

Troubles de la parole et de la déglutition dans la maladie de Parkinson

Docteur David Grabli, Neurologue (Pitié-Salpêtrière)

Environ 30 personnes présentes ce mardi lors de cette conférence, avec des nouveaux venus, merci à eux.

Le docteur Grabli a abordé deux thèmes=

- les troubles de la parole
- les troubles de la déglutition

TROUBLES DE LA PAROLE

La parole met en jeu plusieurs organes : larynx, cordes vocales, langue, mais aussi poumon, nez, muscles de la cage thoracique, le tout contribuant à faire vibrer les cordes vocales par l'air qui passe à travers. C'est une activité intégrée qui nécessite un contrôle stratégique du cerveau : attention, mémoire, vocabulaire. Activité acquise dans l'enfance, fluide, complexe, elle est sans doute encore plus complexe que la marche ou l'écriture, elles mêmes touchées dans la maladie de Parkinson.

Plusieurs temps :

- La phonation qui fait appel à la motricité (comme l'écriture / marche)
- la construction du discours et le langage qui demandent attention et contrôle stratégique et mémoire.

Dans un syndrome parkinsonien on note une moindre ampliation thoracique et une moins bonne mobilisation de la colonne d'air, et une moindre mobilité du larynx et des organes articulatoires ; une rigidité de la paroi thoracique ; des troubles de la posture (cypho-scoliose).

Les troubles se déclinent sous forme d'hypophonie et/ou de dysarthrie.

HYPOPHONIE :

L'effort vocal se fait comme avant la maladie mais le résultat est plus « petit ». L'objectif de la rééducation est d'apprendre à corriger ce décalage et à penser « plus grand et plus fort ».

L'hypophonie est souvent un symptôme précoce, c'est une perte du volume sonore de la voix d'autant plus importante que la voix est faible avant la maladie.

Et comme dans tous les symptômes moteurs, on connaît la modulation ++++ par les émotions / le stress / la fatigue.

Les traitements dopaminergiques sur l'hypophonie améliorent de façon inconstante et incomplète les paramètres de la voix. Le traitement médicamenteux dopaminergique ne peut pas être le seul axe de prise en charge de l'hypophonie. D'où l'intérêt de la rééducation orthophonique précoce.

Il existe une méthode spécifique (LSVT Loud[®]) : Programme intensif en 4 semaines (4 séances par semaines) avec stage de rappel possible à 1 mois, 6 mois et 1 an. Besoin d'auto entraînement ++++ avec des objectifs: Plus fort et plus longtemps, c'est exigeant et fatigant, la motivation est primordiale, le résultat est là.

Mais il y a d'autres problèmes : Accès aux soins problématique, délais longs, nombre de professionnels formés et disponibles insuffisant en particulier sur certains territoires.

Notons aussi l'importance d'une synergie des stratégies de rééducation : Intérêt de l'association de la kinésithérapie à l'orthophonie, améliorant les troubles posturaux et l'ampliation thoracique.

DYSARTHRIE :

La dysarthrie est plus tardive dans la maladie de Parkinson : Elle se définit comme une imprécision articulatoire qui s'accroît avec la progression de la maladie : monotonie, réduction d'accentuation, accélérations brèves, débit variable, imprécision des consonnes. Parfois effets paradoxaux des traitements dopaminergiques qui peuvent dégrader l'intelligibilité.

A ce stade d'évolution on note des difficultés de langage, de mémoires et d'attention. La méthode orthophonique LSVT Loud® est moins efficace. L'objectif de l'orthophonie est alors une stimulation cognitive, le maintien de l'aptitude à la communication et justifie une évaluation et prise en charge de troubles éventuels de la déglutition.

Dans l'évaluation de la parole dans la MP, il faut tenir compte de l'état émotionnel du patient et son contexte, la fatigue, l'horaire par rapport à la prise de L-Dopa.

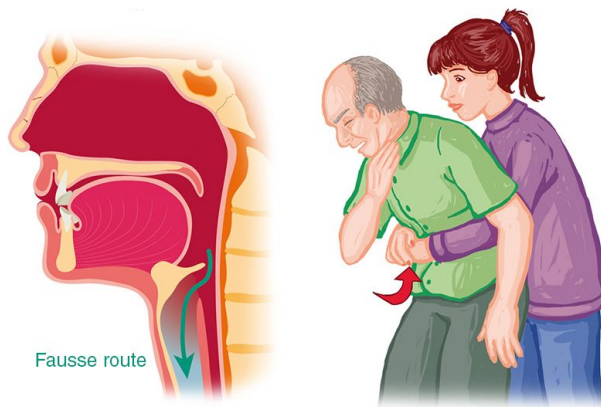
Conclusion:

L'hypophonie est précoce et rééducable dans la maladie de Parkinson.
Les autres aspects de la dysarthrie sont tardifs.

TROUBLES DE LA DÉGLUTITION

La dysphagie se définit par des blocages alimentaires, inhalations, fausses routes plus ou moins graves. Il y a une préservation du temps automatique de la déglutition mais difficultés d'initiation. Ce symptôme est tardif dans la maladie de Parkinson, 12 % des malades.

Les conséquences des troubles de la déglutition : Fausse route asphyxique justifiant éventuellement une manœuvre libératoire qu'il faut apprendre, elle est sans risque (manœuvre de Heimlich). Mais aussi inhalations avec un risque accru d'infections pulmonaires, voire dénutrition, amaigrissement et sarcopénie (perte musculaire).



Manœuvre de Heimlich

Comment dépister des troubles de la déglutition ? Toux lors des repas (liquides +++), encombrement et toux chronique, blocages alimentaires. L'évaluation se fait par les orthophonistes avec différentes textures (avec prudence) : Verre d'eau plate, gazeuse, boissons chaudes ou froides, solide, mouliné et mixé, riz ou semoule, en mettant la main sur le larynx. Un médecin ORL peut réaliser une nasofibroscopie souple. La déglutition est objectivement améliorée après la L-Dopa chez 50 % des patients.

Les conseils habituels :

- Boissons chaudes / froides gazeuses
- Eau gélifiée (mais pas remboursée)
- Eviter les aliments solides et secs (pomme, steak, pain sec...) Couper en petits morceaux
- Eviter les aliments en « grains »
- Privilégier les textures molles, hachées ou mixées
- Ecouter les patients (les troubles varient en fonction de l'état moteur)
- Prescription de compléments alimentaires si besoin
- Evaluation diététique (qualité / quantité)

Conclusion :

Les troubles de la déglutition sont tardifs et rarement absolus dans la maladie de Parkinson. Les mesures de prévention sont efficaces et la rééducation peut aider. Il faut connaître la manœuvre de Heimlich.