

Item 118 – UE 5

Principales techniques de rééducation et de réadaptation en ORL.

Savoir prescrire la massokinésithérapie et l’orthophonie

- I. Rappels fondamentaux
- II. Savoir prescrire l’orthophonie
- III. Savoir prescrire la kinésithérapie

Objectifs pédagogiques

Nationaux et du Collège français des enseignants d’ORL

- Argumenter les principes d’utilisation des principales techniques de rééducation, planifier le suivi médical et argumenter l’arrêt de la rééducation.
- Savoir prescrire la massokinésithérapie et l’orthophonie.
- Les objectifs de l’item 53 (Développement psychomoteur du nourrisson et de l’enfant) comprennent également : aspects normaux et pathologiques (langage) ; repérer précocement les troubles de l’apprentissage.

I. Rappels fondamentaux

A. Langage

1. Grandes étapes du développement du langage oral

- Dès le 6^e mois *in utero*, les mères notent certaines réactions de l'embryon aux bruits. On sait maintenant que l'embryon à partir de cette époque entend la voix de sa mère et même d'une autre personne, en principe le père si celui-ci prend soin de parler au contact du ventre de la mère.
- À la naissance, le bébé est sensible aux bruits environnants et réagit de façon bien connue aux bruits qui le surprennent. Ce sont des réflexes archaïques, comme celui de Moro où le bébé écarte les bras en réaction à un bruit extérieur.
- À partir de 3 mois, le bébé commence à produire des sons ; il s'agit souvent de cris de joie et de productions stéréotypées (« areu »).
- À partir de 4 à 5 mois le nourrisson gazouille : les sons produits l'intéressent et il en joue en en modulant l'intonation.
- Vers 6 mois le bébé réagit à son prénom. Entre 6 et 9 mois apparaît le babillage avec le doublement des consonnes, préférentiellement le « baba ». L'imitation des sons et intonations commence. Le bébé, à cette période, donne un objet sur demande.
- À 12 mois, il prononce quelques mots, au moins un, souvent « papa » ou « mama(n) ».
- Entre 18 et 20 mois, l'enfant associe deux ou trois mots en formant des métaphrases et a déjà un vocabulaire d'une cinquantaine de mots.
- À partir de 20 mois, le vocabulaire s'enrichit rapidement et, à 3 ans le langage devient fluide ; l'enfant comprend le « je », fait de véritables phrases avec sujet/verbe/complément ;
- À 5 ans, l'enfant est capable de raconter une histoire complète en produisant des phrases élaborées.

2. Définitions des troubles du langage

- On parle de *retard de langage* lorsque le schéma d'acquisition (cf. ci-dessus) n'est pas respecté. Au maximum, si le diagnostic est évoqué tardivement, l'enfant de 3 ans a des difficultés à organiser les mots pour former des phrases. Il a également des difficultés de compréhension.
- Le *retard de parole* concerne la prononciation des mots qui est altérée, par défaut de prononciation correcte de certains phonèmes ou encore difficulté à associer ou organiser les phonèmes qui forment un mot (inversion ou omission de phonèmes, confusions, simplification).
- *L'articulation est dite altérée* quand on note une erreur permanente et systématique de la prononciation de certains phonèmes (par exemple, le zozotement).
- Le *bégaiement* est une altération du rythme de la parole avec répétition de certaines syllabes ou phonèmes marquant l'impossibilité de produire le son suivant attendu. On décrit deux formes qui coexistent le plus souvent avec une prédominance plus ou moins marquée de l'une ou de l'autre selon les individus : tonique avec blocage qui vient interrompre pour une durée variable le débit normal de la phrase ou qui empêche sa

production dès le début, et clonique avec répétition saccadée d'une syllabe au début d'un mot ou d'une phrase.

