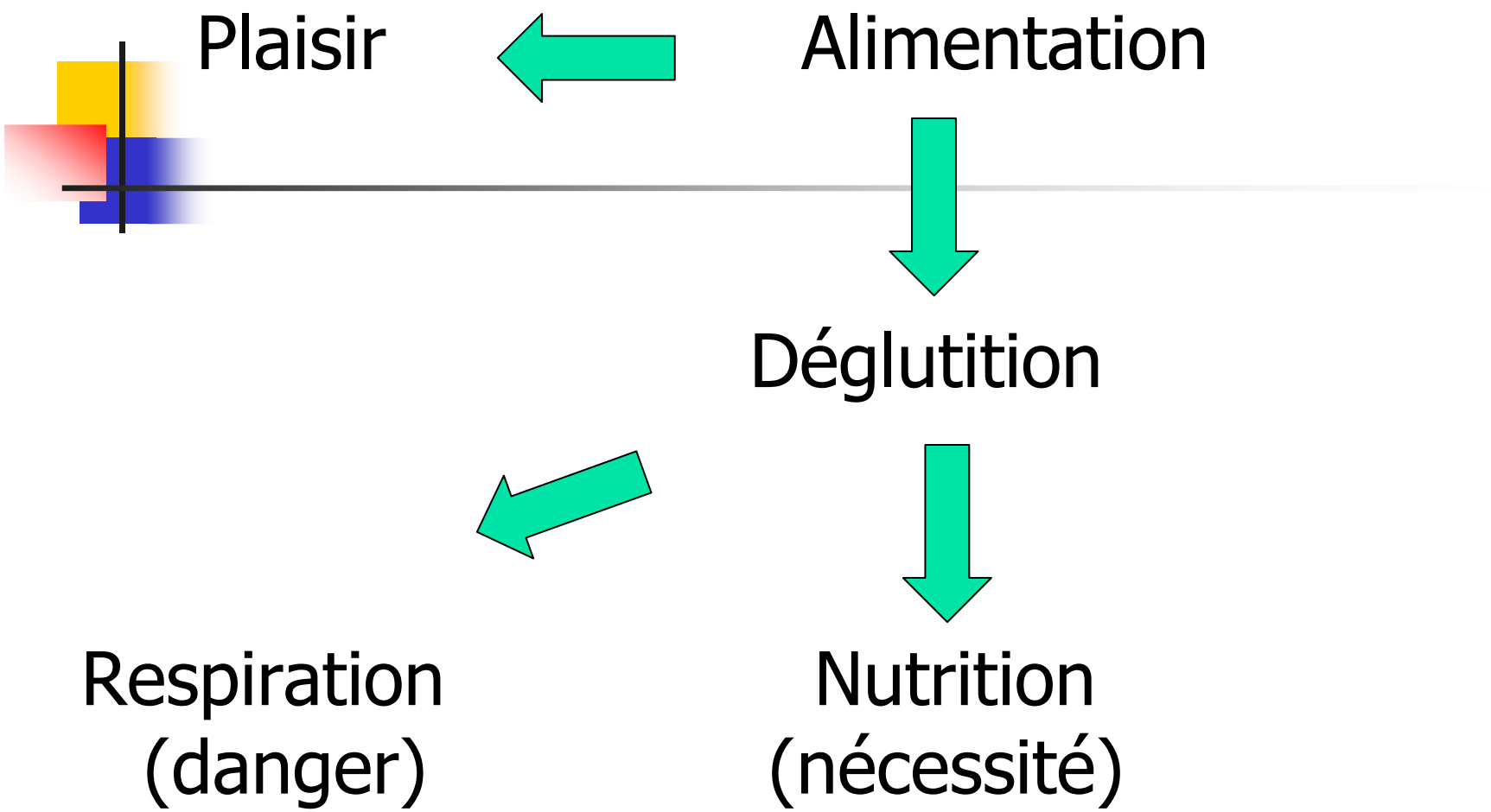
LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION DE LA PERSONNE AGEE

Dr Nelly Le Reun, gériatre

22èmes Journées Médicales de Brest,

27 novembre 2009

CHU BREST


Plaisir
Alimentation
Déglutition
Respiration
(danger)
Nutrition
(nécessité)

- Comment fonctionne la déglutition normale?
- Comment se manifestent les troubles?
- Pourquoi le sujet âgé est à risque?
- Quels examens réaliser?
- Que faire pour alimenter?
  pour hydrater?
- Quels éléments surveiller?

- COMMENT FONCTIONNE LA DEGLUTITION NORMALE ?

- Invisible
- Complexe

<u>La déglutition</u> est l'acte d'avaler =

faire passer le bol alimentaire, les liquides, la salive,
de la bouche vers le pharynx
puis du pharynx vers l'œsophage et l'estomac

Activité sensori-motrice

Invisible

- **<u>Temps buccal</u>** : automatique mais **volontaire**

*<u>phase préparatoire:</u>

préhension et introduction des aliments dans la cavité buccale

section, mastication, insalivation,
gustation et formation d'un bolus homogène sur le dos de la langue

7 à 8000 capteurs sur la langue et le voile du palais

- Les informations sur la texture sont envoyées aux centres moteurs corticaux
- La stimulation des papilles gustatives participe au plaisir de manger
- Ce temps labio-buccal stimule le péristaltisme intestinal, les sécrétions pancréatiques et biliaires, et la digestion des glucides débute par la sécrétion de l'amylase salivaire

* puis <u>phase de propulsion</u>:

la langue pousse le bol alimentaire vers l'arrière de la bouche

le voile s'élève pour obturer le rhino-pharynx et éviter la remontée alimentaire vers le nez

durée : 1 seconde

- **<u>Temps pharyngé</u>** : **réflexe**

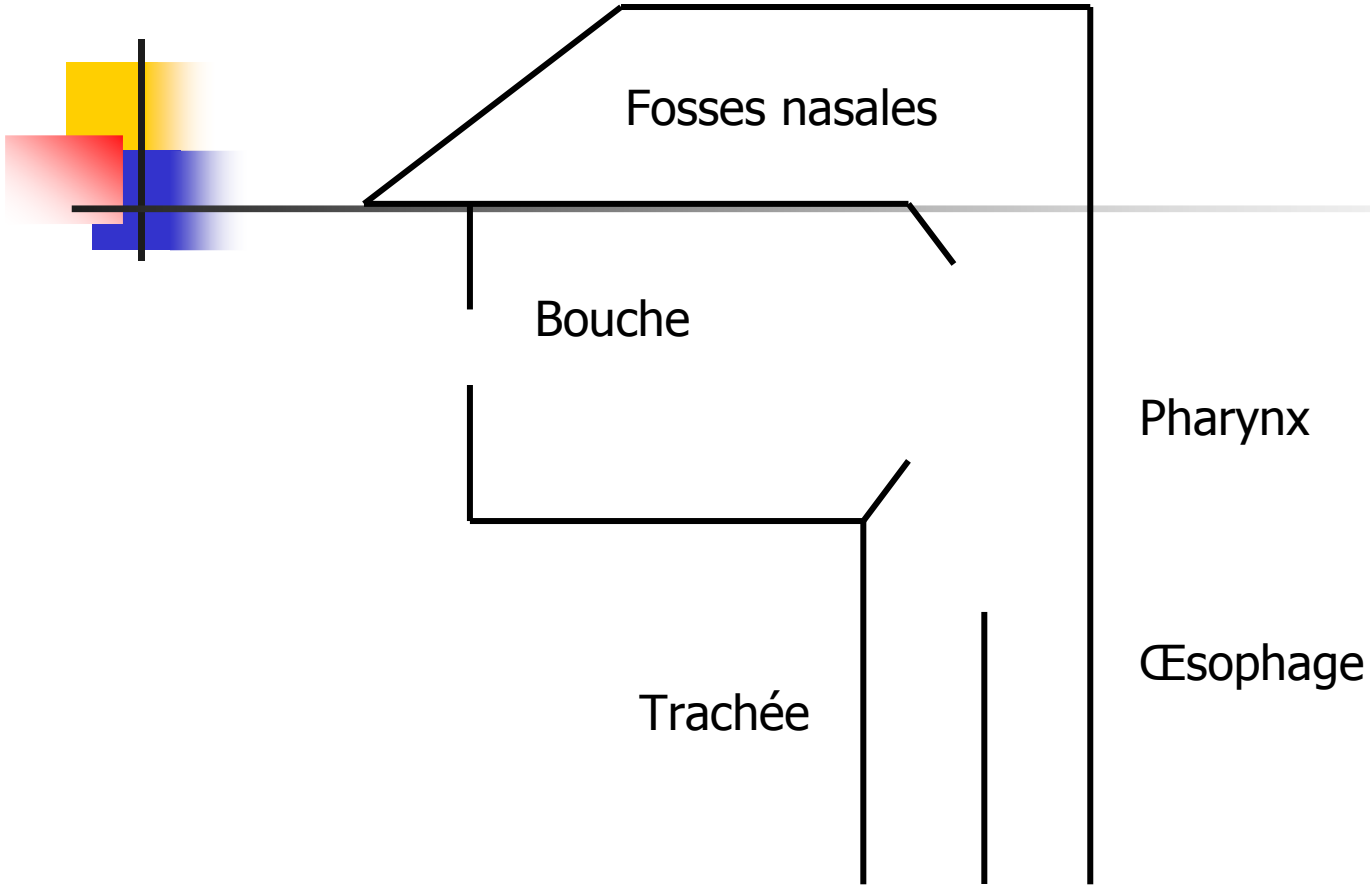
  propulsion dans le pharynx , fermeture du larynx pour protéger les voies respiratoires et ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage

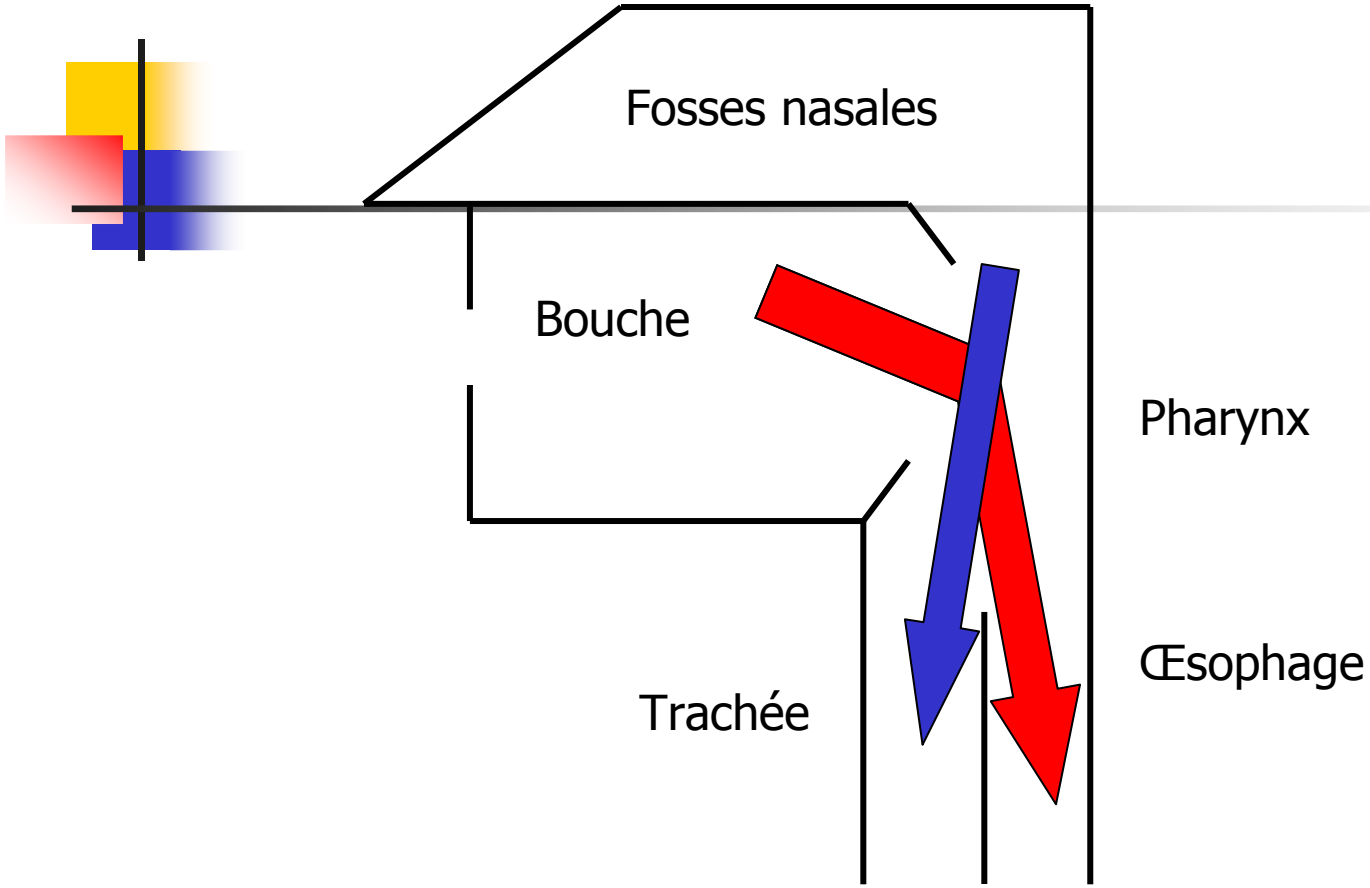
  durée: 1 seconde

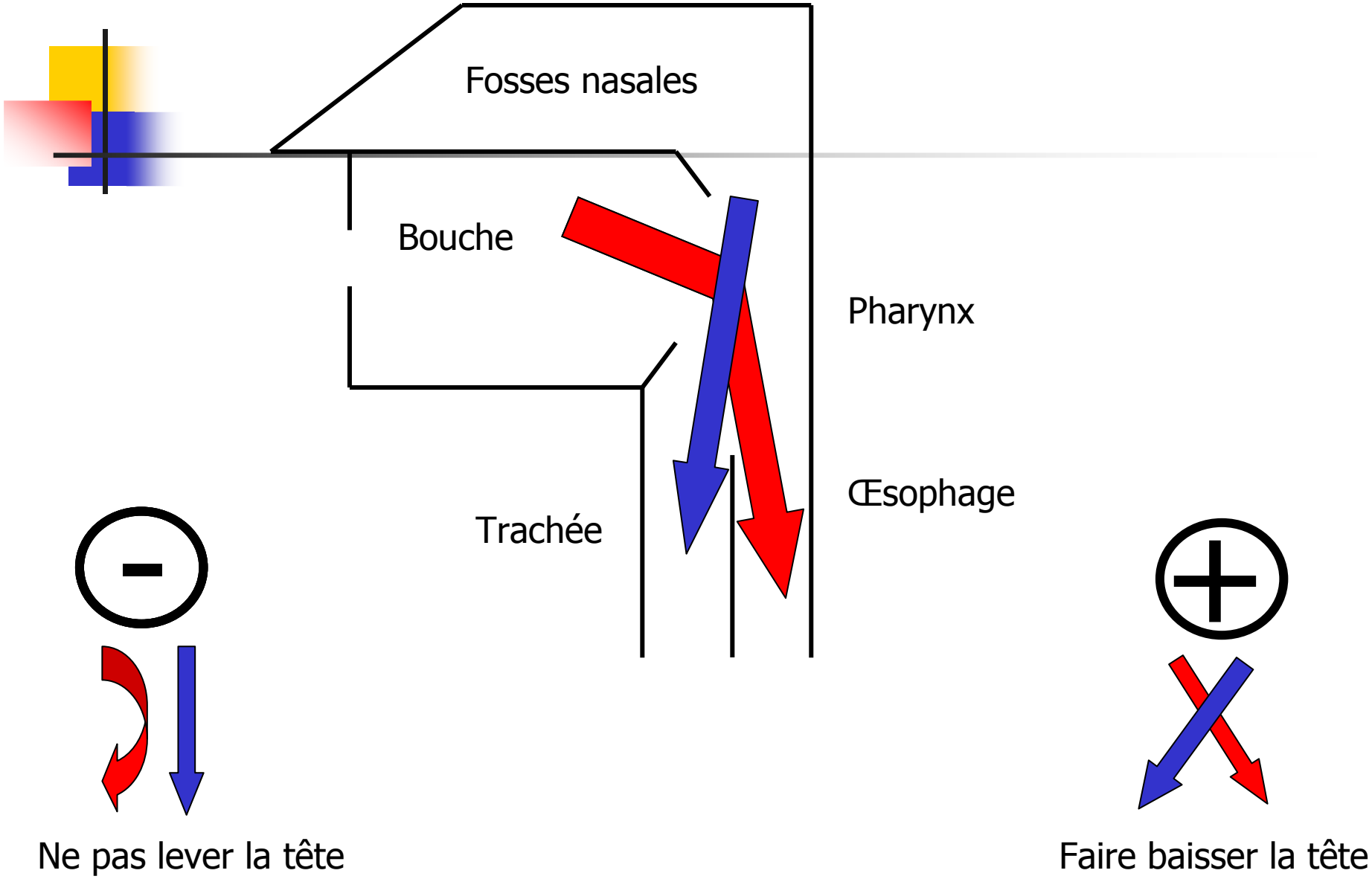
Le temps pharyngé est le temps majeur car dangereux de la déglutition

Fermeture vélopharyngée, occlusion laryngée, ascension du larynx, péristaltisme pharyngé, ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage

Mouvement de bas en haut du larynx, mouvement de haut en bas du pharynx


Fosses nasales
Bouche
Pharynx
Œsophage
Trachée


Fosses nasales
Bouche
Pharynx
Œsophage
Trachée


Fosses nasales
Bouche
Pharynx
Œsophage
Trachée
Ne pas lever la tête
Faire baisser la tête

- **<u>Temps oesophagien</u>** : **réflexe**
  progression du bol alimentaire dans l'œsophage

  durée: 8 à 20 secondes

Complexe

- <u>Activité sensori-motrice</u>

6 nerfs crâniens: V,VII, IX, X, XI,XII

noyaux dans le bulbe rachidien

pour réponses motrices bucco-laryngo-pharyngées et respiratoires (35 muscles)

- <u>Contrôle</u>

Cortex frontal pour activation des Mm facio-bucco-masticateurs, de la langue, et réflexe de déglutition

COMMENT SE MANIFESTENT LES TROUBLES ?

<u>Trouble de la déglutition = Dysphagie</u>

= difficulté de synchronisation entre la progression du bol alimentaire vers l'œsophage

et la protection des voies aériennes

≠ trouble de la mastication

- Remettre en cause l’idée classique

« Avoir des troubles de la déglutition c’est tousser au moins une fois après l’absorption d’une gorgée ou d’une bouchée »

- <u>Pendant la déglutition</u>

  Fausse-route

  toux, suffocation, apnée,

  => décès

  modification de couleur des lèvres du visage,

  reflux par le nez

- <u>Après la déglutition</u>

  Plus discrets:

  raclement de gorge,

  modification de la voix,

  larmoiement,

  rhinorée

<u>Les troubles peuvent être silencieux</u>

- <u>En dehors des repas</u>

Résidus alimentaires en bouche

Refus alimentaire

Bavage

Haleine fétide

Difficulté de prise des médicaments

Encombrement bronchique,

Pneumopathies à répétition,
Pics fébriles inexpliqués

Perte de poids inexpliquée, déshydratation

POURQUOI LE SUJET AGE EST A RISQUE ?

LE VIEILLISSEMENT PHYSIOLOGIQUE

Physiologie : presbyphagie

-*Phase buccale*

Le temps bucco-labial est ralenti (tendance à suçoter)

La force et la dynamique musculaires (langue et muscles masticateurs) sont affaiblies

Le mauvais état dentaire réduit l'efficacité de la mastication

Les récepteurs gustatifs sont altérés

-*Phase pharyngée*

Le vieillissement de la musculature pharyngée perturbe la propulsion et la protection des voies aériennes supérieures

Phase réflexe donc pas de compensation

Mais l'âge en lui-même n'augmente pas le risque d'inhalation

LES PATHOLOGIES

- Stomato : troubles odontologiques, xérostomie, infections, inflammations
- ORL : candidose, tumeur, dysfonctionnement sphincter sup de l'œsophage
- Oesophage :diverticule de zencker, dermatomyosite, oesophagite,RGO
- Neuro: AVC , tumeur, parkinson, démence dégénérative
- Rhumato: scoliose, arthrose,
- Iatrogénie: sonde nasale ou trachéale, médicaments
- Affection générale: déshydratation, fin de vie

LES MEDICAMENTS

-Médicaments à propriétés anticholinergiques à l'origine de défaut de production salivaire

-Thérapeutiques inhalées

-Médicaments diminuant la vigilance

-Neuroleptiques

-Médicaments facteurs de RGO (dérivés nitrés, Inh. calciques, benzodiazépines)

-Médicaments facteurs d'oesophagite (AINS, diphosphonates…)

Prévalence chez le sujet âgé:

8 à 15% à domicile
10 à 19% en cours d'hospitalisation
30 à 50% en institution

QUELS EXAMENS REALISER?

Quel examen clinique?

- Interrogatoire: médicaments,blocage,

- Cavité buccale: bavage, xérostomie ,état dentaire, mycose

Dysphonie,dysarthrie,apraxie bucco-faciale

Déficit moteur, déficit sensitif

« fermer et ouvrir la bouche »
« gonfler les joues » « siffler » « bouger la mandibule de gauche à droite »
« claquer la langue, la porter aux 4 points cardinaux »

Faire tousser

- Test sensibilité :réflexe nauséeux
- Test motricité :ascension laryngée: « avaler votre salive »
- Examen fonctionnel : observation du repas

Quels examens spécialisés?

- ORL

Radioscopie de déglutition

- Orthophoniste

Pour tests de capacité fonctionnelle de la déglutition (test des « 3 oz » de Depippo, « test à l'eau » de Guatterie)

QUE FAIRE POUR ALIMENTER ?
POUR HYDRATER ?

Il faut éviter le risque de fausse route
et la fatigabilité

Il faut faciliter l'alimentation
et l'hydratation

L’alimentation requiert une motricité organisée

- posture équilibrée
- maintien de la tête en légère flexion par rapport au tronc
- habilité manuelle pour la préhension des aliments
- coordination visuomanuelle
- maitrise du mouvement du membre supérieur
- coordination buccomanuelle

Il faut veiller à :

- L'installation: bien assis, bassin bien droit, fesses au fond du siège, pieds posés au sol ou sur repose-pied, au plus près de la table
- Aux lunettes, aux appareils : dentaires, auditif
- Au matériel pour la personne

- Aux « BONS GESTES » de l'aidant:

ENVIRONNEMENT

-calme (sans radio, sans télévision)

POSTURE

-s'installer en face de la personne à la même hauteur

-faire pencher la tête en avant (si besoin coussin dans le dos et faire s'accouder sur la tablette)

-attendre (au moins 5 secondes) que la bouche soit vide pour bavarder ou avant d'introduire une nouvelle bouchée
avec une petite cuillère (à entremet)
présentée par le bas
puis posée sur le milieu de la langue
et stimuler par des conseils « mâchez » « avalez »

PRINCIPES GENERAUX POUR FACILITER LA DEGLUTITION

Avant le repas, veiller à :

1. **Vérifier la vigilance et l'attention du patient,**
2. **Favoriser calme et concentration** (pas de télévision, peu de personnes, etc.),
3. **Bien positionner le patient** :
   → de préférence, position assise, dos droit, pieds au sol
   → si alimentation au lit, dos relevé et tête calée par des coussins
4. vérifier la mise en place éventuelle des appareils dentaires et des appareils auditifs (pour la compréhension des consignes).

Pendant le repas :

5. **Favoriser les petites bouchées/gorgées,**
6. **Respecter une pause suffisante entre deux bouchées**
   (Une 2nde bouchée ne doit pas être mise en bouche avant que la 1ère n'ait été avalée)
7. **Demander une flexion de la tête, menton vers le thorax**
   (pour une meilleure protection des voies respiratoires).

L’alimentation requiert une texture adaptée

- Des solides
- Des liquides

Texture des solides

- <u>Éviter</u>

  - le dur:
  viande et poissons en morceaux

  - le granuleux:
  riz , semoule, biscotte

  - le mixte:
  fruits au sirop, potage au vermicelle, avec légumes

  - le filandreux:
  endives, poireaux, haricots verts, ananas, rhubarbe, blanc de poulet

- Privilégier

  - Texture homogène:

Mouliné, mixé, semi-liquide
terrines, mousses, flans
sauces et corps gras pour une texture onctueuse

  - Saveurs prononcées:

Acide et salée

Les propriétés physico-chimiques des aliments stimulent la déglutition

Excitabilité du réflexe de déglutition

Texture	Température	Volume	Gaz
Récepteurs tactiles	thermorécepteurs	barorécepteurs	récept.tact.
frottement	chaud, froid,pas tiède	ni trop , ni trop peu	éclatement des bulles

Saveurs , Odeurs

POUR DONNER DU GOUT

<u>Les condiments acides :</u>

Citron, vinaigre, cornichons

<u>Les condiments amers</u> :
Ail, ciboulette, oignon, échalote

<u>Les épices</u> :
Tous les poivres, paprika, safran, muscade, girofle,cannelle

<u>Les herbes aromatiques</u> :
Thym, laurier, cerfeuil, estragon,basilique, menthe, ciboulette, marjolaine, aneth

Texture des liquides

- <u>Eviter</u>

  Eau à température ambiante (fluidité et insipidité =>pas de pouvoir réflexogène)

- <u>Privilégier</u>

  Les températures franches,

  les boissons gazeuses

  Les épaississants

  Eau gélifiée

Techniques d'épaississement des liquides

-Eau gélifiée:

25 g de gélatine en feuille pour 1l d'eau. Faire tremper les feuilles de gélatine,les égoutter,les incorporer dans l'eau chaude,aromatiser(sirop,jus de fruits,extraits de vanille…)répartir en portions individuelles et conserver au réfrigérateur 48h maximum

-Epaississants du commerce:

Gel mix,magic mix,epailiss,thicken up neutre,clinutren,gerlinéa…

-Procédés artisanaux:

Fécule, tapioca, farines pour bébés, smoothies…

Types d'épaississement

liquides	texture «nectar»	Texture «crème »	Texture « gelée »
Boissons chaudes à base de lait	2 càs de blédine dans 250 ml	4	6
Boissons fraîches ou chaudes	1« dose » d'épaissis sant dans 100 ml	2	3

CHU DE BREST - PLAN DE SOINS GUIDE – REALIMENTATION DANS LE CADRE DE TROUBLES DE LA DEGLUTITION

Etiquette PATIENT	UF	**Date de l'observation :**	**Nom et signature de l'IDE :**

OBSERVATION D'UN REPAS

1. Signes d'alerte et /ou de gravité

☐ Fièvre ☐ encombrement ☐ déshydratation ☐ perte récente de poids ☐ dyspnée, désaturation ☐ défaut de vigilance ☐ n'avale pas sa salive

Observation avant le repas

☐ Mycoses linguales ☐ mauvais état dentaire, appareils dentaires non adaptés ☐ mauvaise motricité de la bouche

Avis médical si présence d'un ou plusieurs de ces signes avant toute réalimentation

2. Observation pendant le repas / la collation

Nature/texture du repas ou de la collation : ……

GESTE ALIMENTAIRE / COMPORTEMENT	PHASE ORALE	PHASE PHARYNGEE
☐ Mange trop vite/met trop de nourriture dans la bouche ☐ Mange trop lentement ☐ A des difficultés pour saisir les aliments ☐ A des difficultés pour mettre en bouche ☐ A des difficultés pour ouvrir la bouche ☐ Position anormale ☐ A des difficultés d'attention ☐ Attitude de refus ou d'opposition	☐ Difficultés de mastication ☐ Bave ☐ Recrache ☐ Mâchonne ☐ Ne mâche pas ☐ Des aliments ou des liquides restent dans la bouche ☐ Tousse ou racle avant de déglutir	☐ A des difficultés pour déglutir ☐ Douleurs / déplaisir ☐ Bruits de gorge / sensation d'aliments coincés ☐ Les aliments ressortent par le nez ☐ Voix « mouillée » ☐ S'étouffe ☐ Tousse ou racle

3. Observation après le repas

☐ Reflux (régurgitations, vomissements) *Avis médical* Durée du repas : Quantité ingérée :

4. Conclusions :

Troubles de la déglutition :	☐ oui ☐ non	Degré de sévérité : ☐ léger ☐ modéré ☐ sévère *si sévère, avis médical*	
Phase impliquée :	☐ phase orale ☐ phase pharyngée ☐ les deux ☐ difficultés sur le plan du geste alimentaire ou du comportement	Consistance difficile :	☐ aliments liquides ☐ aliments solides ☐ les deux ☐ autres :

CHU DE BREST - PLAN DE SOINS GUIDE – REALIMENTATION DANS LE CADRE DE TROUBLES DE LA DEGLUTITION (2 ème feuillet du dossier nominatif)

Nom du PATIENT	UF

Date de mise en oeuvre des actions :

Nom et signature de l'IDE :

ACTIONS selon les observations réalisées			
CONSISTANCE du bol alimentaire	Repas : ☐ liquide ☐ semi liquide ✗ *travail avec diététicienne* ☐ lisse ☐ mixé ☐ tendre ☐ normal ☐ ajout d'un liant (sauce, lait, …), préciser : …….. *Suivre une progression dans la consistance selon la feuille du suivi de réalimentation*		Boissons : ☐ interdites ☐ limitées à quelques cuillérées pour le plaisir ☐ épaissies ☐ eau gélifiée ☐ eau gazeuse ☐ normale ☐ autre(s) : ……
USTENSILES	☐ libre ☐ bord d'assiette ☐ « le couteau fourchette » ☐ tapis antidérapant	☐ verre ☐ verre tronqué ☐ verre à bec (canard) ☐ paille	☐ cuiller à soupe ☐ cuiller à entremets ☐ cuiller à café ☐ autres(s) : ……..
ADAPTATIONS	☐ flexion de la tête, menton vers thorax ☐ autre position de la tête (extension – rotation, …) → ✗ *à voir avec équipe médicale* ☐ petites bouchées / gorgées ☐ adaptation du nombre de repas : …. repas dans la journée		☐ fractionnement du repas (ex. : plat à 12h – dessert à 14h) ☐ fragmentation des portions (un plat après l'autre) ☐ alternance solide/liquide ☐ déglutitions répétées ☐ si trachéotomie : repas avec ballonnet : ☐ gonflé ☐ dégonflé ☐ autre(s) : ……
DEGRE DE SUPERVISION	☐ sans surveillance ☐ surveillance du repas dans sa totalité ☐ surveillance en début de repas ☐ « coup d'œil » au cours du repas ☐ aide physique / manuelle ☐ stimulation verbale		

AUTRE(S) REMARQUE(S) :

<u>Une posture appropriée</u>

réduit les tensions musculaires,

réduit les fausses routes

<u>Une texture appropriée</u>

réduit les fausses routes,

réduit la fatigue,

permet un gain de poids

QUI REEDUQUER?

- Cognition,attention, vigilance, coopération,motivation
- Principes:

Soit réactiver le programme neuro-musculaire:
2 séances/ semaine pendant au moins 3 mois

Kinésithérapeute

Soit apprendre à s'adapter pour compenser (postures, praxies) 5 à 10 séances

Orthophoniste

QUELS ELEMENTS SURVEILLER?

L’état nutritionnel

L’état respiratoire

COMMENT REPERER LA DENUTRITION ?

- Suivi mensuel du poids de la personne âgée (courbe de poids et calcul IMC, mesure du tour de bras)
- MNA, albuminémie (médecin traitant)

MNA™

- Outil clinique d'évaluation de l'état nutritionnel
- Dépistage précoce de la DPE du sujet âgé
- 18 questions simples
  - Étape 1 : 6 questions de dépistage
    - Score maximum : 14
    - Si score < 12 : continuer l'évaluation
  - Étape 2 : 12 questions d'évaluation globale

MNA™

Evaluation de l'état nutritionnel
Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom: Prénom: Sexe: Date:

Age: Poids, kg: Taille en cm: Hauteur du genou, cm:

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie. Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit?
A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?
0 = anorexie sévère
1 = anorexie modérée
2 = pas d'anorexie ☐

B Perte récente de poids (< 3 mois)
0 = perte de poids > 3 kg
1 = ne sait pas
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
3 = pas de perte de poids ☐

C Motricité
0 = du lit au fauteuil
1 = autonome à l'intérieur
2 = sort du domicile ☐

D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?
0 = oui 2 = non ☐

E Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression sévère
1 = démence ou dépression modérée
2 = pas de problème psychologique ☐

F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

Score de dépistage (sous-total max. 14 points) ☐☐

12 points ou plus	normal pas besoin de continuer l'évaluation
11 points ou moins	possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?
0 = non 1 = oui ☐

H Prend plus de 3 médicaments
0 = oui 1 = non ☐

I Escarres ou plaies cutanées?
0 = oui 1 = non ☐

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?
0 = 1 repas
1 = 2 repas
2 = 3 repas ☐

K Consomme-t-il?
- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui ☐ non ☐
- Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui ☐ non ☐
- Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille oui ☐ non ☐

0,0 = si 0 ou 1 oui
0,5 = si 2 oui
1,0 = si 3 oui ☐,☐

L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?
0 = non 1 = oui ☐

M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière…)
0,0 = moins de 3 verres
0,5 = de 3 à 5 verres
1,0 = plus de 5 verres ☐,☐

N Manière de se nourrir
0 = nécessite une assistance
1 = se nourrit seul avec difficulté
2 = se nourrit seul sans difficulté ☐

O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)
0 = malnutrition sévère
1 = ne sait pas ou malnutrition modérée
2 = pas de problème de nutrition ☐

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?
0,0 = moins bonne
0,5 = ne sait pas
1,0 = aussi bonne
2,0 = meilleure ☐,☐

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
0,0 = CB < 21
0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22
1,0 = CB > 22 ☐,☐

R Circonférence du mollet (CM en cm)
0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31 ☐

Evaluation globale (max. 16 points) ☐☐,☐
Score de dépistage ☐☐
Score total (max. 30 points) ☐☐,☐

Appréciation de l'état nutritionnel

de 17 à 23,5 points	risque de malnutrition	☐
moins de 17 points	mauvais état nutritionnel	☐

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M

For more information : www.mna-elderly.com

05.98 F

Le diagnostic de dénutrition

critères	dénutrition	Dénutrition sévère
Perte de poids	≥ 5% en 1 mois Ou ≥10% en 6 mois	≥ 10 % en 1 mois Ou ≥ 15% en 6 mois
IMC	≤ 21	< 18
MNA	< 17	
albuminémie	< 35	< 30

Petit déjeuner lait concentré +biscuits+beurre	20g de prot	600kcal	0,70€
Purée Fromage+2càs de viande	20g de prot	450kcal	1,50€
Crème HP/HC	12g de prot	150kcal	1€
Un CNO liquide HP/HC	14g de prot	300kcal	1€

compléments nutritionnels oraux

Type:-hyperénergétiques (>1,5 kcal/ml) et/ou hyperprotidiques (>7g/100 ml)
soit au moins 400 kcal et/ou 30 g de protides supplémentaires par jour(=2 unités par jour) (effet contre –productif sur l'alimentation si plus de 3/j)
Se servent chauds ou frais
En plus du repas (et non à la place) et en collation
Saveur en fonction des goûts, rajout de parfums possible

Prescription initiale: pendant 35 jours
Puis réévaluation+++(poids, ingesta,tolérance,observance)

Prescriptions ultérieures: maximum 3 mois

HAS, 2007

COMMENT REPERER LA DESHYDRATATION ?

- Signes peu spécifiques:
  sécheresse des muqueuses, troubles neuromusculaires

  perte de poids, hypotension,
  pli cutané

- Bilan biologique

Surveillance de l'hydratation

TOUS LES ALIMENTS CONTIENNENT DE L'EAU

Pour hydrater les patients chaque aliment solide ou liquide compte

Pour vérifier l'hydratation correcte d'un patient
compter en unité d'hydratation UH selon le tableau ci-dessous

– 1 eau gélifiée = **1,5** UH – 1 flan = **1** UH – 1 yaourt = **1** UH	– 1 part de viande et légumes (ou un mixé) = **3** UH – 1 bol de bouillie = **3** UH – 1 bol de boisson épaissie avec biscuit ou biscottes = **3** UH – 1 bol de potage = **3** UH – 1 verre de nectar = **2** UH – 1 compote = **1** UH	– 1 bol de tisane, café… = **3** UH – 1 verre d'eau, de jus de fruits, de soda = **2** UH – 1 tasse de tisane, café, lait… = **1** UH

(Ferry M., Alix E. et al. Nutrition de la personne âgée, édition Masson, 3e édition, 2007, p.162)

SCORE JOURNALIER D'HYDRATATION

Pour vérifier l'hydratation correcte d'un patient
Comptez en Unité d'Hydratation UH selon la grille ci-dessous et contrôlez à l'aide du tableau des scores

- 1 eau gélifiée 1,5 UH
- 1 flan 1 UH
- 1 yaourt 1 UH

- 1 part de viande et légumes (ou un mixé) 3 UH
- 1 bol de bouillie 3 UH
- 1 bol de boisson épaissie avec biscuit ou biscottes 3 UH

- 1 bol de potage 3 UH
- 1 verre de nectar 2 UH
- 1 compote 1 UH

- 1 bol de tisane, café... 3 UH
- 1 verre d'eau, de jus de fruit, de soda 2 UH
- 1 tasse de tisane, café, lait... 1 UH

SCORE DU PATIENT

NOM : ..... Prénom : .....

DATE : ..... DATE : ..... DATE : ..... DATE : ..... DATE : ..... DATE : ..... DATE : .....

	Aliments & boissons	UH	Aliments & boissons	UH	Aliments & boissons	UH	Aliments & boissons	UH	Aliments & boissons	UH	Aliments & boissons	UH	Aliments & boissons	UH
Petit-déjeuner														
10 h														
Déjeuner														
Après-midi														
Dîner														
Soirée nuit														
TOTAL														

Score à atteindre en fonction du poids

Poids (en kg)	Score minimum (en UH)
30	14
35	16
40	18
45	20
50	22
60	26
65	28
70	30
75	32
80	34

D'après M. Ferry et al. Nutrition de la personne âgée. 3ème édition, collection "Abrégés de médecine" 2007. Ed Masson. P. 162

20 à 30 unités d’hydratation
pour un poids entre 45 et 70 kg

COMMENT REPERER LES TROUBLES RESPIRATOIRES?

- Température, toux, douleur, fréquence respiratoire
  Auscultation

- Qui traiter?
  - Selon la clinique en cas d'encombrement (kinésithérapeute)

  - Antibiotique systématique 15 jours en cas de pneumopathie

Il n’y a pas de recommandation d’antibioprophylaxie

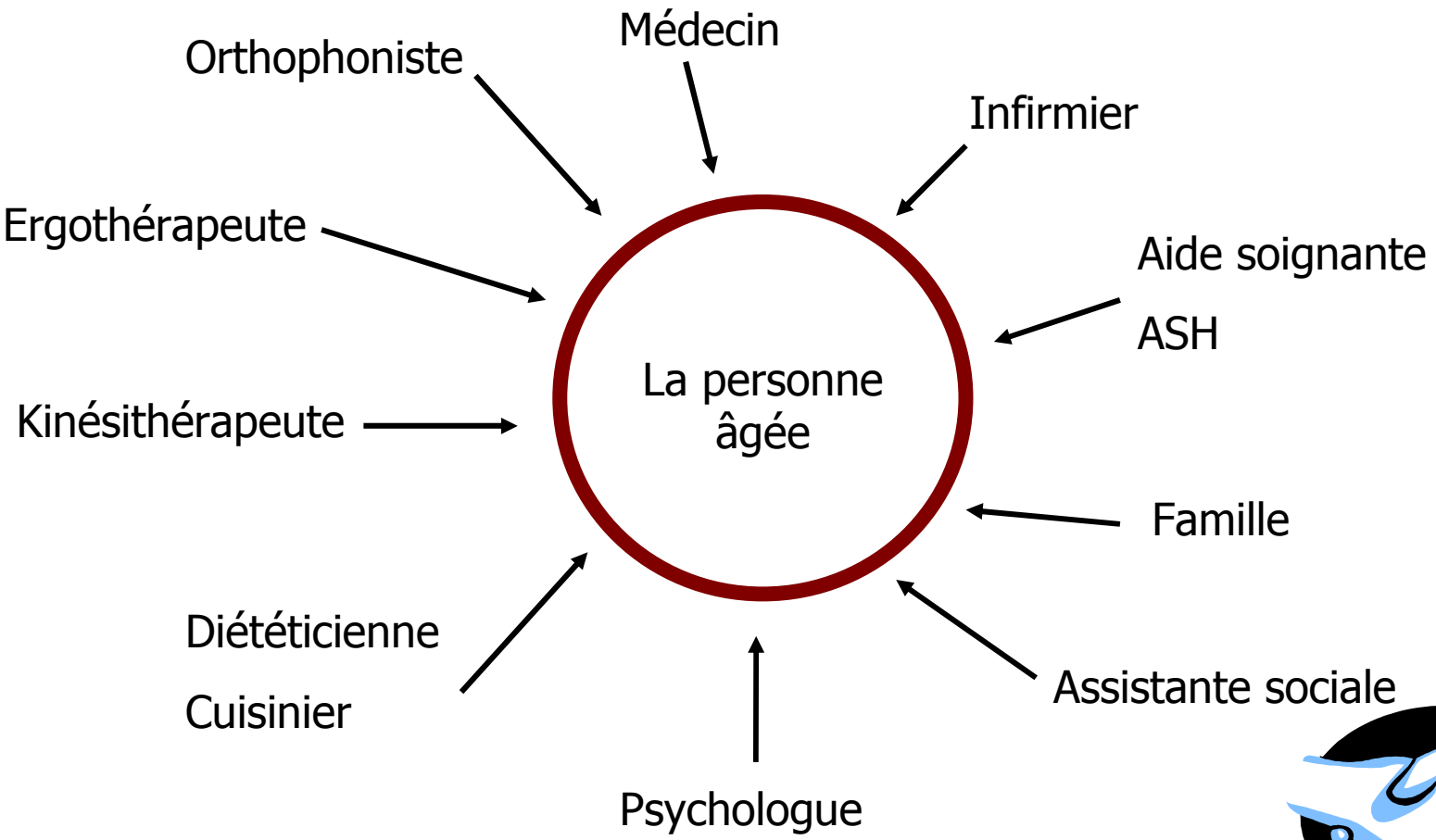
mais l’hygiène dentaire prévient le risque de pneumopathies

Hygiène bucco-dentaire ,

Soins de bouche,

Produits hydratants

CONCLUSION


Médecin
Orthophoniste
Infirmier
Ergothérapeute
Aide soignante
ASH
La personne âgée
Kinésithérapeute
Famille
Diététicienne
Cuisinier
Assistante sociale
Psychologue