

**La prise en charge diététique de la maladie d'Alzheimer**



<http://www.carevox.fr/Comment-lutter-contre-la-maladie-d-Alzheimer.html>

**1. Les Conséquences de la maladie d'Alzheimer sur l'alimentation**

Phases	Capacités	Symptômes et conséquences
Initiale		-Pas de réelles conséquences sur l'alimentation à ce stade
Intermédiaire	Mentales	-Oublie progressivement son passé : ne connaît plus ses habitudes alimentaires -Perte d'orientation dans le temps et l'espace : absence d'heure fixe pour les repas
	Humeur, émotion	-Saute d'humeur, dépression : diminution de l'appétit
	Comportement	-Agitation : fait les 100 pas : risque de perte de poids et de dénutrition
	Physiques	-Besoin d'aide pour les tâches quotidiennes comme préparer à manger -Fluctuation de l'appétit -Troubles dysphagiques non verbalisés par la personne mais objectivés aux examens radiologiques
Avancée	Mentales	-Personne très confuse, perd complètement ses capacités d'orientation dans le temps et l'espace : oublie de manger -agnosie : elle ne reconnaît peut-être plus les aliments, les couverts, les goûts
	Humeur, émotion	-La personne peut se replier sur elle-même et refuser de manger
	Comportement	-Communique de façon non verbale : difficulté parfois à comprendre ce qu'elle veut
	Physiques	-Grosse difficulté à manger (troubles dysphagiques) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• absence de mastication</li> <li>• difficulté pour la prise de liquide</li> <li>• mauvais contrôle lingual, oublie de déglutir</li> <li>• blocages alimentaires</li> <li>• fausses routes</li> </ul> -conséquences : <ul style="list-style-type: none"> <li>• refus de la prise des repas, risque d'isolement, d'étouffement...</li> <li>• engagement du pronostic vital immédiat</li> <li>• encombrement et infections respiratoires par pneumopathie d'inhalation</li> <li>• perte de poids et amplification du risque de dénutrition et de déshydratation</li> </ul>

(extrait du Dr Patrice BROCKER)

[On peut diviser l'évolution de la maladie d'Alzheimer en 3 phases différentes : initiale, intermédiaire et avancée. A chaque phase, de nouveaux symptômes apparaissent et rendent la prise alimentaire de plus en plus délicate.

Les repas n'ont pas seulement un intérêt nutritionnel, ils constituent aussi un repère et une aide pour diminuer l'isolement social du malade puisque celui-ci demande une attention particulière au moment des repas.

**La boulimie**, associée à une préférence marquée pour les aliments sucrés, est fréquente au stade précoce de la maladie. En revanche, à un stade plus avancé, c'est **l'anorexie** qui prédomine.]

## La dénutrition, compagne habituelle de la maladie d'Alzheimer



30 à 40% des malades Alzheimer perdent du poids. Une conséquence, très souvent, de la dénutrition des personnes malades. Or cette perte de poids favorise la progression de la maladie d'Alzheimer et donc l'entrée en institution, voire la mortalité. La dénutrition augmente aussi le risque de chute, d'infections, de fatigue, de dépression...

### Tout concourt à la dénutrition...

Les personnes atteintes d'Alzheimer peuvent même oublier d'avoir faim!

Au début, on ne sait plus faire ses courses, on ne sait plus anticiper les achats nécessaires à la conception d'un repas, puis on ne sait plus éplucher les légumes ou manipuler les instruments de cuisine car progressivement une mauvaise coordination des mouvements gêne les étapes de réalisation des repas, et pour finir, on oublie de manger. A cela s'ajoutent les troubles bucco-dentaires, du goût de l'odorat et tant d'autres facteurs qui contribuent à diminuer l'appétit.

### Les 4 stades évolutifs de la dénutrition

- 1- La simple aversion à l'alimentation
- 2 - Le besoin d'aide pour manger, nécessitant petit à petit la participation active de l'entourage au repas (couper la viande, guider, encourager).
- 3 - L'impossibilité totale de manger sans aide.
- 4 - Refus de toute alimentation, refus de mâcher et d'avalier.

