à : | | si pas de FR passer à : | | si pas de FR passer à : | | |
| 1 gorgée 4 fois au verre ou à la paille 4 fois | ⇔ si FR épaissir : ⇔ | 1 gorgée 4 fois au verre ou à la paille 4 fois | ⇔ si FR épaissir : ⇔ | 1 gorgée 4 fois au verre ou à la paille 4 fois | ⇔ si FR gélifier : ⇔ | hydratation possible per os eau gélifiée E2 | | |
| si pas de FR : | | si pas de FR : | | si pas de FR : | | | | |
| hydratation per os eau pure | | hydratation per os eau épaissie 1 | | hydratation per os eau épaissie 2 | | | | |

| | | | | | |
|--|--------------------|---|---------|---|---|
| D 1/2 c. à c. 4 fois | ⇔ si FR, posture ⇔ | posture flexion + rotation 1/2 c. à c. 4 fois | ⇔ si FR | ⇔ | stop alimentation nutrition entérale totale |
| si pas de FR passer à : | | si pas de FR passer à : | | | |
| 1 c. à c. 4 fois | ⇔ si FR, posture ⇔ | 1 c. à c. 4 fois | ⇔ si FR | ⇔ | alimentation à la 1/2 c. à c. |
| si pas de FR passer à : | | si pas de FR passer à : | | | |
| aliment mouliné 1 c. à c. 4 fois | ⇔ si FR, posture ⇔ | 1 c. à c. 4 fois | ⇔ si FR | ⇔ | alimentation de mixé à la c. à c. |
| si pas de FR passer à : | | si pas de FR passer à : | | | |
| 1 c. à s. 4 fois | ⇔ si FR, posture ⇔ | 1 c. à s. 4 fois | ⇔ si FR | ⇔ | alimentation de mouliné à la c. à c. |
| si pas de FR passer à : | | si pas de FR passer à : | | | |
| aliment en morceaux 1 cc 4 fois | ⇔ si FR, posture ⇔ | 1 cc 4 fois | ⇔ si FR | ⇔ | alimentation de mouliné à la c. à s. |
| si pas de FR passer à : | | si pas de FR passer à : | | | |
| 2 cc 4 fois | ⇔ si FR, posture ⇔ | 2 cc 4 fois | ⇔ si FR | ⇔ | alimentation en morceaux 1 cc |
| si pas de FR passer à : | | si pas de FR passer à : | | | |
| reprise alimentaire en morceaux 2 cc | | reprise alimentaire en morceaux 2cc + posture | | | |

D : départ du test
 FR : fausse route
 c.à c. : cuillère à café

épaississement 1 : 1 verre d'eau + 1 c. à soupe de compote
épaississement 2 : 1 verre d'eau + 3 c. à soupe de compote
 c.à s. : cuillère à soupe
 cc : centimètre cube

QUE PEUT-IL MANGER ?

Votre parent peut manger :

Une alimentation mixée : le repas est homogène, onctueux, sans aucun morceau.

Exemple : les purées

Une alimentation moulinée : le repas est plus pâteux et avec quelques petits morceaux, mais la personne n'a pas besoin de mâcher.

Une alimentation presque normale : la personne ne peut pas manger les aliments fragmentés : le riz, la semoule, les gâteaux secs, les biscottes, les crudités râpées... sont interdits.

Une alimentation normale : la personne mange de tout.

Souvent, la personne qui a du mal à avaler, n'arrive plus à prendre ses médicaments. Il est alors possible d'ouvrir les gélules, d'écraser les comprimés ou d'avaler les cachets avec un flan : le flan glisse facilement dans la gorge et entraîne avec lui le cachet.

QUE PEUT-IL BOIRE ?

Votre parent peut boire :

- L'eau gélifiée (eau sous forme de gelée)*
- Des boissons épaisses, aromatisées, chaudes ou froides*
Exemple : les nectars de fruits, les potages épais...
- Des boissons fluides, aromatisées, chaudes ou froides*
Exemple : café, thé, jus de fruit, lait...
- L'eau gazeuse glacée avec jus de fruit ou sirop*
- L'eau gazeuse seule*
- L'eau plate glacée avec jus de fruit ou sirop*
- L'eau plate tiède*

Il existe, dans le commerce, des produits épaississants. Ils se présentent sous forme de poudre à base d'amidon, et rendent plus épais n'importe quel liquide (chaud ou froid), instantanément et sans cuisson.

