

La personne âgée malade

Particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques

D^r Matthieu Debray, D^r Catherine Bioteau

Département de médecine gériatrique et communautaire, Centre hospitalier universitaire, 38043 Grenoble Cedex 09

MDebray@chu-grenoble.fr

Objectifs

- Expliquer les concepts de vieillissement pathologique, de polypathologie et de vulnérabilité en gériatrie.
- Décrire les particularités sémiologiques, physiques et psychiques de la personne âgée malade.
- Définir le raisonnement thérapeutique en gériatrie et citer les principales règles générales de prescription chez le sujet âgé.

La gériatrie est la spécialité qui prend en charge la personne âgée malade. Elle se caractérise avant tout par une approche globale, bio-psycho-sociale du sujet âgé. Cette approche globale permet l'identification par une évaluation gériatrique standardisée de sujets âgés particulièrement vulnérables dits « fragiles » à haut risque de décompensations fonctionnelles souvent en cascade.

La prise en charge de la personne âgée malade s'efforce de lutter contre ce processus dynamique de fragilisation, source de dépendance.

L'approche thérapeutique ne se limite pas à la prescription médicamenteuse souvent source de iatrogénie, mais elle nécessite une collaboration interdisciplinaire étroite des intervenants médicaux, paramédicaux et familiaux.

LA PERSONNE ÂGÉE MALADE

Vieillesse normale et pathologique

Le vieillissement est un processus physiologique aboutissant à une diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme. Les principales modifications observées par appareil sont résumées dans le tableau 1. Aucune de ces modifications ne conduit par elle-même à une situation d'insuffisance de l'organe. Par contre, les capacités d'adaptation de l'individu âgé sont réduites. L'expression des maladies chez le sujet âgé s'en trouve souvent modifiée et concourt à l'originalité de la sémiologie gériatrique. Par exemple, une pneumonie chez le sujet âgé peut être à l'origine d'une décompensation cardiaque gauche, du fait d'une réserve fonctionnelle myocardique insuffisante pour s'adapter à l'augmentation du travail cardiaque requise par l'hypoxémie et (ou) la fièvre (tachycardie).

Polypathologie

La prévalence de nombreuses maladies chroniques augmente avec l'âge, dont la conséquence est une polypathologie. La durée d'exposition plus longue à certains facteurs de risque environnementaux l'explique en partie (ex. : tabagisme → coronaropathie). Par ailleurs, le vieillissement d'un organe peut favoriser l'apparition de maladies. Par exemple, la fibrillation auriculaire, présente chez 10 % des sujets de plus de 80 ans, est favorisée par les altérations du tissu nodal avec des processus de fibrose entraînant une moins bonne conduction. Enfin, les progrès thérapeutiques réalisés dans la prise en charge de maladies chroniques ont permis d'accroître l'espérance de vie de certains patients, notamment dans le domaine cardiovasculaire. Les sujets diabétiques, insuffisants cardiaques ou insuffisants rénaux vivent plus longtemps et sont susceptibles de développer des maladies directement liées au vieillissement.

Concept de fragilité

Chez le sujet très âgé, la diminution des réserves fonctionnelles liée au vieillissement parfois couplée aux maladies chroniques peut aboutir à un « état prémorbide » susceptible de décompensations multisystémiques brutales souvent en cascade. Cet état instable le place dans une situation de fragilité ou de vulnérabilité, à haut risque de décompensation fonctionnelle lors d'une situation de stress (maladie aiguë p. ex.). Le sujet âgé fragile est donc un sujet à haut risque d'hospitalisation en urgence, d'institutionnalisation ou de décès.

Tableau 1 Exemples de modifications physiologiques au cours du vieillissement et conséquences

APPAREIL OU ORGANE	EFFETS PHYSIOLOGIQUES LIÉS AU VIEILLISSEMENT	CONSÉQUENCES SUR L'ORGANE	CONSÉQUENCES CLINIQUES
Cœur	■ Augmentation de la masse myocardique	■ Défaut de relaxation diastolique du ventricule gauche compensée par la contraction auriculaire	■ Réduction des capacités d'adaptation à l'effort : → diminution de la VO ₂ max → diminution de la FC max
Artère	■ Modification de la structure de l'élastine ■ Rigidification du collagène	■ Diminution de la compliance artérielle	■ Augmentation de la pression pulsée
Rein*	■ Perte néphronique	■ Réduction de la filtration glomérulaire	■ Nécessité d'apprécier systématiquement la fonction rénale : formule de Cockcroft
Cerveau	■ Diminution de la vitesse et de l'amplitude de l'onde de dépolarisation ■ Diminution des concentrations de neuromédiateurs, de leurs récepteurs et des capacités de liaison de ces récepteurs	■ Baisse des performances mnésiques ■ Modification du sommeil	■ Difficultés à organiser les informations lors de l'encodage ■ Diminution de la capacité à traiter plusieurs informations simultanément ■ Augmentation du temps d'endormissement ■ Diminution du temps de sommeil profond

