



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**



**Institut d'Orthophonie**  
**Gabriel DECROIX**

# **ANNEXES**

## **DU MEMOIRE**

En vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophonie  
présenté par :

**Elodie PRUDHOMME**

**Place de l'orthophoniste dans la rééducation  
de la déglutition des patients ayant bénéficié  
d'une chirurgie de la cavité buccale avec  
réparation par lambeau brachial externe.**

# Annexes

## Annexe 1 : DHI

|          | Jamais / Presque Jamais / Parfois / Presque Toujours / Toujours  | J | PJ | P | PT | T |
|----------|--|---|----|---|----|---|
|          | Je sens une gêne quand j'avale.....  | - | -  | - | -  | - |
| <b>D</b> | Les aliments restent collés ou bloqués dans ma gorge.....  | - | -  | - | -  | - |
| <b>O</b> | J'ai des difficultés à déglutir les liquides.....  | - | -  | - | -  | - |
| <b>M</b> | Je tousse ou je racle ma gorge pendant ou après les repas.....   | - | -  | - | -  | - |
| <b>A</b> | Je m'étouffe en mangeant ou en buvant.....   | - | -  | - | -  | - |
| <b>I</b> | Je sens des remontées de liquides ou d'aliments après les repas....  | - | -  | - | -  | - |
| <b>N</b> | J'ai du mal à mâcher.....  | - | -  | - | -  | - |
| <b>E</b> | Des aliments passent dans mon nez quand je bois ou quand je mange.....                                     | - | -  | - | -  | - |
| <b>S</b> | Je bave quand je mange.....  | - | -  | - | -  | - |
|          | J'ai mal à la gorge quand j'avale.....   | - | -  | - | -  | - |
|          | Mes difficultés pour avaler me rendent incapable de manger certains aliments.....                          | - | -  | - | -  | - |
| <b>D</b> | J'ai besoin de modifier la consistance des aliments pour pouvoir les                                       |   |    |   |    |   |
| <b>O</b> | avaler.....  | - | -  | - | -  | - |
| <b>M</b> | La durée des repas est allongée à cause de mes difficultés à   |   |    |   |    |   |
| <b>A</b> | avaler.....  | - | -  | - | -  | - |
| <b>I</b> | Je mange moins à cause de mes problèmes de déglutition.....  | - | -  | - | -  | - |
| <b>N</b> | J'ai faim ou j'ai soif après le repas.....   | - | -  | - | -  | - |
| <b>E</b> | Je suis fatigué(e) à cause de mes difficultés pour avaler.....   | - | -  | - | -  | - |
|          | Je perds du poids à cause de mes difficultés pour avaler.....  | - | -  | - | -  | - |
|          | J'ai peur de manger.....   | - | -  | - | -  | - |
| <b>F</b> | Je fais plus souvent des bronchites ou des infections pulmonaires depuis mes problèmes de déglutition..... | - | -  | - | -  | - |
|          | Je suis plus gêné(e) pour respirer depuis mes problèmes de déglutition.....                                | - | -  | - | -  | - |
|          | J'évite de manger avec les autres à cause de mes difficultés pour avaler.....                              | - | -  | - | -  | - |
|          | Mes problèmes de déglutition limitent ma vie personnelle et  |   |    |   |    |   |
| <b>D</b> | sociale.....   | - | -  | - | -  | - |
| <b>O</b> | Je suis ennuyé(e) par la manière dont je mange au moment des   |   |    |   |    |   |
| <b>M</b> | repas.....   | - | -  | - | -  | - |
| <b>A</b> | Manger devient un moment désagréable à cause de mes difficultés pour                                       |   |    |   |    |   |
| <b>I</b> | avaler.....  | - | -  | - | -  | - |
| <b>N</b> | Mes difficultés pour avaler me contrarient.....  | - | -  | - | -  | - |
| <b>E</b> | Je trouve que les autres ne comprennent pas mes problèmes de déglutition.....                              | - | -  | - | -  | - |
|          | Les gens semblent irrités par mon problème de déglutition.....   | - | -  | - | -  | - |
| <b>E</b> | Je suis tendu(e) quand je mange avec d'autres à cause de ma déglutition.....                               | - | -  | - | -  | - |
|          | Je suis honteux(se) de mon problème de déglutition.....  | - | -  | - | -  | - |
|          | Je me sens handicapé(e) à cause de mes difficultés pour avaler..   | - | -  | - | -  | - |

## Annexe 2 : EAT 10

### EAT-10 (Eating Assessment Tool) Détection des personnes à risques de symptômes dysphagiques

Nom: ..... Prénom: .....

