



Mixer moins, manger mieux !

Le point sur la prévention des troubles de la déglutition chez la personne âgée

Xavier Cormary et Yann Tannou, orthophonistes

Pour lutter contre les troubles de la déglutition en gériatrie, la pratique usuelle consiste à mixer ou hacher les aliments destinés aux personnes âgées. En règle générale, dans les maisons de retraite, l'usage de cette alimentation mixée est assujettie à une prescription médicale. Mais en pratique, la décision est souvent prise en amont par le personnel soignant et soufflée ensuite au médecin traitant : les capacités effectives de déglutition du patient échappent ainsi à tout diagnostic, y compris orthophonique.

La crainte de l'asphyxie rapide, du fait de sa forte charge émotionnelle et anxiogène pour les aidants et les familles, fait souvent préférer cette alimentation mixée à une alimentation plus normale. Mais cette transformation est souvent disproportionnée aux besoins réels : 91 % des personnes âgées résidant en maisons de retraite ont une alimentation trop simplifiée par rapport à leurs capacités réelles de déglutition (1). Or la fabrication génère un travail supplémentaire pour un bénéfice incertain : malgré tous les efforts de présentation et d'assaisonnement, l'alimentation mixée reste peu attractive et lassante. Elle complique aussi les relations avec l'aidant au moment des repas et favorise les refus alimentaires, voire la dénutrition.

En pratique, cette préparation remplace uniquement la mastication des aliments. Ce « pré-mâché » est utile lorsque trop de dents sont abîmées ou manquantes chez la personne âgée, ou lorsque la fonction cognitive de mastication est perdue, ou encore lorsque le sujet est trop fatigué pour mâcher lui-même. Mais ces simplifications alimentaires, y compris lorsqu'elles sont indispensables, sont en même temps des privations sensorielles qui entravent la déglutition normale et spontanée. Tout comme un sujet âgé n'entretient pas sa capacité à marcher en restant assis en fauteuil roulant, il n'entraîne pas l'efficacité de sa déglutition en mangeant sans morceaux : la mastication, en permettant une préparation buccale et un traitement cortical de la déglutition, est une composante indispensable de la prévention des fausses routes.

En terme de réduction des risques, ces modifications alimentaires sont sans effet sur la pneumopathie d'inhalation, qui est un risque infectieux plus lié au défaut d'hygiène buccale qu'à l'alimentation. D'autre part, contrairement à la croyance largement répandue, le recours au mixé ou au haché ne protège pas du danger des fausses routes par obstruction. Une étude autrichienne d'envergure indique en effet que pour 61 % des personnes âgées décédées suite à une asphyxie par un corps étranger, l'obstruction a été causée par des aliments en texture semi-solide (2).

En clair, l'usage de ces préparations mixées ou hachées ne doit pas être considéré comme un moyen systématique de prévention des troubles de la déglutition chez la personne âgée, que ce soit pour les infections pulmonaires ou pour les fausses routes par obstruction. Il s'agit d'un soin parfois utile, mais réservé à des conditions très particulières. Son usage doit donc être validé par un bilan de déglutition qui tiendra compte de ses avantages potentiels, mis en balance de ses effets secondaires délétères de privation sensorielle majeure.

Il existe d'autres moyens effectifs de prévention, qui s'appuient sur l'analyse des facteurs de risque publiés dans la littérature.

Pour les pneumopathies d'inhalation, une étude prospective américaine de Susan Langmore (3) montre que les trois premiers facteurs de risque de développer une pneumopathie d'inhalation sont la dépendance pour manger (41 %), la dépendance pour les soins de bouche (40 %) et le nombre de dents abîmées (34 %).

Pour l'asphyxie par un corps étranger, une autre étude prospective, japonaise cette fois (4), montre que la dépendance pour manger multiplie par 3 le risque d'asphyxie, et la perte de l'occlusion dentaire multiplie ce risque par 1,7.

Ces facteurs de risques mettent donc en évidence trois axes de prévention :

- l'autonomie
 - la mise en bouche doit se faire sans aide ;
 - l'hygiène bucco-dentaire doit être autonome.
- la bouche
 - l'hygiène bucco-dentaire doit être rigoureuse ;
 - la mastication doit être effective avec les dents, les prothèses ou les gencives.
- la cuisine
 - les stimulations (goûts, consistances, température) lors des repas doivent être préservées.

Une prévention efficace limite l'apparition de complications si toutes ces conditions sont réunies. Si l'une d'entre elles ne peut être obtenue, quelle qu'en soit la raison (détérioration de l'état général, de l'état dentaire, difficulté d'installation, etc.), la personne âgée se trouve alors dans une situation à risque de complications des troubles de la déglutition.

Orthophonistes, nous sommes les acteurs majeurs de cette prévention, mise en œuvre quotidiennement auprès de nos patients et de leurs familles. Grâce à la culture professionnelle qui est la nôtre en physiologie, linguistique, communication et savoir-faire relationnel, nous devons aussi endosser le rôle d'animateur et de formateur des autres soignants, afin de structurer une prévention des troubles de la déglutition qui soit cohérente et équilibrée.