- La *dysphasie* est un trouble de la structure du langage sans substrat organique décelable, en l'absence de déficit auditif, de retard mental majeur et de trouble psychotique. C'est une forme sévère des troubles du développement du langage. La dysphasie se diagnostique chez des enfants qui n'ont, à l'âge de 4 ans, qu'un langage très sommaire, souvent encore au stade du mot-phrase. Le langage spontané est réduit avec un vocabulaire imprécis et rudimentaire, souvent difficilement compréhensible en raison des troubles phonétiques ; il est agrammatique ou comporte d'importantes et nombreuses erreurs syntaxiques.
- Les *troubles envahissants du développement et de la communication* (TED), dont fait partie l'autisme (dans le DSM-5 : *troubles du spectre de l'autisme*, ou TSA). Les symptômes représentent un continuum qui varie de léger à sévère. Le trouble du spectre de l'autisme se caractérise par des altérations significatives dans deux domaines : déficits persistants au niveau de la communication et de l'interaction sociale (l'enfant ne regarde pas son interlocuteur, ne répond pas aux questions ou répond à côté en suivant son idée) et comportements, activités et intérêts restreints ou répétitifs. Les symptômes doivent être présents dans la petite enfance, mais ils peuvent aussi se manifester pleinement avec l'augmentation des demandes sociales.

B. Séquelles de la chirurgie ou de l'irradiation cervicale

Lésion de la branche latérale du XI

Le nerf accessoire (anciennement « nerf spinal ») est la XI^e paire crânienne. C'est un nerf purement moteur qui possède une double origine crâniale et spinale. Il sort du crâne par le foramen jugulaire, chemine dans l'espace rétrostylien et se divise en deux branches : une branche médiale (phonatoire) qui s'anastomose avec le X au niveau du ganglion supérieur du X, et une branche latérale destinée aux muscles sternocléidomastoïdien et trapèze. La branche latérale du XI peut être lésée lors de biopsies ganglionnaires ou de curage cervical intéressant la chaîne ganglionnaire du XI. La lésion de cette branche est responsable d'une limitation de l'abduction du membre supérieur (< 90°), d'une chute de l'épaule, d'un décollement de la scapula et de douleurs liées à la chute du bras.

« Jabot » post-radique

L'irradiation de la région sous-mentonnière dans les cancers des VADS ou les lymphomes peut provoquer une inflammation indolore du tissu sous-cutané de cette région. Ce « jabot » est dû à un ralentissement du drainage lymphatique local (lymphœdème). Il peut persister ou s'atténuer après l'irradiation et est souvent fluctuant dans le temps. Inesthétique, il inquiète souvent le malade mais est inoffensif. Le drainage lymphatique peut améliorer l'aspect.

II. Savoir prescrire l'orthophonie

A. Introduction

Décret de compétences n° 2002-721 du 2 mai 2002

« L'orthophonie consiste :

- à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ;
- à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions.

Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution. »

L'orthophoniste peut donc être sollicité pour prendre en charge des patients de tout âge, lorsque le corps médical constate un trouble du langage oral ou écrit, un trouble de la communication quelle qu'en soit l'origine : surdité, déficience neurologique, handicap, autisme. Il peut intervenir auprès d'enfants prématurés pour stimuler la sphère buccale et l'oralité quand ils sont alimentés par sonde afin de favoriser la mise en place d'une alimentation *per os* le plus tôt possible et de prévenir des troubles du langage qui pourraient se révéler plus tard, et, à l'autre extrémité de la vie, accompagner les personnes âgées pour maintenir le mieux possible leur communication avec leur entourage malgré le vieillissement cognitif et les pathologies neurologiques fréquentes à cet âge.

L'orthophonie est primordiale en cas de retard de langage chez l'enfant, que celui-ci soit lié ou non à une atteinte auditive. L'acquisition du langage oral peut être rendue difficile par l'altération auditive, même relativement légère comme dans le cas d'otites séreuses à répétition.

Les orthophonistes sont souvent appelés à aider les patients souffrant d'une altération fonctionnelle du larynx, l'organe phonatoire principal. Au maximum, leur aide est indispensable en cas d'absence de larynx, après chirurgie pour cancer par exemple. De même,

comme le larynx est primordial dans la déglutition, l’orthophonie est requise en cas de troubles de la déglutition, indépendamment des troubles phonatoires, lors d’atteintes neurologiques comme par exemple la maladie de Parkinson.

L’orthophonie a donc un champ d’application très vaste, qui concerne aussi le bégaiement, les troubles du langage écrit et les pathologies neurologiques suite à un AVC ou à une maladie neurodégénérative.

