
PRISE EN CHARGE DE LA PARALYSIE FACIALE PÉRIPHÉRIQUE : RÉÉDUCATION ORTHOPHONIQUE

KADDOUR ALI,

*Maitre assistant et orthophoniste
Centre universitaire de Tipaza*

RÉSUMÉ : Chez un être vivant, la paralysie est un déficit moteur défini par une perte partielle ou totale des capacités motrices d'une partie du corps (limitation de mouvement, diminution, voire absence complet de la force musculaire), parfois transitoire d'une ou de plusieurs muscles. Ce déficit musculaire est souvent le résultat d'une atteinte cérébrale centrale ou périphérique, qui peut être à l'origine d'un trouble de la parole répercutant sur la qualité de vie des patients. À travers cette étude, nous essayerons de démontrer l'efficacité d'un protocole thérapeutique orthophonique dans la prise en charge des déficits de la parole engendrés par la parésie faciale..

Mots clés : *Paralysie faciale, Orthophonie, Rééducation, Autorééducation*

ABSTRACT As a living being, the paresis is a driving deficit defined by a partial loss of the driving capacities of part of the body (limitation of movement, reduction in the muscular force), sometimes transient of one or several muscles. This muscular deficit is often the result of a central or peripheral cerebral attack, which little to be at the origin of a disorder of the word reflecting on the quality of life of the patients. Through this study, we will try to show the effectiveness of an atopic therapeutic protocol in the assumption of responsibility of the deficits of language generated by the facial paresis.

Key words : *Paresis, Speech therapy, Rehabilitation, Self rehabilitation*

INTRODUCTION

Les parésies faciales périphériques, sont des affections qui peuvent être prises en charge en rééducation ; elles nécessitent alors l'intervention d'un orthophoniste spécialisé (Lacote, 2000).

Le traitement en orthophonie, permet d'améliorer la qualité de la récupération, de stimuler celle-ci et de limiter les séquelles. Son efficacité est tributaire de l'étiologie de la parésie, de sa gravité, du délai de récupération et de l'implication du patient (Lamas, 2004). Il est souvent long et fastidieux, et implique de la part de l'orthophoniste, une écoute constante des plaintes du patient quant à l'évolution de sa parésie faciale.

Souvent ses patients trouvent des difficultés d'articulation, avec une dégradation de la qualité de la voix et une dysprosodie (Bonfils 2005).

Nous décrirons dans cet article, les points importants de la rééducation orthophonique dans la prise en charge de la parésie faciale. Nous exposons les étapes de la prise en charge de la parésie faciale dans le cadre d'un programme de rééducation intensive.

1. LA PARALYSIE FACIALE:

L'animation de la face se définit à travers la relation privilégiée entre :

- Une commande nerveuse unique : le nerf facial ;
- Un effecteur musculaire dispersé, les peauciers de la face et du cou, organisés en un masque continu.

La paralysie faciale est une atteinte de la motricité des muscles du visage. Le nerf atteint est le nerf facial correspondant à la septième paire des nerfs crâniens.

Il existe deux types de paralysies faciales :

- paralysie faciale périphérique ;
- paralysie faciale centrale.

Si le nerf facial ou son noyau situé au niveau du tronc cérébral est atteint il s'agit d'une paralysie faciale périphérique. En cas de lésion en amont du noyau, du faisceau géniculé par exemple, il s'agit d'une paralysie faciale centrale (Stricher et al. 2004).

L'hémi-parésie est une paralysie d'un seul côté du visage. Elle est plus courante que la paralysie faciale, se manifeste par une déviation de la commissure labiale, une disparition des rides du visage, une abolition

des reflets, une myosite (inflammation des muscles), et une déviation conjuguée de la tête et des yeux vers le côté affecté. Pour vérifier s'il existe des symptômes de parésie (perte des capacités de mouvements sur un côté de visage, et mesurer l'importance de ces symptômes, il suffit de demander au patient de sourire ou de montrer les dents et voir si les deux côtés du visage bougent de la même façon. En cas de parésie l'asymétrie est évidente.

La prise en charge orthophonique de la paralysie faciale, consiste à prendre en charge les troubles illocutoires parus suite un déficit musculaire.

Au préalable, l'orthophoniste doit dresser un bilan précis des déficits fonctionnels des muscles innervés par le nerf facial. À cet égard l'examen moteur de la batterie BECD (Auzou, 2006), est souvent très utile. L'orthophoniste mis en place un ensemble de tests, et de logiciel spécialisés qui permettent le diagnostic des troubles de la communication verbale et non verbale, comme les troubles prosodiques, les altérations des caractéristiques acoustiques de la voix, et les déficits d'articulation.

