



# La problématique des troubles de la déglutition

Une prise en charge multidisciplinaire coordonnée

# Monsieur « Idées Lumineuses »

---

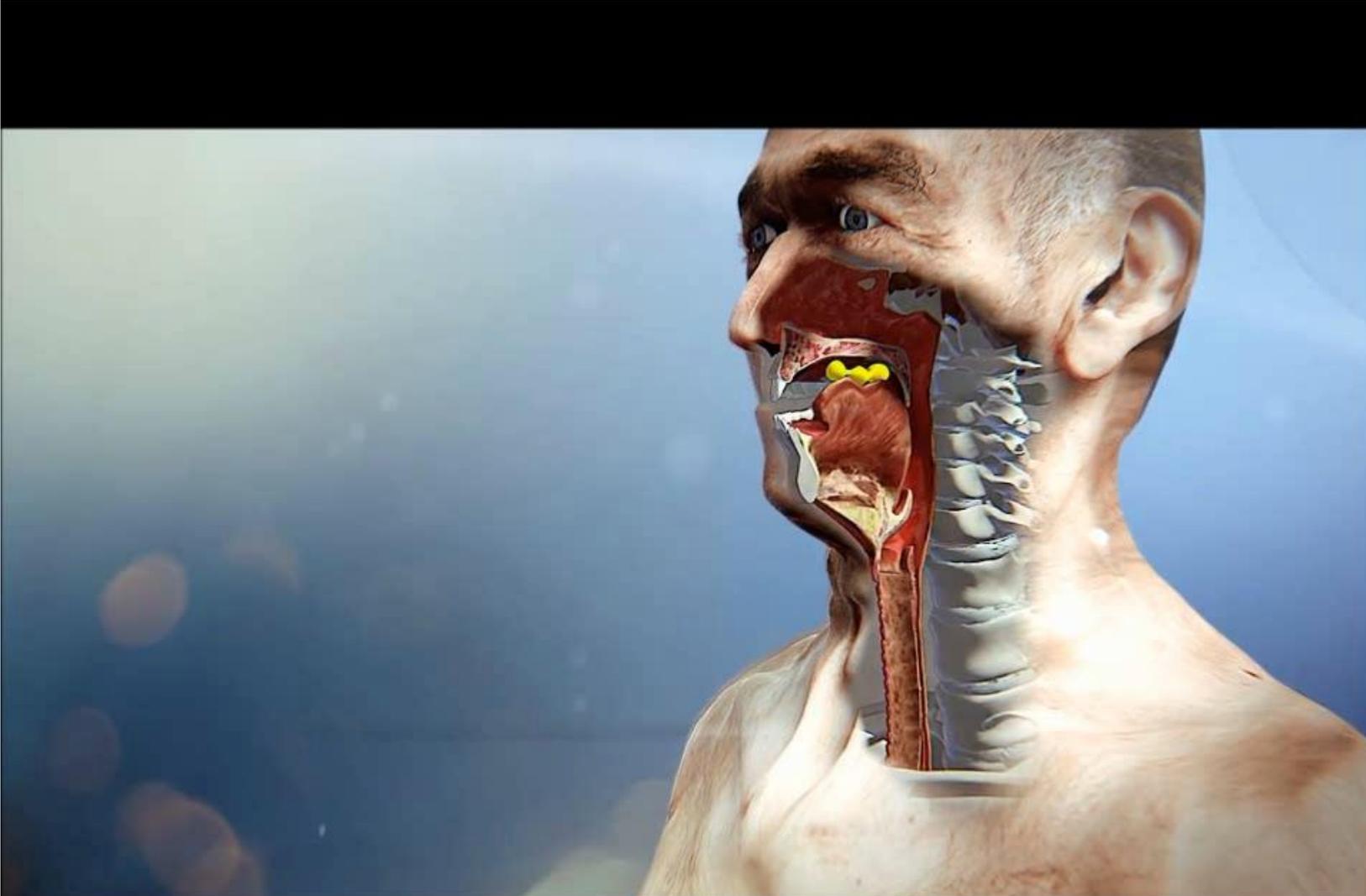


- Des pistes pour adapter les conduites
- Des pistes pour adapter l'alimentation



# La déglutition en images

---

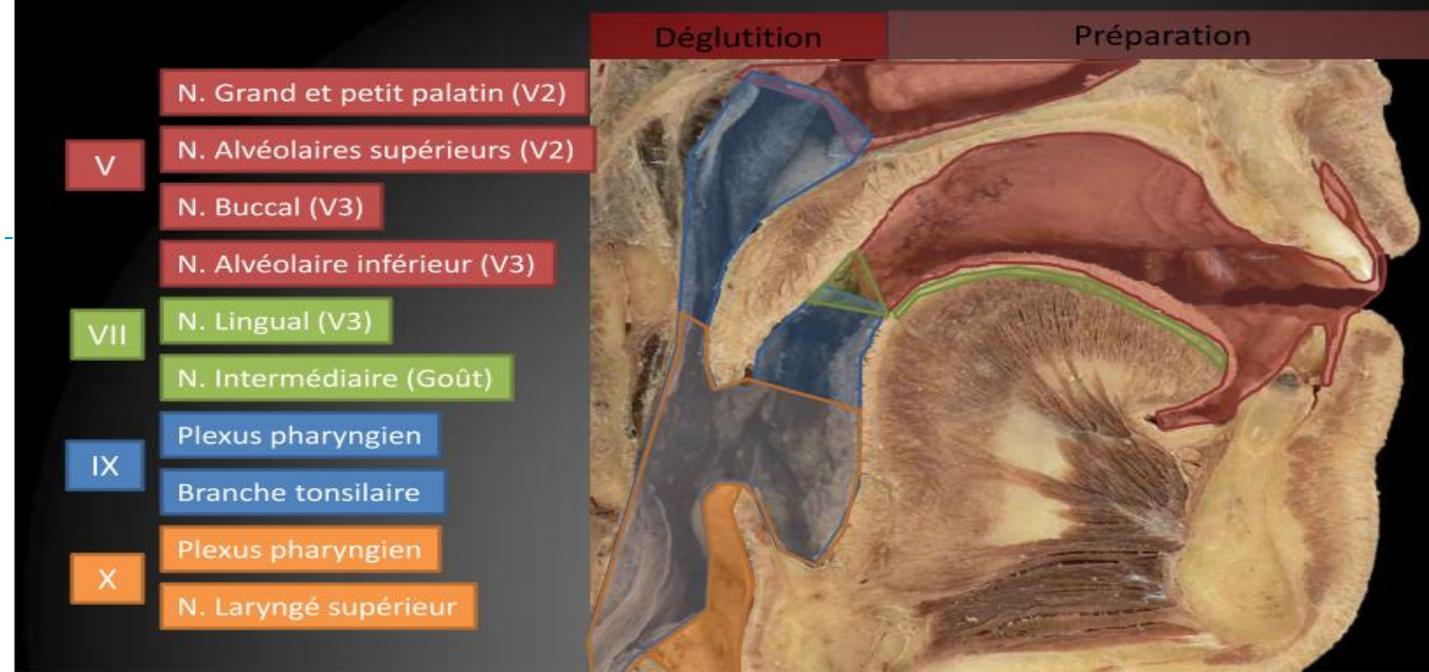


# La déglutition en mots

▶ Lorsqu'une information arrive en bouche les récepteurs sensitifs participent au déclenchement de la déglutition

( chimiques, à la pression, articulaires...)

- ▶ V: la muqueuse, les muscles du voile du palais et des 2/3 antérieurs de la langue
- ▶ VII: fonction gustative des 2/3 antérieurs de la langue.
- ▶ IX: muqueuse naso et oropharyngée, autour des amygdales, le goût du 1/3 postérieur de la langue et le sillon glosso-épiglottique
- ▶ Le X: épiglotte, larynx et début de l'oesophage



# La déglutition en mots

---



Pour stimuler le déclenchement:

- L'augmentation des afférences: jouer sur le goût
- Jouer sur les contrastes de température
- Jouer sur l'effet stimulant (bulles par exemple)
- Augmenter les quantités en bouche (en fonction du patient)



# Des commandes motrices vont être lancées à différents muscles

---

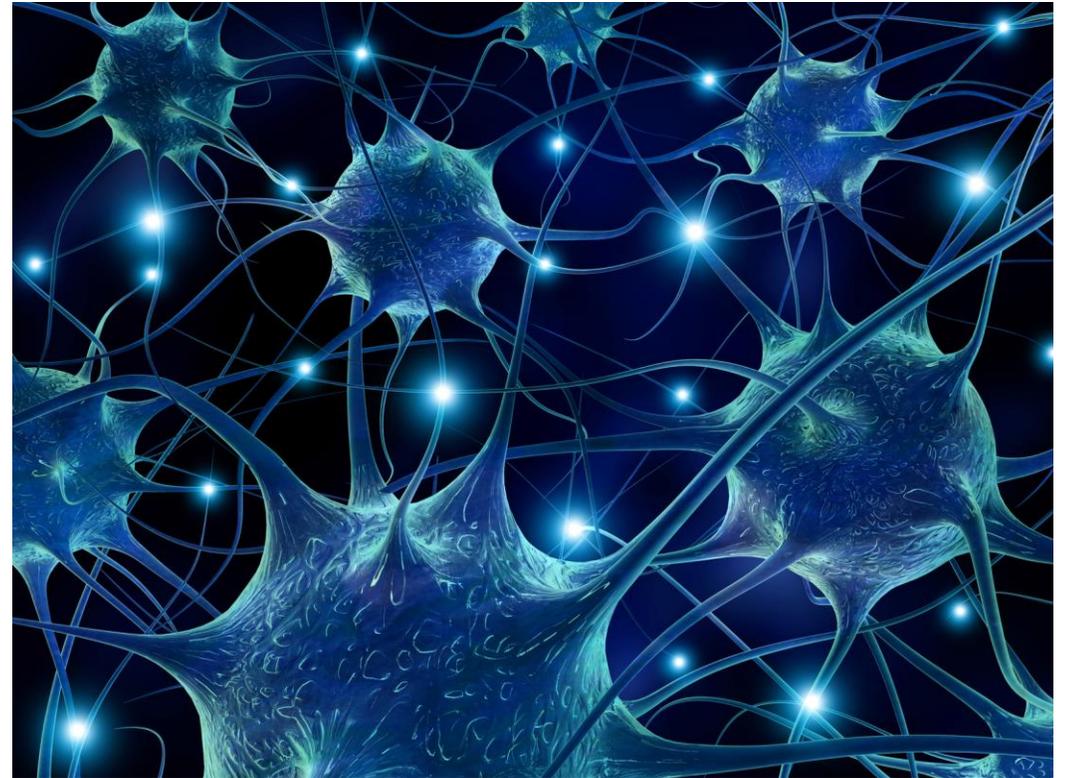
- ▶ Le nerf V: mobilisation des mâchoires
- ▶ Le nerf VII: mobilisation des joues et des lèvres.
- ▶ Le nerf IX et X: mobilisation de la musculature pharyngo-laryngée et en partie œsophagienne
- ▶ Le nerf XII: mobilisation de la langue