* Les altérations de la fonction rénale liées au vieillissement ont été remises en cause par des études longitudinales montrant que certains sujets conservaient une fonction rénale normale avec l'âge. Cependant, même si elle doit être considérée comme pathologique, la diminution de la clairance de la créatinine avec l'âge est un processus touchant l'immense majorité des sujets, ce qui nous pousse à la signaler dans ce tableau. (FC max : fréquence cardiaque maximale)

Malgré l'absence actuelle de consensus sur cette définition de la fragilité, certains paramètres de l'évaluation gériatrique sont avancés pour apprécier cet état. La capacité aérobie, la force musculaire et les réserves nutritionnelles, les capacités cognitives et psychosociales peuvent être le plus souvent mesurées par des tests simples (tableau 2).

Le dépistage précoce de la fragilité permet de développer des programmes de prévention, et d'agir en amont de la décompensation fonctionnelle par des actions essentiellement non pharmacologiques : activité physique, suivi nutritionnel, activité sociale.

PARTICULARITÉS SÉMILOGIQUES DE LA PERSONNE ÂGÉE

Personne ressource, aidant naturel

La consultation en gériatrie s'effectue souvent à 3. La personne âgée se présente généralement avec un membre de sa famille : le conjoint (notamment pour les hommes), la fille, plus rarement le fils. Le tiers présent est en général la personne dite « ressource » qui peut être désignée comme « personne de confiance » au sens de la loi du 4 mars 2002 par la personne âgée (encadré ci-contre). Dans le cas particulier des démences, cette tierce personne est souvent l'aidant naturel qui soutient la personne âgée et compense ses manques liés à la maladie.

PERSONNE DE CONFIANCE

► Extrait de la loi du 4 mars 2002, article 1111-6 : personne de confiance

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. » ●

Abord de la personne âgée en consultation

L'examen d'une personne âgée nécessite une attention particulière du clinicien pour instaurer les meilleures conditions de confort sensoriel, physique et psychique.

Le temps nécessaire à la consultation est très nettement supérieur à une consultation de l'adulte jeune, à la fois de par la nécessité d'une évaluation globale du patient, mais aussi du fait du degré de dépendance du patient (habillage, difficultés locomotrices, handicap sensoriel...).

Tableau 2. Échelles d'évaluation gériatrique

ÉCHELLE	OBJECTIF	DESCRIPTION
ADL	■ Appréciation de la capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation des activités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> → se laver → s'habiller → utiliser des toilettes (se rendre aux toilettes, utiliser les toilettes, arranger ses vêtements) → faire les transferts lit-fauteuil et assis-debout → continence (contrôle fécal et urinaire complet) → s'alimenter (se nourrir sans aide) ■ L'autonomie pour une activité est cotée 1, (un score < 3 montre une dépendance importante)
IADL	■ Appréciation de la capacité à réaliser les activités instrumentales de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> ■ Huit activités sont évaluées : <ul style="list-style-type: none"> → faire les courses → cuisiner → faire le ménage → entretien du linge → utilisation du téléphone → utilisation des moyens de transport → prise des médicaments → gestion du budget
MMS	■ Dépistage de troubles cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sur 30 points, appréciation rapide de l'orientation temporo-spatiale, de la mémoire (encodage et rappel différé), des praxies, du langage, des gnosies, du calcul et des fonctions exécutives
Anthropométrie	■ Appréciation de l'état nutritionnel	<ul style="list-style-type: none"> ■ Index de masse corporelle (poids/taille² en kg/m²) ■ Circonférence du mollet : mesure du périmètre maximal du mollet, jambe au repos fléchie à 90° ■ Circonférence brachiale : mesurée à mi-hauteur entre l'acromion et l'olécrâne ■ Mesure du pli cutané tricipital
MNA	■ Dépistage des patients à risque de malnutrition	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un score de dépistage sur 14 points. Si score ≤ 11, évaluation globale sur 16 points. Échelle sur 30 points : moins de 17, mauvais état nutritionnel ; de 17 à 23,5, risque de malnutrition
Appui unipodal	■ Appréciation de l'équilibre	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'impossibilité de se maintenir debout sur un pied plus de 5 secondes est un facteur prédictif de chutes traumatiques
Get-up-and-go	■ Évaluation des transferts assis debout, de la marche et des changements de direction (ce test, proposé initialement par Mathias, a ensuite été modifié et chronométré pour améliorer sa précision)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le sujet doit porter ses chaussures habituelles et utiliser les aides dont il a l'habitude (canne, déambulateur). Le sujet assis sur un siège avec accoudoirs est invité à se lever, marcher 3 m, faire demi-tour, revenir vers le siège, en faire le tour et s'asseoir de nouveau. La version initiale est cotée de 1 (aucune instabilité) à 5 (très anormal : risque permanent de chute). Un score supérieur à 3 traduit un risque important de chute ■ Dans la version chronométrée, le temps nécessaire pour effectuer la séquence précédente sans le tour du siège est mesuré. Un temps de moins de 10 s repère les sujets indépendants dans les activités de la vie quotidienne. Un temps de plus de 16 s multiplie le risque de chute dans les 5 ans par 2,7

