

Reprise alimentaire orale post-extubation

**Laurence Blottière, Sandrine Descamps,
Roberto Martinez-Alejos, Anne-Marie Rossignol**

*Service de réanimation traumatologique et post-chirurgicale
Groupe Hospitalier Pellegrin (Bordeaux)*

Introduction

Une hospitalisation en service de réanimation traumatologique et post-chirurgicale lourde constitue une phase d'agression aiguë et importante.

La définition proposée de la «situation d'agression aiguë», est issue de la conférence de consensus «Nutrition de l'agressé» réalisée par la Société francophone de nutrition entérale et parentérale, en 1997 : *«L'agression résulte d'une situation aiguë induisant des réactions inflammatoires et des modifications endocriniennes responsables d'une augmentation de la dépense énergétique et d'un hyper catabolisme azoté»*

Les patients incapables de s'alimenter souffrent en plus d'affections graves qui élèvent le niveau de métabolisme au profit du catabolisme, engendrent un déficit énergétique et font le lit de la dénutrition [1].

Or la dénutrition retentit sur l'évolution des patients en réanimation. Elle retarde la cicatrisation, majore le risque infectieux par diminution des défenses immunitaires (perte de poids à 10 %), produit une altération fonctionnelle musculaire et respiratoire pouvant augmenter la durée d'hospitalisation (perte de poids à 20 %), et dans des situations extrêmes, accroît le risque de mortalité si la perte de poids excède 30 % [1].

1. Les critères de dénutrition

Il est admis que l'on parle de dénutrition dès que la perte de poids est supérieure à 20 % avec un IMC inférieur à 18Kg/m²

Tableau I

CRITERES DENUTRITION HAS 2007 [2]

	Dénutrition sans précision	
Critères	Moins de 70 ans	Plus de 70 ans
Perte de Poids	≥ 10 % par rapport à la valeur antérieure ou ≥ 5 % en 1 mois	≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 5 % en 1 mois
IMC	≤ 17 Kg/m ²	≤ 21Kg/m ²
Albunémie*	< 30G/L	< 35G/L
Préalbunémie*	< 110mg/L	

	Dénutrition sévère - Malnutrition Grave	
Critères	Moins de 70 ans	Plus de 70 ans
Perte de Poids	≥ 15 % en 6 mois ou ≥ 10 % en 1 mois	≥ 15 % en 6 mois ou ≥ 10 % en 1 mois
IMC	≤ 16 Kg/m ²	≤ 18Kg/m ²
Albunémie*	< 20G/L	< 30G/L
Préalbunémie*	< 50mg/L	
* en l'absence de syndrome inflammatoire (inflammation si CRP > 15g/L)		

Un seul critère suffit pour coder la dénutrition (critères non cumulatifs)

Il est donc recommandé d'évaluer l'état nutritionnel de tous les patients adultes hospitalisés par le calcul de l'indice de masse corporelle et cela dès le premier jour d'hospitalisation :

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m}^2\text{)}$$

Au CHU de Bordeaux, ces paramètres sont à renseigner de façon obligatoire pour tout patient hospitalisé (hors réanimation). Ils constituent une alerte pour le soignant qui doit prévenir le médecin et la diététicienne afin qu'une prise en charge spécifique se mette en place.

2. Besoin énergétique ou B.E.

L'apport énergétique quotidien doit venir compenser la phase d'hyper catabolisme. Il doit être débuté de façon précoce par une alimentation de préférence entérale et s'établir autour de 25 Kcal/Kg (apport protéique inclus) chez l'adulte [3].