Il existe aussi des préparations épaisses toutes prêtes (jus de fruits, lait...), également commercialisées.

Si vous le souhaitez, les références de ces produits peuvent vous être proposées. Renseignez-vous auprès de l'orthophoniste.

ANNEXE 13 : Questionnaire élaboré pour interroger les radiothérapeutes de Lorraine pratiquant l'irradiation de la sphère ORL

1

Suivi des patients dysphagiques après irradiation des voies aéro-digestives supérieures sans acte chirurgical.

Ce questionnaire est destiné aux médecins radiothérapeutes et oncologues de Lorraine.

Les patients dont il s'agit dans ce questionnaire répondent à tous les critères suivants :

- Traitement par radiothérapie pour un cancer des voies aéro-digestives supérieures,
- Pas d'acte chirurgical,
- Avec ou sans chimiothérapie associée.

Ce questionnaire dure environ 20 minutes.

Merci de le retourner à : Emilie Merenhole
 Résidence universitaire 26 rue de Saurupt – chambre 22 20
 54000 NANCY

La radiothérapie

Votre avis de professionnel de terrain est essentiel pour confronter les aspects théoriques à la réalité clinique.

1. Parmi vos patients soignés pour un cancer des voies aéro-digestives supérieures, quel pourcentage reçoit un traitement par radiothérapie sans acte chirurgical?

- 0% à 25%.
- 25% à 50%.
- 50% à 75%.
- Plus de 75%.
- Pas d'avis.
- Autre :

2. Quelle proportion de ces patients reçoit ce traitement avec chimiothérapie associée?

3. Pour quels patients un traitement par radiothérapie sans chirurgie est le plus fréquemment indiqué?

Quelle zone des voies aéro-digestives supérieures est touchée? Cancers de type T1 - T2 - T3 - T4?

Le suivi des patients en radiothérapie

Mieux appréhender les besoins des patients en s'informant de leur parcours.

4. A quel(s) moment(s) de leur traitement recevez-vous ces patients en consultation?

Vous avez la possibilité de cocher plusieurs propositions.

- En pré traitement.
- En cours de traitement une fois.
- En cours de traitement plusieurs fois.
- En post traitement une fois.
- En post traitement plusieurs fois.
- Autre :

5. Recevez-vous en consultation des patients une fois leur traitement par radiothérapie terminé?

- Oui, tous.
- Oui, certains.
- Non.

6. Selon quels critères recevez-vous ou non ces patients après leur traitement?

Vous avez la possibilité de cocher plusieurs propositions.

- Le protocole de suivi des patients l'exige.
- Si le patient exprime une plainte et souhaite consulter.
- Selon la gravité de l'atteinte.
- Autre :

7. Combien de fois et à quelle fréquence recevez-vous ces patients après leur traitement?

Alimentation des patients liée à la radiothérapie

Les effets secondaires de la radiothérapie peuvent se répercuter sur l'alimentation des patients. Il s'agit ici de connaître votre avis sur le sujet et de mieux cerner les besoins des patients. Dans le cadre de ces questions, n'hésitez pas à prendre en compte les demandes de l'entourage du patient, comme son conjoint par exemple.

8. La radiothérapie perturbe-t-elle l'alimentation pendant le traitement?

Pour chaque cas cité, savez-vous quel pourcentage de patients est concerné?

| | 0 à 25% | 25 à 50 % | 50 à 75% | Plus de 75% | Non connu |
|---|---------|-----------|----------|-------------|-----------|
| - Certains patients cessent de s'alimenter per os. | | | | | |
| - Certains patients ont une alimentation mixte (per os et par sonde.) | | | | | |
| - Certains patients continuent à s'alimenter uniquement per os. | | | | | |

9. En quoi la radiothérapie peut perturber l'alimentation après le traitement?**10. Percevez-vous des différences dans l'alimentation du patient entre la fin du traitement et plusieurs mois après?**

Vous avez la possibilité de cocher plusieurs propositions.

