

---

# Approche logopédique de la Dysphagie en Gériatrie

---

Martine DEGAND

Logopède  
site J.Bracops

Hôpitaux Iris Sud | HIS  
Iris Ziekenhuizen Zuid | IZZ



---

# La DYSPHAGIE chez la Personne âgée

- Vieillesse normale: concept de *Presbyphagie*.  
Effets secondaires à la prise de médicaments
  - Dégradation d'état général, dénutrition, problème pulmonaire.
  - Pathologies neurologiques aiguës ou chroniques telles que les AVC ou les maladies neurodégénératives (Démence, Parkinson, ...)
  - Prévalence: 30% des patients hospitalisés en service aigu de Gériatrie
-

---

# La prise en charge logopédique

- Spécifique pour la Gériatrie. Nécessite une intervention immédiate (procédure)
  - Souvent face à des patients présentant aussi des troubles cognitifs (mémoire, attention, compréhension,...) ou des problèmes de vigilance ou de fatigabilité
  - Se base essentiellement sur l'observation clinique et sur des essais sécurisés. Analyse des risques et adaptations des repas
  - Collaboration privilégiée avec la diététicienne
  - Requier: patience, calme, écoute, prise de décision, technique, empathie et connaissances pratiques
  - Questions et réflexions bioéthiques (autonomie, respect de la vie, qualité de vie,...) lors de la réunion multidisciplinaire
  - Clé de la réussite: Travail et communication en équipe
-

---

# Effets du vieillissement normal

- Le concept de ***PRESBYPHAGIE***, ou « l'ensemble des effets du processus de vieillissement sur le mécanisme de déglutition » selon Jeri Logemann
  - Lié à la modification des structures bucco-dentaires, pharyngées, laryngées et œsophagiennes
  - Agents pharmacologiques: sédatifs, neuroleptiques
-

---

# Modifications structurelles et fonctionnelles

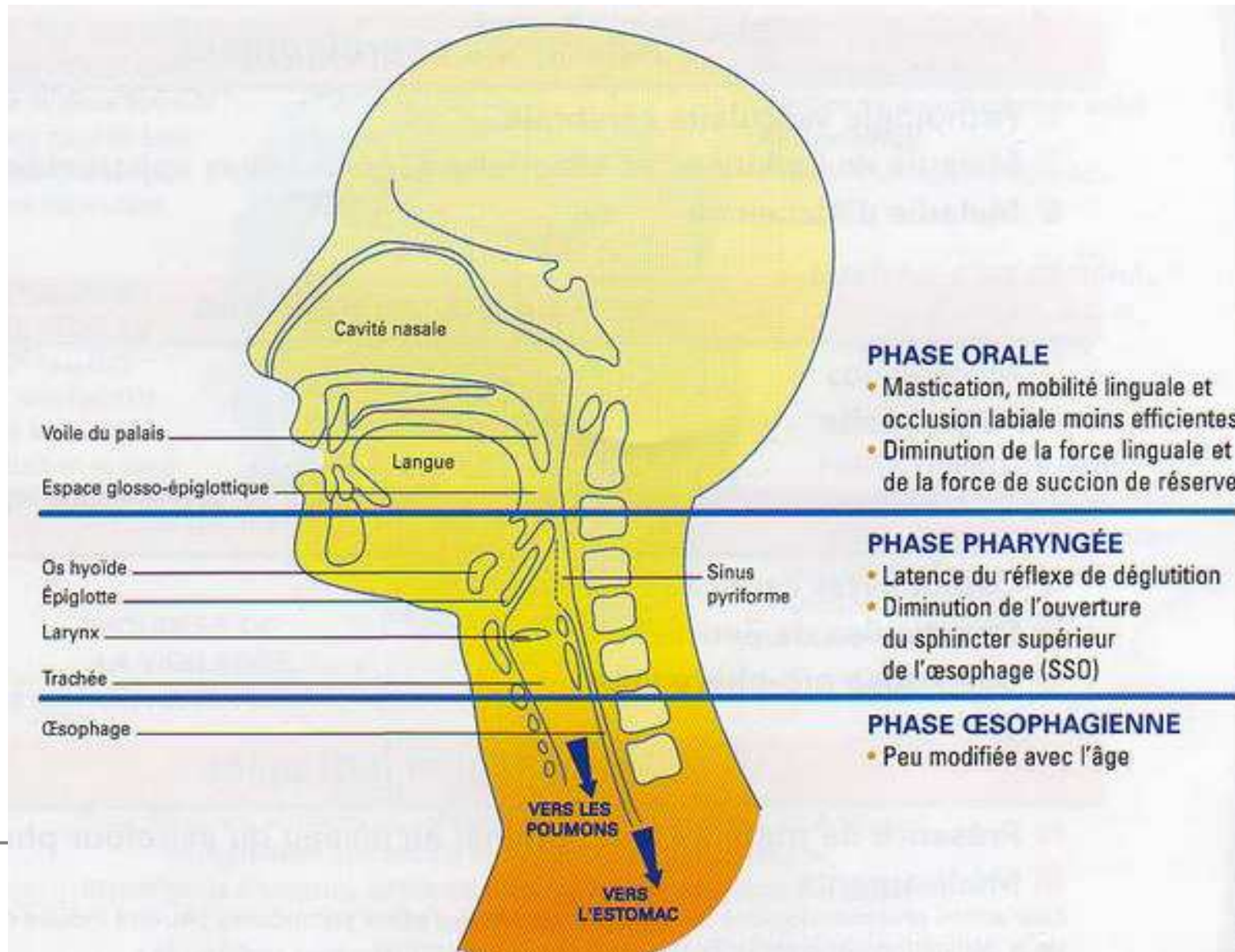
- Atrophie des muqueuses, diminution de la force musculaire, du tonus et de l'élasticité
  - Problèmes dentaires. Altération de la respiration, de l'odorat et du goût
  - Diminution de la mobilité de l'articulation temporo-mandibulaire, prognathisme
  - Diminution de la pression du SSO –  
Reflux gastro-œsophagien
-

