

# TRAVAIL SUR DIVERSES PATHOLOGIES

## Table des matières :

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| 1. Les aphasies.....              | p. 3 à 9   |
| a. Wernicke.....                  | p. 7       |
| b. Broca.....                     | p. 8       |
| c. Globale.....                   | p. 9       |
| 2. La dysarthrie.....             | p. 10 à 11 |
| 3. La dysphagie.....              | p. 12 à 14 |
| 4. Les syndromes.....             | p. 15 à 22 |
| a. Parkinson.....                 | p. 15 à 16 |
| b. SEP.....                       | p. 17 à 18 |
| c. SLA.....                       | p. 19 à 20 |
| d. Cérébelleux.....               | p. 21 à 22 |
| 5. Les démences.....              | p. 23 à 26 |
| 6. Lésions du tronc cérébral..... | p. 27      |

# LES APHASIES

Qu'est-ce que l'aphasie ? Trouble acquis du langage. Ce peut être la parole, la compréhension ou les deux qui sont touchés. La communication reste néanmoins possible.

## Les grandes étiologies :

- ➔ Processus focaux (un foyer touché) :
  - AVC
  - Une tumeur
  - Des abcès
  - Un trauma crânien
  - Atrophie lobaire : perte du cerveau qui diminue, perte de liquide, etc.
- ➔ Processus diffus mais aigus -> encéphalites
- ➔ Processus diffus dégénératifs (pas dû à un choc) -> Alzheimer

## Sémiologie des aphasies :

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Anomie                   | Manque du mot ou non ?  |
| Déviations linguistiques | Paraphasies   |
| Perturbation syntaxique  | Agrammatisme et dyssyntaxie   |
| Anomalie de FLUENCE      | -logorrhée<br>-mutisme<br>-fluent avec réduction ou privation totale<br>-stéréotypie<br>-écholalie<br>-palilalie<br>-absence de syntaxe<br>-jargonaphasie |

## Quelques conseils pour communiquer avec une personne aphasique

- Contribuez à maintenir chez la personne aphasique le désir de communiquer en encourageant ses moindres tentatives de communication.
- Si elle fait des erreurs, il peut être bon de les corriger, mais il convient de le faire délicatement, de façon indirecte, et d'éviter de la corriger continuellement.
- Adressez-vous à elle et traitez-la en personne adulte et intelligente. Evitez les jeux de physionomie exagérés et les comportements infantiles.
- Si elle ne vous comprend pas la première fois, formulez votre phrase autrement en utilisant des phrases courtes et simples et en parlant plus lentement. Evitez une voix trop forte, l'aphasie n'entraîne pas la surdité.
- Soyez prudents quand vous discutez de ses problèmes devant elle, certaines personnes aphasiques comprennent très bien, d'autres comprennent par intermittence.
- Si la personne vous questionne sur son problème de langage, n'hésitez pas à être franc.
- Si la personne persiste à vouloir s'exprimer et qu'il vous est impossible de la comprendre, il est préférable, à ce moment-là, de changer de sujet de conversation et de lui dire aimablement : « on va laisser faire pour le moment et on y reviendra un peu plus tard. Les mots vont probablement vous revenir ».
- Autant que possible, et tout dépendant du type d'aphasie, il est recommandé de centrer vos sujets de conversation sur la situation en cours. Avant de changer le sujet de la conversation, annoncez ce changement en disant : « nous avons fini (le sujet en cours), nous parlerons maintenant de... ».
- Lorsque l'on ne parvient pas à comprendre ce que la personne aphasique veut nous communiquer, on peut observer sa mimique, tenir compte du contexte et vérifier certains besoins de la personne ayant trait à son confort, ses valeurs, ses intérêts. Formulez vos questions de façon à obtenir une réponse par un « oui » ou par un « non ».
- Durant les activités pour lesquelles vous devez aider la personne aphasique (s'habiller, se laver, manger), vous pouvez contribuer à une stimulation linguistique en verbalisant pour elle les actions en cours. Evitez cependant d'abuser de cette méthode et d'épuiser la personne que vous désirez aider.
- Encouragez la personne aphasique à utiliser des gestes comme complément à ses tentatives d'expression. Il faut cependant éviter que les gestes ne remplacent la parole.
- Encouragez aussi l'utilisation d'expressions courantes, telles les formules de politesse et les salutations.
- Ne vous étonnez pas de l'utilisation de jurons par la personne aphasique. Donnez-lui, si c'est possible, le mot qui lui manque à ce moment-là.
- Donnez-lui tout le temps nécessaire pour s'exprimer sans l'interrompre et sans lui fournir toutes sortes de phrases qui ne peuvent qu'ajouter à sa confusion et à sa frustration. Si elle ne parvient pas à trouver le mot qu'elle cherche, vous pouvez lui

