

Sujet âgé : sujet à risque ?

UE 123 – C. FERNANDEZ - 2024

Objectifs pédagogiques

- Définition du risque chez le sujet âgé (SA)
- Notion de fragilité :
 - Définition, dépistage, conséquences
- Fragilité et prescription de médicaments
- Les grands syndromes gériatriques
 - Dénutrition
 - Déshydratation
 - Coup de chaleur
 - Troubles de la déglutition
 - Incontinences
 - Douleur
 - Diabète
 - Ostéoporose
 - Confusion mentale
 - Syndrome de glissement

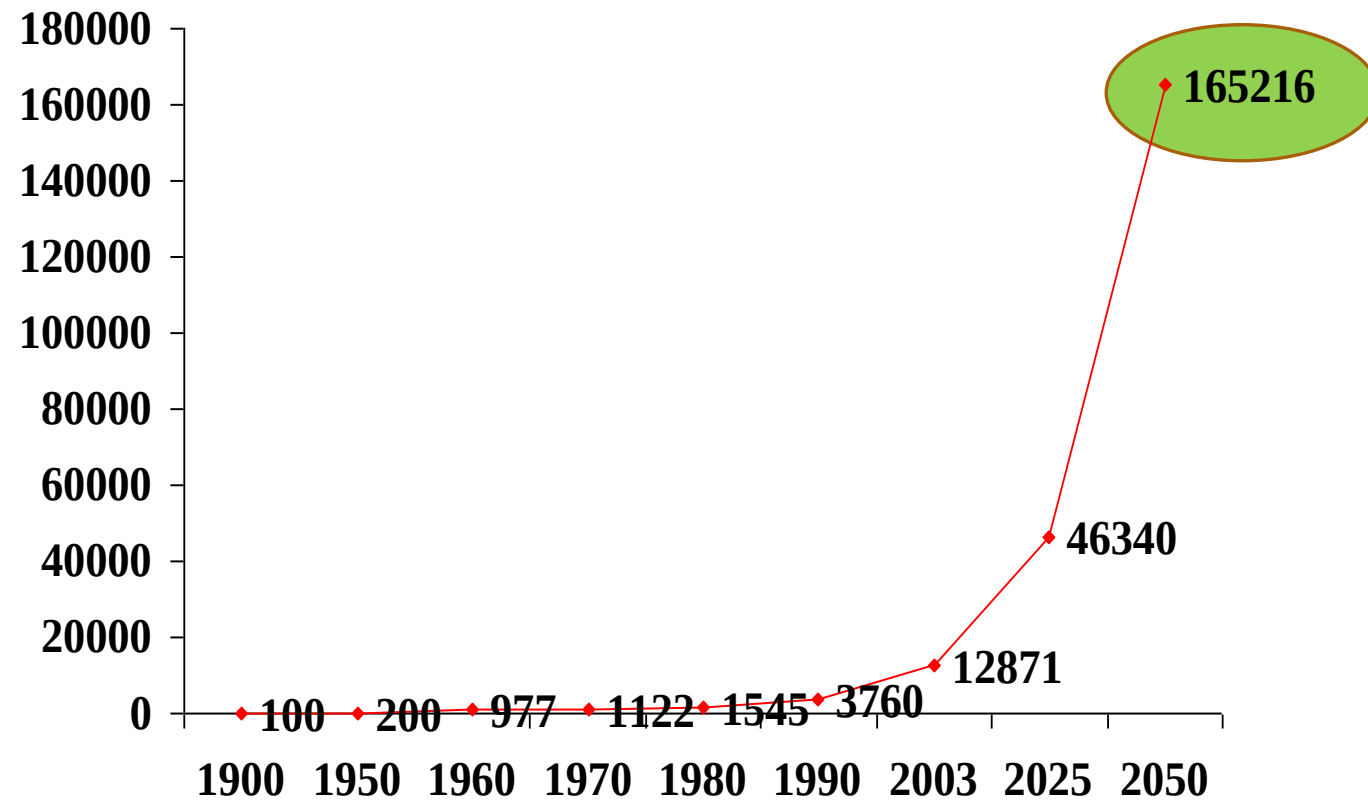
Objectifs pédagogiques

- Altération de l'état général (AEG)
- Ce qui amène aux urgences
- Cas clinique

De qui parle-t-on ?

1800 : 1 centenaire
1900 : moins de 100
1950 : 200
2013 : 19 564
2050 : 165 000
2060 : 190 000

Les centenaires en France



Un risque ? Pourquoi ?

Modifications pharmacocinétiques liées à l'âge

Voir cours du Pr Eric PAUTAS

iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé

N'oubliez pas le calcul de la clairance de la créatinine...

Clairance de la créatinine selon **Cockroft et Gault**

- Chez l'homme = $1.25 \times \text{Poids (kg)} \times (140 - \text{âge}) / \text{créatinine } (\mu\text{mol/l})$
- Chez la femme = $1.04 \times \text{Poids (kg)} \times (140 - \text{âge}) / \text{créatinine } (\mu\text{mol/l})$

Clairance de la créatinine selon **MDRD** (Modification of Diet in Renal Disease)

- Chez l'homme = $186 \times (\text{créatinine } (\mu\text{mol/l}) \times 0,0113)^{-1,154} \times \text{âge}^{-0,203}$
 - x 1,21 pour les sujets d'origine africaine
 - x 0.742 pour les femmes

L'équation du **CKD-EPI** (Chronic Kidney Disease - Epidemiology Collaboration) plus précise que celle du MDRD et devrait remplacer cette dernière en usage clinique de routine

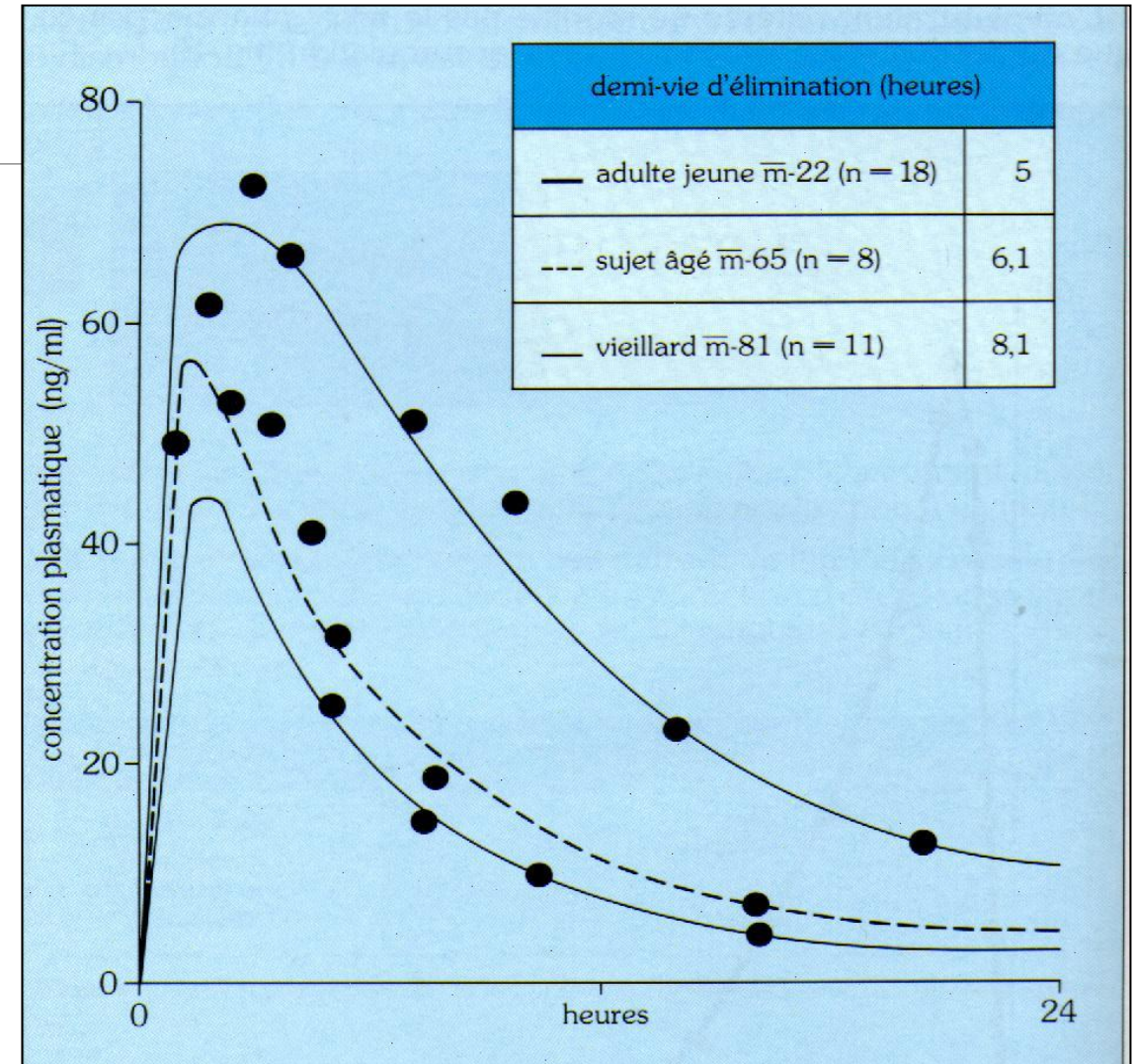
Un exemple ...

