

PRISE en CHARGE du BAVAGE chez l'ENFANT en SITUATION de HANDICAP

Fiche destinée aux médecins, orthophonistes, infirmières, rééducateurs, aides soignants, éducateurs et tout professionnel s'occupant d'un enfant présentant un bavage.



> **DÉFINITION** : Le bavage est la manifestation d'une altération du contrôle de la coordination de la musculature oro-faciale à l'origine d'une accumulation excessive de salive dans la partie antérieure de la bouche, entraînant une perte non contrôlée de salive hors de la bouche (Blasco 1992). L'hyper salivation correspond à une hyperproduction de salive qui n'occasionne pas obligatoirement un bavage. Les enfants atteints d'un bavage ont rarement une hyper salivation (Tahmassebi, 2003).

Le bavage, habituel chez le nourrisson, peut devenir chez l'enfant plus âgé ou chez l'adulte une gêne sociale majeure en plus de problèmes d'hygiène, d'irritation cutanée...

> **CAUSES DU BAVAGE** : On peut observer un bavage quand le sujet souffre d'une hypotonie ou d'une paralysie de la sphère oro-bucco faciale, d'une dystonie, d'une dyspraxie bucco-faciale ou d'une absence d'automatisation de la déglutition.

Il peut exister des troubles sensitifs associés : hypoesthésie intra et péri-buccale (par exemple : perte de la perception du « mouillé » sur les lèvres et le menton par habitude). Chez les enfants atteints de paralysie cérébrale, le bavage est la conséquence d'une dysfonction de la motricité orale en particulier de l'enchaînement des différentes phases de la déglutition. Les anomalies les plus souvent retrouvées sont une perturbation de la phase primaire ou orale de la déglutition et du réflexe de déglutition. L'incoordination des mouvements de langue empêche l'orientation de la salive de la partie antérieure de la bouche vers l'oropharynx.

D'autres facteurs sont décrits comme aggravants : la position de la tête (inclinée vers le bas), la morphologie des maxillaires, l'occlusion labiale insuffisante et les pathologies ORL, en particulier l'hypermotricité amygdalienne.

Une **ÉVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE** est nécessaire impliquant l'orthophoniste, le médecin de rééducation, le pédiatre et si nécessaire le chirurgien ORL et maxillo-facial en collaboration avec la famille

I. ÉVALUATION ET EXAMEN CLINIQUE DE L'ENFANT

> **OBSERVATION** :

- Position de la bouche au repos : fermée, ouverte, protrusion de langue ?
- Comportement : met fréquemment des objets à la bouche ?
- Examen de la déglutition spontanée ou lors de la prise d'aliments ou de boissons : est-elle inefficace ou anormale ?

- la déglutition est-elle effectuée à la suite de l'aspiration, dans quel délai ?
- y a-t-il interposition linguale, recul ou montée de la base de langue ?
- quel est le nombre de tentatives nécessaires ?
- est-ce qu'il y a des fausses routes ?

• Observation de la vidange salivaire : la vidange salivaire des différents réservoirs est-elle possible ? Si oui selon quelles modalités : fermeture bilabiale, labiodentale, nombre de tentatives, force de l'aspiration nécessaire, mouvements anarchiques, trop lents, exagérés...

- Comportement de l'enfant face au bavage :
 - aspire et avale la salive quand la lèvre est mouillée ?
 - s'essuie ?

- Quelle est la position de la tête au moment de la déglutition ?
- L'installation assise prend-elle bien en compte l'éventuelle mauvaise tenue de tête ?

> **EXAMEN CLINIQUE** :

- Examen ORL : amygdales volumineuses ? végétations ? palais ogival ?
- Examen dentaire : articulé dentaire, occlusion buccale, caries, gingivite, tartre ; avis en stomatologie ou auprès d'un dentiste en cas d'anomalies ;
- État cutané muqueux péri buccal ;
- Examen des praxies bucco-linguo-faciales ;
- Examen des productions sonores ;
- Examen de la sensibilité intra-buccale.

Rechercher avant tout début de prise en charge l'hypersensibilité du réflexe nauséux dont la persistance éventuelle oriente la rééducation (prise en charge préalable à celle du bavage nécessaire).