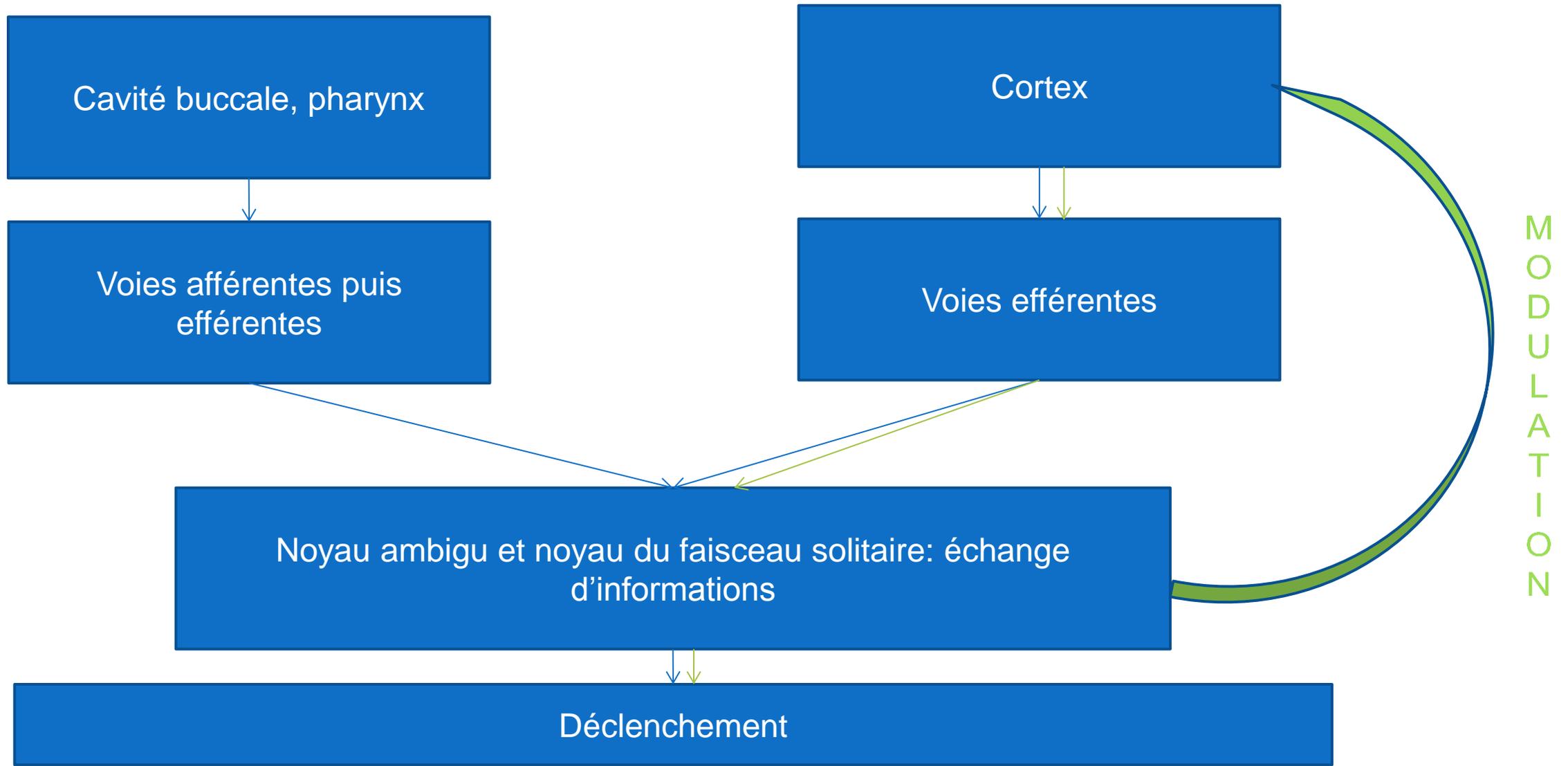
*Mais à ce stade envoi les commandes isolées de chaque structure*

# Le centre intégrateur de la déglutition

---

- ▶ Noyau ambigu et noyau du faisceau solitaire (Bulbe): intégration et coordination des différentes actions nécessaires à la déglutition
  
- ▶ Lancement du programme





# Dans le cas des LIS

---

- ▶ Absence ou perturbation des afférences et +/- du fonctionnement des noyaux intégrateurs
  - ▶ L'information est traitée plus lentement
  - ▶ Le déclenchement est ralenti
  - ▶ Les ajustements sont difficiles et lents au cas par cas



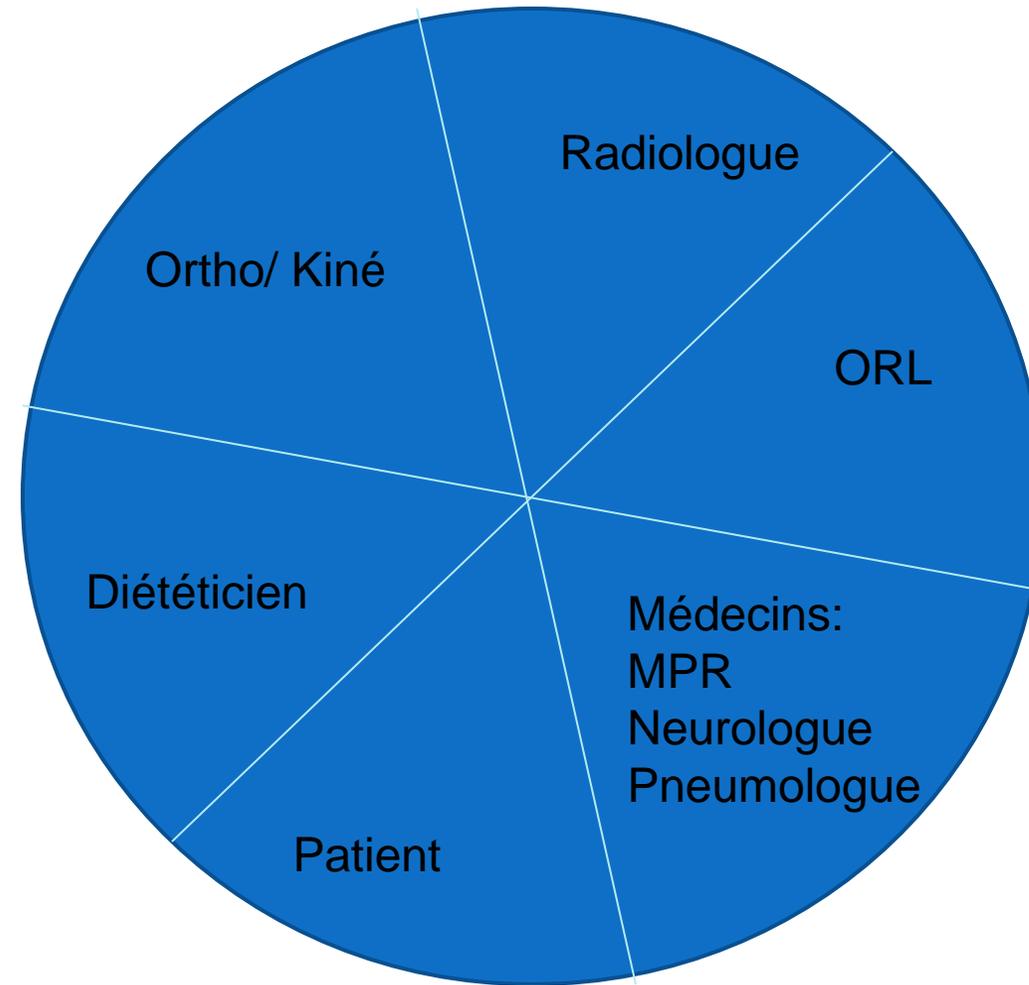
- ▶ Privilégier les textures peu complexes (homogènes)
- ▶ Et/ ou qui ne vont pas trop vite (fluide vs pâteux)
- ▶ Augmenter le goût pour les afférences

# Les bilans de la déglutition

Les bilans cliniques et les bilans objectifs

# Une évaluation interdisciplinaire

---



# Le bilan clinique orthophonique ou kinésithérapeutique

---

## ▶ Il comporte:

- ▶ Un examen moteur des commandes volontaires au moyen des praxies bucco-linguo-faciales= informations sur la qualité du temps buccal
- ▶ Un examen de la sensibilité
- ▶ Un examen des reflexes (archaïques, voile, toux, déglutition)
- ▶ Une observation et une recherche des capacités pour les postures de sécurité et pour les manœuvres
- ▶ Des essais alimentaires le cas échéant