accorder votre aide, soit en lui donnant le mot, soit en formulant lentement le début du mot pour qu'elle le complète elle-même.

- Toute personne aphasique, quel que soit le type ou la sévérité de son aphasie, peut, dans certaines circonstances, éprouver des difficultés à suivre une conversation. C'est le cas si plusieurs personnes parlent en même temps, si on change rapidement de sujet, ou encore, s'il y a du bruit ambiant.

Si la personne semble ne pas bien vous comprendre, vous pouvez utiliser les moyens suivants :

- Soyez concret
- Obtenez d'abord son attention
- Utiliser des mots simples et des phrases courtes
- Ne donnez pas toutes les informations dans une même phrase
- Utilisez des gestes et des mimiques
- Evitez de vous adresser à la personne aphasique dans le bruit ou l'agitation, par exemple quand la radio ou le téléviseur fonctionne.

A quoi servent les aires de BROCA et WERNICKE ?

| WERNICKE  | BROCA  |
|---|--|
| Réception des sons du langage, de leur compréhension (ce qui va donner sens à ce qu'ils entendent) MAIS aussi de la sélection des phonèmes et de la sélection de leur ordre à l'oral.<br>Il ordonne en plus la composition du langage : 1/ en sélectionnant les mots à produire selon leur signification ET 2/ en planifiant la « phonologie » (= l'ordre des phonèmes dans les syllabes, l'ordre des syllabes dans les mots et l'ordre des mots dans les phrases). | Sélectionne et contrôle les programmes moteurs, qui vont servir à réaliser la parole puis à en diriger l'exécution.<br>Rôle dans l'utilisation et la compréhension des formes grammaticales. |

### Phase aigüe :

1. Observation du patient
  - Etat de conscience
  - Hémiplégie ou non ? Si oui, de quel côté ?
  - Séquelles ?
  - Possibilités de communication ? et/ou de compréhension ?
  - Réaction du patient (exemple : dit-il bonjour quand le thérapeute entre dans la pièce ?)
  
2. Questions au patient
  - Est-il capable d'y répondre ? Et par quel(s) moyen(s) ?
  - Comment vous appelez-vous
  - Savez-vous où nous sommes ? Quel jour ?
  - Savez-vous pourquoi vous êtes ici ? Pouvez-vous me raconter ce qu'il vous est arrivé ?
  
3. Evaluation des capacités du patient
  - Répétition de phonèmes, syllabes, mots, non-mots, phrases.
  - Dénomination d'objets dans la pièce.
  - Dénomination d'images.
  - Si troubles du langage, l'ébauche orale aide-t-elle ? (Schéma articulatoire, premier phonème, première syllabe, mot complet ?)
  - Utilisation de séries automatiques (chiffre, alphabet, jour de la semaine, mois, etc).

## Aphasie sensorielle ou aphasie de WERNICKE ou aphasie de réception

L'aphasie de Wernicke est caractérisée par des difficultés de compréhension, jargonophilie, paraphrasies phonémiques et/ou sémantiques, logorrhée. Le patient n'a pas toujours conscience de ses erreurs (anosognosie).

|                     |   |
|---------------------|---|
| Discours spontané   | Fluent, plus ou moins logorrhée, plus ou moins jargon, paraphrasies |
| Compréhension orale | Altérée   |
| Dénomination        | Altérée   |
| Répétition          | Altérée   |
| Lecture             | Plus ou moins altérée   |
| Écriture            | Altérée, plus ou moins jargonographie                               |
| Signes associés     | Plus ou moins hémianopsie   |
| Site lésionnel      | Gyrus temporal supérieur gauche, plus ou moins pariétal inférieur   |

### Buts de la rééducation :

1. Restaurer la communication
2. Réduire l'anosognosie
3. Lui apprendre à écouter et à respecter le thème proposé (pragmatique)