Le mode d'évolution diffère d'un cas à un autre. Il est souvent recommandé de proposer aux patients, en parallèle avec la rééducation orthophonique et physique, un accompagnement psychologique. Vu les répercussions néfastes de cette atteinte sur leur qualité de vie, et ainsi sur leur coopération pendant les séances de rééducation.

MÉTHODOLOGIE

1. OBJECTIVE DE L'ÉTUDE:

Notre objective est de démontrer l'utilité d'un protocole thérapeutique orthophonique intensif, dans la prise en charge des troubles arthrique parus suite à une parésie faciale.

Dans cette optique, nous avons effectué une évaluation pré et post teste de la parole, avec la batterie d'évaluation clinique de la dysarthrie et la batterie Montréal Toulouse Algérienne 1999 (Zellal, 1999) pour juger objectivement l'utilité de ce protocole.

L'évaluation est basée sur des moyens standardisés et adéquats aux troubles arthrique, qui inclut les items de passation suivants:

- Interview dirigé (Français), MTA 1999
- Répétition : syllabes, Mots phrase (Français), MTA 1999.
- Dénomination (Français) MTA 1999.
- Lecture à haute voix de texte (Français) MTA 1999.

- Evaluation du score perceptif de la sévérité de la dysarthrie, BECD.

- Evaluation moteur des organes de la parole (BECD).

2. LIEU DE RECHERCHE:

Les expérimentations se sont déroulées au sein du centre hospitalo-universitaire « CHU Lamine Debaghine B.E.O » au service de neurochirurgie à Alger.

Le service accueille quotidiennement des patients atteints des maladies neurologiques venants de différentes régions du pays.

3. PRÉSENTATION DU CAS:

Mme. G.F est une patiente de 57 ans originaire et demeurant à Alger parfaitement bilingue (Arabe dialectale /Français), coutière de métier. G.F vit avec son époux et son fils. Elle est très entourée par ses proches, la patiente a préféré l'utilisation de la langue française en passation et en rééducation.

Elle a été adressée au service de neurochirurgie pour prise en charge d'une contusion poste traumatique, (la patiente est tombé d'un cheval).

- La TDM cérébrale réalisé objective une contusion fronto temporel gauche.

- La TDM cérébrale de contrôle réalisé deux mois après, objective une contusion en voie de résorption.

- L'IRM cérébrale rapport des stigmates de contusion œdémateux hémorragique fronto temporel gauche sans signe d'expansivité ou de collection cérébrale, à noter une position relativement basse des amygdales cérébelleuse.

Lors du bilan cognitif, G.F obtient le score de 28 au MMSE, ce qui correspond à la norme.

Elle se plaint néanmoins d'un manque de mot et des difficultés d'articuler certains phonèmes, surtout au cours de la conversation.

Notre démarche d'évaluation et de diagnostic objective une parésie faciale droite, une lenteur au niveau des organes d'articulation, et une asymétrie faciale.

4. RECUEIL DES DONNÉES:

Au début des expérimentations, nous avons recueilli le maximum d'informations sur la patiente, à travers le dossier médical et un questionnaire anamnestique. Par la suite, la patiente est soumise aux épreuves de la batterie BECD et la batterie MTA 1999 comme démarche d'évaluation pré et post prise en charge.

Batterie d'évaluation clinique de la dysarthrie (BECD):

La batterie d'évaluation clinique de la dysarthrie, parue, en 1998, et revue en 2006, par Pascal Auzou, neurologue et Véronique Rolland-Monnoury, orthophoniste, se composent de diverses épreuves permettant d'évaluer les dysarthries, quelle qu'en soit l'origine. Cette batterie, propose aux praticiens des différents items de passation selon la pathologie.

Nous avons choisi dans notre étude, l'épreuve du score perceptif (S.P) pour qualifier le degré de sévérité de la dysarthrie, et la grille de l'examen moteur.

Le score perceptif répertorie cinq critères d'analyse de l'articulation: caractère naturel, qualité vocale, réalisation phonétique, prosodie et intelligibilité. Toutes les catégories sont cotées sur quatre points (0 = pas d'anomalie et 4 = anomalie sévère ou quasi permanente).

