

Troubles de la déglutition chez le sujet âgé en situation palliative

La prise en charge terminale des sujets âgés nous confronte souvent à des questions très concrètes dans le champ de l'alimentation orale. Ce patient peut-il encore manger ? Avec quel plaisir ? Quels risques ? Quels types d'aliments ? Cette fiche pratique se veut être une aide pour le praticien et les soignants qui souhaitent évaluer les risques et les possibilités du patient dans ce domaine afin de prendre les décisions les plus adaptées à la situation. Ne pas priver le malade d'un plaisir oral encore possible, sans prendre de risque inconsidéré de provoquer des fausses routes est l'objectif principal de cette synthèse clinique. L'ensemble des mesures proposées dans cette fiche vise en outre à éviter les poses injustifiées et/ou inadaptées de sondes d'alimentation. (voir fiche « réévaluation pose GPE »).

Fausse route ou inhalations bronchiques

Définition : passage de liquides ou aliments dans les voies aériennes supérieures

Détection / Signes cliniques d'alertes :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> toux lors de la déglutition | Si oui : <input type="checkbox"/> en début de repas <input type="checkbox"/> en fin de repas (fatigabilité pharyngée) | <input type="checkbox"/> avec salive <input type="checkbox"/> avec les liquides <input type="checkbox"/> avec les solides <input type="checkbox"/> avec liquides et solides |
|--|---|--|
- gêne respiratoire (dyspnée), apnée ou cyanose lors de la déglutition
- voix mouillée ou rauque après plusieurs bouchées ou à distance du repas ou de la prise de boisson
- pneumopathies à répétition et/ou bronchites chroniques
- gêne ou douleur à la déglutition
- amaigrissement et dénutrition et/ou déshydratation inexplicables
- régurgitation par le nez
- toux nocturne
- odeur buccale désagréable
- bavage, crachats et salive excessive (car non déglutie)
- raclement de gorge fréquent
- bruit anormal pendant ou après le repas
- allongement du temps de repas
- angoisse au moment du repas (peur d'étouffer) et/ou refus de participer à des repas en commun
- sélection ou exclusion de certains aliments ou consistances d'aliments et/ou diminution des quantités ingérées

Contextes à risque (pathologies causales et facteurs favorisants) :

- Troubles de la vigilance (sommolence, fatigue)
- Troubles praxiques (difficulté pour se servir, manger, mâcher ou avaler),
- Troubles de la posture (hyperextension de la nuque, position allongée...),
- Maladie neurologique dégénérative (Démence, SLA, SEP, Parkinson...),
- Pathologie vasculaire cérébrale (Démence, post-AVC),
- Affections sphère ORL (Cancer ORL ou voies digestives hautes, diverticule Zencker),
- Sonde naso-gastrique en place,
- Affections musculaires (myopathies, polymyosites),
- Iatrogénie :
 - myopathies (corticoïdes, colchicine, ...)
 - hyposensibilité endobuccale (stomatite toxique, soins de bouche à la xylocaïne)
 - sècheresse muqueuse (Oxygène, antidépresseurs, anticholinergiques, morphiniques...)
 - diminution du niveau de conscience (benzodiazépines, neuroleptiques, antiémétiques, antihistaminiques)
- Reflux gastro-oesophagien (premier ou favorisé par une sonde naso-gastrique en place),
- Mycose oro-pharyngée (douleur et hyposensibilité endo-buccale),
- Mauvais état bucco-dentaire et troubles masticatoires (prothèses inadaptées, hygiène),
- Dyspnée sévère (temps d'apnée raccourci).

Evaluation des risques :

En contexte palliatif seule l'évaluation clinique paraît justifiée, d'autant que le diagnostic étiologique ne change que peu les attitudes thérapeutiques choisies. Pour trouver la meilleure prise en charge des troubles de déglutition en fin de vie il est nécessaire de faire une évaluation (rapide/simple) des possibles origines pour ne pas priver le patient d'options encore possible dans son cas.

