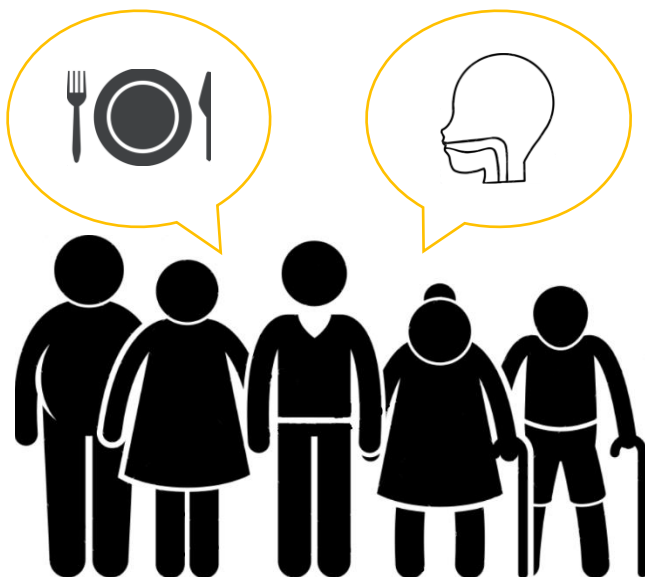


La déglutition dans la maladie d'Alzheimer

Livret d'informations à destination des proches
aidants



Juliette Huline

Réalisé dans le cadre d'un mémoire
d'orthophonie encadré par Isabelle Tréger et
Danièle Le Gal, orthophonistes

La prévalence des troubles de la déglutition dans la maladie d'Alzheimer varie selon les études et les méthodologies utilisées mais elle se situerait entre 84 et 93% chez les patients à un stade modéré ou sévère (Boccardi et al., 2016)