ADL : *activity of daily living* (activités de la vie quotidienne) selon Katz ; IADL : *instrumental activity of daily living* (activités instrumentales de la vie quotidienne) de Lawton ; MMS : *Mini-mental state* de Folstein ; MNA : *Mini nutritional assessment*.

1. Présentation générale

La relation avec la personne âgée est une relation médecin-malade. La dépendance souvent présente, ne doit pas conduire à oublier la personne avec son vécu, son histoire, ses envies et ses projets, son droit à être respectée, sans familiarité déplacée. On s'adresse ainsi à la personne âgée malade comme on le fait avec un adulte plus jeune.

Par ailleurs, la présence fréquente d'un membre de la famille lors de l'entretien, ne doit pas conduire à oublier le patient au profit du tiers dont le discours permet parfois de préciser l'anamnèse.

2. Handicap sensoriel

L'hypoacousie est fréquente chez le sujet âgé. S'il est nécessaire de s'assurer le cas échéant du port et du bon fonctionnement des prothèses auditives habituelles, le clinicien doit se souvenir que le déficit auditif porte essentiellement sur les sons aigus. Ainsi, la voix « poussée » exagérément vers des tonalités aiguës est souvent désagréable pour le patient à cause d'un effet seuil au-delà duquel il perçoit une sensation de cris. Il est bien plus efficace et confortable de jouer sur le timbre de la voix.

Plus que la cataracte qui est bien souvent déjà opérée, la dégénérescence maculaire liée à l'âge est au premier plan des pathologies ophtalmologiques à l'origine d'une baisse de l'acuité visuelle chez la personne âgée. Il faut veiller à ne pas méconnaître un tel déficit qui peut accentuer une symptomatologie (troubles de l'équilibre, chutes), mais aussi qui doit rendre prudent sur l'interprétation de certains tests, notamment neuropsychologiques (v. encadré ci-dessous).

HANDICAP SENSORIEL DE LA PERSONNE ÂGÉE MALADE

Conseils

- ▶ **Limiter les bruits parasites** : pièce calme sans résonance, une seule personne parle à la fois
- ▶ **S'assurer du port des prothèses auditives** et de leur fonctionnement (les piles des prothèses ont une durée de vie de 2 à 4 semaines suivant l'utilisation)
- ▶ **Ne pas crier**, jouer sur le timbre de la voix
- ▶ **Parler lentement**, distinctement sans exagération grimaçante
- ▶ **Parler face au patient** à une distance qui lui permet de voir les expressions du visage et les mouvements labiaux
- ▶ **Savoir utiliser l'écrit** quand la surdité est majeure (ardoise, papier, écran d'ordinateur)
- ▶ **Éviter de mettre le sujet à contre-jour** (éblouissement chez les patients atteints de cataracte)
- ▶ **Veiller systématiquement au port de lunettes** de vue
- ▶ **S'assurer que l'éclairage est satisfaisant**
- ▶ **Apporter une réassurance**, le cas échéant en prenant la main du sujet, mais aussi en expliquant le déroulement de l'examen tout au long de celui-ci ●

3. Troubles cognitifs

Le plus fréquemment, lorsqu'il existe des troubles cognitifs, la personne âgée malade est accompagnée d'un tiers qui permet avec celle-ci la reconstitution de l'anamnèse. L'expérience du clinicien se juge alors dans son habileté à recueillir des informations pertinentes du tiers, tout en écoutant la formulation des plaintes par le patient. Un temps de dialogue, seul avec le patient doit être préservé dans le déroulement de la consultation.

