

Nouvelles des Congrès

par le Dr Luc Pineux • Médecin généraliste • 6850 Offagne

18^e Colloque des Ardennes: la gériatrie

Bertrix, le 15 octobre 2005

Concept de fragilité

L'utilisation concomitante des termes fragilité et personne âgée est de plus en plus répandue dans la littérature. Le concept de fragilité est utilisé par les gériatres pour mieux cerner la santé des personnes âgées et donc leur proposer des interventions adéquates. Ce terme est une traduction approximative du terme anglais "frailty". Il n'existe pas, à ce jour, de consensus sur la définition de la fragilité. Nous préférons dire que la fragilité peut être abordée de différentes façons, complémentaires :

- Sur le plan médical, la personne âgée fragile est une personne polypathologique, chez qui la présentation des maladies est fréquemment atypique. Cette personne présente un ou plusieurs syndromes gériatriques : chutes à répétition, confusion, incontinence, pour ne citer que les plus fréquents. Ceux-ci sont considérés comme des marqueurs de la fragilité.
- Une approche fonctionnelle existe également, la personne fragile a besoin d'aide dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ ou AVJ, Activités de la Vie Journalière). Néanmoins, certains auteurs préfèrent associer la fragilité au risque d'incapacité. La fragilité est un état d'instabilité. Cette notion, plus dynamique, permet également d'introduire une notion de réversibilité.
- L'approche physiologique de la fragilité rencontre un certain consensus (notamment via la Société Américaine de Gériatrie). La personne fragile voit ses réserves physiologiques diminuées du fait du vieillissement, des maladies liées à l'âge ou de conditions environnementales plus larges. Il existe une réduction de l'homéostasie. Quatre dimensions physiopathologiques sont particulièrement impliquées dans la capacité de faire face à un stress, de s'adapter à une modification de l'environnement :
 1. La réduction ou non des réserves nutritionnelles (poids abaissé, anorexie, sarcopénie).
 2. La réduction ou non de la capacité aéro-bique ou VO2 max (déconditionnement).
 3. La réduction ou non de la force musculaire.
 4. La réduction ou non des capacités cognitives, des aptitudes psychomotrices, de l'intégration sociale.

Nous pouvons donc retenir que la fragilité est un syndrome résultant d'une réduction multi-systémique des réserves fonctionnelles au point que plusieurs systèmes physiologiques s'approchent ou dépassent le seuil d'insuffisance. Le processus de fragilisation est longtemps méconnu, caché. La fragilité des personnes âgées peut être brutalement révélée. L'organisme n'est plus capable de résister à un stress tel une maladie aiguë intercurrente, une chute, un deuil. Ce stress entraîne une déstabilisation de l'organisme bien plus grande que celle qui aurait été attendue, avec des phénomènes en cascade, et des conséquences importantes sur le plan fonctionnel. La fragilité est un état évolutif, certaines de ses composantes peuvent être réversibles.

D'après l'exposé du Dr P. CORNETTE (Médecine gériatrique-MIG, Cliniques universitaires Saint-Luc, 1200 Bruxelles) : "Le concept de la fragilité de la personne âgée".

Échelle d'intensité des soins

L'échelle de niveaux d'intensité des soins permet aux soignants de décider de l'intensité des soins qu'ils vont proposer à un patient. Son premier intérêt est de leur apprendre à nuancer, à clarifier, à anticiper de manière positive le choix de traitements à mettre en œuvre. Son second intérêt est lié au fait qu'elle est écrite : il y a donc un support pour attester de la décision prise et pour la communiquer dans la chaîne des soins dont différents médecins et infirmier(e)s sont des maillons.

Elle nécessite que l'ensemble des soignants concernés acceptent de se réunir et de chercher ce qui semble le plus adéquat pour ce patient-là, en concertation avec le patient (si possible), la famille, le médecin traitant.

Dans les hôpitaux où un tel document est élaboré, il est souvent issu d'un souci d'amélioration constante de la qualité des soins, en faisant de cette amélioration un processus dont la dynamique est interne à l'hôpital.

En médecine générale, dans le même souci de qualité de soins, une telle réflexion est utile principalement lorsque nous travaillons étroitement avec les infirmières, que soit à domicile ou dans une maison de repos.

Un exemple d'un tel document, utilisé dans le service des urgences des Cliniques Universitaires UCL de Mont Godinne et adaptée par le groupe « Qualité » des cliniques, à partir d'un document canadien élaboré par Gilles Voyer est, à votre disposition sur le site de la SSMG.

Le choix de son utilisation est lié à la récurrence de certaines questions liées à des problèmes difficiles, par exemple :

- **Pourquoi** certains malades sont-ils réanimés alors qu'ils ne devraient pas l'être ?
- **Pourquoi** certains malades ne sont-ils pas réanimés alors qu'ils devraient l'être ?
- **Pourquoi** certains malades meurent-ils seuls, alors qu'il était possible qu'ils soient entourés ?
- **Qu'est-ce** qui permet de décider une désescalade thérapeutique ? comment la communiquer ?