BZD
métabolisme hépatique

Variation des demi-vies
d'élimination en fonction de
l'âge

Risques d'accumulation plus
importants si métabolites actifs
↗ biodisponibilité
↘ élimination

***Posologie = demi-dose
chez patient âgé***



**En complément du cours
du Pr Eric Pautas...**

Modifications pharmacodynamiques liées à l'âge

Altération des contrôles homéostasiques

■ Adaptation circulatoire à l'orthostatisme

- vasodilatateurs, tricycliques, antihistaminiques, anti-HTA, anti-angineux, anticalciques, diurétiques, BZD, L-dopa, bromocriptine, morphine

Un sujet âgé tombe en se levant la nuit

■ Diminution du tonus postural

Vieillesse musculaire, proprioception

- neuroleptiques, sédatifs, somnifères, tranquillisants

Un sujet âgé marche courbé

Altération des contrôles homéostasiques

- **Troubles de la thermorégulation :**

Risque d'hypothermie

(anesthésiques, tricycliques, barbituriques, BZD, neuroleptiques)

Un sujet âgé est frileux

- **Troubles de fonctionnement des muscles viscéraux :**

- **Constipation (altération des fibres musculaires lisses)**

(analgésiques, anti-cholinergiques, tricycliques, anticalciques)

- **Incontinence urinaire**

Aggravée par diurétiques et alpha-bloquants

Un sujet âgé est plus à risque d'obstr. Int.

Modification des récepteurs avec l'âge

La sensibilité de certains récepteurs se modifie avec l'âge

- **les récepteurs du système cholinergique** : certains traitements anti-cholinergiques utilisés dans l'impériosité mictionnelle peuvent également avoir un effet central et induire ainsi un syndrome confusionnel
- **Les récepteurs alpha et bêta** ont une affinité diminuée

Les EI médicamenteux sont plus fréquents chez le sujet âgé

Tous les sujets âgés sont-ils à risque ?

COMMENT REPÉRER LES SUJETS LES PLUS À RISQUE ?

Définition de la fragilité ... pas si simple

- Pas une pathologie spécifique : expression clinique variée
- Diminution des capacités à « faire face » : diminution des capacités d'adaptation et d'anticipation au stress ou au changement d'environnement
- Diminution des réserves fonctionnelles
- État instable, sensible au stress aigu
- Risque :
 - Incapacités/handicaps temporaires ou permanents, morbi-mortalité

Critères de fragilité

La fragilité est un processus continu de vulnérabilité croissante qui prédispose au déclin fonctionnel (Dr L Fried)

Conférence de consensus de 2003 : risque de déséquilibre entre des éléments somatiques, psychiques et sociaux, provoqué par une agression même minime.

En pratique, elle se manifeste et s'évalue par l'apparition de troubles cognitifs, comportementaux et sensoriels, de polypathologies, de polymédications, et par l'accroissement des besoins d'aide dans la vie quotidienne. La fragilité peut être patente ou latente.

Critères de fragilité

(Fried L et coll.)

5 critères :

- **Perte de poids** : > 10% depuis 60 ans ou BMI < 18,5
- **Lenteur de marche** : < 0,65 m/sec
- **Faiblesse** : force de préhension (gripstrength) < 17 kgs
- **Fatigue** : évoquée par le patient lui-même
- **Réduction de l'activité physique**

≥ 3 critères = **fragile**

1 ou 2 critères = **préfragile**

0 = **vigoureux**

L Fried et al. J Gerontol 2001

Espérance de vie de l'homme

(en France)

	Vigoureux	Standard	Fragile
65 ans	21	18.5	9.7
70 ans	16.8	14.8	8.6
75 ans	12.8	11.5	7.3
80 ans	9.5	8.4	5.9

Situations cliniques de fragilité et caractéristiques

- **Ordre général** : âge élevé sup à 85 ans, sexe masculin, pathologies chroniques lourdes telle AVC, diabète, K
- **Ordre fonctionnel** : perte d'autonomie pour une ou des activités de la vie quotidienne, besoin d'aide pour le maintien à domicile, incluant l'entretien de la maison la préparation des repas /atteinte de la mobilité et faible vitesse de marche
- Liés aux syndromes gériatriques : dénutrition, syndromes confusionnels, chutes, incontinence urinaire, escarres, déficits sensoriels , susceptibilité aux accidents iatrogènes
- Liés à l'état neuro-psychologique : état dépressif, maladie d'Alzheimer et autres démences
- Liés aux soins : contention physique, maintien au lit/ nombre élevé de médicaments
- **Ordre subjectif** : sentiment personnel de mauvaise santé
- **Ordre social** : difficultés socio-économiques, familiales, solitude, isolement

Fragilité : quels risques ?

Chez le SA fragile, le résultat morbide de l'agression ou du stress est disproportionné

- Fréquence des syndromes gériatriques : chutes, confusion, dépression, perte d'autonomie, escarres, incontinence, ...
- Pathologies en cascade
- **Allongement des durées d'hospitalisation** (x3)
- Ré-hospitalisation
- Perte d'autonomie
- **Risque d'institutionnalisation** à 5 ans x 9
- **Mortalité** à 3 ans x 4

Winograd et al. J Am Geriatr Soc 1991

Rockwood et al. Lancet 1999

Chin et al. J Clin Epidemiol 1999

Critères de fragilité de Rockwood

- 1) **En forme** : actif, énergique, motivé. Ces personnes ont une activité régulière et sont en meilleure forme que ceux de leur âge
- 2) **En santé** : sans maladie active mais en moins bonne forme que la catégorie 1
- 3) **Traité pour une maladie chronique** : les symptômes sont bien contrôlés
- 4) **En apparence vulnérable** : bien qu'indépendante, la personne a des symptômes d'une maladie active
- 5) **Légèrement fragile** : avec une dépendance limitée pour les activités instrumentales
- 6) **Modérément fragile** : a besoin d'aide à la fois pour les activités instrumentales et pour les gestes de la vie quotidienne
- 7) **Sévèrement fragile** : complètement dépendant pour les activités de vie quotidienne ou en fin de vie

Repérage des sujets fragiles : pourquoi ?