# Le bilan diététique

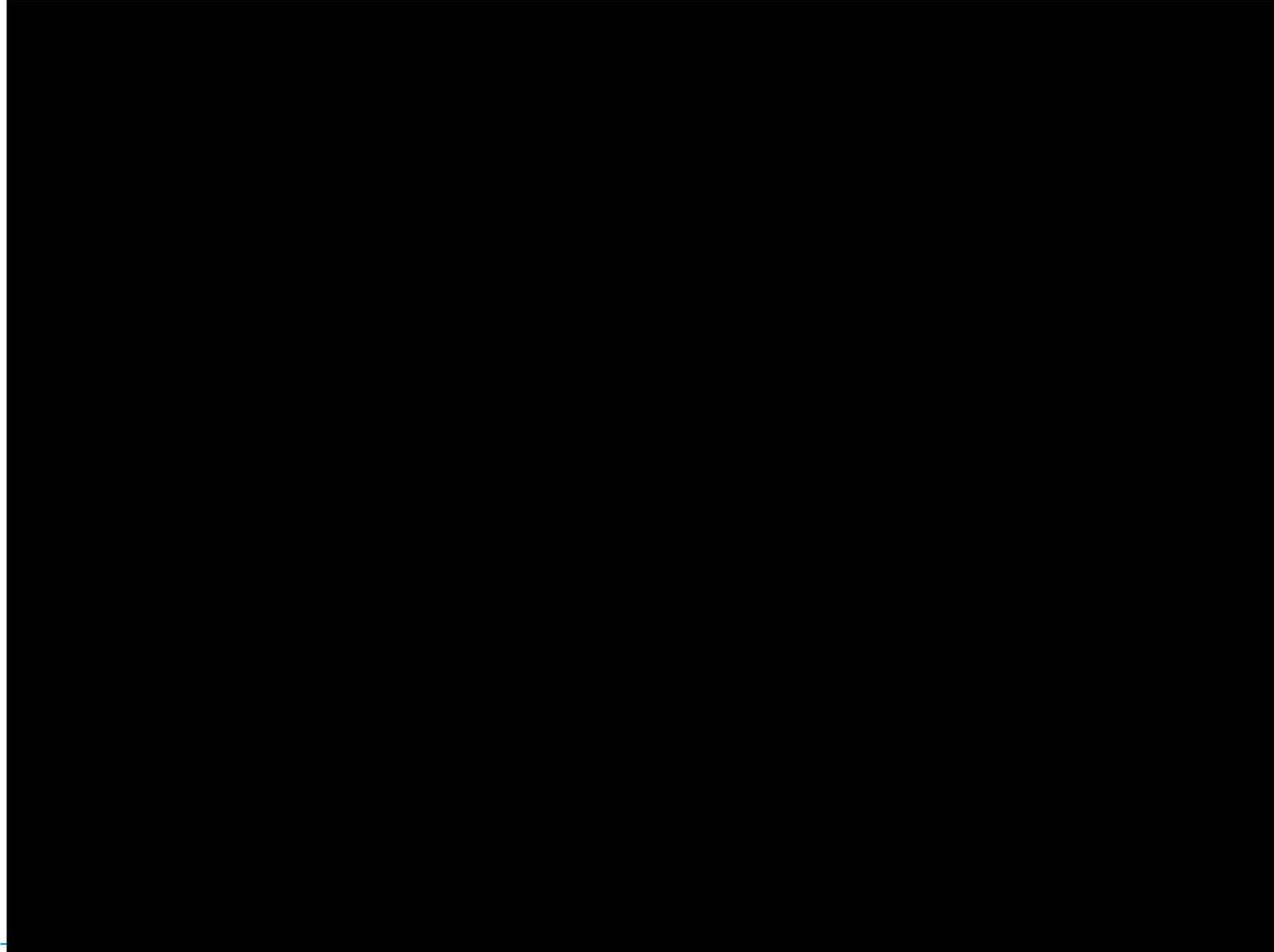
---

- ▶ Cinétique du poids
- ▶ Bilans biologiques
- ▶ Évaluation des besoins nutritionnels (pas d'échelle adaptée au handicap)

**Recherche de la meilleure stratégie pour nourrir le patient au regard de tous ces bilans et en lien avec ceux des autres acteurs**

# Les bilans objectifs: la nasofibroscopie de déglutition

---





# Mécanismes de fausse route

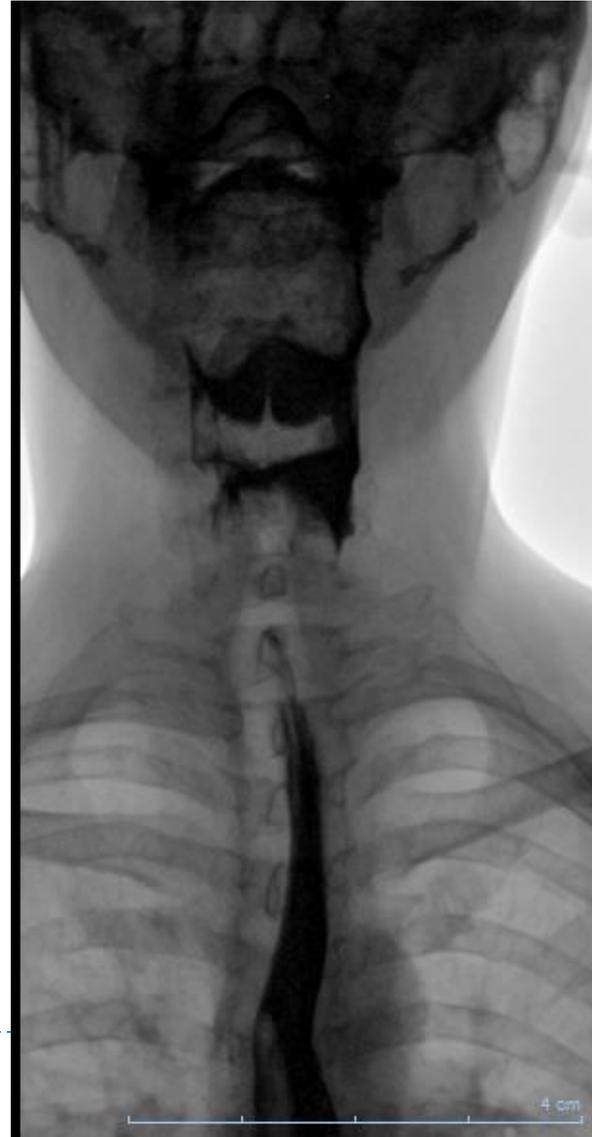
- ▶ Les fausses routes primaires
- ▶ Les fausses routes secondaires:
  - ▶ Débordement au niveau sinus piriformes ou vallécules
  - ▶ Notions de quantité et de décours temporel importantes
  - ▶ FR après quelques cuillerées voire après le repas.
- ▶ Les fausses routes silencieuses:
  - ▶ Absence de mécanisme de protection par la toux



## Fausse route primaire

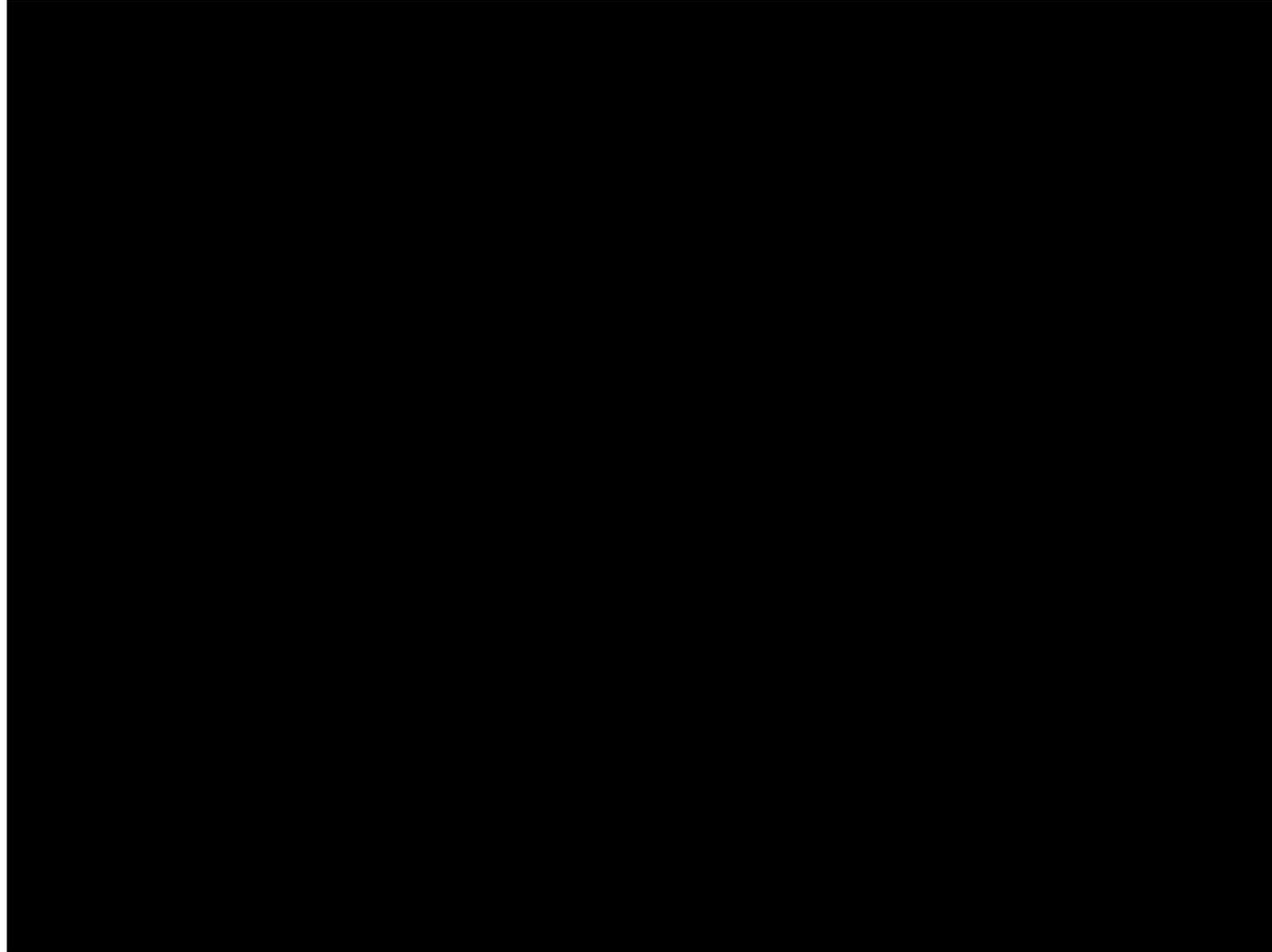


## Fausse route secondaire



# Fausse route silencieuse

---



# Pour le patient

---

- ▶ Importance d'expliciter:
  - ▶ la nature des difficultés
  - ▶ les stratégies pouvant être mises en place ( nutritionnelles et de rééducation)
  - ▶ Les objectifs à moyen terme
  
- ▶ Afin de :
  - ▶ Se positionner par rapport au projet.
  - ▶ Etablir le recueil des aversions et des plaisirs dans le domaine alimentaire ou environnemental (TV ou non, radio, odeurs.....)
  