...
L'utilisation d'un tel document a aussi des limites. La concertation nécessaire n'évite pas les conflits, mais elle permet de les mettre à jour, d'affronter clairement les difficultés. Le malaise ressenti par les soignants vient en effet plus souvent du non-dit que de la prise de conscience des divergences. Il est parfois difficile pour certains soignants d'oser mettre par écrit leur avis ; une peur est alors à dépasser. Il est parfois difficile, voire impossible, de recueillir l'avis du patient ou d'entrer rapidement en contact avec ses proches. Cela donne encore plus d'importance à la nécessité de se réunir pour prendre une décision. Il faut aussi éviter le mythe simplificateur qui pourrait faire croire qu'il suffit de cocher quelques items sur un menu pour tout résoudre. Il ne s'agit donc pas d'une manière simple ou simpliste de résoudre un problème qui ne l'est pas.

D'après l'exposé du Docteur Cécile BOLLY (Médecin généraliste à 6840 Tournay, auteur du livre "L'éthique en chemin. Démarche et créativité pour les soignants") : "Échelle d'intensité des soins".

Prescription appropriée

L'oratrice, porteuse du diplôme de pharmacien clinicien, spécialité répandue dans les pays anglo-saxons mais nouvelle en Belgique, nous explique son rôle au sein

d'une institution hospitalière, et notamment d'un service de gériatrie. Il consiste à accueillir le patient, à conseiller le médecin spécialiste tout au long de son séjour (Overuse, Misuse, Underuse — voir ci-après — mais aussi compliance et concordance avec le patient : « on a tout changé, ou à peu près et je ne m'y retrouve pas du tout ») et s'occupe du transfert de l'information du médecin spécialiste au médecin généraliste.

Les personnes âgées souffrant régulièrement de pathologies concomitantes, la prescription de plusieurs médicaments s'avère souvent nécessaire. Or, cette population comporte un risque particulièrement élevé de complications iatrogènes, pour diverses raisons (modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées à l'âge, risques d'interactions médicamenteuses, problèmes de compliance, manque de données scientifiques). Il devient dès lors de plus en plus complexe d'assurer chez ces personnes un usage optimal (efficace, non toxique, économique et acceptable pour le patient) des médicaments.

Il existe trois grandes catégories de prescriptions dites "inappropriées" en gériatrie. La première catégorie concerne l'"overuse" ou "surprescription". Ainsi par exemple, un certain nombre de médicaments sont parfois prescrits soit sans indication dite "valable", soit pendant une durée trop longue.

La deuxième catégorie est appelée "misuse". L'utilisation est ici considérée comme inappropriée en terme de choix de médicament, de dose, d'interactions, de modalités de traitement. Certaines associations médicamenteuses sont particulièrement à éviter en gériatrie (liste de Beers: amitriptyline, codergocrine, indométhacine, oxybutynine, antihistaminiques anticholinergiques, dipyrindamole, BZD à longue durée d'action, propoxyphène, amiodarone, fluoxétine, ...).

Enfin, la troisième catégorie, encore trop souvent oubliée, concerne l'"underuse" ou "sous-médication". Il s'agit de l'omission de médicaments efficaces pour la prévention ou le traitement de certaines maladies (par exemple 42 % d'insuffisants cardiaques ne reçoivent pas d'IEC, 40 % de fibrillation auriculaire n'ont pas d'anticoagulant ou aspirine, 72 % de patient ayant chuté et atteints d'ostéoporose ne reçoivent pas de traitement, ...).

D'après l'exposé du Pharmacien Anne SPINOWINE (pharmacien clinicien UCL): "Utilisation appropriée des médicaments en gériatrie".

Dépister la malnutrition

Les études longitudinales conduites dans différents pays industrialisés ont montré que certaines carences nutritionnelles et la malnutrition favorisent un vieillissement de mauvaise qualité et, de ce fait, constituent un des principaux facteurs de mortalité et

de morbidité de la population âgée.

La prévalence de la malnutrition peut varier de 1 % chez les personnes âgées vivant au domicile jusqu'à 30 à 60 % (!) dans les maisons de repos ainsi que les hôpitaux!

