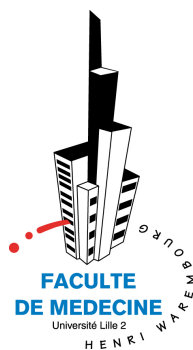




Université Lille 2
Droit et Santé



Lille – Juin 2014
Mémoire d'orthophonie n°15

Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

Rôle de l'orthophoniste dans la prévention et la prise en charge des troubles de déglutition chez les patients présentant une « myosite ».

Analyse rétrospective entre janvier 2012 et décembre 2013.

Mémoire en vue de l'obtention du **Certificat de Capacité d'Orthophonie**

présenté par **Laetitia Deschodt et Justine Vanparys**

dirigé par

Pr. Dominique Chevalier, Chef du service ORL, Hôpital Huriez, Lille

Marie Arnoldi, Orthophoniste du service ORL, Hôpital Huriez, Lille

soutenu publiquement en juin 2014.

RÉSUMÉ

De par leur atteinte musculaire, les patients atteints de myosites sont susceptibles de développer des troubles de déglutition, troubles qui entrent dans le champ de compétences de l'orthophoniste comme le définit la nomenclature des actes orthophoniques.

L'objectif de ce mémoire est de définir le rôle que peut occuper l'orthophoniste dans la prise en charge des patients atteints de myosites et présentant des troubles de déglutition. Pour cela, 286 dossiers de patients ont été analysés : 95 patients présentant une myosite ont été retenus, dont 18 présentant des troubles de déglutition. Nous avons alors pu déterminer différentes missions : la prévention des troubles de déglutition, l'information du patient et de ses proches et la prise en charge en cas de troubles sévères.

Ce mémoire s'appuie principalement sur une analyse rétrospective réalisée à partir de dossiers de patients reçus en consultation dans le service de médecine interne de l'hôpital Claude Huriez de Lille. L'étude de dossiers de 7 autres patients suivis dans le service ORL nous a permis d'enrichir nos données et d'approfondir notre analyse.

Mots-clés : ORL, déglutition, myosites, prévention, rééducation, étude rétrospective

ABSTRACT

By their muscular damage, patients with myositis are likely to develop swallowing disorders, these disorders that fall within the scope of competence of the speech therapist as defined in the nomenclature of speech therapy acts.

The aim of this study is to determine the role that the speech therapist can hold in the care of patients with myositis and swallowing disorders. For this, 286 patient records were analyzed: 95 patients with myositis were selected, including 18 with swallowing disorders. We were then able to determine different missions: prevention of swallowing disorders, patient and family information, and care for severe disorders. This study is mainly based on a retrospective analysis made from patients medical records at the Internal Medicine department in Claude Huriez hospital in Lille. The file review of 7 others patients followed by the ORL department has helped us to deep our analysis.

Keywords : Otorhinolaryngology, swallowing, myositis, prevention, rehabilitation, retrospective study

INTRODUCTION

Les myosites appartiennent au groupe des myopathies inflammatoires dont les principales pathologies sont la dermatomyosite, la polymyosite et la myosite à inclusions. Elles se caractérisent par une inflammation et une dégénérescence des fibres musculaires qui peuvent toucher les muscles intervenant dans l'acte de déglutition. Un traitement par corticothérapie puis par immunoglobulines est proposé mais ne suffit pas toujours à l'éradication de ces troubles. Il est donc intéressant d'étudier quels autres moyens thérapeutiques peuvent être proposés à ces patients. La prise en charge des troubles de déglutition entrant dans la nomenclature des actes orthophoniques depuis 2002, l'orthophoniste pourrait avoir un rôle dans le suivi des patients atteints de myosite.

Le but principal de notre étude est de définir le rôle exact qu'occupe l'orthophoniste dans la prise en charge pluridisciplinaire du patient présentant des troubles de déglutition liés à une dermatomyosite, une polymyosite ou une myosite à inclusions. Il a également pour objectif de déterminer, dans une population donnée et atteinte de myosite, la présence et le type de troubles en rapport avec la déglutition.

Notre méthodologie s'appuie sur une étude rétrospective avec une analyse de dossiers de patients reçus en consultation dans le service de médecine interne de l'hôpital Claude Huriez de Lille entre janvier 2012 et décembre 2013, ainsi que sur un recueil des données concernant la dysphagie et leur interprétation.