- ▶ Pour mieux orienter les choix thérapeutiques

# La canule de trachéotomie

Un enjeu respiratoire, de déglutition et de phonation

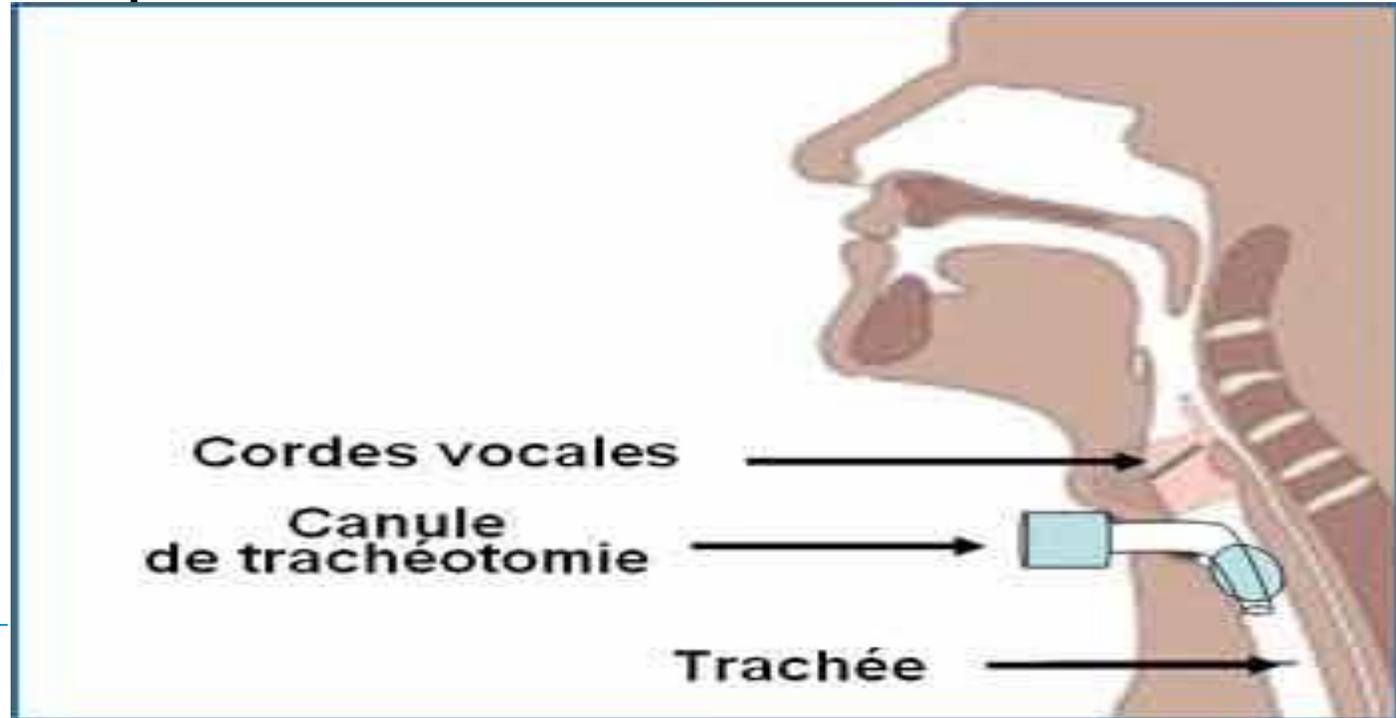
# Trachéotomie

**Définition:** Il s'agit d'une intervention chirurgicale qui consiste à pratiquer une ouverture à la face antérieure du cou au niveau de la trachée, entre le deuxième et le quatrième anneau cartilagineux, bien **en dessous** des cordes vocales.

L'introduction d'une canule à cet endroit permet le passage de l'air, qui n'a plus besoin plus de passer par le nez, ni par la bouche pour pénétrer dans les poumons.

**Ses petits accessoires: en fonction des capacités du patient => évolutif**

- ▶ Les embouts
- ▶ Les chemises internes
- ▶ Les fenêtres
- ▶ Le ballonnet
- ▶ Le modèle



# Pourquoi mettre une canule de trachéotomie ?

---

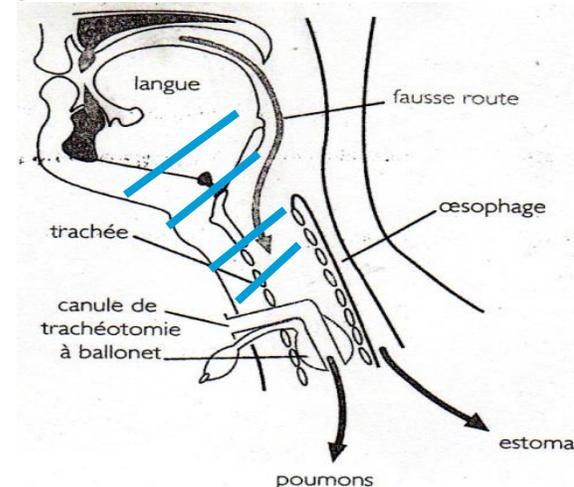
- ▶ Pour faciliter la respiration
- ▶ Pour limiter les risques d'inhalation:
  - ▶ Pour pallier les difficultés de modulation du réflexe le temps de bien identifier les capacités du patient
  - ▶ Pour pallier les difficultés de « mastication » (atteinte du V, VII et XII)
  - ▶ Si lésion étendue pour compenser les déficits (noyaux du tronc cérébral impliqués dans la déglutition (IX, X) perturbent la déglutition
- ▶ Faciliter les aspirations nécessaires au désencombrement bronchique



# Limites

---

- ▶ **Exclusion du larynx** dans le processus de respiration entraînant une incoordination du carrefour aéro-digestif.
- ▶ **Diminution de la pression sous-glottique**: toux et voix plus faible, temps expiratoire plus court.
- ▶ Compression oesophagienne par le ballonnet
- ▶ Porte d'entrée infectieuse (règles d'hygiène à respecter)
- ▶ Gêne sur le plan psychologique (surtout sur le plan de la relation avec autrui)



# Limites

---

- ▶ Nécessité de dégonfler la ballonnet et de poser une valve phonatoire pour pouvoir parler
- ▶ Gêne à la déglutition quand le ballonnet est gonflé
- ▶ Obstacle à l'humidification et au réchauffement naturel de l'air inspiré
- ▶ Désafférenciation laryngée: **Hypostimulation des capteurs sensoriels**
- ▶ Amyotrophie musculaire des zones sus canule.

# Avantages

---

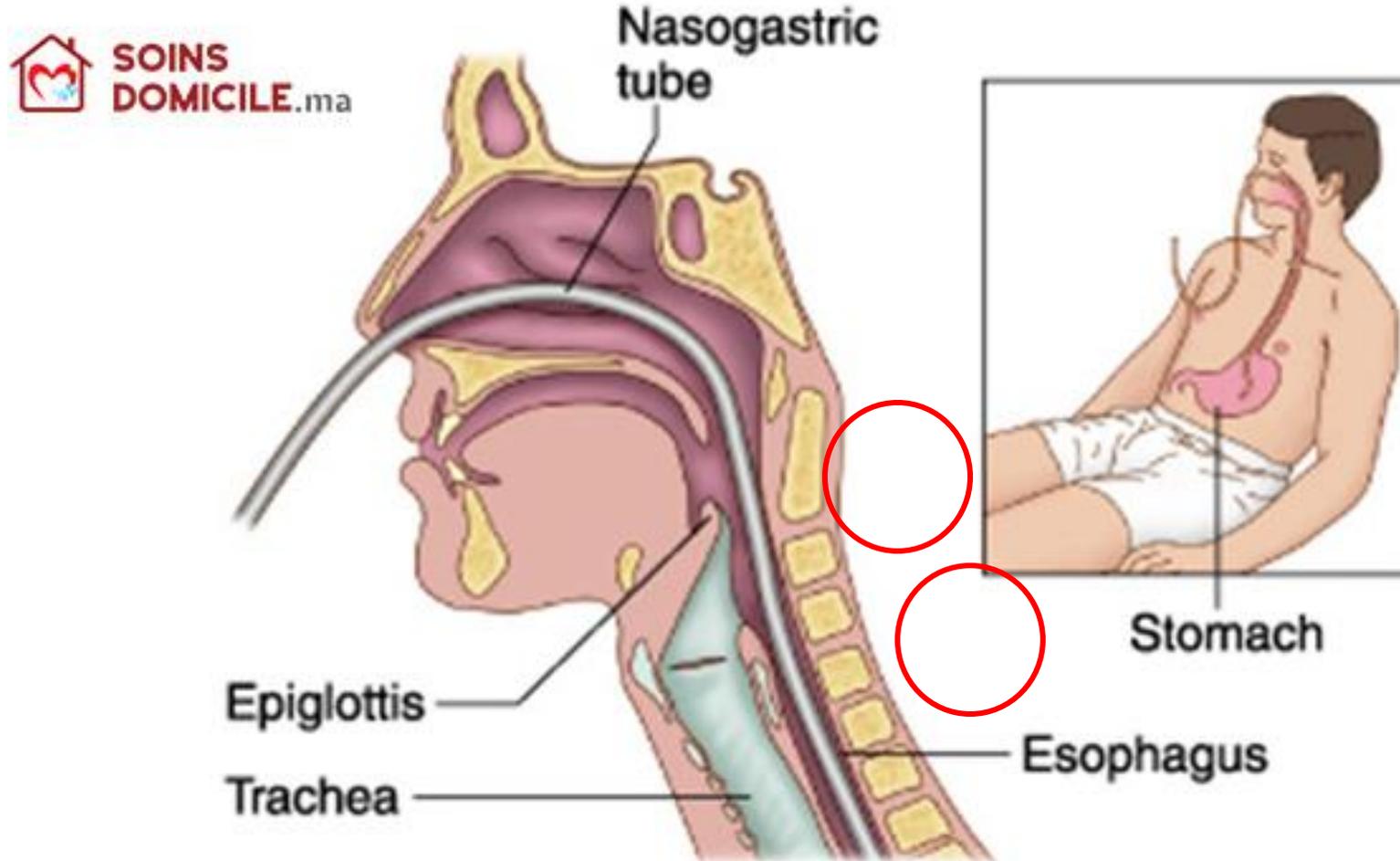
- ▶ Aide au sevrage ventilatoire
- ▶ Aide pour reprendre la phonation plus rapidement
- ▶ Aide pour sécuriser
- ▶ Permet une rééducation précoce et non entravée par la gestion des complications médicales

# La nutrition entérale

---

- ▶ Couverture des besoins nutritionnels et hydriques
- ▶ Meilleure gestion de la fatigabilité
- ▶ Prévention/ prise en charge de la dénutrition
- ▶ Limitation du risque de fausses routes