- Oui, après 3 mois.
- Oui, après 6 mois.
- Oui, après 1 an.
- Non.
- Autre :

Si oui, lesquelles ?

11. Dans le protocole de soin est-il prévu que les patients reçoivent des conseils concernant leur alimentation?

- Oui.
- Non.

Si oui, qui donne ces conseils?

- Le médecin radiothérapeute.
- Le diététicien
- L'orthophoniste
- Autre :

Si oui, savez-vous de quels conseils il s'agit ?

12. En dehors de tout protocole établi, les patients vous posent-ils des questions à propos de leur alimentation?

- Oui.
- Non.

13. En dehors de tout protocole établi, l'entourage du patient vous pose-t-il des questions à propos de son alimentation?

Il peut s'agir de la famille qui accompagne le patient, de son conjoint.

- Oui.
- Non.

14. Concernant ces questions, vous avez la possibilité de prendre du temps pour y répondre :

- De façon quasi systématique.
- Il est parfois difficile de trouver du temps pour y répondre.
- Il est impossible de trouver du temps pour y répondre.
- Autre :

15. Concernant ces questions, à quel moment du parcours de soin et à quel membre de l'équipe pluridisciplinaire trouvez-vous pertinent qu'elles soient posées?

Vous avez la possibilité de cocher plusieurs propositions.

- Au médecin radiothérapeute.
- Pendant les séances de radiothérapie.
- Au médecin traitant.
- A l'infirmier.
- Au diététicien.
- A l'orthophoniste.
- Autre :

16. Après le traitement par radiothérapie, une évaluation de la déglutition est-elle effectuée?

- Oui.
- Non.
- Autre :

Trouvez-vous que cela puisse être nécessaire?

- Oui.
- Non.
- Autre :

Si oui, combien de temps après la fin de la radiothérapie ?

17. Selon vous, en dehors du suivi médical exercé par le médecin radiothérapeute, quels professionnels peuvent intervenir auprès de ces patients ?

Suivi du patient en orthophonie

Différentes études scientifiques ainsi que la clinique attestent de troubles de la déglutition après irradiation des voies aéro-digestives supérieures. L'orthophoniste évalue et prend en charge la dysphagie, c'est pourquoi les patients souffrant de ces effets secondaires liés au traitement peuvent être amenés à en consulter un.

18. Savez-vous quelle proportion de ces patients consulte une orthophoniste après radiothérapie pour dysphagie?

- 0% à 25%.
- 25% à 50%.
- 50% à 75%.
- Plus de 75%.
- Pas d'avis.
- Autre :

19. Vous arrive-t-il de diriger ces patients vers un orthophoniste?

- Oui.
- Non.

Si oui, selon quel(s) critère(s)? Si non, pour quelle(s) raison(s)?

20. Connaissez-vous l'existence d'une consultation orthophonique dédiée à l'évaluation de la dysphagie post radiothérapie à l'Hôpital Central de Nancy, mise en place un vendredi par mois depuis septembre 2011 ?

- Oui.
- Oui, mais j'aimerais en savoir plus.
- Non.

21. Estimez-vous cette consultation utile pour ces patients?

- Oui, pour tous.
- Oui, pour certains.
- Non.
- Vous n'avez pas d'avis car vous ne connaissez pas encore cette consultation.
- Pas d'avis.
- Autre :

22. Si un de vos patients est reçu à cette consultation, aimeriez-vous être informé de cette prise en charge?

Vous avez la possibilité de cocher plusieurs propositions.

- Oui, par un compte-rendu écrit de bilan orthophonique.

- Oui, au sujet des consignes qui ont été données au patient.
- Oui, concernant une éventuelle prise en charge orthophonique en libéral de ce patient.
- Oui, concernant une prochaine consultation qui serait proposée à ce patient.
- Non.
- Autre :

23. Etes-vous demandeur d'informations au sujet de la prise en charge orthophonique pour ces patients?

Vous avez la possibilité de cocher plusieurs propositions.