Repérer les plus fragiles... les plus à risque de iatrogénie

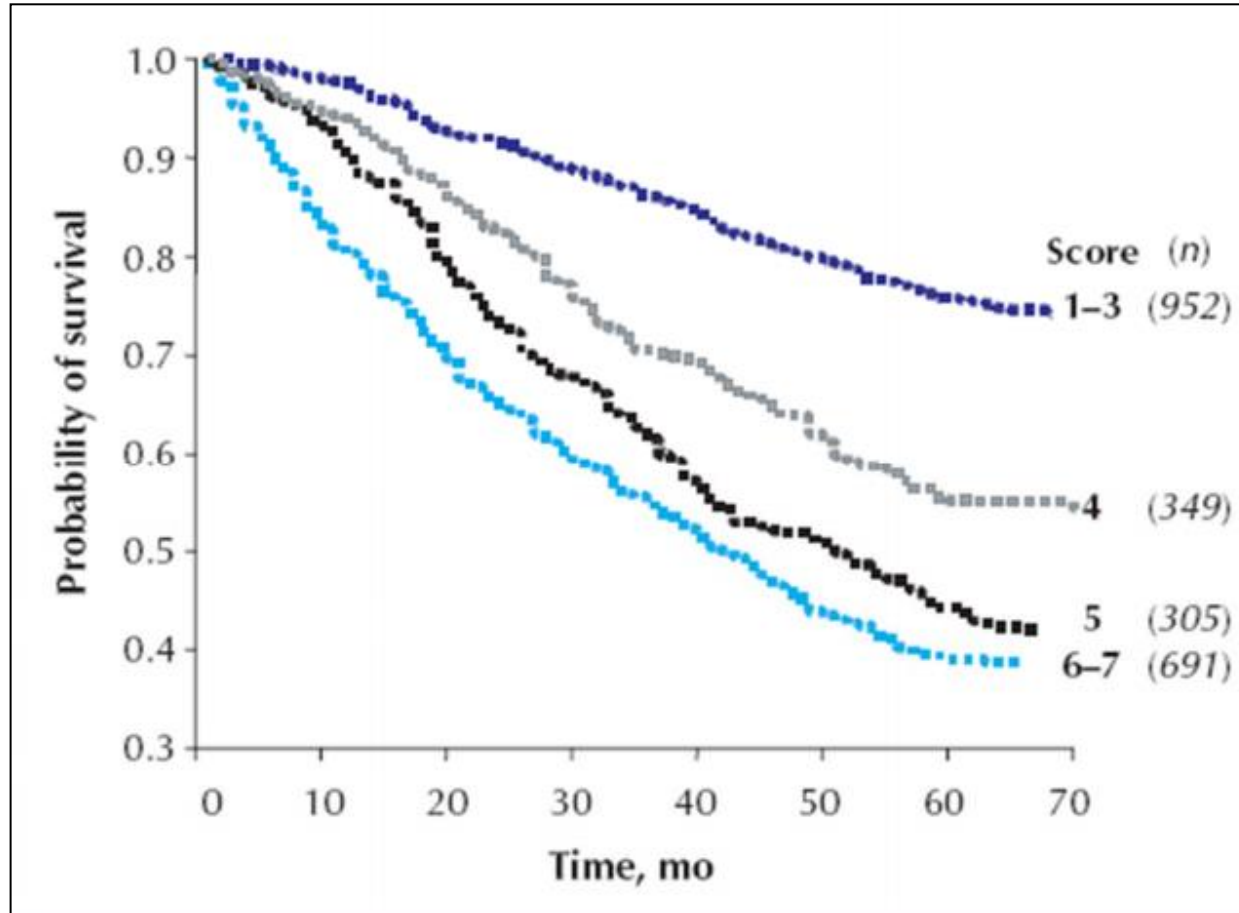
Identifier les éléments du fardeau de morbidité (fragilité, vulnérabilité, etc...) via des outils de mesure standardisés

Aider au **choix thérapeutique** (du curatif au palliatif)

Mettre en place un **plan personnalisé et adapté** de soins et d'aides... sans oublier le suivi !

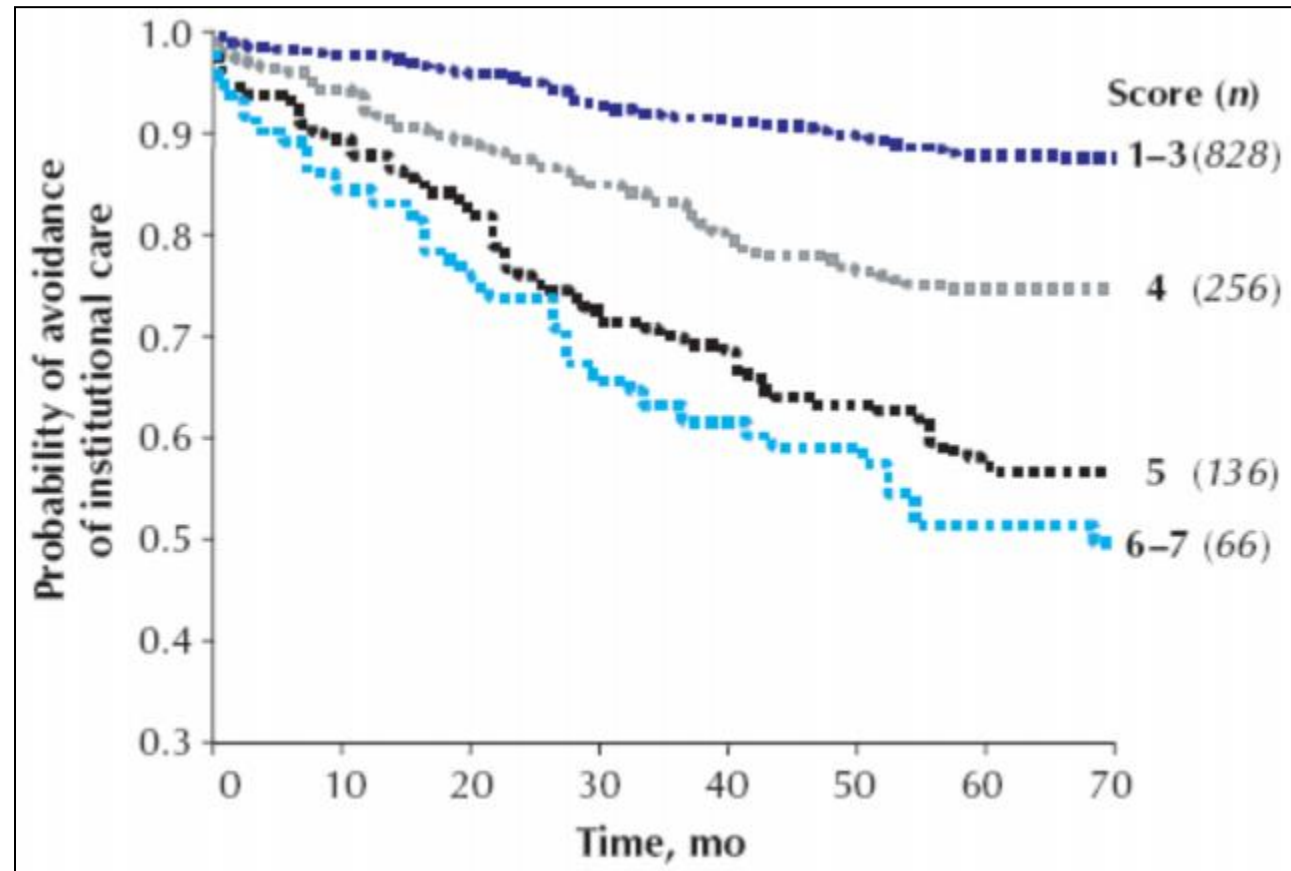
Anticiper et prévenir les **complications**

Fragilité et probabilité de survie



K Rockwood. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-95

Fragilité et institutionnalisation



K Rockwood. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-95

Repérage rapide : comment ?

