

Les troubles alimentaires chez la personne âgée

Carole Panayoty

▶ **To cite this version:**

Carole Panayoty. Les troubles alimentaires chez la personne âgée. Médecine humaine et pathologie. 2002. hal-01897368

HAL Id: hal-01897368
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01897368

Submitted on 17 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université Henri Poincaré, Nancy I Faculté de Médecine de Nancy

ECOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE

Directeur : Professeur C.SIMON

SCD-UHP - NANCY 1 BIBLIOTHÈQUE MÉDECINE

Les troubles alimentaires chez la personne âgée.

Mémoire

Présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par Carole PANAYOTY

OCTOBRE 2002

JURY

Président : Monsieur le Professeur DUCROCQ X., Neurologue.

Directeur du mémoire : Monsieur BETZ M., Orthophoniste.

Membre : Madame le Docteur MANCIAUX M.A.,Gériatre

REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement :

Monsieur le Professeur X.DUCROCQ,

Pour avoir consenti à présider mon jury en dépit de ma requête tardive .

Madame le Docteur M.A. MANCIAUX,

Pour sa clairvoyance , sa disponibilité ainsi que ses précieux conseils .

Monsieur M.Betz,

Pour son précieux soutien, sa bienveillance, sa confiance qui m'ont permis de mener à bien mon sujet d'étude.

Madame C.Betz,

Pour l'intérêt qu'elle a su porter à mon travail ainsi que ses conseils avisés teintés d'une solide expérience professionnelle.

Je tiens aussi à remercier :

Anne LAMALLE ,

Pour l'énorme soutien et la confiance qu'elle a su m'apporter.

Anouck LORMET-DIDELOT,

Pour l'aide et l'attention qu'elle a su me témoigner.

Patricia,

Pour son immense disponibilité , efficacité ainsi que ses valeurs humaines qui m'ont été particulièrement précieuses cette année.

Je remercie vivement :

Ma mère pour tout le soutien et le réconfort qu'elle a su m'apporter cette année comme toutes celles qui ont précédé...Je la remercie aussi pour m'avoir permis d'exercer le métier pour lequel je me suis battue et je me battrai.Ne t'inquiète pas, j'aime ce monde...

Mon père pour son professionnalisme, sa combativité devant l'adversité et la maladie. Je le remercie également pour son amour de la vie aussi dure soit elle et son éternelle bienveillance...

Laurent, Antoine et Marie pour les vacances épiques que nous avons partagées ,leur tendresse ainsi que leurs connaissances en bricolage !!!!

Grégory sans qui mes études n'auraient pas eu la même plénitude.

Laetitia pour tout ce qu'elle a su faire, dire...

Choup, Tanguy, Olivia, Pierre et Diana , Fred, Antoine pour leur présence et amitié.

Laure, Cécile, Benoît, Lauriane, Elodie, Caroline , Christelle pour leurs qualités de chanteurs ...

Tits pour ses diverses séances de dégustation !!

Mélanie et Julie pour leur amitié et leur présence.

Toute l'équipe du festival qui m'a permis d'appréhender le métier dans ses autres dimensions .Merci aussi pour leur accueil et leur aide.

L'ensemble de mes maîtres de stage et patients qui m'ont tout donné.

SOMMAIRE

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

Introduction 1

Chapitre I : Les comportements alimentaires de la personne âgée.

1 -Qu'est-ce que le comportement alimentaire d'une personne. **2**

2 -Les déterminants du comportement alimentaire. **3**

2.1-L'homéostasie. 5

2.2-Organisation chronologique du comportement alimentaire. 6

2.3-L'alternance faim/satiété. 7

2.4-Le rassasiement. 8

2.5-Le mécanisme lipostatique. 9

3.-Comportement alimentaire et vieillissement. **10**

3.1-Les trois états de santé. 10

3.2-le concept de fragilité. 12

3.3-Les différents comportements alimentaires. 15

3.3.1-Le comportement alimentaire du sujet âgé en bonne santé 15

3.3.2- Le comportement alimentaire des sujets fragiles/malades 17

4.-Les symboles alimentaires. **22**

4.1- Effet de cohorte ou effet d'âge ? 23

4.2-Les symboles alimentaires liés à la sociabilité. 24

Chapitre II : Age et troubles de l'alimentation.

1– Les troubles de la déglutition. **27**

1.1- Rappel physiologique de la déglutition. 27

1.2- La dysphagie. 32

1.2.1- Définition. 32

1.2.2- Les conséquences de la dysphagie. 34

1.3- Les fausses routes. 35

1.3.1- Définition. 35

1.3.2- Les indicateurs de fausses routes. 37
1.3.3- Les fausses routes chez la personne âgée. 37
1.4- La presbyphagie. 38
2-L'état bucco-dentaire. 40

3-Le goût et l'odorat. 42

4-Le vieillissement de l'appareil digestif. 43
4.1- L'œsophage. 43
4.2-L'estomac. 43
4.3-L'intestin grêle. 44
4.4-Le côlon. 44

Chapitre III : Age associé à des conditions pathologiques pouvant favoriser les troubles de la déglutition.

1- Les dysphagies neurologiques. 45
1.1- Les atteintes du système nerveux central. 45
1.1.1- Les accidents vasculaires cérébraux. 45
1.1.2- Les traumatismes crâniens. 47
1.1.3- Les atteintes dégénératives. 48
1.1.4- Les pathologies infectieuses. 51
1.1.5- La sclérose en plaques. 51
1.1.6- Les atteintes tumorales. 51
1.2.Les atteintes du système nerveux périphérique. 52
1.2.1-Les atteintes infectieuses. 52
1.2.2-les atteintes nerveuses néoplasiques. 52

2-Les dysphagies et les atteintes musculaires. 53
2.1- Les myopathies. 53
2.2- La myasthénie. 53

3-Les dysphagies dues à une obstruction. **54**
3.1- Les dysphagies d'origine tumorales. 54
3.2- Les dysphagies dues à un diverticule de Zenker. 54
3.3- Les dysphagies liées à des sténoses non tumorales. 54
3.4- Les dysphagies dues à des sténoses ou à des obstacles fonctionnels. 55

4.Le cas particulier des dysphagies induites. **55**
4.1- Les maladies systémiques. 55
4.2- La chirurgie carcinologique ORL. 55
4.3- Les interventions neurochirurgicales de la base du crâne. 56
4.4- La radiothérapie du carrefour aérodigestif et du cou. 56
4.5- Les oesophagites radiques. 56

Conclusion **57**

Bibliographie 58

Annexes

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

INTRODUCTION

SCD-UHP - NANCY
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

Le vieillissement de la population amène de nombreux professionnels de santé à prendre en charge les personnes âgées. Cette évolution de la population nous oblige à considérer la personne âgée selon un nouvel axe dépassant le simple maintien en vie. Aujourd'hui, on distingue trois modèles de vieillissement : le vieillissement avec succès, le vieillissement avec fragilisation et le vieillissement avec pathologies et/ou dépendances. L'alimentation, l'état nutritionnel sont liés avec ces divers modes de vieillissement que ce soit dans la prévention ou comme cause/conséquence des pathologies fréquentes dans le grand âge.

C'est dans ce cadre que nous avons décidé de nous interroger sur le comportement alimentaire de la personne âgée. En effet, il nous parut fondamental de savoir si la personne âgée change ses habitudes alimentaires (en déterminer les causes) et si elle rencontre ou non des difficultés de déglutition qui auront des répercussions sur son état général. C'est pourquoi, il nous a semblé nécessaire d'appréhender cette question dans un contexte plus large de polypathologies fréquentes chez le sujet âgé et qui peuvent entraver la prise en charge orthophonique.

A noter que le versant rééducation ne sera pas abordé dans ce mémoire. Toutefois, afin d'apporter un aspect plus pratique à cette étude, nous avons élaboré un questionnaire concernant le comportement alimentaire à l'intention des personnes âgées. Il a pour but de déceler d'éventuelles difficultés alimentaires comme les troubles de la déglutition .

Chapitre I : Les comportements alimentaires de la personne âgée.

1 - Qu'est-ce que le comportement alimentaire d'une personne ?

Avant de nous intéresser aux comportements alimentaires de la personne âgée, il convient de définir de façon précise mais non exhaustive ce que nous appelons comportement alimentaire.

Guy-Grand B. et Le Barzic M. définissent le comportement comme « un ensemble de conduites intégrées, déclenchées par des stimulations internes et externes à l'organisme et concourant à la réalisation d'un but »[1].

Le comportement alimentaire doit satisfaire aussi bien les besoins nutritionnels que les besoins énergétiques d'un individu. L'acte de manger dépasse le biologique et assure deux autres fonctions : une fonction hédonique et une fonction symbolique. Une bonne articulation de ces trois fonctions est nécessaire au bon déroulement de l'alimentation.

[1] GUY-GRAND B., LE BARZIC M., *Les trois fonctions du comportement alimentaire*, La Revue du Praticien, 2000, Tome 50, n°5, p 480-483.

Guy-Grand B. et Le Barzic M. pensent que le comportement alimentaire doit « assurer une double fonction homéostatique qui forme un tout : l'homéostasie interne de contrôle de l'équilibre énergétique et nutritionnel et l'homéostasie externe des échanges du sujet avec l'environnement dont il dépend. »

Nous reverrons la fonction homéostatique dans le chapitre suivant.

De la fonction alimentaire dépend donc non seulement la survie de l'individu mais aussi sa construction , sa maturité ainsi que sa plénitude. C'est pourquoi, il est fondamental de connaître les facteurs influant sur comportement alimentaire de la personne âgée afin d'apporter au patient la meilleure prise en charge possible tout en respectant les différentes fonctions de l'alimentation.

2 - Les déterminants du comportement alimentaire.

Le comportement alimentaire assure, nous venons de le voir, différentes fonctions. Il se caractérise aussi par « un ensemble de conduites intégrées, généralement organisées en événements séquentiels »[1].

L'homme, dans un premier temps, doit apporter les besoins énergétiques par des prises ponctuelles (repas) alors que les dépenses, elles, sont continues et permanentes. Dans un deuxième temps, il doit parmi une grande diversité d'aliments, choisir et

[1] GUY-GRAND B., LE BARZIC M., *Les trois fonctions du comportement alimentaire*, La Revue du Praticien, 2000, Tome 50, n°5, p 480-483.

sélectionner ceux dont l'association devra assurer les besoins essentiels nécessaires à l'équilibre alimentaire de tout individu.
Pour répondre à ses besoins, la prise alimentaire se compose d'une série d'événements périodiques ou phases du comportement alimentaire [1]:

1. une phase pré-ingestive : il s'agit de l'ensemble des étapes commençant par le choix des aliments et se terminant par leur préparation.

2. une phase ingestive : il s'agit du début de la prise, de sa poursuite et de sa fin.

3. une phase post-ingestive : il s'agit là des répercussions métaboliques de la prise alimentaire.