### Moyens de rééducation :

1. La répétition :  
Au départ, utiliser des mots courts, fréquents et connus du patient (utilisés ultérieurement). Ensuite, répétitions de mots et de phrases de longueurs croissantes.
  2. La lecture à haute voix (pour le canaliser sur ce qu'on lui demande)
  3. Utiliser des imagiers : dénomination, désignation, etc.
  4. Utilisation des questionnaires oraux induisant une réponse spécifique à une question précise. Exemple : phrases lacunaires, fin de phrase automatique, etc.
  5. Exercices à choix multiples :  
J'écris avec un ? -> téléphone, crayon, bouton.  
Phrases lacunaires : le ... attrape la souris (poisson, chaise, chat)
  6. Evocation de synonymes, antonymes
  7. Exercices d'association. Exemple : les mains vont avec la paire de gants.
  8. Épreuve de concaténation d'énoncés (construire une phrase à partir d'un, de deux, ou trois mots donnés).
- ➔ Les exercices peuvent être présentés à l'oral comme à l'écrit. En fonction des capacités résiduelles du patient.

## Aphasie motrice ou aphasie de BROCA ou aphasie d'expression

L'aphasie de Broca est caractérisée par la réduction de l'expression, l'individu parle peu, lentement, cherche ses mots. Troubles de l'écriture possibles, ainsi que praxiques. La compréhension est généralement bien conservée. Présence de stéréotypies verbales.

|                      |   |
|----------------------|---|
| Discours spontané    | Non fluent (0-5 mots), agrammatisme possible, dysarthrie possible                                 |
| Compréhension orale  | Préservée : baisse complexité syntaxique  |
| Dénomination         | Manque du mot : déviations phonétiques, paraphasies phonémiques, verbales, formelles, sémantiques |
| Répétition           | Perturbée   |
| Lecture              | 3 <sup>ème</sup> alexie   |
| Compréhension écrite | Perturbée, mots fonctionnels  |
| Signes associés      | Hémiplégie droite, troubles sensitifs de l'hémicorps droit, plus ou moins apraxie.                |
| Expression écrite    | Troubles mécaniques et aphasiques   |

### Buts de la rééducation :

1. Démutisation du patient (il faut essayer de lui rendre la parole)
2. Réduction des troubles articulatoires
3. Réduction des stéréotypies verbales

### Moyens de rééducation :

1. Utiliser des séries automatiques : jours de la semaine, mois, compter, l'alphabet, des chansons, etc.
2. Mettre dans le contexte pour l'aider à prononcer le mot. Si le mot n'est pas produit, on peut donner une ébauche orale (schéma articulatoire, premier phonème, premières syllabes voire le mot en entier, que l'on fait répéter).
3. Utiliser des gestes, des mimiques, exagérer l'articulation, varier l'intonation (voix chantée).
4. Utilisation d'images, pictogrammes voire d'un carnet de communication.
5. Travailler les troubles articulatoires car l'aphasie est souvent associée à la dysarthrie.
6. Travailler le lexique : catégorisation, fluence, évocation, désignation, dénomination, descriptions, interprétation de scènes imagées, phrases lacunaires, trouver des synonymes, des antonymes etc.



## Aphasie globale

|                     |  |
|---------------------|--|
| Discours spontané   | Non fluent, mutisme, stéréotypie, agrammatisme |
| Compréhension orale | Altérée  |
| Dénomination        | Altérée  |
| Répétition          | Altérée  |
| Lecture             | Altérée  |
| Ecriture            | Altérée  |
| Signes associés     | Hémiplégie, hémiparésie droite, hémianopsie    |
| Site lésionnel      | Fronto-temporo-pariétal gauche                 |

# LES DYSARTHRIES

Qu'est-ce que la dysarthrie ? Trouble non-aphasique de la parole. Lésion centrale qui touche la production de la parole. C'est à la fois la coordination pneumo phonique et l'articulation qui sont touchées. Le patient est tout à fait conscient de ce qui lui arrive. Il n'arrive pas à gérer et à coordonner la phonation, la coordination et l'articulation des phonèmes pour produire la parole. Les troubles concernent la respiration, la résonance, l'articulation et la prosodie. Tout ce qui est langagier est préservé.