Evaluation Gériatrique Standardisée Courte

Une 3ème méthode...

Critères	OUI	NON
Homme		
Age > 85 ans		
Plus de 5 médicaments différents par jour		
Antécédents de chutes dans les 6 derniers mois		
Incapable de citer le mois ou l'année		
Isolement social et familial		

} Critères
majeurs

Patient **vigoureux** : 0 à 3 critères mineurs

Patient **en voie de fragilité** : 4 critères mineurs ou 1 critère majeur

Repérage : et après ?

La prescription de médicaments (1/7)

- **Choisir la bonne galénique :**

Privilégier les formes galéniques simples et les moins invasives

Si le patient manie seul son traitement, éviter les gouttes qui exposent au risque d'erreur de dosage

- **Privilégier les médicaments à demi-vie courte :**

Exemple : benzodiazépines à demi-vie courte telles que le Seresta[®] (oxazepam) qui a une demi-vie de 8 heures plutôt que le Lexomil[®] (bromazepam) qui a une demi-vie en moyenne de 20 heures

La prescription de médicaments (2/7)

- **Limiter le nombre de médicaments :**

La prescription de multiples médicaments augmente le risque d'interactions médicamenteuses.

A partir de **5 médicaments**, l'ordonnance doit être systématiquement réévaluée.

- **Adapter la posologie à la fonction rénale :**

Cockcroft-Gault, MDRD, **CKD EPI**

La prescription de médicaments (3/7)

- **Tenir compte de l'état nutritionnel**

Calculer l'Indice de Masse Corporelle (IMC)

- **Attention aux molécules fortement liées à l'albumine**
plasmatique, leur forme libre augmente en cas d'hypo-albuminémie

- **Éduquer le patient et les aidants**

Informé (si possible à travers un support écrit) des signes qui doivent amener à la consultation

Insister sur la nécessité d'une surveillance (clinique et/ou para clinique) régulière

La prescription de médicaments (4/7)

- **Prescrire des médicaments dont l'indication est bien validée**

Les essais cliniques chez le sujet âgé sont rares...

Les molécules récemment mises sur le marché doivent être prescrites en dernier recours ; il ne faut pas hésiter à demander conseil au centre de pharmacovigilance

La prescription de médicaments (5/7)

- Prendre des précautions particulières avec les médicaments à **marge thérapeutique étroite** :

- Anticoagulant oraux
- Digoxine
- Antidiabétiques oraux
- Antiépileptiques
- Antiarythmiques
- Théophylline
- Aminosides

- **Durée** du traitement :

- Déterminer dès l'instauration du traitement sa durée dont il faudra informer le patient et l'aidant

La prescription de médicaments (6/7)

- **Posologie** :

La posologie du traitement doit être instaurée à doses non maximales et augmentée progressivement jusqu'à obtention d'une réponse clinique satisfaisante

La prescription de médicaments (7/7)

- Eviter les molécules à action **anti-cholinergique** :
 - Neuroleptiques (phénothiazines-melleril, largactil, nozinan, piportil, tercian... et loxapine)
 - Antidépresseurs imipraminiques(anafranil,..)
 - Antiparkinsoniens et correcteurs des neuroleptiques(akineton, artane, lepticur,..)
 - Antihistaminiques H1(atarax)
 - Oxybutinine(ditropan)
 - Scopolamine
 - Disopyramide (rythmodan,isorythm)
 - Collyres contenant de l'atropine

Iatrogénie : principaux facteurs

Age

Poids

Fonction rénale

Nombre de pathologies associées

Nombre de médicaments

Rappelez vous !

Fragilité :

> 85 ans

> 5 médicaments différents /jour

Incapacité à citer mois et/ou année

Femme :

- Clairance < 30 ml/mn
- IMC < 19 kg/m²

Homme

- ACTD chutes (6 mois)
- Absence d'aide

A risque, oui mais de quoi ?

LE SUJET ÂGÉ : SUJET À RISQUE ?

Syndromes gériatriques

Situations de santé définies par **4 critères**

- Leur **fréquence** augmente fortement avec l'âge (et/ou observés seulement chez des sujets âgés)
- Ils résultent de **facteurs multiples** et divers, dont :
 - des facteurs favorisants (chroniques), incluant les effets du vieillissement
 - des facteurs précipitants (aigus ou intermittents)
- Ils ont pour **conséquences** fréquentes un risque de perte d'indépendance fonctionnelle et/ou d'entrée en institution
- Leur **prise en charge** est multifactorielle (intervention multicomposante) et requiert une approche globale et holistique du patient

Les grands syndromes gériatriques

Altération de l'état général

Chutes

Confusion

Dénutrition, malnutrition

Déshydratation et coup de chaleur

Douleur chronique

Dysphagie, troubles de déglutition, fausses routes

Escarres

Fractures

Troubles du sommeil

Les grands syndromes gériatriques

Hypotension orthostatique

Incontinence urinaire et anale

Syndrome d'immobilisation

Syndromes régressifs : glissement et désadaptation psychomotrice

Troubles du comportement, agitation

Troubles de mémoire

Confusion mentale

Dépression du sujet âgé

Douleur

Ostéoporose

Voir cours Dr Valérie Bellamy

Dénutrition

Dénutrition protéino-énergétique (1)

- Prévalence de la dénutrition :
 - variable selon les populations (niveau de dépendance, pathologies, lieux de vie)
 - à domicile **4 %** mais de grandes variations en fonction du milieu socio-économique
 - en institution **> 30 %**
 - chez la personne âgée hospitalisée : **30-70 %**

Dénutrition protéino-énergétique (2)

Conséquences :

- Mortalité accrue (*Bastow MD, 1983*)
 - Fracture du col du fémur :
 - mortalité 20 % si dénutrition
 - 4 % chez les non dénutris
- Prévalence des infections nosocomiales (*Etude niçoise 2001, 630 patients (61 ± 20 ans)*)
 - Non dénutris 4.4%
 - Dénutrition modérée 7.6%
 - Dénutrition sévère 14.6%

Dénutrition protéino-énergétique (3)

Dépistage **insuffisant**

- poids pas toujours noté
- albumine souvent oubliée

Dépistage MNA (mini nutritional assessment)

A / Le patient présente-t-il une baisse d'appétit; a-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, pb digestifs, difficulté de mastication ou de déglutition

0= sévère baisse de l'alimentation 1= légère baisse de l'alimentation 2= pas de baisse de l'alimentation

B / Perte de poids en moins de 3 mois

0 = perte de poids de plus de 3kg 1= ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3= pas de perte de poids

C / Motricité

0 = du lit au fauteuil 1= autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile

D / Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois

Normal : 12 ou plus

0 = oui 2= non

E / Problèmes neuropsychologiques

0 = démence ou dépression sévère 1= démence modérée 2= pas de problème psychologique

F / IMC

0= inf à 19 1= entre 19 et 21 2= entre 21 et 23 3 = sup ou égal à 23

Conclusion ...