La phase ingestive peut subir l'influence d'autres facteurs comme certaines conduites, ou expériences subjectives mais aussi des réactions physiologiques. Elles sont déclenchées et/ou inhibées par des signaux internes (métaboliques, hormonaux, périphériques et centraux) soumises à des facteurs environnementaux ainsi qu'à des déterminants individuels et sociaux.

La notion de goût /dégoût , de plaisir ou d'aversion pour certains aliments, certaines pathologies fonctionnelles constituent évidemment d'autres éléments à prendre en compte.

[1] BASDEVANT A., *Analyse clinique du comportement alimentaire*, La Revue du Praticien, 2000, Tome 50, n°5, p 484-488.

2.1 - L'homéostasie.

Tout d'abord, il convient de définir ce que nous entendons par homéostasie.

C'est un terme employé en physiologie désignant une tendance des êtres vivants à maintenir constants leurs paramètres biologiques face aux modifications du milieu extérieur. Comme le signale Bellisle.F. « le comportement alimentaire humain est un objet de science. Il est le versant comportemental de mécanismes de régulation énergétique et nutritionnelle agissant pour assurer l'homéostasie de l'organisme. » [1]

Ainsi tout être humain doit maintenir constants certains paramètres biologiques afin d'assurer sa survie. Pour ce faire, il lui faut atteindre un poids et une taille stables correspondant à ceux d'un adulte. L'organisme a une autre constante celle d'une composition corporelle relativement semblable de tous les adultes de l'espèce.

Le maintien de ces constantes est assuré par l'équilibre des entrées et sorties énergétiques. La prise alimentaire apporte les besoins énergétiques qui sont régulés par les dépenses. Les dépenses, elles, vont conditionner les besoins. Les réserves internes détermineront alors la prise alimentaire.

A noter toutefois que l'envie de manger se manifeste avant l'épuisement des réserves.

---

[1] BELLISLE F., *Le comportement alimentaire humain.* Approche scientifique, p XIII.

2.2 - Organisation chronologique du comportement alimentaire.

La prise alimentaire chez l'homme a été étudiée dans sa chronologie et a montré qu'il existe une relation entre les différents événements d'une journée alimentaire.

Le cycle circadien influe sur la prise alimentaire. L'alternance jour/ nuit, activité/ veille conditionne les prises alimentaires. En effet, l'homme prend ses repas essentiellement le jour car son activité est plus importante que la nuit. La nuit l'homme dort et son corps est comme en « veille ». La consommation s'adapte donc aux besoins, et aux exigences de l'organisme .

D'autre part, on observe aussi une corrélation entre l'intervalle précédant le repas et la taille de celui-ci . En fait selon J.De Castro et S.M.Kreiztman[1] l'ajustement des repas se fait en fonction des sensations de faim précédant le repas. Ce que des auteurs comme J.Le Magnen ne cautionnent pas.

Enfin, la taille des repas est aussi subordonnée à des facteurs environnementaux, tels que la qualité sensorielle des aliments offerts.

[1] DE CASTROJ., KREITZMAN S.M., *A microregulatory analysis of spontaneous human feeding patterns*, Physiology &behavior, 1985, p.329-335

2.3 - L'alternance faim/satiété.

Pour ce chapitre nous nous sommes fortement inspirés d'un article de BASDEVANT A paru dans *Analyse clinique du comportement alimentaire* [1] car il associe physiologie et clinique afin de mieux comprendre les différents mécanismes en jeu.

« Faim », « appétit », « satiété » sont fréquemment utilisés pour désigner les sensations qui constituent les signaux déterminant la prise alimentaire.

La faim peut se définir comme le besoin physiologique de manger qui se manifeste par un ensemble de sensations provoquées par la privation de nourriture qui pousse l'individu à se procurer des aliments. On a faim quand on se pose la question « y a-t-il quelque chose à manger ? ». La faim ne fait pas référence à un type d'aliment en particulier et peut s'accompagner de différentes manifestations comme de la nervosité, de crampes épigastriques etc.

La satiété, quant à elle, est un état d'inhibition qui est dans une certaine mesure complémentaire de la faim. Quand nous sommes rassasiés nous avons une sensation de plénitude, de bien-être avec la disparition des sensations de faim. Elle marque la fin du repas et permet de contrôler son volume.

La faim met un terme à l'état de satiété et règle la durée des intervalles entre les repas.

Maintenant, il convient de distinguer faim et appétit.

---

[1] BASDEVANT A., *Analyse clinique du comportement alimentaire*, La Revue du Praticien, 2000, Tome 50, n°5, p 484-488.

Le terme **appétit** recouvre un aspect affectif c'est- à -dire qu'il désigne l'envie de manger un aliment dont on attend du plaisir. Il répond à la question « qu'est-ce que je **veux** manger ? ». L'appétit est une anticipation agréable contrairement à la faim.

Il faut aussi noter que les exigences sociales et culturelles déterminent les moments où nous devons avoir faim et les moments où l'on ne doit pas recourir à des prises alimentaires. C'est le cas de notre société française qui nous impose trois repas à des moments précis de la journée et où les « extra » sont à bannir. C'est pourquoi on peut penser que l'homme a été « éduqué » dans son comportement alimentaire c'est-à-dire qu'il a appris à ne pas avoir faim jusqu'au prochain repas.

2.4 - Le rassasiement.[1]

Au cours d'un repas, l'ingestion de chaque aliment est régulée par un ensemble de facteurs de stimulation et d'inhibition du comportement alimentaire. Ceux-ci déterminent la durée et la taille du repas.

La stimulation de l'ingestion va dépendre des qualités sensorielles des aliments comme le goût, l'arôme, l'aspect visuel, la texture et la température. Elle va être aussi conditionnée par le nombre et la variété des aliments.

Au fur et à mesure de l'ingestion, la stimulation est inhibée par des informations transmises par des récepteurs. En résulte une inhibition

[1] BELLISLE F., LE MAGNEN J., *The analysis of human feeding patterns*: The Edogram Appetite1, p 141-150.

progressive traduite par le ralentissement de l'ingestion puis la fin du repas c'est ce que Le Magnen appelle le rassasiement.

Il faut garder à l'esprit que la stimulation à manger comme l'inhibition de l'acte alimentaire est influencée par les facteurs sensoriels. C'est pourquoi, au cours de l'ingestion un rassasiement spécifique s'opère avant qu'un rassasiement plus global (distension et vidange) marque la fin du repas.

Enfin, le rassasiement fait appel aux valeurs sensorielles des aliments et non pas à leurs valeurs nutritionnelles.

2.5 - Le mécanisme lipostatique.

Lors de la prise alimentaire, les aliments remplissent une poche ou réservoir appelé le tractus gastro-intestinal. Une fois stockés, les aliments doivent être assimilés pour devenir des nutriments. L'ensemble de ces nutriments seront redistribués à l'organisme pour assurer les besoins immédiats et le stockage. Ces réserves se constituent au niveau des tissus adipeux.
Enfin, la prise alimentaire ainsi que son volume dépend du niveau de ces réserves. Par exemple, si les réserves sont excédentaires, la consommation va diminuer pour laisser l'organisme puiser dans ce surplus. Si les réserves ne sont plus suffisantes, la consommation va s'accroître pour reconstituer le stock. Il se pourrait que ce soit l'insuline qui soit le messager informant le système nerveux central de l'état des réserves. Il établit le lien entre adiposité et prise alimentaire.
Nous venons de décrire brièvement les mécanismes du comportement alimentaire surtout dans ses dimensions physiologiques et biologiques mais il faut aussi insister et garder en mémoire que ce comportement est également régi par le plaisir et les satisfactions sensorielles. Ce n'est

pas seulement un processus mécanique mais bien un acte motivé consciemment ou non par l'hédonisme.

3 – Comportement alimentaire et vieillissement.

Il existe plusieurs façons de vieillir qui vont se traduire par des comportements alimentaires différents. Avant de traiter strictement les comportements alimentaires des personnes âgées, il convient d'aborder les modes de vieillissement ainsi que leurs problématiques associées.

3.1- Les trois états de santé.

L'augmentation de la longévité est un fait marquant de la fin du XXe siècle. Même si les individus atteignent de plus en plus un âge avancé, ils ne vieillissent pas de la même manière et trois catégories de personnes âgées sont individualisées après 75 ans selon leur état de santé.[1]

[1] GONTHIER R., *Le concept de fragilité*, Impact Medecin Hebdo, 2001, n°59, p4-6.

On distingue :

1. le vieillissement « réussi »: il s'agit de sujets âgés en bonne santé, indépendants et bien intégrés socialement. Autrement dit, ces personnes sont autonomes d'un point de vue fonctionnel et décisionnel. Cette catégorie concerne 65 à 70% des personnes âgées.

2. La grande dépendance: il s'agit de personnes en mauvais état de santé à cause de poly pathologies chroniques responsables de handicaps et d'isolement social. Cette catégorie concerne 5 % des personnes âgées.

3. Les « fragiles » : il s'agit de sujets avec un état intermédiaire présentant un risque de basculer dans la catégorie des malades. Ils représentent 15 à 25% des personnes âgées[1].

Le vieillissement avec succès s'observe chez les sujets qui ont du vieillissement physiologique une vision normale. Non seulement ces sujet l'acceptent mais ils s'y adaptent en modifiant leur comportement. Cette adaptation s'opère afin de maintenir leurs capacités au maximum de leur efficacité.

Une telle modification des comportements demande « des capacités d'adaptation tant physiques qu'intellectuelles. »[2]

---

[1] ARVEUX I., FAIVRE G ,LENFANT L ;MANCKOUDIA P, MOUREY F,CAMUS A, MISCHIS-TROUSSARD C, PFITZENMEYER P, *Le sujet âgé fragile*, La revue de gériatrie, tome 27, 7, 2002, p569-581

[2] LESOURD B., *Comportement alimentaire et vieillissement* , La revue du praticien , 2000, 50, 501-507.

Le vieillissement avec fragilisation concerne les personnes dont les capacités d'adaptation diminuent . Cette diminution pouvant s'expliquer soit par la maladie ou le manque d'intérêt. On peut aussi observer un ralentissement des activités et un moindre attrait pour la société, la famille, les amis.[1]

Il faut aussi noter que toute activité devient de plus en plus difficile et demande de plus en plus d'efforts. Les maladies vont devenir de plus en plus fréquentes et vont accélérer le processus du vieillissement.

3.2- Le concept de fragilité.[2]

Depuis une vingtaine d'années est apparue la notion d'espérance de vie sans incapacité (EVSI). Si l'on compare l'espérance de vie totale et l'EVSI, on s'aperçoit que la personne âgée est soumise à une période de vie de plusieurs années de dépendance. Un des enjeux de la gérontologie est de réussir à allonger la période pleinement fonctionnelle du parcours de vie. Seulement , un obstacle majeur à l'EVSI est le développement d'une fragilité chez le sujet âgé.

Le concept de fragilité a été élaboré par les gériatres, comme moyen de mieux comprendre les besoins de santé des personnes âgées. De plus, si le vieillissement est irréversible et universel , chaque vieillissement est particulier.