- Oui, concernant le rôle de l'orthophoniste auprès des patients dysphagiques.
- Oui, concernant le moyen de diriger les patients vers un orthophoniste.
- Oui, pour mieux cerner les besoins de ces patients
- Non, vous êtes suffisamment informé.
- Autre :

24. Si vous souhaitez des informations concernant la prise en charge orthophonique, sous quelle(s) forme(s) les souhaiteriez-vous?

Vous avez la possibilité de cocher plusieurs propositions.

- Un prospectus.
- Une brochure.
- Une affiche.
- Une rencontre avec une orthophoniste.
- Un film.
- Un site Internet.
- Une réunion d'échange entre professionnels.
- Autre :

25. Cette information serait plutôt destinée :

Vous avez la possibilité de cocher plusieurs propositions.

- Aux médecins oncologues radiothérapeutes.
- Aux patients.
- Pas d'avis.
- Autre :

Souhaitez-vous apporter des précisions? Avez-vous des demandes?

Contacts

DANS LE CADRE DE CETTE ETUDE CE QUESTIONNAIRE EST ANONYME.

Cependant, si vous le souhaitez vous pouvez être contacté pour des informations complémentaires, ou pour être tenu informé de l'avancée de cette recherche.

Quels sont vos nom, prénom, et lieu d'exercice professionnel?

Nous autorisez-vous à vous contacter ultérieurement si nous avons besoin de plus d'informations?

- Oui.
- Non.

Par quel moyen préférez-vous être de nouveau contacté?

Vous avez la possibilité de cocher plusieurs propositions.

- Par téléphone.
- Par e-mail.
- Par courrier.
- Autre :

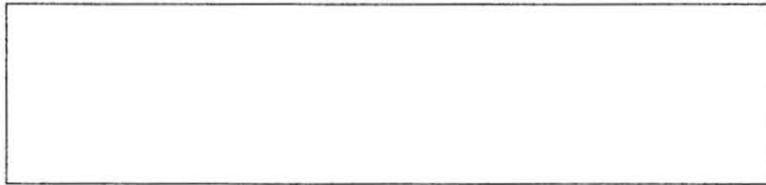
Merci d'inscrire ici les coordonnées de contact correspondant :

Docteur,

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire et, ainsi, de collaborer à l'élaboration de mon mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité en orthophonie.

Emilie Merenhole - Etudiante en 4ème année à l'école d'orthophonie de Nancy

Résidence Universitaire 26 rue de Saurupt - chambre 22 20
54000 Nancy
06.26.43.42.79
emilie.merenhole@gmail.com



Aurélia Henry - Orthophoniste
Service ORL – Hôpital Central de Nancy

Consultation le :
Suivi à l'hôpital Central par le docteur :

Pathologie et traitement

Pathologie :
Traitement :
 Radiothérapie :
 Chimiothérapie :
 Chirurgie :
 Autre :

Alimentation entérale :
 SNG :
 GEP :

Antécédents :
 Diabète Tabac :
 Cholestérol Alcool :
 Autre(s) :

Situation actuelle

Respiration :
 Contexte de bronchites chroniques Encombrement
 Autre :

Etat dentaire :

Salive : Hyposialie Epaisse
 Autre(s) :
.....
 Palliatif :

Déglutition salive :
 Normale Toux
 Impossible Stases

Elévation laryngée :
 Normale Ralentie Diminuée

Toux volontaire : Oui Non
Hemmage volontaire : Oui Non

Poids :
Avant : Après : → stabilisé / chute / augmente

Suivi diététique :
 Oui : Ponctuel :
 Régulier :
 Prestataire :
 Non : Souhaite rencontrer le diététicien de l'hôpital
 Autre :

Suivi orthophonique : Non
 Oui :

Alimentation :
 Entérale exclusive :
 GEP depuis le
 SNG depuis le
 Per os exclusive
 Mixte : Per os + GEP. GEP depuis le
 Per os + SNG. SNG depuis le

↳ Proportion des prises per os :

↳ Alimentation per os : Normale Adaptée :
 Mixée Semi-liquide
 Hachée Pâteuse
 Tendre Autre :
↳ Hydratation per os : Normale Adaptée :
 Epaisse Fraîche
 Gazeuse Autre :

Plainte et inquiétude

.....
.....
Douleurs à la déglutition : Non Avant Pendant Après
↳ Aliment(s) :