En pratique, le médecin a surtout un rôle diagnostique et pose l’indication d’un bilan orthophonique chaque fois que l’altération de la communication ou du langage oral ou écrit, de la phonation ou de la déglutition handicape le patient qu’il soigne.

B. Indication du bilan orthophonique

C’est ici le rôle primordial du médecin. Bien entendu, la démarche diagnostique de la cause du handicap doit toujours être engagée soit préalablement soit simultanément au bilan orthophonique mais jamais *a posteriori*.

Par exemple, il ne doit pas être prescrit une prise en charge orthophonique chez un patient dysphonique tant que l’on n’a pas vérifié son larynx, *a fortiori* s’il s’agit d’un sujet à risque de cancer laryngé.

Pour la surdité de l’enfant, la démarche est un peu différente dans la mesure où l’orthophoniste aide le médecin à évaluer le handicap langagier induit par la surdité. Il participe donc à l’évaluation de la gravité du handicap auditif. Néanmoins, le médecin doit avoir tout mis en œuvre pour caractériser le type de surdité et pour connaître son stade ainsi que sa cause.

Nomenclature générale des actes

« Le bilan orthophonique fait l’objet d’une prescription médicale, accompagnée si possible, des motivations de la demande de bilan et de tout élément susceptible d’orienter la recherche de l’orthophoniste.

Deux types de prescriptions de bilans peuvent être établis :

- *bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire* : à l’issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des séances de rééducation doivent être dispensées, ce compte rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l’orthophoniste détermine, par dérogation à l’article 5 des dispositions générales de la NGAP. Sauf contre-indication médicale, il établit une demande d’accord préalable à la Caisse d’assurance maladie ;

- *bilan orthophonique d'investigation* : à l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur, accompagné des propositions de l'orthophoniste. Le prescripteur peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature. L'orthophoniste établit une demande d'accord préalable à la Caisse d'assurance maladie.

À la fin du traitement, une note d'évolution est adressée au prescripteur. Si à l'issue des 50 ou des 100 premières séances selon la pathologie, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un *bilan orthophonique de renouvellement* est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.

Le compte rendu de bilan est communiqué au service médical de la Caisse d'assurance maladie à sa demande. »

C. Orthophonie dans la surdité

Le rôle de l'orthophoniste est indispensable dans le handicap auditif chez l'enfant. Concernant l'adulte qui a déjà parfaitement entendu dans son passé, l'orthophoniste ne s'intéresse qu'aux personnes profondément handicapées par la surdité. En pratique, cela concerne les sourds sévères ou profonds dont l'aide auditive externe ou implantée ne suffit pas par elle-même à restaurer une boucle audiophonatoire correcte. L'orthophonie vise dans ces cas à mettre en œuvre tous les moyens et stratégies possibles pour permettre une meilleure utilisation des perceptions auditives dans un but de compréhension et de production du langage oral.

Le développement du langage dépend à la fois de capacités neurocognitives innées, probablement génétiquement déterminées, et d'une rencontre de l'enfant avec un environnement humain parlant. Processus actif au cours duquel l'enfant explore et expérimente le langage qui l'environne, l'acquisition du langage est conditionnée par l'intégrité :

- des organes phonatoires et de leurs commandes neuromusculaires ;
- des structures corticales et sous-corticales spécialisées dans diverses fonctions du langage ;
- de l'appareil auditif.

Le développement du cortex auditif spécialisé dans le langage est dépendant de la fonction auditive et ce, dans une période très précise. En pratique, si un enfant n'entend pas avant un certain âge — 5 ans étant une date charnière pour une aide auditive —, il ne sera plus possible de lui permettre d'acquérir un langage oral correct, quel que soit le moyen de réhabilitation auditive mis en œuvre. C'est pourquoi le dépistage auditif néonatal a toute son importance. C'est donc avant tout par un retard de langage ou un trouble de la phonation que le diagnostic de surdité est évoqué.

Le bilan orthophonique sert en premier lieu à préciser le retard de langage, son type, sa sévérité, et à envisager la prise en charge orthophonique adéquate. Même si devant toute altération du langage le médecin doit se poser la question de la surdité, il n'est pas rare de voir le diagnostic évoqué par l'orthophoniste après un bilan demandé par exemple en raison de difficultés scolaires.