CONTEXTE THÉORIQUE

Les myosites

Les myosites, ou myopathies inflammatoires sont des maladies auto-immunes à l'étiologie encore inconnue affectant principalement les muscles striés et entraînant une inflammation ainsi qu'une faiblesse musculaire.

D'autres systèmes peuvent être touchés tels que la peau ou encore les systèmes cardiaque, gastro-intestinal et pulmonaire. Les principales myosites sont la dermatomyosite, la polymyosite et la myosite à inclusions.

Les principaux troubles présents dans les myosites sont : un déficit moteur et musculaire concernant les muscles proximaux pour la dermatomyosite et la polymyosite, et distaux pour la myosite à inclusions. Ce déficit est le plus souvent bilatéral et symétrique, et prédomine sur la ceinture pelvienne par rapport à la ceinture scapulaire. Il est également possible de trouver une atteinte de la musculature axiale ainsi qu'une faiblesse musculaire variable et des myalgies inconstantes ; des troubles respiratoires en partie dus au déficit des muscles abdominaux, du diaphragme et des muscles intercostaux (Eymard, 2003) ; des troubles de déglutition ; des troubles cardiaques : rares, souvent asymptomatiques et pouvant survenir à tous les stades de la maladie (Dalia, 2009).

La polymyosite est caractérisée cliniquement par l'apparition de fièvre ou de tuméfactions musculaires indurées et circonscrites histologiquement par une dégénérescence des fibres musculaires striées avec sclérose et atrophie. La dermatomyosite est une maladie chronique associant une polymyosite à des lésions cutanées à type d'érythème et d'œdème. La myosite à inclusions diffère des deux premières myosites. En effet elle s'installe de façon insidieuse et asymétrique, présente une atteinte distale précoce avec une sélectivité évocatrice (atteinte des psoas, des quadriceps et des fléchisseurs de doigts) et résiste au traitement entrepris (corticoïdes).

Les myosites sont diagnostiquées à l'aide d'un examen clinique relevant les caractéristiques évoquées ci-dessus et grâce à un examen sanguin, un bilan immunologique, un EMG, une IRM et une biopsie musculaire. Cette dernière permet d'affirmer le diagnostic. Des critères tels que ceux de Bohan et Peter (1975) et ceux décrits par Dalia en 2009 permettent de différencier les myosites entre elles et de poser un diagnostic précis de dermatomyosite, polymyosite ou myosites à inclusions.

L'évolution des myosites est lente et plus favorable depuis l'introduction de la corticothérapie. L'association à un cancer est un facteur de mauvais pronostic. La corticothérapie représente le traitement des myosites en première intention, et en cas de cortico-résistance les immunosuppresseurs et les immunoglobulines sont prescrits. On note un traitement plus particulier pour les manifestations cutanées de la dermatomyosite (antimalariques, corticoïdes ou antihistaminiques). Une prise en charge kinésithérapique et/ou ergothérapique est parfois nécessaire suite à l'atteinte musculaire.

Troubles de déglutition et myosites

On retrouve des troubles de déglutition dans 10 à 30% des cas de polymyosite et de dermatomyosite et chez 15 à 20% des patients porteurs de myosite à inclusions. L'atteinte des muscles striés du pharynx, du larynx et de l'œsophage est responsable des troubles de déglutition : dysphagie aux liquides et aux solides avec parfois fausses routes.

A l'examen clinique, on peut relever une musculature linguale affaiblie, des plis vocaux flasques et une faiblesse des mouvements vélares ainsi qu'une diminution de l'amplitude des contractions pharyngées et de la tonicité du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO). Il est fréquent que le bol alimentaire ne puisse plus être propulsé correctement dans l'œsophage : il doit alors être fragmenté afin de faciliter sa déglutition. Le plus souvent, les perturbations concernent le temps réflexe et involontaire pharyngo-œsophagien.

Le temps volontaire oral et masticatoire peut être également touché, avec une sévérité variable.

Les principaux signes pouvant évoquer des troubles de déglutition chez ces patients sont : un reflux nasal, une dysphonie, un reflux gastro-oesophagien, une pneumopathie d'inhalation par défaut de vidange pharyngée et un retard de la vidange gastrique. Lorsque la gêne est trop importante, une nutrition artificielle sera mise en place sous forme de nutrition entérale ou parentérale.