Date: . / . / .....

Instructions :

répondez aux questions suivantes en remplissant le cadre avec le score attribué.

0 1 2 3 4  
aucun problème —————▶ de graves problèmes

1. Mes problèmes de déglutition m'ont causé une perte de poids
  2. Mes problèmes de déglutition m'empêchent de prendre mes repas à l'extérieur.
  3. Avaler des liquides me demande un effort supplémentaire.
  4. Avaler des solides me demande un effort supplémentaire.
  5. Avaler des pilules me demande un effort supplémentaire.
  6. Avaler est douloureux.
  7. Le plaisir de manger est affecté par mes problèmes de déglutition
  8. Quand j'avale, des morceaux restent dans ma gorge.
  9. Je tousse quand je mange.
  10. Je suis stressé quand je dois avaler.
- Score total:

Une score égal ou supérieur à 3 est anormal. Il faut en conclure que le patient est sujet à un symptôme dysphagique et qu'il faut prendre des mesures pour éviter les conséquences de ce symptôme.

Reference: 1. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (ET-10), *Annals of Otology Rhinology & Laryngology* 2008; 117(12):919-924.

## **Annexe 3 : QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE EORCT QLQ-H&N 35**

Parfois, les patients indiquent qu'ils ont les symptômes suivants ou les problèmes suivants. Veuillez indiquer la fréquence avec laquelle vous avez rencontré ces symptômes ou ces problèmes au cours de la semaine dernière. Répondez en encerclant le numéro qui s'applique le mieux pour vous.

1 = Pas du tout

2 = Un peu

3 = Assez

4 = Beaucoup

Au cours de la semaine passée :

1. Avez-vous eu mal dans la bouche ? 1 2 3 4
2. Avez-vous eu mal à la mâchoire ? 1 2 3 4
3. Avez-vous eu des douleurs dans la bouche ? 1 2 3 4
4. Avez-vous eu mal à la gorge ? 1 2 3 4
5. Avez-vous eu des problèmes en avalant des liquides? 1 2 3 4
6. Avez-vous eu des problèmes à avaler des aliments écrasés ? 1 2 3 4
7. Avez-vous eu des problèmes en avalant des aliments solides ? 1 2 3 4
8. Vous êtes-vous étouffé(e) en avalant ? 1 2 3 4
9. Avez-vous eu des problèmes de dents ? 1 2 3 4
10. Avez-vous eu des problèmes à ouvrir largement la bouche ? 1 2 3 4
11. Avez-vous eu la bouche sèche ? 1 2 3 4
12. Avez-vous eu une salive collante ? 1 2 3 4
13. Avez-vous eu des problèmes d'odorat ? 1 2 3 4
14. Avez-vous eu des problèmes de goût ? 1 2 3 4
15. Avez-vous toussé ? 1 2 3 4
16. Avez-vous été enroué(e) ? 1 2 3 4
17. Vous êtes-vous senti(e) mal ? 1 2 3 4
18. Votre apparence vous a-t-elle préoccupé(e) ? 1 2 3 4
19. Avez-vous eu des difficultés à manger ? 1 2 3 4
20. Avez-vous eu des difficultés à manger devant votre famille? 1 2 3 4
21. Avez-vous eu des difficultés à manger devant d'autres personnes ? 1 2 3 4

22. Avez-vous eu des difficultés à prendre plaisir aux repas ? 1 2 3 4
23. Avez-vous eu des difficultés à parler à d'autres personnes ? 1 2 3 4
24. Avez-vous eu des difficultés à parler au téléphone ? 1 2 3 4
25. Avez-vous eu des difficultés à avoir un contact social avec votre famille ? 1 2 3 4
26. Avez-vous eu des difficultés à avoir un contact social avec vos amis ? 1 2 3 4
27. Avez-vous eu des difficultés à sortir en public ? 1 2 3 4
28. Avez-vous eu des difficultés à avoir un contact physique avec votre famille ou vos amis ?  
1 2 3 4
29. Avez-vous éprouvé moins d'intérêt aux relations sexuelles ? 1 2 3 4
30. Avez-vous éprouvé moins de plaisir sexuel ? 1 2 3 4

