

# Les troubles de la déglutition

## Rôle du diététicien-nutritionniste

### Enseignements National DES MPR

Gaëlle Soriano – Diététicienne - CHU TOULOUSE

8 Décembre 2021



# La prise en charge diététique a pour but de :

*Ne concerne pas que le diététicien !*

3 enjeux

Manger/Boire suffisamment

Manger/boire en toute sécurité

Prendre plaisir aux repas (manger et préparer)

**dépister  
prendre en charge**

Dénutrition & déshydratation

Alimentation inadaptée ou « trop » simplifiée

Perte d'appétit  
Allongement du repas

# Problématiques nutritionnelles : les personnes atteints de dysphagie....

## **S'alimentent insuffisamment**

Les patients dysphagiques ont des apports plus bas en énergie (-237.9 kcal/j), protéines et micronutriments que les patients non dysphagiques  
*Wright 2005, Wu 2020, Lengyel 2008*

## **Ne boivent pas assez**

Les patients ayant des liquides épaissis couvrent moins leurs besoins hydriques (330 ml de boissons/j)  
*Finestone 2001, Vivanti 2009*



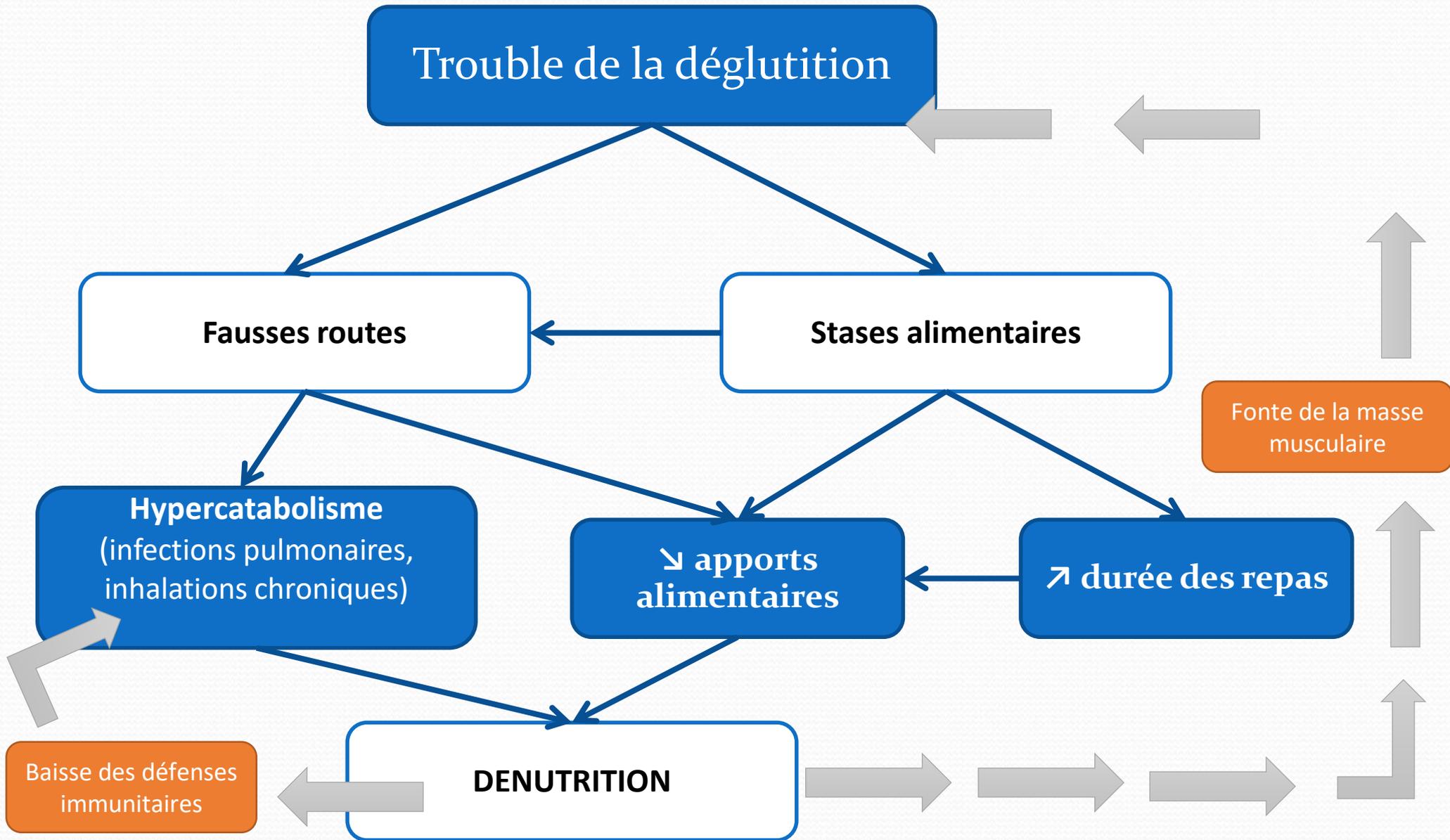
## **Sont souvent dénutries**

18.4% à 59 % des patients avec alimentation de consistance modifiée sont dénutris (50 % si hospitalisés)  
*Wu, 2021, Peñalva-Arigita A, 2019*

