

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN
MASSO KINESITHÉRAPIE DE NANCY

**INTÉRÊT DE LA KINÉSITHÉRAPIE
DANS LES ATTEINTES
NÉOPLASIQUES DE LA SPHÈRE
BUCCALE.**

Rapport de travail écrit personnel
présenté par Thierry MARTIN
étudiant en 3^{ème} année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du diplôme d'état
de masseur-kinésithérapeute
1994-1995.

SOMMAIRE

Pages

RÉSUMÉ

1. INTRODUCTION.....	1
1. 1. Présentation du malade.....	1
1. 2. Présentation de la maladie.....	1
1. 3. Présentation de la pathologie cancéreuse en maxillo-faciale.....	1
2. BILANS DE DÉPART.....	4
2. 1. En phase préopératoire (J -9 à J 0).....	4
2. 1. 1. Bilan global et résultats.....	4
2. 1. 2. Objectifs principaux.....	6
2. 2. En phase post-opératoire précoce (J 1 à J 15).....	6
2. 2. 1. Bilan visuel.....	6
2. 2. 2. Bilan trophique.....	7
2. 2. 3. Bilan de la douleur.....	8
2. 2. 4. Bilan ostéo-articulaire et musculaire.....	8
2. 2. 5. Bilan de la sensibilité.....	9
2. 2. 6. Bilan respiratoire.....	9
2. 2. 7. Bilan psychologique.....	9
2. 2. 8. Bilan fonctionnel.....	9
2. 2. 9. Conclusion du bilan post-opératoire précoce.....	9
2. 3. En phase post-opératoire secondaire (J 16 - J 30).....	10
2. 3. 1. Bilan visuel.....	10
2. 3. 2. Bilan trophique.....	11
2. 3. 3. Bilan de la douleur.....	11
2. 3. 4. Bilan orthopédique.....	12
2. 3. 5. Bilan articulaire.....	12

2. 3. 6. Bilan musculaire.....	12
2. 3. 7. Bilan de la sensibilité.....	13
2. 3. 8. Bilan de la respiration.....	13
2. 3. 9. Bilan fonctionnel.....	14
2. 3. 10. Conclusion du bilan post-opératoire secondaire.....	14
3. PROTOCOLE DE RÉÉDUCATION.....	14
3. 1. En phase pré-opératoire.....	14
3. 2. En phase post-opératoire immédiate.....	15
3. 2. 1. Exercices respiratoires.....	15
3. 2. 2. Le nursing.....	15
3. 2. 3. L'épaule douloureuse.....	16
3. 2. 4. Le traitement orthopédique de l'épaule.....	16
3. 2. 5. La récupération fonctionnelle.....	16
3. 3. En phase post-opératoire secondaire.....	16
3. 3. 1. Gymnastique respiratoire.....	17
3. 3. 2. La réalimentation per-os.....	17
3. 3. 3. Lutte contre les troubles trophiques.....	17
3. 3. 4. Récupération de l'épaule douloureuse.....	17
3. 3. 5. Récupération de l'ATM.....	18
3. 3. 6. L'indépendance fonctionnelle.....	18
3. 3. 7. Conseils à la famille et à M. P.....	18
4. DESCRIPTION DE L'APPLICATION PRATIQUE DES TECHNIQUES.....	18
4. 1. La ventilation dirigée.....	18
4. 2. L'expectoration.....	19
4. 3. Traitement de l'épaule douloureuse.....	19

4. 4. Traitement de l'épaule déficitaire.....	20
4. 5. Traitement des troubles trophiques.....	20
4. 5. 1. L'oedème et circulation lymphatique.....	20
4. 5. 2. Le retour veineux.....	21
4. 5. 3. Les cicatrices.....	21
4. 6. L'indépendance fonctionnelle.....	21
4. 6. 1. La déglutition.....	21
4. 6. 2. La phonation.....	22
4. 6. 3. La réalimentation.....	22
5. BILAN DE FIN D'HOSPITALISATION (J 31).....	23
6. DISCUSSION.....	23
7. CONCLUSION.....	24
BIBLIOGRAPHIE.....	25
ANNEXES.....	26

RÉSUMÉ

Ayant rencontré un grand nombre de patients atteints d'un cancer ORL durant le stage, nous nous sommes intéressés au but de la kinésithérapie dans les atteintes néoplasiques de la spère buccale à propos d'un cas clinique.

Il s'agit du rapport du cas clinique de M.P..., présentant un EOA du plancher de bouche dont le suivi kinésithérapique a été relaté dans ce travail écrit dès son entrée préopératoire jusqu'à sa sortie.

Au travers cette longue rééducation, nous avons pu constater combien l'importance d'un investissement humain est nécessaire à la survie du malade atteint d'un cancer, en plus des techniques bien spécifiques.

Dans notre cas, nous sommes en présence d'une tumeur de structure épithéliale développée à partir d'un épithélium malpighien.

D'une façon générale, il existe deux principaux groupes de tumeurs (1) (10) :

- les unes bénignes qui refoulent les tissus avoisinants sans les envahir,
- les autres malignes (carcinomes) qui détruisent les tissus environnants et donnant naissance à des métastases (annexe I).

Face aux atteintes néoplasiques de la sphère buccale, le pronostic vital est en jeu. Aussi malgré d'importantes conséquences directes liées au cancer, l'intervention chirurgicale est inévitable, et consiste à extraire les métastases.

Cette chirurgie touche généralement les éléments anatomiques suivants :

- toute la mandibule ou seulement une partie,
- les muscles du plancher de la bouche + SCM,
- les ligaments de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM),
- les ganglions lymphatiques du cou et péri-cervical (annexe II et II bis),
- les glandes salivaires,
- la branche externe du nerf spinal,
- la peau,
- les lèvres et la face interne de joue.

L'ablation des tumeurs cancéreuses est immédiatement suivie par un traitement chirurgical de reconstruction osseuse et musculaire :

- la reconstruction osseuse s'effectue par une greffe soit
 - iliaque +++,
 - costale ++,
 - où autres --.

- le comblement musculaire est réalisé par une prise de lambeau delto-pectoral pour la plupart des cas, dorsal pour la minorité des cas.

Ces diverses mutilations entraînent généralement des complications :

- respiratoires de part l'acte opératoire lui-même,
- de circulations lymphatiques et oedémateuses dues au curage ganglionnaire,
- de paralysie du nerf spinal (5), (7), (9)
- musculaires et orthopédiques (lambeau et paralysie du nerf spinal),
- hémorragiques,
- de déglutition, de phonation et d'alimentation de par la pose d'une canule
- douloureuses (hypersensibilité algique),
- liées au décubitus prolongé,
- d'ordres psychologiques et relationnels à préjudice esthétique

auxquelles la kinésithérapie doit faire face.

Cette rééducation en cancérologie maxillo-faciale, si elle utilise les méthodes classiques kinésithérapiques, a une particularité : celle de devoir s'adapter à des malades particuliers par des techniques spécifiques. Aussi, nous avons quatre phases de traitement dont la durée varie selon le patient :

- phase post-opératoire immédiate,
- phase post-opératoire secondaire,
- phase post-opératoire tardive.

2. BILANS DE DÉPART

2. 1. En phase préopératoire

Dans notre cas, cette phase se limite à quelques jours (J -9 à J 0) et le premier bilan se déroule le 7 septembre 1994.

