Katherine Dessain-Gélinet
Orthophoniste, attachée à la consultation Déglutition-alimentation,
Service de pédiatrie, Hôpital de Bicêtre

Difficultés d'alimentation et de déglutition *

Mise en évidence et prise en charge

Au quotidien, l'alimentation peut représenter une source de difficultés, que l'on soit concerné par une maladie affectant directement les possibilités d'avaler, ou par une gêne pour porter les aliments en bouche. Par leur retentissement possible sur les différentes phases de l'alimentation, et particulièrement la déglutition, un certain nombre d'affections responsables de handicap moteur sont sources de telles difficultés.

COMMENT SE MANIFESTENT LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION ?

Schématiquement, trois phases caractérisent les étapes initiales de l'alimentation (avant la digestion) : porter les aliments en bouche, préparer la bouchée dans la cavité buccale (« temps antérieur »), avaler (qui comprend une phase volontaire suivie d'une phase automatique). À chaque étape correspondent des difficultés potentielles qu'il convient de savoir analyser afin de procurer des solutions pratiques à des troubles qui représentent une gène parfois considérable pour les personnes, et une source de danger pour certaines (fausses routes en particulier).

Début

Pour les atteintes neurologiques néonatales, les difficultés existeront dès le début de la vie ou au moment du passage à la cuillère.
Pour les maladies évolutives, les difficultés se manifesteront au moment de l'atteinte de la commande de la sphère bucco-faciale (langue, lèvres, joues).
Pour les accidents (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, tumeur) on rencontrera des difficultés d'alimentation au réveil et dans les suites opératoires.

Manifestations

Les signes d'alerte peuvent être : toux, malaises, déshydratation, perte de poids, refus de s'alimenter ou angoisse à l'approche des repas. Même s'ils ne résument pas les troubles d'alimentation, il faut insister sur deux troubles particuliers : les fausses routes, les reflux.

LES FAUSSES ROUTES

Elles correspondent à un mauvais trajet des aliments, qui passent vers les voies aériennes et non pas seulement dans l'œsophage (fig. 1). Du fait des risques de

*Source : "DEFICIENCES MOTRICES ET SITUATIONS DE HANDICAPS" - ed. APF - 2002

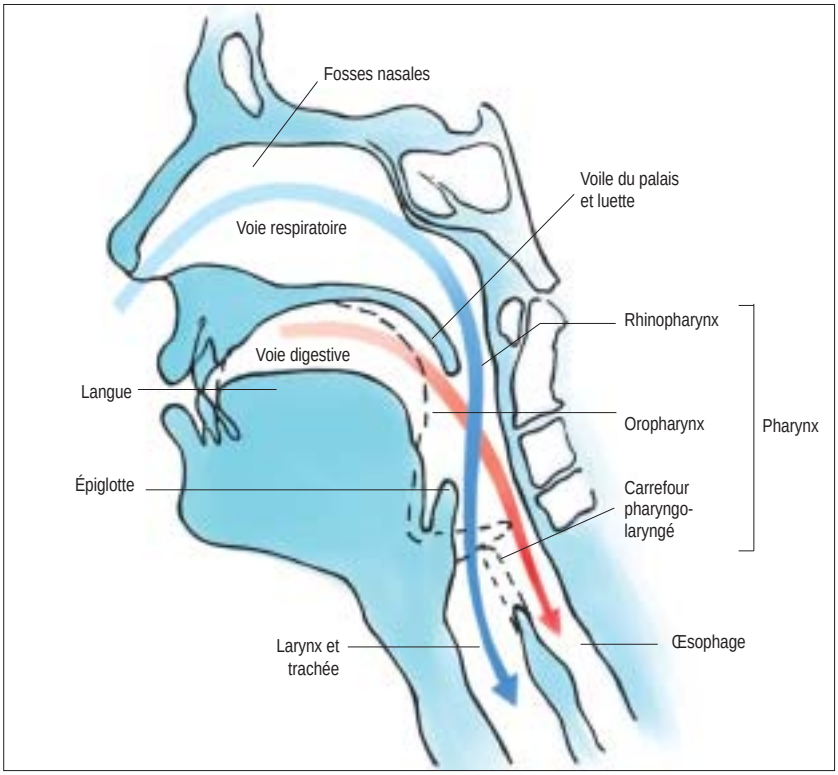

Figure 1.
Coupe schématique du pharynx montrant le carrefour des voies respiratoires et digestives.

séquelles (problèmes pulmonaires de plus en plus importants, accidents mortels), les fausses routes doivent impérativement être corrigées. Elles sont de deux types :

– **directes** (au moment de la prise alimentaire). Elles se font avec ou sans toux et la plupart du temps au moment de l'hyperextension tête-cou vers l'arrière, qui ouvre le carrefour trachée-œsophage.

