

Ne pas être qu'un "patient" • [Sommaire](#)

- [À propos du GP29](#)
- [Points-rencontre du GP29](#)
- [Responsables du GP29](#)
- [CECAP](#)

Groupe Parkinson 29

Orthophonie et maladie de Parkinson

Publié le 24 janvier 2013 à 09:59

Article paru dans LE PARKINSONNIEN INDÉPENDANT n°51 – décembre 2012

Véronique Rolland-Monnoury
Orthophoniste Certifiée LSVT Chargée d'enseignement

La prise en charge orthophonique des patients parkinsoniens concerne quatre domaines : les troubles de la parole (dysarthrie), de la déglutition (dysphagie), de l'écriture (micrographie) et les troubles cognitifs (attention, fonctions exécutives : organisation, planification).

Parole, déglutition et écriture ont en commun d'être des actes moteurs hautement automatisés qui nécessitent une organisation séquentielle précise et rapide du mouvement pour aboutir au bon geste ; or le dysfonctionnement des noyaux gris centraux dans la maladie de Parkinson a un impact sur ces schémas moteurs.

Les troubles de la parole

L'akinésie (difficulté à l'initiation du mouvement), la bradykinésie (ralentissement de l'exécution du mouvement), l'hypokinésie (réduction de l'amplitude du mouvement) et la rigidité présentes dans la maladie de Parkinson expliquent l'origine du terme de « dysarthrie hypokinétique ».

Il est acquis actuellement que les troubles de la parole sont un des marqueurs cliniques de la maladie et de son évolution. Il est également reconnu qu'ils surviennent dès le début de la maladie et même parfois au cours de la période pré-diagnostique. La dysarthrie est un symptôme de la maladie souvent négligé au stade précoce et elle ne retient l'attention que lorsque les troubles atteignent un degré important de sévérité induisant une perte d'intelligibilité. Son installation insidieuse car lentement progressive n'alerte pas en début d'évolution. Ceci est d'autant plus regrettable que la prise en charge gagne en efficacité lorsqu'elle est instaurée dès le stade initial de la maladie. Au fil du temps, la dysarthrie peut constituer un handicap majeur avec retrait social et perte d'estime de soi, toujours vécu douloureusement par les patients et leur entourage.

La dysarthrie parkinsonienne altère les différentes composantes de la parole.

Les troubles phonatoires, d'apparition très précoce, concernent l'intensité (la voix devient progressivement hypophone), la hauteur (avec abaissement ou élévation de la fréquence fondamentale), la qualité vocale (le timbre devient soufflé, voilé, éraillé, plus rarement rauque ou tremblé).

Les troubles prosodiques sont caractérisés par :

1. la perte précoce des modulations d'intensité et de hauteur donnant à la parole un caractère monotone, manquant d'émotion.
2. les troubles de l'organisation temporelle de la parole (plus tardifs dans l'évolution) et variables (ralentissement ou accélération du débit).
3. les troubles de la fluence faisant évoquer par les patients un bredouillement ou un bégaiement et caractérisés par les palilalies (répétitions de phonèmes, syllabes, mots ou rhèmes)

Les troubles articulatoires apparaissent au fil de l'évolution et sont marqués par un déficit de la précision articulatoire, touchant notamment la production des occlusives avec phénomène de spirantisation, caractéristique de la MP (transformation des occlusives en constrictives).

La prise en charge des troubles de la parole, longtemps considérée comme inefficace, est désormais reconnue comme un élément essentiel de l'arsenal thérapeutique disponible pour la prise en charge globale des patients parkinsoniens. Elle devra être précoce pour lutter contre la progression des troubles et le repli sur soi engendré par les difficultés de communication. Dans un premier temps, elle visera à faire acquérir de nouvelles habiletés motrices pour pallier les automatismes défailants.