---

# Conséquences sur la déglutition

- Défaut de fermeture labiale
  - Manque de salivation et défaut de mastication. Diminution du mouvement antéro-postérieur de la langue. Défaut de contention postérieure avec fuites pharyngées
  - Retard de déclenchement du réflexe de déglutition d'où apparition de stases dans les vallécules\* et les sinus piriformes. Toux secondaire.
  - Diminution du péristaltisme pharyngé et de l'élévation laryngée
  - Diminution de l'ouverture du SSO
-

# Chez le patient âgé



---

# Signes d'alerte de la *Presbyphagie*

- Modification du déroulement du repas, restrictions alimentaires
- Perte de poids
- Difficultés de mastication
- Bavage
- Résidus buccaux
- Blocages « hauts » ou « bas »
- Toux

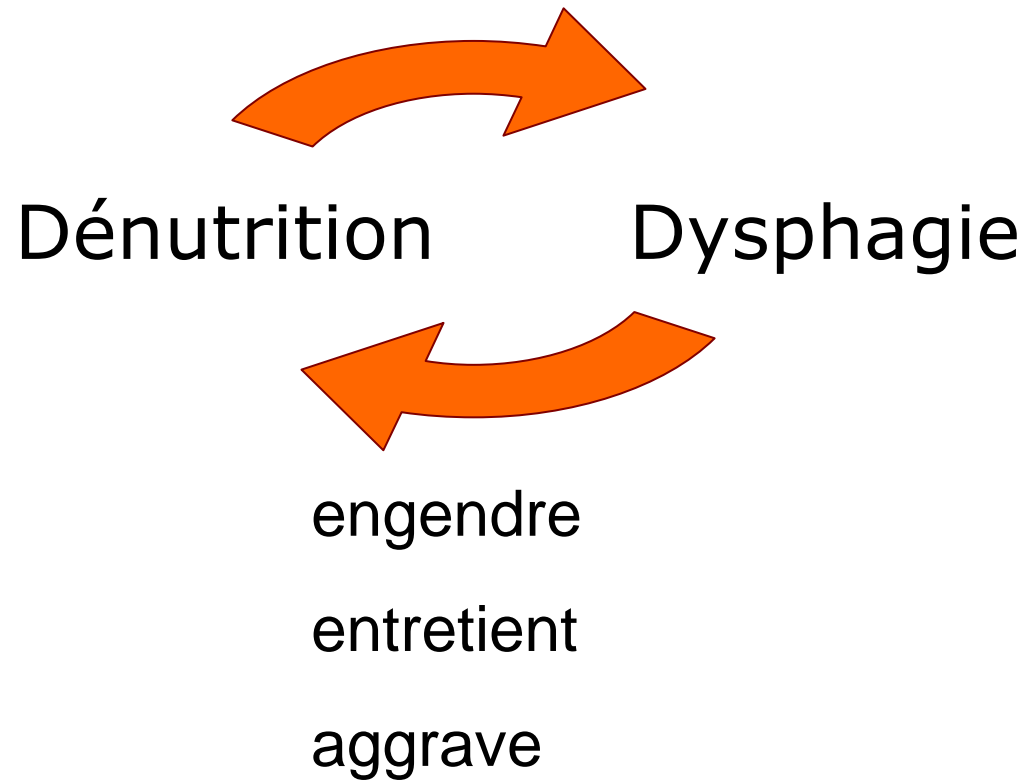
Ces signes peuvent se rencontrer isolément, mais le plus souvent deux ou trois sont associés

