

Idées fausses et préjugés concernant la déglutition Chez des patients présentant une Sclérose en plaques évoluée.

C'est au moment des repas que des questions existentielles vont se poser au décours de certaines évolutions de la maladie démyélinisante ; parfois précocement, d'autres fois plus tardivement, mais quoi qu'il en soit, l'équipe soignante et la famille, doivent toujours avoir en tête la vraie question : le patient peut-il manger par la bouche et comment diminuer les risques de fausse-route alimentaire ?

Si je mets la tête en arrière au patient, il avalera mieux.

✗ NON, au contraire.

La seule chose qu'il risquera, ce sera de s'étouffer par fausse-route.

En basculant la tête en arrière, on éloigne la base de la langue du palais et on inhibe en partie la protection du larynx. Le mouvement de déglutition devient beaucoup plus difficile à réaliser du fait de la distance plus importante à parcourir et de la position, même pour un sujet non malade (essayez d'avalé une gorgée d'eau avec la tête en arrière...). La propulsion du bol alimentaire ne se fait donc plus correctement, et les aliments n'arrivent plus au-dessus de la bouche œsophagienne.

En revanche, avec la bascule arrière de la tête, les voies aériennes se trouvent beaucoup plus exposées puisque précisément l'espace entre la base de la langue et le voile du palais s'est agrandi. Le bol alimentaire coule donc directement dans les voies aériennes et peut descendre dans les poumons.

C'est le meilleur moyen de provoquer une fausse route et un étouffement.

Il vaut mieux être un vivant qui fait des taches sur sa serviette qu'une personne propre mais qui s'étouffe !

Déglutition tête en arrière

Déglutition tête en arrière

**Passage des aliments dans
les voies aériennes !**

Dr JJH

Quand je ne vois plus rien dans la bouche de mon patient, c'est qu'il a avalé.

✓ ✗ PAS FORCEMENT

Les mouvements sont très ralentis chez les patients présentant une sclérose en plaques. Il se peut donc que le patient ait envoyé le bol alimentaire vers l'arrière de la bouche et la gorge, mais n'ait pas encore avalé. Le bol alimentaire est alors en suspension au-dessus de la bouche œsophagienne. Si, pensant qu'il a avalé, on lui remet une nouvelle bouchée dans la bouche, le patient va se retrouver à gérer la première bouchée qui n'est pas encore avalée, et la seconde qui est dans la bouche et qu'il doit mâcher ou têter.

Si le patient n'a pas la possibilité de gérer des textures différentes, il est encore moins capable de gérer deux bols alimentaires simultanément.

Il faut donc s'assurer, avant de proposer une nouvelle cuillerée, que la précédente a bel et bien été avalée, en surveillant le mouvement de montée-descente de la pomme d'Adam et **en tendant l'oreille pour savoir si on a entendu le bruit de la déglutition.**

Comme mon patient est un adulte, il doit manger avec une grande cuillère.

✗ NON

La taille de l'ustensile qui sert à donner à manger n'a rien à voir avec la taille de la bouche du patient. Elle doit être en rapport avec sa capacité à manipuler le bol alimentaire à l'intérieur de la bouche.

Il faut donc revoir à la baisse la taille de tous les ustensiles que l'on utilise pour donner à manger. Même si le patient a une grande ouverture de bouche, en aucun cas il ne faut utiliser une grande cuillère. **Plus l'instrument utilisé est petit, plus il est maniable.**

Avec une grande cuillère complètement remplie, la quantité de nourriture est telle que le patient doit s'y reprendre à plusieurs fois pour avaler la totalité de la nourriture. Cela entraîne la présence de nourriture en suspension dans l'arrière gorge, une succession de mouvements mal coordonnés qui risquent d'ouvrir les voies aériennes, et par conséquent un grand risque de fausses routes. Cependant si vous ne disposez que d'une grande cuillère, ne la remplissez qu'à moitié car il faut privilégier les petites bouchées.

Qui mais cela va plus vite de nourrir un patient avec une grande cuillère.

✗ NON

Cela peut même faire perdre beaucoup de temps, s'il faut passer plusieurs minutes à chaque fois à le désencombrer. Comme les bouchées sont plus petites à la petite cuillère, elles sont mieux gérées par le patient qui les avale plus vite. Il n'y a pas l'inconfort lié à la gestion d'une grande quantité de nourriture, pas d'angoisse par rapport aux risques d'étouffement, une déglutition plus aisée puisque le patient a de la place dans sa bouche pour déplacer la langue. Alors qu'avec une grande cuillère, il doit gérer une quantité de nourriture supérieure à la capacité de ses muscles et risque de s'étouffer en avalant le bol alimentaire en plusieurs fois.



Si je mets la bouchée bien dans le fond de la bouche, le patient avalera mieux.