– **indirectes** (en cas de reflux ou en cas de stagnation de débris alimentaires dans les cavités latérales du pharynx appelées fosses postérieures).

LE REFLUX (ou reflux gastro-œsophagien)

Il correspond à la remontée du bol alimentaire ou des sécrétions digestives depuis l'estomac. C'est un des éléments qui conduit à un inconfort persistant, une perte de poids, quelquefois une déshydratation.

À QUOI SONT-ILS DUS ?

Causes « motrices »

Dans le cadre des affections invalidantes responsables de handicap moteur, les troubles sont liés aux atteintes neurologiques et/ou neuromusculaires et peuvent concerner chacune des trois phases :

– **porter les aliments en bouche** est une activité qui sera perturbée dès lors qu'une atteinte motrice importante touchera les deux membres supérieurs : tétraplégies hautes, atteintes neuromusculaires sévères, troubles de la coordination importants, ankylose majeure des articulations de l'épaule et du coude, double

amputation… Parmi les actes essentiels de la vie courante, celui de prendre de façon autonome un repas préparé est souvent parmi les mieux préservés (si l'on excepte le fait de couper les aliments) : ces troubles concernent donc le plus souvent des handicaps moteurs importants ;

– **préparer la bouchée** implique des fonctions de mastication et de salivation conservées : faiblesse musculaire, manque de salive, déformations dentaires et troubles de la propulsion des aliments vers l'arrière-gorge seront en cause (mouvements incontrôlés de la langue...) ; les sujets atteints de maladies neuromusculaires, ou d'affections neurologiques perturbant la motricité de la bouche, de la langue et des muscles masticateurs (IMC et polyhandicapés, SLA, etc.) seront les personnes les plus concernées ;

– **avaler et déglutir** suppose une coordination et une motricité suffisante de l'arrière-bouche, du pharynx et du carrefour pharyngo-laryngé (fig. 1) ; là aussi, les affections responsables de troubles de la coordination et/ou touchant les nerfs crâniens innervant ces régions seront les premières causes : IMC et polyhandicapés, SLA, atteintes neurologiques bulbaires... de même que les troubles de la conscience (réveil, sortie de coma etc.).

Facteurs aggravants

À ces troubles moteurs peuvent s'associer d'autres sources de difficultés, qu'il convient de connaître car elles sont autant de facteurs aggravants.

Les difficultés liées au déroulement du repas : il peut s'agir d'une installation inadéquate, d'un matériel peu adapté, d'un mauvais choix des aliments (qualité, quantité et présentation ne tenant pas compte du handicap).

Une mauvaise interaction entourage-sujet : une bonne installation de l'aidant par rapport à la personne, ainsi qu'une réelle information de cette dernière, sont indispensables pour diminuer son angoisse envers la prise alimentaire.

Une convivialité insuffisante du repas : cet aspect doit rester l'aboutissement de toute prise en charge des repas et sa recherche conduira à l'étude des différents facteurs qui la troublent.

Figure 2.
Un cale-nuque peut aider à éviter l'hyperextension de la nuque.

QUELS TRAITEMENTS ET/OU PRISE EN CHARGE PEUT-ON PROPOSER ?

En fonction du/des trouble(s), **on peut agir sur** :

L'installation

Éviter toute hyperextension de la tête, soit en maintenant le patient par la main ou le coude à l'arrière de la nuque pour l'aider à fermer son pharynx, soit en préconisant une installation avec cale-nuque sur coquille ou fauteuil (fig. 2).
En cas d'hypotonie, soutenir le menton et ne jamais prendre appui sur le front pour relever la tête (risque de fausses routes).

Le matériel

Pour les nourrissons et jeunes enfants, on peut s'aider de biberons à paille ou coudés (fig. 3).