Cet apport doit se poursuivre tout au long de la prise en charge, tenant compte de l'évolution de l'état de santé du patient. Certains calculs permettent d'évaluer ces besoins nutritionnels mais restent imprécis. Ils font intervenir des paramètres statiques (poids, taille) et des paramètres dynamiques (température, ventilation mécanique, niveau de sédation...) mais dans aucun cas ces calculs ne remplacent l'utilisation de la calorimétrie indirecte, seule en mesure d'adapter l'apport calorique au niveau des dépenses énergétiques du patient. Cette technique malheureusement peu déployée en réanimation, est la seule capable d'éviter la « surnutrition », source de stéatose hépatique et d'hyperglycémie, ou de « nutrition hypocalorique », source des complications sus-citées.

D'autres paramètres sont pris en compte comme le niveau d'agression, et le niveau d'activité.

- Le niveau d'agression correspond à l'état physiopathologique du patient : patient atteint de fractures multiples ou d'infection sévère ou polytraumatisé et/ou en postchirurgical etc.
- Le niveau d'activité correspond à l'activité motrice selon que le patient soit alité, mobile, agité ou sédaté par exemple. Mais l'adaptation de ce calcul à la réanimation est difficile dès lors que l'état métabolique du patient fluctue. En effet, l'action variable des différentes thérapeutiques dont va nécessiter le patient provoque d'importantes variations de la dépense énergétique. Une sédation profonde avec curarisation peut diviser par deux cette dépense alors que la diminution de la sédation peut l'augmenter. D'autre part, n'y a pas de corrélation significative entre la sévérité de l'agression et la dépense énergétique [4].

Cet apport énergétique quotidien de mieux en mieux maîtrisé au cours de la phase aiguë par nutrition entérale ou parentérale, doit être maintenu lors de la phase

de récupération ou de post-réanimation notamment lors de la reprise alimentaire après extubation. L'objectif essentiel est de maintenir l'apport énergétique durant cette période et de le mesurer au mieux afin d'éviter les complications d'une éventuelle dénutrition ou d'un « syndrome de renutrition » qui engage le pronostic vital (désordre électrolytique avec hypokaliémie et hypomagnésémie, rétention hydrosodée).

En moyenne les besoins énergétiques se situent dans une fourchette de 1700 à 2500 KCal pour un adulte de 70Kg. L'alerte doit être effectuée dès que la quantité calories/jour est inférieure à 1500 Kcal [5] (annexe1).

Dans le service de Réanimation traumatologique, une feuille d'ingesta en version numérique est utilisée et renseignée quotidiennement en données caloriques et protidiques, afin que chaque apport puisse être quantifié dès la reprise alimentaire du patient.

Elle permet le calcul automatique des besoins énergétiques et des calories ingérées en fonction du volume alimentaire absorbé. C'est un atout majeur dans le suivi, au plus près, des apports énergétiques et protidiques du patient.

Une supplémentation doit être prévue dès que l'alimentation orale ne couvre pas 60 % des besoins. Cette supplémentation se présente sous la forme de compléments nutritionnels oraux enrichis (annexe 2).

Cependant, une période d'intubation prolongée associée à une altération de la fonction neurologique que ce soit d'origine centrale et/ou médullaire peut engendrer des troubles de la déglutition qui parasitent les conditions de reprise alimentaire.

3. Les problèmes de déglutition

La déglutition est un phénomène physiologique permettant de s'alimenter au quotidien tout en protégeant les voies aériennes. C'est un acte anodin pour toute personne saine mais qui peut être difficile voire dangereux pour une personne présentant des troubles de la déglutition [6].

3.1. Physiologie de la déglutition

3.1.1. Phase 1 - temps buccal (mastication-propulsion) : volontaire

Après l'introduction de l'alimentation dans la bouche, il se produit une fermeture des lèvres, une ascension de la base de la langue et une descente du voile du palais pour assurer l'étanchéité de la cavité buccale antérieure et postérieure. La respiration n'est pas inhibée, elle devient nasale. Une fois le bol alimentaire correctement formé, il va être propulsé vers l'œsophage et il se produit un réflexe de déglutition qu'il est important d'analyser et de comprendre [6].