La prise en charge devra être évolutive et adaptée selon les besoins du patient, le stade de la maladie, la sémiologie des troubles et leur degré de sévérité. Les objectifs varieront en parallèle : de la rééducation de la parole au maintien de la communication. La prise en charge se fera à long terme, ce qui ne signifie pas de facto en continu. Divers moyens, approches et techniques sont disponibles et seront mis en œuvre successivement.

Un bilan orthophonique précis constituera la première étape indispensable. Il comprendra une analyse perceptive, une évaluation sensori-motrice, une épreuve de réalisation phonétique, une auto-évaluation et des relevés instrumentaux. La sévérité des troubles sera appréhendée notamment avec des épreuves concernant l'intelligibilité. Des évaluations de suivi seront ensuite effectuées.

La rééducation de la parole s'appuiera sur les principes d'apprentissage moteurs qui sont reconnus être les plus efficaces pour favoriser les capacités de plasticité neuronale. Ces principes sont :

- intensivité de la prise en charge (4 séances par semaine), par sessions renouvelées dans le temps
- rééducation « ciblée », donc axée sur les exercices de parole pour être pertinente et efficace,
- rééducation progressive (du plus simple au plus complexe) et répétitive (pour automatiser)
- utilisation de feed-back (notamment visuels),
- mise en place d'une pratique constante et aléatoire,
- accès pour les patients à la connaissance de leurs performances et de leurs résultats.

Le protocole **Lee Silverman Voice Treatment (LSVT®)** a permis une amélioration notable de l'efficacité de la prise en charge des patients parkinsoniens car il cible la spécificité de la dysarthrie parkinsonienne et prend en compte les troubles neuro- psychologiques liés à la maladie (touchant notamment l'attention et les fonctions exécutives). Il est le traitement de choix au stade précoce et longtemps durant l'évolution de la MP. Il peut être appliqué par sessions renouvelées dans le temps selon les besoins du patient.

De nombreuses études, répondant à des critères méthodologiques précis, ont montré l'efficacité du protocole LSVT®. Des améliorations multi-systémiques ont été relevées après les sessions avec des améliorations du fonctionnement laryngé, de l'articulation, de l'intelligibilité, de l'expression du faciès et une réduction des troubles de déglutition.

Ce protocole est reconnu comme méthode référence pour la prise en charge de la dysarthrie parkinsonienne (Cf. Guide du parcours de soins du patient parkinsonien édité par la Haute Autorité de santé, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242645/parcours-de-soins-de-la-maladie-de-parkinson).

Quand une session LSVT ne sera plus indiquée, l'orthophoniste aura recours aux techniques générales de rééducation des dysarthries. Les exercices choisis viseront notamment le travail conjoint respiration/phonation, les aspects prosodiques (intonation, accentuation, rythme et débit), l'articulation et la résonance.

Des aides instrumentales (comme le pacing-board ou l'alphabet-board) constitueront un apport bénéfique pour la prise en charge des troubles du rythme de la parole.

Les outils de communication alternative seront mis en place si la sévérité de la dysarthrie ne permet plus l'intelligibilité de la parole et les échanges et lorsque la rééducation axée sur la parole sera inefficace. Ils devront être d'utilisation simple et personnalisés, c'est-à-dire, élaborés avec le patient. La participation de l'entourage sera indispensable. Il conviendra aussi de mettre en place des stratégies facilitant la communication (gestes, codes, règles) dans le cadre d'une approche écologique globale.

Les troubles de la déglutition

Les troubles de la déglutition sont fréquents. Leur prévalence est estimée de façon variable selon que l'on considère la plainte du patient ou leur recherche systématique par des questionnaires, des bilans cliniques ou des méthodes instrumentales. Globalement, la fréquence relevée en recueillant la plainte des patients est plus

faible que celle des anomalies constatées par les études instrumentales. Il est probable que la dysphagie apparaît tôt dans l'évolution de la maladie. Elle s'aggrave au fil du temps.