- Le **poids** est à **surveiller** rigoureusement
- L'**albumine sérique** permet d'évaluer l'état nutritionnel, d'ajuster certaines thérapeutiques

- MNA

- IMC

dénutrition	Dénutrition sévère
• Perte de poids : > ou = 5 en 1 mois ou 10 % en 6 mois • IMC < 21 • Albuminémie < 35 g/l • MNA global < 17	• Perte de poids > ou 10 % en 1 mois ou 15 % en 6 mois • IMC < 18 • Albuminémie < 30 g/l

Déshydratation

La déshydratation chez le sujet âgé

- Idée reçue : les besoins diminuent avec l'âge : **FAUX !**
- Eau : 55 % du poids du corps chez le sujet âgé
- Déshydratation : indépendante de l'état de santé : peut survenir même chez la personne âgée en bonne santé



Il faut donc prévenir !

La déshydratation chez le sujet âgé : identifier les situations à risque

■ Contexte :

- Age > 85 ans
- Femmes
- Faible poids corporel
- Crainte de l'incontinence urinaire et donc restriction hydrique
- Température ambiante et/ou sèche
- Problèmes sociaux et/ou économiques
- Boissons < 1.5 l/jour
- Structure d'accueil sous médicalisée, sous équipée

La déshydratation chez le sujet âgé : identifier les situations à risque

■ Facteurs « fonctionnels » :

- Mobilité réduite
- Baisse de l'acuité visuelle
- Troubles de la communication

■ Facteurs pathologiques :

- Maladie d'Alzheimer
- Antécédents de déshydratation
- Pertes excessives d'eau : diarrhée, vomissements, fièvre, diabète, etc
- Réduction des apports : dysphagie, anorexie, dépression, confusion, démence, etc

La déshydratation chez le sujet âgé : identifier les situations à risque

- **Facteurs iatrogènes :**

- Laxatifs
- Diurétiques
- Sédatifs
- Apports protidiques excessifs : nutrition entérale hyperprotidique
- Diagnostic imposant un jeûne

La déshydratation chez le sujet âgé : les signes cliniques

- **Aucun n'est vraiment fiable !**

- **Soif** : toujours réduite chez le sujet âgé
- **Volume urinaire** : impossible à mesurer
- **Pli cutané** : la moitié des personnes âgées non déshydratées ont un pli cutané
- **Sécheresse buccale** : souvent liée à autre chose (mycose, médicaments, etc)
- **Symptômes neuropsychiques** (torpeur, somnolence, léthargie, confusion, etc) mais d'autres causes possibles
- **Cernes oculaires** : souvent liés à l'âge
- **Hypotension artérielle**, aggravée par l'orthostatisme
- **Perte de poids** récente et rapide (-2 à 3 kg en 2 jours) : il faut avoir une valeur de référence

La perte de poids ...

Le signe clinique essentiel de la déshydratation est la perte de poids

Pour un sujet de 50 kg :

- *Avec plus de 1 à 2 % du poids du corps, elle est significative,*

c'est-à-dire moins de 1 kg

Une déshydratation importante commence à partir de 5 % de perte,

c'est-à-dire 2 à 3 kg

Elle est majeure à près de 10 %.

c'est-à-dire 5 kg

Boire, oui mais combien ?

- Pendant un épisode de canicule
 - Il faudra au minimum doubler le volume d'eau
 - Pour les repas, augmenter les produits riches en eau :
 - Potages, légumes, compotes, fruits, mixés de légumes ou de fruits, café, thé, glaces, laitages sorbets et les autres boissons
 - Entre les repas, proposer toutes les 1 à 2 heures :
 - au moins un verre de boisson
 - ou l'équivalent en eau gélifiée, ou tout autre produit liquide.

SOIT 10 A 15 VERRES PAR JOUR

Boire, oui mais combien ?

Pour une température ambiante de 20°C, une personne « au repos » a besoin de

1.5 à 2 litres d'eau

- 0.6 à 0.8 litres d'eau apportée par l'alimentation petit déjeuner compris.
- 0.7 à 1.2 litre de liquide apporté par la boisson

1 VERRE = 9 cL

11 VERRES = 1 LITRE

1 BOL = 20 cL

5 BOLS = 1 LITRE

1 GOBELET D'EAU GELIFIEE = 12 cL DONC 8 GOBELETS = PRESQUE 1 LITRE

Boire, oui mais comment ?

- Par petites quantités, tout au long de la journée
- Alternier les boissons, ne pas privilégier le « tout eau minérale »:
 - chargées en ions
 - chères
 - difficiles à transporter
- Augmenter les apports si chaleur ou fièvre : 0.5 l/jour par degré au-delà de 38°C
- Attention : urines sombres = urines trop concentrées !

La déshydratation chez le sujet âgé : les signes biologiques

- **Déshydratation intracellulaire :**
 - Natrémie > 145 -150 mmol/L (N : 135-145)

- **Déshydratation extracellulaire :**
 - Protéïnémie augmentée
 - Hématocrite augmenté
 - Urée sanguine/créatinine sanguine > 10/1

La déshydratation chez le sujet âgé : que faire si la prévention ne suffit pas ?

REHYDRATER !

- La déshydratation est toujours une urgence : quand on la découvre, il est souvent trop tard
- Le traitement ne sera jamais de faire boire ! Si cela avait dû suffire, le malade ne serait pas déshydraté
- **Dès qu'une déshydratation est suspectée, le médecin doit être prévenu**
- Sous-cutanée, possible à domicile, au niveau de la cuisse (hyperdermoclyse) : 1 l/3 heures (glucose 5%)
- Intra-veineuse si menace de choc cardio-vasculaire
- En parallèle, restaurer l'hydratation orale
- Glucose 5% supplémenté en sodium et potassium ou NaCl 0.9%
- En 48 à 72 h, jamais trop rapide car risques : œdème aigu du poumon, infarctus cérébral

Le coup de chaleur

De quoi s'agit-il ?

Le coup de chaleur survient lorsque l'organisme ne peut plus assurer la régularisation de sa température,

" il y a surchauffe "

La mesure de la température fait le diagnostic !

Pourquoi chez le sujet âgé spécifiquement ?

Le sujet âgé présente très souvent une plus grande intolérance aux grosses chaleurs, pour de multiples raisons :

- Des raisons organiques comme la **diminution de la capacité à transpirer**, ou à dilater ses vaisseaux
- ou bien la **frilosité** naturelle du sujet âgé
- Des raisons d'ordre moteur si le sujet âgé n'est pas capable de se **déplacer** en dehors de zones de chaleur
- ou de **boire lui-même**, ou de se dévêtir
- La consommation de **médicaments** qui gênent la transpiration comme les **tranquillisants**, ou font uriner plus comme les **diurétiques**
- La sensation de **soif** est elle aussi souvent absente ou retardée chez le sujet âgé

Comment se traduit-il ?

Résultant d'une exposition prolongée à la chaleur

Le coup de chaleur provoque une surchauffe du corps, qui se traduit par une **fièvre élevée**, une **rougeur du visage**, des **maux de tête**, une forte sensation de **soif** voire des **vomissements** et des **troubles de la conscience**

Il touche les âges extrêmes de la vie : jeunes enfants et seniors

Le coup de chaleur est une urgence

Il est le plus souvent d'apparition rapide (qq heures)

Sujets à risque

- Les personnes démentes, surtout celles qui déambulent.
- Les personnes immobilisées
- Les sujets à communication réduite
- Les sujets sous traitement diurétique ou sédatif

Déshydratation et coup de chaleur : une relation ?

Déshydratation et coup de chaleur sont liés :

Une déshydratation par temps chaud va faciliter la survenue du coup de chaleur

Le coup de chaleur va rapidement entraîner une déshydratation.

UN CERCLE VICIEUX S'INSTALLE

Que faire pour le prévenir ?