Au cours de la semaine passée :

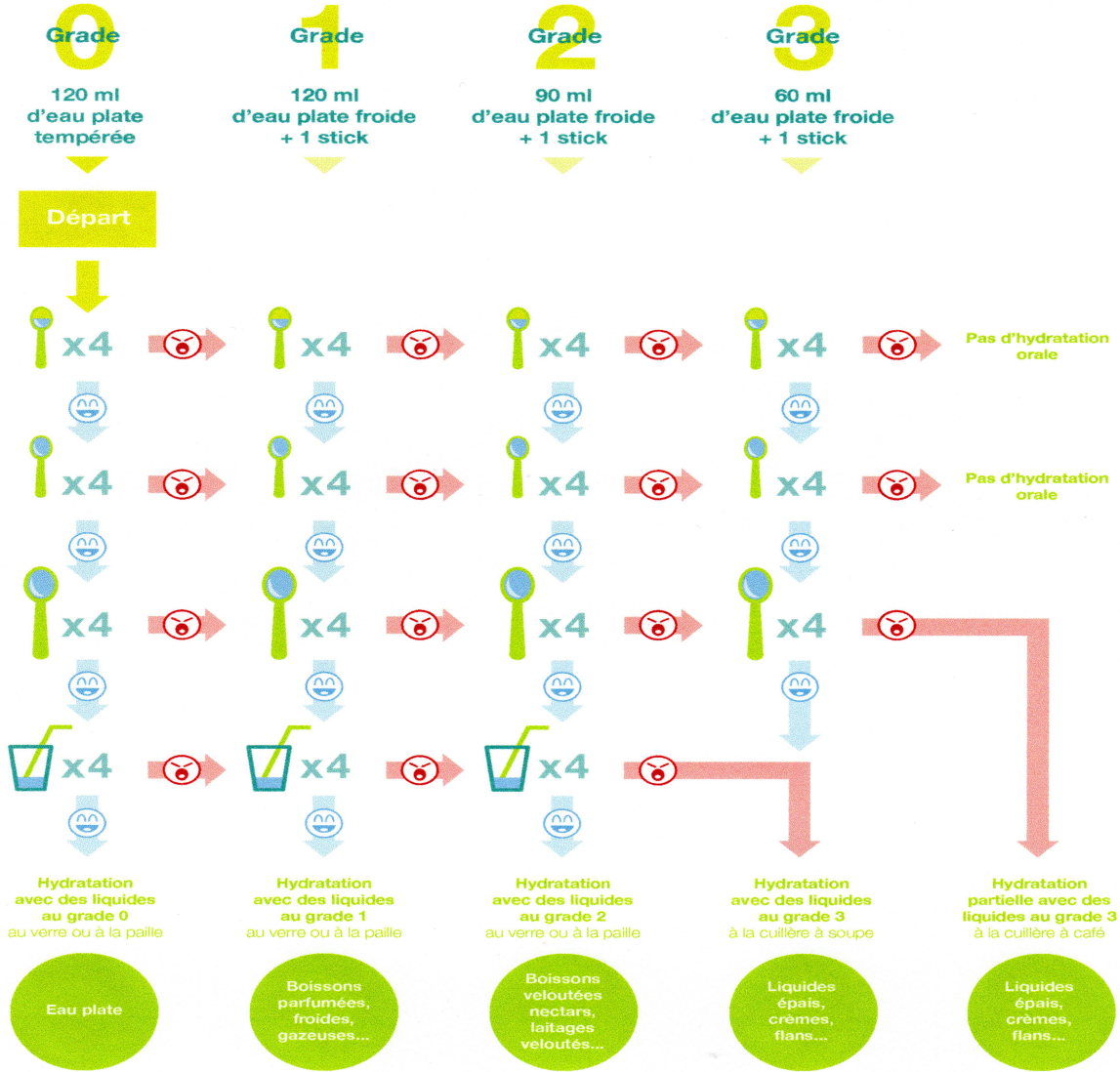
Non (1) Oui (2)

31. Avez-vous pris des anti-douleurs ? 1 2
32. Avez-vous pris des suppléments nutritionnels (à l'exclusion de vitamines) ? 1 2
33. Avez-vous utilisé une sonde d'alimentation ? 1 2
34. Avez-vous perdu du poids ? 1 2
35. Avez-vous pris du poids ? 1 2