3.1.2. Phase 2 - temps laryngo-pharyngé : réflexe

Les cordes vocales se ferment dès l'entrée du bol alimentaire dans le pharynx. Par une contraction de proche en proche, les muscles du pharynx acheminent le bol vers le carrefour pharyngo-laryngé alors en position « fermée » d'inhibition de la respiration et de protection des voies aériennes (le patient réalise à ce moment une apnée). En d'autres termes, le larynx se ferme avant la contraction du pharynx. Enfin, l'épiglotte vient recouvrir les cordes vocales.

3.1.3. Phase 3 : temps œsophagien et gastrique

Le sphincter supérieur de l'œsophage se relâche permettant au bol alimentaire de pénétrer dans l'œsophage puis dans l'estomac.

3.2. Physiopathologie de la déglutition en réanimation chirurgicale

Les causes des troubles de la déglutition en réanimation chirurgicale sont d'origines diverses : les plus fréquentes sont liées à la présence d'une sonde d'intubation, d'une canule de trachéotomie ou d'une sonde nasogastrique, mais également liées à la pathologie, à l'âge des patients et à leurs traitements médicamenteux.

3.2.1. Les lésions induites par la réanimation

3.2.1.1. Les effets de la présence d'une sonde d'intubation

La sonde d'intubation, qu'elle soit nasale ou orale, est placée au contact des zones déclenchant le réflexe de déglutition. Ceci entraîne un retard de déclenchement du réflexe de déglutition et une perturbation du réflexe de toux. De plus, une atrophie musculaire liée à l'absence de fonctionnement du réflexe de déglutition se produit après intubation prolongée [6,9].

Une intubation traumatique ou une inflammation locale peuvent également, altérer les cordes vocales jusqu'à entraîner une paralysie de ces dernières. Cette immobilité cordale diminue les capacités de fermeture du larynx pendant la déglutition.

Par ailleurs la présence d'une sonde naso-gastrique, ainsi que la durée de l'intubation (supérieure à 24h) et la taille de la sonde d'intubation sont des facteurs qui majorent les risques de lésions laryngées dues à l'intubation.

Ces lésions provoquées par l'acte d'intubation ou la présence de la sonde elle-même sont à l'origine de troubles de la déglutition qui peuvent durer de quelques heures à plusieurs mois après extubation.

L'âge des patients semble avoir un rôle dans la sévérité de ces troubles. En l'absence de pathologie neurologique associée, le réflexe de déglutition se normalise entre le septième et le quinzième jour post-extubation pour les patients les plus jeunes ou ayant moins de 65 ans. Pour les patients de plus de 65 ans, le délai de normalisation de ce réflexe est supérieur à 15 jours.

3.2.1.2. Les effets de la sonde naso-gastrique sur la déglutition

Comme la sonde d'intubation et la canule de trachéotomie, la simple présence de la sonde naso-gastrique entraîne un retard du déclenchement du réflexe de déglutition [6].

Elle est également à l'origine d'une hypersalivation qui peut être difficilement déglutie par le patient. Elle favorise également le reflux gastro-œsophagien et le reflux œsopharyngé. L'irritation des structures avoisinantes de la sonde naso-gastrique peut aussi entraîner des lésions locales et provoquer des œdèmes

laryngés. L'œdème diminue la perception des aliments et des sécrétions et retarde donc le déclenchement du réflexe de déglutition.

Il peut également limiter la mobilité des cordes vocales. Cet œdème favorise les stases alimentaires et des fausses routes de stase apparaissent. Le simple retrait de la sonde permet la disparition de l'œdème.

3.2.1.3. Les effets de la trachéotomie sur la déglutition

Comme pour la sonde d'intubation, la présence d'une canule de trachéotomie crée des lésions à l'origine de troubles de la déglutition. L'alimentation fait alors fausse route et s'accumule puis stagne au-dessus du ballonnet. Ce dernier n'étant jamais parfaitement étanche, les résidus alimentaires coulent le long de la paroi laryngée jusqu'aux poumons, sans déclencher le réflexe de toux. Ce sont des fausses routes « silencieuses ». La chronicité de ces fausses routes rend leur seuil de détection plus élevé [6].