## **Ne bénéficient pas toujours d'une prise en charge adaptée**

La prévalence des résidents en EHPAD ayant une alimentation modifiée varie de 8 à 67 %  
*Review, Painter, 2017*

# Inter-relation Nutrition et déglutition



**1<sup>ère</sup> étape = L'évaluation**

# Evaluer l'état nutritionnel

Trouble de la déglutition



DENUTRITION

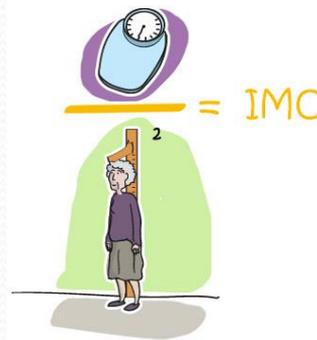
## Au moins 1 critère phénotypique

### Perte de poids



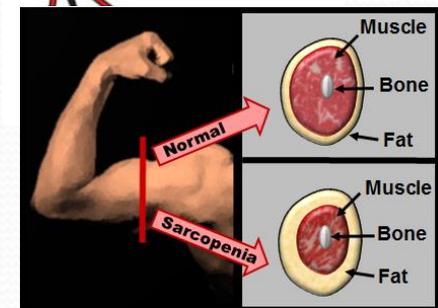
- $\geq 5\%$  en 1 mois ou
- $\geq 10\%$  en 6 mois ou
- $\geq 10\%$  par rapport au poids habituel avant le début de la maladie\* ;

### Indice de masse corporelle



- IMC  $< 22 \text{ kg/m}^2$  si  $> 70$  ans
- IMC  $< 20 \text{ kg/m}^2$  si 18-70 ans