BUTS ET HYPOTHÈSES

Au sein du centre hospitalier de Lille, les patients porteurs de myosites sont principalement reçus par le service de Médecine interne de l'hôpital Huriez qui assure leur suivi et leur traitement. Lorsque des troubles de déglutition sont détectés, ils sont régulièrement envoyés au service ORL de l'hôpital qui les reçoit en consultation voix-déglutition en présence du médecin ORL et de l'orthophoniste du service. Face à la recrudescence de ces demandes, la problématique des troubles de déglutition chez les patients atteints de myosite se pose. Ce mémoire propose d'évaluer le nombre de patients présentant des troubles de déglutition parmi ceux atteints de myosite, à partir d'une population reçue en consultation dans le service de Médecine interne dans le cadre d'une pathologie neuromusculaire et sélectionnée entre janvier 2012 et décembre 2013. La rééducation des troubles de déglutition fait partie du champ de compétences de l'orthophoniste. Il est donc souhaitable de rechercher ce que ce professionnel peut apporter dans la prise en charge de ces troubles aux patients atteints de myosite. Nous partons de l'hypothèse que l'orthophoniste a sa place dans la prise en charge des troubles de déglutition chez le patient atteint de myosite avec un rôle d'information, de prévention et de mise en place de moyens de compensation efficaces.

MÉTHODOLOGIE

Pour répondre à notre problématique, il nous fallait étudier la présence de troubles de déglutition chez les patients atteints de polymyosite, dermatomyosite ou myosite à inclusions.

Notre étude a été menée auprès de deux populations différentes et par des démarches distinctes.

Notre première approche consistait à rechercher la présence de troubles de déglutition au sein d'une population pathologique reçue dans le service de Médecine interne de l'hôpital Claude Huriez à Lille entre janvier 2012 et décembre 2013. A partir d'un diagnostic de myosite posé, nous recherchions si le patient présentait, ou avait présenté, une dysphagie à un moment donné de son histoire clinique.

Pour cela, nous avons analysé 286 dossiers de patients consultant pour une pathologie neuromusculaire et recensés au sein de deux listes (liste des consultations de 2012 et celle des consultations de 2013) fournies par le Dr Marc Lambert du service de Médecine interne. Nous y avons sélectionné et inclus dans notre étude les patients porteurs de dermatomyosite, polymyosite ou myosite à inclusions de tous sexes et âges confondus. Le diagnostic devait être posé et sûr. Nous avons également inclus des patients porteurs d'un syndrome de chevauchement (myosite + autre pathologie) quand la myosite demeurait prédominante.

Ainsi, 95 patients remplissaient les critères de par leur pathologie. Parmi ces patients, nous avons retenu ensuite ceux dont l'histoire clinique a été marquée par une plainte au niveau de la déglutition. Ces troubles devaient être en lien avec la myosite. 18 d'entre eux présentaient ce critère de dysphagie dans le cadre de leur myosite, ce sont sur ces 18 patients que s'appuie l'essentiel de notre étude.

Tous les autres patients (diagnostic encore incertain ou autres myosites) étaient exclus de cette étude.

La seconde population étudiée est un groupe de 7 patients atteints d'une myosite et reçus dans le service ORL de l'hôpital Huriez lors des consultations voix-déglutition menées par le Pr Dominique Chevalier en présence de Mme Marie Arnoldi, l'orthophoniste du service.

Lors de la consultation des dossiers, notre démarche était la suivante : à partir des comptes-rendus, nous avons sélectionné les patients pour lesquels était mentionné un diagnostic de polymyosite, de dermatomyosite, de myosite à inclusions ou de syndrome de chevauchement dans lequel la myosite est prédominante.

Ensuite nous avons cherché si la présence de troubles de déglutition était mentionnée dans le parcours médical du patient.