Particularités de l'examen clinique

1. Interrogatoire

Le recueil du motif de consultation, de l'anamnèse et des antécédents fait appel en premier lieu à l'interrogatoire du patient suivant les modalités habituelles (temps d'écoute puis dialogue plus directif). Cependant, en cas de troubles cognitifs, l'interrogatoire est élargi aux proches : famille, personne ressource mais aussi au médecin traitant, ou aux intervenants socio-sanitaires au domicile (infirmières, auxiliaire de vie).

✓ **Antécédents** : toujours nombreux chez une personne âgée, ils doivent être hiérarchisés et logiquement organisés lors de l'observation, pour éviter l'écueil d'un listing non pertinent.

✓ **Polymédication** : l'importance de la iatrogénie chez les patients âgés implique une recherche systématique de l'ensemble des médicaments prises, non seulement per os mais aussi par voies locales : collyres, pommades, etc. La multiplicité des intervenants médicaux, notamment spécialistes d'organe, l'automédication, la difficulté de mémorisation de leur traitement peuvent compliquer la tâche.

✓ **Évaluation socio-sanitaire** : l'interrogatoire permet l'évaluation de la dépendance du sujet pour les actes de la vie quotidienne de la dépendance de sujet pour les actes de la vie quotidienne à l'aide des échelles de Katz et de Lawton (tableau 2) en distinguant la période précédant l'installation des troubles, de la période actuelle. Les aides socio-sanitaires en place sont parallèlement précisées (intervenants au domicile, aide personnalisée à l'autonomie [APA]).

2. Examen physique

Des particularités sont à connaître.

✓ **Signes généraux** : le poids est systématiquement noté. Au cours des infections même graves, l'hyperthermie n'est pas obligatoirement présente, et l'hypothermie n'est pas rare.

✓ **Examen cutané** : le pli cutané n'est pas synonyme de déshydratation du fait de l'atrophie des tissus sous-cutanés, sauf s'il est localisé par exemple au sternum ou à la face interne des cuisses. L'examen des points de pressions (notamment sacrum et talon) est systématique (escarres). La présentation et l'hygiène corporelle sont appréciées (troubles cognitifs et [ou] difficultés ostéo-articulaires ou déficit sensoriel).

✓ **Examen ostéo-articulaire** : recherche de déformations (accentuation de la cyphose dorsale, camptocormie, hyperlordose cervicale, troubles de l'appui plantaire : hallux-valgus, orteil en marteau, affaissement des voûtes), de limitations d'amplitudes articulaires, d'une amyotrophie.

✓ **Examen pulmonaire** : la présence de quelques râles crépitants liée au déplissement alvéolaire peut être normale.

✓ **Examen cardiovasculaire** : la présence d'un souffle systolique en écharpe de faible intensité n'est pas pathologique et traduit des remaniements aortiques scléreux. La mesure de la pression artérielle s'effectue aux 2 bras, en position couchée et debout (recherche d'hypotension orthostatique) avec la mesure du pouls. La palpation et l'auscultation de l'aorte abdominale recherchent un anévrisme.

✓ **Examen des appareils digestif et génito-urinaire** : l'examen buccodentaire et des prothèses participe à l'évaluation nutritionnelle. Le toucher rectal apprécie, outre la prostate chez l'homme, le tonus sphinctérien. L'atrophie vaginale est parfois importante, le toucher vaginal est le plus souvent difficile à réaliser.

✓ **Appréciation sensorielle** : l'évaluation même grossière de l'audition et de la vue fait partie de l'examen.

La polypathologie et le vieillissement des organes rendent l'examen clinique du vieillard le plus souvent très riche. L'évaluation de la pertinence de ces signes et leur nécessaire hiérarchisation est une des difficultés du raisonnement gériatrique.

Raisonnement gériatrique

1. Raisonnement uniciste ?

Devant toute situation clinique, la démarche médicale de l'interne recherche une unicité en regroupant les signes en syndromes pour définir une maladie unique. En gériatrie, cet effort d'unicité demeure nécessaire, mais l'enquête diagnostique conclut le plus fréquemment à l'existence d'un état polypathologique. Le raisonnement médical traditionnel s'enrichit, en gériatrie, d'une approche fonctionnelle multisystémique « bio-psychosociale » qui va permettre, par l'évaluation gériatrique standardisée, de proposer au patient une prise en charge multidisciplinaire.