### Sarcopénie



Réduction de la force musculaire et de la masse musculaire

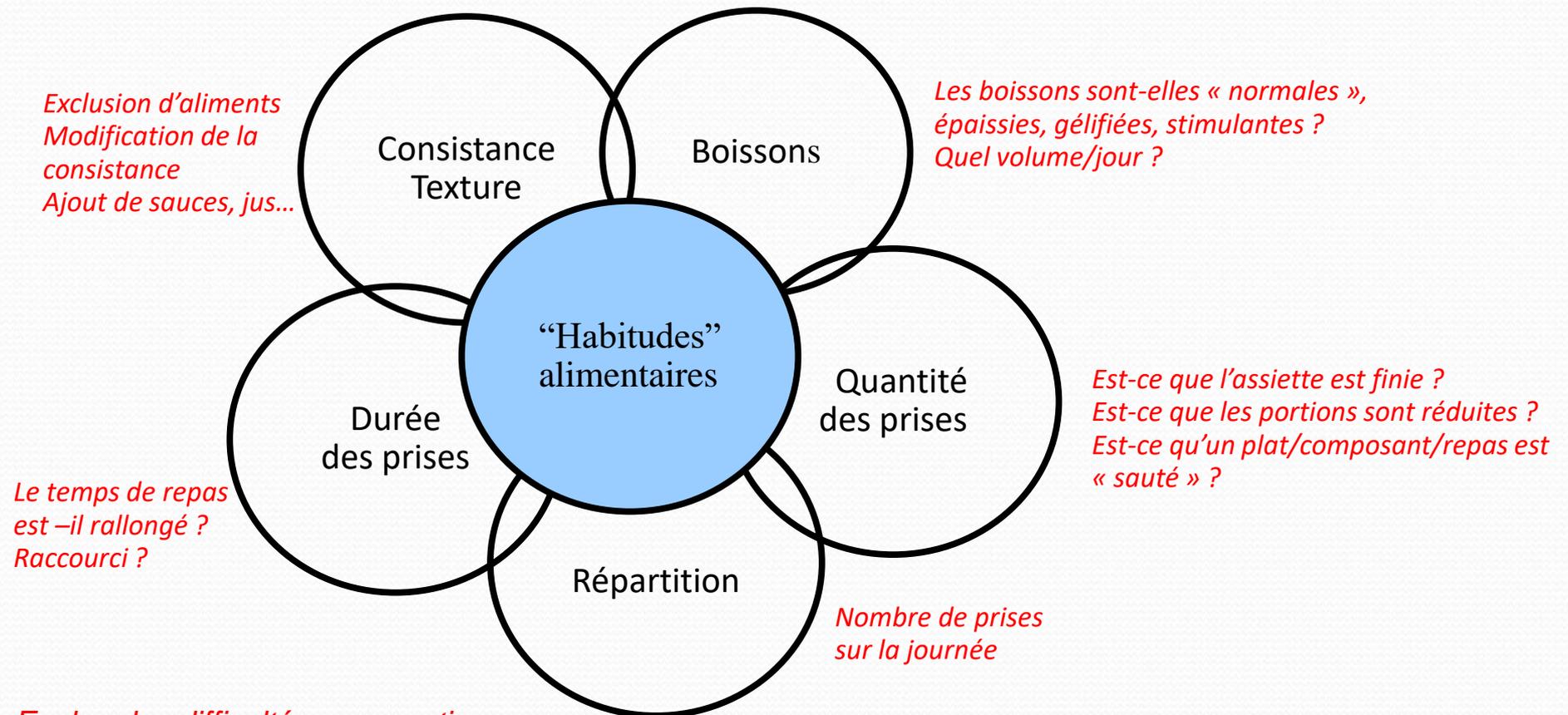
\*

## ET Au moins 1 critère étiologique

Réduction de la prise alimentaire OU absorption réduite OU pathologie, aiguë ou chronique

# Evaluer les apports alimentaires

L'évaluation alimentaire doit contenir les points clés



*Evaluer les difficultés « ressenties » :*

- « Est-ce que ça coince ? »

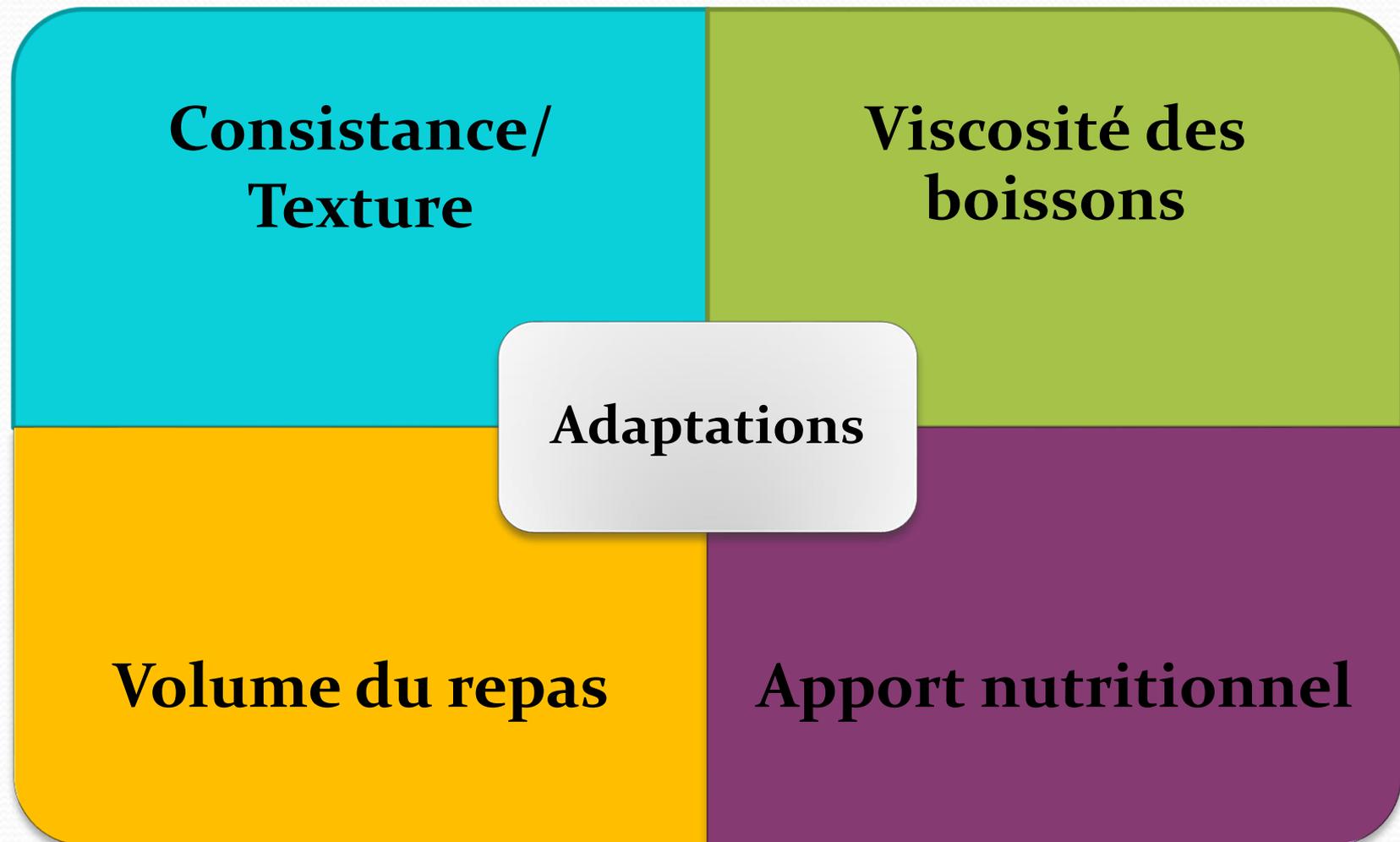
**=> Stases => DEFAULT DE TRANSPORT DES ALIMENTS**