Le cas échéant, nous avons relevé les informations suivantes : le type de myosite, âge et sexe du patient ; les troubles évocateurs de la myosite et la date de la pose du diagnostic ; le type de troubles de déglutition ; la période d'apparition des troubles de déglutition (en phase aiguë ?) ; la gravité de ces troubles (présence d'une perte de poids, d'une altération de l'état général du patient, d'une modification des habitudes alimentaires, d'un mode d'alimentation alternative ?) ; les moyens de compensation mis en place spontanément par le patient ; le(s) traitement(s) spécifique(s) proposé(s) pour les troubles de déglutition ; la présence du compte-rendu d'une consultation ORL réalisée suite aux troubles de déglutition ; les données concernant des examens complémentaires en rapport avec ces troubles de déglutition (ex : manométrie) ; la présence de signes cliniques relevant du domaine de l'orthophonie ; la proposition et la réalisation d'une prise en charge orthophonique.

Parmi les 95 patients retenus initialement, 18 répondaient à ce critère et ont été inclus dans notre étude.

RÉSULTATS

Répartition selon le type de myosites

Parmi les 95 patients de notre population issue du service de Médecine interne, 44 sont atteints d'une dermatomyosite (45,83%), 35 d'une polymyosite (36,46%), 11 d'une myosite à inclusions (11,46%) et 6 d'un syndrome de chevauchement (6,25%). Dans notre population issue des consultations voix-déglutition du service ORL, on retrouve 4 patients atteints d'une dermatomyosite et 1 d'une polymyosite.

Présence de troubles de déglutition selon le type de myosite

Parmi ces 95 patients, 18 patients, soit 19%, présentent ou ont présenté des troubles de déglutition au cours de leur histoire clinique, dont 11 porteurs d'une dermatomyosite, 4 d'une polymyosite et 3 d'une myosite à inclusions.

Sex ratio

Parmi les patients présentant une myosite, 26 sont des hommes et 69 sont des femmes, ce qui représente 73 % de femmes et 27% d'hommes. 4 hommes sur 26 présentent des troubles de déglutition, soit 15% d'entre eux, alors que 14 patientes sur 69 en ont, soit 20% des femmes. On retrouve une prédominance féminine pour la population atteinte de myosite. Les troubles de déglutition touchent autant les femmes que les hommes. Dans la population issue du service ORL, 5 patients sont des femmes et 2 des hommes.

Age moyen

L'âge moyen des patients du service de Médecine interne présentant une myosite et des troubles de déglutition est de 45 ans. Toutes les tranches d'âge sont représentées avec une légère prédominance pour les personnes âgées de 30 à 45 ans et de plus de 60 ans : 4 patients ont entre 15 et 30 ans, 5 entre 30 et 45 ans, 3 entre 45 et 60 ans et 6 plus de 60 ans. Pour la population du service ORL, l'âge moyen d'apparition des troubles de déglutition est de 54 ans avec 4 patients de plus de 60 ans, deux patients entre 30 et 50 ans et un patient de moins de 30 ans.

Période d'apparition des troubles

Suite à l'analyse de dossiers du service de Médecine interne, il apparaît que les troubles de déglutition surviennent au moment du diagnostic dans 78% des cas et plus tardivement, lors de l'évolution de la maladie, dans 22% des cas. Les troubles de déglutition sont donc très souvent présents dès le diagnostic et font partie des premiers signes cliniques de la maladie. Ces troubles disparaissent après un ou plusieurs traitements chez 67% de nos patients et ne réapparaissent pas dans les suites de la maladie. Les corticoïdes entraînant souvent une cortico-résistance, les immunoglobulines semblent être le traitement le plus efficace.

On note une réapparition des troubles dans 33% des cas sous forme de crises. Dans ce cas, les troubles fluctuent et finissent par disparaître avec ou sans le traitement une fois la crise passée. Au fur et à mesure des poussées, il n'y a pas ou peu d'aggravation des troubles de déglutition. Il ne semble pas y avoir d'effet du type de myosites : les troubles ne sont pas plus importants selon la myosite diagnostiquée.

Au sein de notre population issue des consultations ORL, 6 patients ont eu des troubles de déglutition dès le diagnostic, en phase aiguë. On note pour 5 patients une stabilisation voire une diminution des troubles suite au traitement proposé (traitement médicamenteux ou prise en charge orthophonique), pour un patient une aggravation, et une disparition des troubles pour un autre patient.