## Annexe 4 : COLP-FR-G

|   |   |    |   |    |   |                        |   |   |                    |   |    |
|---|---|----|---|----|---|------------------------|---|---|--------------------|---|----|
| <b>COLP-FR-G</b>  |   |    |   |    | DATE DE L'EVALUATION : .... / .... / .... |                        |   |   |                    |   |    |
| <b>Contraintes</b>  | 0 | 1  | 2 | 3  | POSTURE                                   | TEXTURE                |   |   | QUANTITE           |   |    |
| <b>(temps) Oral</b>   | 0 | 1  | 2 | 3  | LEVRES                                    | JOUES                  |   |   | LANGUE             |   |    |
| <b>Laryngé</b>  | 0 | 1  | 2 | 3  | VOIX (qualité)                            | TOUX (aptitude)        |   |   | LARYNX (élévation) |   |    |
| <b>Pharyngé</b>   | 0 | 1  | 2 | 3  | REFLEXE (déglutition)                     | STASES (voix mouillée) |   |   | SPHINCTER V-P      |   |    |
| <b>Fausse-Route</b>   | N | Av | P | Ap |   |                        |   |   |                    |   |    |
| <b>(avis) Général</b>   | 0 | 1  | 2 | 3  | 4   | 5                      | 6 | 7 | 8                  | 9 | 10 |
| TEMPS DE DEGLUTITION (en secondes) : .....                            |   |    |   |    |   |                        |   |   |                    |   |    |
| REMARQUES : .....   |   |    |   |    |   |                        |   |   |                    |   |    |
| .....   |   |    |   |    |   |                        |   |   |                    |   |    |
| .....   |   |    |   |    |   |                        |   |   |                    |   |    |
| .....   |   |    |   |    |   |                        |   |   |                    |   |    |
| <b>C..... O..... L..... P..... FR..... G.....</b> (TEXTURE : .....) ) |   |    |   |    |   |                        |   |   |                    |   |    |

# Annexe 5 : TEST DE CAPACITE FONCTIONNELLE DE LA DEGLUTITIO





## Annexe 6 : GRILLE POUR L'ANAMNESE

NOM :  
PRENOM :

DATE D'EVALUATION :

POIDS :  
ORTHOPHONIE :

| 1 – ETAT BUCCO- DENTAIRE                   |     |     |
|--|-----|-----|
| MODIFICATION DU GOUT :                     | OUI | NON |
| MODIFICATION DE LA SALIVE :                | OUI | NON |
| MODIFICATION DE LA SENSIBILITÉ THERMIQUE : | OUI | NON |
| ABSENCE DE DENTS :                         | OUI | NON |

| 2 – FAUSSES-ROUTES                 |     |     |
|------------------------------------|-----|-----|
| FAUSSES-ROUTES AUX LIQUIDES :      | OUI | NON |
| FAUSSES-ROUTES AUX SOLIDES :       | OUI | NON |
| FAUSSES-ROUTES AUX SEMI-LIQUIDES : | OUI | NON |
| FAUSSES-ROUTES AUX DISPERSIBLES :  | OUI | NON |

| 3 – ADAPTATIONS                    |     |     |
|------------------------------------|-----|-----|
| SOLIDES (VIANDE) :                 | OUI | NON |
| SEMI-LIQUIDES (YAOURT / COMPOTE) : | OUI | NON |
| LIQUIDES EPAISSIS (SOUPES / JUS) : | OUI | NON |
| DISPERSIBLES (RIZ / PATE) :        | OUI | NON |
| MANOEUVRE PROTECTRICE :            | OUI | NON |
| COMPLEMENTS ALIMENTAIRES :         | OUI | NON |
| GASTROSTOMIE :                     | OUI | NON |
| POSTURE FACILITATRICE :            | OUI | NON |

|             |
|-------------|
| REMARQUES : |
|-------------|

## Annexe 7 : CLASSIFICATION DE JACOBSON

*Groupe 1* : Exérèse et reconstruction induant le plancher de bouche et la face ventrale de la langue ou la joue



*Groupe 2* : Exérèse et reconstruction incluant la partie antérieure de la langue et du plancher antérieur de bouche



*Groupe 3* : Exérèse et reconstruction incluant le mur pharyngé latéral et la voile du palais