- « Est-ce que ça passe de travers ? »

**=> Fausses routes DEFAULT DE PROTECTION DES VOIES AERIENNES**

2<sup>ème</sup> étape = La prise en  
charge

# Adapter l'alimentation



# Adapter l'alimentation

## Consistance/ Texture

=> Adapter aux capacités

## Viscosité des boissons

=> Liquides épais

=> Liquides stimulants

## Adaptations alimentaires

## Volume du repas

=> Réduire le temps et l'effort  
(fractionnement)

## Apport nutritionnel

=> Augmenter la densité  
nutritionnelle (enrichissement,  
compléments alimentaires)

# Consistance/ Texture

A employer avec  
précautions !!



Mixer & gélifier ce n'est  
pas automatique !



## Consistance/ Texture

# Adapter l'alimentation et les boissons aux capacités & à leur évolution



## Sélectionner l'alimentation selon la

### ➤ Taille des morceaux

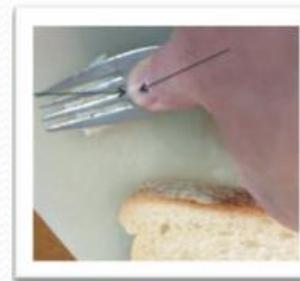
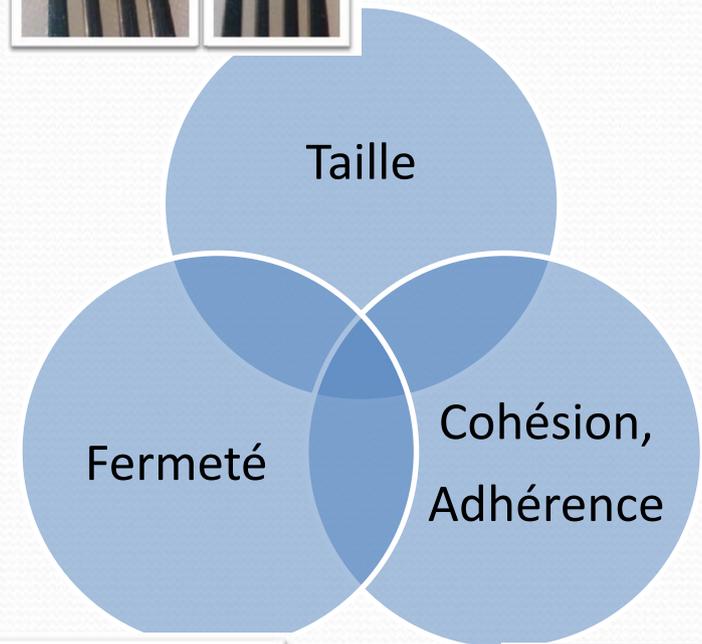
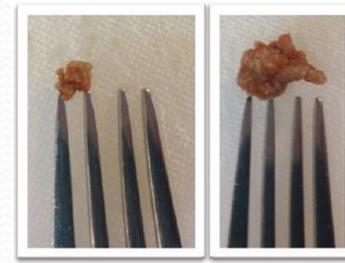
- Peuvent elles obstruer les voies respiratoires si inhalées ?