Type de troubles

55% des patients issus de Médecine interne ont présenté dans leur histoire clinique des fausses routes, soit 10 patients sur 18. Pour 4 d'entre eux, les fausses routes prédominent sur les liquides, pour 1 patient sur les solides et pour 3 patients sur les deux. Pour 3 patients, le type de fausses routes n'est pas spécifié. On note une légère prédominance des fausses routes pour les liquides dans cette population. 72% des patients (13 patients sur 18) rapportent des gênes à la déglutition en plus des fausses routes. Ces gênes concernent les liquides chez 4 patients, les solides chez 3 patients, et les deux chez 6 patients. Les troubles prédominent donc à la fois sur les solides et sur les liquides.

On retrouve la présence de fausses routes chez 43% des patients vus en consultation ORL, soit 3 patients sur 7. Elles ne sont pas spécifiées pour 2 d'entre eux, le troisième présente des fausses routes aux liquides ainsi que des fausses routes salivaires. 86% des patients de ce service (6 patients sur 7) ont des difficultés de déglutition conjointement aux fausses routes, celles-ci sont spécifiques aux solides pour 4 d'entre eux et aux liquides et solides pour les deux autres patients.

Phases de la déglutition touchées

Au sein de la population issue du service de médecine interne, les troubles de déglutition touchent : la phase orale pour 2 patients (11%); la phase pharyngée pour 8 patients (45%); la phase oesophagienne pour 1 patient (5%); les phases pharyngée et oesophagienne pour 3 patients (17%); les trois phases pour 3 patients (17%); il n'y a pas de données spécifiques concernant la phase touchée pour 1 patient (5%).

Pour la population vue en consultation voix-déglutition dans le service ORL, on retrouve : une atteinte du temps oral pour 1 patient (14%); une atteinte du temps pharyngé pour 5 patients (72%); une atteinte des 3 phases de la déglutition pour 1 patient (14%). Pour les deux populations, l'atteinte du temps pharyngé prédomine.

Pour la phase orale, les troubles qu'on peut retrouver sont une diminution de l'ouverture buccale, une diminution de la propulsion basi-linguale, un retard d'initiation orale ou des douleurs à la mastication. Pour la phase pharyngée, il peut y avoir une diminution du réflexe nauséeux, des difficultés au niveau de la contraction et de l'élévation vélaire, des sensations de blocage et de corps étranger, des fausses routes, un retard de déclenchement pharyngé, des troubles de la contraction, de la propulsion et de la vidange du pharynx. Pour la phase œsophagienne, on peut constater un trouble de la relaxation du SSO, une hypertonie ou une hypotonie du SSO, un reflux gastro-œsophagien.

Troubles ORL associés : dysphonie, dyspnée et reflux

Patients suivis en médecine interne : 6 patients sur 18 présentent une dysphonie (1/3).. Pour 4 d'entre eux, elle survient parallèlement aux troubles de déglutition. 3 patients ont présenté une dyspnée, soit 17%. 5 patients ont présenté un reflux, soit 28% de notre population. Il s'agit d'un reflux nasal aux liquides pour trois d'entre eux et d'un reflux gastro-oesphagien pour les deux autres patients.

Patients suivis en ORL : 3 patients sur 7 ont présenté ou présentent une dysphonie, soit 28% des patients. Pour ces trois patients, la dysphonie survient parallèlement aux troubles de déglutition. Un seul patient présentait une dyspnée et aucun un reflux.

Examens et remédiations proposés

Examen ORL

Une consultation ORL a été proposée à 60% des patients suivis en Médecine interne (11 sur 18). Un seul patient n'a pas effectué cette consultation qui se déroulait généralement ainsi : discussion et anamnèse, suivies d'un examen clinique puis d'une fibroscopie de déglutition salivaire et d'un essai alimentaire. Notre seconde population étant issue du service ORL, tous les patients ont été vus en consultations voix-déglutition.

Manométrie

Une manométrie de l'oesophage a été proposée à 5 de nos 18 patients de Médecine interne, mais n'a été réalisée que pour 4 d'entre eux. Elle a été effectuée pour 1 des 7 patients vus au service ORL. Cet examen permet d'examiner de manière plus précise la phase oesophagienne de la déglutition.

Demande de prise en charge orthophonique

Un bilan orthophonique a été préconisé pour un tiers des patients suivis en Médecine interne, soit pour 6 patients sur 18. Le bilan a été réalisé pour 2 d'entre eux, 3 patients ne l'ont pas réalisé et pour 1 patient rien n'est indiqué dans le dossier. Un des patients ayant bénéficié d'un bilan orthophonique a démarré une prise en charge qui a permis une amélioration des troubles de déglutition.