2. 1. 1. *Bilan global et résultats*

Nous débutons le bilan de M.P... par la prise de connaissance de ses antécédents médicaux et chirurgicaux, des résultats des différents examens effectués et de la lettre d'entrée justifiant son hospitalisation.

Tous ces précieux renseignements sont complétés par l'anamnèse du patient, (lors de la première prise de contact avec le kinésithérapeute), qui nous fournit les renseignements administratifs (nom, adresse, profession,...), et de l'observation générale de M.P...

Cette dernière concerne en premier lieu l'état fonctionnel de la cavité buccale de notre patient :

- nous vérifions la mobilité de l'articulation temporo-mandibulaire à savoir la propulsion, rétropropulsion, diduction droite et gauche, l'ouverture et la fermeture buccale et nous quantifions toutes ces mesures : elles sont subnormales.
- nous observons son état dentaire qui est déplorable.
- nous testons sa force musculaire masticatrice et linguale qui se révèle faible.
- nous apprécions sa tonicité labiale et jugale qui est faible.

- nous remarquons l'ulcération en regard de sa mandibule qui nous renseigne sur sa lésion néoplasique à droite.

Mais le temps fort préopératoire est l'évaluation de la fonction respiratoire de M. P... Aussi nous prenons connaissance des résultats de l'Exploration Fonctionnelle Respiratoire (EFR) effectuée auparavant dans un centre périphérique. Les résultats du bilan respiratoire de M.P... nous révèlent :

- un VEMS égale à 30% et une capacité vitale égale à 60% par rapport à la normale,
- la présence d'un syndrome restrictif.

En complémentarité de l'EFR, nous nous renseignons sur les gaz du sang de M. P...

Enfin, durant ce premier contact avec notre patient, nous l'informons, après consultation du chirurgien des gestes pratiqués lors de l'intervention, et de la chronologie probable des événements pendant son séjour hospitalier en insistant sur :

- L'importance du sevrage du tabac.
- Le réveil en soins intensifs.
- La présence de cicatrices, des drains et des perfusions
- La présence d'une canule de trachéotomie par laquelle la respiration et l'expiration se feront.
- Le problème posé par l'alimentation orale qui ne sera possible qu'après cicatrisation, et qui s'effectuera par SNG.

Il va de soi que ces renseignements sont plus ou moins développés en fonction du désir d'informations de M.P...

Pour clore ce bilan, nous prévenons notre patient des aspects pratiques de la kinésithérapie que nous lui proposons en lui indiquant que de celle-ci se fait le lendemain de l'intervention.

Puis, nous finissons ce bilan pré-opératoire par un examen orthopédique rapide des épaules (où nous notons que M. P... ne présente aucun déficit articulaire, ni musculaire), ainsi qu'un examen de l'état veineux et circulatoire des membres inférieurs (qui est correcte) pour prévenir tous risques de complications thrombo-embolique.

2. 1. 2. Objectifs principaux

L'objectif principal est l'éducation respiratoire à cette phase, et il nous convient d'en faire prendre conscience à M.P...

Sur le plan musculaire, nous entretenons les muscles masticatoires, labiaux et jugaux afin de ne pas les laisser dépérir d'avantage.

2. 2. En phase post-opératoire précoce (J 1 à J 15)

M. P... est en soins intensifs de chirurgie maxillo-faciale durant toute cette période. Elle débute par des bilans kinésithérapiques dès le lendemain de l'intervention, et nécessite d'avoir lu le compte-rendu opératoire avant la mise en place du premier bilan de cette phase.

En fait, nous avons effectué ce premier bilan à J 3 car M. P... a eu des suites opératoires (J 1) nécessitant l'administration de sédatifs.

2. 2. 1. Bilan visuel (J 3)

M. P... est alité ; cependant nous observons :

- Il est relié à un écran qui nous renseigne sur :
 - sa fréquence cardiaque qui est normale,
 - sa tension artérielle (légèrement supérieure à sa normale),
 - sa saturation en oxygène (prise par un capteur digital) qui est de 92%.
- Il est porteur . d'une canule de Shilley à ballonnet.
 - . d'un masque à O₂.
 - . d'une sonde naso-gastrique.
 - . de redons cervicaux et thoraciques.
 - . de perfusions.

- La position spontanée de sa tête est tournée à droite.
- Des bavages sont présents.
- L'aspect de lambeau en bouche (sous pansement) est bien vascularisé au dire de l'infirmière.
- L'aspect de l'exérèse (sous pansement) est difficilement appréciable.
- Enfin, on remarque que M.P... est placé sous humidificateur en permanence.

2. 2. 2. Bilan trophique (J 3)

- **Oedèmes** = difficilement quantifiables car sont sous pansements.

M.P... présente les signes suivants :

- au niveau de l'hémi-face droite.
- en regard de la clavicule droite.
- au niveau de la région thoracique droite.

Par l'importance globale des oedèmes, nous remarquons un effacement des traits du visage à droite.

- **Cyanose** : aspect violacé :
 - de la face (+++ à droite).
 - de la région cicatricielle.
 - de la région sus et sous claviculaire droite importante.
- **Chaleur** :
 - dans toute la partie droite allant de la face à la région thoracique latérale inférieure.
- **Sudation** :
 - au niveau du visage.

- Cicatrices :

- en regard de la face extéro-supérieure droite du cou de 10 cm résultant du curage ganglionnaire.
- thoracique à droite en "Z" témoignant de la prise d'un lambeau delto-pectoral.

- Sans oublier les problèmes cutanés dus à l'alitement prolongé (> 24h) qui sont présents au niveau :

- des talons +++
- des fesses ++
- du sacrum +
- de la pointe des omoplates
- de l'occiput
- ainsi qu'au niveau des chevilles et des poignets de par les sangles qui le tenaient attachées durant son agitement de J 1 à J 3 au matin.

Toutes ces zones correspondent aux points d'appuis de M. P...

2.2.3. Bilan de la douleur

Lors de notre examen, la douleur est diffuse. M.P... ressent des douleurs au niveau des points d'appuis dues au décubitus, mais la douleur liée à l'intervention est diminuée par la prise d'antalgique, à l'exception d'une douleur en regard de l'épaule droite.

2.2.4. Bilan ostéo-articulaire et musculaire

A ce stade, nous ne l'avons pas fait afin de ne pas mettre en tension les sutures (lambeau et cicatrices).

2.2.5. *Bilan de la sensibilité*

Difficile à tester car :

- nous nous heurtons au problème de la communication par le fait que M.P... étant canulé, ne peut parler.
- les pansements recouvrent les zones opérées.

2.2.6. *Bilan respiratoire*

M. P... sur le plan de la respiration présente les signes suivants :

- Il est encombré et crache beaucoup de sécrétion séro-sanguinolentes.
- De part la douleur, il est en inhibition thoracique et donc hyperventile. Sa fréquence respiratoire est rapide (=30).
- Ses gaz du sang sont perturbés, avec une hypoxie normocapnique légère.
- Il est sous oxygénothérapie avec une $FIO_2 = 30\%$.
- Enfin, nous remarquons qu'il a un humidificateur branché et chauffé en direction de sa canule de Shilley.