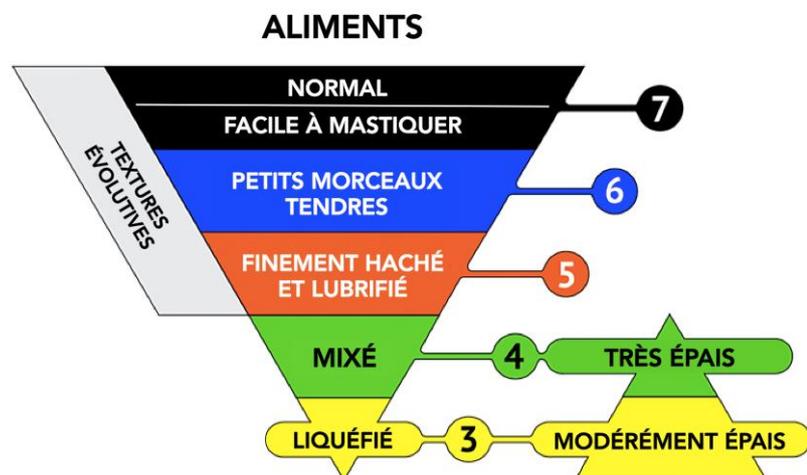
### ➤ Fermeté

- S'écrase ou se déforme facilement ?
- Sa mastication et déglutition nécessitent ils beaucoup d'effort ?

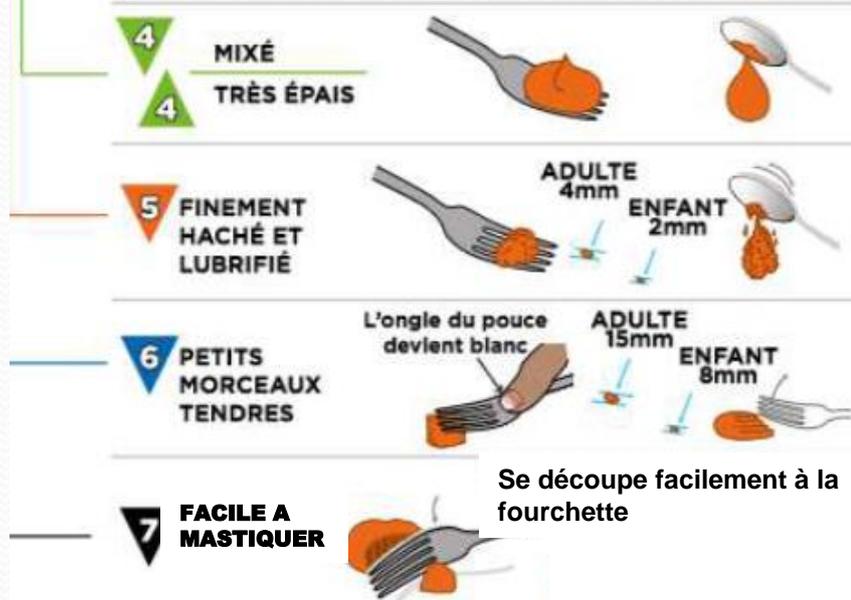
### ➤ Cohésion et adhérence

- Conserve t il sa forme/s'éparpille t il en bouche ?
- Colle t il ou s'écoule t il facilement ?





## MODE D'EMPLOI POUR LE TEST DES ALIMENTS



**7. Alimentation facile à mastiquer** : morceaux doivent pouvoir se découper avec la tranche d'une fourchette

Nécessite la capacité à mordre et mastiquer

**6. Alimentation molle + petits morceaux** < 1.5 cm, humide mais pas de liquide qui s'égoutte

Nécessite la capacité de mastiquer

**5. Alimentation finement hachée et lubrifiée**

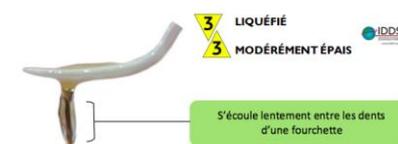
Nécessite une capacité à mastiquer minimale

**4. Alimentation mixée** : lisse sans aucun morceaux, épaisse mais non collante

Ne nécessite pas de mastication, mais une force de propulsion

**3. Alimentation liquéfiée** : mixée suffisamment fluide pour être bue au bol

Ne nécessite pas de préparation orale, peut être avalée directement



# Adaptation de l'hydratation

En cas de dysphagie aux liquides\* :

1. **Contrôler la quantité par gorgée**
2. **Adapter la posture**
3. **Proposer des boissons stimulantes** : aromatisées, gazeuses, fraîches, etc.
4. **Modifier la viscosité**
  - eau + compote
  - épaississants en poudre
  - eaux gélifiées

\* Exemple d'étapes chez un sujet s'hydratant normalement

# Classification IDDSI pour les boissons

« Slightly thick »  
Très légèrement épais



*Légèrement + épais que l'eau, coule  
rapidement*  
Exemple : Sirop

« Mildly thick »  
Légèrement épais



*Flux ralenti, effort pour le boire à travers une  
paille*  
Exemple : Nectar de banane