Sensation de blocage des aliments : Jamais Toujours Parfois
↳ Aliment(s) :

Présence de toux à la déglutition : Avant Pendant Après
 Jamais Toujours Parfois

↳ Aliment(s) :

| Essais alimentaires | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | Liquide : | Liquide épaissi : | Semi-liquide : | Pâteux : | Solide : |
| Déglutition possible | <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Posture <input type="checkbox"/> Autre : | <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Posture <input type="checkbox"/> Autre : | <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Posture <input type="checkbox"/> Autre : | <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Posture <input type="checkbox"/> Autre : | <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Posture <input type="checkbox"/> Autre : |
| | <input type="checkbox"/> Non : Fausse route <input type="checkbox"/> Immédiate <input type="checkbox"/> Toussée <input type="checkbox"/> Retardée | <input type="checkbox"/> Non : Fausse route <input type="checkbox"/> Immédiate <input type="checkbox"/> Toussée <input type="checkbox"/> Retardée | <input type="checkbox"/> Non : Fausse route <input type="checkbox"/> Immédiate <input type="checkbox"/> Toussée <input type="checkbox"/> Retardée | <input type="checkbox"/> Non : Fausse route <input type="checkbox"/> Immédiate <input type="checkbox"/> Toussée <input type="checkbox"/> Retardée | <input type="checkbox"/> Non : Fausse route <input type="checkbox"/> Immédiate <input type="checkbox"/> Toussée <input type="checkbox"/> Retardée |
| Voix mouillée | <input type="checkbox"/> Non |
| | <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Cède : hémage et déglutition <input type="checkbox"/> Persiste | <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Cède : hémage et déglutition <input type="checkbox"/> Persiste | <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Cède : hémage et déglutition <input type="checkbox"/> Persiste | <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Cède : hémage et déglutition <input type="checkbox"/> Persiste | <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Cède : hémage et déglutition <input type="checkbox"/> Persiste |
| Stases | <input type="checkbox"/> Non |
| | <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Pharyngées <input type="checkbox"/> Buccales <input type="checkbox"/> Débordement <input type="checkbox"/> Blocage <input type="checkbox"/> Evacuées : hémage et déglutition <input type="checkbox"/> Non évacuées | <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Pharyngées <input type="checkbox"/> Buccales <input type="checkbox"/> Débordement <input type="checkbox"/> Blocage <input type="checkbox"/> Evacuées : hémage et déglutition <input type="checkbox"/> Non évacuées | <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Pharyngées <input type="checkbox"/> Buccales <input type="checkbox"/> Débordement <input type="checkbox"/> Blocage <input type="checkbox"/> Evacuées : hémage et déglutition <input type="checkbox"/> Non évacuées | <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Pharyngées <input type="checkbox"/> Buccales <input type="checkbox"/> Débordement <input type="checkbox"/> Blocage <input type="checkbox"/> Evacuées : hémage et déglutition <input type="checkbox"/> Non évacuées | <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Pharyngées <input type="checkbox"/> Buccales <input type="checkbox"/> Débordement <input type="checkbox"/> Blocage <input type="checkbox"/> Evacuées : hémage et déglutition <input type="checkbox"/> Non évacuées |
| Remarques | | | | | |
| Conclusions pour l'hydratation : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Adaptée : | | | Conclusions pour l'alimentation : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Adaptée : | | |
| <input type="checkbox"/> POSTURE : <input type="checkbox"/> Flexion antérieure <input type="checkbox"/> Hémage+déglutition à vide <input type="checkbox"/> Manœuvre d'effort <input type="checkbox"/> Autre : | | | <input type="checkbox"/> TEXTURE : <input type="checkbox"/> Liquide épais <input type="checkbox"/> Liquide gazeux <input type="checkbox"/> Liquide frais <input type="checkbox"/> Autre : | | |
| <input type="checkbox"/> POSTURE : <input type="checkbox"/> Flexion antérieure <input type="checkbox"/> Hémage+déglutition à vide <input type="checkbox"/> Manœuvre d'effort <input type="checkbox"/> Autre : | | | <input type="checkbox"/> TEXTURE : <input type="checkbox"/> Semi-liquide <input type="checkbox"/> Mixé <input type="checkbox"/> Haché <input type="checkbox"/> Tendre <input type="checkbox"/> Mou <input type="checkbox"/> Autre : | | |
| <input type="checkbox"/> CONSEILS : <input type="checkbox"/> Petites quantités <input type="checkbox"/> Fractionner les repas <input type="checkbox"/> Manger lentement <input type="checkbox"/> Aliments lubrifiés et homogènes | | | | | |
| Commentaires : | | | Commentaires : | | |