Classification des dysarthries :

|                |  |
|----------------|--|
| Spastique      | AVC  |
| Flasque        | Neuropathies innervant les muscles de la face par exemple. |
| Ataxique       | Atteinte du cervelet                                       |
| Hypokinétique  | Parkinson  |
| Hyperkinétique | Huntington   |
| Mixtes         | Traumatismes crâniens, SEP, SLA.                           |

Domaines à évaluer :

- Respiration et phonation
- Mouvements des muscles impliqués dans la parole
- Articulation
- L'intelligibilité
- Eléments suprasegmentaux de la prosodie (intonation, accentuation, rythme, débit).

### Phase aigüe :

1. Observation du patient
  - Hémiplégie ou non ? Si oui, de quel côté ?
  - Séquelles ?
  - Possibilités de communication ? Orale, gestes ?
2. Evaluation des capacités du patient
  - Poser quelques questions pour évaluer l'intelligibilité.
  - Répétitions de phonèmes, syllabes, mots, non-mots, phrases
  - Dénomination d'objets dans la pièce
  - Dénomination d'images
  - Lecture à haute voix

### Buts de la rééducation :

1. L'aider à devenir productif.
2. Permettre une bonne souplesse, coordination et tonification des muscles de la parole.
3. Modification de la respiration, de la phonation, de la résonance et l'articulation.
4. Modifier les paramètres suprasegmentaux de la parole.
5. Améliorer l'intelligibilité et le débit.
6. Proposer des systèmes de communication alternatifs (dans les maladies dégénératives comme par exemple la SLA).

### Moyens de rééducation :

1. La relaxation.
2. La respiration : bonne posture, respiration abdominale, etc.
3. La phonation : coordination pneumo phonique, attaques appropriées, contrôle du volume, résonance, hauteur, débit, prosodie.
4. Exercices pratiques : de la mâchoire, des lèvres, de la langue, du voile du palais, diadococinésie.
5. Articulation : de phonèmes, de groupes consonantiques, de mots, de phrases, en répétition, en lecture à voix haute, en conversation, etc.

En ce qui concerne l'articulation, toutes les positions articulatoires peuvent être travaillées, ainsi que tous les phonèmes. Il est évident que les phonèmes, mots, phrases choisis doivent être ciblés en fonction des zones touchées chez le patient.

# LA DYSPHAGIE

Qu'est-ce que c'est ? C'est un trouble de la déglutition qui peut être caractérisé par des « fausses routes ».

Les « fausses routes » :

1. Avant le réflexe de déglutition = éparpillement intra-buccal du bol alimentaire.
2. Pendant le réflexe de déglutition = fermeture incomplète du larynx, l'épiglotte bascule trop tard ou pas complètement.
3. Après le réflexe de déglutition = soit :
  - Péristaltisme pharyngé ralenti : particules toujours dans le pharynx et entrent dans le larynx à l'inspiration.
  - Stase valléculaire (qui entraîne le même phénomène).

Phase aigüe :

1. Observation du patient :
  - Symétrie de la face ?
  - Hémiplégies ou non ?
  - Maintien de la tête ?
  - A-t-il encore des dents (mastication) ?
  - Fatigabilité ?
  - Qualité de la voix ?
2. Evaluation fonctionnelle du patient
  - Evaluation du réflexe de toux et du réflexe nauséux.
  - Sur quel type de texture fait-il des fausses routes ?
  - Sa communication : qualité, aphasie ? paralysie ? mobilité linguale ?
  - Respiration ?
  - Cognitif : refus ? confusion ?
  - Position assise ou semi-assise
  - Encombrement bronchique ?
  - Autre mode d'alimentation qu'oral ?
  - Paralysie faciale ?
  - Trachéotomie ?
  - Œdème laryngé ?