3.2.2. Les troubles de déglutition liés aux pathologies

3.2.2.1. La (les) lésion(s) cérébrale(s) acquise(s) (LCA)

La LCA est à l'origine, une blessure plus ou moins importante du système nerveux central (le cerveau, cervelet, tronc cérébral) provoquée par un événement souvent instantané comme un traumatisme crânien provoqué par un accident, un accident vasculaire cérébral, une tumeur cérébrale et/ou son exérèse, une anoxie cérébrale [7].

Au niveau de la déglutition, les patients peuvent présenter des rétentions buccales sans déglutition, avec immobilité totale de la bouche ou au contraire une mastication excessive sans possibilité d'avaler. Ils se comportent comme s'ils avaient perdu le « mode d'emploi » de la déglutition. Certains patients touchés au niveau du cervelet sont capables de réaliser des mouvements fins mais n'arrivent pas à les contrôler. Par exemple, ces mouvements peuvent concerner les muscles de la bouche, des lèvres, du pharynx, rendant le bol alimentaire difficile à contrôler.

3.2.2.2. Le blessé médullaire

Une lésion de la moëlle épinière (LME) a pour conséquences des troubles moteurs, sensitifs, proprioceptifs, cutanés, végétatifs, respiratoires, digestifs,

vésicaux, sphinctériens et génito-sexuels. Il est important de noter qu'une LME peut être complète ou incomplète : le tableau clinique du lésé médullaire variera donc en fonction de l'étendue de la lésion.

L'insuffisance respiratoire aiguë puis chronique due à la faiblesse de la musculature respiratoire va causer des dysphagies. Les patients ont une respiration tellement « limitée » qu'ils ne peuvent pas faire une série d'apnées de déglutition suffisamment longues et risquent d'inhaler des particules alimentaires.

Chez ces patients, la gravité des fausses routes tient à l'impossibilité de tousser efficacement pour les évacuer.

3.2.2.3. L'atteinte des nerfs crâniens

Cette atteinte peut causer une altération de la motricité volontaire des organes de la déglutition et de la phonation. Comme précédemment, on observera un trouble moteur complet ou incomplet ainsi qu'un retard du réflexe de déglutition

3.3. Les fausses routes alimentaires et le rôle des textures

La fausse route alimentaire est un accident dû à l'inhalation dans les voies aériennes de liquide ou de particules alimentaires normalement destinés à l'œsophage. Ses origines sont multiples : absence de déglutition mais respiration buccale menant à une inhalation, retard du réflexe de déglutition, mauvaise propulsion d'un bol alimentaire mal uni ou humidifié, stases pharyngées...

Dans un contexte physiologique, lorsqu'un élément étranger pénètre dans les poumons il se produit une irritation des bronches qui déclenche un réflexe de toux. Le but de cette toux est d'évacuer le corps étranger pour revenir à l'état physiologique. Lors d'un repas cette toux doit alerter le soignant sur l'éventualité d'une fausse route.

Cependant, chez certains patients, ce réflexe peut être diminué voire aboli. L'alimentation pénètre dans les poumons mais le patient ne tousse pas, il ne présente aucun signe clinique de fausse route : c'est la fausse route silencieuse. Elle pourra être objectivée dans les 48h suivant la prise alimentaire par une dégradation de l'état respiratoire se traduisant par une augmentation de l'encombrement pulmonaire, une désaturation ou une augmentation de l'apport en oxygène.

Les textures alimentaires vont jouer un rôle dans le déroulement de la déglutition. Alors que certaines textures favorisent la déglutition correcte, d'autres génèrent plus facilement des fausses routes [8].