Adaptation de l'alimentation

Alimentation :

- Mixé ou mouliné : *tous les aliments sont passés au mixer, comme de la compote.*
→ *Toujours ajouter un liant : crème, sauce...*
- Pâteux : *petits suisses, fromage blanc, purée épaisse.*
- Semi-liquide : *potage épais, yaourts brassés, crèmes dessert, crème anglaise, flan, compote...*
- Tendre : *les aliments qui s'écrasent à la fourchette et se mélangent comme les légumes bien cuits, la viande si elle est hachée ou mijotée, le poisson, omelette...*
→ *Toujours ajouter un liant : crème, sauce...*
- Alimentation normale avec des morceaux.
- Autre :
-
-

↳ ***Tout ce que vous mangez doit être homogène, onctueux, lié avec une sauce pour bien glisser : crème fraîche, beurre, béchamel et autre sauce, fromage blanc, crème anglaise, compote...***

Hydratation :

- Liquide épaissi : *eau gélifiée, eau et épaississant, eau mélangée à de la compote, nectars de fruits épais.*
- Semi-liquide : *potages épais, yaourts à boire...*
- Liquide normal frais : *garder au réfrigérateur les boissons.*
- Liquide normal gazeux : *eau gazeuse, soda.*
- Liquide normal chaud : *café, thé, infusion, bouillon...*
- Autre :
-
-

Aliments à éviter

Aliments interdits :

- Pas d'aliment sec sans sauce : *pas de pain, gâteau, biscuits secs...*
- Pas d'aliment pâteux qui colle et glisse mal *comme la purée épaisse, les petits suisses...*
- Pas d'aliment composé de petits éléments ou qui s'émiette : *pas de riz nature, pas de semoule, pas de biscottes, pas de carottes râpées...*
- Pas d'aliment dur, pas de morceaux.
- Pas d'aliment trop liquide : *pas de soupe, pas de compote...*
- Autre :
-
-

Boisson interdites :

- Pas de boisson alcoolisée.
- Pas d'eau plate.
- Pas d'eau nature.
- Pas de liquide à température ambiante.
- Pas de liquide chaud.
- Autre :
-
-

Etiquette patient

Aurélia Henry - Orthophoniste
03.83.85.16.47
lundi matin - jeudi matin
Hôpital Central de Nancy
Service ORL

Reçu le :

Adressé par :

| Suivi | |
|---|--|
| Suivi à l'hôpital Central de Nancy par le docteur | |
| Le patient a déjà été reçu à cette consultation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : | |
| Le patient est déjà suivi par un orthophoniste : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : | |
| ↳ Mme/M | |
| ↳ Nombre de séances | |

| | |
|---|--|
| <p>Rappel traitement :</p> <p><input type="checkbox"/> Radiothérapie :</p> <p><input type="checkbox"/> Chimiothérapie :</p> <p><input type="checkbox"/> Chirurgie :</p> <p>Alimentation entérale :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> GEP :</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Remarque :</p> | <p>Antécédents :</p> <p><input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Cholestérol <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Etat dentaire :</p> <p>Salive : <input type="checkbox"/> Hyposialie <input type="checkbox"/> Épaisse <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Poids : Perte <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui :</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Stabilisé <input type="checkbox"/> Chute toujours <input type="checkbox"/> S'améliore</p> |
|---|--|