L'anorexie peut s'expliquer par :

- la perte d'autonomie progressive, l'absence de sensation de besoin, de reconnaissance des mets;
- la survenue de pathologies intercurrentes;
- la diminution du seuil de perception des odeurs, voire du goût;
- la négligence de l'entourage, conséquence de son épuisement;
- l'existence de perturbations neuro- endocriniennes qui favorise l'anorexie, ou qui stimule la prise alimentaire.

Afin d'adapter la prise en charge nutritionnelle et d'améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une DTA, il est souhaitable de surveiller mensuellement le poids.

### **Le dépistage de la dénutrition**

Le dépistage de la dénutrition est recommandé chez toutes les personnes âgées : une fois par an par le médecin traitant ou une fois par mois quand la personne est en institution, et à chaque hospitalisation. Chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, la surveillance devra être plus fréquente et définie au cas par cas, en fonction de l'état clinique et des risques spécifiques.

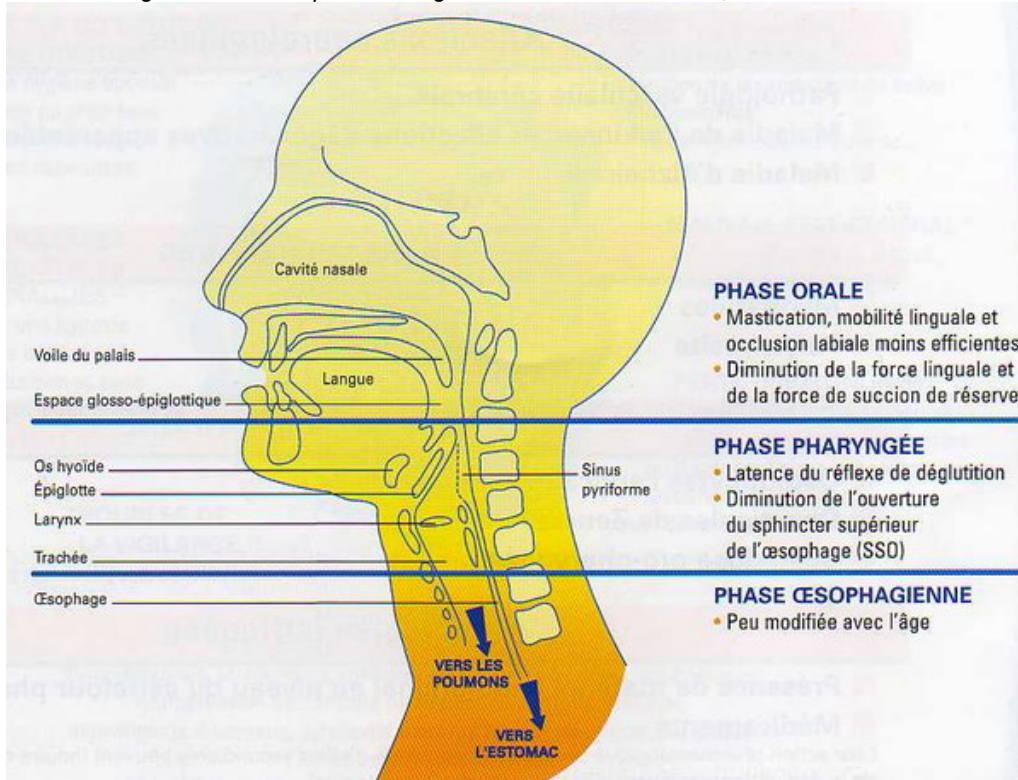
Le dépistage passe principalement par la surveillance du poids et l'évolution de l'indice de masse corporelle (IMC : poids divisé par la taille, deux fois).

Plus le problème de dénutrition sera dépisté tôt, plus la prise en charge sera efficace. Elle repose sur des conseils alimentaires bien sûr, une aide à la prise alimentaire, une alimentation enrichie et une complémentation alimentaire.



