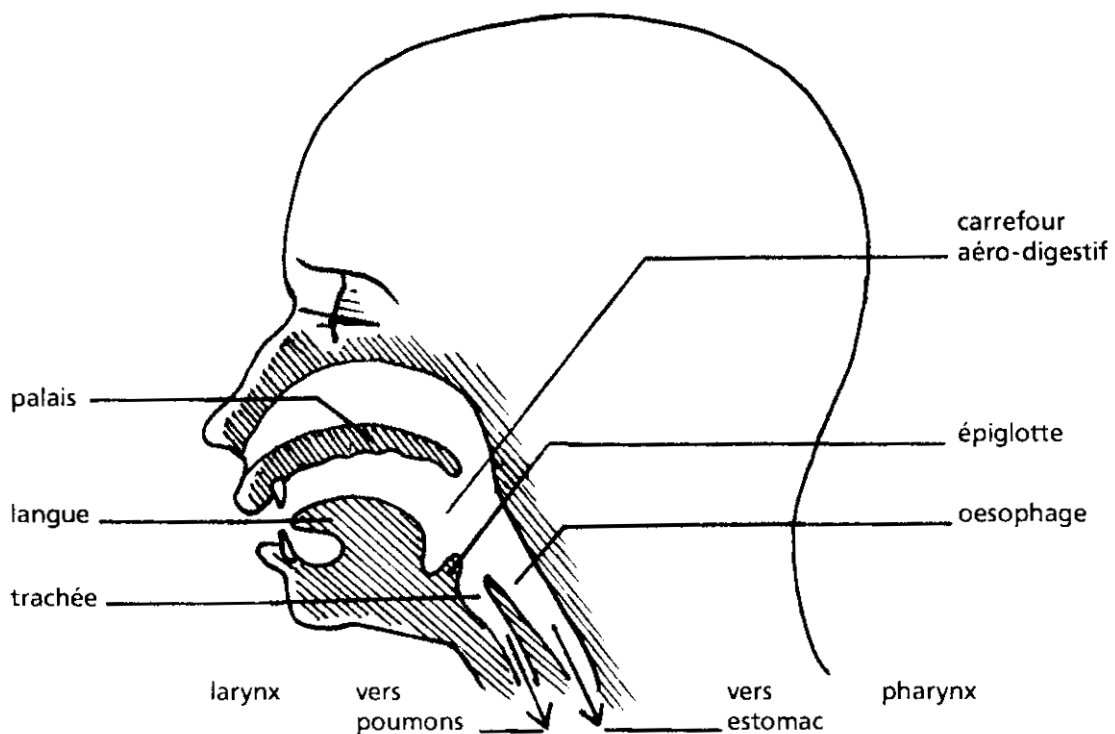


LA DÉGLUTITION

1. ANATOMIE - PHYSIOLOGIE



Du fait de la croissance de la cavité buccale et du cou, on peut distinguer deux étapes à la déglutition normale, et ceci, en fonction de l'âge : la première étape, ou *déglutition primaire* (appelée aussi *déglutition infantile*) a lieu jusqu'à un an; après un an, on parle de *déglutition secondaire*.

Pour chacune d'entre elles, sont repris dans le tableau suivant les *variations anatomiques* d'une part, les *différentes étapes* de la déglutition d'autre part.

Chacun de ces modes de déglutition comprend trois étapes : les deux premières (aspiration et propulsion) ont lieu au niveau de la bouche et la troisième (déglutition réflexe) se situe au niveau du pharynx.

Déglutition primaire

(déglutition infantile avant l'âge d'un an)

= **déglutition viscérale**

Déglutition secondaire

(après l'âge d'un an)

= **déglutition somatique**

Anatomie

Volume important de la langue

Croissance de la cavité buccale ⇒ la langue occupe moins de place dans la bouche.

Position haute du larynx

Développement du cou ⇒ le larynx s'abaisse.

Les trois temps de la déglutition

1. Aspiration

Succion et aspiration sont réalisées de manière réflexe : la langue prend une forme en cupule en se moulant sur le sein ou la tétine.