---

[1] LESOURD B., *Comportement alimentaire et vieillissement* , La revue du praticien , 2000, 50, 501-507.

[2] ARVEUX I., FAIVRE G ,LENFANT L ;MANCKOUDIA P, MOUREY F,CAMUS A, MISCHIS-TROUSSARD C, PFITZENMEYER P, *Le sujet âgé fragile*, La revue de gériatrie, tome 27, 7, 2002, p569-581

Comme nous l'avons déjà évoqué auparavant, depuis vingt ans l'usage du terme fragilité s'est accru sans qu'aucun consensus quant à sa définition ait été dégagé.

Il est utilisé sans définition précise « dans le cadre d'un mauvais état de santé physique ou mentale, de limitations fonctionnelles, d'incapacités, de perte d'autonomie motrice, de risque d'institutionnalisation ou simplement de très grand âge. »[1]

Le Professeur Régis Gonthier en donne la définition suivante : « un patient fragile est un patient en équilibre instable sur le plan médical susceptible de se décompenser dans son autonomie lors d'une pathologie aiguë, d'un effet indésirable d'un médicament ou lors d'un stress d'ordre socio-affectif. »[2]

En fait, la fragilité n'est pas liée à une pathologie déterminée mais c'est un état instable dépendant de la conjonction de deux catégories de facteurs : - nature et importance du déficit des fonctions physiologiques.

- contexte socio-économique avec soutien social, milieu de vie, ressources du système de santé.

A noter que la fragilité est identifiée par des conséquences cliniques, médicales et fonctionnelles spécifiques définissant des syndromes gériatriques (marqueurs indirects du déficit des fonctions physiologiques).Enfin, elle expose le patient à l'émergence d'incapacités temporaires ou permanentes.

---

[1] ARVEUX I., FAIVRE G ,LENFANT L ;MANCKOUDIA P, MOUREY F,CAMUS A, MISCHIS-TROUSSARD C, PFITZENMEYER P, *Le sujet âgé fragile*, La revue de gériatrie, tome 27, 7, 2002, p569-581

[2] GONTHIER R., *Le concept de fragilité*, Impact Médecin Hebdo, 2001, n°59, p4-6.

ARVEUX I et coll.[1] proposent de définir le concept de fragilité selon cinq points capitaux à savoir :

- Un état clinique secondaire à une réduction multisystémique des aptitudes et des réserves physiologiques.

- Une multifactorialité avec interaction de la sénescence, de maladies chroniques, et de facteurs biologiques, psycho-sociaux et environnementaux.

- Une altération de l'interaction de l'homme avec l'environnement avec perte des capacités homéostatiques à résister au stress de toute nature.

- Une susceptibilité accrue à l'incapacité, aux décompensations fonctionnelles en cascade et à la dépendance.

- Un caractère évolutif, instable, avec des composantes éventuellement réversibles.

Une fois le concept de fragilité défini, il convient de traiter les différents comportements alimentaires selon les modes de vieillissement.

[1] ARVEUX I., FAIVRE G ,LENFANT L ;MANCKOUDIA P, MOUREY F,CAMUS A, MISCHIS-TROUSSARD C, PFITZENMEYER P, *Le sujet âgé fragile*, La revue de gériatrie, tome 27, 7, 2002, p569-581

3.3-Les différents comportements alimentaires.[1]

3.3.1-Le comportement alimentaire du sujet âgé en bonne santé.

Les modifications de l'odorat du goût et de l'appétit ont une grande importance dans les modifications du comportement alimentaire au troisième et quatrième âge. Elles sont importantes à partir de 60 ans et entraînent une moindre consommation alimentaire.

- L 'odorat.

On peut observer différents phénomènes :

- une modification du seuil de perception des odeurs. Celle-ci est mesurable dès 20 à 30 ans chez l'homme, dès 40 à 50 ans chez la femme.

- une diminution de la capacité à percevoir un changement de concentration d'odeurs.

- une diminution de la capacité à distinguer l'odeur perçue.

Il va de soi que toutes ces modifications de perception et de discrimination ont une influence sur le comportement alimentaire. En effet, plus l'odeur est plaisante, plus grande est l'envie de manger. De plus, la sensation de plaisir provoquée par les odeurs est variable suivant le type d'odeur.

---

[1] LESOURD B., *Comportement alimentaire et vieillissement*, La revue du praticien, 2000, 50, 501-507.

La disparition du mijotage qui permet une diffusion prolongée des odeurs, l'utilisation du micro-ondes qui modifie les odeurs post-cuisson, la restauration collective qui éloigne le lieu de préparation du lieu de consommation sont autant de facteurs jouant un rôle dans la diminution du plaisir donc dans la diminution de la consommation alimentaire des sujets âgés.

- Le goût.

La diminution du goût est plus tardive. On l'observe aux environs de 50 ans.

- La diminution de la sensation du seuil de détection du goût est variable suivant la saveur. Elle est plus importante pour l'amer que pour l'acide et plus importante encore pour le salé (importance des régimes hyposodés). Le sucre lui est le moins touché par cette diminution ce qui explique l'appétence des personnes âgées pour ce qui est sucré.

Cette diminution des saveurs est liée à des modifications anatomiques des bourgeons du goût. Avec l'âge, le nombre de bougeons gustatifs dans les papilles et les papilles elles-mêmes diminuent. A cela s'ajoute un ralentissement du renouvellement de ces papilles ce qui ne favorise pas l'adaptation au changement.

La conséquence de ces modifications sur le comportement alimentaire est l'addition de « exhausteurs » de goût qui provoquent une appétence plus grande et augmentent leur consommation.

De plus, la mémoire du goût comme la mémoire intellectuelle se modifie avec l'âge. La mémorisation des goûts récents s'estompe. Plus la personne avance en âge, plus elle aime les plats de son enfance.

L'évolution des techniques culinaires en introduisant de nouveaux aliments et de nouveaux modes de restauration fournit une alimentation de plus en plus éloignée de celle de l'enfance des personnes âgées.

- L'appétit.

L'avance en âge en traîne une dysrégulation de l'appétit observable dès la soixantaine.

3.3.2-Le comportement alimentaire des sujets âgés fragiles ou malades.

Les troubles du comportement alimentaire chez ces sujets sont observés lorsque surviennent des changements dans leurs conditions de vie ou des modifications de leurs capacités physique et intellectuelles.

On remarquera aussi que ces troubles apparaissent très rapidement, ce qui confirme la difficulté d'adaptation au changement. De plus ces difficultés sont de plus en plus importantes au fur et à mesure que s'installe une altération de leur état physique , psychique ou mental. On notera aussi que les traitements peuvent aggraver ces troubles en conduisant parfois à l'anorexie.

- Les modifications des conditions de vie.

Les changements des conditions de vie accompagnant l'avance en âge ont une influence sur le comportement alimentaire entraînant le plus souvent un régime insuffisant ou déséquilibré mais parfois au contraire une augmentation de la consommation alimentaire et une prise de poids.

Trois types de changements sont particulièrement importants de ce point de vue [1]:

* Le passage à la retraite s'accompagne d'une profonde modification des habitudes et parfois d'un changement de lieu de vie. On peut remarquer un sentiment d'inutilité ou une prise de conscience du vieillissement apparaissant comme inéluctable. Les conséquences sont très vives chez les personnes ayant leur intérêt centré sur le travail. On retrouve fréquemment la dépression et l'isolement.

* La perte de personnes proches (conjoint, proches, amis) responsable de dépression et d'isolement progressif.

* Le changement de conditions de vie traduisant une incapacité à continuer à vivre de façon autonomes'accompagnant aussi de manifestations de deuil, voire de dépression.

Dans tous ces cas progressivement on observe un désintérêt des actes de la vie et de l'alimentation en particulier. Souvent , le sujet ne mange que ce qu'il aime ce qui aboutit à une alimentation souvent insuffisante et toujours déséquilibrée.

- Les modifications des capacités physiques.

Elles sont souvent la cause des premiers troubles du comportement alimentaire. C'est la première cause de sous-alimentation pour les patients âgés autonomes vivant de façon isolée.

[1] LESOURD B., *Comportement alimentaire et vieillissement* , La revue du praticien , 2000, 50, 501-507.

* Les difficultés à la marche restreignent le périmètre d'approvisionnement d'où une suppression d'une partie des aliments.

* Les troubles moteurs du bras, des épaules gênent le portage des paquets et entraînent une diminution de la diversification de l'approvisionnement.

* Les troubles de la dentition et/ou de la mastication sont toujours sources de l'élimination progressive des aliments durs et aboutissent quand ils ne sont pas traités à une alimentation carenciée. Ces troubles de la mastication font disparaître certains modes de cuisson (pâtes al dente, riz basmati) . Il faut donc que les cuisiniers s'adaptent aux capacités masticatoires de la personne âgée.

* Les troubles du transit conduisent parfois à des régimes étonnants (suppression des légumes car ils constipent).

- Les maladies.

Une maladie aiguë est toujours source d'une anorexie temporaire devenant facilement chronique d'autant plus grave que les besoins nutritionnels sont importants. L'état de maladie est fréquemment à l'origine d'une dépression et d'un repli sur soi entravant la guérison et le retour à une situation normale.
L'existence d'une dénutrition favorise à son tour l'anorexie, source de décompensations en cascade.
A noter aussi que certaines maladies nécessitent l'alitement responsable de changements physiologiques des différents systèmes. C'est pourquoi pour éviter d'autres séquelles il faut privilégier la mobilisation dans la mesure où celle-ci est possible.

Séquelles dues à un décubitus prolongé (syllabus gériatrique)

systèmes	séquelles
Système locomoteur	Affaiblissement musculaire
	Ankylose des articulations
	Ostéoporose
	Arthropathies dégénératives
Système cardio-vasculaire	Diminution du débit cardiaque
	Augmentation de la fréquence cardiaque de repos
	Augmentation du risque thromboembolique
	Hypotension orthostatique
	Réduction de l'adaptation à l'exercice et à l'effort
Système respiratoire	**Réduction du volume courant, du volume total et de la capacité résiduelle fonctionnelle pulmonaire**
	Augmentation du risque de pneumopathies [par fausse route]
Système endocrinien et métabolique	Catabolisme protéique
	Augmentation de la perte de potassium, sodium, phosphore et calcium
	Baisse du taux d'hormones androgènes
	Baisse de la réponse surrénalienne
Système génito-urinaire	Dysfonctionnement de la vessie
	Formation accrue de calculs urinaires
Système gastro-intestinal	**Baisse de l'appétit**
	Constipation
Système neuropsychique	Confusion
	Anxiété et/ou dépression

- **La surconsommation médicamenteuse.**

La prise de nombreux médicaments est souvent responsable d'un dégoût alimentaire. En effet, le fait d'avaler des médicaments avec des verres d'eau accentue la sensation de réplétion gastrique. De plus, certains médicaments modifient le goût des aliments.

