



Diabète et troubles de la déglutition

Date :

18 / 04 / 2024

Auteur : Laure SOULEZ LARIVIERE, diététicienne et orthophoniste

Sujet :

La déglutition, qui se produit 1500 à 3000 fois par jour, est une fonction essentielle. Elle assure le transport des aliments, boissons, sécrétions et médicaments de la bouche à l'estomac, tout en protégeant les voies aériennes.

Ce mécanisme complexe peut être perturbé par différents types de pathologies, dont le diabète, en particulier les complications liées à la neuropathie diabétique atteignant la motricité du pharynx et de l'œsophage, organes fondamentaux dans la déglutition.

Les troubles de la déglutition (ou dysphagie) sont lourds de conséquences, notamment sur le plan nutritionnel, mais ils altèrent également la qualité de vie.

La prise en charge des troubles de la déglutition chez le patient diabétique s'inscrit dans une démarche de soins pluridisciplinaire.

Résumé :

La neuropathie diabétique concerne 50% des patients diabétiques après 20 ans d'évolution de la maladie. Cette complication affecte plusieurs systèmes, dont le mécanisme de déglutition, via l'apparition d'anomalies du temps pharyngé et de troubles moteurs œsophagiens.

Outre la neuropathie diabétique, les patients diabétiques peuvent avoir d'autres facteurs de risque de troubles de la déglutition, tels que la sécheresse buccale, les antécédents d'AVC ou la présence d'une démence (vasculaire ou de type Alzheimer). Une hypoglycémie sévère avec trouble de la conscience entrave elle aussi dangereusement le mécanisme de déglutition.

La perturbation du passage des aliments dans l'œsophage provoque une réduction de la prise alimentaire et est délétère pour l'équilibre du diabète, ainsi que pour l'état nutritionnel de manière générale. La dénutrition est la principale complication des difficultés à déglutir.

Toute plainte relative à la déglutition doit motiver un examen ORL. Le bilan orthophonique ou kinésithérapique de déglutition complète efficacement les examens médicaux et permettent de préconiser la texture la plus adaptée aux difficultés du patient.

Depuis 2013, les textures modifiées font l'objet d'une standardisation internationale : l'IDDSI. La SFNCM, en 2019, a recommandé que les adaptations de textures soient établies selon cette standardisation.

Plusieurs études ont démontré que les aliments à texture modifiées n'étaient pas équivalents aux textures entières, en termes d'apports caloriques mais aussi en macro et micronutriments, majorant ainsi le risque de dénutrition déjà présent.

Ce risque de dénutrition est aggravé par les troubles digestifs fréquents chez les patients diabétiques (RGO, satiété précoce, constipation...). La qualité de la composition des repas et l'adaptation des traitements sont donc fondamentaux pour maintenir l'état nutritionnel du patient diabétique.



EN PRATIQUE – Points de vigilance – Messages clés

- En cas de troubles de la déglutition, on veillera à favoriser une alimentation hyperprotéinée et hypercalorique pour palier la déperdition liée à la texture et prévenir l'apparition d'une dénutrition.
- Le diététicien ajustera ses conseils en fonction des préférences et des habitudes du patient, afin de permettre une bonne observance des textures modifiées, qui sont souvent peu appétentes et source de lassitude pour les patients.
- Une vigilance sera apportée aux poudres épaississantes utilisées pour les boissons. En effet, certaines sont composées d'amidon et ont un impact sur l'apport glucidique quotidien et la glycémie. Par conséquent, dans certains cas, les traitements devront être adaptés en fonction de cet apport en glucides.
- Une attention particulière doit être accordée aux traitements donnés par voie orale. Les patients dysphagiques peuvent avoir des difficultés à avaler des comprimés. Tous les anti-diabétiques oraux ne sont pas écrasables et la collaboration avec le pharmacien est indispensable.
- La prévention de la survenue des difficultés de déglutition passe aussi par l'environnement direct du repas : pièce calme, patient assis et bien redressé, tête légèrement penchée en avant et pieds au contact du sol. Si le soignant ou l'aidant est présent lors du repas pour aider la prise alimentaire, il doit être assis en face du patient et non debout, proposer des petites bouchées/gorgées et surtout prendre son temps pour permettre aux déglutitions de s'enchaîner sans douleur ni fausse route.

Liens et biblio :

<https://www.iddsi.org/>

<https://www.inserm.fr/dossier/diabete-type-2/>

DUCROTTE P, MELCHIOR C (2016) Tube digestif et diabète. Post'U, 99-104

GEORGE NS, RANGAN V, GENG Z, KHAN F, KICHLER A, GABBARD S, GANOCY S, FASS R (2017) Distribution of Esophageal Motor Disorders in Diabetic Patients With Dysphagia. J Clin Gastroenterol. (10), 890-895

HEULIN V, GESLIN C, CHLALA A (2017) Révolution mixée – Outils de soins et Art culinaire

Société Française d'Endocrinologie – Complications dégénératives et métaboliques du diabète

THIOLET C, CORBERAND D, HARNOIS F, MENNECIER D, FARRET O (2008) Complications digestives du diabète. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gastro-entérologie, 9-089-C-30

VAILLANT M-F *et al.* (2019) Recommandations sur les aliments standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissements de santé. Nutrition Clinique et Métabolisme, vol. 33, issue 4, p. 235-253