

Item 53. Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire (la masso-kinésithérapie et) l'orthophonie.

-
- I. Savoir prescrire l'orthophonie
 - II. Savoir prescrire la kinésithérapie.
-

Objectifs pédagogiques

Les objectifs nationaux du Bulletin Officiel –

Argumenter les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques de rééducation et de réadaptation.

Les objectifs du Collège Français des Enseignants d'ORL –

Argumenter les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques de rééducation et de réadaptation.

I. SAVOIR PRESCRIRE L'ORTHOPHONIE

A. Introduction

En général l'orthophoniste est sollicité lorsque le corps médical constate un trouble du langage oral. Le but principal d'une prise en charge orthophonique est de corriger, si possible, ou d'améliorer la communication orale. Par extension et puisque les orthophonistes interviennent dans les troubles du langage oral, leur aide est souvent requise lors de troubles de communication au sens large, par exemple en cas de déficience neurologique ou d'un handicap neurosensoriel multiple. L'orthophonie est primordiale en cas de retard de langage, chez l'enfant. Il s'agit en effet de la situation où l'acquisition du langage oral est rendue difficile par l'altération auditive. On parle souvent de boucle audio-phonatoire, les deux fonctions, auditive et phonatoire étant étroitement liées et en constante interaction. Il est par exemple très difficile de chanter juste lorsque l'on s'entend mal. Du fait de leur centre d'intérêt sur la production et sur la compréhension du langage, les orthophonistes sont souvent appelés à aider les patients souffrant d'une altération fonctionnelle du larynx, l'organe phonatoire principal. Au maximum, leur aide sera indispensable en cas d'absence de larynx après chirurgie pour cancer par exemple. De même, comme le larynx est aussi primordial dans la déglutition, l'orthophonie est requise en cas de troubles de la déglutition, indépendamment de troubles phonatoires. L'orthophonie a donc un très vaste champ d'application. Il n'est pas rare d'ailleurs que certains orthophonistes préfèrent « s'hyperspécialiser », soit dans la surdité, soit dans les troubles pharyngolaryngés de la déglutition et dans les dysphonies.

En pratique, le médecin a surtout un rôle diagnostique et pose l'indication d'un bilan orthophonique. C'est à l'issue de ce bilan que l'orthophoniste décidera du type de prise en charge adapté au sujet et du nombre de séances à effectuer. Bien que le terme puisse être controversé, on parle souvent de rééducation orthophonique.

B. L'indication du bilan orthophonique

C'est ici le rôle primordial du médecin. Il doit envisager une prise en charge orthophonique chaque fois que l'altération du langage, de la phonation ou de la déglutition, handicape le patient qu'il soigne. Bien entendu, la démarche diagnostique de la cause du handicap, doit toujours être engagée soit préalablement, soit simultanément au bilan orthophonique mais jamais à posteriori. Par exemple, il ne doit pas être prescrit une prise en charge orthophonique chez un patient dysphonique tant que l'on n'a pas vérifié son larynx, a fortiori s'il s'agit d'un sujet à risque de cancer laryngé. Pour la surdité de l'enfant, la démarche est un peu différente dans la mesure où l'orthophoniste aide le médecin à évaluer le handicap langagier induit par la surdité. Il participe donc à l'évaluation de la gravité du handicap auditif. Néanmoins, le médecin doit avoir tout mis en œuvre pour typer le type de surdité et pour connaître son stade ainsi que sa cause. En d'autres termes, le médecin ne doit pas se reposer sur l'orthophonie pour établir un diagnostic à sa place, même si l'aide de l'orthophoniste est souvent précieuse.

C. L'orthophonie dans la surdité :

Le rôle de l'orthophoniste est indispensable dans le handicap auditif chez l'enfant. Chez l'adulte qui a déjà parfaitement entendu dans son passé, l'orthophonie ne s'intéresse qu'aux personnes profondément handicapées par la surdité. En pratique cela concerne les sourds sévères ou profonds dont l'aide auditive externe ou implantée ne suffit pas en elle-même à restaurer une boucle audio-phonatoire correcte. L'orthophonie vise dans ces cas à mettre en œuvre tous les moyens et stratégies possibles pour permettre une meilleure utilisation des perceptions auditives dans un but de compréhension et de production du langage oral.