De nombreux médicaments ont des effets secondaires sur la consommation alimentaire en raison de l'anorexie, des nausées, de la diarrhée, des maux d'estomac, des troubles du goût et des douleurs abdominales qu'ils provoquent. Les bêtas bloquants, les antidépresseurs ou antihistaminiques causent parfois une sécheresse buccale qui à son tour entraîne dysgueusie et dysphagie.

Le vieillissement entraîne des troubles du comportement alimentaire. Les caractéristiques de la fragilité se trouvent une fois de plus vérifiées car la personne âgée fragile aura d'autant plus de mal à s'adapter à des modifications soudaines de son alimentation.

4. - Les symboles alimentaires.[1]

Deux phénomènes sont essentiels pour comprendre la représentation symbolique des aliments consommés par les personnes âgées : la consubstantialité (mythe selon le quel on devient ce que l'on mange) et le lien social qu'exprime l'aliment.

Une croyance universelle prête à l'aliment ingéré la possibilité de nous transformer, c'est ce que l'on appelle la consubstantialité. Cette croyance déclenche des sentiments différents comme l'inquiétude si l'aliment est perçu comme malfaisant mais aussi de l'espoir si on lui attribue des vertus magiques. Ce phénomène connu et observé par les sociologues et les anthropologues aide à comprendre les comportements de certaines populations qui, à travers la demande d'un régime, cherchent à se reconstruire une identité ou à corriger un déséquilibre parfois subjectif dans la consubstantialité.

Nous l'avons déjà évoqué mais l'aliment et son partage expriment une appartenance et un lien social.

Les produits utilisés peuvent évoquer un territoire précis, qui au sein de leur incorporation, rassurera la personne sur son identité (légumes du jardin, les productions labellisées ou certifiées, les spécialités régionales...). Puis, la préparation de l'aliment le socialise et le charge souvent d'une dimension affective (la cuisine familiale, celle de la région...) . Enfin, les formes du partage affirment et renforcent les liens sociaux d'appartenance et de reconnaissance. Ces fonctions symboliques de l'aliment, toujours porteur d'informations hédoniques, sont particulièrement accentuées avec le vieillissement.

[1] FERRY M., Nutrition de la personne âgée, Berger-Levraut, 1996, p202-207.

4.1 - Effet de cohorte ou effet d'âge ?

Les mécanismes de préférence alimentaire ont des particularités propres au sujet âgé. Deux points de vue permettent de les appréhender à savoir l'effet de cohorte et celui de l'effet d'âge.

L'effet de cohorte postule que les comportements alimentaires résultent de l'histoire d'une génération. Ainsi, les personnes âgées actuelles ayant connu les privations lors de la deuxième guerre mondiale, ont tendance à stocker davantage d'aliments que le reste de la population.

Par ailleurs , elles valorisent la viande (signe de réussite sociale) et seraient attirés par les produits riches en lipides si aucun interdit médical n'intervenait créant ainsi une ambiguïté relative à la consubstantialité. Cette cohorte préfère cuisiner elle-même pour mieux identifier les matières premières qu'elle transforme.

De plus, elle affirme ainsi davantage que les générations qui la suivront une conception sexiste de l'acte culinaire (la cuisine est féminine sauf les grands chefs). Toutes ces tendances doivent être relativisées en tenant compte de l'origine sociale, des revenus et des formes de sociabilité que revêt le repas.

On peut aussi attribuer des comportements alimentaires à un effet d'âge. On peut distinguer des personnes âgées qui au-delà de l'effet de cohorte modifieraient le rythme de leur prise alimentaire . On remarque aussi que certains s'interdisent la consommation de produits « festifs » dont la non consommation est aussi liée à une baisse importante des revenus. Avec la disparition du conjoint, certains deviennent des mangeurs isolés et les veuves représentent la très grande majorité.

Non seulement elles mangent moins mais elles simplifient aussi de plus en plus l'acte culinaire.

A part les pâtisseries achetées et les légumes frais identifiés car venant du jardin ou de son marchand, l'aliment ne fait plus plaisir. Il renvoie à la monotonie de la solitude, à un repli sur soi annonciateur de la dilution du lien social. A noter aussi que les personnes âgées ressentent de moins en moins d'intérêt pour le repas dont l'aspect rituel ne subsiste qu'en s'imbriquant dans une autre activité comme l'écoute d'une émission ou la prise de médicaments signifiant l'importance de la relation au médecin, lien social essentiel.

Il convient comme nous l'avons déjà dit de relativiser ces typologies en fonction des trajectoires socioculturelles et économiques différentes, de la pérennité des liens de sociabilité et des situations de consommation.

4.2 - Les symboliques alimentaires liées à la sociabilité.[1]

Nous l'avons déjà vu, manger est communiquer mais cela peut aussi signifier le repli et l'enfermement. Ainsi, consommer l'aliment n'entraîne plus la curiosité intellectuelle, l'acuité et la mobilisation des sens susceptibles de reconnaître, apprécier, mémoriser l'émotion gustative et les plaisirs ressentis.

L'acte de manger un aliment devient un acte solitaire qui équivaut à se fermer, à se boucher. On cherche alors à fuir ponctuellement jusqu'à son identité en s'isolant, en refusant dans l'acte alimentaire toute forme de communication en exacerbant l' individualisme .

[1] FERRY M., Nutrition de la personne âgée, Berger-Levraut, 1996, p202-207

Cette négation de soi peut aller jusqu'au refus alimentaire qui, s'il perdure, est synonyme de rupture de l'ultime lien social voire du support concret d'une communication avec l'environnement.

Ces trois types de rapport à la nourriture s'imbriquent dans des processus relationnels accentués par le grand âge et débouchent sur des formes de sociabilité. Les formes de sociabilité alimentaire expriment donc à la fois l'intensité et la représentation du lien social mais aussi l'existence et la conscience d'une identité. L'alimentation des personnes âgées permet la compréhension et la connaissance de la qualité de l'environnement (lien social, existence d'interrelations, assistance, dépendance) et celles de l'état psychologique et physiologique de la personnalité.

La typologie des différents types de sociabilité alimentaire est obtenue en croisant les données provenant d'une part de la relation aliment-communication et d'autre part des caractéristiques de l'environnement. Il va de soi que le comportement alimentaire de la personne âgée n'est pas le même si le sujet est en couple à domicile, en couple en institution, en cohabitation intergénérationnelle ou seul à domicile ou seul en institution.

Par exemple, une personne âgée vivant en couple et à domicile connaît un ordinaire alimentaire et des temps plus festifs (quand elle reçoit ou lors des repas familiaux ou dominicaux) au cours desquels la cuisine est plus compliquée où l'on exprime ses plaisirs gustatifs, ses souvenirs. La personne âgée développe alors des dynamiques de communication. Alors qu'au quotidien, toutes ces richesses culinaires et communicationnelles ne se retrouvent pas.

Si la personne vit seule on assistera plus à des grignotages ou à la mise en place d'une alimentation plus égotique.

Dans les institutions, les temps festifs développent une sociabilité porteuse d'échange, d'évocation de souvenirs au cours desquels on se raconte à l'autre. Au quotidien, la personne âgée peut exprimer une certaine anxiété. Certains pensionnaires cachent des nourritures synonyme du plaisir de la désobéissance et de la transgression ravivant l'ego.

Il est important de maîtriser toutes les symboliques de comportement alimentaire chez la personne âgée. On doit les prendre en compte pour éventuellement les dédramatiser ou les corriger. Il est aussi important d'agir pour ralentir l'émergence de pathologies en maintenant des rituels conviviaux fortifiant l'identité. Jusqu'au dernier moment il faut maintenir le lien social à travers le partage alimentaire, valoriser et respecter les préférences et les plaisirs gustatifs dont on sait qu'ils sont ressentis même s'ils ne sont plus exprimés.

Chapitre II : Age et troubles de l'alimentation.

Nous venons de voir que le comportement alimentaire de la personne âgée subit quelques changements. A ces changements, s'ajoutent des troubles de la déglutition que l'on attribue à la sénescence sans toujours bien distinguer ce qui relève de phénomènes purement pathologiques de ce qui relève du vieillissement. Nous allons voir aussi que la sénescence à des répercussions sur l'état bucco-dentaire, le goût, l'odorat et l'appareil digestif ce qui peut favoriser l'apparition de troubles de l'alimentation.

1 - Les troubles de la déglutition.

Sans pour autant considérer l'âge comme une étiologie des troubles de la déglutition, on a pu observer quelques modifications ayant des répercussions sur ses différentes phases .

1.1 - Rappel physiologique de la déglutition.

Afin de comprendre au mieux les différentes implications des troubles de la déglutition il convient de rappeler la physiologie de la déglutition. Nous nous efforcerons d'en donner un rappel non exhaustif.

COT F. définit la déglutition comme étant « un comportement automatique fréquent et banal, mais qui demande une coordination extrêmement précise de mouvements exécutés à haute vitesse , avec intégration d'influx nerveux afférents et efférents mettant en relation les structures oro-pharyngées et le système respiratoire » [1]

On devrait comprendre la déglutition comme un processus permettant de réussir trois actions fondamentales :

1- l'ouverture du passage en avant du bolus par l'inhibition de la contraction de certains muscles,

2- la fermeture du passage en arrière du bolus par la contraction des mêmes muscles,

3- la fermeture des voies secondaires pour empêcher l'entrée de nourriture dans les voies respiratoires et pour éviter le reflux dans le nasopharynx.[2]

On décrit trois phases de la déglutition qui montrent une intrication étroite de la motricité volontaire et réflexe : la phase orale, la phase laryngée et la phase oesophagienne.

[1] F.COT et coll, La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte, Maloine, EDISEM , 2000,chap 2, p 29
[2] F.COT et coll , op.cit., p 15

- La phase orale

La phase orale est volontaire et se subdivise en un temps préparatoire et un temps de transport.

- Le temps préparatoire (mastication) :

Il s'agit d'une succession d'actes volontaires qui commence avec la mise en bouche des aliments. Il se passe dans une cavité buccale close et la respiration se poursuit normalement.
Pendant ce temps, les aliments (solides ou liquides) sont mastiqués, broyés grâce aux mouvements de la langue et de la mandibule . Ils sont aussi imprégnés de salive et rassemblés sur la surface de la langue pour constituer le bolus alimentaire. La langue prend alors la forme d'une cuillère . Le voile du palais se relève pour faciliter le passage du bol , anticipant la fermeture vélo-pharyngée qui va suivre.

- Le temps de transport :

C'est le temps où le bol est transporté vers le pharynx. La langue mobile réalise une séquence de mouvements rapides qui va amener le bolus vers l'arrière de la cavité orale. La langue prend la forme d'une rampe qui dirige le bol vers l'isthme du gosier. A partir de ce moment là, il n'y a plus de réaction volontaire possible.

- La phase pharyngée

Cette phase est réflexe. La manipulation intra-orale et la respiration sont suspendues pendant cette phase . Elle est déclenchée quand le bolus est en contact avec les récepteurs sensitifs situés sur la langue et les piliers du voile du palais ainsi que l'épiglotte. Pendant ce temps, différents mécanismes de protection se mettent en place pour éviter les fausses routes laryngées et nasales :

- la fermeture vélo-pharyngée :

Le voile du palais se relève et vient au contact de la paroi postérieure du pharynx. L'occlusion est totale, elle empêche toute pénétration de nourriture dans les fosses nasales.