- *Les textures liquides* ont une viscosité et une adhésivité minimales et ont tendance à s'étaler dans la bouche. Ce sont des éléments peu contrôlables dans la bouche et leur écoulement est rapide vers le larynx. En particulier chez les personnes présentant un retard du réflexe de déglutition, ces textures sont les plus propices à la survenue d'une fausse route.
- Les liquides rafraichis et gazeux permettent d'éveiller les récepteurs sensitifs et favorisent la stimulation du réflexe de déglutition.
- *Les textures épaissies* ont une viscosité et une adhésivité plus importantes, ce qui les rend plus contrôlables dans la bouche. Leur écoulement plus lent accorde un temps supplémentaire à la survenue du réflexe de déglutition.
- De la même façon, des produits frais (yaourts, compotes, crèmes) stimulent davantage les récepteurs sensitifs que des produits chauds (potage, mixé).
- *Les textures émietées* sont difficilement contrôlables par la bouche et favorisent les stases buccales et pharyngées. Elles sont responsables de fausses routes retardées lors de la respiration[8].
- *Les textures solides* nécessitent d'être mâchées et propulsées avec force par la langue. Elles posent problème dans les cas d'altération de la phase de mastication-propulsion.

Ces textures peuvent être hachées, moulinées et enrobées par une structure liante pour faciliter leur prise.

Ce constat nous oblige à respecter des règles de reprise alimentaire, règles ou l'implication de l'équipe soignante dans son ensemble (médecins et rééducateurs compris) est majeure (annexe 3). La reprise alimentaire est une décision médicale.

Le test de déglutition est réalisé par les rééducateurs et fait l'objet d'une traçabilité dans le dossier de soins infirmiers Ce test détermine la possibilité ou non d'entreprendre une alimentation per os en précisant la texture (annexe 4).

4. Les conditions optimisées d'une reprise alimentaire

Ces conditions forment un tout qui débute dès l'installation du patient jusqu'à la posture du soignant au moment du soin.

Il est nécessaire d'adapter la texture des repas (préalable : test de déglutition) et de s'adapter au gout alimentaire du patient (rôle de la famille qui peut aider l'équipe soignante).

Le patient est non encombré. Il faudra s'assurer d'une séance de kinésithérapie respiratoire préalable si besoin.

La cavité buccale est une préoccupation. Les agressions de la muqueuse buccale sont multiples : infectieuses, chimiques, thermiques ou mécaniques. Elle doit être propre et saine afin d'optimiser les conditions de reprise de l'alimentation orale. C'est la raison pour laquelle la prévention et l'hygiène buccodentaire tout au long de la prise en charge et cela dès le début de l'hospitalisation est important (brossage des dents des patients intubés et soins de bouche) [10]

4.1. Installation et positionnement du patient

Le patient est non souillé (« nursé »). Il est installé 30 mn avant la prise alimentaire (sensations vertigineuses possibles :

- soit ½ assis dans son lit
- soit levé au fauteuil

Il est positionné confortablement, calé avec des traversins et des oreillers tenant compte de son handicap et l'installation est sécurisée : tête et tronc dans l'axe, membres supérieurs installés à hauteur, genoux fléchis à 90° et pieds posés à plat (si fauteuil). La tête est calée et positionnée, plutôt en avant (flexion antérieure: posture de sécurité pour la déglutition), menton sur la poitrine. La posture en rotation de la tête du côté de la paralysie pointe du menton dirigée vers l'épaule peut permettre une meilleure déglutition dans certaines situations en faisant passer le bol alimentaire vers le côté sain et permettant de décompresser le sphincter supérieur de l'œsophage (SSO).

L'adaptable est installé à hauteur adéquate. Les prothèses dentaires ainsi que les lunettes de vues sont mises en place. Un tablier ou serviette de protection couvre le thorax.

A la fin du repas, laisser le patient en position assise ou ½ assise environ 30 mn pour éviter un reflux éventuel. Il faudra proposer un soin de bouche/brossage de dents à l'issue du repas.