3. Evaluation de la phase orale
  - Ouverture/fermeture bouche
  - Bavage ?
  - Sensibilité/motricité labiale ?
  - Position de la mandibule ?
  - Mouvements de la mandibule ?
  - Souplesse de la mâchoire ?
  - Articulé dentaire
  - Palais dur ?
  - Praxies linguales
  - Mobilité jugale ?
  - Mobilité et sensibilité du voile du palais ?
  - Sensibilité linguale
  - Sensibilité muqueuse buccale
  - Sens du goût (reconnaître les 4 sensations)
  - Salive ? Excès ?
  - Actions volontaires (avaler la salive, souffler, etc)

| Les symptômes spécifiques  | Les symptômes aspécifiques  |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bavage</li> <li>2. Reflux nasal</li> <li>3. Blocages buccaux ou pharyngés</li> <li>4. Toux ou hémage</li> <li>5. Stases</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gênes/douleur</li> <li>2. Allongement des repas</li> <li>3. Bruits anormaux</li> <li>4. Voix mouillée</li> <li>5. Toux nocturne</li> <li>6. Odeur buccale</li> <li>7. Reflux</li> <li>8. Modification du goût</li> <li>9. Production excessive de salive</li> <li>10. Mycose</li> </ol> |

But de la rééducation :

1. Permettre une alimentation ou réalimentation orale à moindre risque d'inhalation.
2. Préservation d'une certaine qualité de vie pour le patient.

Moyens de rééducation :

1. Stimulations linguales, jugale et/ou labiales
2. Adaptation de l'environnement
3. Adaptation de la position du patient
4. Adaptation des ustensiles
5. Adaptation de textures
6. Education de l'entourage

Conditions générales de la prise alimentaire :

| Préférer :  | A éviter :   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Au calme</li><li>• Rester au côté du patient</li><li>• L'encourager</li><li>• L'aider à manipuler les ustensiles</li><li>• Surveiller son impulsivité</li><li>• Veiller à une bonne hygiène buccale</li><li>• Adapter ou enlever les prothèses dentaires</li><li>• Patient assis, dos droit, 90°</li><li>• Tête légèrement fléchie en avant</li><li>• Attendre 30 minutes après l'ingestion avant de recoucher le patient</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Toutes les distractions</li><li>• Coucher ou demi-assis</li><li>• Tête en arrière, menton levé</li></ul> |

# LES SYNDROMES

## Parkinson :

Qu'est-ce que c'est : la maladie de Parkinson est une maladie dégénérative. Elle se caractérise par des problèmes moteurs notamment en ce qui concerne la coordination des réflexes, l'équilibre et l'exécution des gestes. Les symptômes moteurs se manifestent par la triade parkinsonienne : le tremblement au repos, l'akinésie, et la rigidité. Nous retrouvons également des dysphagies et des dysarthries.

- ➔ Nous ne traiterons que les problèmes moteurs (dysphagie et dysarthries sont vues plus haut. Nous reposerons donc les mêmes questions).

## Plan logopédique :

1. Questionnaire au patient :
  - Depuis quand votre écriture a-t-elle changé ?
  - Quel usage faites-vous de l'écriture dans votre vie quotidienne ?
  - Quel est votre ressenti face à votre écriture ?
  - Que pensent vos proches de votre écriture ?
  - Nous ajouterons également un questionnaire sur la dysphagie et un sur la dysarthrie (voir avant).
2. Epreuves :
  - Ecriture automatique : nom, prénom, date, signature, chiffre de 1 à 20, jours et mois.
  - Copie : de phrases et/ou d'un texte avec des lettres de tailles différentes pour évaluer l'amplitude des gestes.
  - Ecriture sous-dictée
  - Ecriture spontanée
3. Observation pendant les épreuves :
  - Posture du patient
  - Installation du patient
  - Tenue de l'instrument scripteur
  - La pression exercée
  - La présence d'un tremblement

### Buts de la rééducation :

- Rendre de l'amplitude au mouvement graphique
- Rendre une fluidité dans le geste graphique

### Moyens de rééducation :

1. Relaxation : pour lutter contre la rigidité et prendre conscience de son pouvoir musculaire
2. Etape pré-graphique :
  - On commence par des gestes amples dans l'espace : des traits simples (vertical, horizontal), des formes géométriques, puis des formes plus complexes (un poisson, une flèche, etc).
  - Intégration d'un outil scripteur de grosse taille
  - Passer à des outils de plus en plus petits
3. Etape graphique : on passe de grands formats (A1 A2 A3) à de plus petits (A4) pareil avec les instruments scripteurs.
  - On commence avec des séries de lettres à boucles
  - Des mots liés sans interruption



## Sclérose en plaque (SEP) :

Qu'est-ce que c'est : maladie inflammatoire du système nerveux, plus précisément, une démyélinisation. Cette destruction se développe par plaques (d'où le nom de la maladie), ce qui agit au niveau de la conduction électrique du message nerveux. Ces plaques sont multiples et disséminées dans le système nerveux central. Lorsque la plaque se cicatrise, elle se sclérose et il se crée une altération de la structure des fibres nerveuses. L'évolution des plaques est variable, et l'évolution de la maladie dépend de ces plaques.