Le score total est sur 20 points:

- 0 : la parole est normale.
- De 1 à 6 : la dysarthrie est légère.
- De 7 à 13 : la dysarthrie est modérée.
- De 13 à 16 : la dysarthrie est sévère.
- De 16 à 20 : la dysarthrie est très sévère.

La grille d'examen moteur permet d'évaluer le fonctionnement des organes concernés dans la production de la parole: respiration, larynx, vélo-pharynx, langue, lèvres, joues, mâchoires. Elle propose également une étude de la face, des mouvements alternatifs, des réflexes et de la sensibilité. Elle est donc constituée de 11 parties.

La grille est construite de manière à distinguer la motricité dans le domaine non verbal (à gauche sur fond blanc) et dans le domaine verbal (à droite sur fond gris) quand cela est pertinent.

Selon la pathologie concernée, le type de dysarthrie, le degré de sévérité et les renseignements recueillis lors des épreuves précédentes, l'examineur pourra éventuellement choisir dans cette grille motrice les organes à évaluer.

Nous avons utilisé les items de passation de la batterie MTA 1999 standardisés et adaptés au milieu socioculturel algérien, comme moyen de stimulation linguistique de la patiente pour évaluer le score perceptif et appliquer la grille d'examen moteur.

Protocole Montréal-Toulouse Algérien 1999 : Mise au point et validé en 1986 par Nespoulous et Roch-Lecours. Puis adapté et validé par N. Zellal à la réalité socioculturelle Algérien en 1999.

Le MTA 1999 Il se compose de deux tests distincts :

- M1 ou Mi alpha, examen clinique standardisé ;
- M2 ou Mi-Beta, un examen détaillé et linguistique du langage.

Le protocole comporte un entretien dirigé et dix-huit épreuves avec une cotation ordinale permettant l'établissement de profil standard.

Le MTA 1999 permet de définir une efficacité purement linguistique et apparaît comme un bon outil d'aide à la mise au point de programme de rééducation.

Parmi les dix-huit épreuves de cette batterie, nous avons choisi les épreuves suivantes comme moyen de stimulation linguistique, afin de juger l'efficacité de notre protocole de rééducation:

- Interview dirigé
- Répétition (syllabes, mots, phrases).
- Dénomination image d'objet
- Lecture à haute voix de texte

La passation s'est déroulée en langue française.

Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : Le MMSE est un test de première intention dans le diagnostic de troubles cognitifs. Il a été créé par Folstein en 1975. Il est composé de cinq épreuves: orientation temporo-spatiale, mémoire, langage, attention et calcul et praxies constructives. Le score total est de 30 points (Derouesné, 1999).

Protocole thérapeutique de la parésie faciale:

La parésie faciale est une séquelle d'une atteinte du système nerveux centrale ou périphérique. Produite suite à un dysfonctionnement du nerf facial, elle répercute sur la mobilisation et la mise en fonction des organes d'articulation, à savoir: « le larynx, la langue, la mâchoire, les lèvres, les joues... » (Fombour, 1978).

Au préalable, l'orthophoniste entame une démarche d'évaluation pour juger le degré de sévérité de la parésie faciale.

Il dresse ensuite, un tableau clinique des dysfonctionnements articulatoires qui répercutent sur l'intelligibilité de la parole et le vécu quotidien du patient, comme par exemple « le manque du mot, les déviations articulatoires, la dysprosodie...etc (Auch-Roy, 2003).

Le protocole de rééducation de la parésie faciale est basé sur deux principes:

- Eliminer ou déminer la déficience motrice au niveau des organes de la parole, et renforcer la fonction respiratoire et phonatoire.

- Mise en place d'un entraînement articuloire spécifique aux besoins du patient.

Ce protocole est orienté suivant les capacités résiduelles. Il a alors recours à l'utilisation des stratégies palliative articuloire, facilitant ainsi la réacquisition de l'articulation naturelle (Kohn, 1990).

Il s'inscrit dans les approches de rééducation pragmatiques des troubles de la parole d'origine neurologique. Les modèles pragmatiques tentent d'expliquer comment l'individu utilise le langage en interaction avec son environnement social pour agir (Chomel-Guillaume et al., 2010). Il suppose au préalable la planification des techniques d'intervention rigoureusement précisée.

Le protocole est construit en étapes, le passage d'une étape à une autre dépend de critères de réussite spécifiés et liés à la ligne de base de performance du patient.

Ce programme de rééducation repose sur un entraînement intensif, qui se déroule sur quatre semaines à raison de quatre séances d'une heure par semaine, complété par un travail personnel soutenu (Ramig et al., 2001).