4.2. Posture du soignant

La reprise alimentaire est un soin, le soignant reste présent. Un seul soignant reste avec le patient. Il faut prendre le temps nécessaire au repas et être attentif. Il sera intéressant d'annoncer le menu en montrant chaque plat. Au cours de la prise alimentaire, le soignant encourage le patient calmement...mais n'incite pas à la conversation, pour diminuer le risque de fausses routes.

Le soignant est assis face au patient à bonne hauteur (bord de lit si le patient est ½ assis dans son lit), légèrement en contrebas pour éviter l'hyperextension de la tête du patient. Il propose des petites quantités (1/2 Cu à s), et attend la déglutition avant de proposer la 2ème bouchée. Il encourage à l'autonomie et accompagne le geste si besoin. Il arrête s'il constate une fatigue.

Il sait reconnaître les signes de fausses routes (toux-raclement de gorge-nausée, difficulté à reprendre sa respiration). Il est formé à la manœuvre de Heimlich.

4.3. Environnement

L'environnement est calme, éviter les parasitages type TV ou radio.

Attention à l'implication de la famille, notamment au début des reprises alimentaires. En effet, il ne faut pas négliger la part émotionnelle au moment de la reprise alimentaire notamment pour la famille et la fonction symbolique: « manger c'est vivre encore », « Quelqu'un qui mange va mieux ».

4.4. La famille

Il va falloir expliquer dans un 1er temps, la place que peut prendre la famille comme faire préciser les goûts et les habitudes alimentaires du patient, les intolérances, et renseigner une « fiche alimentaire de goût ».

Il faudra préciser à la famille qu'il ne faut pas donner à boire et /ou à manger sans l'avis de l'équipe, car il peut exister des risques de fausses routes et ne pas hésiter à demander des informations ou de l'aide ainsi que des conseils aux soignants.

Conclusion

La réalisation de ce projet nous a mobilisés en équipe pluridisciplinaire paramédicale et médicale, autour d'un aspect particulier de la prise en charge du patient de réanimation traumatologique, qui est la reprise alimentaire orale post-extubation. Il a encadré cette pratique en définissant les missions de chacun. Il a permis une réflexion dans son ensemble sur les différents aspects de la reprise alimentaire orale. Chacun des professionnels s'est repositionné sur sa pratique au bénéfice du patient.

Nous remercions le groupe de travail ayant participé à cette réflexion et à

l'élaboration de ce projet :

- . Joelle Saquet, Sandrine Descamps, *infirmières*
- . Anne-Marie Rossignol , Cathy Barrey , Agnès Bourdageaud, Fatia Snp, *aides-soignantes*
- . Lydie Bergeon, Magalie Lacape, *diététiciennes*
- . Bérengère Barbrel, Tiphaine Martin, Roberto Martinez-Alejos, *kinésithérapeutes*
- . Laurence Blottière, *cadre de santé IADE*
- . Laurent Petit, *médecin réanimateur*

Bibliographie

- [1] R.L.Chiolero, M.D.Bollmann. *Quels objectifs nutritionnels en réanimation?* Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS.2001 ; 10 : 521-6
- [2] ANAES. *Evaluation diagnostique de la dénutrition protéo-énergétique des adultes hospitalisés.* Septembre 2007
- [3] M. Thuong, S.Leteurtre. *Recommandations des experts de la Société de Réanimation de Langue Française, Nutrition entérale en réanimation.* Editions scientifiques et médicales Elsevier. 2003 ; 12 : 350-354
- [4] G.Nitenberg. *Apports nutritionnels en réanimation.* Editions scientifiques et médicales Elsevier. 2003 ; 12 : 340-349
- [5] L.Petit. *Fonction métabolique.* Réanimation traumatologique - Cours adaptation à l'emploi des infirmiers exerçant en soins intensifs/réanimation. Février 2010
- [6] D.Robert. *Les troubles de la déglutition post intubation et trachéotomie.* Editions scientifiques et médicales Elsevier. 2004 ; 13 : 417-430
- [7] F.Lardy-Gaillot. *Les troubles de la déglutition en neurologie.* Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation
- [8] M.Guatterie,V.Lozano *Déglutition-respiration : couple fondamental et paradoxal* Kineréa.2005 ; 42-1
- [9] G.Tourne, S.Brihaye *Troubles de la déglutition ou dysphagie.* Centre S.L.A Pitié Salpêtrière
- [10] Réseau ARESPA. *Soin de bouche- Rôle infirmier.* Site internet « les soins palliatifs en Franche-Comté » <http://ww.soinspalliatifs-fc.fr>