Lutter contre la déshydratation

Lutter contre l'augmentation de la chaleur des locaux et de la température interne

Oui, mais comment ?

- Supprimer le plus de vêtements possible
- Se tenir à l'ombre
- Eviter les efforts
- Maintenir la température des locaux la plus basse possible :
 - Filtrer le soleil
 - Fermer portes et fenêtres si la température est plus élevée à l'extérieur
 - Utiliser les zones climatisées

Et aussi ...

- Pulvérisation d'eau sur le corps ou sur les vêtements légers
- Usage d'un ventilateur qui active l'évaporation de la sueur et rafraîchit mais attention cela active aussi les pertes en eau !!! (comme le courant d'air d'ailleurs)
- Usage de vessies de glace posées à la racine des membres, mais attention, posée à même la peau et trop longtemps la glace brûle !!!!

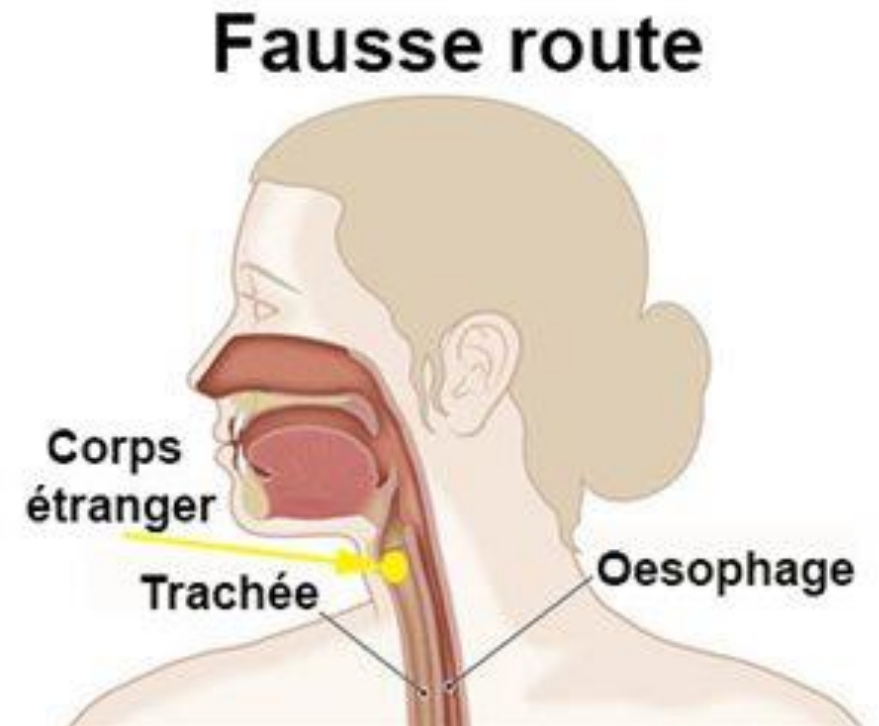
Et si cela ne suffit pas ...

- Les antithermiques comme l'aspirine ou le paracétamol sont inefficaces
- Pratiquer un refroidissement plus efficace :
 - En plaçant la personne en zone climatisée
 - En pratiquant des douches ou des bains à température légèrement "fraîche".
 - ***Ou surtout en pratiquant un "enveloppement froid" à l'aide de serviettes de bain, humidifiées à l'eau du robinet. A ce stade l'hospitalisation sera envisagée***

Troubles de la déglutition, fausses routes

Signes et risque

- Signes : survenue de toux et de fausses routes, sensations d'étouffement ou d'étranglement, perte de poids
- Risque : infection pulmonaire



Comment les repérer ?

Signes évocateurs

- Allongement du temps de repas
- Toux pendant ou après le repas
- Raclement de gorge, sensation de « chat dans la gorge »
- Sensation d'étouffement
- Angoisse à l'approche des repas
- Modification de la voix
- Refus de s'alimenter
- Perte de poids
- Bronchites à répétition

Conseils

- Essayer de manger **lentement**
- Changer la **consistance** de votre nourriture. Les aliments solides peuvent être ramollis (hachés ou en purée), les liquides peuvent être épaissis
- Éviter ou éliminez les mélanges de consistances (mélanges d'éléments liquides et solides, comme des céréales froides avec du lait)
- Répartir les repas et manger **plusieurs petits repas** durant la journée
- Améliorer la **posture** et s'asseoir droit lors des repas

Conseils

Eviter ...

- Pain aux céréales et graines, noix
- Fruits avec des petits pépins (kiwi, framboise, raisin, ...)
- Aliments saupoudrés de sucre, de cacao (Tiramisu, ...)
- Aliments fibreux (ananas, asperges, ...)
- Aliments de petite taille (raisins secs, petits pois, ...)
- Aliments gluants/collants (fromage fondu, ...)

Conseils

Privilégier les aliments ...

- qui stimulent la sensibilité buccale (aliments épicés, salés, poivrés, acides, boissons pétillantes et/ou aromatisées. Les boissons chaudes et fraîches plutôt que tempérées.)
- faciles à mastiquer (purée, viande hachée, moulue, lasagne, ...)
- «humides» (plat en sauces, ...)

Conseils

Epaississants en poudre à ajouter aux boissons, boissons épaissies, ...

- ThickenUp Clear® Nestlé®
- Thick & Easy® Frésenius-Kabi®
- Nutilis Clear® Nutricia®
- Corol Epaissir®
- Magi Mix Picot®
- Nutilis® Powder
- Clinutren® Thickened Drink Nestlé®

Par exemple...

Incontinence

Incontinence urinaire

Surtout les femmes

- 70 -74 ans: 9.2%
- 75 -79 ans: 14.2%
- 80 -84 ans: 21%

50 -70 % en institution, très souvent liée à un déficit cognitif, 90 % des déments sévères ont une IU

38 % association incontinence urinaire et anale

Incontinence anale

- Facteur majeur d'exclusion
- Psychologiquement très mal supportée
- Fréquence :
 - à domicile : > 2 – 4 % des PA
 - en institution : 30 % des PA, 90% des déments confinés
- Avant 75 ans F > H
- Après 75 ans F = H
- Presque toujours associée à l'incontinence urinaire

Douleur

Epidémiologie

La douleur en Gériatrie

- fréquente
 - Absence : 29 %
 - Douleurs **intermittentes : 47 %**
 - Douleurs **permanentes : 24 %**
- méconnue et sous-estimée
- trop souvent non ou mal soulagée

Les causes et mécanismes sont multiples

- neuropathique
- nociceptive
- psychogène
- souvent mixte

Impact du vieillissement sur la douleur

- Pas de meilleure tolérance liée à l'âge
- Retentissement fonctionnel : anorexie, perte d'autonomie, dépression...
- Retentissement sur la qualité de vie

Conséquences

- Perte de fonction : ↓ exercice, autonomie
- Immobilité, hypotrophie, encombrement, thrombose, troubles métaboliques, immunitaires, rénaux...
- Insomnie, fatigue, difficulté de concentration, troubles cognitifs, confusion
- Retrait, déconditionnement, démotivation, dépression
- Polypharmédication irrationnelle
- Chronicisation des douleurs (cercles vicieux)

-
- Les conséquences du non soulagement souvent majeures pour :
 - le sujet âgé
 - son entourage
 - La douleur est difficile à reconnaître et à évaluer. Chez les PA non communicantes, il faut faire appel à des outils particuliers
 - Intrication entre la souffrance physique et la souffrance psychologique
 - Pas une fatalité, obligation de traiter

Evaluation de la douleur

DOLOPLUS*

Echelle intégrant 3 dimensions:

Retentissement somatique

Plaintes

Positions antalgiques

Protection de zones

Mimique

Sommeil

Retentissement psychomoteur

Toilette et / ou habillage

Mouvements

Retentissement psychosocial

Communication

Vie sociale

Troubles du comportement

ECHELLE DOLOPLUS									
EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE									
NOM :		Prénom :		DATES					
Service :									
Observation comportementale									
RETENTISSEMENT SOMATIQUE									
1• Plaintes somatiques		• pas de plainte		0	0	0	0		
		• plaintes uniquement à la sollicitation		1	1	1	1		
		• plaintes spontanées occasionnelles		2	2	2	2		
		• plaintes spontanées continues		3	3	3	3		
2• Positions antalgiques au repos		• pas de position antalgique		0	0	0	0		
		• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle		1	1	1	1		
		• position antalgique permanente et efficace		2	2	2	2		
		• position antalgique permanente inefficace		3	3	3	3		
3• Protection de zones douloureuses		• pas de protection		0	0	0	0		
		• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins		1	1	1	1		
		• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins		2	2	2	2		
		• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation		3	3	3	3		
4• Mimique		• mimique habituelle		0	0	0	0		
		• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation		1	1	1	1		
		• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation		2	2	2	2		
		• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)		3	3	3	3		
5• Sommeil		• sommeil habituel		0	0	0	0		
		• difficultés d'endormissement		1	1	1	1		
		• t		2	2	2	2		
		• i		3	3	3	3		
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR									
6• Toilette et/ou habillage		• t		0	0	0	0		
		• i		1	1	1	1		
		• t		2	2	2	2		
		• i		3	3	3	3		
7• Mouvements		• t		0	0	0	0		
		• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)		1	1	1	1		
		• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)		2	2	2	2		
		• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition		3	3	3	3		
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL									
8• Communication		• inchangée		0	0	0	0		
		• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)		1	1	1	1		
		• diminuée (la personne s'isole)		2	2	2	2		
		• absence ou refus de toute communication		3	3	3	3		
9• Vie sociale		• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)		0	0	0	0		
		• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation		1	1	1	1		
		• refus partiel de participation aux différentes activités		2	2	2	2		
		• refus de toute vie sociale		3	3	3	3		
10• Troubles du comportement		• comportement habituel		0	0	0	0		
		• troubles du comportement à la sollicitation et itératif		1	1	1	1		
		• troubles du comportement à la sollicitation et permanent		2	2	2	2		
		• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)		3	3	3	3		
SCORE									

*Cotation < 5 min***

Score seuil ≥ 5



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale
de la **douleur aiguë** chez la personne âgée
présentant des troubles
de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur
Heure
1 • Visage
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.
2 • Regard
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.
3 • Plaintes
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.
4 • Corps
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.
5 • Comportements
Agitation ou agressivité, agrippement.
Total OUI
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation

L'échelle comporte cinq items (domaines d'observation).
La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter « oui » l'item considéré

La simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelles que soient les interprétations étiologiques

En pratique, pour remplir la grille, observer dans l'ordre :

Les expressions du visage

Celles du regard

Les plaintes émises

Les attitudes corporelles

Le comportement général

Chaque item coté « oui » est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq.



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale
de la **douleur aiguë** chez la personne âgée
présentant des troubles
de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....						
Heure	h	h	h	h	h	h						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe	

→Cotation en moins de 1 minutes dans 80% des cas
→Score seuil ≥ 2

Kit à commander sur le site www.doloplus.fr



Précautions dans la prescription des traitements antalgiques

- Priorité au traitement **étiologique**
- Les principes de prescription et les traitements antalgiques sont ceux des plus jeunes
- **Adaptation des posologies** chez la PA en fonction de l'insuffisance rénale (poso selon clairance Cockcroft), la dénutrition
- Attention aux **interactions** médicamenteuses (AVK/IRS) (tramadol/IRS)
- Attention à la co-morbidité : ex : confusion pas forcément liée aux opiacés

Paracétamol

- Molécule de choix en gériatrie : peu d'effets indésirables, toxicité faible à la dose de 4 g/j (3 g maxi chez le sujet âgé fragile)
- Indication dans toutes les situations dont les pathologies ostéo-articulaires
- En 1ère intention en cas de dl d'intensité faible ou en association avec pallier 2 et 3
- Plusieurs voies d'administration per os , suppo et injectable

Nefopam : effet anticholinergique

- Soif, hyperthermie
- Mydriase, flou visuel
- Troubles du comportement, Délire, Hallucinations
- Rétention urinaire
- Iléus intestinal
- Faiblesse musculaire, instabilité, vertiges, tremblements
- Tachycardie, arythmie

Règles de prescription des antalgiques palier I

- Eviter les AINS du fait de leur toxicité, sauf en topique sur cure courte
- AINS oraux : en patho rhumato, sur courte durée et avec prudence (ex : durée 3-4 j de naproxène)

Palier II : tramadol

- **Chlohydrate de Tramadol** : dose maxi 400 mg/j, non recommandé chez les insuffisants rénaux et hépatiques sévères...risque de **confusion**, convulsions, vomissements, vertiges, malaise, constipation
- Débuter par doses faibles (37,5 mg)
- Équivalence 100 mg tramadol = 10 mg morphine

Palier II : codéine

Codéine 10 à 50 mg, en association avec paracétamol

- **Effets indésirables :**
 - constipation
 - vomissements
 - sédation
 - dépression respiratoire, convulsions..
- Peu utilisée en gériatrie
- Équivalence 30 mg codéine = 3 mg morphine

Start slow, go slow

Palier III : Opiacés

Précautions d'emploi :

- Titration :

initier avec forme à LI oxycodone 5 mg ttes les 4h ou oramorph
2,5 mg ttes les 4h ou **sulfate de morphine 10 mg X 2**

Ou formes LP avec interdoses

- Formes LP pour douleur de fond et formes à LI pour accès douloureux transitoires

Palier III : Opiacés

- Fentanyl transdermique : Absorption transcutanée aléatoire
- Surdosage : sédation et dépression respiratoire
- EI : constipation ++ sueurs profuses souvent nocturnes, myoclonies, confusion
- Changement d'opiacé si E.I. : différentes molécules et voies d'administration

Co-analgésiques

- **CORTICOIDES**

- Anti-inflammatoire, anti-oedémateux : ½ à 1 mg/kg/j
- Douleurs par compression ou infiltration d'organe,
- Si occlusion tumorale jusqu'à 3 mg/kg/j pendant 3 jours

- **AINS :**

- Risque digestif x 4 chez sujets > 60 ans
- Risque digestif x 9 si ATCD d'Ulcère
- Majoration Insuffisance Rénale, insuff. hépatique

- **MYORELAXANTS**

- Sédatifs, aux doses efficaces

- **ANTISPASMODIQUES**

Start slow, go slow

Douleurs neuropathiques

- Plus fréquentes que chez le sujet jeune
- 2 classes médicamenteuses reconnues :
anti-épileptiques et antidépresseurs
- Recommandations SFETD mais pas de consensus sur le choix de la monothérapie de 1^{ère} intention

Anti-épileptiques

- Gabapantine (NEURONTIN°): débiter à 100 mg x3
- Prégabaline (LYRICA°) : débiter à 25 mg le soir puis 2 fois/j
- Adaptation poso selon la clairance de la créatinine

Antidépresseurs

- Tricycliques: trop de contre-indications et d'EI chez la PA
- IRSNA : tolérance limitée
- Duloxetine (CYMBALTA°) : douleurs neuropathiques diabétiques périphériques

Initier à 30 mg

- Venlafaxine : initier à 37,5 mg

Douleur neuropathique : schéma thérapeutique

- Monothérapie : IRSNA ou anti-épileptique
- Si échec complet (savoir attendre) ou mauvaise tolérance :
changement de classe
- Si efficacité partielle : bithérapie de classes médicamenteuses
différentes
- Lidocaïne transdermique si allodynie

Autres molécules

- Capsaïcine (crème ou patch: EI brûlures)
- MEOPA: anxiolytique et analgésique de surface.
- Kétamine: 2^{ème} intention car très confusiogène
- Nefopam (ACUPAN°) PO: très anticholinergique, palier 1
- Anti-spasmodiques pour douleurs viscérales

Voie sublinguale

Traitements non médicamenteux

- Association systématique au traitement antalgique
- Nombreuses thérapies : résultats variables selon les études, l'indication, la localisation de la douleur
- Thermothérapie : hot packs, bains chauds ++
- Douleurs chroniques : intérêt de l'exercice physique, acupuncture, hypnose, musique, éducation du patient, Qijong ...