1ERE PARTIE: EXERCICE DE PRÉPARATION:

Au début de la rééducation, il est nécessaire de se débarrasser de différentes séquelles de la parésie faciale afin de réacquérir la souplesse motrice bucco faciale.

- 1er exercice massage bucco faciale:

Le massage comporte à la fois un massage endobuccal et un massage externe. Le massage endobuccal consiste à masser les muscles de la joue, avec le pouce à l'intérieur de la joue, l'index et le majeur massant la joue par l'extérieur ; il s'effectue donc de part et d'autre du muscle à masser. C'est grâce à ce massage que l'on évite l'éventuelle rétraction de certains muscles et que l'on redonne sa souplesse au muscle concerné. Le massage externe du visage est bilatéral et concerne tous les muscles de la face. Il est important, pour obtenir une bonne décontraction du patient, d'y associer un massage du rachis cervical et du cuir chevelu. Cet état de détente du patient nous permet alors de faire les exercices sur un visage décontracté. Le patient doit faire ses exercices une à deux fois par jour, au calme, et face à un miroir pour le contrôle visuel.

- 2e exercice rééducation des praxies bucco faciale:

Après avoir récupéré une certaine souplesse des muscles bucco faciales par le massage quotidien, on commence la rééducation des

praxies bucco faciales. Ces exercices, qui intéressent les lèvres, la langue, les joues permettent de favoriser la motricité bucco maxillaire, et redonner au patient la force musculaire nécessaire pour réacquérir le bon geste articuloire devenu déficitaire.

Face à un miroir, dans une position assise, le patient commence à reproduire des gestes praxiques sur ordre ou imitation, comme par exemple « ouvre la bouche, claquez la langue balayez les dents avec la langue, gonflez puis dégonflez les joues...etc.

2E PARTIE EXERCICE D'ARTICULATION:

Cette partie consiste à reconstituer une articulation juste et intelligible.

Le patient répète une série de logatome et de syllabes de difficultés croissantes et d'autres exercices différents comme:

- Répétition syllabe et logatome: « kra/ fra/ sky/hko »...ensuite plus difficile « mangarado/sobatiman/assoridmere »...etc.
- Répétition mot nom mot p MTA 1999
- Dénomination à haute voix d'image p MTA 199
- Récit avec mélodie
- Lecture à haute voix

3ÈME PARTIE (EXERCICES HIÉRARCHIQUES):

Ces exercices ont pour objectif de transférer les habiletés entraînées lors des variables quotidiennes dans des situations de parole fonctionnelles. Les tâches proposées au patient sont de plus en plus complexes: locutions, phrases, lectures courtes puis longues, conversations courtes puis longues. Le patient peut lui-même fournir les supports qui l'intéressent.

Dans le cadre de cette étude, nous avons proposé à notre patiente comme exercice hiérarchique, la répétition d'un groupe de trente phrases présenté pour répétition chaque semaine (Kaddour, 2018).

Travail à domicile:

Le patient doit reprendre les trois variables quotidiennes et l'un des exercices hiérarchiques travaillés en séance. Lorsqu'il bénéficie de sa rééducation orthophonique dans la journée, le patient travaille de plus seul, à domicile, dix à quinze minutes.

Le travail à domicile, permet d'assurer le lien entre la prise en charge et le quotidien du patient afin de faciliter son adhésion aux soins.

3. MISE EN PLACE DU PROTOCOLE EXPÉRIMENTALE:

3.1. Pré test:

Le pré teste a été réalisé juste avant le début de la prise en charge. Il a été constitué d'enregistrements vocaux de différents

items de passation de la batterie MTA 1999 et la batterie BECD.

3.2. Contexte de prise en charge:

La prise en charge s'est réalisée au bureau de consultation orthophonique du service de neurochirurgie Du CHU B.E.O à Alger.

3.3. Déroulement des séances:

Le programme s'est déroulé sur quatre semaines à raison de quatre séances d'une heure par semaine, complété par un travail personnel soutenu. Nous avons proposé à la patiente les différents exercices du protocole de rééducation de la parésie faciale décrits précédemment. Toutes les données ont été relevées à chaque séance sur une fiche récapitulative dans le but de proposer un feed-back au patient sur ses productions et d'objectiver les exploits de la patiente chaque séance.

3.4. Post test:

Le poste teste s'est déroulé dans les mêmes conditions que le pré teste après quatre séances de rééducation durant un 1 mois, le lendemain de la dernière séance de rééducation.