Les symptômes témoignent d'un dysfonctionnement qui peut toucher les trois temps de la déglutition et s'étendre des lèvres au sphincter inférieur de l'œsophage. Dans la majorité des cas, les difficultés sont observées aux temps oral et/ou pharyngé. Les plaintes des patients concernent plus fréquemment la déglutition des solides que des liquides, alors que les examens cinéradiographiques révèlent davantage d'anomalies et de fausses routes avec les liquides.

Le bavage et les difficultés à avaler la salive sont rapportés fréquemment, jusqu'à 78 % des patients signalent ces symptômes qui ne sont pas dus à une hypersalivation puisque les patients ont une production comparable à celle des sujets témoins. Il s'agit plutôt d'une réduction du nombre de déglutitions salivaires.

Durant la phase orale, il est classiquement retrouvé un trouble de la propulsion linguale caractéristique conduisant à un mouvement répétitif antéropostérieur répétitif (dit de « rolling »). D'autres anomalies sont décrites : difficultés de mastication, retard de déclenchement du temps pharyngé, stases valléculaires ou au niveau des sinus pyriformes, déficit de propulsion pharyngée et fausses routes silencieuses ou non. Un dysfonctionnement du sphincter supérieur de l'œsophage paraît également fréquent.

Les signes de sévérité de la dysphagie doivent être recherchés. Il s'agit des complications respiratoires (bronchite persistante, pneumopathie, épisodes d'asphyxie), des impacts nutritionnels (perte de poids, déshydratation) et des conséquences psychologiques et sociales (peur de manger, retrait social).

La prise en charge des troubles de la déglutition comportera deux versants : analytique et fonctionnel.

- Des exercices analytiques viseront à améliorer ou maintenir la motricité oro-faciale adaptée au geste de déglutition qui requiert amplitude et force.
- La prise en charge fonctionnelle permettra de mettre en place les adaptations nécessaires concernant l'installation, les outils, les textures alimentaires. Elle abordera aussi les postures compensatoires et surveillera l'état pondéral.

Cette prise en charge sera évidemment adaptée à chaque étape et se fera en lien avec une équipe pluridisciplinaire et l'entourage (médecin ORL, neurologue, diététicienne, personnel soignant, aidants...)

Les troubles de l'écriture

Les troubles de l'écriture sont caractérisés par une écriture dont les caractères s'amenuisent progressivement conduisant à une « micrographie ».

On constate une diminution de la taille des lettres, un télescopage des éléments du graphisme, une lenteur d'exécution. L'initiation du mouvement est altérée et une accélération se produit en fin de phrase ou de ligne. On peut relever aussi des blocages complets au milieu d'un mot ainsi que des retours en arrière avec essai de corrections.

Le balayage visuel est modifié car le patient revient sans cesse en arrière pour vérifier la qualité de son écriture.

Les altérations s'amplifient au fil de l'écriture qui peut devenir totalement illisible. La micrographie des malades parkinsoniens est une dysgraphie spécifique : lorsqu'on étudie à la loupe les productions d'un patient, on s'aperçoit qu'elles ont gardé toutes les caractéristiques graphologiques personnelles.

Le travail de rééducation devra se faire sur un rythme intensif (3 à 4 séances par semaine pendant 4 ou 5 semaines) et visera à redonner de l'ampleur et de la fluidité au mouvement. Avec une participation quotidienne du patient, et là aussi vigilance et volonté, il sera effectué en une vingtaine de séances et donnera des résultats gratifiants. Il sera nécessaire de refaire quelques séances régulièrement quand les bénéfices acquis s'estomperont.

Conclusion

On le constate, le rôle des orthophonistes auprès des patients parkinsoniens peut se situer à plusieurs niveaux. Dans tous les cas, les thérapeutes seront des guides qui solliciteront participation très active, volonté et motivation. Ils participeront également à l'éducation thérapeutique du patient pour l'aider à prendre en charge la maladie de façon autonome le plus longtemps possible.