2.2.7. *Bilan psychologique*

Étant somnolent, il est encore trop tôt pour pouvoir l'évaluer. Cependant, nous devons stimuler +++M. P....

2.2.8. *Bilan fonctionnel*

Le patient n'est pas du tout autonome, et reste au lit (J 3).

2.2.9. *Conclusion de bilan post-opératoire immédiat*

Les résultats du bilan de cette 1^{ère} phase (J 1 → J 15), nous dirigent dans la rééducation post-opératoire immédiate. M. P... doit nécessiter d'une kinésithérapie pluri-

quotidienne avec une attention toute particulière pour la respiration, les troubles du décubitus, l'épaule douloureuse et une récupération fonctionnelle rapide afin de passer dans les meilleurs délais et conditions possibles en phase post-opératoire secondaire.

Ce passage est conditionné par le retrait de la canule. Cette extraction est faite de façon transitoire tout au long de J 0 → J 15.

2. 3. Bilan en phase post-opératoire secondaire (J 16 → J 30)

Le début de cette période correspond à la sortie de M.P... des soins intensifs de la chirurgie maxillo-faciale, pour être dirigé en secteur de chirurgie maxillo-faciale.

Le bilan est effectué à J 16 lors de son arrivée en chambre.

2. 3. 1. *Bilan visuel*

M. P... est alité :

- position spontanée de la tête = tournée vers la droite.
- le bavage est présent, mais beaucoup plus salivaire.
- nous remarquons l'orifice trachéal (sous 1 pansement).
- notre patient a toujours une SNG.
- les cicatrices labiales, de la face supéro-externe droite du cou et thoracique sont bien visibles.
- le lambeau en bouche est important.
- la langue (2/3 restant) est peu mobile.
- il existe quelques fils cicatriciels.
- par contre, les redons et perfusions ont disparus.
- on peut voir un relatif abaissement du moignon de l'épaule bien que notre patient soit alité.

Nous pouvons voir en remarque que l'humidificateur n'est plus branché en permanence et qu'il existe un système d'aspiration dans la chambre en cas d'urgence.

2.3.2. Bilan trophique

Il est facilement quantifiable désormais, car M.P... n'a plus ses pansements. Aussi, nous pouvons voir :

- les oedèmes —décrits en phase post-opératoire précoce— sont découverts et encore importants.
- la cyanose des régions décrites ci-avant sont en voie de résorption surtout au niveau de l'hémi-face droite.
- les cicatrices :
 - du cou : non adhérente, mais forme une bride limitant l'inclinaison et la rotation gauche de la tête.
 - du thorax : non adhérente à l'exception d'un point au niveau sus-mamelonnaire droit.
 Les fils de la cicatrice sont encore présents.
- les problèmes cutanés :
Seuls les talons et les fesses sont encore marqués par les escarres (peu importants) formés lors de la phase précédente, mais sont en voie de guérison.
- une atrophie musculaire de non utilisation des membres inférieurs, et surtout de l'épaule droite. Notre patient présente une épaule droite atrophiée en regard du trapèze lié à la paralysie de ce dernier.

2.3.3. Bilan de la douleur

A ce stade d'hospitalisation, les douleurs apparaissent, et M. P... les localise au niveau de la région cervicale, de l'hémi-face droite. Les douleurs du rachis cervical sont liées à une modification de la statique rachidienne et du sacrifice du SCM. De plus, lors de la mise en tension de la bride du cou, notre patient est pris de vives douleurs, de même qu'à l'ébauche d'ouverture buccale.

Par ailleurs, lors du début du mouvement d'abduction de l'épaule droite, il évoque des douleurs hyperalgiques en regard de l'insertion du deltoïde (?).

Enfin, M. P... nous décrit un gêne douloureux lors de la déglutition salivaire et du mouvement de son moignon de langue.

2.3.4. Bilan orthopédique

Cet examen est réalisé en position assise :

- Au niveau de l'épaule droite : nous sommes frappés par l'abaissement du moignon de l'épaule droite et de sa bascule antérieure, et lorsque M. P... veut élever le bras en abduction physiologique, il n'atteint que bien difficilement 70°(Annexe III).
- Au niveau de l'ATM : il n'existe encore rien à J 16 de bien fonctionnel ; cependant on peut voir une latérodéviation au repos.

2.3.5. Bilan articulaire

Il est difficilement réalisable car nous sommes vite limités par la douleur.

- Au niveau de l'épaule droite : l'abduction de l'épaule droite est limitée à 70° en actif, quand aux autres mouvements ils sont subnormaux.
- Au niveau de l'ATM : les différents mouvements sont encore irréalisables à cause de la douleur ; seules les ébauches d'ouverture buccale et de diduction droite sont possibles.
- Au niveau du rachis cervical : la rotation gauche de la tête est rapidement limitée, de même la flexion.

2.3.6. Bilan musculaire

Nous réalisons un testing afin de quantifier la force musculaire des muscles directement concernés de M. P...

- L'épaule droite : le trapèze droit est déficitaire mais difficile à tester car contracturé. Les autres groupes musculaires sont corrects.

- La face : nous réalisons un bilan des muscles de la mimique, du moignon de langue et des joues. Et, nous pouvons noter que M. P... présente des déficits importants des masticateurs, de la musculature labiale, linguale, velique et de la base de la langue ainsi qu'un contrôle érigé de la tête peu tonique.

De surcroît, nous notons une diminution du tonus musculaire du membre supérieur droit (épaule ++, coude, main).

2.3.7. *Bilan de la sensibilité*

Toute la région cervico-brachiale droite et l'hémi-face omolatérale de M. P... sont insensibles. Les zones ci-dessus sont anesthésiées et irréactives au chaud et au froid.

2.3.8. *Bilan respiratoire*

Nous l'avons réalisé l'après-midi, 2 heures après le repas de M. P..., pris par SNG, à J 16, au lit avec la tête légèrement relevée de M. P...

Les radios pulmonaires sont normales, mais cependant notre patient est encombré ++, réalise ses expectorations par la bouche, et ne présente pas de dyspnée. Il respire de façon paradoxale (24 cycles/min.) sans tirages.

Nous remarquons qu'il existe une fuite d'air trachéale (J 16).

A l'auscultation, nous entendons des petits rhonchus au sommet des poumons droit et gauche.

Cet examen se termine par un test du tonus statique des abdominaux correct.

2.3.9. Bilan fonctionnel

Il est effectué à J 16 et J 20. Notre malade est toujours gêné pour déglutir sa salive, pour faire remonter les sécrétions résiduelles en bouche et éprouve des difficultés à les cracher.

Au niveau de la phonation, il lui est difficile de prononcer et d'articuler les sons "T,R,C,Gr,..." et donc il a du mal à avoir une communication avec le kinésithérapeute, sa famille... Nous devons le faire répéter sans qu'il se décourage.

Sa cicatrisation acquise à J 20, son début de réalimentation par la bouche commence (flan, fromage blanc,....).

Enfin, il se déplace du lit au fauteuil avec une aide (J 16), et gagne un peu d'autonomie pour les AVJ.