Le rôle de la prise en charge orthophonique est d'aider l'enfant à rattraper son retard et à s'aider de tous les autres moyens pour mieux comprendre son environnement sonore. La lecture labiale prend un intérêt primordial. On peut s'aider d'un code spécifique formé avec les doigts positionnés à certains endroits autour de la bouche lors de la prononciation des mots pour permettre un déchiffrement plus facile et plus juste de la lecture labiale. Ce langage codé, le langage parlé complété (LPC), est d'une importance capitale en cas de surdité réhabilitée par implant cochléaire. On insiste actuellement sur la nécessité d'une rééducation orthophonique multimodale (auditive et visuelle, en particulier par signes) en cas de surdité.

Chez l'adulte devenu sourd, la prise en charge orthophonique sert à aider le patient à mieux comprendre ses interlocuteurs et à mieux appréhender le monde sonore environnant. L'aide auditive externe a fait tant de progrès que souvent l'orthophonie n'est requise qu'en cas de surdité profonde. Toutefois, même dans les stades de surdité moins importants, l'orthophonie se justifie, ne serait-ce que pour l'apprentissage de la lecture labiale, afin de rendre la compréhension plus facile, mais aussi dans le but de faciliter l'acceptation de la surdité et l'adaptation à la prothèse.

D. Troubles du langage écrit

On peut avoir à demander une prise en charge orthophonique devant des troubles du langage écrit : lecture, orthographe, écriture. On estime que 5 à 10 % des enfants scolarisés sont en échec scolaire à cause de cela. Il existe souvent un retard de langage associé, mais ce n'est pas obligatoire. Ces troubles se manifestent chez des enfants d'intelligence normale, indemnes de trouble sensoriel grave (audition et/ou vision) et de trouble neurologique ou psychologique primaire.

On parle de dyslexie en cas de problèmes d'apprentissage de la lecture avec confusion, inversion ou omission de lettres ; elle peut être liée à une mauvaise intégration auditive des sons. La dysorthographe concerne les troubles de l'acquisition des règles orthographiques, mais aussi de la transcription des sons. La dysgraphie est remarquée sur une écriture excessivement mauvaise. On rencontre également la dyscalculie qui est un trouble du raisonnement logicomathématique et peut s'accompagner du même type de confusions et d'inversions que dans la dyslexie mais cette fois-ci avec les chiffres.

En pratique, devant des difficultés d'apprentissage scolaire de ce type, il est bon d'une part de vérifier l'acuité et l'intégration auditive et, d'autre part, de demander un bilan orthophonique.

E. Cas d'enfants polyhandicapés

L'orthophonie s'inscrit dans une stratégie de prise en charge pluridisciplinaire, en développant tout moyen de communication avec le monde environnant, même en cas d'impossibilité de langage oral et/ou écrit, et même en l'absence de surdité périphérique. L'orthophoniste peut aider l'enfant et son entourage à utiliser un code de communication à base de gestes ou de pictogrammes par exemple.

L'orthophonie concerne donc tout type de handicap, mental, sensoriel ou moteur, lié ou non à un syndrome génétique.

F. Orthophonie dans les troubles pharyngolaryngés (dont la dysphonie)

Il y a dans ce cas une altération de la fonction laryngée et donc bien souvent de la déglutition. Soit le larynx est endommagé à la suite d'une chirurgie, soit sa mobilité est altérée.

Dans la paralysie laryngée, l'orthophoniste fait le bilan de l'atteinte phonatoire et met en route une prise en charge visant à compenser le défaut de mobilité unilatéral par l'autre côté. Le diagnostic précis de l'atteinte laryngée est indispensable et guide en partie la prise en charge orthophonique (position et tonicité de la corde vocale). En cas d'atteinte bilatérale, le rôle de l'orthophoniste est plus relatif. Dans l'atteinte fonctionnelle intermittente avec dysphonie spasmodique, l'orthophoniste aide le sujet à maîtriser sa phonation. Dans la mauvaise utilisation laryngée avec forçage vocal, le rôle de l'orthophoniste est indispensable pour que le patient puisse mieux utiliser sa voix et sa respiration, afin de ne pas entretenir la formation de nodules vocaux (*kissing nodules*). L'orthophonie doit encadrer tout geste de microchirurgie vocale à visée fonctionnelle.

