

***La prise en charge nutritionnelle
à domicile ou en institution
des patients présentant une
maladie d'Alzheimer ou apparentée***



Par Eva MILESI Diététicienne DE

Janvier 2011

Pourquoi cette prise en charge a-t-elle une importance majeure?

- De nombreux troubles apparaissent chez le patient atteint de la maladie d'Alzheimer ou apparentée: praxique, coordination, comportement, ...
Perturbant la prise alimentaire
- La perte de poids est fréquente, souvent associée à une sarcopénie:
Risque majeur de dénutrition
- L'état nutritionnel tend à se dégrader et influence :
 - l'apparition des maladies (infections),
 - le risque de l'apparition d'escarre,... ,
 - l'apparition de la sarcopénie,
 - et l'état général de la personne: qualité et évolution de la maladie

La prise en charge nutritionnelle

- Est considéré comme un problème de santé publique car elle touche:
 - + d'1 million de personnes /j
en institution en France
- En institution près de la moitié des patients souffrent de dénutrition

Prise en charge nutritionnelle

- Comportement alimentaire
- Capacité de déglutition
- Etat nutritionnel : Dénutrition

Troubles de conduite alimentaire

- **Troubles des fonctions supérieures** : altération des fonctions praxiques et mnésiques.
- **Troubles réactionnels à des situations de stress**:
 - Le refus alimentaire peut être l'expression envers l'environnement ou l'aliment.
- **Troubles du comportement / comportement de la prise alimentaire**: (d'après l'Etude Greenwood 2005)

3 facteurs expliquerai la modification du comportement alimentaire

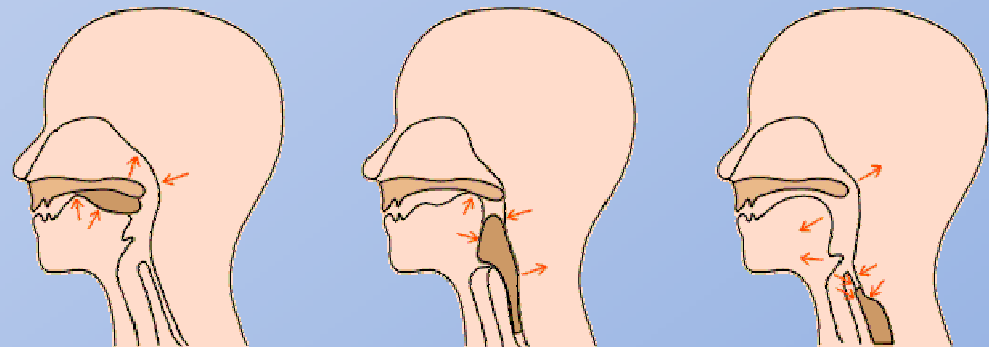
- **Agitation, desinhibition et irritabilité** :
 - Prise sélective *d'aliments riches en glucides* au détriment de ceux riches en protéines.
- **Troubles de l'activité** (apathie, comportement moteur aberrant, troubles nocturnes).
 - Le repli sur elle-même engendre une diminution de l'apport calorique global.
- **Humeur**: dépression , dysphorie, anxiété ;
 - diminution de l'apport calorique et prise sélective des aliments sucrés*

La sévérité de l'atteinte comportementale

- ⇒ Accentue le choix des aliments en faveur des **aliments sucrés**
- ⇒ s'accompagne d'une **prise alimentaire diminuée au déjeuner et diner** (la prise alimentaire du petit déjeuner reste inchangée)
- ⇒ Engendre la **diminution des apports nutritionnels** quoi qu'il en soit.

Que sait-on du vieillissement du réflexe de la déglutition?

- √ force propulsive de la langue (// sarcopénie)
- √ capacités masticatoires (édentation / appareil dentaire inefficace)
- √ capacités de la sécrétion salivaire.
- √ de la sensibilité gustative
- √ de la sensibilité du pharynx
- √ fermeture et ascension du larynx



Prendre en compte les difficultés de déglutition

En institution:

Trouble de la déglutition / Refus alimentaire(associé à un syndrome de glissement)

⇒ **Mixé**

Le patient, de part son imaginaire, ses troubles de reconnaissance, son manque d'information, ne peut que rejeter ce qu'il ne perçoit pas comme un aliment

⇒ **Rejet de l'alimentation mixée**

⇒ **Mauvaise réponse aux besoins nutritionnels**

⇒ **Dénutrition**

A domicile : trouble ou non,

- On tend vers une texture normal or parfois les patients ont des problèmes de déglutition majeur => **toux récurrentes / Pneumopathies par inhalation.**
- On propose un mixé au cas où (« okazou »), il sera favorisé les purées et potages de légumes (exempt ou pauvre en protéines)

Entre les troubles de la déglutition, la détérioration de l'état dentaire, la iatrogénie médicamenteuse, etc,...

