



© Hunor Kristo/stock.adobe.com

Prévenir les **troubles de la déglutition** chez les personnes âgées

- Les difficultés de déglutition sont un syndrome classique du vieillissement et de la fragilité qui l'accompagne
- Les manifestations sont diverses et s'expliquent par la présence de facteurs précipitants, plus fréquents chez la personne âgée
- Une prévention efficace des troubles de la déglutition passe alors par la préservation de ces facteurs de risque.

YANN TANNOU,
XAVIER CORMARY

Selon le dictionnaire médical de l'académie de médecine, les syndromes gériatriques désignent des états de santé multifactoriels aux conséquences néfastes qui surviennent lorsque des troubles fonctionnels de plusieurs systèmes rendent un individu âgé vulnérable aux défis des différentes situations auxquelles il est confronté. On peut citer, à titre d'exemple, les chutes, les escarres, la dénutrition ou encore les difficultés de déglutition.

En effet, il existe une presbyphagie dite primaire qui décrit les changements de la déglutition imputables au vieillissement normal, et une dysphagie secondaire, dans laquelle se surajoutent les pathologies

associées et les effets des traitements médicamenteux, ce qui permet d'envisager la dysphagie comme un syndrome gériatrique, fortement associé à la fragilité.^[1]

NOTIONS DE FRAGILITÉ

La Société française de gérontologie et gériatrie propose de définir la fragilité par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des ►

Références

[1] Peppersack T, Maes G, Allègre S, Praet JP. Dysphagia : A geriatric syndrome? Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement 2016;14(4):371-6.

[2] Dreuil D, Boury D. Autour du vieillissement : le normal, le pathologique et le fragile. Actualité de Georges Canguilhem. Éthique & santé 2010; 7(1):36-41.

[3] Berzlanovich AM, Fazyen-Dörner B, Waldhoer T, Fasching P, Keil W. Foreign body asphyxia: a preventable cause of death in the elderly. Am J Prev Med 2005;28(1):65-9.

[4] Groher ME, McKaig TN. Dysphagia and dietary levels in skilled nursing facilities. J Am Geriatr Soc 1995;43:528-32.

[5] Robbins J, Gensler G, Hind J, Logemann JA, Lindblad AS, Brandt D, Baum H, Lillienfeld D, Kosek S, Lundy D, Dikeman K, Kazandjian M, Gramigna GD, McGarvey-Toler S, Miller Gardner PJ. Comparison of 2 interventions for liquid aspiration on pneumonia incidence: a randomized trial. Ann Intern Med 2008;148(7):509-18.

[6] Langmore SE, Terpenning MS, Schork A, Chen Y, Murray JT, Lopatin D, Loesche WJ. Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia? Dysphagia 1998;13(2):69-81.

[7] Cormary X, Tannou Y, Bras M, Culis M, Cugy E, Blasco-Baque V. Pleasure of eating despite dysphagia in nursing homes: a multi-disciplinary plan. Dysphagia 2018;33(4):540.

► facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux.

C'est donc un état instable dû à une diminution des capacités à faire face. La survenue d'un facteur mineur, comme une pathologie bénigne ou un stress extérieur, peut alors engendrer un état morbide incapacitant.^[2]

Cette définition permet de décrire les personnes âgées fragiles ni en bonne santé ni malades, mais dans un état intermédiaire : exposées au risque de basculer dans un état pathologique.

Il faut évidemment tenir compte de la dynamique temporelle de la fragilité. C'est, en effet, un état chronique et évolutif. Risque permanent marqué par l'instabilité, la fragilité implique l'organisation d'un suivi. On doit surveiller la personne âgée fragile, de manière étroite et continue. La plupart des outils d'évaluation gérontologique ont d'ailleurs été construits de manière à assurer un tel suivi dans le temps.

L'enjeu est de mettre en place « une stratégie comprenant la prévention, le dépistage et l'action thérapeutique précoce, l'accompagnement continu des décompensations et la prévention des phénomènes de cascade, la mise en place d'une réadaptation précoce et le suivi à distance de la crise. »^[2]

Il nous faut donc décrire les manifestations cliniques du syndrome gériatrique de déglutition, ainsi que les facteurs de décompensation, favorisant leur apparition, dans un contexte global de fragilité.

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DU SYNDROME GÉRIATRIQUE DE DÉGLUTITION

Plusieurs symptômes peuvent évoquer des troubles de la déglutition chez les personnes âgées.

L'asphyxie. La peur de l'asphyxie par fausse route obstructive prédomine chez les personnes âgées, les soignants, les aidants et l'entourage familial ; 69 % des décès par suffocation surviennent à partir de 75 ans, et ces décès étaient liés, dans 89 % des cas, à l'ingestion d'aliments provoquant l'obstruction des voies respiratoires.

Or, les transformations alimentaires majeures ne sont pas un moyen de prévention efficace des fausses routes asphyxiantes : une texture semi-solide (mixée ou hachée) était présente dans 61 % des cas de décès par asphyxie alimentaire chez les sujets de plus de 60 ans.^[3]

La dénutrition. Cette peur de l'asphyxie, mais aussi les difficultés de mastication des personnes âgées conduisent souvent à l'usage immodéré d'une alimentation excessivement hachée ou mixée en

purée. En conséquence, en maison de retraite, 91 % des personnes âgées ont une alimentation trop simplifiée par rapport à leurs capacités réelles de déglutition.^[4]

D'un point de vue nutritionnel, une alimentation sous forme mixée est moins riche en protéines, en nutriments, en vitamines et en fibres qu'une alimentation normale, ce qui amène à la prescription de complémentation nutritionnelle orale fréquente pour lutter contre la dénutrition. Ainsi, 54 % des patients consomment des compléments alimentaires lorsqu'une alimentation en texture mixée est prescrite, contre 24 % pour ceux qui n'ont pas de transformation de leur alimentation.