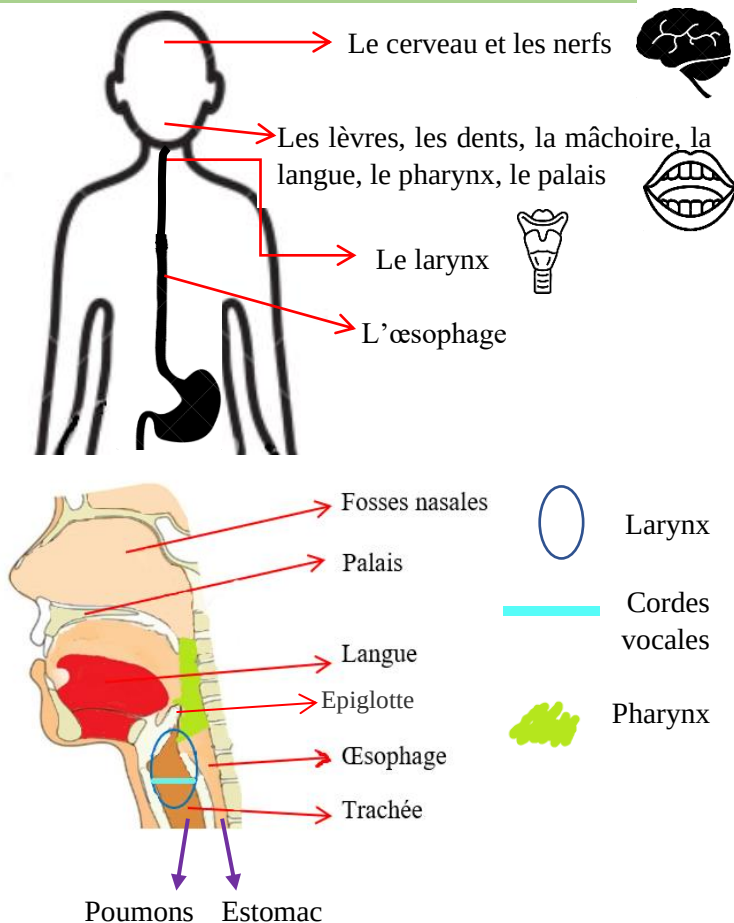
Table des matières

QU'EST-CE QUE LA DEGLUTITION ?	1
L'ANATOMIE MISE EN JEU DANS LA DEGLUTITION	1
LE DEROULEMENT DE LA DEGLUTITION	2
LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER	3
ZOOM SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER	3
DEGLUTITION ET MALADIE D'ALZHEIMER.....	4
LES SIGNES D'ALERTE	5
QUE PUIS-JE FAIRE EN TANT QUE PROCHE AIDANT ?	6
ADAPTER L'ENVIRONNEMENT	6
ADAPTER LA POSTURE.....	7
ADAPTER L'ALIMENTATION.....	8
ADAPTER L'ALIMENTATION (SUITE)	9
ADAPTER LES USTENSILES	10
ADAPTER LES USTENSILES (SUITE)	11
AUTRES ADAPTATIONS	12
AUTRES ADAPTATIONS (SUITE).....	13
L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE	14
LA PRISE DE MEDICAMENTS.....	15
COMMENT REAGIR FACE A UNE FAUSSE-ROUTE ?	16
LA PERSONNE TOUSSE	16
LA PERSONNE S'ETOUFFE	16
QUI CONTACTER ?.....	17
POUR ALLER PLUS LOIN	18
BIBLIOGRAPHIE.....	19

Qu'est-ce que la déglutition ?

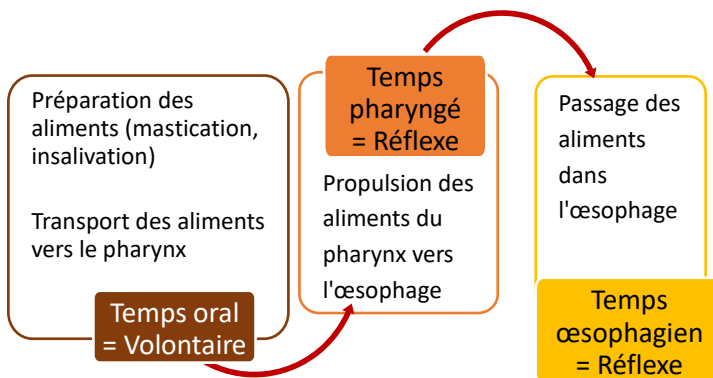
La déglutition correspond au passage des aliments, des liquides, de la salive de la bouche jusqu'à l'estomac. C'est l'action d'avaler.

L'anatomie mise en jeu dans la déglutition



Illustrations : Juliette Huline

Le déroulement de la déglutition



Tout ceci est possible grâce à de nombreux muscles qui sont contrôlés par un ensemble de structures nerveuses et cérébrales complexes.

A savoir

La trachée mène aux poumons. Pendant la déglutition, l'épiglotte se baisse pour fermer le larynx et empêcher le passage d'aliments dans la trachée puis dans les poumons.

Parfois, le larynx ne se ferme pas et des aliments passent dans la trachée. C'est ce qu'on appelle une fausse-route ou plus simplement « avaler de travers ». Tout le monde en fait.

Normalement, on a le réflexe de tousser pour dégager les voies respiratoires mais ce n'est pas toujours le cas. On parle alors de fausse-route silencieuse.



Illustrations : Canva

Les troubles de la déglutition dans la maladie d'Alzheimer

Les troubles de la déglutition correspondent à des difficultés sur un ou plusieurs temps de la déglutition. Ils sont aussi appelés « dysphagie ».

Zoom sur la maladie d'Alzheimer



La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-dégénérative qui touche principalement les personnes âgées.

La maladie provoque des lésions qui se diffusent progressivement dans le cerveau. Ces lésions entraînent une diminution du volume du cerveau.



Les symptômes dépendent des zones du cerveau touchées.

Atteinte de la mémoire
(d'abord les faits récents)

Atteinte des fonctions
exécutives (inhibition,
flexibilité, planification ,
perte d'initiative)

Atteinte praxique
(incapacité à réaliser un
mouvement volontaire
avec un but précis)

Atteinte langagière
(manque du mot,
persévérations, utilisation
d'un mot pour un autre)

Déglutition et maladie d'Alzheimer

Les lésions cérébrales provoquées par la maladie d'Alzheimer peuvent entraîner des troubles de la déglutition.

Chaque personne présentant une maladie d'Alzheimer est différente. Les symptômes liés aux troubles de la déglutition varient selon chacun.