---



---

# En cas de dénutrition



---

# Collaboration Logopédie - Diététique

- **Objectif commun** : Nourrir correctement le patient dysphagique
- La diététicienne doit veiller aux apports nutritionnels de la texture conseillée par la logopède

Tout repas nécessite une **décision conjointe** afin de:

- sécuriser la déglutition
  - minimiser les risques de broncho-aspiration
  - enrayer une perte pondérale progressive
-



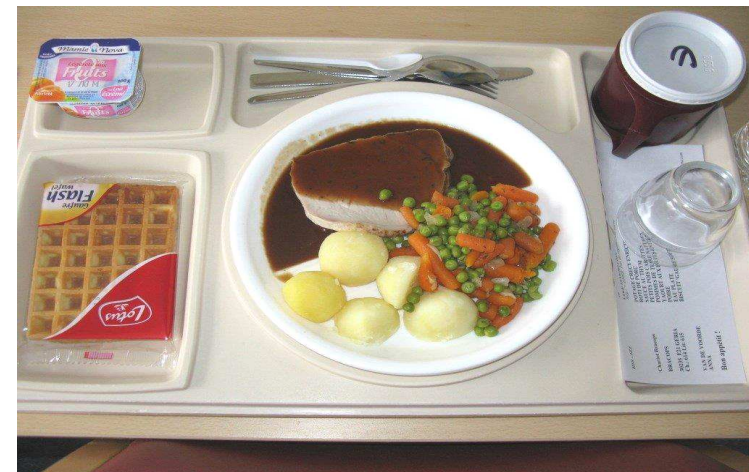
La texture lisse homogène



La texture mixée



La texture mou coupé



La texture gériatrique ordinaire

---

# Les suppléments nutritifs oraux (SNO)

- Différents goûts.
  - Textures liquides ou crèmes
-

# La recette HIS

pour les patients dysphagiques

- **Le pain mixé sucré ou salé**  
ingrédients:  
sandwich, crème fraîche 40%,  
lait, garniture
- **Sucré**: chocolat, caramel,  
spéculoos, citron, framboises  
confiture
- **Salé** :fromage, jambon,  
poisson (thon, crabe), saucisson



450 à 700 kcal

---

# La recette bruxelloise de plaisir

- L'américain – frites (ou pain) – mayonnaise



# Les apports hydriques



- 1,5 l liquides / jour
  - (Apports hydriques totaux= 40ml/kg/jour )
- Freins:
  - Peur des fausses routes
  - Augmentation des volumes si la boisson est épaissie .  
Risque de déshydratation. Diminution de la sensation de soif
- Épaissir
  - Au moyen de poudre épaississante selon la texture souhaitée
  - Température franche (chaud/froid)- Saveur & goûts
  - Eaux gélifiées



Texture Sirop



Texture  
Crème





---

# En cas de démence

- Le type de démence peut engendrer des problèmes différents :
    - **M.A** : troubles praxiques
    - **DCL**: apparition rapide de la dysphagie, sensibilité à la vigilance
    - **DFT**: volume excessif des aliments à ingérer ou « gloutonnerie »
-



---

# Caractéristiques générales

- Vigilance et attention
  - Réflexes archaïques
  - Comportement alimentaire très perturbé: sélectif, d'opposition ou de refus
  - Résidus en bouche ou accumulation sans avaler
  - Amaigrissement, dénutrition et déshydratation
  - Sécheresse buccale. Mauvais état dentaire, absence de soins. Mycose ?
  - Dégénérescence de l'odorat et du goût
-