Annexe 1

Arbre décisionnel de prise en charge diététique en nutrition orale



Annexe 2

Jus de fruits :

		Apports	Parfums	Indications
Clinutren fruits		250 Kcal 8 g Protéines	Orange, pomme, framboise-cassis, poire-cerise	Boisson hypercalorique. Pour les patients n'appréciant pas les boissons lactées. PAS pour les DIABETIQUES.

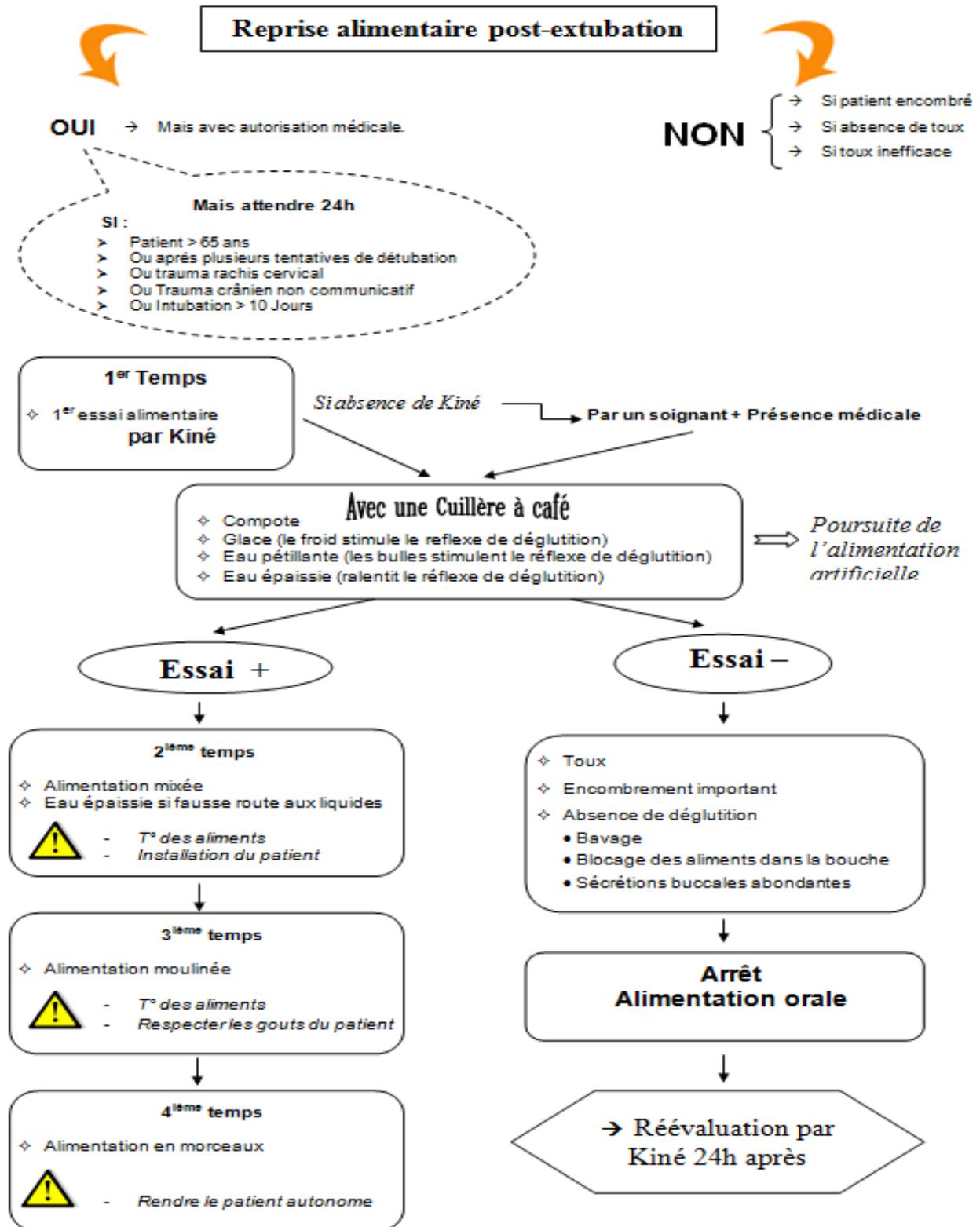
Boissons lactées :