Dysphagie

| Mécanismes pathologiques | Manifestations du trouble | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Praxies : | <input type="checkbox"/> Fausses routes : | <input type="checkbox"/> Toux : | <input type="checkbox"/> Voix mouillée |
| <input type="checkbox"/> Fermeture vélopharyngée | <input type="checkbox"/> Nasales | <input type="checkbox"/> Immédiate | <input type="checkbox"/> Occasionnelle |
| <input type="checkbox"/> Réflexe de déglutition retardé | <input type="checkbox"/> Laryngées | <input type="checkbox"/> Retardée | <input type="checkbox"/> Systématique |
| <input type="checkbox"/> Diminution de la sensibilité | <input type="checkbox"/> Occasionnelles | <input type="checkbox"/> Occasionnelle | <input type="checkbox"/> Cède par hémorragie |
| <input type="checkbox"/> Ascension laryngée limitée ou ralentie | <input type="checkbox"/> Systématiques | <input type="checkbox"/> Systématique | <input type="checkbox"/> et déglutition à vide |
| <input type="checkbox"/> Présence de stases buccales | <input type="checkbox"/> Immédiates | ↳ Volontaire si | <input type="checkbox"/> Persiste |
| <input type="checkbox"/> Présence de stases pharyngées | <input type="checkbox"/> Retardées | besoin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| <input type="checkbox"/> Stases évacuées par hémorragie et déglutition à vide | ↳ Consistances concernées : | | |
| <input type="checkbox"/> Stases non gérées volontairement | | | |
| <input type="checkbox"/> Suspicion d'un défaut d'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage | <input type="checkbox"/> Sensation de blocage | ↳ Consistances concernées : | |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | | |
| | <input type="checkbox"/> Douleur : | | |
| | <input type="checkbox"/> Autre : | | |
| | | | |

MERENHOLE Émilie

DYSPHAGIE POST RADIOTHÉRAPIE : FORMALISATION D'UNE CONSULTATION
D'ORTHOPHONIE

Protocole et création d'outils adaptés

Mémoire d'orthophonie, Nancy 2012

RÉSUMÉ

La radiothérapie est l'un des traitements possibles dans le cas d'un cancer d'atteinte ORL. Cette option thérapeutique préserve les structures anatomiques, contrairement à la chirurgie. Toutefois, la radiothérapie a un impact fonctionnel sur la déglutition, et, pendant le traitement, les patients ont souvent recouru à une alimentation entérale. Il est fréquent que la dysphagie persiste et perturbe le retour à une alimentation normale. Suite à ce constat, une nouvelle consultation d'orthophonie mensuelle a été instaurée à l'Hôpital Central de Nancy.

Nous nous sommes demandé comment cette consultation pouvait être formalisée pour être la plus efficace possible. Nous sommes partie de l'hypothèse qu'elle doit à la fois permettre un état des lieux de la déglutition du patient, une recherche d'adaptations pour son alimentation au quotidien, et lui fournir un outil utilisable à domicile. Elle doit également proposer des relais entre les professionnels qui ont suivi ou qui suivront le patient.

Nous avons d'abord interrogé les radiothérapeutes de Lorraine qui pratiquent l'irradiation de la sphère ORL par l'intermédiaire d'un questionnaire. Cela nous a permis de savoir s'ils seraient de bons vecteurs de diffusion pour cette consultation. Nous avons également pu prendre connaissance des conseils déjà apportés aux patients lors de leur parcours avant d'arriver à la consultation afin de déterminer leurs besoins.

Dans un second temps, nous avons élaboré trois documents destinés à la consultation. Le premier est un document bilan ; il sert de support à l'évaluation de la dysphagie tout en privilégiant la recherche de moyens de compensation pour la réalimentation du patient. Le second est un document relais destiné au patient afin de retrouver chez lui toutes les adaptations qu'il doit appliquer. Enfin, un document relais a été conçu comme une fiche de transmission ; il est à destination des professionnels qui suivront le patient en dehors de l'hôpital, l'orthophoniste ou le diététicien par exemple.

MOTS-CLÉS

| | | | |
|------------|---------------|------------|--------------|
| cancer ORL | radiothérapie | hôpital | transmission |
| dysphagie | consultation | évaluation | outils |

JURY

Président : M. le Professeur R. JANKOWSKI, Médecin ORL

Directeur : Mme A.HENRY, Orthophoniste

Assesseur : Mme M. SIMONIN, Orthophoniste

DATE DE SOUTENANCE

Mardi 26 juin 2012