Peu de contrôle
des aliments en
bouche

Perte de
sensibilité (goût,
température,
texture)

Baisse de la
mastication

Ralentissement
des mouvements

Troubles du
comportement

Perte de la
sensation de faim

Difficultés à
effectuer des
gestes et à utiliser
les couverts



Les conséquences des troubles de la déglutition peuvent être graves : anxiété, peur de manger/boire, dénutrition, déshydratation, infections pulmonaires, décès.

Les signes d'alerte



- Bavage
- Difficultés pour mastiquer
- Aliments qui stagnent dans la bouche après avoir avalé

- Mange plus rapidement
- Mange plus lentement
- Refus ou peur de s'alimenter

- Sensation de blocage
- Etouffement

- Modification de la voix (voix grésillante)
- Toux pendant ou après le repas
- Raclements de gorge

A long terme, cela peut provoquer :

- Des épisodes de fièvre
- Des infections pulmonaires
- Une détérioration de l'état général
- Une perte de poids

Au moindre doute, alertez :

- Le médecin traitant
- Le gériatre
- Le neurologue
- L'orthophoniste
- Les infirmiers
- Le kinésithérapeute



Que puis-je faire en tant que proche aidant ?

L'adaptation peut entraîner une diminution voire une disparition des symptômes.

Adapter l'environnement

Eviter les
distracteurs



Favoriser un
environnement
calme



Les personnes présentant une maladie d'Alzheimer se laissent facilement distraire. Dans l'idéal, il faut privilégier un environnement calme, sans distracteurs et avec peu de passage. Attention à ne pas isoler la personne et à maintenir la convivialité lors des repas.

Pour que le repas reste convivial, ne laissez pas votre proche manger seul mais limitez le nombre de voisins de table à 1 ou 2. Aménagez l'environnement pour qu'il se sente bien (décor, présence d'un animal, ...).

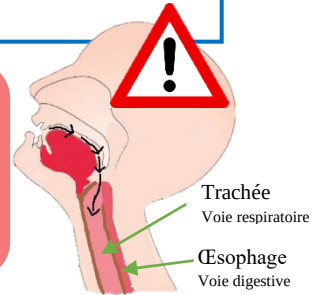
Illustrations : Canva

Adapter la posture

Posture de la personne aidée

- Assise face à la table
- Les pieds posés au sol ou sur les cale-pieds du fauteuil roulant.
- Dos droit : il est possible de caler le dos avec des coussins si nécessaire.
- Tête droite ou légèrement penchée en avant et assiette proche du sternum pour inciter la tête à bien se positionner
- Laissez la personne bien redressée pendant au moins 20 minutes après le repas.

Tête penchée en arrière = risque de fausse-route. Les aliments/liquides glissent dans le pharynx puis dans les voies respiratoires qui sont ouvertes en grand.



Cas d'une personne alitée :

- Relever le dossier du lit et/ou remonter le dos avec des coussins.
- Relever les jambes avec un coussin sous les genoux. Les pieds doivent toucher le matelas.

Posture de l'aidant

- Assis face à l'aidé ou de trois-quarts
- Idéalement légèrement en contrebas de l'aidé (pour ne pas que la tête de l'aidé bascule en arrière)

Dans le cas où l'aidant nourrit l'aidé.

Adapter l'alimentation

Le cerveau reçoit moins d'informations et ne peut pas déclencher tous les mouvements nécessaires à la déglutition de façon coordonnée (mastication, mouvements de langue, propulsion des aliments dans le pharynx, protection des voies respiratoires, ...).

Certains aliments/liquides sont plus faciles à manger et d'autres sont plus difficiles.



Aliments à risque	
Aliments qui s'émiettent	Biscotte, pain, biscuits, ...
Aliments filandreux	Haricots verts, poireau, blanc de poulet, ...
Aliments à grains	Riz, semoule, quinoa
Aliments à double texture	Orange, yaourt avec morceaux, ...
Aliments durs	Pain trop dur, viande dure, ...

Ces aliments risquent de compliquer la déglutition et ont davantage de risque de provoquer des fausses-routes. Ils sont plus difficiles à mâcher et à contrôler une fois en bouche.

Face aux troubles de la déglutition, des changements de texture peuvent être effectués : alimentation mixée, hachée et/ ou liquides épaissis. Ces changements se font sur les conseils d'un orthophoniste.

Ne changez pas les textures sans l'avis d'un orthophoniste.

Adapter l'alimentation (suite)



Pour faciliter la déglutition, il est possible d'adapter les aliments et les liquides sans changer leur texture.