4. RÉSULTATS

- SCORE PERCEPTIF PRÉ TEST:

Le score perceptif (SP) permet de quantifier la sévérité de la dysarthrie, en prenant en compte toutes les dimensions de la parole. Il est calculé par la somme obtenue à 5 items permettant de décrire une parole pathologique: 4 items catégoriels concernent la qualité vocale, la réalisation phonétique, la prosodie, l'intelligibilité et 1 item global concerne le caractère naturel de la parole.

Le score perceptif sera donc renseigné en reportant les scores notés dans la grille perceptive (items 1 – 13 – 19 – 34 – 35) de la batterie BECD.

Dans cette étude nous avons évalué le score perceptif par rapport aux items (répétition syllabe, mots, phrases, dénomination, lecture à haute voix en français) de la batterie MTA 1999 adaptée au milieu socioculturel algérien.

Chaque item est coté de 0 à 4:

- 0 = pas d'anomalie
- 1 = anomalie discrète, uniquement repérable par un examinateur averti, ou anomalie rare
- 2 = anomalie modérée ou occasionnelle
- 3 = anomalie marquée ou anomalie fréquente
- 4 = anomalie sévère ou quasi-permanente.

La somme des 5 items notés sur 4 donne le score perceptif noté sur 20. Plus il est élevé, plus le degré de sévérité de la dysarthrie est important (0 = parole normale, 20 = dysarthrie très sévère).

SÉVÉRITÉ DE LA DYSARTHRIE

Score Perceptif

1. Qualité vocale	3/4
2. Réalisation phonétique	3/4
3. Prosodie	2/4
4. Intelligibilité	3/4
5. Caractère naturel	3/4

SP 14/20

Image N°1: résultats d'évaluation du score perceptif de la dysarthrie pré test.

Les résultats d'évaluation du score perceptif pré teste chez la patiente, lors de la passation de la parole par le test MTA 1999, objective une dysarthrie modérée. Probablement en rapport avec une lenteur musculaire des organes articulatoires, comme un effet secondaire à la parésie faciale. Le SP révèle une dégradation notable de différents paramètres acoustiques de la voix, une intensité faible, la hauteur monotone, et un timbre plein de bruits.

L'articulation est imprécise, en a objectivé une déviation phonétique dans la prononciation des phonèmes labiale et bilabiale, la patiente éprouve un effort important en conversation, ce qui influe sur le caractère naturel de la parole.

- Score perceptif post test:

SÉVÉRITÉ DE LA DYSARTHRIE

Score Perceptif

1. Qualité vocale	3 /4
2. Réalisation phonétique	2 /4
3. Prosodie	1 /4
4. Intelligibilité	2 /4
5. Caractère naturel	2 /4

SP 10 / 20

Image N°2: résultats d'évaluation du score perceptif de la dysarthrie post test.

Après l'application du protocole thérapeutique, qui a duré un mois. Nous avons constaté une nette amélioration des caractéristiques acoustiques de la voix.

La parole de la patiente est devenue plus intelligible, résultat du renforcement de la résistance bucco faciale et la décontraction de différents muscles faciaux.

Ces améliorations sont illustrées par la richesse en harmonie de la voix, et l'acquisition de la capacité de variation de

la hauteur en fonction de la nature de la conversation (lecture à haute voix, interview dirigée, récit).

Résultats de l'examen moteur pré test:

La grille motrice est cotée à 3 niveau. Cela permet de déterminer:

- Un score analytique pour les tâches demandées ou les observations coté normale, altération modérée.
- Un score de synthèse déterminé pour chacun des domaines verbale et non verbale coté de 0 (normale) à 4 (très altéré).
- Un score fonctionnel attribué à chaque étage coté de A (normal) à E (très altéré).

Échelles de cotation	
☐ Normal	☐ Altération modérée
☐ Altération sévère	
0 : pas d'anomalie. 1 : anomalie discrète, uniquement repérable par un examinateur averti, ou anomalie rare. 2 : anomalie modérée ou anomalie occasionnelle. 3 : anomalie marquée ou anomalie fréquente. 4 : anomalie sévère ou anomalie quasi permanente.	
A : normal. B : atteinte légère, pas de conséquence fonctionnelle. C : atteinte modérée, légère atteinte fonctionnelle. D : atteinte modérée, atteinte fonctionnelle modérée. E : atteinte sévère, atteinte fonctionnelle marquée.	
DOMAINE NON VERBAL	DOMAINE VERBAL

Image 3: échelle de cotation de l'examen moteur.