### Les signes :

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Au début :            | <ul style="list-style-type: none"><li>- Troubles sensitifs : fourmillements, sensations de décharges électriques, ...</li><li>- Troubles moteurs : perte de force, etc.</li><li>- Troubles oculaires avec baisse de la vision</li><li>- Troubles de l'équilibre et de la marche</li><li>- Troubles urinaires et psychiques</li></ul> |
| Evolution             | <ul style="list-style-type: none"><li>- Paralysies d'un ou plusieurs membres</li><li>- Tremblements</li><li>- Perte de coordination des mouvements</li><li>- Anomalie de la voix</li><li>- Anomalie de l'écriture</li><li>- Troubles de la mémoire</li></ul>   |
| Au niveau logopédique | <ul style="list-style-type: none"><li>- Manque du mot</li><li>- Troubles de l'élocution</li><li>- Troubles de l'articulation</li><li>- Troubles de l'écriture</li><li>- Troubles de la coordination du souffle</li><li>- Troubles de la déglutition</li></ul>  |

Traitement : le traitement de la maladie est basé sur différents médicaments en fonction des troubles présents, le repos, la kinésithérapie et parfois la logopédie. La rééducation mérite d'être pratiquée en permanence.

Buts de la rééducation :

- Prendre en charge les troubles de l'élocution
- Contrôler le souffle
- Prise en charge des troubles de la mémoire et de l'attention
- Prise en charge de la déglutition

## Sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou maladie de Charcot

Qu'est-ce que c'est : c'est une atteinte des neurones moteurs situés dans la corne antérieure de la moelle et les noyaux moteurs des derniers nerfs crâniens. C'est une affection dégénérative donc la cause exacte est inconnue.

### Les signes :

- Déficit musculaire au niveau des petits muscles de la main. Touche ensuite l'autre membre mais de façon asymétrique. Evolue vers les membres inférieurs.
- Secousses musculaires arythmiques
- Paralyse des muscles de la langue, des lèvres et du pharynx (installation progressive) : troubles de la phonation (voix nasonnée) et de la déglutition.
- Troubles vasomoteurs (parfois picotements sur la peau = paresthésies)
- Perte de poids
- Lucidité et nosognosique
- Salivation abondante
- Troubles du sommeil
- Troubles de la respiration

### Nous retrouvons également :

- Une dysarthrie
- Des troubles de la déglutition et de la mastication
- Une abolition du réflexe vélo-palatin
- Faciès immobile et des accès spasmodiques de rires et pleurs sans rapport avec l'état affectif.
- Impossibilité de rester debout et de marcher

Buts de la rééducation : la prise en charge est palliative.

1. Accompagnement de la perte de voix, de la déglutition et de la parole en assurant un maintien autant que possible
2. Apport de moyens de compensation, de facilitation et d'économie pour ne pas fatiguer le patient
3. Eviter le forçage musculaire
4. Mise en place de moyens de communication alternatifs
5. Rôle de la surveillance, de soutien, et de lien avec l'entourage

### Evaluation :

1. Voix et respiration
  - Timbre ? Hauteur ? Intensité ?
  - Fatigabilité ?
  - Temps maximum phonatoire ?
  - Mesure du fondamental et de l'intensité
  - Observation de la respiration au repos et en phonation
  - Essoufflé ?
  - Toux volontaire et spontanée ?
2. Parole :
  - Production des phonèmes en isolés et au sein des syllabes simples ?
  - Intelligibilité ?
  - Lecture d'un texte pour évaluer la vitesse de production de parole
  - Parole spontanée ?
  - Dysarthrie ?
3. Déglutition :
  - Habitudes alimentaires ?
  - Quelles sont ses difficultés ? Sur quelles textures ?
  - Quel est le poids du patient ? Variations ?
  - Salive ? excès ou non ?