**Le vieillissement altère la fonction de déglutition, Alzheimer amplifie ces trouble**

Source : *Troubles de la déglutition chez la personne âgée et maladie d'Alzheimer, Brochure laboratoires Pfizer et Eisai, p 5*



**Les troubles neurologiques de la déglutition  
Dysphagie – Dysphagie oro-pharyngée**

<http://www.orthophonistes.fr>

La dysphagie définit la difficulté d’accomplir l’action de manger, d’avaler avec une sensation de gêne ou d’arrêt du transit, douloureuse ou non, avec éventuellement des fausses routes lors de la déglutition des aliments, des liquides ou de la salive et, par extension, toute anomalie du passage des aliments jusqu’à l’estomac.

Si les troubles du transit affectent plutôt le transport des aliments vers l’estomac, et retentissent sur la nutrition et l’hydratation, les fausses routes alimentaires et/ou salivaires mettent en danger l’appareil respiratoire. La toux lors des repas est souvent le signal d’alerte, et certaines fausses routes peuvent être à l’origine d’infections pulmonaires à bas bruit, ou de pneumopathies récidivantes. La nécessité d’assurer une nutrition satisfaisante et de sauvegarder la fonction respiratoire rend difficile la prise en charge.

<b>Prise en charge</b>
------------------------

➤ <b>Equipe pluridisciplinaire</b>
------------------------------------

Il est impossible de concevoir la rééducation fonctionnelle de la dysphagie comme l'intervention isolée d'un rééducateur

(ergothérapeute et / ou orthophoniste et / ou kinésithérapeute)

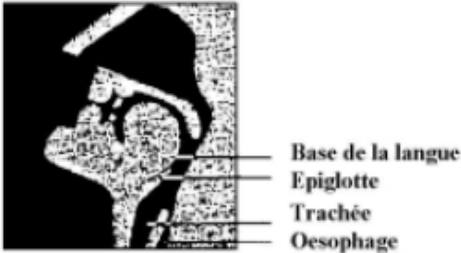

**==> Equipe pluridisciplinaire**


- ◆ **Le médecin** : diagnostic / examens / médicaments / contre-indications alimentaires / diète / état général / surveillance fièvre
- ◆ **La diététicienne**
- ◆ **L'infirmier(e)** : présence indispensable sécurité et poursuite du traitement / supervision des repas / conseil aux familles pour repas pris en dehors de l'hôpital (consignes de sécurité – technique de Heimlich)
- ◆ **Les aides-soignants** : aide lors des repas / veille au positionnement
- ◆ **La famille** : assure le transfert des acquisitions pour permettre le retour à domicile / maintien d'une diète équilibrée / conditions de sécurité au cours des repas

**Aides au repas**

- ◆ **Techniques** :
  - Donner de petites bouchées : alimentation lisse et molle.
  - Poser la cuillère sur le bout de la langue et attendre quelques secondes.
  - Maintenir la mâchoire fermée.
  - Vérifier que le malade ait bien avalé avant de le refaire manger.
  - Arrêt si toux.

**Fig. 2 Positions de la tête**

	
<p>TETE EN HYPERTENSION</p>	<p>TETE EN FLEXION</p>

	<p>➤ Protocole de techniques de déglutition</p> <p>◆ <b>Conditions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne commencer l'ingestion d'aliments que si le malade est conscient.</li> <li>- Malade assis, dos droit, cou légèrement fléchi vers l'avant (oreiller derrière les épaules si besoin).</li> <li>- Si dentiers, les lui mettre.</li> <li>- Le patient doit être concentré : Eviter le bruit, et de trop lui parler.</li> </ul>
--	--

POSITIONNEMENT DU MALADE

◆ **Après le soin :**

- Laisser le malade assis environ ¼ d'heure.
- Rincer la bouche avec de l'eau claire.



## ➤ Les soins

### ◆ Soins de bouche :

La cavité buccale renferme des bactéries normalement peu actives si elles restent contenues dans l'appareil digestif. Mais la stagnation de la salive dans la bouche ou dans le pharynx favorise leur prolifération. En cas de fausses routes salivaires, ce bouillon de culture participe à l'infection des voies aériennes. Le soin de bouche est un excellent moyen préventif de ces infections, en dehors des bénéfices de confort buccal, d'amélioration de la sensibilité et de l'hygiène bucco-dentaire.