« Moderately thick »  
Modérément épais



*Peut être bu à la tasse, plus difficilement avec  
une paille*  
Exemple : Soupe épaisse

« Extremely thick »  
Très épais



*Pris à la cuillère, ne peut être bu au verre ou à  
la paille*  
Exemple : Compote, ketchup

# Essayer les alternatives...

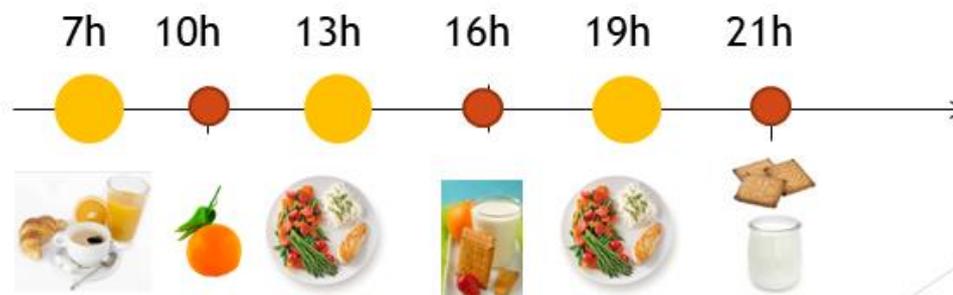
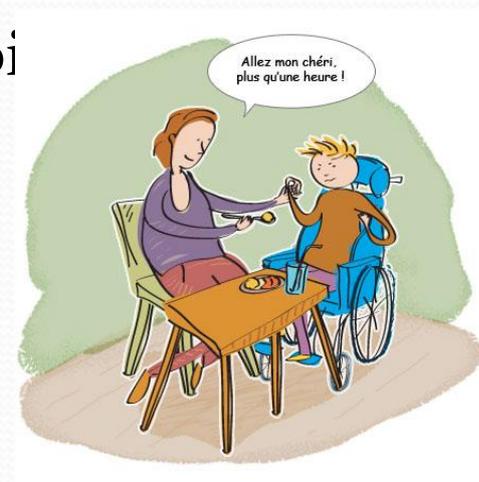
- Nectars de fruits (banane, poire, mangue)
- Jus de tomate, gaspachos (plusieurs variétés)
- Smoothies
- Cocktails de fruits frais
- Yaourts à boire
- Soupes
- Épaissir les boissons chaudes avec des céréales instantanées



## Volume du repas

# Volume du repas : petit...

- **Ne pas donner de trop grands volumes à la fois**
  - En institution le gaspillage d'aliments est de 15 à 40%
  - Un « petit » mangeur en EHPAD = 230 g /ration
- **Eviter les temps de repas « trop » longs =>** fatigue et baisse d'attention
- **Fractionner en plusieurs prises**
  - Sur le repas
  - Sur la journée