2. Modifications symptomatologiques

L'expression des maladies chez la personne âgée est souvent atypique. Les douleurs thoraciques sont absentes dans environ un tiers des infarctus du myocarde. L'insuffisance cardiaque se traduit moins par une dyspnée d'effort que par une asthénie ou bien une baisse d'autonomie : le sujet réduit son activité proportionnellement à la réduction de sa capacité fonctionnelle cardiaque.

D'une façon générale, une maladie s'exprime plus souvent par la décompensation fonctionnelle qu'elle induit sur un organisme vieilli, fragilisé que par une symptomatologie d'organe. Une des traductions en pratique clinique est le flou qui entoure fréquemment le motif d'hospitalisation d'une personne âgée malade : « baisse de l'état général », « perte d'autonomie », « maintien à domicile difficile ». Ces états cachent la décompensation fonctionnelle aiguë d'un organisme fragilisé liée à une maladie intercurrente. Seule une évaluation clinique précise aidée d'un raisonnement gériatrique rigoureux permet alors une prise en charge adaptée.

Par ailleurs, une affection aiguë d'un organe peut s'exprimer uniquement par signes de décompensation fonctionnelle d'un autre organe. C'est ainsi qu'un syndrome confusionnel chez un patient âgé peut être le révélateur d'un globe vésical lié à un adénome prostatique. Une ischémie myocardique peut être la seule traduction d'un ulcère gastroduodénal hémorragique par le biais de l'anémie aiguë.

3. Événements en cascade

Le sujet âgé fragile, fonctionnellement instable, est à haut risque lors d'un événement intercurrent de décompensations multiples, en cascade, qui aggravent le pronostic. Pour exemple, une diarrhée lors d'un épisode de gastro-entérite aiguë chez une patiente traitée par diurétique hypokaliémiant peut être à l'origine d'une hypokaliémie sévère, source de troubles du rythme cardiaque. Le trouble du rythme, associé à l'hypovolémie induite par les pertes digestives et le traitement diurétique peuvent être à l'origine de chutes traumatiques et de fractures par le biais d'une hypotension orthostatique. L'alitement et les complications de décubitus qui en découlent peuvent secondairement être au premier plan du tableau clinique alors qu'ils ne sont que la conséquence d'une cascade d'événements qu'il faut reconstituer pour corriger un à un les facteurs de décompensation.

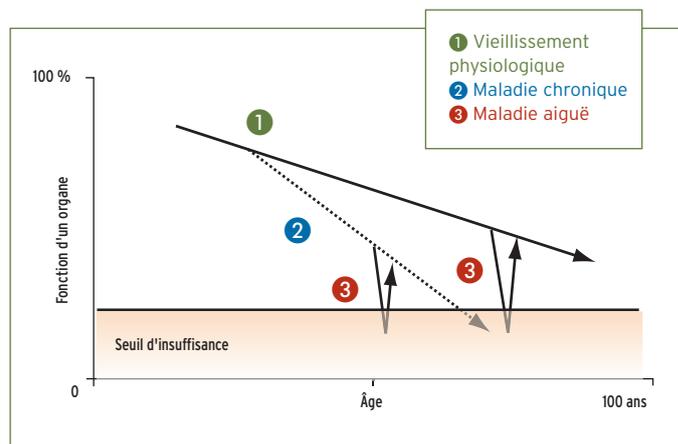


Figure 1 « 1 + 2 + 3 » de Bouchon.

4. Raisonnement gériatrique : le « 1+2+3 »

Un schéma modélisant la décompensation fonctionnelle de la personne âgée a été proposé par J.-P. Bouchon en 1984. Ce raisonnement gériatrique, ou « 1+2+3 de Bouchon » est particulièrement efficace pour la plupart des situations cliniques en gériatrie (fig. 1).

Sur ce schéma, l'abscisse donne l'âge du patient. En ordonnée, on représente la fonction d'un organe : au maximum 100 % avec un seuil clinique d'insuffisance marquant la décompensation fonctionnelle (confusion, insuffisance cardiaque aiguë, chute, perte de connaissance...). La courbe 1 représente les effets du vieillissement sur la fonction de l'organe (vieillesse cardiaque, vasculaire, rénale, cérébrale...). Le vieillissement isolé n'aboutit jamais en lui-même à la décompensation fonctionnelle. La courbe 2 représente l'effet d'une maladie chronique qui vient se greffer sur les effets du vieillissement et altère la fonction de l'organe (coronaropathie, syndrome démentiel, hypertension artérielle, ostéoporose...). La maladie chronique, si elle évolue, peut conduire au stade d'insuffisance (cardiopathie ischémique au stade d'insuffisance cardiaque globale). Cependant, l'effet couplé du



traitement et des adaptations fonctionnelles de l'organisme peut maintenir une capacité fonctionnelle suffisante, quoique diminuée.