### Moyens de la rééducation :

1. Limitation des efforts et économie musculaire
2. Relaxation
3. Travail du diaphragme
4. Massages voir même des effleurements
5. Approches complémentaires :
  - Thérapies manuelles
  - Ostéopathie
  - Approche à partir de mouvements minimaux

## Cérébelleux ou ataxie de FRIDREICH

Qu'est-ce que c'est ? Ensemble des symptômes et signes résultant d'une atteinte du cervelet lui-même ou des voies cérébelleuses (péduncules cérébelleux supérieur, moyen et inférieur). Les causes de ce syndrome sont multiples. Il peut être d'origine génétique, infectieuse, être consécutif à un accident, une tumeur, etc. Le syndrome peut se manifester différemment d'un sujet à l'autre. Ce syndrome se développe entre 5 et 15 ans.

### Les signes cliniques :

- Troubles de l'équilibre et de la marche : ataxie cérébelleuse
- Troubles de l'exécution du mouvement volontaire rapide
- Hypotonie
- Troubles de la parole et de l'écriture
- Un nystagmus
- Trouble de la déglutition
- Réduction de la capacité respiratoire
- Dysarthrie

Traitement : les traitements actuels ne permettent pas la guérison, seule la rééducation améliore la qualité et l'espérance de vie.

### Evaluation :

1. Evaluation de la dysarthrie
2. Examen des praxies-bucco-faciales
3. Examen de la respiration
4. Examen de la déglutition
5. Examen de la voix
6. Examen du graphisme

### Buts de la rééducation :

1. Accompagne le patient à compenser et à apprendre à utiliser son potentiel restant
2. Permettre au patient d'agir volontairement
3. Permettre au patient de s'auto-contrôler
4. Motiver le patient

### Moyens de rééducation :

1. Travailler la respiration (sans AUCUN exercice en apnée)
2. Travailler la phonation
3. Travailler la coordination pneumo phonique
4. Travailler l'aspect praxique et articulatoire
5. Travailler l'intelligibilité et le débit
6. Travailler le voile du palais (en cas d'hyper-nasalité)
7. Travailler la déglutition (adaptations, textures, etc)
8. Travailler au niveau des gestes (diadococinésies)
9. Travailler le graphisme

# LES DEMENCES

Qu'est-ce que c'est : syndrome dans lequel on observe une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes.

Symptômes :

|                     |  |
|---------------------|--|
| Stade initial       | <ul style="list-style-type: none"><li>- Troubles de mémoire</li><li>- Troubles spatio-temporaux</li></ul>  |
| Stade intermédiaire | <ul style="list-style-type: none"><li>- Troubles de la mémoire des faits récents</li><li>- Troubles spatio-temporaux</li><li>- Difficulté de communication</li><li>- Perte d'autonomie</li><li>- Modification du comportement</li></ul>  |
| Dernier stade       | <ul style="list-style-type: none"><li>- Augmentation des troubles de la mémoire</li><li>- Augmentation des troubles spatio-temporaux</li><li>- Difficulté de reconnaître les proches</li><li>- Perte totale d'autonomie</li><li>- Trouble de comportement pouvant aller jusqu'à l'agressivité</li><li>- Difficulté à marcher</li></ul> |

Plusieurs types :

| Démences instrumentales  | Démences dysexécutives   | Autres   |
|--|--|--|
| <p>Définition :<br/>Touche principalement le langage et dans certains cas la mémoire.<br/>C'est le cortex associatif qui est touché. Ce sont des zones qui travaillent à plusieurs sur une même tâche.<br/>Localisation : rétro-rolandique (derrière la suture rolandique).</p>      | <p>Définition :<br/>Problème des fonctions exécutives. C'est la zone pré-frontale qui est touchée et probablement des zones associées.<br/>Souvent après un trauma, accident, bébé secoué, etc.<br/>Les gens peuvent être violents, grossiers, etc parce qu'ils ne gèrent plus les émotions, le raisonnement, etc.</p> |  |
| <p>Types :<br/>1 La maladie d'Alzheimer (la plus fréquente). Plusieurs troubles qui se mettent en place.<br/><br/>2 DCILP. Déficits cognitifs isolés lentement progressifs. Ici on a un symptôme assez isolé qui va mettre environ 3 ans avant de se transformer en autre chose.</p> | <p>Types :<br/>1 DDNA. Démence dégénérative non-Alzheimer. Ici pas de lésions sous-corticales. Exemple : la maladie de Pick<br/><br/>2 Les démences sous-corticales : exemple : la maladie de Parkinson, Huntington et PSP (= paralysie supra nucléaire progressive)</p>   | <p>Types :<br/>1 Les démences vasculaires : plusieurs AVC<br/><br/>2 SEP. La sclérose en plaques.<br/><br/>3 HNT. Hydrocéphalie à pression normale. Elle présente un démarrage qui ressemble à Alzheimer, souvent patient mal diagnostiqué alors qu'on peut traiter par la chirurgie.<br/><br/>4 ...</p> |