**Apport  
nutritionnel**

# ... mais calorique

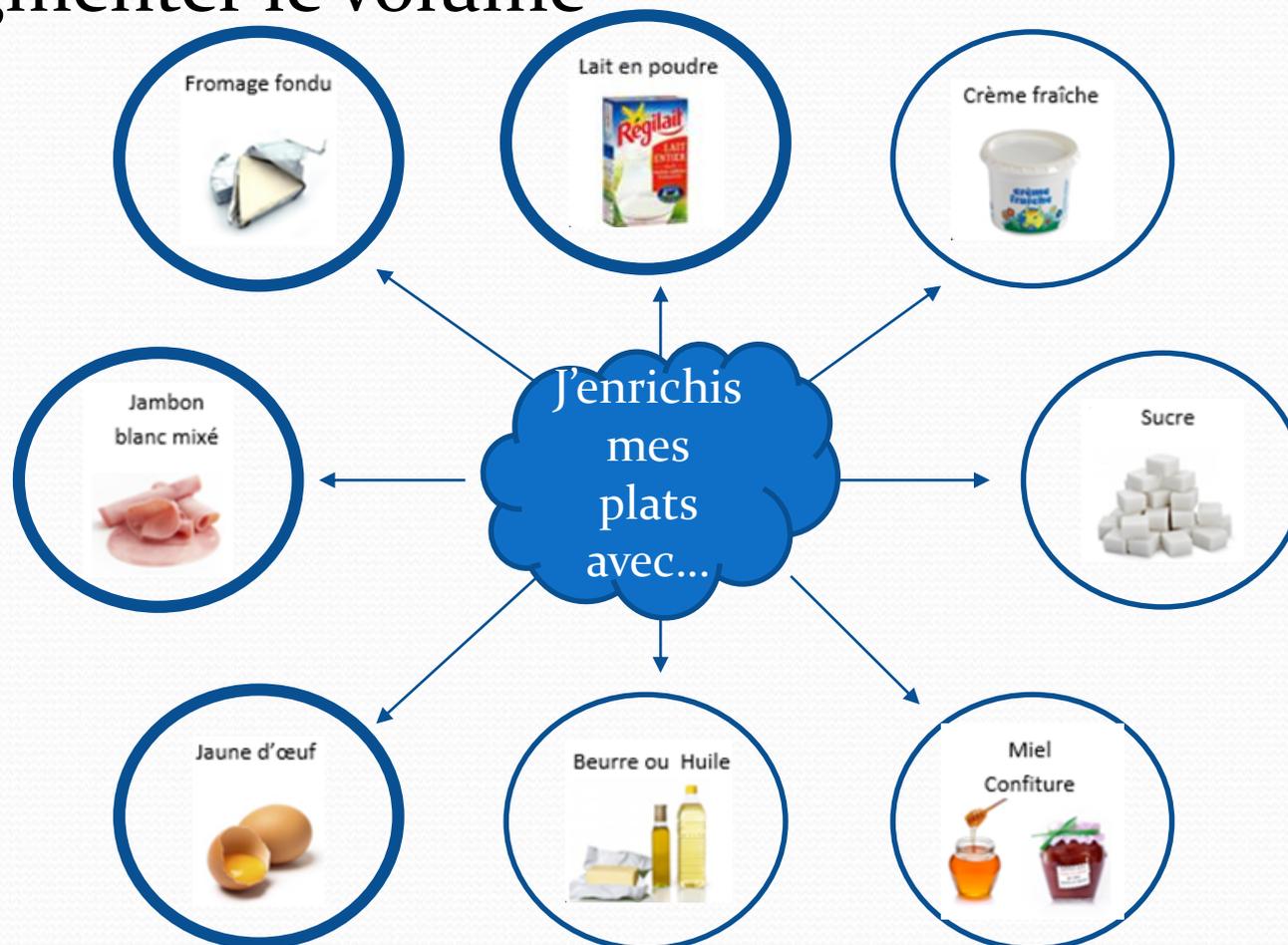
1. **Arrêter les régimes restrictifs inappropriés**
2. Commencer le repas par ce qui est le plus calorique et /ou protidique
3. **Enrichir l'alimentation**
4. Prescrire des **Suppléments Nutritionnels** oraux
5. Discuter de la **nutrition artificielle** (entérale)