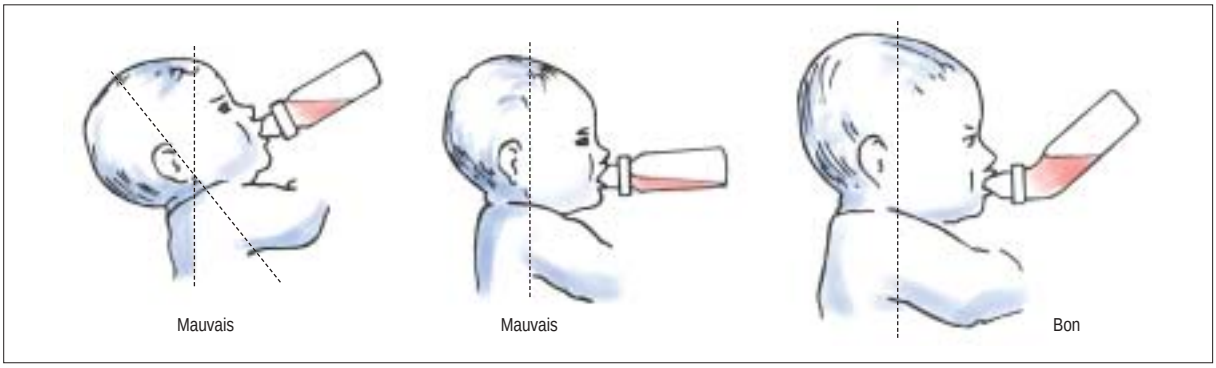

Figure 3.
Intérêt de l'utilisation d'un biberon à tête coudée.

Pour les enfants et adolescents, on peut avoir recours :
– pour les aliments solides : à une cuillère en métal recouverte de plastique (solide et non-agressive) ;
– pour les liquides : à un verre toujours suffisamment rempli pour ne pas faire mettre la tête en arrière, ou à une bouteille à pipette (fig. 4) ; on peut aussi utiliser un épaississant (poudre à froid Magic-mix®). Un grand nombre d'aides techniques existent, qui aideront à porter les aliments en bouche : couverts à manche adapté, assiettes à rebord qui permettront de charger plus facilement les couverts, embases antidérapantes, verres ou gobelets de forme adaptée (pas seulement les célèbres « canards » !), *feeders* (supports de bras animés) quand la force musculaire est défaillante, etc. Leur choix sera facilité par le recours à un ergothérapeute, voire à un centre de conseils.

Référence matériel :

Le vrai *biberon à tête coudée* : B'Biber, 2 bis, rue de la Tour du Carcan, 91080 Courcouronnes, France.
Biberon à paille, Toys'RUS.
Cuillère douce, Carrefour.
Magic-mix®, fabriqué au Canada et importé en France par : Taranis, 6 rue du Trésor, 75004 Paris.

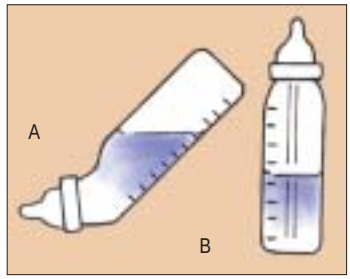

Figure 4.
A. Biberon à tête coudée.
B. Biberon équipé d'un pipette.

Les aliments

QUANTITÉS

Il faut savoir remplacer la quantité par la qualité quand les repas sont trop longs, trop fatigants grâce à des adjuvants caloriques (crèmes, ketchup, fécule de pomme de terre, blédine, dextrine-maltose, fromage en crème), mais garder l'apport de protéines.

PRÉSENTATION ET TEXTURE

Il faut choisir de donner des morceaux ou du mixé suivant les possibilités masticatoires. Toute difficulté réelle de mastication (pas de mouvement de diduction de la langue) doit faire choisir une alimentation mixée qui peut être variée et présentée avec goût. De même, les entrées peuvent être remplacées par des jus de légumes. Ce choix n'est pas arbitraire et se discute avec le sujet (chaque fois que possible), la famille et l'équipe qui le suit.

Le déroulement du repas

– **Optimiser l'installation** de celui qui donne le repas, comme on l'a fait pour le patient, afin d'éviter les mauvaises postures provoquant fatigue et lassitude.

– **Désobstruer le nez** (si nécessaire) avec du sérum physiologique.

– **Utiliser le matériel adéquat** pour aider les sujets dont les mouvements de langue sont soit gênants (protrusion ou mouvements incessants), soit inexistants. Il est préférable d'introduire les aliments latéralement, d'un côté puis de l'autre, à l'aide de la cuillère. Il faut faire de même avec la bouteille à pipette lorsque l'utilisation du verre est impossible. La boisson peut être prise épaissie, donc à la cuillère.