Les 2 tests cliniques d'évaluation des capacités de déglutition simplifiés présentés peuvent aider à obtenir des précisions et certains repères pour la prise en charge. Ils permettent d'évaluer les capacités à déglutir les différentes textures. Ils sont réalisables uniquement chez un patient coopérant, sans trouble de vigilance, en position assise buste droit ou légèrement en arrière (maximum 30°).

Matériel nécessaire :

Un verre d'eau, une cuillère à café, une cuillère à soupe, de l'eau gélifiée standard, (ou une compote de pomme sans morceaux ou un yaourt nature), un aliment mixé (sans morceaux ni fibres), et une serviette de table.

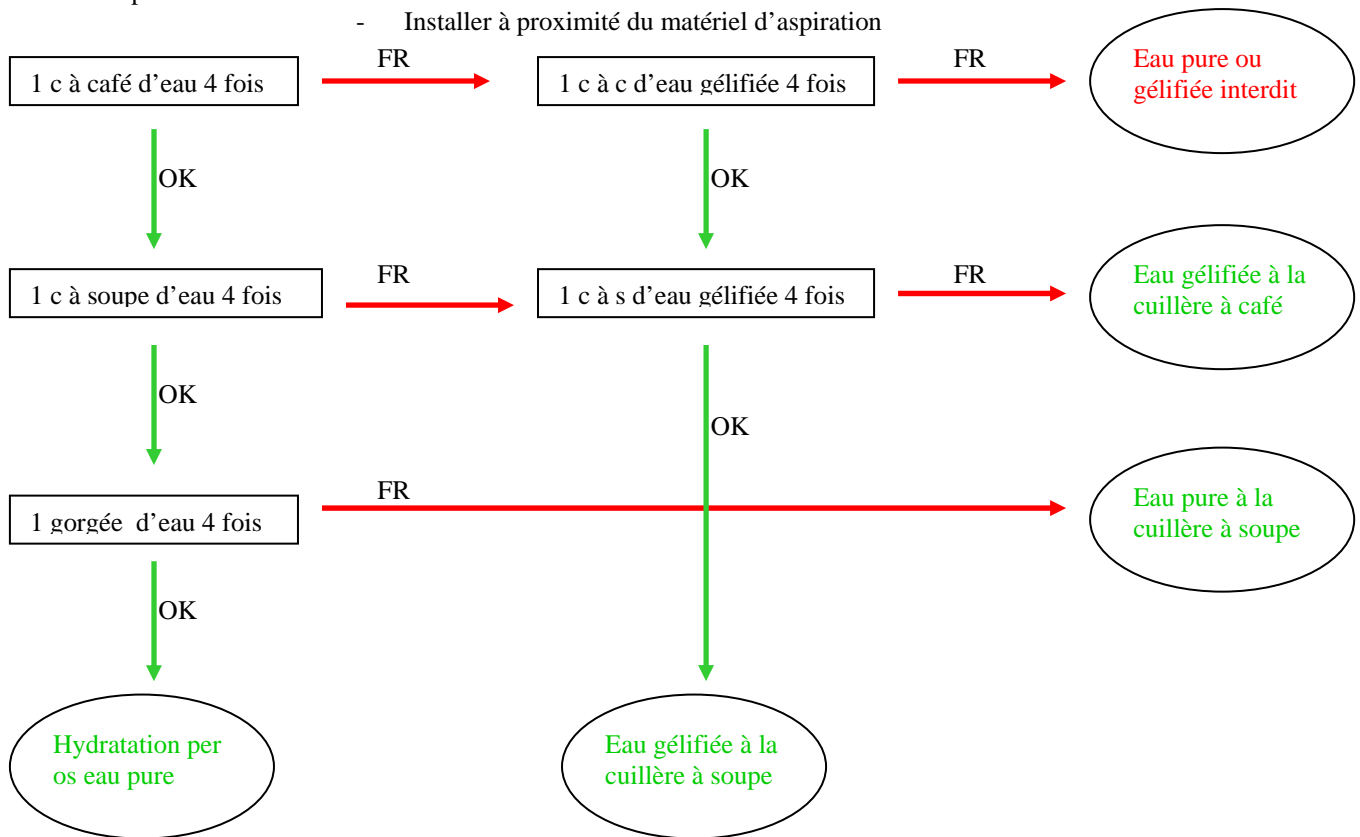
On va donner au patient progressivement différentes textures à déglutir en petite quantité en commençant par une cuillère à café d'eau et en évaluant le déclenchement de fausses routes (FR) identifiées (toux juste après la bouchée ou 1 minute après) ou encore un doute sur le bon passage dans l'œsophage (voix mouillée ou rauque/ bavage / bruits anormaux / gêne respiratoire ou autre signe de malaise). Il est nécessaire de bien appuyer sur la langue avec la cuillère pour déclencher le réflexe archaïque de déglutition.