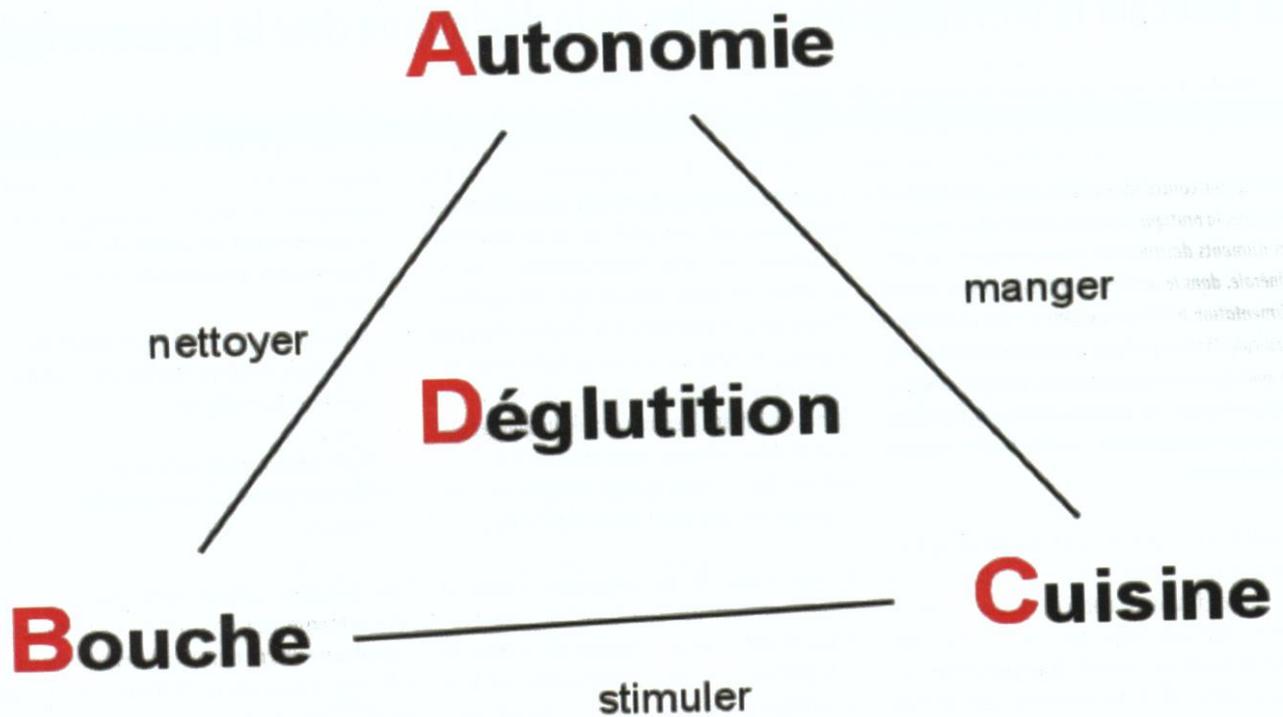
Comment ? Rendez-vous le mois prochain dans ces mêmes pages...

(1) Groher, McKaig : Dysphagia and dietary levels in skilled nursing facilities. J Am Geriatr Soc. 1995

(2) Foreign body asphyxia : a preventable cause of death in the elderly; Berzlanovich AM, Fazen-Dörner B, Waldhoer T, Fasching P, Keil W; American journal of preventive medicine. 2005

(3) Langmore, Terpenning, Schork, Chen, Murray, Lopatin, Loesche : Predictors of Aspiration Pneumonia: How Important Is Dysphagia?. Dysphagia 1998

(4) Takeshi Kikutani, Fumiyo Tamura, Takashi Tohara, Noriaki Takahashi, Ken Yaegaki : Tooth loss as risk factor for foreign-body asphyxiation in nursing-home patients; Archives of Gerontology and Geriatrics 2012



Qu'est ce qu'un trouble de la déglutition ?

Le larynx et les poumons sont doublement protégés de l'entrée de salive, de liquide ou de solide :

- par l'efficacité de la déglutition qui transporte les solides et les liquides vers l'estomac ;
- par le déclenchement de la toux, qui projette les corps étrangers en dehors des voies aériennes lorsqu'ils y ont pénétré.

Lorsque la toux s'affaiblit ou que la déglutition perd en efficacité, la personne âgée est exposée au risque de fausse route, c'est-à-dire à la pénétration dans les voies aériennes d'un corps étranger. La fausse route peut être bénigne, lorsqu'elle est isolée et qu'elle déclenche une toux efficace. Lorsqu'elle est trop fréquente ou qu'elle ne déclenche plus le réflexe de toux, c'est un trouble de la déglutition.

Les troubles de la déglutition : aigus ou chroniques.

Aigus : un corps étranger vient obstruer les voies aériennes. Dans la grande majorité des cas, le sujet parvient en toussant à évacuer ce corps étranger. Si il n'y a pas de toux ou que le corps étranger est trop volumineux et reste coincé dans la gorge, le sujet est exposé à l'asphyxie et à un décès rapide. C'est la fausse route par obstruction, épisode qui peut se produire avec toutes sortes d'aliments, y compris des aliments hachés ou mixés (2 156 cas en France en 2004 d'après C. Ermanel, B. Thélot, E. Jouglu, G. Pavillon : "Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine", 2000-2004 : Bulletin épidémiologique hebdomadaire 37-38, 2 octobre 2007).

Chroniques : de petites quantités de salive, de mucus, de liquides ou d'aliments pénètrent dans les poumons suite à une fausse route. Si l'hygiène buccale n'est pas satisfaisante, ces particules, même en petit volume, peuvent être les vecteurs d'une infection déjà présente dans la bouche et qui atteindra alors les poumons. C'est la pneumopathie d'inhalation, très fréquente chez la personne âgée, puisqu'elle représente le deuxième type d'infections après les infections urinaires (environ 30 % selon les données de la littérature).