Deux types de dénutrition sont décrits. La dénutrition exogène est liée à une carence d'apport en nutriments spécifiques (vitamines) et protéino-calorique. L'origine de cette carence d'apport est multiple: facteurs sociaux et environnementaux (baisse des revenus, régimes abusifs et scrupuleusement suivis, anorexie liée à la polymédication), déficits fonctionnels (trouble de la mastication, du goût, trouble de la vision ou de la marche empêchant la réalisation des courses) ainsi que déficits secondaires à des pathologies digestives ou à une malabsorption. Les mécanismes en cause dans la dénutrition endogène sont actuellement mieux connus: l'interleukine 1 (IL1), le tumor necrosis factor (TNF) ainsi que l'interleukine 6 qui ont un puissant effet d'inhibition de la synthèse hépatique des protéines de transport (albumine, préalbumine) et de stimulation de la production des protéines de la phase aiguë inflammatoire (C Reactive Protein – CRP et orosomucoïde). Ces 2 types de dénutritions sont souvent associées. Si la dénutrition est exogène par carence d'apport, elle facilitera une infection qui provoquera à son tour une dénutrition endogène, qui aggravant la malnutrition, nuira à la guérison de l'infection.

Malheureusement, à part le suivi du poids (variations rapides) ou du BMI (< 21) (il existe différentes modalités pour calculer la taille d'une personne âgée), il n'existe pas de marqueur spécifique de la dénutrition, même biologique (l'albumine, la préalbumine, la CRP, les lymphocytes, le cholestérol restant des marqueurs sensibles mais non-spécifiques).

Reste alors l'échelle d'évaluation: la Mini Nutritional Assessment (MNA) est la plus utilisée car elle est reproductible et d'utilisation facile auprès de la personne âgée. Même si elle n'est pas internationalement reconnue.

En conclusion, restons attentifs aux variations de poids de nos patients âgés, surtout s'il existe des facteurs exogènes de dénutrition (anamnèse, connaissance du milieu de vie). Si une dénutrition est suspectée, elle est à confirmer par une échelle d'évaluation (MNA, ...).

D'après l'exposé du Dr Claire GAZZOTTI (Service de Gériatrie, Centre Hospitalier Régional de la Citadelle à Liège): "La malnutrition de nos personnes âgées. Dépistage".

Prévention cardio-vasculaire après 80 ans

En préliminaire, l'orateur définit ainsi le patient de plus de 80: « En nombre croissant, ils évoluent dans un monde que la médecine

fondée sur les preuves (EBM) n'a pas encore investi. Aux yeux de « LA SCIENCE », comme à ceux de l'expert, les octos se singularisent. Pour tout dire, l'octo agace. ». En effet, 84 sur 50000 essais contrôlés randomisés (RCT), soit 1,7 %, entre 1990 et 2002, portent sur des échantillons de patients dont l'âge moyen est supérieur à 80 ans (J.L. Le Quintrec). Difficile donc de tirer des conclusions sur la prévention cardio-vasculaire du patient de plus de 80 ans. Retenons simplement ceci sur deux facteurs de risque CV, l'HTA et la cholestérolémie:

- L'HTA systolique est une forme particulière d'HTA de la personne âgée dont l'étiologie et les mécanismes de régulation sont différents de ceux de l'HTA systolodiastolique du sujet jeune. Soulignons l'importance de la notion de pression pulsée (PA pulsée (PP) = PA Syst – PA diast.) et son intérêt en terme de risque CV: si la PP est supérieure à 65 mmHg, le risque CV est 2 fois supérieur que si la PP est inférieure à 50 mmHg.
- Le risque de mortalité et de déclin fonctionnel lié aux taux de cholestérol chez les personnes de plus de 80 ans est peut être plus important pour des valeurs inférieures aux normes.

En ce qui concerne le problème particulier de l'insuffisance cardiaque, elle est difficile à diagnostiquer et malgré les progrès, l'efficacité des thérapeutiques paraît insuffisante pour améliorer les symptômes.

En conclusion, il existe une spécificité physiologique et pathologique, dans cette population âgée (> 80ans) émergente, qu'il est grand temps d'évaluer, afin de développer des prises en charge adaptées, basées sur des connaissances scientifiques sérieuses.

D'après l'exposé du Dr J PÉTERMANS (CHR La Citadelle – Liège): "Comment adapter la prévention cardio-vasculaire après 80 ans".

Diabète et 4^e âge

Le traitement du diabète de type 2 chez la personne âgée en déclin (« fragile ») doit faire l'objet de toute notre attention au vu des accidents possibles (déséquilibre en cas d'infection ou d'opération, coma hyperosmolaire, mal perforant plantaire artérite décompensée, majoration de l'IR sous IEC) et des complications du traitement oral (acidose lactique avec biguanides, mesures diététiques chez une personne en perte musculaire, ...). Un retour à l'insuline se révélera indispensable car celle-ci est plus performante et moins dangereuse que les antidiabétiques oraux, mais surtout elle possède un effet anabolisant. L'orateur propose d'utiliser dans ce cas particulier un mélange d'insuline intermédiaire et rapide (Mixtard® 30/70) le matin et une insuline intermédiaire seule (Insulatard®) le soir. Le régime sera très large n'excluant pas que les excès manifestes et compulsifs.

D'après l'exposé du Dr Claude MÉLON (Interniste-Gériatre au C.H. de Jolimont à Lobbes): "Traitement du diabète du 4^e âge. Comment l'aborder?".