2.3.10. Conclusion du bilan post-opératoire secondaire

M. P... n'a plus de SNG (J 20), ni de fils cicatriciels (J 21). Nous axons notre rééducation sur le développement des possibilités respiratoires (respiration abdomino-diaphragmatique, expectoration), sur la récupération de la mobilité de l'ATM, du rachis cervical et de l'épaule, sur un travail mandibulaire, une rééducation de réalimentation, ainsi que sur un travail de tonification des muscles déficitaires.

Au second plan, nous faisons en sorte de lutter contre les troubles trophiques.

Enfin, signalons que M. P... est à surveiller particulièrement lors de sa reprise de repas par la bouche. De même, nous insistons pour le faire répéter afin qu'il réapprenne à parler correctement sans qu'il s'agite et se décourage.

3. PROTOCOLE DE RÉÉDUCATION

3.1. En phase préopératoire

La rééducation débute à J -9 par une prise de contact avec le patient ; puis nous lui enseignons le mode respiratoire qui lui convient le mieux : respiration abdomino-

diaphragmatique. Durant cet enseignement, nous mettons en route une kinésithérapie respiratoire accès sur le drainage bronchique et l'expectoration.

Nous entreprenons aussi de compléter cette phase par une gymnastique du rachis cervical et des épaules en prévision de problèmes post-opératoires.

3. 2. En phase post-opératoire immédiate

Les techniques de rééducation sont choisies suivant les ressources matérielles locales et les besoins du patient.

Elles débutent à J 3 (car complications à J 1 interdisant la rééducation sur ordre du chirurgien).

3. 2. 1. *Exercices respiratoires*

Ils consistent d'un point de vue général en :

- un travail de la toux volontaire afin d'éviter les aspirations trachéales trop fréquentes, qui consiste en une éducation d'expectoration.
- des exercices de ventilation dirigée en faisant bien remarquer à M. P... qu'il respire par la canule et non plus par le nez et la bouche.

Lors d'encombrements importants (=bouchons), la gêne respiratoire est combattue par une aérosolthérapie, et en supplément nous humidifions l'air respiré par notre patient. Les produits de l'aérosol sont fonctions de l'observation et de l'auscultation des sécrétions.

Les séances sont pluriquotidiennes car notre patient est fatigable, et la kinésithérapie est passive les premiers jours (J 3 à J 5).

3. 2. 2. *Le nursing*

M. P... est levé dès J 4 (quelques minutes) afin de pallier aux troubles du décubitus, puis est recouché sur un matelas à eau.

Nous lui frictionnons à la Biafine les zones d'appuis (sacrum et talons).

Par contre, nous n'avons pas l'accord du chirurgien pour effectuer des massages, et DLM pour lutter contre l'oedème.

3.2.3. L'épaule douloureuse

Nous installons M. P... au fauteuil, le membre supérieur droit en déclive afin de soulager son épaule droite.

Le chirurgien nous ayant pas autorisé la mobilisation de l'épaule avant J 20, nous ne faisons rien d'autre.

3.2.4. Le traitement orthopédique de l'épaule

Nous ne pouvons rien faire car nous attendons l'accord du chirurgien (J 20) afin de ne pas étirer les cicatrices.

Par contre, nous travaillons en actif et passif au niveau du coude et de la main droite.

3.2.5. La récupération fonctionnelle

Nous nous contentons - de faciliter le retour veineux

- de lever M. P... à partir de J 4

- de faire une marche progressive de J 3 à J 15.

tout en étant attentif car notre patient est très fatigable.

3.3. En phase post-opératoire secondaire

M. P... est décanulé à J 16, et nous commençons ainsi une rééducation plus active qu'en phase précédente.

3.3.1. Gymnastique respiratoire

Nous poursuivons la ventilation dirigée enseignée durant la précédente phase ; à l'exception que dorénavant M. P... respire par le nez et expire par la bouche en bouchant le trou trachéal jusqu'à sa fermeture (J 16 à J 24).

De même, l'expectoration est toujours pratiquée afin que notre patient puisse remonter ses sécrétions en bouche.

3.3.2. La réalimentation per os

Elle est importante à ce moment (J 20) ; et nous devons pour cela faire un travail labiale, jugale et lingual à M. P... en vue d'une réalimentation per os correcte sans bavages... L'apprentissage est important(11)

Lors des première tentatives de déglutitions, le kinésithérapeute est présent. En cas de fausse route, nous devons surveiller la respiration de M. P... et veiller au risque de pneumopathie.

3.3.3. Lutte contre les troubles trophiques

Suivant l'avis du chirurgien, nous ne faisons pas de DLM. Dans notre cas, le DLM est proscrit par le chirurgien du fait de l'existence de métastases.

Quant aux cicatrices, nous débutons le massage à J 20 dans le but d'assouplir celles-ci, d'éviter les adhérences et les formations de brides.

3.3.4. Récupération de l'épaule douloureuse et orthopédique

Nous luttons contre la déformation orthopédique de l'épaule due à la paralysie du trapèze afin d'enrayer au mieux l'éventuelle bascule de l'omoplate avec orientation antérieure et en haut de la glène(8).

Mais le phénomène le plus probant est la douleur, de type mécanique avec la gêne fonctionnelle accompagnatrice, elle nous ralentie dans l'évolution du traitement.

Les buts de la kinésithérapie sont :

- améliorer le confort post-opératoire en luttant contre la douleur.
- récupérer une force suffisante des muscles suspenseurs d'épaule (9).

3.3.5. Récupération de l'ATM

Nous débutons par un travail d'ouverture buccale à J 16 en évitant la latérodéviation, puis en fermeture buccale, nous veillerons à lutter contre l'incontinence labiale surtout.

3.3.6. L'indépendance fonctionnelle

Elle consiste surtout à une rééducation de :

- la déglutition et mastication des aliments, (11)
- la phonation, (4)
- la bonne utilisation de son membre supérieur droit.

Elle se fait en association avec l'orthophoniste pour les deux premiers points.

3.3.7. Conseils au sujet et à la famille

- L'alimentation se fait dans le calme et en longueur.
- L'élocution en est de même, et on ne doit pas laisser d'incompris, sinon nous demandons au patient d'écrire.
- Faire des soins de bouche.

4. DESCRIPTION DE L'APPLICATION PRATIQUE DES TECHNIQUES

4.1. La ventilation dirigée

Elle est réalisée de J -9 à J 30 (Sauf J 0 à J 2). M. P... est en décubitus, tête légèrement surélevée.

- A J 3 : nous dirigeons à chaque cycle respiratoire le mouvement : "gonflez le ventre en inspirant, soufflez en rentrant le ventre".

Nous vérifions que l'air expiré passe bien par la canule ceci jusqu'à J15

- A J 16 : idem, mais le sujet inspire par le nez et souffle par la bouche.

4. 2. L'expectoration

- J 3 à J 15 : Nous demandons au malade de réaliser une A.F.E. "soufflez fort et brièvement comme si vous vouliez faire de la buée sur une glace".

Pour ceci, nous lui demandons de faire 5 à 6 mouvements de ventilation dirigée, puis après avoir inspiré, au lieu de souffler, nous lui demandons de faire une A.F.E. préalablement enseignée en pré-opératoire afin d'évacuer les sécrétions bronchiques hors de la canule.

Cet apprentissage se déroule avec difficultés, aussi M. P... a souvent besoin d'être aspiré.

- J 16 à J 23 : même protocole, mais les sécrétions sont évacuées par la bouche.