Dans l'atteinte organique du larynx, après chirurgie le plus souvent, l'orthophonie est indispensable afin d'atteindre deux objectifs essentiels :

- une phonation audible ;
- une déglutition correcte en évitant au maximum les fausses routes.

La prise en charge orthophonique vise dans ces cas non seulement la mobilité du larynx restant, mais aussi la bonne coordination pharyngolaryngée lors de la phonation et surtout de la déglutition. Dans le cas extrême de la laryngectomie totale, l'orthophonie permet l'acquisition de la voix œsophagienne en utilisant la musculature du pharynx.

G. Orthophonie dans la dysphagie

En dehors d’altérations du pharyngolarynx, il peut y avoir des troubles de la déglutition. La prise en charge orthophonique peut aider dans la rééducation des troubles de la déglutition par défaut de synchronisation du carrefour pharyngolaryngé et du temps œsophagien.

H. Orthophonie dans l’atteinte vélopalatopharyngée et buccale

Elle est un soutien primordial pour l’acquisition correcte de la parole en cas de fente labiopalatine ou autre malformation vélopalatopharyngée, ou en cas de trouble fonctionnel vélopharyngé. La prise en charge orthophonique permet de faire face à une insuffisance vélaire avec rhinolalie (fuite d’air vers les fosses nasales lors de la phonation). Si une chirurgie réparatrice est envisagée, l’orthophonie est indispensable à la récupération fonctionnelle.

I. Orthophonie dans les atteintes neurologiques

Notamment après un accident cérébral, il peut exister des troubles complexes centraux, à la fois de la phonation et de la déglutition, par atteinte non seulement de la mobilité laryngée ou pharyngée, mais aussi par défaut de coordination pharyngolaryngée. La production de la parole peut aussi être altérée, de même que le langage. L’atteinte étant susceptible de récupération au moins partielle, l’orthophonie est une aide indispensable non seulement pour stimuler autant que possible la récupération, mais aussi pour aider le patient à s’adapter à son état instable à chaque étape de récupération s’il y a lieu.

L’orthophonie est en pratique indiquée en cas de :

- troubles neurologiques :
 - du langage (aphasie, démence, notamment maladie d’Alzheimer, vieillissement avec atteinte cognitive) ;
 - de la parole (dysarthrie) ;
 - de l’écriture (atteinte cérébrale neurovisuelle) ;
- dysphonie ;
- troubles de la déglutition.

III. Savoir prescrire la kinésithérapie

A. Introduction

Le kinésithérapeute est un professionnel de santé formé en trois ans après un concours (1 400 places réparties dans environ 30 écoles).

Le masseur-kinésithérapeute réalise des actes manuels et instrumentaux qui ont pour finalité soit de prévenir, soit de rétablir ou de suppléer à une incapacité fonctionnelle. Il est habilité sur prescription médicale à participer au traitement de nombreuses affections. Il est conduit, dans les limites de ses compétences, à pratiquer un bilan. Celui-ci comporte l'évaluation des déficiences et de l'incapacité fonctionnelle. Il permet d'établir un « diagnostic kinésithérapique » et de proposer des techniques de rééducation. La prescription de prise en charge relève du médecin qui peut à tout moment modifier celle-ci.

Il est précisé dans les textes réglementaires que le masseur-kinésithérapeute participe dans le cadre des pathologies otorhinolaryngologiques à la rééducation :

- vestibulaire des troubles de l'équilibre ;
- des troubles de déglutition isolés ;
- maxillofaciale.

B. Kinésithérapie et rééducation maxillofaciale

Elle est indiquée dans la dysfonction de l'articulation temporomandibulaire.

Les symptômes sont de deux ordres : douleurs et diminution de l'ouverture buccale. Les étiologies sont multiples : séquelles de traumatisme, séquelles chirurgicales, atteinte fonctionnelle.

L'objectif de la kinésithérapie est d'améliorer l'ouverture buccale en réduisant les contractures.

C. Kinésithérapie et paralysie faciale

Le handicap lié à une paralysie faciale périphérique est très anxiogène pour le patient. Le pronostic dépend de l'étiologie. Qu'il soit bon ou péjoratif, une prise en charge kinésithérapique est souvent indiquée. L'objectif est double : rééducation et aide psychologique.