### ◆ Soins de nez :

Les sécrétions nasales coulent dans le pharynx et sont dégluties. Elles peuvent contenir des germes (rhinite ou sinusite), qui, chez un patient dysphagique, sont susceptibles d'infecter les voies aériennes. Chez une personne qui ne peut pas se moucher régulièrement, l'accumulation des sécrétions épaisses ou des croûtes crée l'obstruction des voies respiratoires nasales et impose une respiration buccale. Ce type de respiration oblige l'ouverture permanente de la bouche, favorise une position basse de la langue et le bavage. Il entraîne l'assèchement de la langue et des muqueuses buccales et pharyngées, et peut provoquer des fausses routes par aspiration car la bouche doit à la fois préparer le bol alimentaire et laisser passer l'air respiratoire. Le soin de nez est souvent pratiqué ; il participe au confort respiratoire du patient, prévient la surinfection nasale et pulmonaire, et évite les fausses routes par aspiration.

### ◆ Soins de gorge :

La stase de la salive ou de sécrétions bronchiques s'accumule dans le fond du pharynx et autour du larynx. Elle comble les sinus piriformes. La présence de cette stase, souvent épaisse, diminue la sensibilité des muqueuses et retarde l'activation du réflexe de déglutition. Le risque de fausses routes augmente. Le nettoyage de la gorge avant tout essai ou toute prise alimentaire est nécessaire par des moyens simples comme la toux, le raclement de gorge ou par aspiration.

### ◆ Manœuvres de Heimlich

Heimlich a développé des techniques de désobstruction des voies aériennes par pression puissante et rapide sur la base du thorax et sur l'abdomen, afin de créer une pression d'air pour expulser le corps étranger qui obstrue les voies respiratoires.

En fait, ces manœuvres sont surtout efficaces pour évacuer les morceaux d'aliments coincés dans le pharynx. L'expulsion des morceaux ayant pénétré dans la trachée est plus difficile, car le spasme du larynx en fermeture peut faire obstacle.

Elles sont sans efficacité pour les liquides ou les aliments mixés ou moulinés ayant fait fausse route dans la trachée et les bronches.

L'obstruction des voies aériennes par un corps étranger pharyngé nécessite une intervention urgente, car le risque d'étouffement est réel. Mais, pour les liquides et pour les aliments moulinés ou mixés, le risque est plutôt l'infection bronchique (pneumopathie).

En général, les patients dysphagiques ont une alimentation adaptée, et l'étouffement avec un morceau ne devrait pas exister si les préconisations d'adaptation des textures alimentaires étaient respectées.

Le blocage alimentaire survient plutôt chez une personne non dysphagique, mais dont la mastication est perturbée (psychose, Parkinson, édentation...), et qui avale un morceau trop gros pour passer le SSO.

## ➤ Aides techniques à l'alimentation / A.T.A.

Chez beaucoup de malades souffrant de dysphasie, les difficultés éprouvées lors des repas peuvent se trouver augmentées par des difficultés à s'alimenter seul, dû à un handicap pouvant affecter entre autres les membres supérieurs.

Il est donc important, si l'on pense à la rééducation de ces malades, de les rendre les plus indépendants possible sur le plan de l'alimentation.

Les moyens de compensation sont de quatre ordres :

- avoir des contenants (verres, assiettes) utilisables,
- les maintenir en face de soi,
- disposer de couverts adaptés,
- bénéficier éventuellement d'aide au mouvement.

### ◆ Les contenants :

- assiette à rebord
- tasse à grosse anse
- verres munis de pieds élevés
- + paille, pipette

### ◆ Le maintien en place des contenants :

- antidérapant
- verres et assiettes lestés, ventouses
- couvercle muni d'un bec verseur
- assiettes à butées, fixées sur des assiettes ordinaires

### ◆ Les couverts adaptés :

- couteau pour hémiplégique
- couteau à bifteck
- ustensiles à gros manches
- cuillère recouverte de caoutchouc
- couverts combinés (couteau fourchette)
- grande variété de manches, utilisation de pâte thermoformable

### ◆ Les aides au mouvement :

- feeders : mécanique/ électrique/ robot
- animaux