- Après J 23 : M. P... n'étant plus encombré, nous avons cessé.

4. 3. Traitement de l'épaule douloureuse (J 16 à J 30)

Les moyens mis en oeuvre sont (1), (8) :

. En position assise, nous plaçons le membre supérieur droit sur un accoudoir légèrement surélevé.

. Debout, nous mettons son bras en écharpe.

La séance débute par un massage doux à visé décontracturant ; M. P... est assis sur une chaise.

Puis nous entreprenons des mobilisations passives (8) :

- de l'omoplate droite en haut et en avant afin de favoriser la détente des suspenseurs de l'omoplate.
- de la gléno-humérale en abaissant le moignon de l'épaule avant de partir en abduction.

La séance se termine également par un massage doux. Nous avons souvent été gêné par de douleurs insupportables ressenties par M. P...

4. 4. Traitement de l'épaule déficitaire (J 16 à J 30)

Après avoir réalisé les techniques, ci-dessus, nous commençons par un renforcement par le biais d'exercices dynamiques simples :

- Techniques de facilitations proprioceptives neuro-musculaires au début.
- Contractions concentriques contre une résistance modérée.
- Puis renforcement du rhomboïde afin d'aider l'angulaire par des exercices de recentrage du scapulum.
- Exercices plus fonctionnels : lever le bras et attraper un objet.

4. 5. Traitement des troubles trophiques (J 16 - J 30)

4. 5. 1. *L'oedème et circulation lymphatiques*

- DLM selon LEDUC (7) si accord du chirurgien sinon rien !
- A aucun moment du traitement, nous n'avons pu pratiquer le DLM, si bien que l'oedème s'est résorbé très lentement.

4.5.2. *Le retour veineux (J 1 à J 30)*

- Nous surélevons les membres inférieurs de M. P... au lit (J 3), et assis (J 5 à J 30).
- Nous faisons mettre à notre patient des bas de contention ou du tubigrip® lors de la marche.

4.5.3. *Cicatrices*

Nous massons les cicatrices à compter du 21^e jour à la biafine afin d'éviter les adhérences selon des techniques de palper-rouler, de micro pétrissage, et jusqu'à sa sortie.

4.6. L'indépendance fonctionnelle

Réalisée tous les jours de façon pluriquotidienne.

4.6.1. *La déglutition (3),(6)*

Nous faisons faire plusieurs exercices à M. P... à partir de J 20 :

- travail de l'ATM : - propulsion en lui demandant de pousser son moignon de langue entre les gencives inférieures.
- ouverture et fermeture de bouche.
- travail des joues : - M.P... gonfle une joue, rentre l'autre et inversement.
- M.P... résiste à une poussée du kinésithérapeute sur ses joues gonflées.
- travail des lèvres : - notre patient souffle, mâche bouche fermée, retourne sa lèvre inférieure en dehors.
- travail de la langue : - nous demandons à M. P... de tirer son moignon de langue, de l'amener à droite, à gauche, contre sa joue

droite puis gauche ; durant tout le traitement, il éprouve des difficultés énormes à mouvoir sa langue.

M. P... travaille dans un miroir, ce qui est difficile car il accepte mal le fait de se voir diminué et déformé (Annexe IV).

4.6.2. *La phonation (4)*

Elle s'effectue en collaboration avec l'orthophoniste. Nous intervenons sur le souffle respiratoire en proposant des exercices à M. P... :

- Exercices buccaux (J 16 à J 30) : M. P... bouge les lèvres dans tous les sens.
- Mobilisation de la langue, des joues, des lèvres (Cf. 4.6.1.).
- Apprentissage et automatisation de l'éruclation en utilisant de l'eau gazeuse (J 9 à J0)
- Utilisation de la voix chuchotée (J 1 à J 16) en attente d'une voix sonore.

M. P... commence à parler à J 16 et ses progrès sont limités, il utilise des phrases courtes, et pas toujours audibles.

4.6.3. *La réalimentation (11)*

Nous devons améliorer les temps de la déglutition (inspiration, position fléchie de la tête, déglutition, expiration) afin d'éviter les fausses routes, donc d'apporter à M. P... un meilleur confort en l'aidant à se réalimenter normalement (J 20).

M. P... doit coordonner respiration et déglutition.

La réalimentation au départ, se fait avec des aliments semi-liquides (J 20) qui facilitent le glissement du bol alimentaire.

Les essais de déglutition avec de l'eau sont entrepris plus tard (J 26). Puis, les aliments sont épaissis selon les progrès.

Tous ces essais n'ont entraîné aucun problèmes.

Par contre, M. P... a eu des difficultés lors du travail de la déglutition de l'eau car gêné par l'incontinence labiale. Cependant la progression s'est faite même si elle est discrète.

5. BILAN DE FIN D'HOSPITALISATION (J 31)

A la sortie de M. P..., nous constatons :

- son lambeau en bouche est encore volumineux mais a régressé.
- son moignon de langue est faible musculairement et peu efficace lors de la déglutition et la phonation.
- ses douleurs ; à l'épaule est toujours présente lors de l'abduction, ainsi qu'à l'ouverture buccale maxi (32 mm)
- son trapèze droit est paralysé et atrophié.
- ses muscles labiaux, jugal droit restent faibles.

Par contre, M. P... a récupéré ses fonctions respiratoires d'avant intervention, ses cicatrices sont "belles".

A son départ, des séances de radiothérapie lui sont proposées, ainsi qu'un suivi en kinésithérapie à domicile afin d'améliorer les éléments déficitaires.

Du point de vue fonctionnel, il est autonome pour ses AVJ ; il est vrai qu'il se limite à des gestes simples.

Quant à l'alimentation, elle devra être mixée.

6. DISCUSSION

Nous avons vu lors de cette longue rééducation une partie de l'arsenal thérapeutique nécessaire à M.P...

Toutes ces techniques sont dépendantes, dans leur utilisation et leur exécution de deux facteurs principaux : la fatigue et la douleur.

De plus, cette rééducation demande beaucoup de coopération de la part de M. P..., ainsi que beaucoup d'attention, d'effort pour avoir en définitive des résultats peu spectaculaires.

Pour l'avenir, des techniques de massages, des surveillances répétées sur l'évolution de son cancer, des conseils d'hygiène de vie sont à prodiguer afin de soulager au mieux M. P...

7. CONCLUSION

Malgré le risque de récurrence, ne perdons pas des yeux que l'intervention a pour objectif principal :

- d'assurer la survie du patient : - au dépend d'une chirurgie lourde (exérèse, lambeau)
- d'aider le patient à se réinsérer dans sa vie quotidienne.

Bien que la chirurgie soit agressive, nous nous devons de soutenir et stimuler M. P... au mieux lors des nombreux soins rééducatifs dont les applications sont enrichissantes sur le plan technique et relationnel.

La kinésithérapie spécifique évite les complications surajoutées et "gratuites" (capsulite) et limite les séquelles fonctionnelles liées à l'exérèse.

De plus, cette rééducation nécessite non seulement une technique bien affinée et judicieuse, mais un investissement humain des plus importants du fait d'une prise en charge pluriquotidienne longue de 6 semaines.