Il est nécessaire de connaître les différentes textures afin de répondre aux capacités .

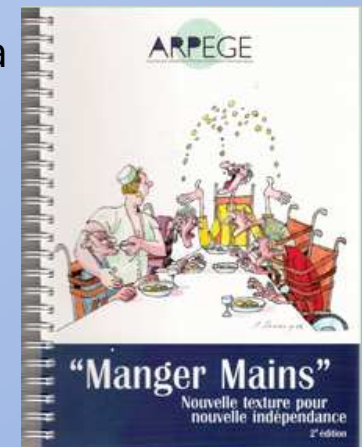
⇒ Formation des cuisiniers en institution

⇒ Education des familles.

Les différentes textures



- **Mixée lisse** : **Texture homogène, lisse et onctueuse.** Aucun morceau, fil, grain, grumeau. Une seule phase (jamais de liquide)
- **Mixée épaisse**: **Texture fondante, limitant la mastication** (terrines, purées épaisses,...), homogène.
- **Moulinée** : Maintenir les **aliments entiers faciles à mâcher.** Proposer des petits morceaux, tendres, bien cuits,...
Toutes les préparations seront accompagnées de sauces, jus afin de proposer une texture plus fondante, facile à mâcher.
- **Manger main** : Tous les aliments pourront être pris à la main, sous forme de gâteau, gelée, palet, boulette...
- **Normale**:



- **Les troubles de la déglutition**

= constituent un défi de la prise en charge du patient dément.

- **La fréquence et la gravité des fausses routes**

- ▶ dégradent un état nutritionnel déjà précaire

- ▶ sont à l'origine d'une perte de poids rapide et involontaire

sources de chutes + d'infections



***Prise en charge médicale,
orthophonique et diététique***

La dénutrition

Situation d'hypercatabolisme



En quoi sa prise en charge est importante?

La dénutrition du senior et ses conséquences^(4,6,7)