Liquides

- Gazeux
- Froids ou chauds
- Avec du sirop



Cela permet de stimuler la sensibilité grâce aux récepteurs présents dans la bouche et dans le pharynx



Aliments

- Plats en sauce
- Chauds ou froids
- Coupés en morceaux
- Goûtus : épices, poivres, ...

La sauce permet de lier les aliments. Ils évoluent plus facilement sans s'éparpiller dans la bouche et le pharynx.

Les morceaux permettent de faire de plus petites bouchées, ce qui minore le risque de fausse-route.

Adapter les ustensiles

Certains ustensiles facilitent la déglutition et diminuent le risque de fausse-route.



N'hésitez pas à demander l'avis d'un ergothérapeute pour adapter les ustensiles au mieux.



Le **verre à découpe nasale** permet de limiter la bascule de la tête en arrière pendant que la personne boit.

Si votre proche utilise un verre classique, favorisez un **verre bas et large**.

Les verres hauts et étroits favorisent la bascule de la tête en arrière.



Quel que soit le type de verre utilisé, il faut veiller à **bien le remplir**. Un verre à moitié vide incite l'aidé à basculer sa tête en arrière.

Adapter les ustensiles (suite)



La **cuillère à café** permet de prendre de plus petites quantités à la fois. Les grosses quantités sont plus difficiles à contrôler une fois en bouche et favorisent le risque de fausse-route.

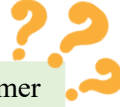
Ne pas utiliser

- **Une paille** : l'aidé ne peut pas contrôler le volume de liquide. De plus, elle propulse les liquides directement dans le pharynx.
- **Un bol** : il favorise la bascule de la tête en arrière
- **Une cuillère à soupe** : les quantités à ingérer risquent d'être trop importantes.

L'utilisation d'ustensiles (verre, assiette et couverts) aux couleurs contrastées comme le rouge ou le bleu, peut favoriser la prise alimentaire des personnes malades.

Quand l'utilisation des couverts est difficile, le « manger-mains », c'est-à-dire l'absence de couverts pour les repas, peut être une alternative intéressante. Elle demande des adaptations pour que les aliments soient faciles à prendre en mains.

Autres adaptations



Les personnes présentant une maladie d'Alzheimer peuvent présenter des troubles du comportement et souffrir d'anxiété. Cette dernière peut être particulièrement présente lors des repas.

Les routines

Avec la maladie d'Alzheimer, les personnes peuvent présenter des difficultés à s'orienter dans le temps, ce qui est angoissant. Instaurer un rituel avant le repas, permet d'anticiper ce dernier et de s'y préparer.



- Mettre la table
- Se laver les mains
- Installer l'aidé pour manger

(Et tout ce que vous jugez important de faire avant le repas).

Vous Pouvez :

- Manger avec la personne pour qu'elle vous imite
- Rappeler les aliments présents dans l'assiette, leur température, ...
- Encourager et inciter verbalement à prendre des aliments.
- Rassurer et **LAISSER DU TEMPS**



Autres adaptations (suite)



Parfois la personne qui a une maladie d'Alzheimer peut avoir tendance à s'alimenter en continu et à adopter un comportement de gloutonnerie.

Pour limiter la gloutonnerie, il faut limiter les quantités de nourriture.



- Retirer l'assiette si besoin
- Alternier les liquides et les solides
- Ne pas laisser les plats sur la table
- Donner de petites quantités de nourriture

Si vous avez l'impression que votre proche garde les aliments en bouche, rappelez-lui de déglutir.



Au contraire, la personne peut avoir tendance à ne pas initier les mouvements et à ne pas toucher aux aliments présents dans l'assiette et/ou à ne pas les mettre dans la bouche.

Evitez au maximum de la nourrir vous-même. Cela majore le risque de fausse-route.

Si votre proche peut tenir ses couverts, vous pouvez mettre votre main sous la sienne pour soutenir et accompagner son geste.



Illustration : Juliette Huline

L'hygiène bucco-dentaire



Des germes se développent dans la salive. Une bonne hygiène permet de limiter leur apparition. Dans le cas de fausses-routes, la salive et les germes risquent d'être aspirés et d'aller dans les voies respiratoires, ce qui peut provoquer des infections pulmonaires.