> **ÉVALUATION qualitative et quantitative** : La sévérité du bavage et les effets éventuels de différentes thérapeutiques, se jugent sur l'aspect quantitatif mais aussi sur les conséquences sociales et affectives.

I.1 EN PRATIQUE CLINIQUE, ON ÉVALUE :

- La quantité des pertes salivaires : stase dans le sillon gingival ; lèvre mouillée ; menton mouillé ; vêtement mouillé, nécessitant ou pas le port d'une protection (si oui, combien de changes/jour).
- Les circonstances : intermittent (à quelle fréquence, à quels moments de la journée : la nuit ? au repas ? selon l'état général...) ; permanent ; fuite latérale préférentielle ?
- L'existence de facteurs aggravants : éruption dentaire ; obstruction des voies aériennes supérieures ; tâches mobilisant l'attention ; comportements (mains ou objets portés à la bouche) ; traitements myorelaxants qui accentuent l'hypotonie de la face.

- Les conséquences sociales : regard des autres, réactions de l'entourage et des professionnels ; souffrance de l'enfant et de ses proches par rapport au bavage...

- La motivation de l'enfant et/ou de l'entourage pour un traitement : comment vit-il avec ce bavage, dans quelles circonstances cela le gêne-t-il, souhaite-t-il essayer d'y remédier ? Quelle est la tolérance des parents (qui essuient beaucoup, commentent ou ne réagissent pas) ?

I.2 ÉCHELLES D'ÉVALUATION

Trois échelles validées traduites en français évaluent le bavage et ses conséquences sociales :

- *Drooling Impact Scale questions for carers* (Reid, 2008). Téléchargeable sur www.r4p.fr
- *Drooling rating scale - DRS* (Suskind, 2002). Téléchargeable sur www.r4p.fr
- *Blasco Index to measure drooling* (Blasco, 1992).

Blasco Index to measure drooling

- 0 pas de bavage
- 1 bavage léger : seules les lèvres sont mouillées par la salive qui ne dépasse pas le bord vermillon
- 2 bavage moyen : la salive atteint les lèvres et le menton
- 3 bavage important : le bavage est sévère et les vêtements sont mouillés

II. LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

> **OBJECTIFS** : Réduction du flux salivaire, amélioration des interactions sociales, de l'estime de soi et de l'hygiène et diminution du nombre d'infections pulmonaires et d'hospitalisations en cas de fausses routes associées.

Il est important de fixer avec l'enfant et les parents **les objectifs du traitement clairs et réalistes**. On peut espérer chez certains enfants que le bavage disparaisse mais le résultat est souvent incomplet. Il faut garder une certaine tolérance devant ce trouble : le sujet ne peut pas, le plus souvent, se concentrer sur sa bouche et sur une autre activité. Le comportement de l'enfant peut minorer l'impact de toute intervention, comme le port répété de la main ou des objets à la bouche.

Les différentes thérapeutiques devront être mises en œuvre après évaluation du rapport bénéfices/risques pour l'enfant.

II.1 GUIDANCE ET RÉÉDUCATION

Une prise en charge précoce des troubles est probablement un facteur important pour l'efficacité de la rééducation.

Il faut s'assurer au préalable de la bonne tenue de tête lors de la station assise. Pour l'enfant bénéficiant d'une aide à la station assise avec le tronc incliné en arrière la tête doit être redressée avec un appui nuque enveloppant.

> **INDICATION** : Toute personne ayant une plainte (le patient ou son entourage). Une guidance ou une rééducation devrait être proposée de façon systématique à toute personne présentant un bavage.

> **CADRE** : En libéral, en institution, dans un service hospitalier ou en structure de soins. Ce travail doit s'inscrire dans le quotidien du patient, au moins deux fois quelques minutes par jour pour la partie « technique ». Il est important de définir les rôles de chacun, notamment lorsque l'enfant est en institution. Il est important de trouver des personnes « relais/soutien » sans pour autant multiplier les intervenants (3 personnes différentes au maximum réaliseront les massages intra buccaux).