La courbe 3 représente le facteur aigu de décompensation : stress aigu, pathologie iatrogénique, affection médicale aiguë (bronchopneumonie à l'origine d'un œdème pulmonaire aigu, prise d'un α -bloquant pour un adénome prostatique à l'origine d'une chute traumatique au lever secondaire à l'aggravation subite, iatrogénique, d'une hypotension orthostatique, jusqu'alors « compensée » chez un patient atteint de diabète compliqué de neuropathie avec dysautonomie).

THÉRAPEUTIQUE

Raisonnement thérapeutique en gériatrie

1. Données pharmacologiques

Certaines modifications du devenir du médicament liées au vieillissement ont une conséquence directe sur les règles de prescriptions chez la personne âgée.

✓ **Absorption** : le vieillissement influence peu l'absorption digestive du médicament. Les effets cumulés de la réduction de la sécrétion acide gastrique, du ralentissement de la vidange de l'estomac, de la diminution de la motilité intestinale et du flux sanguin splanchnique n'ont en général pas de conséquence sur le passage sanguin du médicament chez la personne âgée. Les autres voies d'administration (transcutanée, buccale, rectale) sont par contre sujettes à de grandes variations interindividuelles de la vitesse d'absorption ou de la quantité absorbée. En résumé, les modifications d'absorption liées au vieillissement ont un impact clinique négligeable en comparaison au risque d'interactions médicamenteuses liées à la polymédication.

✓ **Distribution** : la composition corporelle se modifie avec l'âge. L'eau totale de l'organisme et la masse maigre diminuent tandis que la proportion de tissu adipeux augmente. Le volume de distribution des médicaments hydrosolubles s'en trouve diminué, ce qui est à l'origine d'une augmentation de la concentration des produits au niveau des récepteurs (p. ex. digoxine : diminution de la posologie). À l'inverse, le volume de distribution des produits lipophiles est augmenté avec un état d'équilibre retardé et

Tableau 3 Règles de prescription médicamenteuse chez la personne âgée

CONNAÎTRE LE PATIENT	CONNAÎTRE LE MÉDICAMENT
<ul style="list-style-type: none"> ■ Établir précisément les diagnostics ■ Fixer des objectifs thérapeutiques ■ Évaluer les comorbidités et les coprescriptions pour mieux apprécier le rapport bénéfice/risque du traitement ■ Peser systématiquement les patients, rechercher une hypotension orthostatique, des troubles cognitifs, une dénutrition ■ Évaluer la clairance de la créatinine selon la formule de Cockcroft ■ Établir des priorités thérapeutiques avec le patient en prenant en compte prioritairement la qualité de vie ■ Ne pas répondre à une plainte systématiquement par une prescription médicamenteuse ■ Évaluer l'observance, l'automédication ■ Évaluer, le cas échéant, la capacité de l'entourage du patient à organiser l'administration médicamenteuse (l'aide d'un professionnel de santé au domicile peut s'avérer indispensable) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Connaître les répercussions du vieillissement sur la pharmacocinétique des médicaments qu'on utilise ■ Éviter les médicaments à demi-vie longue (sauf exception: notamment les anti-vitamine K) ■ Utiliser des doses plus faibles (psychotropes : neuroleptiques, antidépresseurs) ■ Ajuster le dosage selon l'effet thérapeutique observé ■ Éviter de prescrire les médicaments récemment mis sur le marché dont la pharmacocinétique et les effets secondaires chez le sujet âgé sont mal connus ■ Savoir adapter la galénique au sujet (comprimés, gouttes, injectables, collyres...) ■ Simplifier l'ordonnance pour favoriser l'observance (éviter les prises le midi, éviter les prises irrégulières d'un jour à l'autre ou seulement certains jours de la semaine) ■ Réviser le traitement du patient régulièrement ■ Éviter les médicaments n'ayant pas fait preuve de leur efficacité ■ Évaluer les interactions médicamenteuses possibles lors de toute introduction ou retrait d'un médicament ■ Savoir arrêter temporairement un médicament lors d'une affection aiguë pour éviter une complication iatrogène (p. ex. : arrêt momentané des diurétiques lors d'une gastro-entérite pour éviter une déshydratation) ■ Devant tout nouveau symptôme, évoquer la possibilité d'un effet secondaire médicamenteux ■ Déclarer les effets indésirables constatés à la pharmacovigilance

le risque d'une prolongation de l'effet thérapeutique à l'arrêt du médicament (p. ex. benzodiazépines). Le vieillissement physiologique ne modifie pas la fixation des médicaments à l'albumine ; en revanche, la polymédication augmente le risque d'interaction entre médicaments se liant fortement aux protéines plasmatiques (antidépresseurs tricycliques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, furosémide, fibrates, sulfamides hypoglycémisants...).