Chez l'enfant, les signes d'alerte devant faire évoquer une altération auditive doivent être bien connus. On distingue la surdité prélinguale et la surdité postlinguale, selon la date d'installation de la surdité, c'est à dire avant ou après le début de l'acquisition du langage. En principe, la surdité postlinguale ne pose pas de problème diagnostique puisque les parents s'inquiètent rapidement de la régression du langage de leur enfant. La surdité prélinguale est en revanche plus difficile à diagnostiquer, car il n'y a pas de point de repère propre à l'enfant qui lui – même n'a jamais commencé à parler. Il faut donc que le médecin connaisse les grandes étapes du développement du langage oral. Ces étapes sont répertoriées dans un autre chapitre mais il est utile d'en rappeler les principales :

- Dès le sixième mois in utero, les mères notent certaines réactions de l'embryon aux bruits. On sait maintenant que l'embryon à partir de cette époque entend la voix de sa mère et même d'une autre personne, en principe le père, si celui-ci prend soin de parler au contact du ventre de la mère.
- A la naissance, le bébé est sensible aux bruits environnants, et réagit de façon bien connue aux bruits qui le surprennent. Ce sont des réflexes archaïques, comme celui de Moro où le bébé écarte les bras en réaction à un bruit extérieur.
- A partir de 3 mois le bébé commence à produire des sons. Il s'agit souvent de cris de joie, et de production stéréotypées (« areu »).
- A partir de 4 à 5 mois le nourrisson gazouille : les sons produits l'intéressent et il en joue en en modulant l'intonation.
- Vers 6 mois le bébé réagit à son prénom. Entre 6 et 9 mois apparaît le babillage avec le doublement des consonnes, préférentiellement le « baba ». L'imitation des sons et intonations commence. Le bébé à cette période donne un objet sur demande.
- A 12 mois, il prononce quelques mots, au moins un, souvent papa ou mama(n).

- Entre 18 et 20 mois l'enfant associe deux ou trois mots en formant des métaphrases et a déjà un vocabulaire d'une cinquantaine de mots.
- A partir de 20 mois le vocabulaire s'enrichit rapidement et à 3 ans le langage devient fluide. L'enfant comprend le « je », fait de véritables phrases avec sujet-verbe-complément.
- A 5 ans l'enfant est capable de raconter une histoire complète en produisant des phrases élaborées.

Ce schéma peut d'un individu à l'autre présenter quelques variations, mais globalement, si un retard est noté, il est indispensable d'évoquer un retard de l'acquisition langagière et en premier lieu une altération auditive.

On doit insister ici sur l'importance toute particulière que le médecin doit apporter à l'impression des parents vis-à-vis de l'audition de leur enfant. Il ne s'agit pas d'être faussement rassuré par des parents pensant que leur enfant entend bien alors même qu'un retard franc de langage est remarqué. Au contraire, il faut accorder la plus grande importance aux parents inquiets de l'audition de leur enfant, d'autant plus qu'ils ont déjà eu d'autres enfants ou qu'il existe des facteurs de risque de surdité (antécédents familiaux, grossesses difficiles notamment gémellaires, naissance difficile, infections néonatales, séjour en réanimation etc... cf chapitre sur la surdité de l'enfant).

Le diagnostic de surdité prélinguale est à ce point difficile à évoquer que beaucoup d'erreurs sont commises. Or, le développement du cortex auditif spécialisé dans le langage est dépendant de la fonction auditive et ce, pendant une période très précise. En pratique, si un enfant n'entend pas avant un certain âge, 5 ans étant la date réhabilitaire pour une aide auditive, il ne sera plus possible de lui permettre d'acquérir un langage oral correct, quelque soit le moyen de réhabilitation auditive mis en œuvre. C'est pourquoi un dépistage auditif néonatal a toute son importance, à condition, bien sûr, de l'entourer des précautions d'annonce du diagnostic et d'un soutien à la fois technique et psychologique constant et efficace.

C'est donc avant tout par un retard de langage ou un trouble de la phonation que le diagnostic de surdité est évoqué. Il est important de préciser certaines définitions.

- On parle de retard de langage lorsque le schéma d'acquisition que nous venons de rappeler n'est pas respecté. Au maximum si le diagnostic est évoqué tardivement l'enfant de 3 ans aura des difficultés à organiser les mots pour former des phrases. Il aura également des difficultés de compréhension.
- Le retard de parole concerne la prononciation des mots qui est altérée, par défaut de prononciation correcte de certains phonèmes ou encore difficulté à associer ou organiser les phonèmes qui forment un mot (inversion ou omission de phonèmes, confusions simplification).
- L'articulation est dite altérée quand on note une erreur permanente et systématique de la prononciation de certains phonèmes (par exemple le zozotement).
- Le bégaiement est une altération du rythme de la parole avec répétition de certaines syllabes ou phonèmes marquant l'impossibilité de produire le son suivant attendu.
- La dysphasie est une atteinte sérieuse du développement du langage, possiblement imputable à une altération centrale de l'audition.

