

Développement professionnel continu

Nourrir un patient atteint de troubles neurocognitifs à l'hôpital et à domicile ? Le manger-mains : aspects pratiques

*Feeding a patient with neurocognitive impairment in the hospital and at home?
Convenience of finger-food*

Gabriel Malerba^{a,*}, Alina Pop^a, Thérèse Rivasseau-Jonveaux^a, Stéphanie Mouchotte^a,
Julien Fabbro^b, Alexandra N'Guyen^b, Anne Schmitt^c, Didier Quilliot^d

^a Centre médical Paul-Spillmann, hôpital Saint-Julien, CHRU de Nancy, 1, rue Foller, CO n° 60034, 54035 Nancy cedex, France

^b Service de restauration des hôpitaux urbains, CHRU de Nancy, 54035 Nancy cedex, France

^c Unité de production culinaire, service de diététique, CHRU de Nancy, 54000 Nancy, France

^d Unité d'assistance nutritionnelle, hôpitaux de Brabois, CHRU de Nancy, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy cedex, France

Disponible sur Internet le 6 juillet 2015

Résumé

Chez les personnes âgées, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées aggravent la forte prévalence de la dénutrition protéinoénergétique, elle-même responsable de décompensation des critères de fragilité gériatrique. Le manger-mains est composé de réductions dinatoires servies individuellement, pouvant être saisies avec les mains et consommées en une bouchée. Il est décrit comme une réadaptation de la prise alimentaire dont l'objectif principal est d'améliorer la qualité et la quantité du bilan calorique. L'évaluation multidisciplinaire va induire le choix du type de bouchée (classique, mixé-lisse ou manger-debout) en fonction de la forme clinique des troubles neurocognitifs, de l'existence de troubles de déglutition, des coutumes ou croyances, des difficultés logistiques inhérentes au lieu de vie et de la disponibilité des aidants ou des soignants. Cependant, bien qu'étant favorablement évalué par les équipes l'ayant mis en place, aucune preuve tangible de son efficacité n'a été retrouvée dans la littérature scientifique. Ainsi, le développement de son utilisation, notamment au domicile des personnes atteintes de maladies démentielles, et son enseignement auprès des professionnels de la santé favoriseraient les possibilités d'en évaluer les impacts nutritionnels et cognitivo-comportementaux.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Maladie d'Alzheimer ; Dénutrition ; Handicap ; Troubles cognitivo-comportementaux ; Rééducation nutritionnelle

Abstract

In the elderly, Alzheimer's and related diseases increase the high prevalence of undernutrition, itself accountable of decompensation of geriatric frailty criteria. The finger-food is composed of appetizer served individually, which can be grasped with the hands and eaten in one bite. It is described as a food intake rehabilitation whose main objective is to improve the quality and quantity of calorie balance. The multidisciplinary evaluation will induce the choice of the type of food morsel (classical, smooth mixed or eat-standing) depending on the clinical form of neurocognitive disorders, the existence of swallowing disorders, customs or beliefs, logistical difficulties inherent to the place of living and the availability of carers or caregivers. However, despite positive assessment by the teams having established the finger-food, no tangible evidence of its efficiency has been found in the scientific literature. Thus, the development of its use, including the homes of people with dementia diseases, and education among health professionals promote opportunities to attest the nutritional and cognitive behavioral impacts.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Alzheimer's disease; Undernutrition; Handicap; Cognitive-behavioral disorders; Nutritional rehabilitation

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : g.malerba@chu-nancy.fr (G. Malerba).

1. Introduction

Il existe une forte prévalence de dénutrition protéinoénergétique chez les personnes âgées : 4 à 10 % à domicile, 15 à 38 % en institution et elle dépasse souvent les 30 % (jusqu'à 70 % selon les services) à l'hôpital [1]. Elle peut être volontaire mais le plus souvent, la dénutrition est liée à une pathologie chronique ou subaiguë, à un handicap ne bénéficiant pas d'une réadaptation suffisante. Elle est responsable de l'aggravation des polyopathologies préexistantes et constitue un véritable enjeu de santé publique [2].

Chez les patients atteints de maladie démentielle, la perte de poids est d'origine multifactorielle et le bilan des ingestas est souvent difficile à réaliser. L'amélioration de la prise alimentaire est également compliquée à mettre en place. Le manger-mains a commencé à être décrit comme réadaptation alimentaire en 1993 [3,4]. Toutefois, c'est Charles-Henri Rapin, gériatre suisse, qui formalise le concept [5,6]. Le principe est d'attiser l'appétit et de favoriser l'autonomie des patients grâce à des recettes de mise-en-bouche. Les publications témoignent d'expériences favorablement vécues, notamment par les soignants et les aidants, donnant de bons résultats qualitatifs mais, pour la plupart, non évaluées de façon quantitative par des études interventionnelles [7,8].

2. Les troubles alimentaires chez les patients âgés atteints de démence

2.1. Alimentation et vieillissement

L'évaluation des apports énergétiques est incluse dans l'évaluation gériatrique standardisée et selon les critères établis par la Haute Autorité de santé (HAS) [9]. Les apports énergétiques doivent être suffisants et maintenus en qualité et en quantité. Manger permet de maintenir des réserves fonctionnelles suffisantes afin d'éviter la décompensation d'un ou de plusieurs critères de fragilité gériatrique telle que la dysfonction musculaire (sarcopénie) qui, elle-même, augmente les risques de chute [10]. Il convient donc de repérer les nombreux facteurs de risque de dénutrition (Tableau 1).

2.2. Les troubles nutritionnels au cours de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées

Au cours des maladies neurocognitives, on estime que la moitié des difficultés à pouvoir s'alimenter seul est liée aux handicaps : troubles de l'acuité visuelle, autres troubles sensoriels (dysgueusie et dysosmie), troubles neuromoteurs et sensitifs, troubles de mastication et de déglutition [11]. Pour l'autre moitié, il s'agit des conséquences directes du syndrome aphaso-aphraxis et des troubles exécutifs [12].

Les difficultés du langage limitent la fiabilité de l'évaluation clinique. Les proches des patients doivent être consultés afin de valider la réalité des informations recueillies même si les goûts ne sont pas fixés dans le temps. La maladie amène à des changements de perception et d'interprétation dans les modes de communication mais aussi de perception des saveurs.

Tableau 1

Facteurs de risque de dénutrition chez la personne âgée [9].

Modification du régime alimentaire, perte d'appétit
Perte de poids
Qualité médiocre du contenu du réfrigérateur
Conditions socioéconomiques défavorables, précarité
Isolement social
Handicaps physiques
Troubles de la statique et de la marche
Grand âge
Polypathologie (plus de trois maladies chroniques)
Polymédication (traitement chronique associant au moins 4 médicaments)
Troubles sensoriels : visuels, altération du goût et de l'odorat, sensation de soif estompée
Troubles neurologiques, neurocognitifs et psychiatriques
Difficultés à l'hygiène
Affections buccodentaires
Déglutition pathologique
Douleur physique et morale

Les difficultés pratiques rendent difficile l'utilisation des couverts, des verres et gênent la prise des repas. Cela peut engendrer la frustration de ne pouvoir compenser la sensation de faim, mais aussi à vivre ce sentiment d'échec. L'assistance alimentaire peut être refusée si elle est perçue comme injustifiée et entraîner des troubles du comportement, tels qu'une majoration du repli sur soi, un refus alimentaire ou une agressivité.

L'agnosie visuelle empêche également les patients d'organiser correctement leur repas et l'utilisation des couverts complique l'intégration du rapport tridimensionnel de la gestuelle. L'ergonomie du repas peut être améliorée en augmentant le contraste entre l'assiette et la table, les aliments et l'assiette par un jeu de couleurs ou la création d'ombres de lumière grâce à un éclairage favorable [13].

Les troubles du comportement sont fréquemment décrits à un certain stade d'évolution de la maladie d'Alzheimer. L'analyse des troubles du comportement alimentaire peut être évaluée grâce à l'échelle validée de Blandford [14]. Un excès d'alimentation (hyperphagie) survient parfois au stade moyen de la maladie démentielle. Ce trouble n'empêche pourtant pas les risques de dénutrition au cours de la maladie, puisqu'il est la plupart du temps transitoire. La déambulation intempestive ou l'akathisie empêche le patient dément d'être attablé au moment du repas. Ainsi, la diminution des apports et l'augmentation de la dépense énergétique expliquent une partie de la dénutrition.

La dépression, fréquente au cours des troubles démentiels, peut entraîner une anorexie et la nécessité de recourir à une assistance nutritionnelle [15]. Elle doit être dépistée et traitée. Néanmoins, certains traitements peuvent eux-mêmes induire une anorexie, des troubles du transit, des nausées ou une sécheresse des muqueuses compliquant la prise des aliments. Les effets anticholinergiques peuvent également aggraver l'état cognitif et provoquer une confusion mentale.

La douleur chronique irréductible aggrave les risques de dénutrition et doit être traitée de façon efficace. L'évaluation systématique est complétée avec les échelles validées adaptées d'auto- mais aussi d'hétéro-évaluation (Doloplus[®], Algoplus[®], Échelle comportementale pour la personne âgée) [9].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2692813>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2692813>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)