Bien souvent, le patient suit une radiothérapie associée à son traitement dont les effets secondaires (fibroses, myosite) pourraient être enrayés par des soins kinésithérapeutiques. Ce qui nous amène à penser que dans le cadre d'une pathologie cancéreuse, la rééducation trouverait tout son intérêt. Ce qui malheureusement n'est pas toujours le cas.

BIBLIOGRAPHIE

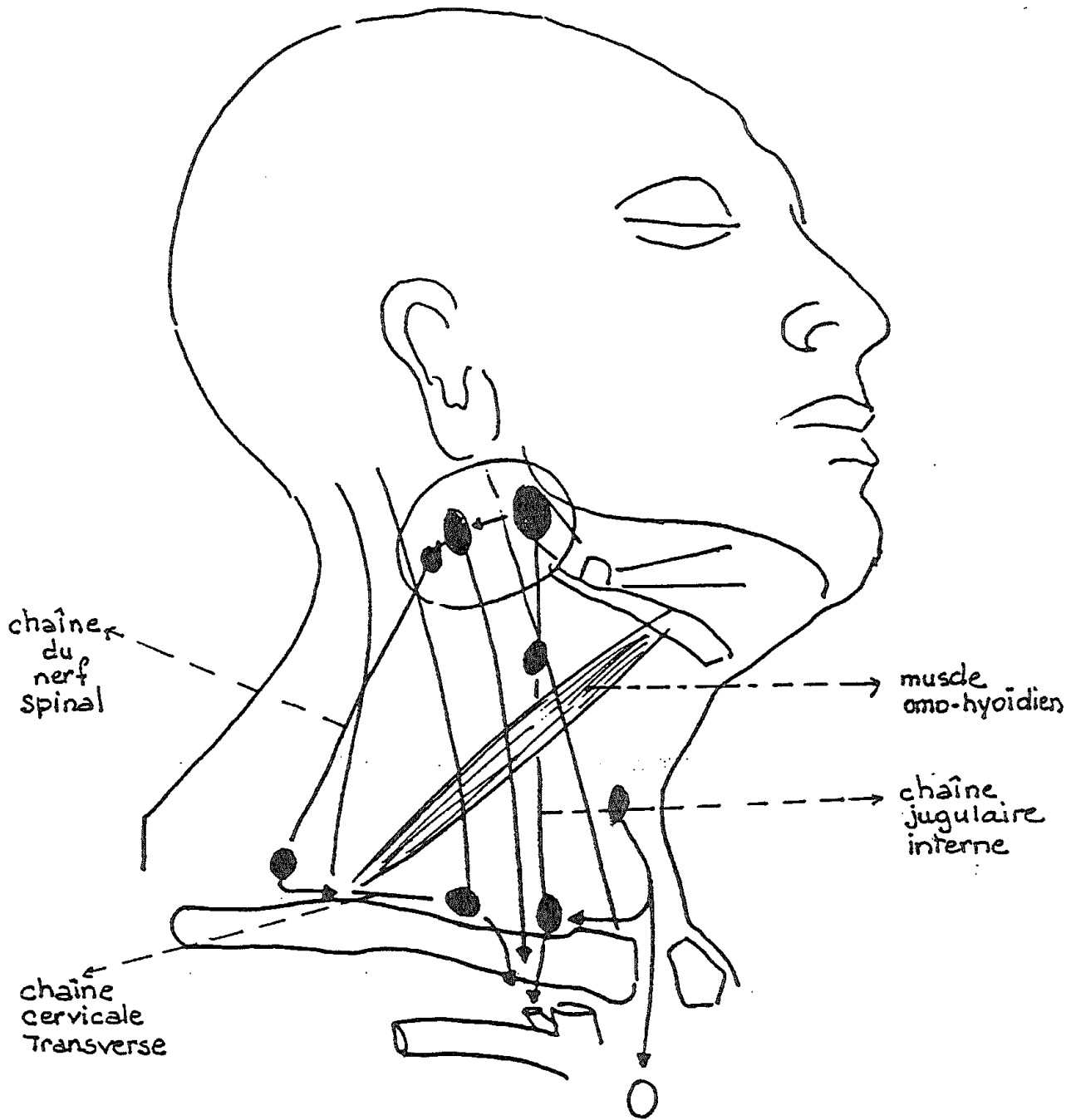
1. - **BENSASSON M., LAFRANCHI B., LEQUESNE M., LUBOINSKI B., SAMUEL J.** - La rééducation des paralysés par section du nerf spiral après évidement ganglionnaire cervical pour cancer de la sphère O.R.L. - Cahier de Kinésithérapie, 1978, 73, p. 63-84.
2. - **BRISTOL - MYERS SQUIB B.** - Soins en cancérologie, Paris : DELCY, 1993. - 183 P
3. - **DENIS C., FOVET D.** - Kinésithérapie et chirurgie bucco-laryngée. - Kinésithérapie scientifique, 1989. 282, p. 36-44.
4. - **DUTOIT M. I.** - Rééducation phoniatrice fonctionnelle des séquelles opératoires en carcinologie O.R.L. - Les cahiers d'O.R.L., 1985, 5, p. 376-386.
5. - **GUATTERIE M., LOZANO V.** - Kinésithérapie scientifique, 1991, 300, p. 15-21.
6. - **LACAU ST GUILY J., PFAOWADEL M.C.** - Plan de rééducation dans les troubles de la déglutition. - Bulletin audiophonol., 1990, 133, p. 53-61.
7. - **LEDUC A.** - Le drainage lymphatique, théorie et pratique - Monographie de Bois-Larris. - 2^{ème} éd. - Paris, Masson, 1982. - 143 p.
8. - **PELISSIER J., BLOTMAN F.** - Épaule douloureuse par paralysie du trapèze. Actualités Rééducation et Réadaptation fonctionnelle, 1981, 6^è série, p. 130-138.
9. - **PURICELLI R. , ZARO F.** - Étude cinésiologique de 24 cas de lésions du nerf spiral. - Journal Réadaptation Médicale, 1983, 3, p. 161-166.
10. - **SIMON C., WAYOFF M.** - Les cancers du pharynx. - Mise au point, 1981, 173, p. 7-16.
11. - **WILLIG T. N.** - Tous à table. - 1^{ère} éd., Paris : DELCY, 1993, 183 p.