Tests de capacité fonctionnelle de la déglutition

TESTS A L'EAU

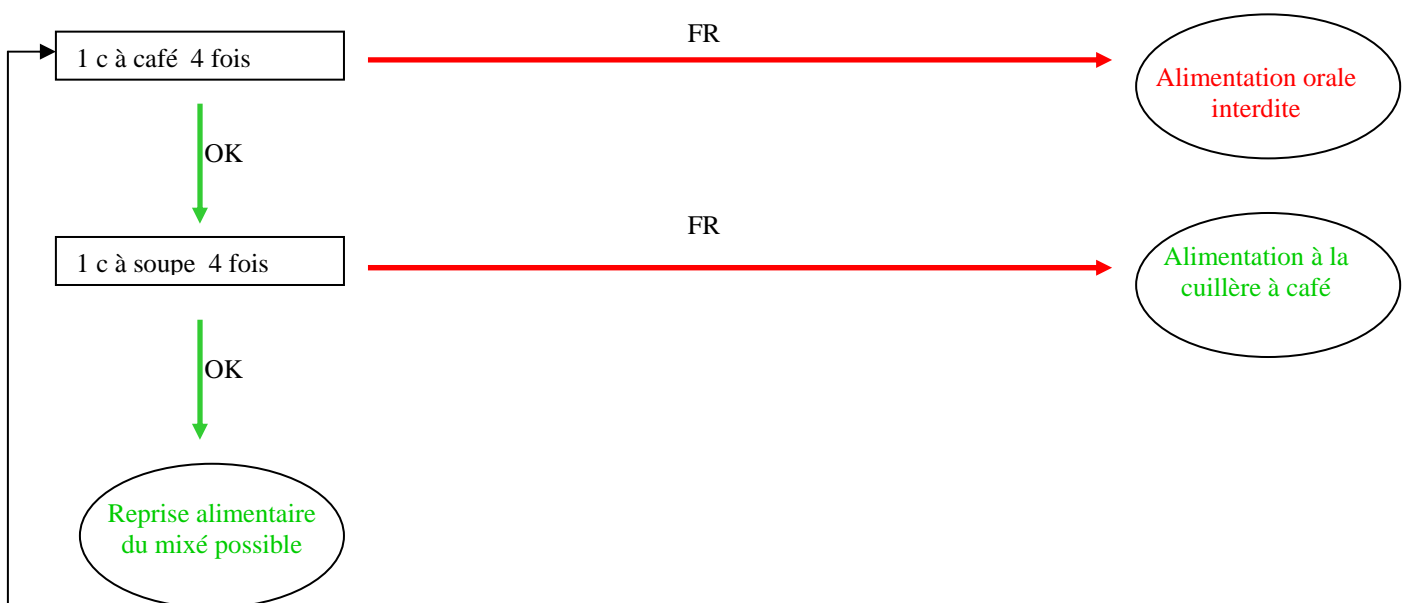
Au préalable :

- Réaliser un soin de bouche
- Installer à proximité du matériel d'aspiration



Tests de capacité fonctionnelle de la déglutition

TESTS AVEC ALIMENTS MIXES



Eventuellement renouveler le test avec du mouliné

Recommandations de prise en charge :

Etat oral :

- Vérifier que la bouche est hydratée et propre.
- S'assurer que les prothèses dentaires sont en place et adaptées et si problème, les enlever.