> **MISE EN ŒUVRE** : L'orthophoniste va informer, initier et guider le travail, mais ne pourra en aucun cas se substituer aux proches qui seuls pourront assurer des sollicitations pluriquotidiennes. L'orthophoniste peut intervenir à différents niveaux selon l'âge de l'enfant et l'importance du trouble.

En fonction de l'âge de l'enfant, de ses capacités et de l'importance du trouble :

- en première intention, des **stimulations axées autour de l'éveil/plaisir**, visent à développer, renforcer l'intérêt de l'enfant pour la nourriture grâce à des informations multi sensorielles
- ensuite, une intervention plus « technique » de **stimulations intra buccales** : touchers légers, cryothérapie, et
- des exercices bucco faciaux (praxies, souffle, grimaces, travail contre-résistance) pour tonifier et mobiliser les lèvres, la langue, les joues...

Le **rythme** des rencontres avec l'orthophoniste est défini au cas par cas : en général on propose 3 ou 4 séances rapprochées sur un mois pour « impulser » le travail, puis une prise en charge au long cours sous forme de guidance (rythme mensuel).

La **durée de la rééducation** dépend de la gravité du phénomène, du comportement, de la motivation et des stimulations réellement mises en place. Il paraît raisonnable d'attendre au moins 6 mois avant de mesurer l'impact du travail, et

un an avant d'envisager d'autres types d'action. Plus l'enfant est âgé en début de rééducation, plus long sera le délai avant de pouvoir objectiver un changement.

Une fiche conseil à l'intention des parents et des proches est téléchargeable sur www.r4p.fr. Cette fiche s'adresse à toutes les personnes qui s'occupent de l'enfant. Elle ne peut se substituer aux professionnels, mais fait office d'aide-mémoire. Elle donne des informations sur le bavage et détaille les interventions et les exercices à faire. Cette fiche peut-être personnalisée selon les besoins.

II.2 TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DES PERTES SALIVAIRES

La **SCOPOLAMINE** est le principal traitement médicamenteux. C'est un inhibiteur par compétition des récepteurs muscariniques de l'acétylcholine. Prescrit en prévention du mal des transports, il n'a pas l'AMM pour la réduction des fuites salivaires. Son usage est théoriquement réservé à l'enfant de plus de 15 ans. En pratique, le **SCOPODERM TTS®** est utilisé chez le jeune enfant dès l'âge d'un an pour la réduction des pertes salivaires et de l'encombrement bronchique et pharyngé (revue de la littérature et pratiques professionnelles).

Les effets du patch apparaissent 6 à 12 heures après l'application et durent 3 jours. La dose délivrée est plus élevée pendant les 24 premières heures. Le patch est placé derrière l'oreille, en peau glabre et saine. Au bout de 72 heures, retirer le patch et placer le patch suivant derrière l'autre oreille. En cas de décollement spontané du patch, remettre en place un nouveau dispositif. Bien se laver les mains après manipulation du patch afin de ne pas s'exposer à un passage du produit au niveau des yeux de la personne qui a placé le timbre. Nettoyer la peau après retrait du patch.

Les effets secondaires sont identiques à ceux des anti cholinergiques, mais avec une fréquence moindre. Ils peuvent persister 2 à 8 jours après avoir retiré le patch du fait de l'accumulation du produit dans la peau.

Les plus fréquents sont : sécheresse de la bouche qui est ici l'effet recherché (2/3 des sujets) ; somnolence (1/4 des sujets) ; troubles de l'accommodation : mydriase (unilatérale lorsque des traces de la substance active restées sur les doigts viennent au contact de l'œil) et/ou vision trouble. Plus occasionnellement on rencontre : des effets neurologiques (confusion, agitation, hallucinations, excitation, irritabilité, troubles de mémoire, insomnie, fatigue, vertiges) ; dysurie ; intolérance cutanée locale ; rash généralisé ; hyperviscosité des sécrétions bronchiques ; constipation ; réduction de la transpiration (augmente la sensibilité à la chaleur).

Les effets secondaires sont fréquents mais souvent bénins et toujours réversibles.