On remarque que la moitié des patients pour qui un bilan orthophonique a été préconisé n'a pas réalisé ce bilan. L'une des raisons évoquées est un manque de motivation de la part du patient, d'où l'intérêt d'expliquer de manière claire et précise le rôle, souvent méconnu, que peut avoir l'orthophoniste dans la prise en charge des troubles de déglutition. Plus de 50% des patients suivis dans le service ORL ont bénéficié d'un bilan et d'un suivi orthophonique, soit 4 patients sur 7. Ces patients ont tous rencontré l'orthophoniste du service lors des consultations voix-déglutition avec le médecin ORL. On note donc un meilleur suivi orthophonique chez ces patients.

Suite à la crainte que peuvent provoquer les troubles de déglutition, on retrouve la mise en place spontanée de moyens de compensation chez environ un tiers des patients suivis en Médecine interne. Dans notre population issue du service ORL, 4 des 7 patients ont également mis en place ces moyens de compensation ou en ont été informés. Ces différents moyens sont un fractionnement des repas, une adaptation de l'alimentation (l'alimentation coupée en petits fragments, mixée ou hachée ; l'eau utilisée pour faciliter la déglutition), et l'adoption de postures facilitatrices, notamment la flexion cervicale antérieure.

Nutrition artificielle et chirurgie

On retrouve la pose d'une sonde naso-gastrique parallèlement au traitement par immunoglobulines chez un patient suivi en Médecine interne. Cette sonde est ensuite enlevée avec une reprise de l'alimentation orale suite à l'amélioration des troubles. Un des patients suivis en ORL a connu le même parcours. Pour un autre patient, une sonde naso-gastrique puis une gastrostomie ont été mises en place de manière durable avec une poursuite contrôlée de l'alimentation orale, dans un but « d'alimentation plaisir ». Un patient suivi en Médecine interne a bénéficié d'un acte chirurgical dans le cadre de ses troubles de déglutition. Il s'agit de la section du muscle cricopharyngien au laser entraînant une disparition des troubles.

Comparaison entre nos deux populations

La plupart de nos résultats sont similaires en ce qui concerne le type de troubles et les phases de la déglutition atteintes. On note cependant une différence pour la place qu'occupe le suivi orthophonique au sein du parcours clinique : un bilan orthophonique a été proposé pour 33% des patients issus de Médecine interne, seul un tiers l'a réalisé, contre une proposition faite à 57% des patients suivis en ORL qui l'ont tous effectué. Cela peut s'expliquer par la rencontre systématique avec l'orthophoniste lors des consultations voix-déglutition et par la collaboration directe entre le médecin ORL et l'orthophoniste du service.

DISCUSSION

Notre étude a pour objectif de déterminer la place que peut occuper l'orthophonie dans la prise en charge des troubles de déglutition chez les patients atteints de myosites et ce, grâce à l'étude du parcours de 18 patients au diagnostic de myosite affirmé et présentant des troubles de déglutitions. L'analyse des résultats nous a permis de définir le rôle précis de l'orthophoniste : mission de prévention des troubles de déglutition, d'information du patient sur ces troubles et leur prise en charge.

Les patients sélectionnés sont suivis uniquement en consultations à l'hôpital Claude Huriez de Lille, nous ne pouvons pas généraliser notre étude à tous les patients atteints de myosites. Il est alors intéressant de déterminer si notre population est représentative en comparant nos données avec celles de la littérature. Si l'on s'intéresse au sex-ratio ou aux prévalences des myosites définis par Pellissier et al. en 2003 et Dalia en 2009, on remarque que les données recueillies lors de notre étude sont en concordance avec les données évoquées par ces auteurs. On note la même concordance en ce qui concerne la présence de troubles de déglutition et leur type (Eymard,2003). Notre population semble donc représentative de la population globale des patients atteints de myosites.