- l'ascension du larynx et la bascule de l'épiglotte :

L'élévation du larynx pousse l'os hyoïde contre la base de langue , ce qui force l'épiglotte à s'abaisser vers l'arrière, par dessus l'ouverture du larynx. L'épiglotte couvre l' orifice laryngé empêchant les corps étrangers de pénétrer dans les voies respiratoires.

- l'occlusion laryngée :

Le larynx se ferme de bas en haut : les cordes vocales se placent en adduction et les bandes ventriculaires sont mises en tension. Le contenu éventuel du larynx est ainsi repoussé vers le pharynx .
Les voies aériennes sont donc fermées tandis que les voies digestives sont ouvertes.

Cette phase s'achève quand le sphincter supérieur de l'œsophage s'ouvre et laisse passer les aliments .Le larynx redescend, la glotte s'ouvre et la respiration reprend. Puis, le sphincter supérieur de l'œsophage se referme.

- La phase oesophagienne

Il s'agit d'un temps réflexe, involontaire, pendant lequel les aliments sont acheminés le long de l'œsophage vers l'estomac. Des contractions péristaltiques parcourent l'œsophage et facilitent la progression du bol . La pesanteur joue aussi un rôle. Les aliments atteignent ensuite le sphincter inférieur de l'œsophage : celui-ci se relâche pour les laisser passer puis se referme à nouveau.

La division en phases est arbitraire puisque la déglutition est normalement un mécanisme dynamique composé d'une série d'événements qui se déroulent sans interruption.

1.2 - La dysphagie.

1.2.1 - Définition.

La symptomatologie de la dysphagie est très riche (par exemple difficulté à déclencher la déglutition, sensation de blocage ou de ralentissement du bol alimentaire) et présente divers degrés de gravité. En effet, elle peut juste gêner la personne ou au contraire mettre en jeu sa santé et même sa vie.

Elle se définit généralement comme étant « une difficulté à avaler, comme un trouble de la déglutition ou plus précisément , une difficulté à transférer la nourriture de la cavité orale vers l'estomac en passant par le pharynx et l'œsophage » [1].

Elle montre une anomalie dans l'un ou l'autre aspect du mécanisme de déglutition. Les symptômes peuvent concerner la bouche, le pharynx, le larynx ou l'œsophage. Certains auteurs ont élargi la définition en y ajoutant des anomalies touchant des phases précédant la déglutition (mastication, sélection des aliments...). Ces indices peuvent à eux seuls causer des signes de dysphagie.

A noter aussi que la dysphagie n'est pas une maladie mais le symptôme d'une ou de plusieurs conditions médicales. Elle peut être le signe annonciateur d'une maladie ou être masquée par d'autres troubles. Elle peut aussi être accompagnée de douleur : odynophagie. La dysphagie peut débuter progressivement, brutalement, être aiguë ou chronique, intermittente ou constante. Elle peut être causée soit par les liquides, soit par les solides et parfois les deux.

[1] F.COT et coll, La dysphagie oro-pharyngée , Maloine, EDISEM,2000, Chap 2, p 29

On distingue deux types de dysphagie :

- La dysphagie oro-pharyngée (ou dysphagie haute) qui affecte les phases orale et pharyngée de la déglutition. Elle se définit comme une difficulté à transférer le bol alimentaire de la bouche vers le pharynx et l'œsophage. On distingue la dysphagie labio-buccale de la dysphagie pharyngée.

- La dysphagie oesophagienne (ou dysphagie basse) qui perturbe le troisième temps de la déglutition. Il s'agit d'une difficulté à transporter le bol alimentaire le long de l'œsophage jusqu'à l'estomac.

Selon COT F., les difficultés avec les liquides indiquent une dysphagie haute tandis que les problèmes avec les solides suggèrent une dysphagie basse. Toutefois, la clinique offre des tableaux complexes.

Dans la plupart des cas et quelle que soit la pathologie sous-jacente la dysphagie se manifeste comme suit :

* un ralentissement ou un blocage du bolus (stases)
* et/ou des difficultés voire une incapacité à déclencher la déglutition .
* une incoordination entre la respiration et la déglutition.
* une déglutition répétée .

Dans tous ces cas des fausses routes peuvent se produire.

1.2.2 - Conséquences de la dysphagie

Après avoir vu la définition de la dysphagie et afin de mieux comprendre les répercussions sur une personne, il faut brièvement aborder leurs conséquences sur le malade .

Ses conséquences concernent l'adulte et il convient de mesurer les effets d'autant plus dévastateurs chez la personne âgée.

On peut aisément comprendre que les conséquences sont nombreuses et importantes. Tout ce que nous allons traiter maintenant influence directement l'alimentation et le comportement alimentaire de la personne âgée.

En effet, la dysphagie risque d'entraîner une perte de poids, un déséquilibre nutritionnel et une déshydratation liés à la peur de boire ou de manger.

Elle oblige une certaine dépendance lors des repas qui nécessite une prise en charge. De plus, la qualité de vie se trouve altérée car les repas sont peu appréciés à cause d'une baisse de sensibilité intra buccale, d'une diète modifiée ou d'une sonde naso-oesophagienne. Le temps des repas peut devenir une source d'anxiété car le patient craint de manger tout seul de peur de s'étouffer par exemple, et il peut de sentir gêné de manger devant autrui.

Mais le danger le plus menaçant pour la personne dysphagique reste la pneumopathie d'inhalation. Il s'agit d'une atteinte infectieuse du poumon , secondaire à l'inhalation de liquides, de contenu gastrique, de sécrétions oro-pharyngées ou de particules alimentaires. Enfin, l'obstruction des voies aériennes par un corps étranger peut entraîner l'asphyxie.

Toutes ces modifications obligent la personne à changer de régime alimentaire (choix de la nature, de la consistance) ou de mode d'alimentation. Il va de soi que les incidences sont personnelles, sociales voire culturelles. La dysphagie affecte aussi la santé, le confort et l'hygiène bucco-dentaire d'une personne.

La dysphagie est une incapacité qui modifie les habitudes de vie et crée des situations de handicap qu'il faut avoir présentes à l'esprit.

1.3 - Les fausses routes.

1.3.1 - Définition.

On appelle fausse route le passage d'une partie du bol (liquide, et/ou solide, et/ou salivaire) dans les voies aériennes : larynx, trachée voire bronches et poumons.

Il existe deux types de fausses routes : les fausses routes nasales et les fausses routes trachéales[1].

- les fausses routes nasales : Elles sont liées à un défaut de fermeture du voile lors de la phase orale et entraînent la pénétration des aliments dans le rhinopharynx voire jusque dans les fosses nasales. Elles peuvent être associées à des fausses routes trachéales secondaires par vidange tardive du contenu de l'hypopharynx dans le pharynx après la déglutition.

[1] GUERRIER B.,NICOLAS-PUEL C., *Dysphagie*, La revue du praticien, 2000, tome 50, p531-532.

- **les fausses routes trachéales** (aussi dénommées inhalations) :

Elles correspondent au passage des aliments sous le plan glottique.

Elles peuvent se produire à différents moments :

* Avant la déglutition par une absence du réflexe de déglutition, un retard du réflexe de déglutition qui a pour conséquence l'arrivée du bol sur un larynx encore ouvert.

* Pendant la déglutition par défaut de fermeture du larynx ou par trouble de la coordination des différents temps de la déglutition.

* Après la déglutition par défaut d'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage responsable de stases alimentaires ou de débordements salivaires ainsi qu'une pénétration laryngée lors de la reprise inspiratoire.

Les fausses routes peuvent entraîner ou non le réflexe de toux :

- Les fausses routes **toussées** : il y a un passage du bol dans les voies respiratoires et le réflexe de toux est préservé . C'est la réaction de l'organisme à l'inhalation.

- Les fausses routes **non toussées** :le bol passe dans les voies respiratoires mais la toux réflexe peut être abolie ou retardée. Le patient ne tousse pas ou tousse à distance de l'ingestion (parfois plusieurs minutes voire plusieurs heures en cas de stase). Elles sont particulièrement dangereuses puisqu'elles sont inaudibles par les non-spécialistes et qu'elles peuvent conduire à une pneumopathie inexpliquée

et récidivante. Certains patients toussent leurs fausses routes aux liquides mais font des fausses routes non toussées aux solides : ils ressentent vraisemblablement mieux l'arrivée brutale du liquide dans les voies respiratoires que celle d'un solide dont l'écoulement est plus lent.

1.3.2 - Indicateurs de fausses routes.

Pour les fausses routes toussées, la toux grasse est l'élément essentiel.

Les fausses routes non toussées sont repérables :

- à une modification de la voix post-ingestion (enrouement, gargouillement). La voix est dite « mouillée » d'où l'intérêt de demander une verbalisation régulière.

- à la présence de crépitants laryngés inspiratoires après l'ingestion.

- à la coloration voire à la consistance des crachats post-ingestion qui peuvent contenir ce qui a été ingéré précédemment.

1.3.3 - Les fausses routes chez la personne âgée.[1]

Il faut savoir que les fausses routes chez la personne âgée sont un problème sérieux et fréquent. Leurs symptômes peuvent être non spécifiques.

[1]ALLARD,FORETTE, Syllabus gériatrique, , Société Française de Gérontologie, 1999, p 270-271.

En général, toute pathologie qui altère l'attention ou la sensation oro-pharyngée peut prédisposer une personne aux fausses routes. Les maladies neurologiques, les crises d'épilepsie, les sédatifs ou toute maladie chronique entraînant une faiblesse et une immobilité peuvent engendrer des fausses routes. Le reflux gastro-oesophagien à la fois patent et discret prédispose une personne aux fausses routes. On remarque souvent que les personnes âgées souffrent de pneumopathie par inhalation. A noter que chez la personne âgée on observe une altération de l'efficacité du réflexe de toux.

Il peut être nécessaire de procéder à une évaluation de la déglutition utilisant des liquides, des textures, des viscosités diverses afin de découvrir l'anomalie qui provoque les fausses routes. Le traitement varie en fonction du diagnostic et va des changements de comportement, tels que l'alimentation en position debout, à des sondes de nutrition parentérale.

1.4 - La presbyphagie

La presbyphagie est le terme employé pour désigner les troubles de la déglutition dus au vieillissement.
On note aussi les effets du vieillissement normal. En effet, de nombreux facteurs contribuent aux changements observables chez la personne âgée. L'âge impose des changements sur l'activité motrice générale, l'état des dents et des gencives, le tonus des muscles péri-oraux, linguaux et pharyngés, la moindre plasticité de l'épiglotte ainsi que le déplacement vers le bas des structures laryngées. Certains auteurs ont remarqué une diminution notable du réflexe de toux.

Les effets du vieillissement touchent toutes les phases de la déglutition.[1]

- La phase orale préparatoire .