Fresubin Energy (orange)		300 Kcal 11.2 g P	Vanille, chocolat, cappucino, fraise, neutre.	Boisson hypercalorique.
Fresubin 2 Kcal (rouge)		400 Kcal 20 g P	Vanille, cappucino, caramel, fruits de la forêt, abricot, neutre.	Boisson HP/HC. Pour tous.
Clinutren HP/HC		320 Kcal 20 g P	Vanille, chocolat, café, fraise, pêche, caramel.	Boisson HP/HC. Pour tous.
Fortimel		300 Kcal 20 g P	Vanille, chocolat, moka, fruits de la forêt, abricot, fraise, neutre.	Boisson HP/HC. A éviter chez les patients présentant des diarrhées (contient du lactose).

Les Crèmes :

	Floridine (125 g) 	Fortimel crème (125g) 
Apports	162 Kcal 11 g Protéines	200 Kcal 12.5 g Protéines
Lactose	Oui	Non
Parfums	Vanille, chocolat, moka, banane, fruits de la forêt	Vanille, chocolat, moka, banane, fruits de la forêt.
Indications	A éviter chez les personnes ayant tendance aux diarrhées Pour les patients ayant des troubles de la déglutition, pour les patients préférant la forme crème.	

Annexe 3



Annexe 4

RECOMMANDATION → → → → Attendre 24h après détubation **SI**

- Patient > 65 ans **et/ou**
- Plusieurs tentatives de détubation **et/ou**
- Traumatisme du rachis cervical **et/ou**
- Patient traumatisé crânien non communiquant,

DATE DETUBATION :

HEURE :

DATE TEST de DEGLUTITION : **Nom :**

Texture (Entourer)	Glace Compote		Eau épaissie Gazeuse / Plate	
	1/2 càc	1càc	1/2 càc	1 càc
Quantité				
Toux				
Bouche ouverte				
Bavage				
Durée temps de machage importante				
Résidu buccal				
Modif. Voix				
Chute SaO2				
Commentaires				

DATE TEST de DEGLUTITION : **Nom :**

Texture (Entourer)	Glace Compote		Eau épaissie Gazeuse / Plate	
	1/2 càc	1càc	1/2 càc	1 càc
Quantité				
Toux				
Bouche ouverte				
Bavage				
Durée temps de machage importante				
Résidu buccal				
Modif. Voix				
Chute SaO2				
Commentaires				

Autorisation : (Entourer)

Alimentation : NON / Mixée / Moulinée / Normale

Eau : NON / Epaissie / Gazeuse / Plate

Autorisation : (Entourer)

Alimentation : NON / Mixée / Moulinée / Normale

Eau : NON / Epaissie / Gazeuse / Plate