LARYNX (X)	
1. adduction des CV - coups de glotte sur 5 /a/	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
2. abduction des CV - inspiration par la bouche	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
3. rapport s/z	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
4. phonation interrompue sur /a/	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
☐ trouble de la position : serrage, ouverture, grincement, tremblement, déviation droite, déviation gauche, diduction, autres ☐ altération de la voix ☐ trouble de l'intensité ☐ trouble de la hauteur ☐ attaque brusque ☐ présence d'un souffle	
0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 A B C D E	

LANGUE (XII)	
1. observation au repos	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
2. protrusion	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
3. protrusion contre résistance	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
4. langue à droite	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
5. langue à gauche	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
6. élévation de la pointe	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
7. abaissement de la pointe	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
8. balayage du palais	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
9. balayage des dents	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
10. claquements de langue (dos)	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
11. clics de réprobation (apex)	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
12. recul de la base de langue	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
☐ atrophie ☐ trouble du tonus ☒ D ☐ G ☐ déviation ☒ D ☐ G ☐ mouvements anormaux : protrusion, rétraction, latéralisation à droite, latéralisation à gauche, torsion, fasciculations, autres	
☐ mouvements anormaux ☐ interposition : dentale ☐ ☐ labiale ☐ ☒ défaut de précision des consonnes t, d, n, l, k, r ☐ indifférenciation des voyelles	
0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 A B C D E	

LEVRES (VII)									
1. observation au repos	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4								
2. arrondissement	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4								
3. pincement	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4								
4. pincement contre résistance	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4								
5. étirement : déformation	☒ D ☐ G								
☐ trouble du tonus <table border="1"> <tr> <td>INF</td> <td>SUP</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>HYPER</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HYPO</td> <td></td> </tr> </table> ☒ asymétrie : déformation ☒ D ☐ G ☐ mouvements anormaux : tremblement, pincement, rétraction		INF	SUP	D	G	HYPER		HYPO	
INF	SUP								
D	G								
HYPER									
HYPO									
☐ absence de mouvements ☐ réduction des mouvements ☐ incoordination des mouvements ☐ trouble de l'explosion (p, b) ☐ trouble de la précision des voyelles ☐ déviation ☐ D ☐ G ☐ mouvements anormaux									
0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 A B C D E									

LEVRES (VII)									
1. observation au repos	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4								
2. arrondissement	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4								
3. pincement	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4								
4. pincement contre résistance	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4								
5. étirement : déformation	☒ D ☐ G								
☐ trouble du tonus <table border="1"> <tr> <td>INF</td> <td>SUP</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>HYPER</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HYPO</td> <td></td> </tr> </table> ☒ asymétrie : déformation ☒ D ☐ G ☐ mouvements anormaux : tremblement, pincement, rétraction		INF	SUP	D	G	HYPER		HYPO	
INF	SUP								
D	G								
HYPER									
HYPO									
☐ absence de mouvements ☐ réduction des mouvements ☐ incoordination des mouvements ☐ trouble de l'explosion (p, b) ☐ trouble de la précision des voyelles ☐ déviation ☐ D ☐ G ☐ mouvements anormaux									
0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 A B C D E									

MÂCHOIRES (V)	
1. observation au repos	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
2. grande ouverture	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
3. serrage	☒ 0 ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4
☐ réduction des mouvements ☐ déviation ☒ D ☐ G ☐ secousses	
☒ trouble de la position : serrage, ouverture, grincement, tremblement, déviation droite, déviation gauche, diduction, autres	
0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 A B C D E	

Image N° 4: Résultats de l'examen moteur pré test.

Les résultats de l'examen moteur pré test, démontre un dysfonctionnement modéré au niveau des organes phonatoires évalués: (larynx, la langue, les lèvres, la mâchoire, les joues).

Nous avons donné des consignes précises à la patiente, pour évaluer la motricité des organes articulatoires dans le domaine verbal et non verbal.

En synthèse, la patiente éprouve des difficultés d'articulation des sons explosifs, une déviation marquante de la langue sur le côté droit, un manque du mot, des difficultés dans la mobilisation des lèvres, une diminution du tonus phonatoire et respiratoire, lenteur de la mâchoire, notamment au cours de la conversation et lors de la lecture à haute voix.

La patiente, se plaint d'un malaise modéré lorsque en a stimulé avec la main la joue gauche et la gencive de la mâchoire gauche à l'intérieure de la cavité buccale.