# La sonde nasogastrique



# Sonde nasogastrique

---

## Avantages

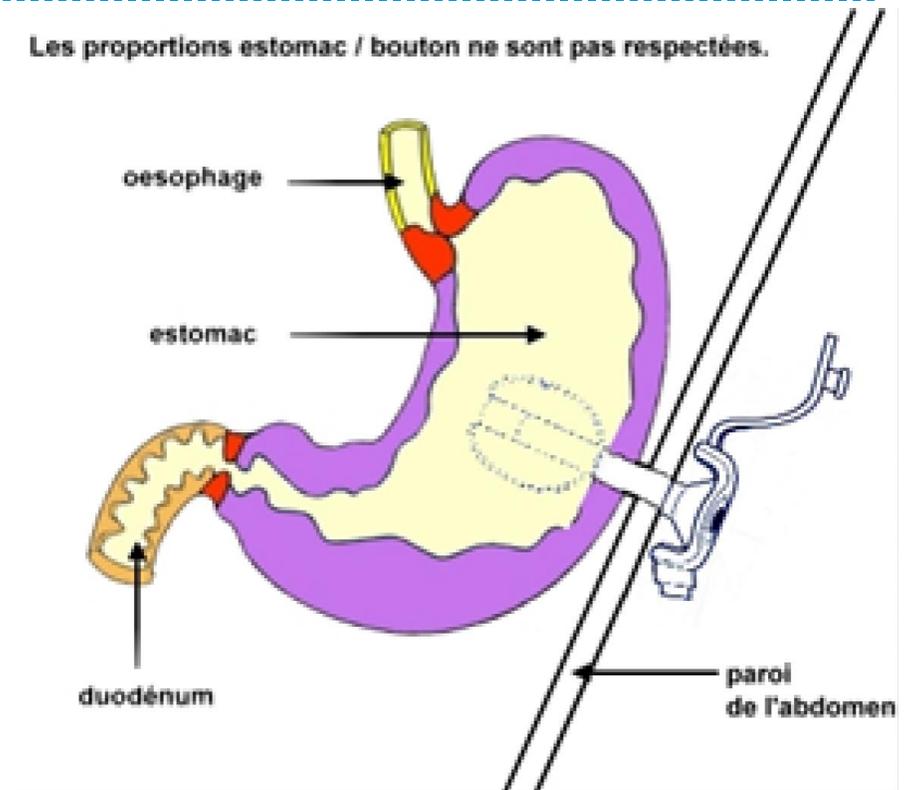
- ▶ Non chirurgicale
- ▶ Facile et rapide à poser au lit du patient

## Limites

- ▶ Absence de fermeture du voile du palais
- ▶ Ouverture permanente du SSO
- ▶ Gêne à l'efficacité du péristaltisme pharyngé
- ▶ Reflux gastro-oesophagien
- ▶ Préjudice social

**N'est pas souhaitable au long cours car elle perturbe le schéma de déglutition**

# Gastrostomie



<http://www.vocal83.fr/la-gastrostomie/>

# La gastrostomie: parfois une nécessité pour une alimentation sécurisée

---

## Avantages

- ▶ Facilité de mise en place
- ▶ Réponse rapide pour couvrir les besoins sans perturbation schéma de déglutition
- ▶ Absence de préjudice social
- ▶ Pas d'entrave à la stimulation de la déglutition.
- ▶ Meilleure gestion du RGO

## Limites

- ▶ invasif

**A envisager rapidement si les troubles de la déglutition persistent au-delà d'un mois**

# Définition du projet autour de la déglutition

Et de la phonation

# La rééducation

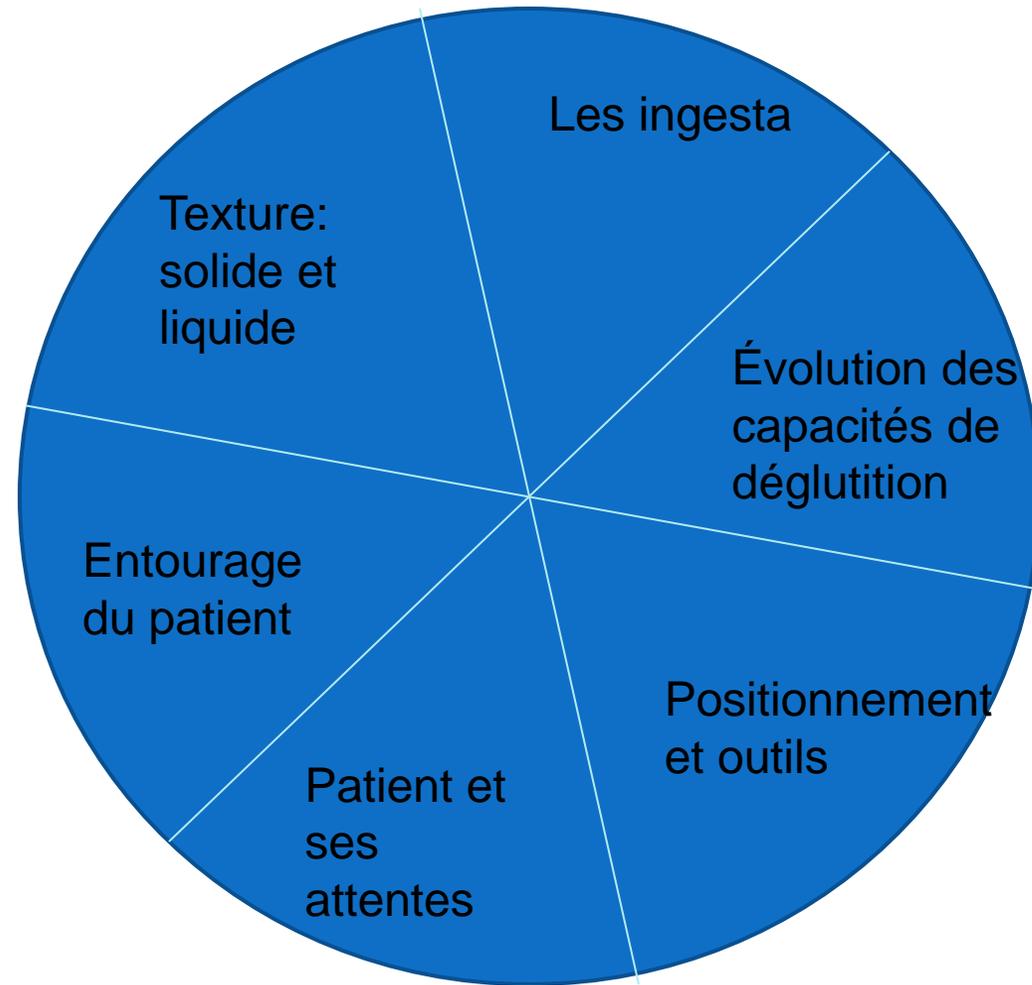
- Est un processus long et lent
- Il est important de la débiter précocement
- Tout acquis est acquis mais il est impossible de prédire jusqu'où on ira
- Chaque étape ne pourra être franchie par tous
- Il est important de travailler les compensations très tôt même si la restauration est toujours recherchée

•

•

# Un projet « pluridimensionnel »

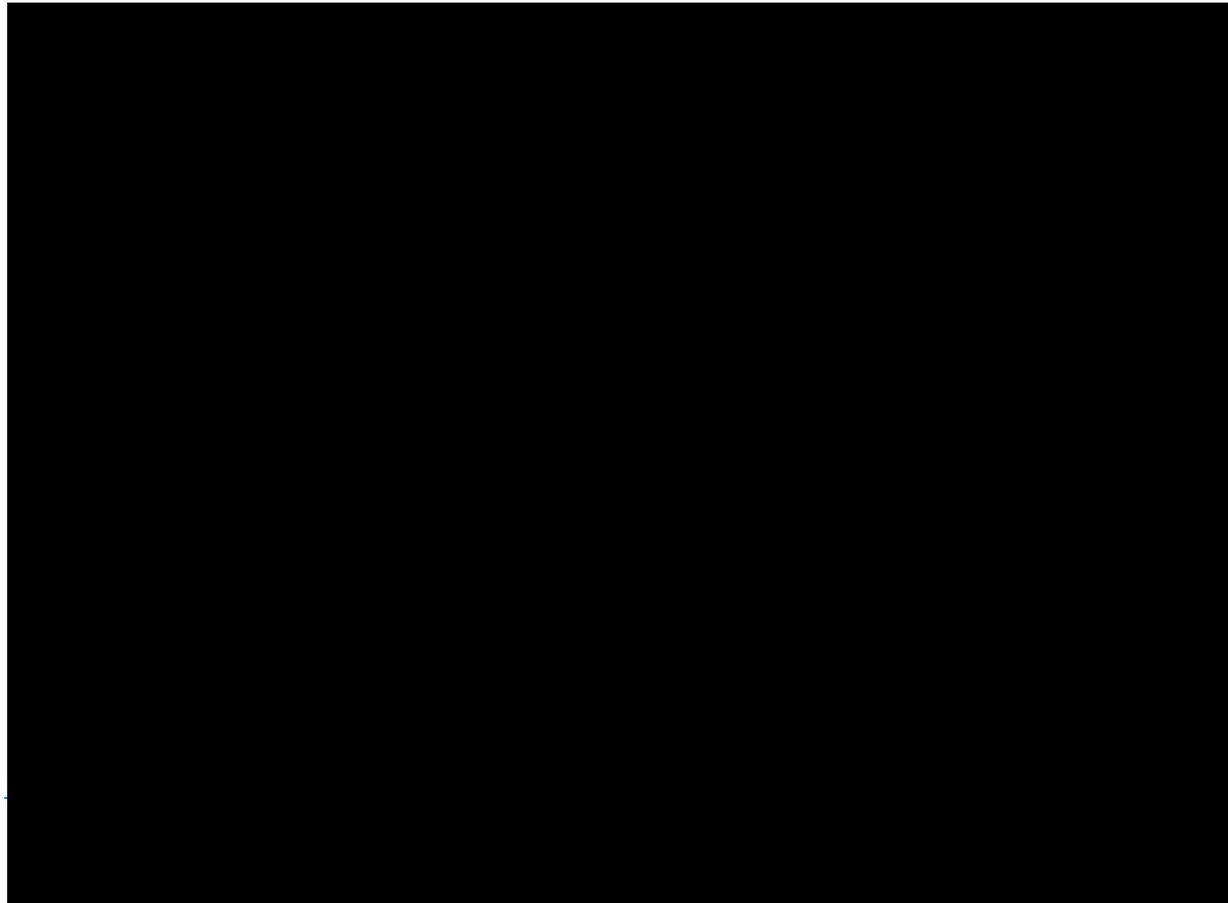
---



# Pour la rééducation de la déglutition et de la phonation

---

- ▶ Le contrôle du souffle est un prérequis au travail de la déglutition et de la phonation.
- ▶ Le souffle est nécessaire à la mise en vibration des cordes vocales