On procède à un brossage des dents et/ou des prothèses dentaires plusieurs fois par jour.

Quand ? Après chaque repas ou collation

Si les prothèses dentaires ne vous semblent pas adaptées, prenez rdv avec un dentiste.



Si le brossage des dents est impossible, vous pouvez passer un bâton glycérimé sur les muqueuses.

Dans le cas où l'aidé n'est pas autonome et que vous réalisez ces actes, veillez à vous mettre en contrebas de la personne afin d'inciter une flexion de la tête en avant et donc une protection des voies respiratoires.

Expliquer à l'aidé ce que vous vous apprêtez à faire

Introduire délicatement le bâton ou la brosse dans la bouche

La prise de médicaments



Que ce soit pour la maladie d'Alzheimer ou pour une autre chose, votre proche prend sûrement des médicaments. Leur prise peut être rendue plus difficile avec les troubles de la déglutition.

Il peut être tentant d'écraser les comprimés ou d'ouvrir les gélules pour simplifier la prise des médicaments.

MAIS cela peut modifier l'effet des médicaments ingérés.

**Ne pas écraser
ni ouvrir sans
avis médical**



Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.

Respectez bien la posologie qu'ils vous ont indiquée.



N'oubliez pas d'expliquer à votre proche tout ce que vous lui donnez à avaler.

Comment réagir face à une fausse-route ?

La personne tousse

- Rassurez votre proche
- Encouragez-le à tousser
- Alerte

Ne donnez pas de claques dans le dos. Cela risquerait de déplacer le corps étranger et d'obstruer complètement les voies respiratoires

La personne s'étouffe

- La personne ne peut plus parler
- Elle ne peut plus tousser



Donner 5 claques dans le dos (entre les omoplates).

La personne respire : arrêtez et rassurez



La personne s'étouffe encore : faites 5 compressions abdominales. Alternez 5 claques / 5 compressions jusqu'à désobstruction.



ALERTEZ

Qui contacter ?



En cas d'urgence, composez le :

- 18 (pompiers)
- 15 (SAMU)
- 114 (urgence pour les personnes qui ont du mal à entendre et/ou à parler).

Si vous suspectez la présence de troubles de la déglutition, **n'attendez pas** et parlez-en au médecin traitant de la personne malade, à son neurologue, à son gériatre ou son kinésithérapeute.

Ils pourront orienter vers un **orthophoniste**.

En tant que proche aidant, il est important de vous préserver.

En cas de fatigue, tristesse, perturbation du sommeil, perte d'appétit, ou tout autre changement inhabituel chez vous, **parlez-en** à un professionnel.

Pour aller plus loin

Livret de recettes pour adapter les repas : https://www.chu-nimes.fr/docs/professionnels/livret_dysphagie.pdf

Idée pour le petit déjeuner :

<https://www.nestlehealthscience.ch/sites/default/files/2020-08/Petit-d%C3%A9jeuner.pdf>

Idées pour le déjeuner/dîner :

<https://www.nestlehealthscience.ch/sites/default/files/2020-08/D%C3%A9jeuner.pdf>

<https://www.nestlehealthscience.ch/sites/default/files/2020-08/Midi.pdf>

Idée pour le dessert :

<https://www.nestlehealthscience.ch/sites/default/files/2020-08/Dessert.pdf>

L'association **France Alzheimer** accompagne les malades et leur proche. Elle propose notamment des temps d'échanges avec les aidants ainsi que des formations : <https://www.francealzheimer.org/>