– **En fin de repas**, pour des patients sans mouvement volontaire, il faut vidanger les fosses postérieures (parties latérales de l'oropharynx) par un mouvement alternatif droite gauche de la tête penchée en avant. Ce mouvement doit être réalisé par l'accompagnant.

– **Ne pas omettre les traitements anti-reflux** très souvent nécessaires chez les polyhandicapés.

– **Vérifier** que les aliments ne restent pas entassés dans des palais de forme très ogivale, ceci à la fin du repas seulement.

Des stimulations hors des repas

En dehors des repas, il est nécessaire que le patient puisse améliorer sa prise en charge de la sphère bucco-faciale. Ceci se fera sous le contrôle d'un orthophoniste par :

– un travail d'aide au contrôle de la langue ;
– une représentation de l'occlusion des lèvres (sensations kinesthésiques) ;
– un entraînement à la mastication en plaçant des brosses douces entre les mâchoires.

Limites de ces prises en charge

Quand les risques de fausses routes ou de déshydratation chronique deviennent trop fréquents, il faut objectivement évaluer l'intérêt d'une alimentation « per os » (par la bouche). Si une aide alimentaire s'avère nécessaire pour un temps court (inférieur à trois mois), on peut envisager une sonde gastrique. Mais au-delà, il est de loin préférable d'avoir recours à une gastrostomie (l'estomac est mis à la peau et l'alimentation se fait directement par l'orifice cutané réalisé, à l'aide d'une pompe et d'aliments liquides) pour ne garder que des petits temps par la bouche (ceux-ci sans risque).

LES GESTES EN CAS D'URGENCE

Il peut arriver que, malgré l'adaptation de la texture des aliments et les positions favorisant un bon cheminement des bouchées, certains aliments pénètrent dans les voies aériennes. On peut alors réaliser des gestes simples permettant de rétablir une respiration efficace. Deux cas de figure se présentent.

POUR CEUX RESPIRANT AU TRAVERS D'UNE TRACHÉOSTOMIE

Il est alors possible d'aspirer les débris d'aliments par une sonde introduite dans la canule de trachéostomie jusqu'à rencontrer un obstacle. L'aspiration s'effectue au retrait progressif de la sonde et peut ramener des sécrétions ou des aliments. Il est également possible que la sonde se bouche en cours d'aspiration : il faut alors la retirer complètement et en utiliser une autre. Pour compléter le geste, on peut introduire enfin la sonde d'aspiration par la bouche jusqu'au fond de la gorge, afin d'éliminer les aliments éventuellement restés dans la gorge. Dans ce cas, il est préférable de changer de sonde ou de la désinfecter avant de la réintroduire dans l'orifice de la canule de trachéostomie.

POUR CEUX RESPIRANT PAR LA BOUCHE OU PAR LE NEZ

La libération des voies aériennes peut s'effectuer de plusieurs manières.

– **En cas de fausse route peu importante** (toux survenant après une bouchée, sans blocage respiratoire), les efforts de toux peuvent éliminer les fragments alimentaires ou les gouttes de liquide arrivant à proximité des cordes vocales ou dans les voies aériennes. Pour ceux ne pouvant pas tousser efficacement ou pour compléter la toux, les gestes de kinésithérapie, permettant d'accélérer la sortie d'air des poumons (expiration), peuvent également aider.

– **Si ces incidents se répètent**, il faut être vigilant quant à la survenue d'une infection respiratoire, nécessitant alors la prescription d'antibiotiques, voire de séances de kinésithérapie respiratoire.

– **Une infection persistante** du poumon peut alors nécessiter de rechercher par une fibroscopie un débris alimentaire.

– **En cas de blocage respiratoire** complet, il faut pratiquer immédiatement les gestes de la **manœuvre de Heimlich**, dont il existe quatre variantes, selon la situation (fig. 6)

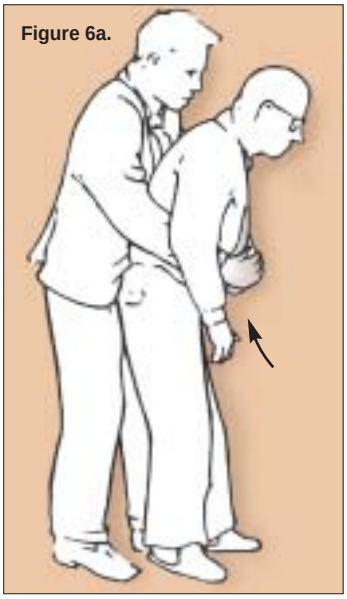
Figure 6a.