✗ NON

Même si le patient est dans la bonne position pour le repas, il aura du mal à gérer le bol alimentaire. Il faut de la place pour bouger la langue et avaler, et justement, avec la tête dans la bonne position, on réduit l'espace postérieur de la bouche. Donc, au mieux, on mettra le patient en difficulté, et au pire, on provoquera une fausse route par surcharge.

Si le patient s'exprime mal, c'est qu'il pense aussi mal.

✗ NON

La dégénérescence des fonctions musculaires et celle des fonctions supérieures (la pensée, les connaissances, la mémoire) ne se font pas de la même façon et au même rythme. Au contraire, dans ce type de pathologie, il arrive souvent que le patient qui a une bonne articulation de la parole et qui ne fait pas ou peu de fausses routes ait des capacités cognitives diminuées, et qu'au contraire, celui qui pense, réfléchit et se souvient normalement, n'ait plus la possibilité de transmettre ce qu'il a dans la tête, parce ses capacités d'articuler la parole sont très altérées.

Si le patient ouvre la bouche, au repas, c'est qu'il veut que je lui redonne une cuillerée.

✓✗ PAS FORCEMENT

Il peut s'agir d'une part d'un réflexe mécanique d'ouverture lié à la vue de la cuillère ou de l'assiette, sans forcément qu'il y ait une envie d'en avoir encore.

Il peut s'agir aussi d'un besoin d'exprimer oralement quelque chose, mais en raison des problèmes de coordination, la bouche s'ouvre mais la voix ne vient pas.

Il est donc indispensable de demander au patient, à chaque cuillerée, s'il en veut encore, parce que certains patients n'ont plus la possibilité de garder la bouche fermée pour signifier qu'ils n'en veulent plus.

Et les médicaments, ils les avalent bien par la bouche !

✓✗ OUI, mais parfois il vaudrait mieux pas.

Pour faire avaler un comprimé à un patient, on joue sur l'effet « chasse d'eau » de l'alimentation. Mais en faisant cela, on provoque la mise en bouche d'une texture différenciée. Les comprimés étant souvent petits, les patients, la plupart du temps, avalent sans trop de difficultés, mais dès que les fausses routes apparaissent chez le patient mangeant mixé (et donc pour lequel on ne peut plus modifier la texture), il faut envisager de donner les médicaments sous une autre forme. Il faut aussi faire attention à certaines présentations médicamenteuses liquides, comme certains laxatifs, qui réagissent mal avec les épaississants. Mélangées à un verre de boisson épaissie, on obtient un mélange pas du tout homogène qui peut provoquer des fausses routes d'autant plus dangereuses que le mélange s'est re-liquéfié en partie lors de l'introduction du médicament.

Si je n'ai pas épaissi un plat suffisamment et qu'il me reste de l'eau gélifiée, je peux la mettre dans le plat, cela fera le même effet.

✗ NON, surtout pas !

L'eau gélifiée va réagir au contact du plat, surtout si celui-ci est chaud. Une couche de liquide va se reformer à la surface des morceaux de boisson gélifiée, rendant le plat dangereux à avaler, parce que présentant des textures différenciées.

Même si on s'efforce de bien mélanger le tout, l'eau gélifiée a la particularité de rester en petit bloc (logique, sinon, elle redeviendrait liquide). Elle a alors un « effet savonnette » très important qui est d'autant plus dangereux qu'on ne s'en aperçoit pas forcément quand elle est mêlée à un plat.

Il convient d'utiliser de la poudre épaississante pour épaissir un plat. La poudre épaississante est spécialement conçue pour épaissir/gélifier une multitude de textures (boissons liquides froides ou chaudes comme aliments mixés froids ou chauds).

Si mon patient a la tête qui tombe trop vers l'avant, je peux la lui redresser en la maintenant au niveau du front.

✗ NON

Maintenir la tête du patient avec une main sur le front entraîne une flexion arrière de la nuque. Cela provoque une exposition des voies aériennes, et donc un risque de fausses routes.

Avant toute chose, il convient de vérifier le positionnement du patient au fauteuil (bascule d'assise ou du dossier).

Pour maintenir la tête du patient si elle s'effondre vers l'avant, il faut **maintenir le menton**, de préférence en entourant la tête du patient avec le bras, de manière à pouvoir ouvrir et fermer la bouche tout en maintenant la position de la tête. C'est le seul cas dans lequel l'aidant est debout et sur le côté du patient.

Ce questionnement, c'est celui de tous les personnels et des aidants qui concourent à l'alimentation par la bouche du patient présentant une sclérose en plaques évoluée. Nous venons de voir que certaines problématiques et comportements ne sont pas toujours aussi évidents que cela pourrait paraître à première vue.

*Docteur Jean-Jacques HOFFMANN
Madame Bénédicte LECLOEREC orthophoniste*

*Bibliographie : La sclérose en plaques évoluée, prise en charge et soins.
Auteur : docteur Jean-Jacques HOFFMANN. Editions Josette LYON. Paris.*