Les muscles de la langue, des lèvres, de la mandibule peuvent s'atrophier avec l'âge et leur tonus peut diminuer. La perte des dents surtout si elle est totale, rend la mastication difficile et peut amener la personne âgée à préférer des solides exigeant peu ou pas de mastication. La diminution du flot salivaire peut contribuer à rendre la mastication encore plus laborieuse même s'il est difficile de préciser si ce symptôme est lié à l'âge plutôt qu'à un médicament ou à une maladie.

- La phase orale de transport .

Des études menées par TRACY et coll. ont montré que sur le plan qualitatif , les personnes âgées plaçaient le bolus de façon plus postérieure dans la cavité orale. Ainsi, le temps de transit est plus bref. De plus, avec d'autres techniques et d'autres repères, certains auteurs ont remarqué un allongement de cette phase orale en expliquant ce phénomène par un ralentissement général dû à l'âge.

- La phase pharyngée .

On peut observer un certain nombre de changements significatifs.

[1] F.COT et coll, La dysphagie oro-pharyngée , Maloine, EDISEM,2000, Chap 2, p 29

- un allongement du délai de réponse pharyngée associé à l'âge
- un raccourcissement de la réponse pharyngée elle-même
- un raccourcissement de la durée de l'ouverture cricopharyngée
- une diminution de l'amplitude et de la vitesse du péristaltisme laryngés
- les cordes vocales sont hypotoniques
- le flot salivaire est réduit
- la sensibilité intra buccale diminue
- de plus, le réflexe de toux est amoindri

A noter que ces observations ne sont pas valables pour toutes les personnes âgées.

Enfin, il ne faut pas considérer la sénescence comme une cause primaire d'importants troubles de la déglutition. En fait, elle ne peut pas être l'étiologie de la dysphagie même si certains facteurs comme la diminution du tonus et de la force musculaire en constituent des éléments aggravants.

Nous venons de voir les troubles de déglutition pouvant entraîner des difficultés d'alimentation mais il reste d'autres facteurs à prendre en compte qui seront traiter dans le chapitre suivant.

2 - L'état bucco-dentaire.

Un bon état bucco-dentaire est primordial puisqu'il conditionne les premières phases de la digestion des aliments. En effet, la mastication, l'insalivation ainsi que la perception des goûts et des consistances sont assurées par la cavité buccale. De tous ces différents aspects dépend la stimulation de l'appétit.

- L'état dentaire

Un grand nombre de personnes âgées sont totalement édentées : environ 50% des plus de 65 ans et jusqu'à 67% des plus de 75 ans. C'est pourquoi, l'état dentaire chez toute personne âgée doit être contrôlée.
L'hygiène dentaire par brossage doit soigneuse pour prévenir la formation de plaque dentaire responsable de la perte des dents. L'état dentaire conditionne la mastication donc une bonne alimentation.

Les prothèses dentaires doivent être réadaptées car si elles sont trop anciennes ou mal adaptées, elles présentent des risques d'ulcération des muqueuses, ou une gêne lors de la mastication ce qui poussera le patient à ne pas porter sa prothèse.

Il faut savoir qu'un mauvais état dentaire, une totale édentation ou des prothèses dentaires mal adaptées vont amener le patient à sélectionner certains types d'aliments dont la consistance sera facilitatrice. Par conséquent, la personne âgée va procéder à l'élimination de certains aliments , aboutissant à un régime carentiel.

- La cavité buccale

La langue et les muqueuses doivent être conservées dans le meilleur état possible car elles permettent de conserver la perception des goûts et le plaisir de manger. Si le brossage n'est pas possible, on peut procéder à des soins de bouche.
Une bonne hydratation est aussi nécessaire pour faciliter la salivation qui diminue chez le sujet âgé. La sécheresse des muqueuses masque les goûts, est responsable de sensation d'inconfort, de brûlures et favorise la survenue de caries.

3 - Le goût et l'odorat.

Nous savons que le goût et l'odorat ont une grande influence sur l'appétit et le plaisir de manger. Avec le vieillissement, on assiste aussi à une sénescence de ces derniers ce qui peut expliquer un dégoût des aliments et donc favoriser une absence de prises alimentaires.

En ce qui concerne l'odorat, le seuil de perception des odeurs est augmenté surtout au-delà de 60 ans. A partir de 80 ans , un patient sur deux présente une anosmie.

On assiste également à une baisse des capacités à percevoir un changement de concentration des odeurs et à identifier des odeurs perçues.

Les perturbations gustatives sont d'une part physiologiques mais aussi fréquemment induites par des médicaments, une mauvaise hygiène bucco-dentaire et bien d'autres facteurs.

Sur le plan physiologique, les modifications sont différentes selon les saveurs, à savoir : la baisse de détection massive concerne le salé, puis l'amère et enfin l'acide. La détection du sucré est la moins importante ce qui explique l'attirance des personnes âgées pour le sucré.

De nombreux autres facteurs comme des carences, le tabagisme, l'alcoolisme, les médicaments, la déshydratation ou encore certaines atteintes neurologiques peuvent être à l'origine de troubles gustatifs.

4 - Vieillissement de l'appareil digestif.

Nous savons que le vieillissement du tube digestif lui-même n'a pas de répercussions sur l'alimentation de la personnes âgée et il ne permet pas d'expliquer l'état de malnutrition.

En revanche, ce vieillissement favorise l'émergence de pathologies digestives responsables de carences ou de troubles de la prise alimentaire.

4.1 - L'œsophage.

On sait que l'œsophage perd de sa motilité ce qui peut entraîner une gêne. De plus, le sphincter inférieur de l'œsophage devient moins efficace ce qui explique que les personnes âgées soient souvent sujettes au reflux gastro-oesophagien.

Les repas pourront être fractionnés en plusieurs prises, et la texture devra être adaptée de façon à éviter les troubles.

4.2 - L'estomac.

La diminution de la sécrétion chlorhydrique rend les personnes âgées fragiles face aux toxi-infections alimentaires et explique la fréquence des diarrhées. C'est pourquoi il est important de respecter les mesures d'hygiène liées à la manipulation et à la conservation des denrées alimentaires.

4.3 - L'intestin grêle.

L'absorption des nutriments est moins efficace et se fait plus lentement compte tenu des perturbations de la motilité des différentes parties de l'intestin grêle, de l'atrophie des villosités intestinales et de la diminution des diverses sécrétions (calcium, fer, les graisses etc.).

Le régime alimentaire doit être digeste, en limitant notamment les graisses cuites et les aliments riches en lipides.

4.4 - Le côlon.

Le transit est ralenti surtout si la personne âgée est sédentaire ou alitée. Dans ces cas, survient un risque important de constipation contre lequel il faut lutter grâce à une alimentation riche en fibres. Ceci est d'autant plus valable pour le sujet âgé car il ressent peu la soif et boit peu , ce qui ne favorise pas l'hydratation des selles et l'expose de surcroît à la déshydratation.

Chapitre III : Age associé à des conditions pathologiques pouvant favoriser les troubles de la déglutition.

Nous venons de traiter dans les chapitres précédents les effets du vieillissement sur l'alimentation ainsi que ses implications sur les structures anatomiques. Seulement, il n'est pas rare que des troubles de la déglutition apparaissent dans un contexte de polypathologies. C'est pourquoi, il convient d'appréhender maintenant les pathologies rencontrées chez la personne âgée, responsables de troubles de la déglutition. Il est nécessaire de comprendre que certaines atteintes pourront gêner l'acquisition des techniques compensatrices lors de la rééducation.

1 - Les dysphagies neurologiques.

1.1 - Les atteintes du système nerveux central.

1.1.1 - Les accidents vasculaires cérébraux.

La fréquence des troubles de la déglutition chez les patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) qu'ils soient ischémiques ou hémorragiques, est bien établie. En effet, environ un tiers des patients victimes d'AVC présente une dysphagie.

On constate que les AVC touchant le bulbe et la protubérance, les AVC bi-hémisphériques corticaux sont les plus susceptibles de causer une dysphagie.

Cependant, les AVC touchant un seul hémisphère sont également à l'origine de troubles de la déglutition même si les centres moteurs impliqués dans la déglutition reçoivent leur commande des deux hémisphères.

- *Les atteintes de l'hémisphère cérébral gauche* entraînent une réduction de la force, de la vitesse et de l'amplitude des mouvements de langue ainsi que des lèvres du côté opposé à la lésion. On remarque aussi une diminution de la sensibilité, un retard du réflexe de la déglutition et une réduction du péristaltisme pharyngé.

- *Les atteintes de l'hémisphère droit* se manifestent de la même manière, avec en plus, des déficits cognitifs avec une perte du contrôle intellectuel sur la déglutition. Ceci rend plus difficile l'acquisition des techniques compensatoires.

Le problème majeur des patients victimes d'AVC avec des troubles de la déglutition reste l'inhalation.

- *Les atteintes du tronc cérébral* entraînent une réduction de la force, de la vitesse et de l'amplitude des mouvements de la langue et des lèvres, une diminution de la sensibilité. On note aussi un retard ou une absence du réflexe de déglutition, une réduction du péristaltisme pharyngé associées à une réduction de la fermeture du larynx et une difficulté de relaxation du sphincter crico-pharyngé.

- *Le syndrome de Wallenberg* résulte de l'occlusion de l'artère latérale vascularisant le bulbe. Les symptômes cliniques sont : une voix rauque, un étouffement en buvant ou en mangeant. On constate un affaissement du voile du palais du côté lésé, une déviation de la luette du côté sain lors de la phonation. Le réflexe nauséeux est aboli et la corde vocale est paralysée du côté lésé, ce qui réduit la fermeture laryngée. On note aussi une réduction du péristaltisme pharyngé et une dysfonction crico-pharyngée.

1.1.2 - Les traumatismes crâniens.

On estime que 25 à 50% des sujets ayant présenté un traumatisme crânien sévère ont des troubles de la déglutition parfois complexes.

On constate des troubles du contrôle postural de la tête, des troubles de la motricité faciale et orale (surtout linguale). On retrouve une réduction du péristaltisme pharyngé, un retard ou une absence du réflexe de déglutition ainsi qu'une dysfonction crico-pharyngée.

On observe également des troubles du langage, des troubles cognitifs et des troubles du comportement qui affectent le processus de l'alimentation . En effet, les traumatisés crâniens ont du mal à intégrer , à exécuter des consignes et présentent souvent des troubles attentionnels ainsi que des traits impulsifs.

On rapporte que les troubles dysphagiques prédominent pendant les phase aiguë de la réadaptation tandis que les troubles du langage et les troubles cognitifs sont plus fréquents dans la réadaptation à long terme.

1.1.3 - Les atteintes dégénératives.

- La maladie d'Alzheimer et les autres démences dégénératives.

La malnutrition est fréquente chez les personnes démentes. Les origines de cette malnutrition sont complexes et multifactorielles. Des troubles spécifiques viennent s'ajouter aux troubles alimentaires dus au vieillissement.