LES VARIANTES DE LA MANŒUVRE DE HEIMLICH

Pour un adulte debout, le sauveteur se place debout derrière lui, place l'un des ses poings fermés entre l'ombilic et le bas du sternum, empaume de son autre main son poing. Il tire alors vivement en arrière ses deux mains, comprimant rapidement le ventre à plusieurs reprises de façon à provoquer une expiration rapide, jusqu'à ce que les voies aériennes soient libérées (fig. 6a).

Si le sauveteur découvre la personne allongée, voire inconsciente, sans que le bouche-à-bouche n'arrive à faire pénétrer de l'air dans les poumons, il installe rapidement la personne allongée sur le dos et se place à cheval sur elle. Assis au niveau de la ceinture de la personne, il peut appuyer vivement avec les poings, verticalement, de façon à réaliser la même manœuvre que dans le cas précédent (fig. 6b).

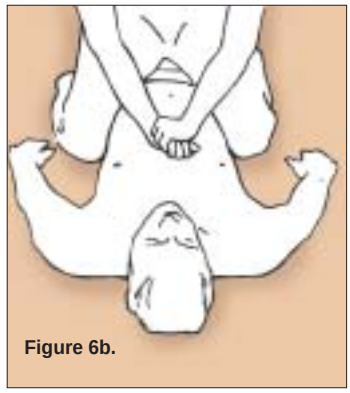
Figure 6b.

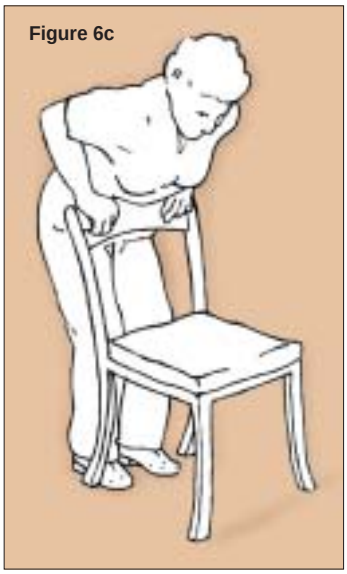
Figure 6c

Pour une personne seule, pouvant se lever, la manœuvre peut être réalisée en se plaçant derrière le dossier d'une chaise, en se penchant en avant et en appuyant vivement le ventre sur le dossier de la chaise (fig. 6c).

Pour un petit enfant ou un bébé, il est alors nécessaire de le placer à plat ventre sur les genoux du sauveteur (ou sur son avant-bras pour un bébé). Une ou plusieurs « claques » entre les omoplates peuvent ébranler l'air contenu dans les poumons et déplacer le corps étranger jusqu'à permettre la reprise de la respiration (fig. 6d).

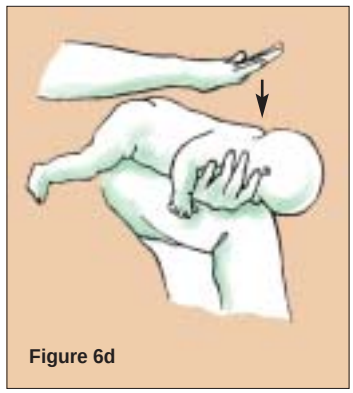
Figure 6d

Avant ces manœuvres, il faut penser à retirer l'éventuel appareil dentaire. Après ces manœuvres, il est possible d'aider la personne à éliminer la bouchée en introduisant un doigt dans sa bouche pour extraire les débris d'aliments.

Dans le cas d'un accident grave, il faut, dès que possible, prévenir ou faire prévenir un service d'urgences (numéro 15, pompiers, 18 SAMU, SMUR) en indiquant clairement l'adresse complète (nom de rue, numéro dans la rue, ville, étage), le numéro de téléphone et la nature de l'accident.

Pour en savoir plus

Ouvrages

Tous à table, cuisine adaptée aux difficultés d'alimentation, ouvrage réalisé sous la Direction de T. N. Willig (AFM) et édité par l'Association française contre les myopathies et l'Association des paralysés de France (APF), disponible auprès de l'APF. Il comprend près de deux cent recettes de plats ou boissons, dont la texture est adaptée aux difficultés d'alimentation, ainsi que des conseils techniques sur le sujet.

Plaisirs de la table retrouvés Marie-Claire Dupuy, 37 p. 1999, AFM.