La dénutrition affecte également les capacités respiratoires par diminution de la force diaphragmatique, conduisant à une augmentation du risque d'infections respiratoires ce qui s'imbrique avec l'autre complication majeure des troubles de la déglutition, pneumologique.

La déshydratation. Le corollaire de l'aliment mixé est le liquide épaissi. Peu appétant, il est souvent refusé ou accepté à regret par les personnes âgées, sans qu'aucune étude n'ait fait la preuve de son efficacité sur les risques de complication.

Plus précisément, les patients affectés à des liquides épaissis dans une étude avaient un taux plus élevé de déshydratation (6 % vs 2 %), de fièvre (4 % vs 2 %) et d'infections des voies urinaires (6 % vs 3 %) que ceux affectés aux liquides non épaissis.^[5]

La pneumopathie d'inhalation. Plus de 10 % des patients vivant à domicile hospitalisés pour des pathologies pulmonaires présentent une pneumopathie d'inhalation. Ce chiffre passe à 30 % pour les résidents de maisons de retraite. Or, chez les patients âgés présentant une pneumonie, la présence d'une dysphagie est attestée dans 55 % des cas. C'est la pathologie la plus fréquemment associée à la dysphagie.

LES FACTEURS DE DÉCOMPENSATION

Ce sont des facteurs de risques. Ils font basculer les personnes âgées de la fragilité – difficultés pour se nourrir, mâcher ou déglutir – à la pathologie : pneumopathie, asphyxie, dénutrition. Ils sont nombreux, variables et intriqués. Une revue de la littérature des facteurs de risques de complication de la dysphagie en fait apparaître d'importants, qui ont pour dénominateur commun de ne pas être alimentaires.

La dépendance. Une personne âgée dépendante pour manger présente 41 % de risque de développer une pneumopathie.^[6]

L'hygiène bucco-dentaire. Si celle-ci fait défaut, le risque de pneumopathie est de 38 %. (6)

Les capacités de mastication. Si elles sont altérées ou perdues, le risque d'asphyxie est multiplié par 1,7.

La posture. Si celle-ci est inadaptée, les difficultés de déglutition augmentent.

LES FACTEURS PRÉSERVANTS

Certains leviers positifs, utilisés à bon escient, préservent les personnes âgées fragiles des pathologies associées, ou en retardent l'apparition.

Les stimuli sensoriels. Le citron, le poivre, le piment augmentent l'efficacité de la déglutition des personnes dysphagiques, de même que l'eau gazeuse. Des perspectives innovantes en déglutition s'ouvrent donc pour l'usage des goûts, des textures et, plus généralement, de l'appréciation sensorielle des aliments.

La mastication. Le premier rôle de la mastication est la transformation des aliments introduits dans la bouche en un bolus ayant une texture adaptée à une déglutition en toute sécurité. En effet, la mastication permet de réduire le diamètre des particules présentes dans le bol alimentaire et, grâce à l'augmentation de la production de la salive, d'humidifier celui-ci.

Lorsque la mastication est insuffisante, les particules ingérées sont insuffisamment mastiquées, ce qui induit une digestion plus longue et plus difficile. Elle entraîne aussi une moins bonne assimilation des nutriments. En effet, la mastication permet de déstructurer la matrice de l'aliment et d'en extraire plus facilement les nutriments. Elle joue également un rôle important dans la perception des saveurs.

La mastication entraîne l'activation de nombreuses zones cérébrales ce qui est corrélé positivement à de meilleures performances cognitives. De plus, avoir une bonne mastication permet de conserver un meilleur apport nutritionnel.

L'autonomie stimulée. La préservation de l'autonomie pour le repas est un axe fort de prévention, à mettre en lien avec la charge de travail que représente le fardeau de nourrissage pour l'aidant. Le concept de "*Under hand for feeding*" de Teepah Snow consiste à favoriser une autonomie relative, y compris chez des patients très dépendants. À temps de nourrissage égal, il permet des ingestas plus importants que lors d'un nourrissage sans participation du patient.

Le plaisir de manger. Lorsque celui-ci est encadré dans un plan de prévention en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la



satisfaction des résidents augmente de 12 % sur un an, sans majoration des complications pulmonaires ou asphyxiantes. Dans ces conditions, 20 % seulement de personnes sont dénutries, alors qu'elles sont 46 % en l'absence de ce plan. Le nombre de repas servis mixés ou hachés est réduit de 87 % et les compléments nutritionnels de 50 %.^[7]

Dans ce projet, les plats sont spécifiques de la fragilité mais proches de l'alimentation normale. Ils sont servis en morceaux de petite taille et de texture tendre qui incitent à la mastication sans majorer le risque d'asphyxie, selon les critères de la texture numéro 6 publiés par l'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI).

CONCLUSION

La stratégie préventive des troubles de la déglutition chez la personne âgée, et notamment des complications qui en découlent, devra donc prendre en compte toutes ces facettes : l'hygiène bucco-dentaire, l'aide pour manger, l'optimisation de la posture, la stimulation de la nutrition et de l'hydratation. ■

LES AUTEURS

Yann Tannou
orthophoniste, Muret (31)
Xavier Cormary
orthophoniste, Muret (31)