Selon les stades d'évolution de la maladie, la prise alimentaire peut être influencée par [1]:

- des troubles de l'humeur : anxiété, stress, dépression

- des troubles mnésiques, du jugement et la désorientation temporo-spatiale. Le patient ne se soucie pas du moment et du lieu des repas ni de leur préparation. Il ne reconnaît plus les aliments et ne leur prête pas d'attention.

- de l'agitation, la déambulation et l'indifférence.

- des apraxies : le patient ne se sert pas et ne sait plus se servir des couverts, il ne « sait plus manger ».
- des troubles de la déglutition : ils surviennent à un stade plus évolué. On observe des fausses routes toussées ou non , des tentatives de déglutition répétées, des fuites d'aliments ou de liquides par les lèvres.

[1] GUYONNET S , LAUQUE S, NOURHASHEMI F., OUSSET P.J, GHISOLFIMARQUE A., VELLAS B., ALBAREDE JL., Les problèmes nutritionnels associés à la maladie d'Alzheimer, La revue de gériatrie, 1997,22,10,p31-38

- on assiste aussi à la réapparition des réflexes archaïques comme le réflexe de succion (le patient suce la cuillère ou pince les lèvres), le réflexe de morsure (le patient mord la cuillère quand celle-ci est introduite dans la bouche, le réflexe des points cardinaux (le patient tourne la tête du côté de la stimulation péribuccale).

A noter que les troubles de la prise alimentaire chez le patient dément a été étudié par G.BLANFORD qui a mis au point une échelle cotant les troubles qu'il attribue à des comportement d'aversion et qu'il distingue des dysphagies .

Les comportements d'aversion alimentaire sont définis comme des perturbations affectant les étapes précédant la déglutition et qui empêchent le patient de se nourrir.

Ils sont divisés en deux groupes distincts : les troubles non-oraux (liés à la détérioration globale des fonctions cérébrales) qui s'apparentent à des comportements de résistance comme tourner la tête, jeter la nourriture...et les troubles oraux qui eux seraient plus en rapport avec des dyspraxies de la phase oro-pharyngée de la déglutition.

Ces troubles sont de plus en plus fréquents à mesure que la maladie évolue.

- La maladie de Parkinson et les autres syndromes akinéto-rigides.

On considère que la moitié des parkinsoniens présente une dysphagie.
Les troubles alimentaires sont marqués par une perturbation des temps volontaires (préhension, mastication et initialisation de la déglutition). On constate également un tremblement intentionnel invalidant, des difficultés à initier les mouvements linguaux, une réduction du

péristaltisme pharyngé, un allongement du temps de transit oral, un retard ou une absence du réflexe de déglutition, une fermeture laryngée inadéquate et une dysfonction du sphincter crico-pharyngé par défaut de relaxation. Les patients sont victimes de régurgitations nasales et de fausses routes dues à des troubles de la motilité vélo pharyngo laryngée et d'un dysfonctionnement du sphincter supérieur de l'œsophage.

En résumé, les parkinsoniens mangent plus lentement et éprouvent des difficultés à mastiquer. Ils relatent une impression de blocage au fond de la gorge.

- Les maladies du moto neurone : la sclérose latérale amyotrophique.

Dans cette pathologie, on note des troubles du contrôle lingual et de la manipulation orale du bolus, un reflux nasal, un retard dans le réflexe de déglutition, une réduction de la fermeture laryngée ainsi qu'une réduction de péristaltisme pharyngé et une dysfonction crico-pharyngée.

En clair, les musculatures linguale, faciale, palatine et pharyngée deviennent progressivement inertes. L'adduction et l'abduction des cordes vocales sont incomplètes. Les mouvements de langue sont faibles , le bolus n'est ni formé ni propulsé. Le réflexe de déglutition ne se déclenche pas et le sphincter oesophagien supérieur ne se relâche pas. Le réflexe nauséeux peut être vif au début et absent par la suite.

De plus , l'asthénie, l'insuffisance respiratoire progressive et la faiblesse des muscles abdominaux diminuent les mécanismes de toux protectrice, l'inhalation est donc favorisée.

- La chorée de Huntington.

C'est une affection rare et héréditaire qui évolue lentement vers la mort par dénutrition et broncho-pneumopathies d'inhalation le plus souvent.

Au début, les patients modifient spontanément leurs habitudes alimentaires pour rester autonomes. Ils choisissent des aliments qui se mangent sans ustensiles et appauvrissent ainsi leur apport calorique et vitaminique.

Avec l'accentuation des mouvements choréiques, l'alimentation autonome n'est plus possible. La coordination de la déglutition est rendue de plus en plus laborieuse par les inspirations imprévisibles et soudaines pendant les repas, les mouvements choréiques de la langue et la rigidité de l'appareil musculaire oro-pharyngé.

Les troubles cognitifs surajoutés conduisent les patient à minimiser voire occulter leur problème de dysphagie. Ils font alors des choix alimentaires inadéquats, n'arrivent pas à ajuster la taille des morceaux, la quantité des aliments et la rapidité de l'ingestion.

1.1.4 - Les pathologies infectieuses.

Citons pour mémoire, les méningites, les encéphalites, abcès responsables de troubles de la déglutition en phase aiguë mais aussi en séquelles.

1.1.5 - La sclérose en plaques.

En ce qui concerne les troubles de la déglutition, la sclérose en plaques engendre (lorsque les lésions sont bulbaires et cérébrales) des troubles du contrôle lingual et de la manipulation orale du bolus. On note également un retard dans le réflexe de déglutition, une réduction de la fermeture laryngée et une réduction du péristaltisme pharyngé ainsi qu'une dysfonction crico-pharyngée

1.1.6 - Les atteintes tumorales.

Les tumeurs et les métastases peuvent être responsables de troubles de la déglutition en fonction de leur localisation.

1.2 - les atteintes du système nerveux périphérique.

1.2.1 - Les atteintes infectieuses.

Nous citerons dans ce paragraphe les infections à virus zona-varicelle, la diphtérie, le botulisme ou certaines mycoses. A noter que la polyradiculonévrite ou syndrome de Guillain-Barré peut être à l'origine de troubles de la déglutition.

1.2.2 Les atteintes nerveuses néoplasiques.

Rappelons les tumeurs primaires de type neurinome du IX ou du X, les tumeurs primitives ou métastatiques de la base du crâne.

2 – Dysphagie et atteintes musculaires.

2.1 - Les myopathies.

- La dystrophie oculo-pharyngée.

C'est une pathologie qui débute tardivement vers 50 60 ans. Elle se manifeste entre autres par une dysphagie haute entraînant une dénutrition et des pneumopathies d'inhalation ainsi qu'une faiblesse musculaire.
On note aussi une diminution de la contraction pharyngée et un renforcement du tonus du sphincter oesophagien supérieur. Ceci constitue un obstacle relatif au bolus alimentaire qui est faiblement propulsé par le pharynx.

- Les myopathies inflammatoires.

On citera la polymyosite et la dermatomyosite.

2.2 - La myasthénie.

Face à un patient qui présente une dysphagie et une dysphonie progressives, il faut penser à la myasthénie. La dysphagie s'accentue classiquement en fin de journée , le patient éprouve des difficultés à mastiquer et se fatigue en mangeant. On assiste aussi à une déficience du péristaltisme pharyngé couplé à une difficulté de formation et de propulsion du bolus.

3 – Les dysphagies dues à une obstruction.[1]

3.1- Les dysphagies d'origine tumorales.

Elles sont les premières à éliminer.

- Les cancers des voies aérodigestives supérieures :on les rencontre chez les personnes éthylo-tabagiques qui se plaignent de dysphagie haute latéralisée et souvent douloureuse. Ils peuvent être associés à une dysphonie. Il s'agit le plus souvent de cancers de l'hypopharynx ou de l'oropharynx.

- Le cancer de l'œsophage : on le rencontre chez les patients éthylo-tabagiques porteurs d'une dysphagie basse d'aggravation progressive et responsable d'un amaigrissement important.

3.2-Les dysphagies dues à un diverticule de Zenker.

Il s'agit d'une hernie de la muqueuse postérieure de la bouche de l'œsophage. Cette poche en grossissant comprime l'œsophage ce qui aggrave la dysphagie initiale liée à la perte de coordination des mouvements du tube digestif. Le pic de fréquence de survenue se situe vers 60 ans.

3.3-Les dysphagies liées à des sténoses non tumorales.

Il s'agit pour mémoire des sténoses peptiques et des sténoses caustiques. Elles concernent toutes les deux l'œsophage.

[1] GUERRIER B.,NICOLAS-PUEL C., *Dysphagie*, La revue du praticien, 2000, tome 50, p531-532.

On peut aussi citer les ostéophytes cervicaux qui déterminent le diamètre pharyngé ayant pour conséquences soit une rétention soit une pénétration laryngée en fonction de le taille de ceux-ci.

3.4- les dysphagies liées à des sténoses ou obstacles fonctionnels.

- Le méga œsophage ou achalasie du sphincter inférieur de l'œsophage : il correspond à une dilatation de l'œsophage secondaire à un défaut de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage. La dysphagie est basse et peu importante.

- L'achalasie du sphincter supérieur de l'œsophage : elle est plus rare et touche essentiellement les personnes âgées.

4- Le cas particulier des dysphagies induites.

4.1-Les maladies systémiques.

Il s'agit d'affections pouvant entraîner une dysphagie comme le diabète, l'hypothyroïdie, la polyarthrite rhumatoïde entre autres.

4.2 La chirurgie carcinologique ORL.

Nous savons que cette chirurgie est particulièrement mutilante tant au niveau des structures anatomiques qu'au niveau neurologique (nerf récurrent , nerf laryngé supérieur par exemple).

Les chirurgies du pharyngolarynx partielles ou subtotales conservant les fonctions respiratoire et phonatoire entraînent souvent des dysphagies qui nécessitent une prise en charge rééducative.

4.3-Les interventions neurochirurgicales de la base du crâne postérieure.

Elles peuvent induire ou aggraver une dysphagie préexistante surtout si l'exérèse touche des paires crâniennes.

4.4-La radiothérapie du carrefour aérodigestif et du cou.

On peut observer une dysphagie initiale due aux inflammations des radiations mais dans le cas des cancers du carrefour des voies aérodigestives supérieures, la dysphagie peut être aussi la conséquence d'un manque de salive.

4.5-Les oesophagites radiques.

Elles peuvent être aiguës (pendant l'irradiation) ou chroniques(elles surviennent alors des mois après l'irradiation). Elles se manifestent par une dysphagie.

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

CONCLUSION

Nombreuses sont les personnes âgées qui risquent de présenter des difficultés alimentaires. En effet, les changements intervenant dans la vie d'une personne âgée peuvent modifier son alimentation. C'est pourquoi, il est important non seulement de comprendre pourquoi un sujet âgé ne veut pas ou ne peut pas manger mais il faut apporter un maximum de solutions à ces difficultés alimentaires pour prévenir leurs conséquences qui peuvent s'avérer fatales.