Altération de l'état général

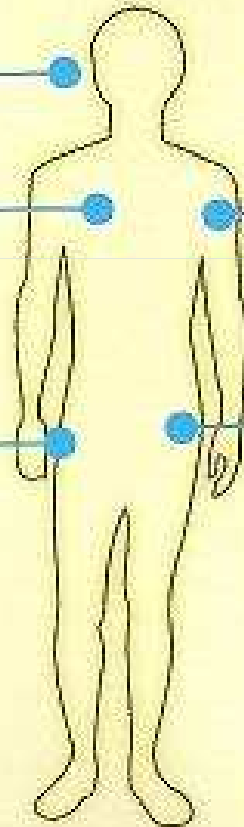
- Amaigrissement, asthénie, anorexie

Augmentation du risque infectieux

- Réduction des défenses de l'organisme
- Allongement de la période d'agression

Troubles de la cicatrisation

- Ralentissement des processus de cicatrisation



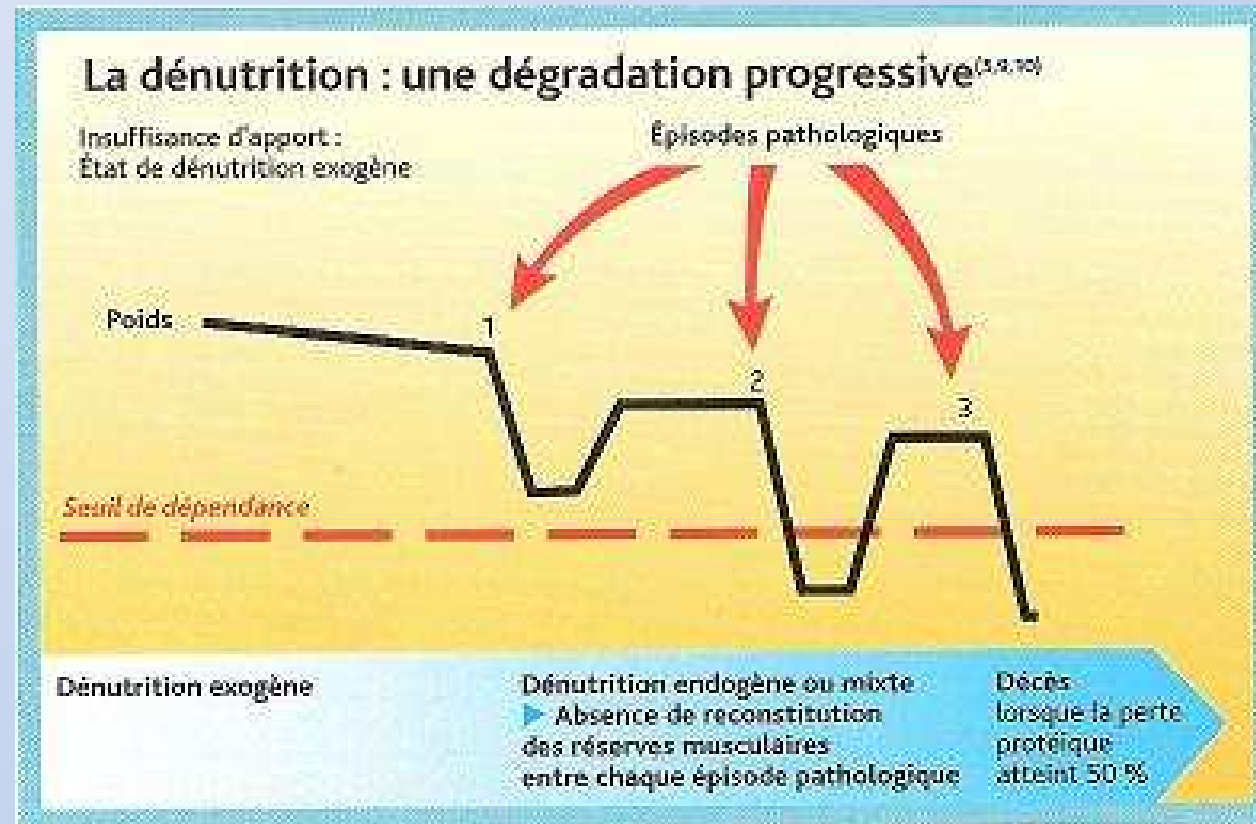
Fonte de la masse musculaire

- Épuisement de la réserve protéique
- Diminution de la force musculaire
- Facteurs de risque de chutes et de réduction de l'autonomie

Fragilisation osseuse

- Accélération de la diminution du capital calcique osseux
- Facteur de risque de fractures et de réduction de l'autonomie

L'amaigrissement est progressif plurifactoriel



En l'absence d'apport alimentaire, les nutriments sont prélevés dans les réserves de l'organisme, afin de fournir aux cellules activées les nutriments dont elles ont besoin.

La lutte contre la dénutrition

L'apport en protéines et calories sont au cœur de la lutte contre la dénutrition.

Leur diminution entraîne une altération de l'état général.

⇒ **Veiller à un apport en protéine et calorie satisfaisant**

1. **Enrichir les plats / préparation**

Fonction du comportement: Attirance pour les produits sucrés.

=> Proposer des **produits sucrés enrichis en protéines et calories**
(ex: Crème pâtissière enrichie, flan enrichie, compote enrichie,...)

2. **Favoriser petits volumes** sont souvent mieux acceptés

3. **Fractionner l'alimentation** grâce à plusieurs petites collations riches en calories, souvent mieux appréciées. (Jusqu'à 6 repas par jour)

Enrichissement des plats HP/HC

- ❖ Lait écrémé ou entier en poudre
- ❖ Poudre de protéines
- ❖ Fromage râpée
- ❖ Gruyère ou fromage à pâte dure
- ❖ Crème de gruyère
- ❖ Jaune d'œuf
- ❖ Œuf entier

Exemple d'une journée alimentaire

- Petit déjeuner (habituel) : Café sucré, biscottes, beurre, confiture
- Collation 10h: Yaourt, desserts lactés enrichis
- Déjeuner: Repas habituel enrichi (texture adaptée)
- Collation 16h: Desserts lactés / fruits (ou déclinaisons) / biscuits
- Dîner : Repas habituel enrichi OU potage enrichi et aliments sucrés hyperprotéinés (flan enrichi,...)
- Collation nocturne 22h: Desserts lactés / fruits (ou déclinaisons) / biscuits

Notons que l'augmentation de l'apport en glucide le soir augmente l'insulinémie et tend à diminuer la protéolyse qui pourrait avoir lieu durant la phase de jeûne nocturne.

Un repas

- Posture adéquate
- Présentation agréable : visuelle et orale
- Adapter le bol alimentaire: Texture adaptée aux capacités de déglutition (ML, ME, Mou, N, Mangé main); volume; température.
- Enrichir les préparations en systématique
- Laisser le temps à la prise alimentaire
- Fractionner les prises alimentaires

Conclusion

- Considérer les troubles du comportement
- Diagnostiquer les troubles de la déglutition
- Prendre en compte l'état nutritionnel

Les patients présentant une altération cognitive sont considérés comme des sujets dont le statut nutritionnel doit faire l'objet d'un bilan et être suivi (médecin, diététicien, soignants,...)

L'individualisation de la prise en charge est efficace chez les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer pour lesquels le risque de dénutrition est majeur.

Merci de votre attention



Eva MILESI Diététicienne DE