Le patch peut être porté au long cours ou au contraire pour une « grande occasion » après avoir fait au préalable un essai de tolérance. Si le port du timbre de scopolamine se fait au long cours, prévoir des lunettes solaires à l'extérieur et si nécessaire corriger la vision en raison du trouble accommodatif.

La posologie est individuelle (variations d'absorption et de métabolisme) et doit être déterminée en fonction de l'efficacité sur le symptôme « bavage » et sur la tolérance.

Commencer par un quart ou une demi-dose, c'est-à-dire la surface d'un quart ou d'un demi-patch. **LE TIMBRE LUI-MÊME NE DOIT JAMAIS ÊTRE DÉCOUPÉ NI OUVERT** (c'est un réservoir et il existe un risque de surdosage).

Une réduction de la dose est obtenue en réduisant la surface de diffusion : laisser en place 3/4 ou 1/2 de l'opercule protecteur. La bonne adhérence du patch à la peau est assurée en posant un film type OPSITE® par-dessus.

Pour réduire la dose, une autre technique consiste à poser le patch à cheval sur un film imperméable type OPSITE®.

Ce patch délivré sur ordonnance n'est pas remboursé par la sécurité sociale, mais son financement peut se faire à travers l'AAEH.

Prix : environ **40 euros** la boîte de 5.

Il existe moins de publications pour conseiller l'utilisation de l'ARTANE® (trihexyphenidyl).

Chez l'adulte, l'atropine est couramment utilisée.

II.3 INJECTIONS DE TOXINE BOTULIQUE DANS LES GLANDES SALIVAIRES

> **INDICATIONS** : Les indications des injections de toxine botulique sont les pertes salivaires excessives entraînant des conséquences sur l'état de santé ou l'intégration sociale après échec, intolérance ou insuffisance des thérapeutiques non chirurgicales.

L'indication doit être posée par une équipe pluridisciplinaire et les injections doivent être pratiquées par une équipe expérimentée disposant d'un plateau technique adapté dans des conditions de sécurité maximale.

Les injections de toxine botulique chez l'enfant sont hors AMM, les doses et les modalités sont discutées dans la littérature.

Les injections de toxine botulique dans les glandes salivaires ne devraient pas être pratiquées chez l'enfant de moins de 6 ans.

Une évaluation doit être réalisée un mois après l'injection et comparée à l'évaluation pré-injection.

> **ASPECTS PRATIQUES** : Une vidéo montrant des injections de toxine est disponible sur <http://arneau.univ-lyon1.fr/>.

Les injections de toxine botulique sont réalisées selon des procédures bien définies :

- sous anesthésie générale chez l'enfant ou sous EMLA® et KALINOX® si l'enfant réagit bien à cette technique ;

- sous anesthésie locale ou KALINOX® chez l'adulte si la première injection est ressentie comme douloureuse ;

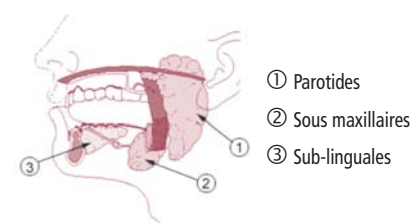
- sous repérage per-échographique **obligatoire**, aseptie et gel stérile.

L'injection concerne les glandes parotides et/ou sous maxillaires et peut être répétée tous les 3 mois. Avant l'injection, une information éclairée, orale et écrite, est donnée à la famille, détaillant les principales contre indications et effets secondaires et la conduite à tenir en cas de complications. Le consentement signé de la famille est obligatoire. À l'issue de l'injection, le compte rendu est remis en main propre avec le nom du produit injecté, la dose et numéro de lot avec date de péremption, le nom du médecin et le numéro de téléphone du service qui a réalisé les injections.

> **EFFETS SECONDAIRES** : Réaction allergique générale, douleur ou brûlure localisée au point d'injection, sécheresse buccale, apparition ou aggravation des troubles de la déglutition (pouvant nécessiter la mise en place d'une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie), affaiblissement de la voix, apparition ou aggravation des troubles de l'articulation/de la parole, paralysie faciale périphérique, hématome au point d'injection, chute du maxillaire, saignement, syndrome pseudo-grippal, parotidite.