---

# Gestion du trouble

- Différencier les troubles « vrais » de la déglutition des troubles du comportement alimentaire
    - repas dans le calme et la bonne humeur
    - réduire la distractibilité
    - limiter l'inversion des goûts (sucré avant salé)
    - savoir aider en dirigeant puis en se substituant à la personne
    - adapter les textures
    - respecter les automatismes du patient
    - **Plus la situation est ritualisée, plus le patient trouve et conserve ses repères.**
-

---

## En cas d'A.V.C.

- Les troubles peuvent être massifs en phase initiale (retard de déclenchement du temps pharyngé – aspirations silencieuses) : nécessité d'une mise en position semi-assise et de l'installation d'une Sonde Naso-Gastrique
  - La spécificité et l'importance des troubles dépendent de la zone du cerveau lésée (apraxie bucco-faciale ou hémiparésie et anosognosie)
  - Aspects sensitifs et moteurs
-

---

# Caractéristiques du trouble

- Hémiparésie faciale, bavage unilatéral, paralysie d'une corde vocale
  - Diminution de la mobilité de la langue
  - Retard de déclenchement du temps pharyngé. Mauvaise contention postérieure et fuites
  - Stases de solides (aliments, médicaments), de liquides et de salive.
  - Absence de fermeture des voies aériennes (aspiration silencieuse). Réduction de la toux. Voix mouillée.
  - Difficulté de manipulation de la nourriture.
-

---

# Gestion du trouble

- Transitoire ou Récupération au cours des 3-6 premiers mois
    - Mesures de prévention afin de réduire les inhalations et les pneumopathies
    - Importance du **Mode Automatique, sans paroles**
    - Jamais de solide et de liquide en même temps
    - Placer la nourriture du côté sain de la bouche
    - L'aidant est assis du côté déficitaire
-

---

# En cas de maladie de Parkinson

- L'akinésie et la bradykinésie altèrent la mastication et la déglutition des liquides >solides
  - Prévalence: > de 60 %
  - Sentiment d'hypersialorrhée (diminution des déglutitions spontanées de la salive)
  - Dysarthrie - Dysphonie
  - Etat général: dégradation lente, insidieuse
  - Amaigrissement. Trouble postural
  - Ralentissement des fonctions cognitives
-

---

# Caractéristiques du trouble

- ❑ mauvais contrôle du bol alimentaire
  - ❑ résidus buccaux
  - ❑ déglutition fragmentée
  - ❑ blocages (sur défaut d'ouverture du SSO)
  - ❑ fausses routes primaires ou secondaires (sur stase)
  - ❑ **Signes d'alerte**
    - Tremblements de la langue et diminution de sa mobilité
    - Diminution de la fermeture des lèvres
    - Régurgitations buccales ou nasales
    - Douleur et toux à la déglutition
    - Faible efficacité de la toux
    - Pneumopathies récidivantes
-

---

# Gestion du trouble

- ❑ Travailler la prise de conscience
  - ❑ Stimuler le **Mode Volontaire**. Faire penser à « avaler fort »
  - ❑ Simplifier et ne pas cumuler les consignes
  - ❑ Fractionner les repas
  - ❑ Favoriser un bon positionnement du corps
-



---

# Le SUIVI LOGOPÉDIQUE

- Réajustements quotidiens  
selon le rythme d'évolution du malade
  - Ecoute du patient et de son entourage. Informations sur la dysphagie. Affiches au lit du malade
  - Réévaluations fréquentes. Progression alimentaire au fil de l'évolution afin de favoriser les apports nutritionnels
  - Choix de matériel technique adapté avec l'ergo
  - Collaboration étroite avec la diététicienne, les infirmières et le médecin. Réunion hebdomadaire
-

# Affiches au lit du patient

## TROUBLE DE LA DEGLUTITION

QUAND VOUS DONNEZ  
à MANGER



ALTERNER  
SOLIDES / LIQUIDES

Toutes les 3 bouchées, pour  
que la bouche soit bien rincée  
SVP

SERVICE DE LOGOPÉDIE - HÔPITAL J. BRACOPS

## TROUBLE DE LA DEGLUTITION



**POSITION DE SÉCURITÉ  
ASSISE à 90°**  
AU LIT  
AU FAUTEUIL

Au moment du repas,  
**BIEN REDRESSER LE PATIENT,**  
si possible menton fléchi légèrement vers le bas  
**LE MAINTENIR EN POSITION ASSISE**  
30 minutes au moins  
après chaque repas