✓ **Métabolisme hépatique** : les médicaments subissant un effet de premier passage hépatique important ont une biodisponibilité qui augmente avec l'âge du fait d'une réduction de leur métabolisation hépatique (activité enzymatique hépatique moins efficace). Ainsi il faut diminuer la posologie des inhibiteurs calciques (vérapamil, diltiazem, dihydropyridines), de certains β -bloquants (acébutolol, labétalol, métoprolol...), de la morphine, de psychotropes (sertraline, clorzépaté). Le système enzymatique du cytochrome P450 et les mécanismes de conjugaison hépatique sont inchangés avec l'âge.

✓ **Élimination rénale** : elle constitue l'étape la plus modifiée par l'âge. La diminution de la filtration glomérulaire, du flux sanguin rénal, de la sécrétion et de la réabsorption tubulaire nécessite des ajustements de la posologie des médicaments à excrétion rénale. La mesure approchée de la clairance de la créatinine par la formule de Cockcroft est systématique. Pour exemple, on peut citer quelques médicaments courants nécessitant une adaptation de la posologie en fonction de la clairance de la créatinine : digoxine, sulfamides hypoglycémisants, aminosides, fluoroquinolones, pénicillines, IEC.

✓ **Pharmacodynamie** : l'impact du vieillissement demeure en général mal connu en dehors de quelques cas bien identifiés des gériatres, comme la sensibilité exacerbée du système nerveux central aux psychotropes.

2. Polymédication

Les sujets de plus de 65 ans ont en moyenne 2 à 3 fois plus de maladies que les sujets plus jeunes. La polymédication est justifiée par la polypathologie et par l'efficacité démontrée de nombreuses classes médicamenteuses en termes d'amélioration de la qualité de vie et (ou) d'accroissement de la longévité. Cependant, les enquêtes sur la consommation médicamenteuse des personnes âgées mettent en évidence différents écueils :

– la sur-prescription : les médicaments les plus prescrits chez le sujet âgé ne sont pas nécessairement ceux qui ont fait preuve de leur efficacité. Parmi les 30 médicaments les plus prescrits chez le sujet âgé, 8 ont un service médical rendu insuffisant. Par ailleurs, le médicament ne représente qu'une partie de l'action thérapeutique et toute plainte ne doit pas nécessairement déboucher sur une prescription médicamenteuse. L'intervention des psychologues, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, la prescription de soins infirmiers, l'éducation du patient et de son entourage font partie de la prise en charge globale de la personne âgée malade ;

– la sous-prescription : certains médicaments, dont l'efficacité est prouvée, devraient être plus souvent prescrits qu'ils ne le sont chez la personne âgée (exemple des anti-vitamine K) ;

POINTS FORTS

à retenir

L'association du vieillissement physiologique et de la polypathologie modifie l'expression des maladies chez la personne âgée, plaçant la décompensation fonctionnelle au cœur de la sémiologie gériatrique.

La prise en charge de la personne âgée malade nécessite une actualisation du raisonnement clinique traditionnel, mais aussi une évolution des mentalités médicales afin d'adapter dès maintenant le tissu socio-sanitaire à cette population en pleine expansion démographique.

– la dys-prescription : une démarche diagnostique précise est nécessaire avant toute prescription. Celle-ci est parfois déficiente ce qui aboutit à la multiplication de traitements uniquement symptomatiques alors qu'un traitement étiologique efficace existe.

3. Iatrogénie

Dix à 20 % des hospitalisations chez les personnes âgées sont liées à un accident iatrogénique. Les médicaments cardiovasculaires et les psychotropes sont incriminés dans 2 cas sur 3. La iatrogenèse pourrait être prévenue à la fois par une meilleure connaissance de la personne soignée (autonomie, fonction sensorielle, troubles cognitifs, fonction rénale...) et par une meilleure connaissance de la pharmacopée.