La rééducation comporte :

- des massages faciaux à type de drainage lymphatique ;
- un travail par groupes musculaires (expression mimique).

Les contractions faciales globales et le travail en force sont proscrits. Cette rééducation a sa place tant au début de la paralysie qu'au stade des séquelles (contractures, syncinésies et spasme facial).

D. Kinésithérapie et rééducation vestibulaire

L'équilibre est une fonction complexe. Il fait appel à trois afférences sensorielles (vestibulaire, visuelle, proprioceptive). De leur concordance dépend un fonctionnement normal et inconscient de l'équilibre. Une atteinte de l'appareil vestibulaire entraîne un trouble de l'équilibre qui se traduit, entre autres, par des manifestations vertigineuses.

La rééducation vestibulaire a deux objectifs en fonction de l'origine des troubles :

- en cas de vertige positionnel paroxystique bénin : restaurer une fonction vestibulaire normale ;
- dans les autres cas : développer des suppléances visuelles et proprioceptives, diminuer les conséquences subjectives des manifestations vertigineuses.

1. Vertige positionnel paroxystique bénin

Le traitement du vertige positionnel paroxystique bénin (cause la plus fréquente de vertiges) n'est pas à proprement parler une technique de rééducation mais une thérapeutique. Il fait appel à une manœuvre libératoire destinée à déplacer les otolithes qui ont migré dans le canal semi-circulaire postérieur, le plus souvent.

Le patient ressent dans certaines positions (décubitus latéral ou lors de flexion-extension de la tête) une sensation vertigineuse intense et brève.

La manœuvre qui peut être réalisée par un kinésithérapeute, après avis médical, consiste à déclencher chez le patient allongé, la manifestation vertigineuse et à rapidement retourner le patient de l'autre côté afin de déplacer les otolithes et les faire « sortir » du canal semi-circulaire postérieur (manœuvre de Semont) (cf. figure 7.10 au chapitre 7).

2. Autres situations vertigineuses

Les buts recherchés sont :

- diminuer l'intensité, la durée, la fréquence des vertiges ;
- améliorer l'équilibre debout, à la marche ;
- diminuer des symptômes associés (nausées).

La rééducation est indiquée dans les situations suivantes :

- atteinte vestibulaire unilatérale, telle que névrite vestibulaire, section du nerf vestibulaire (par exemple après neurinome de l'acoustique) ;
- atteinte vestibulaire bilatérale ;

- troubles de l'équilibre de la personne âgée caractérisés par l'absence d'utilisation des informations vestibulaires souvent associée à une diminution des autres informations sensorielles (vision, proprioception, cinétose ou mal des transports).

Les techniques utilisées sont :

- stimulations à l'aide d'un fauteuil rotatoire qui agit sur la réflexivité des deux vestibules ;
- stimulations optocinétiques (projection de points lumineux en mouvement avec un patient debout) ; cette technique diminue une éventuelle dépendance visuelle et favorise les informations somatosensorielles ;
- plate-forme proprioceptive : le sujet est debout sur une plate-forme mobile ; l'objectif est de développer la proprioception en favorisant les informations somatosensorielles.

Ces différentes techniques sont associées à une prise en charge psychologique et un soutien psychologique qui permettent de dédramatiser la situation.

E. Kinésithérapie et chirurgie carcinologique cervicale

La réalisation d'un curage ganglionnaire associé à une radiothérapie est susceptible d'entraîner des troubles trophiques et éventuellement des lésions au niveau du nerf accessoire (XI^e paire crânienne). Ce traumatisme entraîne une douleur de l'épaule avec une difficulté à lever le bras en abduction. À l'examen, le haussement d'épaule est déficitaire et le décollement de la scapula anormal.

Le traitement associe la mise en place d'une attelle de suspension de l'épaule à visée antalgique ainsi que des techniques de compensation par les autres muscles. La récupération est souvent incomplète.

En dehors des lésions du nerf accessoire, le kinésithérapeute peut aussi intervenir afin de réduire et améliorer les œdèmes cervicofaciaux (séances de drainage lymphatique), mais aussi les brides cicatricielles séquellaires des divers traitements.