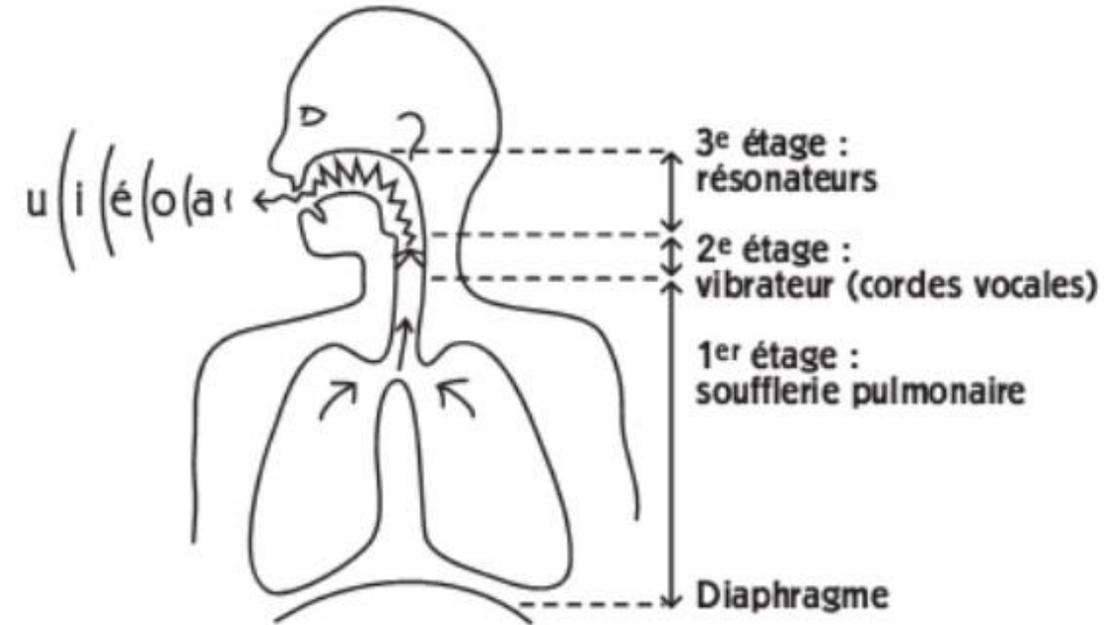
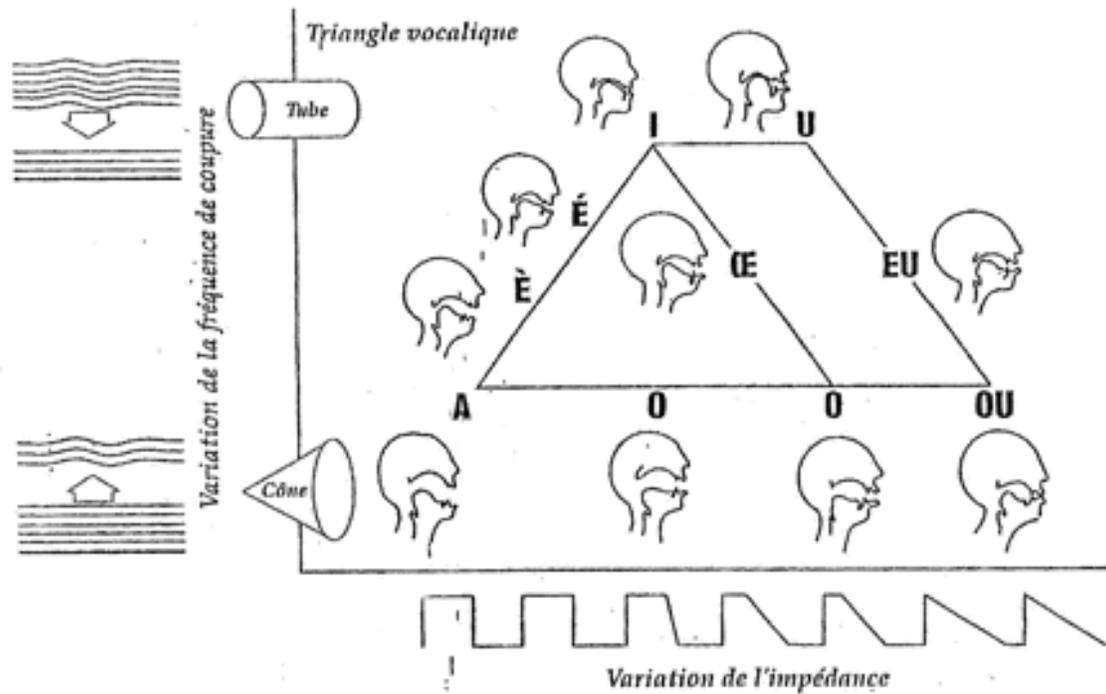
<https://www.youtube.com/watch?v=wwPI180suUU>

22/02/2018



# La rééducation: travailler la phonation

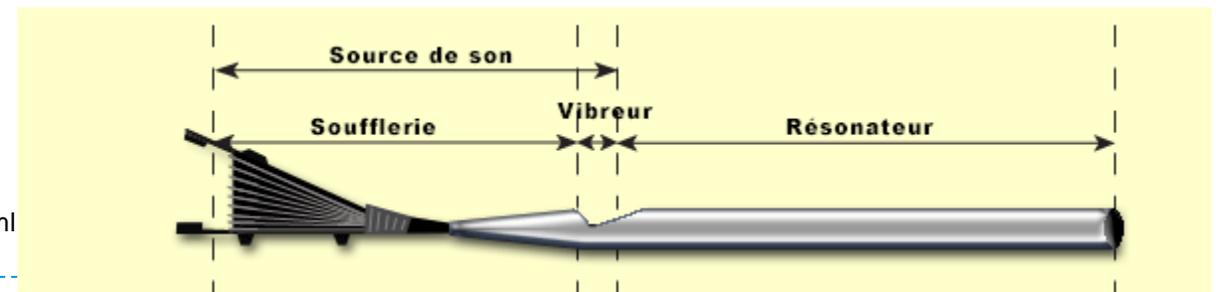
Le triangle vocalique et les moules sonores correspondant



[http://www.linux-france.org/prj/sev/site\\_oraltitude/experience\\_everest.html](http://www.linux-france.org/prj/sev/site_oraltitude/experience_everest.html)

<http://ekldata.com/d1d8BKc9Hk-3VHeoJCMZxOMg8Hc.jpg>

[http://outilsrecherche.over-blog.com/pages/Notes\\_131\\_Lappareil\\_Phonatoire\\_Humain-3083095.html](http://outilsrecherche.over-blog.com/pages/Notes_131_Lappareil_Phonatoire_Humain-3083095.html)



# La rééducation: travailler le contrôle de la colonne d'air

---

- ▶ Prérequis: ballonnet dégonfler => faire des essais avec différents embouts.
- ▶ Travail de la relaxation pour une respiration basse
- ▶ Travailler avec les kinés sur les modes ventilatoires
- ▶ Amorcer le travail sur le souffle
  - ▶ Dès que le patient tolère bien la valve ne pas hésiter à utiliser un pince nez pour favoriser le flux d'air par la bouche et limiter la déperdition nasale.
- ▶ Travailler la mise en apnée et la toux pour la déglutition

# La rééducation: travailler le contrôle de la colonne d'air

---

- ▶ Pour mettre en vibration les CV il faut une bonne pression sous-glottique => travail du contrôle de la colonne d'air utilisation des comportements spontanés émergents (toux, soupir bâillements...)
- ▶ Pour que les cordes vocales vibrent:
  - ▶ Bonne fermeture du plan vocal sinon voix soufflée
  - ▶ Bon relâchement des CV sinon voix serrée
  - ▶ La vibration des CV est perturbée par la présence de salive ou sécrétions en fond de gorge => travailler le dégagement.

# La rééducation: les mouvements buccaux

---

- ▶ Pour faire évoluer les capacités de mastication
- ▶ Pour permettre une modulation des résonateurs et permettre l'articulation

Le travail sur:

- L'explicitation théorique du fonctionnement normal et actuel de la déglutition et de la phonation
- La prise de conscience des sensations est essentiel pour comprendre les mouvements et mieux maîtriser leur déclenchement volontaire

**Il faut donner un sens aux exercices réalisés**

# La rééducation: les problématiques quotidiennes

---

- ▶ La problématique de la salive:
  - ▶ Proposer des anticholinergiques comme des patchs de scopolamine ou une toxine des glandes salivaires
  - ▶ Travailler sur la motricité de la face ( chercher occlusion labiale)
  - ▶ Travailler sur les capacités de déglutition volontaire ou proposer des stimulations afférentielles (bâtons glacés à sucer, des sucettes non acides non sucrées ou si le patient peut boire des gorgées régulières)
  - ▶ Le positionnement en évitant une tête trop en avant.
- ▶ La problématique des sécrétions oropharyngées
  - ▶ Travail de la toux, du hémmeage et de la déglutition volontaire

# La rééducation analytique de la déglutition/ phonation en fonction du temps atteint

---

- ▶ Atteinte du temps buccal:
  - ▶ Difficultés de préhension, de mastication et de propulsion
  - ▶ Dystonie oro-mandibulaire, difficultés d'ouverture buccale, reflexes archaïques
  - ▶ Les aspirations en bouche au décours du repas peuvent soulager certaines personnes.
- ▶ Atteinte du temps pharyngien: fausses routes primaires et secondaires
- ▶ Manque de coordination et ralentissement.

# La rééducation: atteinte du temps buccal

---

- ▶ Atteinte du V, du VII et du XII
  - ▶ Les compensations possibles sont:
    - ▶ Une texture fluide mais pas trop rapide pour préserver le temps suivant
    - ▶ Des bouchées proposées en fond de gorge (base de langue)
    - ▶ Faire jouer les aspects gravitaires avec un tronc inclinés à 30° mais avec une têtère qui permet le maintien du menton fléchi
    - ▶ Augmenter la quantité pour stimuler le reflexe s'il est efficace.
  - ▶ Les techniques de rééducation
    - ▶ Travail des praxies bucco-linguo-faciales.
    - ▶ Travail avec des bâtonnets glacés, imbibés, des sucettes...
    - ▶ Travail en électrostimulation avec myofeedback.