Les conséquences de ces accidents sont souvent graves chez des personnes âgées fragiles : hypotension orthostatique provoquant une chute traumatique, diurétiques favorisant une déshydratation. La symptomatologie est souvent atypique (maaises et chutes, syndrome confusionnel, troubles digestifs) ce qui implique devant tout événement nouveau chez une personne âgée la relecture des prescriptions à la recherche aussi bien d'un médicament introduit récemment que de l'arrêt d'un traitement (syndrome de sevrage à l'arrêt brutal d'un psychotrope).

Règles de prescription

Le tableau 3 résume des règles habituellement utilisées par les gériatres visant à améliorer la qualité de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.

Pour en savoir plus

► **Corpus de gériatrie**

Collège national des enseignants de gériatrie, 2M2 janvier 2000

► <http://www.credes.fr/>

Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la Santé

► **Troubles affectifs du sujet âgé**

Monographie (Rev Prat 2004 ; 54 [7] : 715-52)

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 Le vieillissement physiologique peut être à lui seul à l'origine d'une insuffisance cardiaque.
- 2 La vulnérabilité ou fragilité du sujet âgé peut être définie par un état physio-pathologique instable, susceptible de décompensations brutales.
- 3 L'évaluation gérontologique globale complète l'examen clinique traditionnel par une approche fonctionnelle.
- 4 La personne de confiance est la personne qui aide le patient âgé à son domicile.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 Un tiers des infarctus du myocarde survenant chez la personne âgée sont indolores.
- 2 Une infection grave chez la personne âgée, s'accompagne systématiquement d'une fièvre élevée.
- 3 La créatininémie suffit à apprécier la fonction rénale chez la personne âgée.

C / QCM

Quelles sont les assertions que l'on peut retenir concernant la iatrogénie ?

- 1 Elle est due à une mauvaise compliance des personnes âgées.
- 2 La polymédication accentue le risque d'effets secondaires.
- 3 Elle est à l'origine de 10 à 20 % des hospitalisations des personnes âgées.
- 4 L'appréciation de la clairance de la créatinine est nécessaire pour limiter le risque thérapeutique.
- 5 L'arrêt d'un médicament peut favoriser un accident iatrogénique.
- 6 Du fait de leur banalité, les accidents iatrogéniques ne doivent pas être déclarés à la pharmacovigilance.

Réponses : A : F, V, V, F / B : V, F, F / C : 2, 3, 4, 5.

MINI TEST DE LECTURE de la QUESTION 101 p. 203

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 En cas de morsure animale, l'animal doit être sous surveillance vétérinaire à J0 et J7.
- 2 En cas de morsure animale, l'injection d'immunoglobulines antitétaniques est systématique.
- 3 En cas de morsure de singe, la prévention de la rage n'est pas justifiée.
- 4 La pasteurellose est responsable d'une douleur très intense dans les heures qui suivent une morsure animale.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 La manipulation d'os de porc peut transmettre l'érysipéloïde, infection due à *Bacillus anthracis*.
- 2 *Francisella tularensis* peut être transmise par manipulation de lièvre.
- 3 *Pasteurella multocida* peut être responsable d'arthrites.
- 4 Les morsures de rat justifient une antibiothérapie systématique en raison du risque d'infection à *Streptobacillus moniliformis* et *Spirillum minus*.

C / QCM

Les signes suivants peuvent être liés à une lymphoréticulose bénigne d'inoculation :

- 1 Méningo-radiculite.
- 2 Papule érythémateuse annulaire d'évolution centrifuge.
- 3 Myocardite.
- 4 Oligoarthrite aiguë ou chronique.
- 5 Paralysie faciale périphérique.

Réponses : A : F, F, F, V / B : F, V, V, V / C : 1, 2, 3, 4, 5.

MINI TEST DE LECTURE de la QUESTION 181 p. 209

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 La définition de la iatrogénie se rapporte uniquement aux erreurs de prescription médicamenteuse.
- 2 Des tableaux réglementaires définissent les pathologies d'origine iatrogène pouvant être indemnisées.
- 3 La iatrogénie peut être secondaire à un défaut de surveillance.

B / QCM

La prévention des effets iatrogènes passe par :

- 1 Une bonne connaissance du patient.
- 2 Une bonne connaissance des médicaments prescrits.
- 3 La limitation des prescriptions, en particulier de médicaments « de confort ».
- 4 Une surveillance post-thérapeutique adaptée.
- 5 Un contrôle pharmaceutique des prescriptions médicales.

Réponses : A : F, F, V // B : 1, 2, 3, 4, 5.