En situation de répétition de phrases complexe, nous avons constaté une déviation articulaire des phonèmes labiaux, associé à un léger tremblement des lèvres. Ce constat, explique une incapacité modérée chez la patiente à mener une discussion plus au moins longue ou de transmettre des messages formatifs de qualité.

En effet, elle n'arrive pas à mobiliser ces organes phonatoires d'une manière harmonieuse ce qui donne à sa parole un caractère figé et rigide.

Résultats de l'examen moteur post test:

LARYNX (X)

1. adduction des CV
- coups de glotte sur /a/ ☒ ☐ ☐
- raclement de gorge ☒ ☐ ☐
- toux volontaire ☒ ☐ ☐
2. abduction des CV
- inspiration par la bouche ☐ ☒ ☐

1. observation en conversation ☒ ☐ ☐
2. TMP sur /a/ = ...17. sec ☒ ☐ ☐
3. rapport s/z = ...1/15 ☒ ☐ ☐
4. phonation interrompue sur /a/ ☒ ☐ ☐

☐ altération de la voix
☐ trouble de l'intensité
☐ trouble de la hauteur
☒ attaque brusque
☐ présence d'un souffle

0 0
1 1
2 2
3 3
4 4

A B C D E

LANGUE (XII)

1. observation au repos ☒ ☐ ☐
2. protrusion ☒ ☐ ☐
☐ déviation D ☐ G
☐ mouvements anormaux
3. protrusion contre résistance ☒ ☐ ☐
4. langue à droite ☒ ☐ ☐
5. langue à gauche ☒ ☐ ☐
6. élévation de la pointe ☒ ☐ ☐
7. abaissement de la pointe ☒ ☐ ☐
8. balayage du palais ☒ ☐ ☐
9. balayage des dents ☒ ☐ ☐
10. claquements de langue (dos) ☒ ☐ ☐
11. clics de réprobation (apex) ☒ ☐ ☐
12. recul de la base de langue ☒ ☐ ☐

1. observation en conversation ☒ ☐ ☐
2. répétition /ta/, /na/, /la/, /ka/, /ra/. ☒ ☐ ☐

☐ mouvements anormaux
☐ interposition : dentale ☐
☐ labiale ☐
☐ défaut de précision des consonnes t, d, n, l, k, r
☐ indifférenciation des voyelles

☐ atrophie
☐ trouble du tonus ☒ D ☐ G
☐ déviation ☒ D ☐ G
☐ mouvements anormaux :
protrusion, rétraction, latéralisation à droite, latéralisation à gauche, torsion, fasciculations, autres

0 0
1 1
2 2
3 3
4 4

A B C D E

LÈVRES (VII)

1. observation au repos ☐ ☒ ☐
2. arrondissement ☒ ☐ ☐
3. pincement ☒ ☐ ☐
4. pincement contre résistance ☒ ☐ ☐
5. étirement : déformation ☒ D ☐ G

1. observation en conversation ☐ ☒ ☐
2. répétition /pa/, /ba/, /ma/, /la/, /ra/. ☒ ☐ ☐

☐ trouble du tonus
INF SUP
D G D G
HYPER
HYPO

☐ asymétrie : déformation ☒ D ☐ G
☐ mouvements anormaux :
tremblement, pincement, rétraction

☐ absence de mouvements
☐ réduction des mouvements
☐ incoordination des mouvements
☐ trouble de l'explosion (p, b)
☐ trouble de la précision des voyelles
☐ déviation ☐ D ☐ G
☐ mouvements anormaux

0 0
1 1
2 2
3 3
4 4

A B C D E

JOUES (VII)

1. observation au repos ☒ ☐ ☐
2. gonflement des 2 joues ☒ ☐ ☐
3. gonflement contre résist. ☐ ☒ ☐
4. gonflement à droite ☒ ☐ ☐
5. gonflement à gauche ☒ ☐ ☐

1. observation en conversation ☒ ☐ ☐

☐ trouble du tonus
D G
HYPER
HYPO

0 0
1 1
2 2
3 3
4 4

A B C D E

MÂCHOIRES (V)

1. observation au repos ☒ ☐ ☐
2. grande ouverture ☒ ☐ ☐
3. serrage ☐ ☒ ☐

1. observation en conversation ☒ ☐ ☐

☐ trouble de la position : serrage, ouverture, grincement, tremblement, déviation droite, déviation gauche, diduction, autres

☐ réduction des mouvements
☐ déviation ☐ D ☐ G
☐ secousses

0 0
1 1
2 2
3 3
4 4

A B C D E

Image N° 5 : Résultats de l'examen moteur post test .