# La rééducation: atteinte du pharyngo-laryngée

---

- ▶ Atteinte du IX= atteinte des capacités de bonne propulsion du bol alimentaire
  - ▶ Les compensations:
    - ▶ Textures glissantes , onctueuses et grasses
    - ▶ Textures homogènes ( pas de soupe aux vermicelles...)
    - ▶ Faire jouer les aspects gravitaires avec un tronc inclinés à 30° mais avec une têtère qui permet le maintien du menton fléchi
  - ▶ Les techniques de rééducation:
    - ▶ Pas d'exercices analytique permettant le déclenchement du péristaltisme pharyngien
    - ▶ Stimulations afférentielles avec des bâtonnets imbibés, glacés...
    - ▶ Les essais alimentaires sur des textures de plus en plus difficiles pourraient être envisagés.

# La rééducation: atteinte du pharyngo-laryngée

---

- ▶ Atteinte du X= atteinte de la toux reflexe, absence de protection des voies aériennes
  - ▶ Aucune compensation n'est possible
    - ▶ Il est impératif de suspendre toute alimentation
- ▶ Les techniques de rééducations orthophoniques:
  - ▶ Travail du souffle
  - ▶ Exercices analytiques de fermeture du plan glottique en sonorisation simple mais surtout en travaillant les glottages.
  - ▶ Travail du contrôle inspiratoire et expiratoire avec les kinésithérapeutes pour favoriser le développement d'une toux volontaire efficace.



# La rééducation: travail sur les commandes volontaires

---

- ▶ Toux, hémhage, déglutition, mise en vibration des CV, contre-résistance....
  - ▶ Essayer régulièrement
  - ▶ Si une ébauche de mouvement est observée:
    - ▶ le stimuler +++
    - ▶ Travailler sur la prise de conscience des sensations
    - ▶ Essayer de le stabiliser et de l'optimaliser



# S'alimenter avec une canule de trachéotomie

---

- ▶ Pour parler d'une **fonction efficace** il est nécessaire que le ballonnet soit dégonflé.
- ▶ La pose d'une valve phonatoire ou d'un bouchon est préférable:
  - ▶ pour permettre l'expectorer en cas d'incident au cours du repas
  - ▶ Pour favoriser les mises en pression nécessaires au cours de la déglutition
- ▶ Il est intéressant de pratiquer le désencombrement juste avant le repas pour ne pas multiplier les difficultés. Et juste après pour désencombrer si nécessaire.

# Adaptation des textures

---

- ▶ Le choix se fait
  - ▶ En fonction des capacités du patients
  - ▶ En fonction de la nature des difficultés
- ▶ En adaptant les textures, on peut jouer sur:
  - ▶ La vitesse ( liquide versus solide)
  - ▶ La consistance ( difficile ou facile à mastiquer)
  - ▶ Les « propriétés physiques » (grains, dispersibles, filandreux...)
  - ▶ Les quantités
  - ▶ La répartition ( moment de la journée, +/- choix de la texture en fonction du moment de la journée)
- ▶ Traiter toujours distinctement les solides et les liquides
- ▶ La dénomination des textures: travailler sur un langage commun

# Aménagement « maison » des textures

---

Alimentation  
mixée

- - Alimentation sans morceaux lisse et glissante
- Les épices et condiments

Alimentation  
mouliné légumes tendres

- - Sélectionner les aliments tendres que l'on peut écraser à la fourchette.
- Ajouter de la sauce, de la crème, du beurre, de la mayonnaise, ou de la béchamel pour lier
- Ajouter du lait, du jus pour fluidifier
- Mixer grossièrement les autres aliments
- Mettre du pain de mie
- Les épices et condiments

Alimentation haché

- Mixer grossièrement toutes les viandes
- Ajouter de la sauce, de la crème, du beurre, mayonnaise, béchamel ou du jus pour fluidifier/lié

Alimentation normale

- Les épices et condiments

# Aménagement « maison » des textures

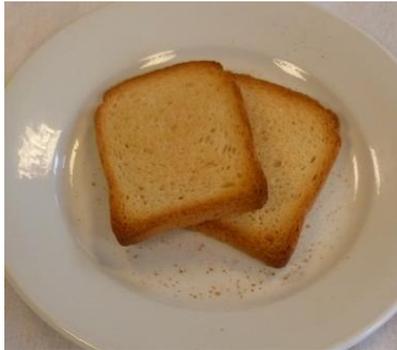
---

- ▶ Les épaississants il faut veiller à:
  - ▶ Possibilité de chaud ou froid
  - ▶ Persistance des bulles
  - ▶ La texture/ grumeaux
  - ▶ Les effets secondaires sur la digestion
  - ▶ La liquéfaction avec le temps
- ▶ La possibilité ou non d'aménagement dans les structures contraintes hygiéno-diététiques.

# Quelle texture si....?

---

- Difficultés de mastication:
  - Aller vers une texture normale hachée ou mouliné légumes tendres
  - Fluidifier et liquéfier les aliments.



# Quelle texture si....?

---

- Difficultés de propulsion:
  - Faire des pauses toutes les trois/ quatre bouchées et faire racler et avaler une fois à sec.
  - Fluidifier ou liquéfier les aliments ( lait, crème, jus, beurre....)
  - Proposer une cuillère de yaourt au bout de quelques bouchées et pas d'eau.
  - Donner les bouchées lentement pour que la personne ait le temps de bien vidanger, lui demander régulièrement d'avaler deux fois une bouchée.



# Quelle texture si....?

---

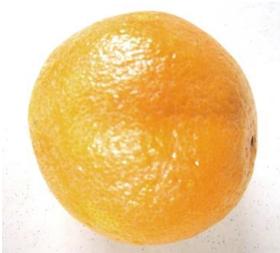
- Ralentissement et/ou absence de modulation du déclenchement de la déglutition:
  - La vitesse de l'aliment: choisir des aliments plus épais, plus lent à « descendre » mais pas trop difficile à propulser



# Quelle texture si....?

---

- Difficultés de protection des voies aériennes
  - Tête en flexion antérieure
  - Épaissir les liquides
  - Éviter les aliments à risques (dispersibles, filandreux, granuleux et collants, les doubles-textures....)



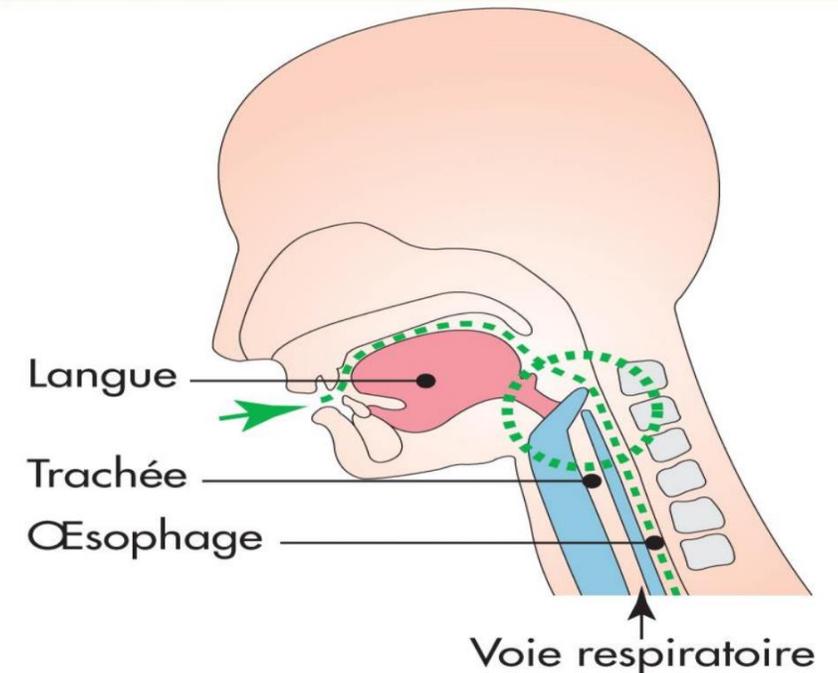
# Positionnement

## Inclinaison du tronc à 30 et flexion antérieure

- Favorise la propulsion du bol alimentaire
- Protège les poumons



**FAIRE : BAISSER LA TÊTE**

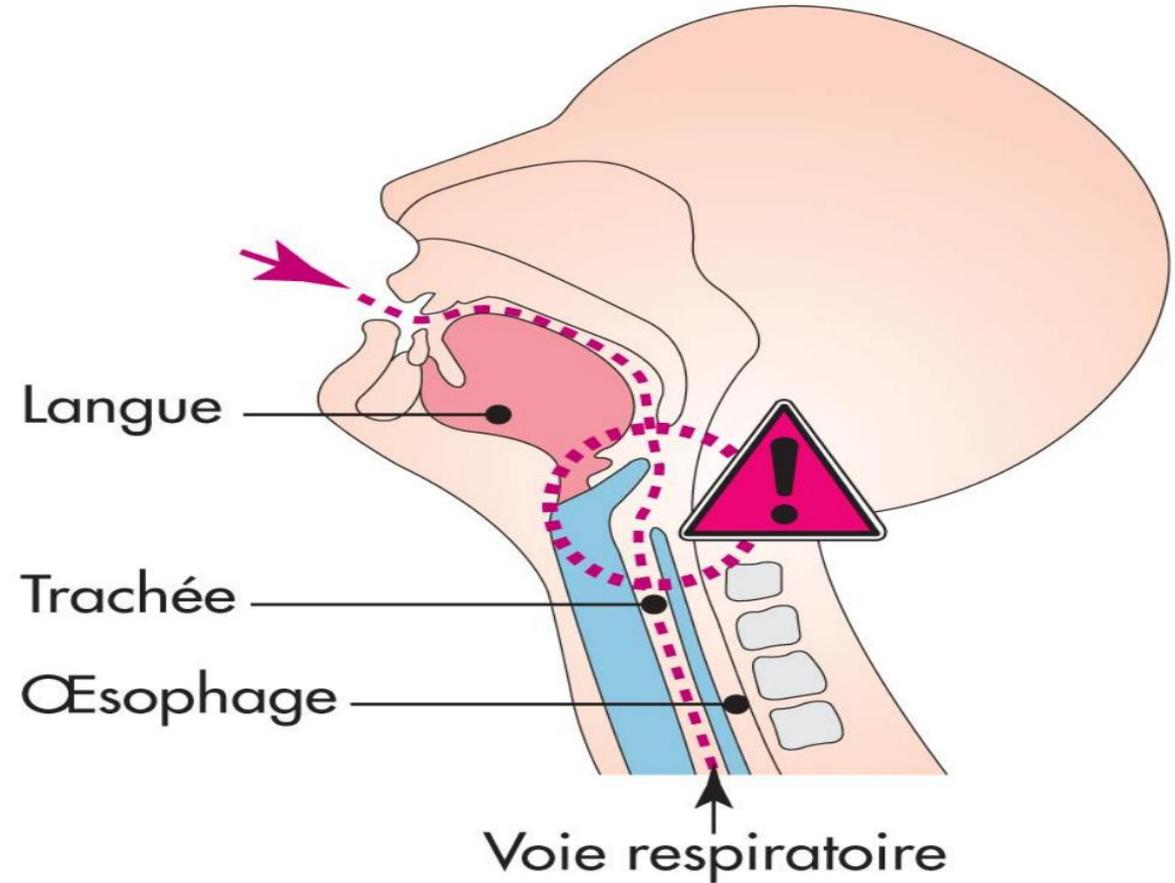


# Positionnement

- ▶ L'hyperextension est délétère car:
  - ▶ Elle ouvre les voies respiratoires
  - ▶ et bloque le passage vers l'oesophage