II.4 RECOMMANDATIONS POUR LA CHIRURGIE DU BAVAGE

La chirurgie du bavage doit être confiée à des équipes expérimentées. Cette chirurgie intéresse les trois glandes salivaires sécrétrices. Les glandes sous maxillaires sont responsables de la salive « de repos ». Les glandes sublinguales sont situées à proximité des glandes sous maxillaires dans le plancher buccal et contribuent également à la production de la salive « de repos ». Les glandes parotides sont plutôt responsables de la salive dite « d'effort », leur sécrétion augmentant notablement au moment des repas.



95 % de la salive est produite par les 3 glandes principales dont 70 % par les glandes sous maxillaire, 20 % par les glandes parotides et 5 % par les glandes sublinguales. 5 % de la salive est produite par les glandes salivaires mineures et directement déversée dans la bouche.

Figure 1. Les trois glandes salivaires principales

> **LES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX REPOSENT SUR DEUX PRINCIPES** :

- L'ablation des glandes sous maxillaires et sublinguales. La parotidectomie présente un risque de paralysie faciale.

- La ligature ou dérivation des canaux de Wharton (sous maxillaires) ou de Sténon (parotide).

Ces ligatures entraînent des poussées salivaires itératives avec souffrance du parenchyme salivaire ce qui entraîne une atrophie de la glande et donc un appauvrissement de la sécrétion salivaire. Ces poussées fluxionnaires provoquent des douleurs qui doivent être traitées par des antalgiques. Les dérivations consistent à dévier en arrière les canaux de Wharton et/ou de Sténon depuis son émergence sous la langue au niveau du plancher antérieur vers la base de langue pour faciliter l'écoulement postérieur de la salive.

> **INDICATIONS** : Après évaluation pluridisciplinaire et refus ou échec des autres thérapeutiques non chirurgicales.

> **AVANTAGES** : Thérapeutique en un temps, pratiquée sous anesthésie générale. Efficacité immédiate et sur le long terme.

> **INCONVÉNIENTS** : Effets non réversibles sur la sécrétion salivaire : parodontopathies et caries sur le long terme par défaut de salive. Avec l'âge, des difficultés d'alimentation en cas d'hyposialie majeure peuvent survenir.

Les poussées de parotidites répétées sont systématiques après ligature des canaux parotidiens.

Il est possible de proposer une chirurgie en plusieurs étapes : par exemple sous maxillectomie bilatérale dans un premier temps associée secondairement à la ligature des canaux parotidiens ou injection de toxine botulique.

> **COMPLICATIONS POSSIBLES** : En cas de ligature des canaux salivaires, des dilatations kystiques (ranula) peuvent survenir secondairement et se sur infecter. Ces complications ne peuvent être traitées que chirurgicalement.

L'ablation des glandes sous maxillaires expose à un risque d'atteinte du rameau mentonnier du nerf facial avec majoration du bavage par l'incompétence labiale qu'elle génère (risque évalué à 1 % des interventions).

Pour en savoir plus : - « Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition » C. SENEZ, SOLAL, 2002

- Références bibliographiques disponibles sur www.r4p.fr

- Fiche conseil pour les parents disponible sur www.r4p.fr

Ce travail est issu d'une collaboration pluri professionnelle réalisée à partir d'une revue de la littérature

Cette fiche a été rédigée par Marie-Charlotte D'ANJOU, Marie BARILLEC, Françoise COMBE, Frédéric FAURE, Claire MUGNIER, Nadia VANDENBERGHE, Carole VUILLEROT avec l'aide du groupe de travail « bavage » multidisciplinaire R4P :

Marie-Eve BEGON, Amélie BIGAND, Claire CHABLOZ, Emmanuelle CHALEAT VALAYER, Anne COHADE, Anne DEMANGE, Laetitia FRANC, Edith FRERY, D. HELOIR, Monique LACHAMP, Maria LAURENT, Isabelle MANET, Françoise RAISSON, Elisabeth SANTAELLA, Nelly SINGIER, Giovanna SOAVE.

Version validée par le groupe de lecture R4P : Carole Bérard et Claire Chabloz