Les résultats de l'examen moteur post test valorise notre travail de prise en charge.

Nous sommes intéressés au premier plan, à améliorer la synergie motrice par les massages extra et intra buccaux. Puis nous avons soumis la patiente à une série d'exercices d'articulation dans différentes situations de parole. Afin d'essayer de transférer les habilités articulatoires acquises dans des situations de vie quotidienne.

Ce travail acharné permet à la patiente, après un mois de rééducation, de reconstituer des stratégies palliatives en situation d'échange verbal avec autrui et retrouver certaines envies et satisfaction d'expression.

La comparaison entre les résultats de l'examen moteur illustré par les images N° 4 et N° 5, objectivent une amélioration significative dans le fonctionnement moteur des organes phonatoires. Ces résultats sont en rapport probablement avec la redynamisation de la musculature faciale et la mise en place d'une coordination pneumophonique plus efficace.

Ce constat peut être affirmé par un examen médical comme L'EMG, pour mesurer objectivement l'activité motrice de différents muscles intervenants dans la production de la parole.

CONCLUSION

L'évaluation de la dysarthrie chez notre sujet par la batterie MTA 1999 et la batterie BECD a démontré une amélioration significative de la parole dans le domaine verbal et non verbal. La patiente a pu retrouver une souplesse articulaire après la prise en charge, malgré la durée de rééducation proportionnellement réduite. Le protocole de rééducation de la parésie faciale proposé dans cette étude, été fondé sur des études et des expérimentations reconnues efficaces à l'échelle internationale, comme le protocole de rééducation de la dysarthrie LSVT® (Ramig et al., 2001). Nous préconisons l'application de ce protocole de rééducation sur un échantillon de patient plus large et non homogène afin de reconfirmer l'utilité de cette méthode de rééducation. Et l'adopter comme moyen de références dans la prise en charge des troubles de la parole engendrés par la parésie faciale au milieu hospitalier algérien.

RÉFÉRENCES

- [1] AUCH-ROY K, DUAULT JM. (2003). Prise en charge de 2 patients présentant une paralysie faciale. *Kiné-sithérapie*, 2, 14-20.
- [2] AUZOU, P., ET ROLAND-MANNOURY, V. (2006). Batterie d'évaluation clinique de la dysarthrie (BECD). France: Ortho Edition, 86 p.
- [3] BONFILS, P. CHEVALIER, JM. (2005). Anatomie ORL. Paris: Médecine-Sciences Flammarion, 428 p.
- [4] CHOMEL-GUILLAUME, S., LELOUP, G., BERNARD, I. (2010). Les aphasies: évaluation et rééducation. Elsevier Masson, 260
- [5] DEROUESNÉ C, POITRENEAU J, HUGONOT L, KALAFAT M, DUBOIS B, LAURENT B. (1999). Le MiniMental State Examination (MMSE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. *Presse Méd.*, 28, 8-1141.
- [6] FOMBEUR JP, BERGERAS D, CHEVALIER AM.(1978). Notre expérience de la kinésithérapie et de la rééducation des paralysies faciales périphériques. *Ann Chir Plast*, 23,(4), 40-237.
- [7] KADDOUR, A. (2018). Prise en charge de la dysarthrie par la méthode (LSVT). German National Library and Grin Open Publishing GMBH.
- [8] KOHN, S. E., SMITH, K. L., ARSENAULT, J. K. (1990). The remediation of conduction aphasia via sentence repetition: A case study. *British Journal of disorders of communication*, 25, 45-60.
- [9] LACOTE M, CHEVALIER AM, MIRANDA A, BLETON JP. (2000). Évaluation clinique de la fonction musculaire. Paris: Maloine, 673 p.
- [10] LAMAS, G., GATIGNOL, P. (2004). Paralysies faciales. Paris: Solal, 145
- [11] M. STRICKER, E. SIMON, L. COFFINET, S. SELLAL, F. DUROURE. (2004). Paralysie faciale. *Elsevier journal EMC-Dentisterie*, 382-416.
- [12] RAMIG L. O. SAPIR S. CONTRYMAN S., (2001). Intensive voice treatment (LSVT) for patients with parkinson's disease. *Journal of neurol neurosurg psychiatry*, (71), 8-493.22
- [13] ZELLAL, N. (1999). Protocole Montreal-Toulouse: examen linguistique de l'aphasie Algérien MTA 99. Université d'Alger 2000.