Les troubles de l'alimentation et plus précisément les troubles de la déglutition font appel aux valeurs de la bioéthique. En effet, pour l'ensemble des situations de dysphagie, le respect de l'autonomie de la personne est de première importance au même titre que la qualité de vie. Le respect de ces valeurs doit être assuré par les équipes pluridisciplinaires c'est pourquoi il aurait été intéressant de connaître les réponses apportées par l'équipe soignante à ces troubles.

De plus, l'évaluation de ces difficultés ainsi que leur prise en charge orthophonique seraient un bon complément à ce travail . Mais avant de traiter la rééducation, il était indispensable d'essayer de comprendre ce que l'acte de manger peut signifier et de mettre en exergue les conséquences physiologiques, psychologiques, sociales des difficultés alimentaires .

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHEQUE
MÉDECINE

ALLARD, FORETTE, *Syllabus gériatrique*, Fondation IPSEN, Société Française de Gérontologie, 1999, 454 p.

BELLISLE F., *Le comportement alimentaire humain*, Approche scientifique, CNRS, Institut Danone :monographie , 1999.

CONGRES, *Des années à savourer*, Nutrition et qualité de vie de la personne âgée, Editions Payot Lausanne, 1993, 377 p.

COT F.et coll., *La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte*, Maloine, EDISEM, 1996,267 p.

CUCULI DE CLERY A., KOURDOULY M., *L'alimentation du sujet âgé*, Masson, 1991, 124 p.

FERRY M., *Nutrition de la personne âgée*, Berger-Levraut, 1996, 227 p.

MAUGOURD M.F., *Gérontologie fondamentale, clinique, sociale*, Sauramps Medical,1992,429 p.

SYMPOSIUM, *Alimentation et vieillissement*, CIIA (commission internationale des industries agricoles et alimentaires),1994, 168 p

SYMPOSIUM, *Nutrition et personnes âgées*, CERIN, 1997, 346 p

THEVENON A.,POLLEZ N.,*Rééducation gériatrique*, Masson, 1993,155 p.

SCD-UHP NANCY
MEDECINE

Revues et articles

ARVEUX I , FAIVRE G., LENFANT L., MANCKOUNDIA P, MOUREY F., CAMUS A, *Le sujet âgé fragile*, La revue de gériatrie, 2002, Tome 27, n°7, p569-579.

BELLISLE F., LE MAGNEN J, *The analysis of human feeding patterns*, The Edogram, Appetite 1 ,p 141-150.

DE CASTRO J., KREITZMAN S.M., *A microregulatory analysis of spontaneous human feeding patterns*, Physiology & Behavior,1985,p329-335.

FERRY M., *Principales causes des perturbations du goût et de l'appétit chez les personnes âgées*, La revue de gériatrie, 1992, Tome 17, n°10, p 561-563.

GONTHIER R.,Le concept de fragilité, Impact Médecin Hebdo, n°549, p4-6

GRAUX P., POLY J.P., GRAUX P.J., *Les troubles de la déglutition et leurs expressions connues et méconnues*, Médecine Hygiène, 1979.

GUERRIER B., NICOLAS-PUEL C., *La dysphagie*, La revue du praticien,2000, Tome 50,n°5, p529-538.

GUY-GRAND B., LE BARZIC M., *Les trois fonctions du comportement alimentaire*, La revue du praticien,2000, Tome 50, n°5,p480-483.

GUYONNET S.et coll, *Les problèmes nutritionnels associés à la maladie d'Alzheimer*, La revue de gériatrie,1997, 22, 10, p31-38.

LESOURD B., *Comportement alimentaire et vieillissement*, La revue du praticien,2000, Tome 50, n°5,p501-507.

Mémoires et thèses.

AREND-BUREL, *Les troubles de la déglutition chez les personnes âgées hospitalisées en court séjour gériatrique : évaluation et prise en charge*, Thèse Médecine, 1998, 125p.

FAYSSE MP, PERRIN M., *Prévention des troubles du comportement alimentaire chez le nourrisson et le jeune enfant, bénéficiant d'une nutrition artificielle , en milieu hospitalier*, Mémoire d'Orthophonie, 2002, 228p.

GANTOIS I., *Difficultés alimentaires chez le sujet âgé en unité de soins de longue durée*, Thèse Médecine, 2000, 123 p.

KOPF I., *Les troubles de la déglutition chez l'adulte : élaboration de fiches destinées aux familles*, Mémoire d'Orthophonie,2001,91p.

SCD-UHP - NANCY
BIBLIOTH
MÉDECI

ANNEXES

Annexe n° 1

SCD-UHP - NANCY 1 BIBLIOTHÈQUE MÉDECINE

Echelle de Blandford

	non	oui
Dyspraxie-Trouble de l'attention (a besoin d'incitation, d'être cajolé et/ou guidé):		
1. a besoin d'être cajolé pour manger	☐	☐
2. Mélange et joue avec la nourriture plutôt que de l'avaler	☐	☐
3. Parle de façon continue pendant le repas de sorte qu'il ne s'alimentera pas	☐	☐
4. quitte la table et va marcher pendant le repas	☐	☐
5. Mange des choses non comestibles: serviette...	☐	☐
6. Utilise ses doigts plutôt que la fourchette	☐	☐
Comportement d'opposition:		
7. Met ses mains devant sa bouche	☐	☐
8. Repousse la nourriture ou l'intervenant	☐	☐
9. Agrippe, frappe ou mord ceux qui essayent de le nourrir	☐	☐
10. Détourne la tête de la nourriture	☐	☐
XX. Crache ou jette la nourriture	☐	☐
XX. essai de faire disparaître la nourriture (WC, lavabo...)	☐	☐
Comportements sélectifs (exigent un cnangement de régime)		
11. Ne mange que la nourriture coupée en morceaux	☐	☐
12. Ne mange que la nourriture en purée	☐	☐
13. Accepte esenciellement des aliments liquides (>50% des apports)	☐	☐
14. Accepte seulement les liquides	☐	☐
15. Ne mange que ses aliments préférés	☐	☐
Apraxie buccale de l'alimentation:		
16.N'ouvre pas la bouche spontanément quand on lui présente la nourriture	☐	☐
17. N'ouvre la bouche que si on le guide	☐	☐
18. Serre les lèvres, empêchant l'entrée de la nourriture	☐	☐
19. Ferme la bouche, serre les dents et les lèvres	☐	☐
20. Accepte la nourriture puis la crache	☐	☐
21. Accepte la nourriture mais ne l'avale pas	☐	☐
22. La nourriture dégouline de la bouche	☐	☐
23. fait des mouvements continus de la langue ou de la bouche qui empêchent l'ingestion des aliments	☐	☐
Partie non remise aux soignants (concerne davantage la fin de la vie)		
Dysphagie pharyngo-oesophagienne	☐	☐
24. Etranglement-suffocation-étouffement	☐	☐
25. Toux	☐	☐
26. Voix mouillée	☐	☐

PHYSIOLOGIE DE LA DÉGLUTITION NORMALE

(d'après Rushmer et Hendron)

SCD-UHP - NANCY
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

NERFS CRÂNIENS IMPLIQUÉS DANS LA DÉGLUTITION

Nerf trijumeau - V
Nerf facial - VII
Nerf glossopharyngien - IX
Nerf vague ou pneumogastrique - X
Nerf accessoire ou spinal - XI
Nerf hypoglosse - XII

Fonctions sensitives	Innervation
Sensations générales des 2/3 antérieurs de la langue	Nerf lingual, Trijumeau V
Goût sur les 2/3 antérieurs de la langue	Corde du tympan,Facial VII
Goût et sensations générales du 1/3 postérieur de la langue	Glossopharyngien IX
Muqueuses des vallécules	Branche interne du Nerf Laryngé Supérieur,Vague X
Piliers, pharynx, voile du palais	Glossopharyngien IX
Pharynx, larynx, viscères	Vague X

Fonctions motrices	Innervation
- Phase orale (articulation)	
Ouverture de la bouche (mandibule)	Trijumeau V
Plancher de la bouche (mylohyoïdien, digastrique ant)	Trijumeau V
Position de la langue (géniohyoïdien)	Hypoglosse XII
Forme des lèvres	Facial VII
- Phase pharyngée	
Palais, pharynx, larynx	Vague X
Action vélopharyngée: **- Tension du voile du palais**	Branches du Trijumeau V et du Spinal XI
- Muscles stylopharyngiens	Glossopharyngien IX
Activité laryngée: - Elévation du larynx	
En haut et en avant: **Mylohyoïdien**	Trijumeau V
Digastrique antérieur	Trijumeau V
Géniohyoïdien	Facial VII
En haut et en arrière: **Stylohyoïdien**	Hypoglosse XII
Digastrique postérieur	Facial VII
Globalement: **Thyrohyoïdien**	Hypoglosse XII
Stylopharyngien	Glossopharyngien IX
Vélopharyngien	Spinal XI
Constricteurs moy et inf	Vague X
- Descente du larynx	
Omohyoïdien	Hypoglosse XII
Sternohyoïdien	Hypoglosse XII
Sternothyroïdien	Hypoglosse XII
- Phase oesophagienne	
Oesophage	Vague X

Centre de la déglutition
Bilatéral, localisé dans la formation réticulée du bulbe au niveau du nerf facial.

D'après J.A. LOGEMANN - 1994

QUESTIONNAIRE SUR LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE.

NOM : **RELIGION :**

PRENOM : **PAYS D ORIGINE :**

AGE : **REGION D ORIGINE :**

SITUATION FAMILIALE : **LIEU DE RESIDENCE :**

1- Avez-vous du plaisir à manger ? oui non

2- Combien de repas prenez-vous par jour ? 1 2 3 ou plus

3- Prenez-vous une collation ? oui non

4- Au cours du repas mangez-vous tous les plats ? oui non

5- Mangez-vous tous les plats dans l'ordre ? oui

si non lequel privilégiez-vous ?

6- pourquoi choisissez-vous certains aliments ?

- vous manquez de temps pour finir les plats ? oui non
- vous écartez les aliments trop durs ? oui non
- vous écartez les aliments trop liquides ? oui non
- vous écartez les aliments trop mous ? oui non
- vous écartez les aliments pâteux ? oui non

-vous avez besoin de déglutir plusieurs fois pour la même bouchée ? oui non

-vous éprouvez le besoin de boire après chaque bouchée ? oui non

-vous avez des douleurs quand vous avalez ? oui non

-vous toussez pendant ou après le repas ? oui non

-vous reste t-il des aliments dans la bouche après le repas ? oui non

-vous trouvez les aliments sans saveurs ? oui non

7- Généralement vous buvez :- du jus d'oranges oui non

-des sirops oui non

-de l'eau gazeuse oui non

-de l'eau plate oui non

8- Vous arrive t-il d'avoir faim après votre repas ? oui non

9- Vous arrive t-il de grignoter entre les repas ? oui non

10- Où prenez-vous vos repas ? chez vous ? oui non

dans votre chambre ? oui non

en collectivité ? oui non

11- Comment prenez-vous votre repas ? assis sur une chaise ? oui non

assis dans un fauteuil ? oui non

assis dans votre lit ? oui non

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE