

## DÉMENCE

# Mieux comprendre la pathologie et lutter contre le refus alimentaire

Les signes cliniques des maladies d'Alzheimer et apparentées, notamment les troubles du comportement alimentaire, évoluent en fonction de la localisation des lésions cérébrales. Pour mieux comprendre ces pathologies et les refus alimentaires fréquents, le Dr Florence Bieder a dressé un état des lieux des principaux troubles alimentaires observés dans différentes pathologies neurologiques. Voici quelques morceaux choisis.

*D'après l'intervention du Dr Florence Bieder, gériatre au Centre médical des Monts de Flandre à Bailleul à l'occasion des 11<sup>e</sup> ateliers de nutrition de l'Institut Pasteur de Lille qui se sont déroulés le 7 décembre 2012.*

Les patients atteints d'une maladie neurodégénérative présentent souvent une dépense énergétique plus importante que les autres.

**P**etits oublis, désorientation, confusion, trouble de la perception ou difficulté physique. D'abord anodins, ces petits tracas se développent au fur et à mesure qu'évolue la maladie cérébrale pour finir par envahir totalement la vie du patient. Les actions les plus simples du quotidien, alimentation en tête, se désorganisent et deviennent de plus en plus compliquées à gérer pour le patient comme pour les soignants.

## La maladie d'Alzheimer : une perte de la mémoire progressive

La maladie d'Alzheimer, la plus médiatique des maladies neurodégénératives, se caractérise par

le développement de plaques amyloïdes associées à une dégénérescence neurofibrillaire. Ces lésions anatomiques se traduisent par des troubles de la mémoire, premiers signes révélateurs de la maladie, qui s'accroissent au fil du temps. « *Les patients vont oublier par exemple s'ils ont mangé. Ils vont alors multiplier les repas ou a contrario sauter des repas* », rapporte le Dr Florence Bieder, gériatre au Centre médical des Monts de Flandre à Bailleul. De simples oublis qui se transforment très vite en une perte de la notion du temps et de l'espace : le patient ne sait plus quoi manger ni quand. « *Chez les patients encore à domicile, il faut s'assurer qu'il n'y a pas d'aliments périmés car la date de péremption qui figure sur l'emballage des aliments ne signifie plus rien pour eux !* », relate la gériatre. À cela, s'ajoute également une désorientation spatiale de plus en plus embarrassante : si en début de maladie les patients sont perturbés par les environnements inconnus, avec l'évolution de la maladie, leur propre appartement devient étranger. À un stade plus avancé, les troubles gnosiques (troubles de reconnaissance des visages et des objets) apparaissent. « *Le patient ne sait plus ce qu'est une fourchette ou une assiette et ne sait plus comment s'en servir. Il faudra l'installer à table, mettre la fourchette dans sa main et initier le mouvement avec lui en espérant qu'il retrouvera un automatisme* », explique la scientifique.

## Des causes somatiques à ne pas négliger

Les patients déments n'ont parfois plus accès au langage comme par le passé. Ils peuvent alors avoir du mal à verbaliser leurs sensations et notamment leur inconfort physique. Un refus alimentaire récent ou une aggravation du comportement alimentaire doit alerter le soignant, des causes somatiques pouvant être à l'origine de ces difficultés. « *Surtout en cas de douleur*, précise Florence Bieder. *Quand le patient a mal au ventre ou qu'il a des hémorroïdes qui rendent son assise très inconfortable, son repas va en être fortement impacté.* » La constipation, les infections urinaire, digestive et autres ou encore l'encombrement respiratoire sont également à considérer. Dans ce dernier cas, la gériatre conseille de « *lever le pied sur l'alimentation, en privilégiant les soins de bouche, éventuellement la perfusion sur 24/48 heures* ». ■

## Des troubles de l'oralité pour la dégénérescence fronto-temporale

Une autre démence, la dégénérescence fronto-temporale, est elle aussi marquée par de fortes perturbations des comportements alimentaires. Comme son nom l'indique, c'est la zone frontale du cerveau qui est touchée, ce qui se traduit notamment par une hyperoralité. « Les patients sont capables de mettre dans leur bouche un demi-camembert ou une demi orange, explique la gériatre. Ils ne vont pas mastiquer et avaler tout rond, les voies aériennes peuvent alors se bloquer. » Sans compter la consommation d'aliments non comestibles comme les feuilles, les fleurs, les cailloux ou, plus dramatique encore, les produits ménagers.

À noter également, le jeune âge des patients peut induire en erreur les aidants qui auront tendance à penser qu'ils peuvent s'alimenter seuls. Et il est associé à une force musculaire plus importante que celle des patients plus âgés qu'il ne faudra pas négliger. « Il faut sécuriser l'environnement et ne rien laisser à portée de main », conseille le médecin. D'autant plus que la maladie est marquée par une impulsivité et une agressivité qu'il faudra gérer. Enfin, la pathologie se distingue par une instabilité motrice avec des déambulations très marquées par moment, suivie de périodes d'apathie extrême.

### La maladie à corps de Lewy : des capacités changeantes

« Situé entre Alzheimer et Parkinson, la maladie à corps de Lewy se caractérise par des fluctuations des performances et de la vigilance », introduit le Dr Bieder. Une symptomatologie déstabilisante puisque le patient paraîtra d'abord peu évolué dans la maladie et quelques instants plus tard, beaucoup plus atteint. « Ces symptômes sont si changeants qu'ils peuvent même provoquer des clivages au sein de l'équipe soignante, explique la gériatre. Certains accuseront le patient de 'faire exprès' puisqu'avec moi, cela se passe très bien. » Les troubles de la vigilance sont eux aussi à surveiller de près puisqu'ils augmentent le risque de fausses routes. « Encore plus avec la dernière cuillère, lorsque l'on veut absolument que le patient finisse son assiette. Il vaut mieux décaler le repas devant un patient trop endormi. »

En outre, des hallucinations olfactives et des épisodes délirants -notamment des délires d'empoisonnement- pourront contrarier l'alimentation. « Il faut penser à ouvrir le conditionnement devant le patient afin qu'il n'imagine pas que vous avez introduit quelque chose à l'intérieur », conseille le médecin. Le syndrome parkinsonien constitue également un réel frein pour les patients : le tremblement, la lenteur du mouvement et les raideurs affectent les prises alimentaires. Enfin, contrairement à la maladie d'Alzheimer, le vécu de la

maladie peut être extrêmement douloureux puisque les patients se sentent parfois très dégradés. « Le refus alimentaire peut intervenir parce qu'ils ne veulent pas manger devant les autres. Le syndrome parkinsonien gêne la gestuelle, les patients se salissent en mangeant, etc. Il vaut parfois mieux les faire manger dans leur chambre ou dos au voisin. »

### Une instabilité motrice fréquente

L'alimentation dans les maladies neurodégénératives est d'autant plus importante que l'on sait désormais que ces patients présentent fréquemment une dépense énergétique plus importante. En cause : une hyperactivité motrice. « Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ne tiennent pas en place. Ils ne veulent pas rester à table, ce qui va en plus considérablement gêner la prise alimentaire. » Pour parer à cette difficulté, il faudra user d'ingéniosité. Les « finger food », que le patient pourra avaler en marchant, offrent par exemple une alternative intéressante. « Attention cependant aux risques de fausse route lors des déambulations », prévient le médecin. Enfin, le plaisir alimentaire est une clé essentielle pour améliorer l'alimentation de ces patients délicats. Il conviendra donc d'évaluer les situations qui favorisent les prises alimentaires : goûts, horaires, habitudes alimentaires. « Il faut garder à l'esprit que les goûts peuvent évoluer avec la maladie, fréquemment vers le sucré. On pourra également repérer si le patient mange mieux avec tel soignant ou s'il mange davantage le matin, l'équipe soignante pourra ainsi cibler le repas à enrichir en priorité. »

Violaine Colmet Daêg

Avec l'évolution de la maladie d'Alzheimer, les patients perdent la notion du temps et de l'espace.

“ Les “finger food” offrent une alternative intéressante pour parer à l'instabilité motrice au cours du repas. ”

#### Quelques troubles du comportement alimentaire liés au déclin cognitif

**La praxie buccale :** le patient n'ouvre pas spontanément la bouche, il sert les dents, il prend la nourriture et la recrache. « Il faut essayer de trouver des biais pour favoriser l'alimentation orale, en fractionnant les repas par exemple, ou en passant la main à un autre soignant simplement. »

**Le comportement actif de résistance alimentaire :** le patient met les mains devant la bouche, il agrippe, mord, crache, détourne la tête. « Il suffit parfois de se placer derrière le patient afin de lui donner la nourriture sans qu'il puisse vous voir. »

**Le comportement sélectif :** le patient souhaite toujours manger la même chose. Il préfère les liquides plutôt que les solides. « Cela ne favorise pas l'équilibre alimentaire certes mais si cela le fait manger... ».

**Dyspraxie et troubles de l'attention :** le patient joue avec les aliments, parle, se déconcentre. Le repas n'en finit pas, et finalement, le patient a peu mangé. « L'environnement pour ces patients est primordial : il doit être calme et ne doit pas être une source de distraction (pas de musique, ou de télévision). Il faut parfois occuper les mains des patients, en leur donnant une serviette à plier par exemple. »