**NE PAS FAIRE : LEVER LA TÊTE**



# Environnement

- ▶ Attention:
  - ▶ TV en hauteur
  - ▶ Plan de table
  - ▶ Interactions
  - ▶ Rires au cours des repas



Environnement calme, télévision et radio éteinte :

Laisser la personne qui mange se concentrer pour avaler.

Ne pas lui poser de questions.

## Consignes pour l'alimentation



Pour les aliments :

Faire des petites cuillerées.

S'assurer que la bouche est vide entre chaque bouchée.



Pour les boissons :

Garder la tête fléchie, le menton rentré pour chaque gorgée.

Boire avec un verre échangé (encoche pour le nez) ou avec une paille (d'une bouteille) ou avec un verre normal toujours plein.

# L'alimentation: à chacun son rythme et son organisation!

- ▶ La fatigabilité= **le fractionnement**
- ▶ L'**enchaînement** ou non **des bouchées** à personnaliser
- ▶ **La quantité dans les cuillères** à personnaliser
- ▶ **La position du patient**
- ▶ **La position de l'aidant** doit être confortable
- ▶ Présentation de la cuillère par le bas
- ▶ Proposer un mouchoir pour soutenir la fermeture labiale



# GPE et +/- Alimentation per os

---

- ▶ Choix de produits et de mode de passage et débit adapté en fonction:
  - ▶ Des activités du patient et du niveau d'ingesta
  - ▶ De la tolérance du patient
  - ▶ Établir le nombre de repas
  - ▶ Passage nuit ou non
  - ▶ À distance des repas pour faciliter la sensation de faim.
- ▶ Adaptation des apports des différents abords:
  - ▶ Un enjeu d'équilibre:
    - ▶ alimentation per os/ complémentation nutritionnelle entérale/ orale.
    - ▶ Hydratation et type de texture

**Nécessité de suivre régulièrement le poids**

**Mais aussi le bilan biologique**

# Critères diagnostiques de dénutrition.

CRITÈRES DE PRISE EN CHARGE	PATIENTS DE MOINS DE 70 ANS	PATIENTS DE PLUS DE 70 ANS
<b>Perte de poids</b> (par rapport à une valeur antérieure)	≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois	≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois
<b>IMC (Indice de Masse Corporelle)</b>	≤ 18,5 kg/m <sup>2</sup> (hors maigreur constitutionnelle)	≤ 21 kg/m <sup>2</sup> (hors maigreur constitutionnelle)
<b>Albuminémie</b>	< 35 g/l	< 35 g/l

- ▶ **Indice de masse corporelle (IMC).**
- ▶ **IMC = P / T<sup>2</sup>** (*P en Kg & T en m*)
- ▶ *Pré-albumine permet un suivi plus rapproché (quelques jours)*



# Les conséquences de la dénutrition

---

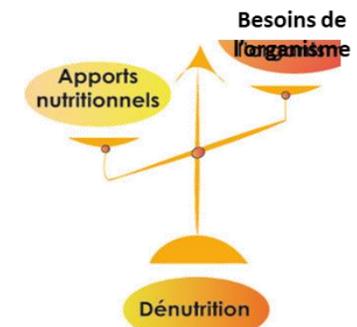
## ▶ La dénutrition :

- ▶ Altère la qualité de vie
- ▶ Augmente la morbidité, la mortalité intra hospitalière, la durée de séjour
- ▶ Induit une diminution des défenses immunitaires
- ▶ Augmente la réponse au stress et le risque de complication nosocomiale (infection urinaire, respiratoires, hémorragies digestives, chutes, escarres...)
- ▶ Altère les capacités fonctionnelles dans les AVQ



# L'évolution des apports énergétiques

- ▶ Problématique d'évaluation des besoins (absence de score standardisé)
- ▶ Evolution des apports énergétiques:
  - ▶ À la phase initiale les apports couvrent les besoins sans risque de prise de poids car même si métabolisme de base baissé, les besoins sont augmentés: rééducation, récupération...
  - ▶ A la phase chronique il est nécessaire de diminuer les apports car la dépense énergétique est diminuée: bien surveiller la cinétique du poids
  - ▶ Notion de balance énergétique



D'après G Pérès Faculté de médecine Pierre et Marie Curie Pitié-Salpêtrière

# Savoir identifier les signes d'alerte: la dénutrition/déshydratation

---

- ▶ Augmentation temps de repas
- ▶ Diminution des quantités consommées
- ▶ Fatigabilité (toux à la fin du repas)
- ▶ Perte de poids
- ▶ Changements des habitudes alimentaires : éviction ou aversion
- ▶ Perte de l'appétence aux repas



- ▶ Le fractionnement des repas
- ▶ L'enrichissement des plats ( fromage fondu, poudre de lait, beurre/crème fraîche, poudre de protéines...)
- ▶ Liste des préférences alimentaires ( goût en fonction des capacités) réflexion autour des menus avec la diététicienne.
- ▶ Choix de la complémentation

# Savoir identifier les signes d'alerte: de difficultés de déglutition

---

- ▶ Augmentation du bavage
- ▶ Encombrement, augmentation du grayonnement au cours des repas
- ▶ Toux (! Nécessité de la surveillance à distance des repas )
- ▶ Difficultés respiratoires
- ▶ Fièvre inexplicquée
- ▶ Fatigue et ralentissement au cours de la prise alimentaire
- ▶ Nécessité de la surveillance à distance et de prendre du temps entre les essais



- ▶ Identification du contexte de survenue
- ▶ Réévaluation +/- réadaptation des textures solides et hydriques
- ▶ Réévaluation +/- réadaptation de l'équilibre entéral/ oral
- ▶ Désencombrement avant les repas +/- après
- ▶ Réévaluation du positionnement et de l'environnement

# Savoir identifier les signes d'alerte: le surpoids

---

- ▶ La prise de poids
- ▶ L'augmentation des quantités au cours des repas
- ▶ Le grignotage
- ▶ L'appétence pour des produits à forte densité énergétique



- ▶ Surveillance des apports
- ▶ Adaptation du grignotage
- ▶ Privilégier l'équilibre alimentaire et la couverture des besoins fondamentaux
- ▶ ! À la dénutrition

# Savoir identifier les signes d'alerte: de troubles du transit

---

- ▶ Constipation: Diminution et durcissement des selles
- ! Une diarrhée peut cacher un fécalome
- ▶ Distension abdominale
- ▶ Apparition de nausées

Baisse de l'activité physique  
Prise de traitement  
(anticholinergiques...)  
Baisse des changements de position



- ▶ **Prévention ++++**: hydratation (eau minérale hyperosmolaire type Hépar), augmentation des fibres solubles et insolubles (compotes de pruneaux, potages, jus de fruits, laitages...), les traitements préventifs. Importance de la mobilisation et de la verticalisation en kiné, des massages abdominaux
- ▶ La prise en charge: les traitements médicamenteux, lavements évacuateurs, alimentation fluide et en petite quantité selon tolérance.

# Et le plaisir dans tout ça

- ▶ Permettre aux patients de choisir leurs aliments



## Tenir compte

- des dimensions culturelle et hédonique de l'alimentation
- de l'histoire « alimentaire »
- des possibilités de l'établissement  
(type de restauration liaison chaude ou froide)  
Choix des menus  
Produits de complémentation...

# A qui s'adresser en cas d'identification de signe d'alerte

---

- ▶ En fonction du lieu de vie:
  - ▶ Le médecin généraliste en première intention ou de la MAS
  - ▶ L'infirmière à domicile ou du prestataire de service ( nutrition entérale) et/ou de qui font de rapports aux équipes médicales de référence.
- ▶ L'importance de tracer à l'écrit les évolutions pour mieux comprendre et partager les informations.
  - ▶ Prise en charge plus pertinente (prise en compte des aspects évolutifs et de la cinétique)
  - ▶ Gain de temps
  - ▶ Proposition d'une liste: toux immédiate ou à distance? Sur quel aliment? À quel moment de la journée? Juste une toux ou plusieurs toux pendant quelques minutes? Environnement? Posture? Interactions? Contexte thymique? Episode médical?

# Un partage de compétences

---

- ▶ Importance de discuter des essais réalisés en structure, à la maison pour avancer sur les compétences du patient.
- ▶ Échange entre le patient, l'entourage et l'institution pour respecter la cinétique de la récupération en contrôlant le risque
- ▶ Respecter la fatigabilité malgré les contraintes institutionnelles en introduisant des collations.
- ▶ Importance de tracer les informations même « anodine » mais aussi les informations positives
- ▶ Importance de développer les liens avec le libéral et de travailler sur le transfert des compétences hôpital/ ville-institutions.





Avez-vous des questions?  
Avez-vous des suggestions à partager?

Merci pour votre attention

# Référence des images proposées

---

1. <https://www.youtube.com/watch?v=uA4B2vhuxXk> (nasofibro)
2. <http://www.soinsdomicile.ma/2017/01/pose-sonde-naso-gastrique-a-casablanca/>