## Par quoi commence-t-on quand on suspecte une démence ?

1° Anamnèse en recherchant les symptômes. Ex :

- On peut lui demander de quoi il se plaint.
- Avez-vous des difficultés au niveau de la mémoire ? à quel(s) niveau(x) ?
- On regarde en même temps s'il a un problème d'attention quand on lui parle
- S'il passe du coq à l'âne
- Manque du mot ?
- Changement de comportement ?
- Répercussions dans la vie quotidienne ? (gérer son budget, son compte en banque, etc).
- Changement de comportement avec la famille
- Problème d'espace ? il se perd, met le téléphone dans le frigo, etc

2° Test de première ligne : ce sont des tests psychométriques. Il y a un niveau minimal à atteindre, au-dessus tout va bien et en dessous on peut suspecter une démence. Ce niveau est tout de même adapté à la personne.

- MMS
- L'échelle de Matis
- Etc

Ces tests manquent de sensibilité/spécificité : il y a des personnes qu'on ne repère pas = faux-négatifs.

3° Tests plus spécifiques et sensibles : il faut pouvoir confirmer ce que nous a dit le test de première ligne. Il y aura donc une évaluation neuropsychologique, psychologique, neuroradiologique, et il faudra faire un suivi de ces patients. C'est par le suivi qu'on va confirmer ou infirmer une hypothèse.

### Buts de la rééducation :

1. Proposer une stimulation cognitive
2. Conserver et maintenir le plus longtemps possible, les fonctions cognitives résiduelles
3. Stabiliser l'évolution en complément d'un traitement médicamenteux
4. Adapter les capacités du patient au fur et à mesure que la maladie évolue
5. Expliquer et soutenir le patient et son entourage dans sa vie quotidienne

### Moyens de la rééducation :

Il ne s'agit pas vraiment ici d'une rééducation mais plutôt de stimulations cognitives et fonctionnelles. Les exercices sont adaptés au niveau du patient, à ses troubles et à ses préoccupations.

Nous allons donc proposer des exercices de mémoire, d'attention, de concentration, de dénomination, d'accès lexical, d'orientation spatio-temporelle, etc. Nous allons donc entraîner le patient pour le stabiliser au mieux.

Nous pouvons également lui proposer des aides techniques : mise en place de béquilles ..., etc.

# LESION DU TRONC CEREBRAL

Qu'est-ce que c'est ? Le tronc cérébral est constitué du mésencéphale, du pont et du bulbe rachidien. Ces noyaux contiennent les corps cellulaires des neurones formant des nerfs crâniens ; ils régissent des fonctions aussi vitales que la respiration ou la pression artérielle.

## Les nerfs crâniens :

1. Nerf I : olfactif
2. Nerf II : optique
3. Nerf III : oculomoteur
4. Nerf IV : trochléaire
5. Nerf V : trijumeau
6. Nerf VI : abducens (oculomoteur externe)
7. Nerf VII : facial
8. Nerf VIII : vestibulo-cochléaire
9. Nerf IX : glosso-pharyngien
10. Nerf X : vague
11. Nerf XI : accessoire
12. Nerf XII : hypoglosse

Il y a 12 nerfs crâniens au total. Nous pouvons donc constater qu'une lésion au niveau du tronc cérébral peut entraîner plusieurs troubles. Par exemple pour le nerf optique, une hémianopsie. Pour le nerf facial, une paralysie faciale, etc. Dans ce cas, il sera bon de choisir le traitement adapté en fonction du ou des nerfs touchés, des symptômes constatés (dysarthrie, dysphagie, etc) et du patient.