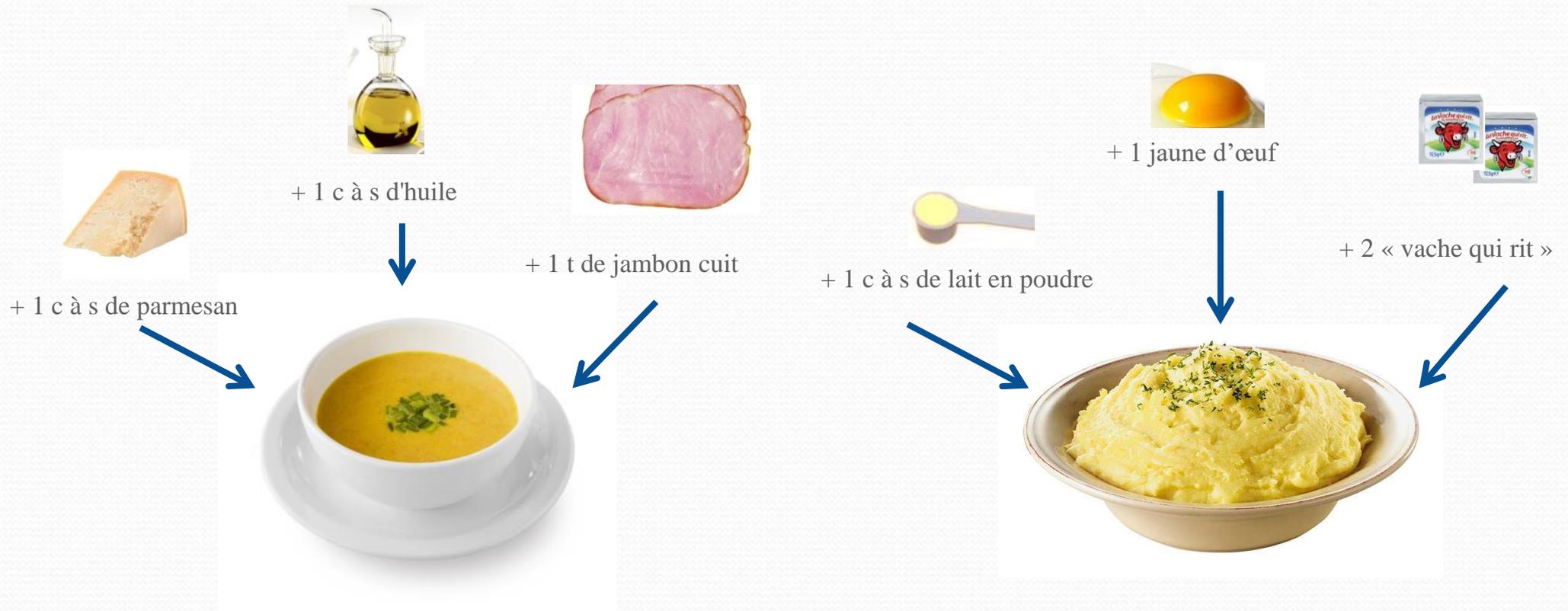
Apport  
nutritionnel

# Enrichissement

- Augmenter l'apport en énergie et en protéines sans augmenter le volume



# Exemple de recettes salées enrichies



Potage de légumes

Purée mousseline

50 kcal



280 kcal

190 kcal



500 kcal

1g protéines



13g protéines

4g protéines



14g protéines

**Les jus de fruits** 300 kcal et 8 g de P



**Les boissons lactées hyperC et hyperP**



300 à 600 kcal et 20 à 30 g de P

**Les crèmes** 300/400 kcal et 20 g de P



**Les compacts 125ml**



≤300 kcal et <17,5 g de P

**Les desserts lactés** 300 kcal et 14 g de P



**≠**  
**DIFFERENT**

**Les biscuits et céréales**



**Les compotes**



300 kcal et 12 g de P

**Les salés**



300 à 500 kcal et 14 à 28 g de P

# Conclusion

# Objectif 1. Boire et manger suffisamment

- 1.1 Dépister la dénutrition et les situations à risque
- 1.2 Estimer les apports alimentaires spontanés et la ration hydrique
- 1.3 Evaluer les besoins nutritionnels
- 1.4 Choisir le mode alimentaire adapté (oral/SNO/entéral)
- 1.5 Assurer une alimentation de haute qualité nutritionnelle, sous un faible volume



## Ce que le diététicien peut faire :

- Evaluer l'état nutritionnel avec des outils validés
- Mettre en place une surveillance nutritionnelle
- Concentrer l'apport nutritionnel avec conseils d'enrichissement
- Préconiser les choix de SNO si les conseils alimentaires ne sont pas suffisants
- Etablir un plan alimentaire sur la journée pour guider le patient et son entourage
- Trouver des équivalences aux aliments qui ne sont plus consommés

# Objectif 2. Boire et manger en toute sécurité

- 2.1 Evaluer les adaptations déjà mises en place par le patient et/ou l'entourage et/ou la structure
- 2.2 Adapter l'alimentation aux capacités de mastication et de déglutition
- 2.3 Adapter les boissons selon le risque de fausses routes
- 2.4 Repérer les situations à risque, en lien avec perte de vigilance, fatigue ou prise des repas inadaptée



## Ce que le diététicien peut faire :

- Choisir la ou les stratégies d'adaptation possibles (bol alimentaire, environnement, postures et positionnement)
- Préconiser une adaptation alimentaire (si nécessaire) établie selon les normes IDDSI
- Préconiser une adaptation des boissons (si nécessaire) établie selon les normes IDDSI
- Eduquer le patient et/ou son entourage à adapter les aliments
- Aider au choix des épaississants ou boissons gélifiées

# Objectif 3. Prendre plaisir aux repas, Favoriser l'appétit

- 3.1 Favoriser une alimentation la plus proche possible des habitudes alimentaires
- 3.2 Permettre le choix alimentaire
- 3.3 Maintenir le caractère social du repas et éviter le sentiment d'exclusion
- 3.4 Maintenir le plaisir à préparer les repas, faire les courses
- 3.5 Prévenir et prendre en charge l'appréhension lors du repas
- 3.6 Insister sur le goût et une présentation agréable des plats

## Ce que le diététicien peut faire :

- Conseiller l'adaptation plutôt que les exclusions
- Garder une alimentation variée
- Evaluer le ratio bénéfique/risque de l'alimentation modifiée
- Donner des conseils de technique culinaire et des recettes
- Donner des solutions pratiques si la personne ne peut pas cuisiner
- Proposer des alternatives en cas d'aversion (aux boissons épaisses, aux SNO,..)
- Sensibiliser le personnel soignant au soin du repas