Notre projet et notre hypothèse de départ concernaient uniquement la place de l'orthophonie dans la prévention et la prise en charge des troubles de déglutition dans le cadre d'une dermatomyosite, d'une polymyosite ou d'une myosite à inclusions. Or, lors de l'analyse des dossiers, nous avons remarqué que la présence de troubles phonatoires est suffisamment fréquente pour inscrire doublement l'intérêt d'une prise en charge orthophonique chez ces patients : la dysphonie concerne un tiers des patients du service de Médecine interne atteints de troubles de déglutition dans notre étude. Certains patients présentaient une dysphonie sans trouble de déglutition et n'ont donc pas été inclus dans notre étude. La prise en compte de ce critère supplémentaire peut élargir le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de ces patients.

Nous avons développé le rôle de l'orthophoniste concernant la prévention, l'information et le soin. Cependant, il est possible d'ajouter une autre mission pour les patients atteints de myosites qui ne concernerait pas uniquement l'orthophoniste mais aussi tous les professionnels intervenants dans la prise en charge du patient. Cette mission serait celle d'une éducation thérapeutique du patient. La myosite étant une maladie chronique à l'évolution variable et survenant sous forme de crises, l'éducation thérapeutique du patient à sa place dans la prise en charge de cette maladie.

Elle peut être centrée sur les différentes difficultés du patient, notamment les troubles musculaires mais peut également être utile pour les troubles de déglutition. L'intervention de l'orthophoniste est alors justifiée et s'inscrit dans une prise en charge pluridisciplinaire définie à partir d'un programme personnalisé pour le patient. Il n'existe pas dans la littérature de programme d'éducation thérapeutique destiné aux troubles de déglutition chez le sujet atteint de myosite. Pronost, en 2011, a établi un programme d'éducation thérapeutique pour les personnes âgées dysphagiques. Différents ateliers de ce programme pourraient être proposés à notre population, tels que l'atelier fausses routes et respiration ou encore l'atelier textures, postures et environnement.

Après avoir constaté un manque d'information du patient concernant la déglutition et la mise en place spontanée de moyens de compensation pour pallier les troubles de déglutition en situation d'urgence, la création d'un projet de prévention et d'information concret nous est apparue nécessaire. L'élaboration future d'un outil d'information (livret par exemple) destiné aux patients atteints de myosites serait donc pertinente. Cet outil leur serait proposé au sein du service de Médecine interne dès la pose du diagnostic, les troubles apparaissant souvent en phase aiguë. Sa création renforcerait le partenariat entre le service ORL et le service de Médecine interne. Il pourrait être délivré aux patients et à leurs proches mais aussi à l'équipe soignante entourant les patients et aux orthophonistes libéraux, susceptibles de les prendre en charge.

CONCLUSION

L'analyse des résultats nous a permis de confirmer nos hypothèses après avoir relevé les différents troubles relevant de l'orthophonie : les troubles de déglutition et les troubles phonatoires. Nous avons dégagé le rôle de ce professionnel de manière précise: mission de prévention et d'information du patient et mission de prise en charge en cas de troubles sévères. Cette dernière se fera par le biais de moyens de compensation et d'adaptation, d'exercices analytiques précis pour travailler les effecteurs de la déglutition et/ou d'une rééducation vocale. L'orthophoniste pourra aussi intervenir dans l'éducation thérapeutique du patient au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Les patients atteints de myosites représentent donc une nouvelle population concernée par le champ de compétences de l'orthophoniste.

RÉFÉRENCES

- BOHAN A, PETER JB (1975), Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, *N Engl J Med*, 292 : 344-347
- BARTOLI C, CHETAILLE B, CIVATTE M, FERNANDEZ C, FIGARELLA D, PELLISSIER J-F, SCHLEINITZ N (2002). La dermatomyosite et la polymyosite. *Revue Neurologique*. 158, 10 : 934-947
- DALIA D (2009). Myopathies inflammatoires : diagnostic et classifications. *La Presse Médicale*. 38, 7/8 : 1141-1163
- EBERT E C. (2010). The gastrointestinal complications of myositis. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 31 : 359-365
- EYMARD B. (2003). Polymyosite, dermatomyosite, myosites à inclusions, aspects nosologiques. *La Presse Médicale*. 32, 35 : 1656-1667
- PRONOST L. (2011), *Impact d'un programme spécifique d'éducation thérapeutique du patient sur la qualité de vie des personnes âgées dysphagiques*. Mémoire d'orthophonie, Université de Bordeaux.