Position du patient:

- Assise, buste droit ou légèrement vers l'arrière (maximum 30 °) et menton fléchi sur la poitrine (un coussin placé dans le dos et une tablette pour s'accouder peuvent aider).
- Si un soignant aide le patient, il se doit d'être assis au même niveau pour éviter au patient de lever la tête.
- Interdire : la tête en arrière (moins de protection des voies aériennes).
- Si hémiplégie : possibilité de tester l'efficacité de la rotation de la tête vers côté malade.

Environnement :

- Cadre plaisant.
- Respecter le temps nécessaire au repas (pause d'au moins cinq secondes entre chaque bouchée).
- Calme et absence de distraction (télé et radio éteinte).

Adaptation des textures et des aliments :

- Privilégier les aliments et boissons stimulant la sensibilité endo-buccale : sel, poivre, acide, boissons pétillantes ou aromatisées, températures fraîches (froid, chaud).
- Interdire : eau à température ambiante.
- Eviter certains aliments très fibreux (salade) ou en graines (coucous, riz) ou à texture enveloppante/collante (purée compacte).
- Si fatigabilité (toux après 5 à 10 bouchées/ fin repas): diminuer les quantités et fractionner les repas.
- Si nécessité d'enrichissement nutritionnel possibilité d'introduire dans la préparation des ingrédients riches (jaune d'œuf, crème, beurre, lait en poudre, fromage râpé...).

Matériel :

- Ustensiles adaptés : petite cuillère, cuillère à dessert, verre avec encoche nasale ou à grande ouverture, paille si aspiration maîtrisée, tasse à large ouverture avec anse (type mug).
- Interdire l'usage de : verres canard (qui restent utiles pour faire boire un patient allongé qui ne présente pas de fausses routes), verre à petite ouverture, cuillère à soupe.

Mode d'alimentation :

- Petites bouchées.
- Latence de 5 à 10 secondes entre deux bouchées.
- Positionnement des aliments au milieu de la langue (ou sur coté sain si hémiplégie de face), pression de la cuillère sur la langue.
- En cas d'apraxie stimuler par des conseils («mâchez, appuyez fort la langue en haut et en arrière sur le palais, avalez »).
- Vérification de la déglutition de chaque bouchée (+/- demander d'avaler à vide).
- Vérification de l'absence de résidus alimentaires dans la bouche en fin de repas.
- Si possible, ne pas recoucher le patient avant 30 minutes.
- Si difficulté à la prise des médicaments : favoriser les formes adaptées avec accord du médecin (oro-dispersible, ouverture des gélules, piler les comprimés, solutions buvables, suppositoires, sous-cutané).

Annexes

Manœuvre de désobstruction de Heimlich :

Cette manœuvre, dont le but est de déclencher le réflexe de toux et l'expulsion de ce qui a été inhalé, en attendant d'éventuels secours, est précédée de 5 claques sèches dans le dos.

Patient debout ou assis:

Se positionner derrière le patient, mains posées juste en dessous du sternum (poings serrés qui se tiennent l'un l'autre), pratiquer une pression vers l'arrière et le haut (vers le diaphragme), renouveler 5 à 6 fois la pression si le corps étranger ne sort pas.



Examen clinique d'évaluation des risques de fausses routes:

- **Test du temps oral** (évalue le maintien en bouche et la mastication) :
 - Faire porter la langue aux 4 points cardinaux, fermer et ouvrir la mâchoire, bouger la mandibule de gauche à droite, gonfler les joues et siffler, claquer la langue.
 - **Si trouble de la mastication** : favoriser les textures molles (fruits cuits, poissons.)
 - **Si problème de maintien en bouche** : ralentir le bol alimentaire en choisissant des textures mixées et/ou épaissies
- **Test du mouvement du voile du palais** (protection des inhalations par le nez) :
 - Faire dire : « aah-en-aah-en » plusieurs fois.
 - **Si difficultés** : prévenir le risque d'inhalation par le nez et/ou de fausses routes secondaires en évitant les liquides et en choisissant des textures épaissies.
- **Test du temps pharyngo-laryngé** :
 - Poser le pouce sur l'articulation temporo-mandibulaire, l'index sur les lèvres, le majeur sous le menton et l'annulaire sur l'os cricoïde et faire avaler.
 - on doit sentir :
 - Une fixité de l'articulation (maintien en bouche),
 - une fermeture persistante des lèvres (maintien en bouche),
 - un mouvement de la langue (propulsion bol),
 - et une montée franche d'au moins 2 cm du larynx (sécurisation voies aériennes).

Si survenue d'une anomalie prendre un avis auprès d'une orthophoniste ou d'un kinésithérapeute

Définition des textures :

- **Liquide** : boisson standard comme de l'eau (non pétillante), vin, thé ou café.
- **Liquide peu épaissi** : jus de fruits avec pulpe, eau mélangée avec un peu de compote de fruits (1 cuillerée à soupe de compote dans un verre standard -150ml-).
- **Liquide épaissi** : potage, yaourt, nectars, eau mêlée de compote (3 cuillerées à soupe de compote pour un verre), eau gélifiée standard.
- **Texture molle** : fruits cuits, poisson, purée de légumes.
- **Haché** : seuls les aliments durs à mâcher (viande) sont coupés à la main ou brièvement mixés.
- **Mouliné** : tous les aliments sont passés au mixeur pour lisser les morceaux durs, tout en gardant un peu la texture des aliments.
- **Mixé** : tous les aliments sont passés au mixeur pour lisser très finement les morceaux. (essayez de ne pas mélanger les légumes avec les féculents et la viande car il est important de pouvoir différencier les goûts pour conserver du plaisir).

Techniques d'épaississement des liquides :

Eau gélifiée : 25 g de gélatine en feuille pour 1 litre d'eau. Faire tremper les feuilles de gélatine, les égoutter, les incorporer dans l'eau chaude, aromatiser (sirop, jus de fruits, extraits de vanille, café, thé tisane etc...) répartir en portions individuelles et conserver au réfrigérateur (48 h maximum).

Agar-Agar : 4 g d'Agar-Agar pour 1 l d'eau. Ajouter au liquide en ébullition, laisser cuire quelques minutes en remuant, aromatiser et répartir en portions individuelles qui seront conservées au réfrigérateur.

Épaississant du commerce : Gel Mix, Magic Mix, Epailiss, Thicken up neutre, clinutren, Gerlinéa...

Dosage en fonction du mode d'emploi et de la viscosité souhaitée.

Procédés artisanaux : Féculé, tapioca, flocons de pommes de terre, semoule fine, farines instantanées pour bébé, pulpe de fruits...

Bibliographie :

- Greuillet F, Couturier P. Les troubles de la déglutition chez le sujet âgé. La revue de gériatrie, Tome 30, N°1 JANVIER 2005, p39-46.
- Troubles de la déglutition (dossier sous coordination P. Azouvi) J. Réadapt.Méd., 1999,19,n°3,pp.91-103.
- Saffon N. Nutrition et fin de vie. Age et nutrition 2004-volume 15, n°2, p90-95
- Association pour la recherche sur la SLA et autres maladies du motoneurone. Troubles de la déglutition ou dysphagie. Note sur l'alimentation. www.ars.asso.fr
- Poudroux P, jacquot J.M, Royer E, Finiels H. Les troubles de la déglutition du sujet âgé : procédés d'évaluation. La Presse médicale. 2001,vol30, n°33, pp 1635-1644
- ANAES. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral- Aspects paramédicaux- Juin 2002
- Troubles de la déglutition chez la personne âgée et Alzheimer. Du dépistage à la prise en charge. Laboratoires Pfizer 2006.
- Bonnes pratiques de soins en EHPAD. Recommandations. DGSA. Juin 2004.