Le bilan orthophonique servira en premier lieu à préciser le retard de langage, son type, et à envisager la prise en charge orthophonique adéquate. Même si devant toute altération du langage le médecin doit se poser la question de la surdité, il n'est pas rare de voir le diagnostic évoquer par l'orthophoniste après un bilan demandé par exemple devant des difficultés scolaires.

Chez l'enfant prélingual, le bilan orthophoniste évaluera de plus l'appétence de l'enfant à communiquer et à écouter le monde sonore environnant s'il a quelques restes auditifs. Une fois l'aide auditive mise en place, qu'elle soit externe ou par implant cochléaire, l'orthophoniste évaluera les progrès dans la communication et les progrès langagiers de l'enfant. L'aide de l'orthophoniste est souvent bienvenue pour adapter les réglages des aides auditives.

Chez l'enfant devenu sourd après que le développement du langage se soit amorcé (association de mots en métaphrases déjà acquise) on parle de surdité postlinguale. Le rôle du bilan orthophonique est là aussi de préciser le retard c'est à dire d'évaluer le niveau du langage de l'enfant handicapé.

Dans tous les cas, le rôle de la prise en charge orthophonique est d'aider l'enfant à rattraper son retard et à s'aider de tous les autres moyens pour mieux comprendre son environnement sonore. La lecture labiale prend un intérêt primordial. On peut s'aider de codes spécifiques formés avec les doigts sur les lèvres lors de la prononciation des mots, pour permettre un déchiffrement plus facile et plus juste de la lecture labiale. Ce langage codé, le LPC, est d'une importance capitale en cas de surdité réhabilitée par implant cochléaire. On insiste actuellement sur l'efficacité d'une rééducation orthophonique multimodale (auditive et visuelle) en cas de surdité.

Chez l'adulte devenu sourd la prise en charge orthophonique sert à aider le patient à mieux comprendre ses interlocuteurs et à mieux appréhender le monde sonore environnant. L'aide auditive externe a fait tant de progrès que souvent l'orthophonie n'est requise qu'en cas de surdité profonde. Toutefois, même dans les stades de surdité moins importants l'orthophonie peut se justifier, au moins pour l'apprentissage de la lecture labiale, afin de rendre la compréhension plus facile, mais aussi dans le but de faciliter la prise en charge ultérieure en cas d'aggravation prévisible de la surdité.

D. Altération du langage écrit :

On peut avoir à demander une prise en charge orthophonique devant des troubles du langage écrit. Des enfants sont en échec scolaire à cause de cela. Il existe souvent un trouble du langage oral associé, mais ce n'est pas obligatoire.

On parle de dyslexie en cas de problèmes d'apprentissage de la lecture avec confusion de graphèmes, inversion ou omission de lettres. La dysorthographe concerne les troubles de l'acquisition des règles orthographiques. La dysgraphie est remarquée sur une calligraphie excessivement mauvaise. Il peut aussi s'agir de troubles du raisonnement logique, notamment révélé par des difficultés majeures en mathématique.

En pratique devant des difficultés d'apprentissage scolaire de ce type, il est bon d'une part de vérifier l'acuité auditive, et d'autre part de demander un bilan orthophonique.

E. En cas d'enfants polyhandicapés,

L'orthophonie s'inscrit dans une stratégie de prise en charge multidisciplinaire, en développant tout moyen de communication avec le monde environnant, même en cas d'impossibilité de langage oral et/ou écrit, et même en l'absence de surdité périphérique.

F. L'orthophonie dans les troubles pharyngo-laryngés (dont la dysphonie):

Il y a dans ce cas une altération de la fonction laryngée, et par suite bien souvent de la déglutition. Soit le larynx est endommagé à la suite d'une chirurgie, soit c'est sa mobilité qui est altérée.