Aspiration dirigée nécessitant :

- une fermeture des lèvres,
- une fermeture de l'orifice buccal postérieur (application de la langue sur le voile).

2. Propulsion

Par un mouvement de la langue d'avant en arrière, la gorgée de lait est propulsée en arrière.

Propulsion active : la langue s'adapte à la forme du bol alimentaire ; sa base s'élève grâce à ses muscles élévateurs.

3. Déglutition réflexe

Les aliments vont passer du fond de la bouche à l'oesophage (carrefour aérodigestif) grâce à :

- la fermeture des voies aériennes supérieures par application de la base de la langue sur le voile du palais,
- l'élévation du pharynx qui "cueille" la gorgée de lait ou le bol alimentaire,
- la fermeture des voies aériennes inférieures par l'épiglotte (comme un couvercle).
-

Remarques

Notons que, comme tous les phénomènes moteurs, il y a interférences des composantes psycho-affectives :

- ambiance pendant les repas,
- relation avec la personne qui donne le repas,
- composante sensorielle :
 - chaud, froid,
 - odeur,
 - goût,
 - consistance des aliments,
 - présentation.

Notons également que les muscles concernés (qui appartiennent à la musculature orofaciale) interviennent aussi dans

- la mastication,
- la respiration,
- la phonation,

et ont une influence prépondérante dans l'équilibre alvéolaire (alvéole dentaire = petite loggia osseuse dans laquelle se trouve la dent).

Les troubles de la déglutition sont donc à prendre en considération dans un cadre plus large constitué par la charpente osseuse et sa musculature dento-maxillo-faciale).

2.LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION CHEZ LA PERSONNE POLYHANDICAPEE

A.Pourquoi ?

L'enfant polyhandicapé a plusieurs raisons de présenter des troubles de la déglutition :

1. Défaut de la mécanique neuromusculaire bucco-pharyngée
2. Maintien d'un type de déglutition infantile. En effet, souvent la personne polyhandicapée déglutit la salive sans serrer les dents, avec la langue qui s'interpose entre les arcades dentaires.
3. Mauvaise coordination des mouvements alimentaires (difficulté de coordination entre les muscles qui doivent être actifs ou se relâcher dans un ordre précis).

B.Conséquences

A court terme :

- les régurgitations,
- les difficultés de mastication
- les fausses routes : les aliments passent dans le larynx et les voies aériennes au lieu de suivre la voie digestive. Ceci déclenche normalement un réflexe de toux qui permet de repousser les particules qui auraient pris le mauvais chemin, mais si l'enfant a la tête en hyper-extension, ce réflexe est impossible.

- L'accident "aigu" est caractérisé par la symptomatologie suivante : quinte de toux violente suivie d'un étouffement important.
- Si les fausses routes se répètent de façon chronique, on constatera des infections pulmonaires à répétition.

A plus long terme ces difficultés alimentaires peuvent entraîner une déshydratation, une dénutrition, une anémie, un retard staturo-pondéral. Il nous paraît utile d'insister ici sur l'importance d'une hydratation correcte du sujet polyhandicapé. Ce dernier, ne pouvant pas ou peu s'exprimer, n'arrive le plus souvent pas à dire qu'il a soif. Il est totalement dépendant de son entourage en ce qui concerne son apport hydrique. Il est à noter que celui-ci doit être toujours supérieur à un litre par jour. On peut surveiller les signes de déshydratation (sécheresse de la langue, perte de poids, plus tard accélération du rythme cardiaque ou fièvre et enfin, dans les états graves, somnolence). Devant l'apparition de l'un ou l'autre de ces symptômes, il faut réagir au plus vite en réhydratant la personne et si nécessaire en appelant le médecin.