ANNEXES

ANNEXE I

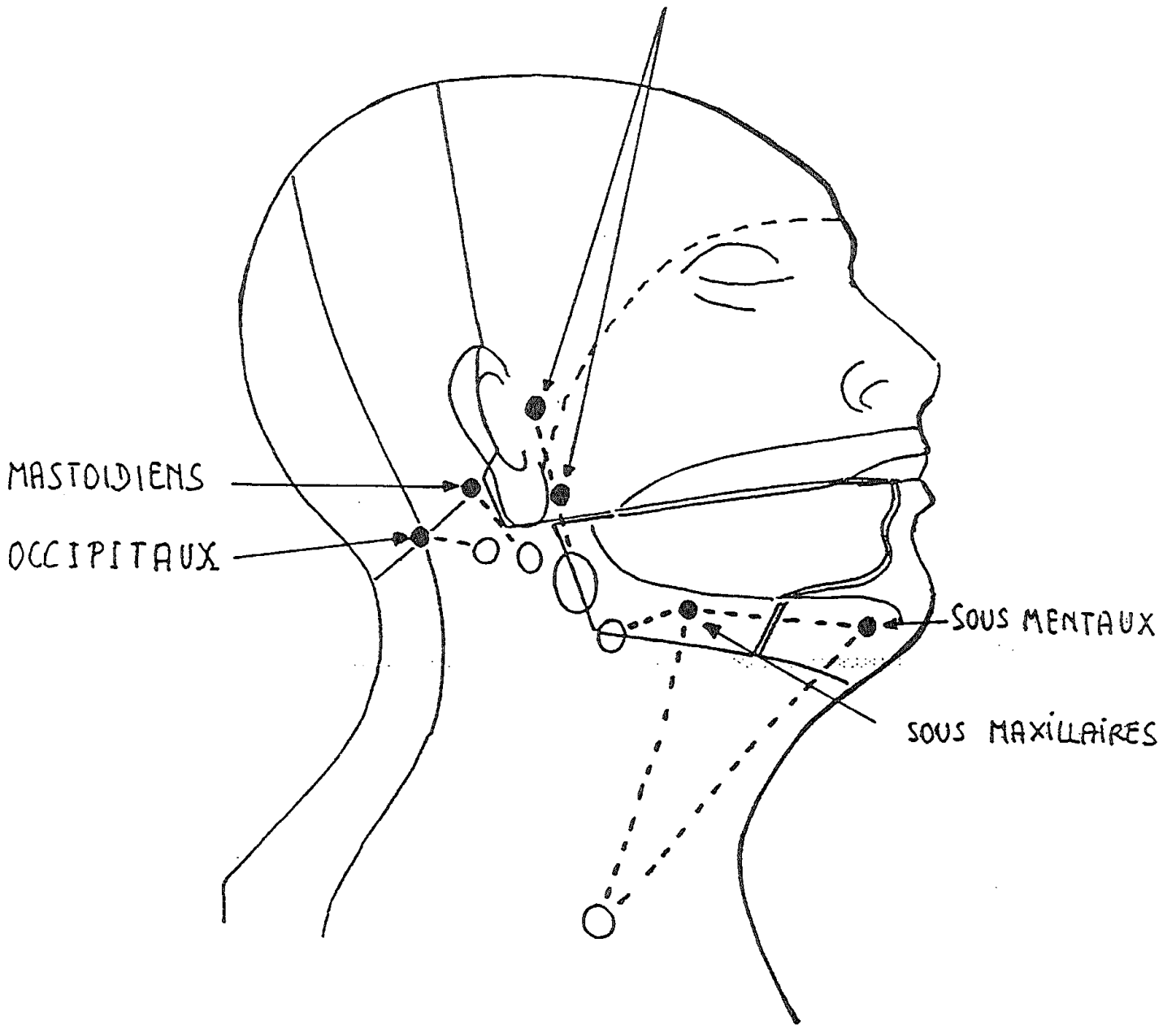
Tissu normal	Tumeur bénigne	Tumeur maligne
Tissu épithélial - malpighien (ou épidermoïde) - glandulaire	Papillome Adénome	Carcinome = épithélioma Carcinome épidermoïde Adénocarcinome
Tissu mésenchymateux - conjonctif commun - adipeux - musculaire lisse - musculaire strié - osseux - cartilagineux - vasculaire	Fibrome Lipome Léiomyome Rhabdomyome Ostéome Chondrome Angiome	Fibrosarcome Liposarcome Léiomyosarcome Rhabdomyosarcome Ostéosarcome Chondrosarcome Angiosarcome