Dans la paralysie laryngée, l'orthophoniste fait le bilan de l'atteinte phonatoire et met en route une prise en charge visant à compenser le défaut de mobilité unilatéral par l'autre côté. Le diagnostic précis de l'atteinte laryngée est indispensable et guide en partie la

prise en charge orthophonique (position et tonicité de la corde vocale). En cas d'atteinte bilatérale, le rôle de l'orthophoniste est plus relatif. Dans l'atteinte fonctionnelle intermittente avec dysphonie spasmodique, l'orthophoniste aide le sujet à maîtriser sa phonation. Dans la mauvaise utilisation laryngée avec forçage vocal le rôle de l'orthophoniste est indispensable pour que le patient puisse mieux utiliser sa voix et sa respiration, afin de ne pas entretenir la formation de nodule vocaux (kissing nodules). L'orthophonie doit encadrer un tout geste de microchirurgie vocale à visée fonctionnelle.

Dans l'atteinte organique du larynx, après chirurgie le plus souvent, l'orthophonie est indispensable afin d'atteindre 2 objectifs essentiels : une phonation audible, et une déglutition correcte en évitant au maximum les fausses routes. La prise en charge orthophonique vise dans ces cas, non seulement la mobilité du larynx restant, mais aussi la bonne coordination paryngolaryngée lors de la phonation et surtout de la déglutition. Dans le cas extrême de la laryngectomie totale, l'orthophonie permet l'acquisition de la voix laryngée en utilisant la musculature du pharynx.

Dans tous les cas il est indispensable de soutenir le patient opéré du larynx par de l'orthophonie.

G. L'orthophonie dans la dysphagie:

En dehors d'altération du larynx, il peut y avoir des troubles de la déglutition. Le cas typique est représenté par la chirurgie de l'oropharynx. Certaines équipes rapportent près de 40% d'altération de la déglutition chez ces patients. La prise en charge orthophonique sert ici à mobiliser le néopharynx et à faire prendre conscience au patient des mouvements de déglutition qui l'empêcheront de faire des fausses routes.

H. L'orthophonie dans l'atteinte vélopalatopharyngée et buccale:

Elle est un soutien primordial pour l'acquisition correcte de la parole en cas de fente labiopalatine ou autre malformation vélopalatopharyngée, ou en cas de trouble fonctionnel vélopharyngé. La prise en charge orthophonique permet de faire face à une insuffisance vélaire avec rhinolalie (fuite d'air vers les fosses nasales lors de la phonation). Si une chirurgie réparatrice est envisagée, l'orthophonie est indispensable à la récupération fonctionnelle.

I. L'orthophonie dans les atteintes neurologiques:

Notamment après accident vasculaire cérébral, il peut exister des troubles complexes centraux, à la fois de la phonation et de la déglutition, par atteinte non seulement de la motilité laryngée ou pharyngée, mais aussi par défaut de coordination paryngolaryngée. La production de la parole peut aussi être altérée de même que le langage. L'atteinte étant susceptible de récupération au moins partielle, l'orthophonie est une aide indispensable non seulement pour stimuler autant que possible la récupération mais aussi pour aider le patient à s'adapter à son état instable à chaque étape de récupération s'il y a lieu.

L'orthophonie est en pratique indiquée en cas de troubles neurologiques du langage (aphasie, démence, notamment maladie d'alzheimer, vieillissement avec atteinte cognitive) de la parole (dysarthrie), de l'écriture (atteinte centrale neurovisuelle), en cas de dysphonie et de troubles de la déglutition.

II. SAVOIR PRESCRIRE LA KINESITHERAPIE.

A. Introduction

Le kinésithérapeute est un professionnel de santé formé en 3 ans après un concours (1400 places réparties dans environ 30 écoles).

Le masseur kinésithérapeute réalise des actes manuels et instrumentaux qui ont pour finalité soit de prévenir, soit de rétablir ou de suppléer à une incapacité fonctionnelle. Il est habilité sur prescription médicale à participer au traitement de nombreuses affections. Il est conduit dans les limites de ses compétences à pratiquer un bilan. Celui-ci comporte l'évaluation des déficiences et de l'incapacité fonctionnelle. Il permet d'établir un diagnostic " kinésithérapique " et de proposer des techniques de rééducation. La prescription de prise en charge relève du médecin qui peut à tout moment modifier celle-ci.

Il est précisé dans les textes réglementaires que le masseur kinésithérapeute participe dans le cadre des pathologies oto-rhino-laryngologiques à la rééducation vestibulaire des troubles de l'équilibre, la rééducation des troubles de déglutition isolée et la réduction maxillo-faciale.

B. Kinésithérapie et Rééducation maxillo-faciale

Elle est indiquée dans la dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire.