3.LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES (cf fiche)

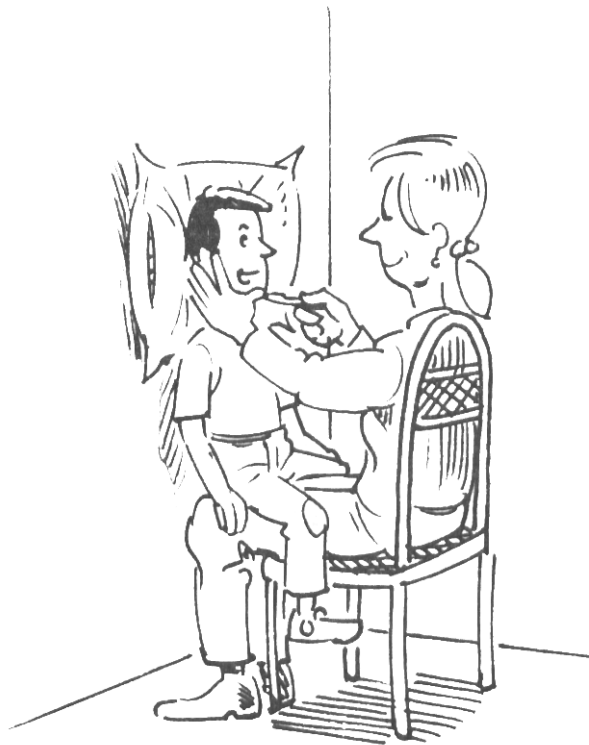
- Examen logopédique.
- Radio-cinéma de la déglutition.

4.LE TRAITEMENT

A.Préventif

1. On peut imaginer une préparation aux repas par une désensibilisation préalable de la sphère oro-faciale (massages – effleurement de la bouche, des lèvres, des dents de l'enfant en les nommant)
2. Position à respecter pour les repas : il faut que l'enfant soit alimenté en bonne position assise et non couchée, ni semi-assise (cf schéma).

Bonne position : exemple



La tête doit être en position neutre (ni renversée en arrière, ni fléchie vers l'avant). Il est important que l'enfant tienne la tête droite de façon passive grâce à un appui-tête par exemple), afin que tous les efforts de coordination soient concentrés sur les muscles oro-pharyngés et non pas sur le maintien de la tête.

Pour la même raison, il vaut mieux éviter les stimulations multiples durant les repas.

3. Technique : Il faut introduire le contenu de la cuillère entièrement dans la bouche, la cuillère bien horizontale. Il est important de mettre la cuillère loin dans la bouche en imprimant une légère pression sur la langue.

Il faut toujours attendre que la pomme d'Adam ait atteint sa position de relaxation (position basse) avant de déposer les aliments dans la cavité buccale. On la voit ; on peut également la palper pour évaluer sa position.

4. Matériel : - une petite cuillère normale, plate, sans bec pointu ni bec latéral.
- pour boire : un gobelet en plastique dur, sans bec ni tétine, avec un rebord si possible, et une échancrure pour éviter que le nez ne se trouve dans le verre.

5. Aliments : leur consistance est importante. L'enfant risque moins de faire des fausses routes avec une alimentation solide ou semi-liquide qu'avec des liquides. Dans certains cas, on peut imaginer de donner des liquides "solidifiés" (un liquide solidifié s'obtient par adjonction de gélatine à de l'eau agrémentée d'un sirop de grenadine, de menthe, ou autre).

5. Curatif

A. de la fausse déglutition

Si on se trouve face à une fausse déglutition ou "fausse route" évidente, une intervention s'impose d'urgence, car il s'agit d'une situation grave.

La manoeuvre à effectuer est la suivante : si l'enfant est petit : le secouer la tête vers le bas; sinon se placer derrière l'enfant et entourer sa taille avec les bras, fermer le poing et l'enfoncer dans le ventre, un peu au-dessus du nombril et exercer une pression rapide vers le haut. Ensuite, coucher la personne sur le côté.



B. du bavage

Rééducation systématique :

de la fermeture de la bouche et de la déglutition de la salive; le traitement peut être mis au point et en route par un logopède mais il doit être poursuivi de façon régulière par tout l'entourage de l'enfant non seulement lors des repas mais en dehors.

Traitement chirurgical :

ces interventions sont rarement proposées par les spécialistes. Leurs résultats sont d'ailleurs peu concluants.