Bibliographie

- Amieva, H., Belliard, S., & Salmon, É. (2014). *Les démences : Aspects cliniques, neuropsychologiques, physiopathologiques et thérapeutiques*. De Boeck-Solal.
- Bodineau, A., Boutelier, C., Viala, P., Laze, D., Desmarest, M., Jonneaux, L., Folliguet, M., & Trivale, C. (2007). Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 7(40), 7-14. [https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(07\)91443-9](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(07)91443-9)
- Brin, F. (2014). *Dictionnaire d'orthophonie*.
- Brocker, P., Benhamidat, T., Benoit, M., Staccini, P., Bertogliati, C., Guérin, O., Lechowski, L., & Robert, P. H. (2003). État nutritionnel et maladie d'Alzheimer : résultats préliminaires de l'étude REAL.FR. *La Revue de Médecine Interne*, 24, 314s-318s. [https://doi.org/10.1016/S0248-8663\(03\)80689-6](https://doi.org/10.1016/S0248-8663(03)80689-6)
- Burns, A., Jacoby, R., Luthert, P., & Levy, R. (1990). Cause of Death in Alzheimer's Disease. *Age and Ageing*, 19(5), 341-344. <https://doi.org/10.1093/ageing/19.5.341>
- Capet, C., Delaunay, O., Idrissi, F., Landrin, I., & Kadri, N. (2007). Troubles de la déglutition de la personne âgée : Bien connaître les facteurs de risque pour une prise en charge précoce. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 7(40), 15-23. [https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(07\)91444-0](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(07)91444-0)
- Chen, L.-L., Li, H., Lin, R., Zheng, J.-H., Wei, Y.-P., Li, J., Chen, P., & Chen, H.-Y. (2016). Effects of a feeding intervention in patients with Alzheimer's disease and dysphagia. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5-6), 699-707. <https://doi.org/10.1111/jocn.13013>
- Correia, S. de M., Morillo, L. S., Jacob Filho, W., & Mansur, L. L. (2010). Swallowing in moderate and severe phases of Alzheimer's disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 66(6), 855-861. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2010000600005>
- Crevier-Buchman, L., Borel, S., & Brasnu, D. (2007). Physiologie de la déglutition normale. *EMC - Oto-rhino-laryngologie*, 2(3), 1-13. [https://doi.org/10.1016/S0246-0351\(07\)41905-5](https://doi.org/10.1016/S0246-0351(07)41905-5)
- Croix Rouge française. (s. d.). *L'étouffement*. Croix-Rouge française. Consulté 27 avril 2022, à l'adresse <https://www.croix-rouge.fr/le-me-forme/Particuliers/Les-6-gestes-de-base/L-etouffement>
- Dubois, B., & Michon, A. (2015). *Démences*. Doin.
- Dunne, T. E., Neargarder, S. A., Cipolloni, P. B., & Cronin-Golomb, A. (2004). Visual contrast enhances food and liquid intake in advanced Alzheimer's disease. *Clinical Nutrition*, 23(4), 533-538. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2003.09.015>
- Fondation Alzheimer. (2018). *Qu'est-ce que la Maladie d'Alzheimer ?* Fondation Alzheimer. <https://www.fondation-alzheimer.org/la-maladie/comprendre-la-maladie/la-maladie-dalzheimer/quest-ce-que-la-maladie-dalzheimer-2/>
- Humbert, I. A., McLaren, D. G., Kosmatka, K., Fitzgerald, M., Johnson, S., Porcaro, E., Kays, S., Umoh, E.-O., & Robbins, J. (2010). Early Deficits in Cortical Control of Swallowing in Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 19(4), 1185-1197. <https://doi.org/10.3233/JAD-2010-1316>
- Lacau St Guily, J., Périé, S., Bruel, M., Roubeau, B., Susini, B., & Gaillard, C. (2005). Troubles de la déglutition de l'adulte. Prise en charge diagnostique et thérapeutique. *EMC - Oto-rhino-laryngologie*, 2(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.em-cori.2004.10.001>
- Lorrain, E. (2019). *Troubles de la déglutition et infection*. <https://cpias-occitanie.fr/wp-content/uploads/2019/05/Trouble-de-la-d%C3%A9glutition-et-infection.pdf>
- Robbins, J., Butler, S. G., Daniels, S. K., Diez Gross, R., Langmore, S., Lazarus, C. L., Martin-Harris, B., McCabe, D., Musson, N., & Rosenbek, J. (2008). Swallowing and Dysphagia Rehabilitation : Translating Principles of Neural Plasticity Into Clinically Oriented Evidence. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(1). [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/021\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/021))
- Soltész, K. S., & Dayton, J. H. (1995). The effects of menu modification to increase dietary intake and maintain the weight of Alzheimer residents. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 10(6), 20-23. <https://doi.org/10.1177/153331759501000604>
- Suh, M. K., Kim, H., & Na, D. L. (2009). Dysphagia in Patients With Dementia : Alzheimer Versus Vascular. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 23(2), 178-184. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e318192a539>
- Woisard-Bassols, V., & Puech, M. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte : Le point sur la prise en charge fonctionnelle* (2e éd. revue et augmentée). Solal.