SERVICE DE LOGOPÉDIE - HÔPITAL J. BRACOPS

## TROUBLE DE LA DEGLUTITION



NE RIEN DONNER  
à MANGER  
ou à BOIRE

S'adresser aux  
infirmières S.V.P

SERVICE DE LOGOPÉDIE - HÔPITAL J. BRACOPS

## TROUBLE DE LA DEGLUTITION



NE DONNER QUE  
DES LIQUIDES  
ÉPAISSIS

TEXTURE SIROP  
(semi-liquide)



SERVICE DE LOGOPÉDIE - HÔPITAL J. BRACOPS

# TROUBLE DE LA DEGLUTITION

1. POSITION DE SÉCURITÉ  
assise à 90°  
- au lit  
- au fauteuil



Bien redresser le patient, si possible menton fléchi légèrement vers le bas

2. LE MAINTENIR EN POSITION ASSISE 30' APRÈS LE REPAS

3. ÉPAISSIR LES LIQUIDES



Eau Gélifiée  
à servir froide  
dans un verre  
et à conserver  
au FRIGO

TEXTURE: à adapter pour chaque patient (sirop - crème épaisse)  
selon l'avis logopédique

4. FAIRE BOIRE PAR PETITES GORGÉES



ÉVITER LES CANARDS

5. ADAPTER LES MÉDICAMENTS et les donner avec des  
liquides épaissis ou des crèmes si nécessaire

6. SOINS DE BOUCHE et BROSSAGE (dents ou prothèses)  
SOINS DE NEZ  
avant / après le repas

7. DONNER à MANGER LENTEMENT  
Le soignant se met à la hauteur du patient



PAS de DISTRACTIONS : TV - Bavardages...

8. NUTRITION à ÉVALUER et ADAPTER  
Demander l'avis du Service de Diététique



SERVICE DE LOGOPÉDIE - HÔPITAL J. BRACOPS

---

# Vivre au quotidien avec des troubles de la déglutition

- Aliments à éviter
  - Positions de sécurité
  - Affiche aide-mémoire, brochure explicative
  - Matériel nécessaire au repas, aides techniques (ergothérapie)
  - Recettes mixées: « *Manger est un besoin, mais aussi un plaisir* »
  - Rééducation logopédique éventuelle
-

---

# Au moment du repas

- Rythme lent
  - S'assurer que la personne a bien dégluti avant de proposer une nouvelle bouchée ou gorgée.  
Attendre la reprise de la respiration.
  - Fractionner les prises alimentaires
  - Faire des pauses
-

---

# POSITIONS

- Position d'accompagnement conseillée: à table, à côté du patient
- Position d'aide: en face ou de  $\frac{3}{4}$  face
  
- Position déconseillée: aidant debout, patient en hyperextension !!

**Réf:** Vivre au quotidien avec des troubles de la déglutition. Guide pratique pour la P.A et son entourage.  
V. RUGLIO, Hôpital Européen Georges Pompidou à Paris. Editions De boeck- Solal

---

---

# Vivre au quotidien avec des troubles de la déglutition

Cuillère avec stabilisateur pour patients parkinsoniens:

Liftware: Lift Labs Design

Livre de recettes hachées et mixées

Mot-à-mot.com



Aides-techniques:

Contours d'assiette

Antidérapants

Verres à grande ouverture ou à découpe nasale

S'adresser à l'ergothérapeute

---

---

# La Rééducation logopédique

- En cabinet ou à domicile. Sur prescription d'un médecin spécialiste ORL et avec le résultat d'une fibroscopie ou vidéofluoroscopie de la déglutition. Intervention de l'INAMI pour le bilan et les séances de traitement
  - En MR ou MRS :C'est la direction de ces maisons qui prend en charge ces prestations. Elles sont comprises dans le prix du jour du résident. La direction a donc son mot à dire sur le choix de la logopède et sur la fréquence des interventions.
-

---

# Plan de traitement

- **Thérapie de réhabilitation:**

Ex: mobiliser la langue. Le travail des praxies BLF permet au patient de confectionner un meilleur bolus alimentaire, bien homogène en bouche, prêt à être avalé

- **Thérapie de compensation.**

Offre des stratégies pour surmonter les problèmes sans résoudre les causes sous-jacentes.

Education et accompagnement de l'entourage.

Ex: comment éviter d'avaler de travers lorsque le patient boit

---



---

# CONCLUSION : L'alimentation de la personne âgée dysphagique doit être:

- Sans risque
  - Suffisante
  - Équilibrée
  - Agréable (goût et présentation)
  - Fractionnée
-

---

# Merci de votre attention