Les symptômes sont de deux ordres : douleurs et diminution de l'ouverture buccale. Les étiologies sont multiples : séquelles de traumatisme, séquelles chirurgicales, atteinte fonctionnelle.

L'objectif de la kinésithérapie est d'améliorer l'ouverture buccale en réduisant les contractures.

C. Kinésithérapie et paralysie faciale

Le handicap lié à une paralysie faciale périphérique est très anxiogène pour le patient. Le pronostic dépend de l'étiologie.

Qu'il soit bon ou péjoratif, une prise en charge kinésithérapique est souvent indiquée. L'objectif est double : rééducation et aide psychologique.

La rééducation comporte :

- des massages faciaux à type de drainage lymphatique.
- un travail par groupes musculaires (expression mimique)
- des contractions faciales globales et le travail en force sont proscrits.

Cette rééducation a sa place tant au début de la paralysie qu'au stade des séquelles (contractures, syncinésies et spasme facial).

D. Kinésithérapie et rééducation vestibulaire

L'équilibre est une fonction complexe. Il fait appel à 3 afférences sensorielles (vestibulaire, visuelle, proprioceptive). De leur concordance dépend un fonctionnement normal et inconscient de l'équilibre. Une atteinte de l'appareil vestibulaire entraîne un trouble de l'équilibre qui se traduit entre autre par des manifestations vertigineuses.

La rééducation vestibulaire a deux objectifs en fonction de l'origine des troubles :

- En cas du vertige positionnel paroxytique bénin, restorer une fonction vestibulaire normale.

- Dans les autres cas, développer des suppléances visuelles et proprioceptives et diminuer les conséquences subjectives des manifestations vertigineuses.

1) Le vertige positionnel paroxystique bénin.

Le traitement du vertige positionnel paroxystique bénin (cause la plus fréquente de vertiges) n'est pas à proprement parler une technique de rééducation mais une thérapeutique. Il fait appel à une manœuvre libératoire destinée à déplacer les otolithes qui ont migré dans le canal semi-circulaire postérieur le plus souvent.

Le patient ressent dans certaines positions (décubitus latéral ou lors de flexion extension de la tête) une sensation vertigineuse intense et brève.

La manœuvre qui peut être réalisée par un kinésithérapeute, après avis médical, consiste à déclencher chez le patient allongé, la manifestation vertigineuse et à rapidement retourner le patient de l'autre côté afin de déplacer les otolithes et les faire " sortir" du canal semi-circulaire postérieur (manœuvre de SEMONT)

2) Autres situations vertigineuses.

Les buts recherchés sont:

- diminuer l'intensité, la durée, la fréquence des -vertiges,
 - d'améliorer l'équilibre debout à la marche,
 - diminuer des symptômes associés (nausées).

La rééducation est indiquée dans les situations suivantes :

- atteinte vestibulaire unilatérale telle que névrite vestibulaire, section du nerf vestibulaire (par exemple après neurinome de l'acoustique.)
- atteinte vestibulaire bilatérale
- troubles de l'équilibre de la personne âgée caractérisés par l'absence d'utilisation des informations vestibulaires souvent associée à une diminution des autres informations sensorielles (vision, proprioception, cinétose ou mal des transports).

Les techniques utilisées sont :

- stimulations à l'aide d'un fauteuil rotatoire qui agit sur la réflexivité des deux vestibules.
- stimulations optocinétiques (projection de points lumineux en mouvement avec un patient debout). Cette technique diminue une éventuelle dépendance visuelle et favorise les informations somato-sensorielles.
- plate forme proprioceptive. Le sujet est debout sur une plate forme mobile. L'objectif est de développer la proprioception en favorisant les informations somato-sensorielles.

Ces différentes techniques sont associées à une prise en charge psychologique et un soutien psychologique qui permettent de dédramatiser la situation.

E. Kinésithérapie et chirurgie carcinologique cervicale

La réalisation d'un curage ganglionnaire associé à une radiothérapie et susceptible d'entraîner des troubles trophiques et éventuellement des lésions au niveau du nerf accessoire (XI ème paire crânienne). Ce traumatisme entraîne une douleur de l'épaule avec une difficulté à lever le bras en abduction. A l'examen, le haussement d'épaule est déficitaire et le décollement de la scapula anormal.

Le traitement associe la mise en place d'une attelle de suspension de l'épaule à visée antalgique ainsi que des techniques de compensation par les autres muscles. La récupération est souvent incomplète.