ANNEXE II



Chaînes ganglionnaires profondes du cou

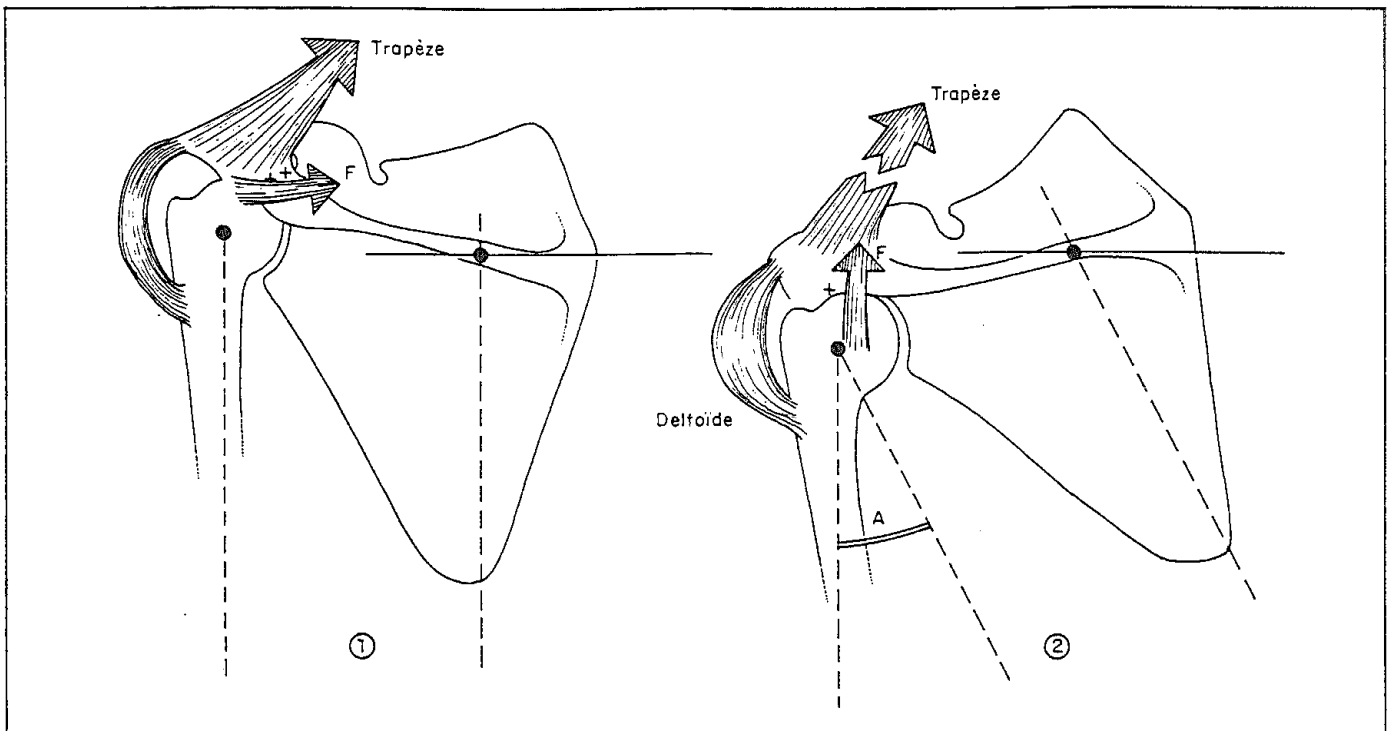
ANNEXE II bis



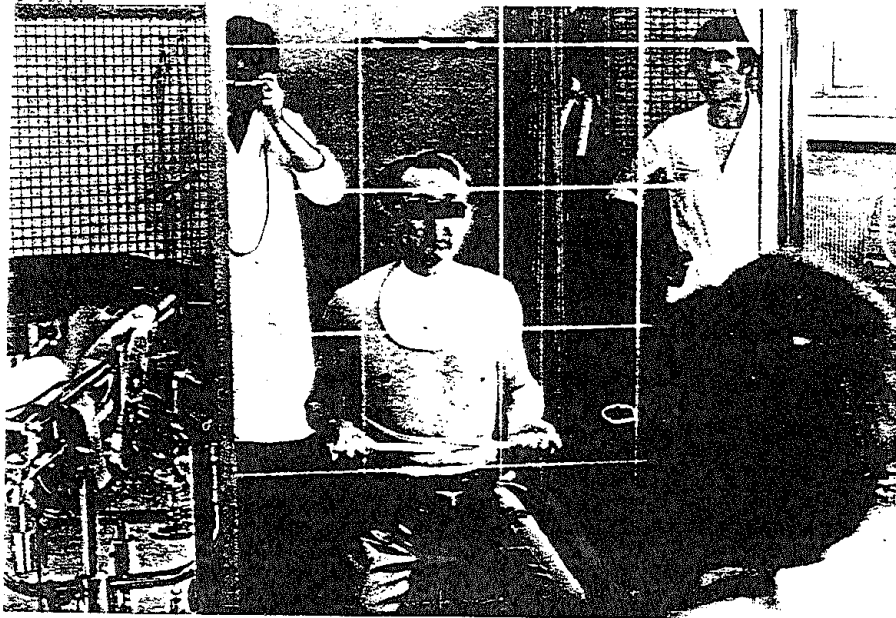
● ← AXILLAIRES

Collier ganglionnaire péri-cervical

ANNEXE III



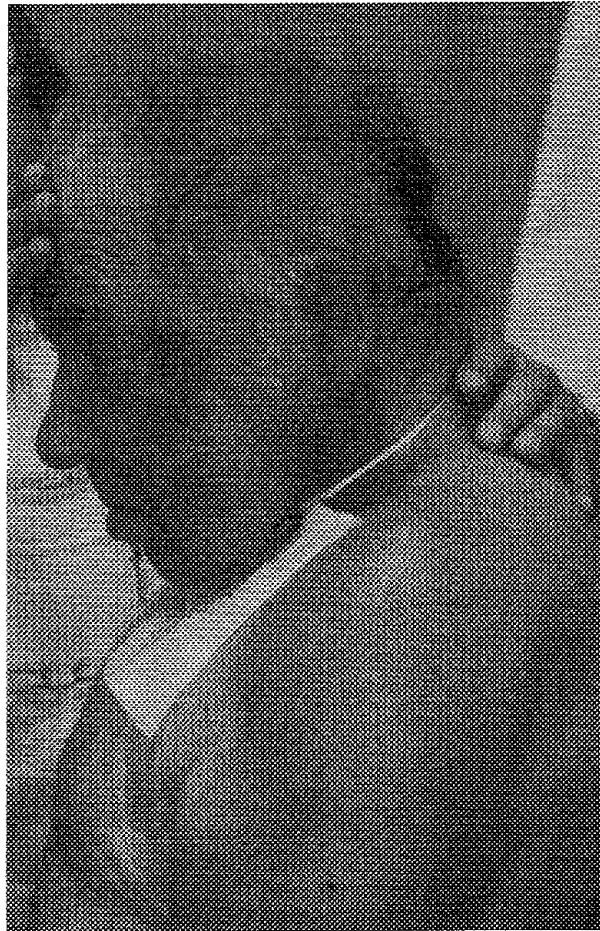
ANNEXE IV



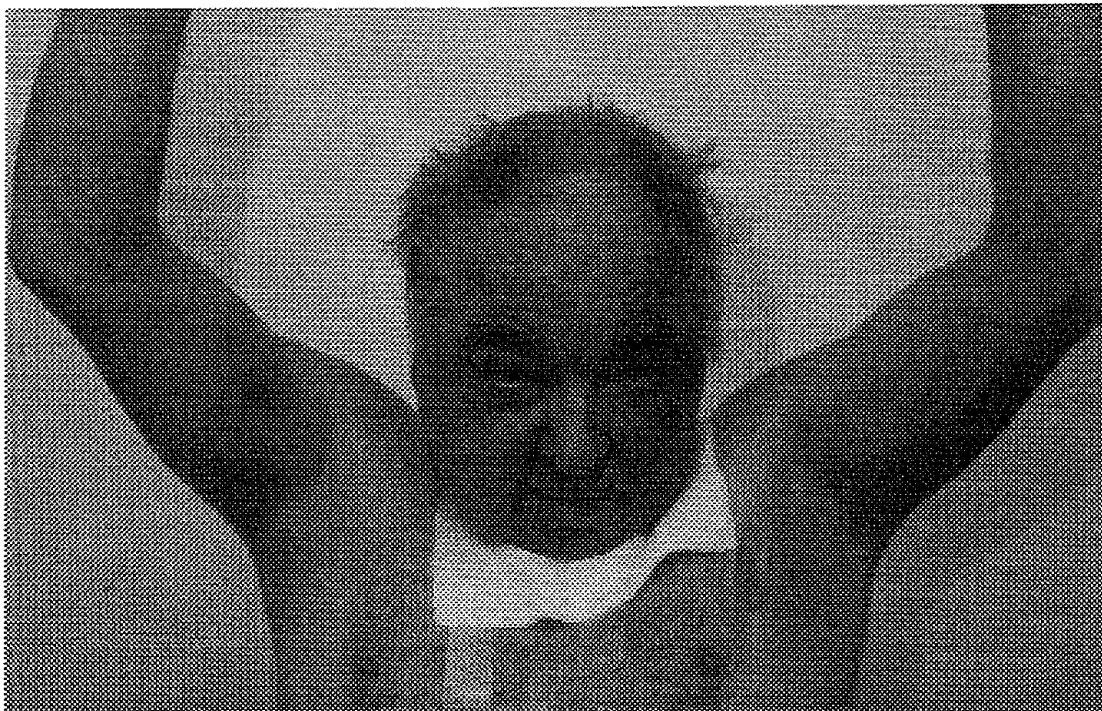
ANNEXE V

A	CAVITÉ BUCCALE	①	LANGUE MOBILE	
		②	PLANCHER DE LA BOUCHE	
		③	LÈVRE	
		④	gencive	
		⑤	face interne de joue	
		⑥	voûte palatine	
B	OROPHARYNX	⑦	AMYGDALE PALATINE	
		⑧	BASE DE LANGUE	
		⑨	VOILE DU PALAIS	
		⑩	silion glosso-épiglottique	
C	HYPOPHARYNX	⑪	SINUS PIRIFORME	
D	LARYNX	⑫	MARGELLE DU LARYNX	} ETAGE SUS-GLOTTIQUE
		⑬	ÉPIGLOTTE	
		⑭	BANDE VENTRICULAIRE	
		⑮	ventricule	
		⑯	CORDE VOCALE	————— ETAGE GLOTTIQUE
		⑰	sous-glotte	————— ETAGE SOUS-GLOTTIQUE
E	CAVITÉS NASO-SINUSIENNES	⑱	ethmoïde	
		⑲	sinus maxillaire	
F	NASOPHARYNX	⑳	Cavum	

Mr. J.



Extension passive maximale du rachis cervical



Élévation active des membres supérieurs

Attitude spontanée de Mr J.