In JAGS 2012, 60: 555-568 J. Park, Age and aging 2013

Conclusion

- Evaluer pour traiter
- 2 objectifs : soulager et éviter la iatrogénie
- Education thérapeutique à développer
- Avis spécialisés possibles (cs douleur, référents douleur, EMASP)
- Méthodes non médicamenteuses à associer TOUJOURS

Voir Cours Pr Patrick Hindlet

Diabète

Objectifs glycémiques

- Cas général : HbA1c < 7%
- Personnaliser les objectifs de l'HbA1c :
 - En fonction du malade :
 - Âge
 - Fragilité
 - Autonomie
 - En fonction du diabète :
 - Type 1 ou 2
 - Ancienneté
 - Présence de complications

Objectifs glycémiques

- **Sujets vigoureux :**

- Espérance de vie > 15 ans
- Sans antécédent cardio-vasculaire
- Diagnostic récent

HbA1c < 6.5 %

- **Sujets âgés fragiles :**

- Comorbidité grave
- Espérance de vie < 5 ans
- Diagnostic ancien (> 10 ans)

HbA1c < 8 %

- **Sujets âgés malades :**

- Pour éviter complications aiguës (deshydratation, coma hyperosmolaire) et hypoglycémies

HbA1c < 9 %

ostéoporose

Quelles recommandations dans la prise en charge de l'ostéoporose du sujet âgé :

Pas de recommandations spécifiques

Qui traiter ?

Tenir compte de :

- l'état physiologique
- l'espérance de vie
- comorbidités
- gravité de l'ostéoporose

Indications thérapeutiques

- T score < -3
- $-3 < \text{T score} < -2,5$ et
 - Fracture à basse énergie ou
 - Facteurs de risques de fracture associés
- $-2,5 < \text{T score} < -1,5$ et
 - Fracture vertébrale ou du col du fémur

Facteurs de risque de fracture à prendre en compte pour l'estimation du risque de fracture et la décision thérapeutique

- ATCD personnel de **fracture** par fragilité
- **Age** > 60 ans
- ATCD de **corticothérapie** systémique > 7,5 mg/j équivalent prednisone pendant au moins 3 mois
- ATCD de **fracture** de l'extrémité supérieure du fémur chez un parent au premier degré
- **Indice masse corporelle** < 19
- **Ménopause** précoce (< 40 ans)
- **Tabagisme, alcoolisme**
- Troubles **neuromusculaires** ou **orthopédiques**

Traitement : biphosphonates

- Efficacité antifracturaire démontrée sur les vertèbres, les fractures périphériques, y compris le col fémoral
- Problème d'observance
- **Importance du respect du mode de prise ++++**
- Les prises hebdomadaires semblent améliorer l'observance et la tolérance
- Attention aux **contre-indications et précautions d'emploi** : corriger toute carence en **Ca et Vit D** avant de débuter le traitement, contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec clairance < 30 ml/mn, maladie de l'**œsophage** ralentissant le transit, impossibilité de rester en position verticale plus de 30 min.
- Nécessité de recherche de foyer infectieux dentaire préalable (en dehors situation urgente) et suivi annuel

Alternatives

Teriparatide (FROSTEO°) : remboursement dans l'ostéoporose avec au moins 2 fractures vertébrales (1 SSC/j)

Raloxifène : non adapté chez le sujet âgé car absence de prévention des fractures du col et augmente le risque de thrombose veineuse

Ranelate de strontium (PROTELOS°) : contre-indiqué si antécédents pathologies cardio-vasculaires ou circulatoires (AMM 2014), déremboursé

Pas chez le sujet âgé

Vitamine D

- **Statut vitaminique D de la population :**
 - < 10 ng/ml (25 µmol/l) : carence
 - < 30 ng/ml (7 µmol/l) : insuffisance
- Une forte proportion de la population de femmes ménopausées et de personnes âgées a une insuffisance en vitamine D, voire une **carence**
- Le taux de 25 OH vitamine D dépend de nombreux paramètres : capacité de synthèse cutanée, masse grasse, exposition solaire, saison, latitude...
- Des doses de vitamine D3 supérieures ou égales à 700 à 800UI/j ont montré une diminution du risque de fracture pour certains auteurs seulement en **association avec le calcium**
- La vitamine D réduirait le risque de chute surtout pour des apports supérieurs à 800 UI/j

Vitamine D

- La plupart des experts juge qu'un taux de vitamine D adéquat est un taux supérieur à 30 ng/l
- Pour obtenir ce taux en l'absence d'exposition au soleil suffisante les besoins sont de **800 à 1200 UI/j au moins**
- Mode d'administration de la vitamine D :
 - soit en dose quotidienne associé au calcium
 - soit en association avec un biphosphonate
 - soit avec forme intermittente
- Les posologies recommandées sont très éloignées des doses toxiques

Exemple de schéma de supplémentation en vitamine D

Exemple avec Uvesteryl 100 000 UI :

Si 25 OH < 10 ng/ml : 4 ampoules espacées chacune de 15 jours

Si 25 OH entre 10 et 20 : 3 ampoules espacées de 15 jours

Si 25 OH entre 20 et 30 : 2 ampoules espacées de 15 jours

En traitement d'entretien environ une ampoule tous les 2 mois

Confusion mentale

Fréquence des motifs d'admission en court séjour gériatrique (n=1824)

Motif	n	%
Pathologie aigue d'organe	473	25,9
Chute et perte de connaissance	455	24,9
Démence et confusion	400	21,9
Altération état général	192	10,5
Pathologie cardio-vasculaire	123	6,7
Infection	67	3,7
Maintien à domicile impossible	96	5.4
Pathologie iatrogène	18	1

Définition

Les confusions mentales ou syndromes confusionnels :

- fréquents en milieu hospitalier
- généralement temporaires et réversibles
- touchent les personnes âgées > 70 ans, celles qui viennent de subir une **chirurgie** majeure, celles qui sont **hospitalisées** aux soins intensifs ou celles qui se trouvent en **fin de vie**

<http://www.hscm.ca/>

Etiologies

- causes **toxiques et métaboliques** : les plus fréquentes chez le sujet âgé ++
- **effet indésirable** : BZD, antiépileptiques, antihypertenseurs centraux, antiparkinsoniens, anticholinergiques, corticostéroïdes, antiulcéreux...
- **surdosage** (digitalique avec déshydratation)
- **sevrage** médicamenteux : BZD++
- ivresse alcoolique et sevrage alcoolique

Étiologies

- troubles **hydroélectrolytiques** :
 - déshydratation
 - hyponatrémie ++
 - hyperkaliémie
 - hypo ou hyper calcémie
- troubles de la glycémie et de l'équilibre acido-basique
- hypoxie par anémie ou insuffisance respiratoire
- encéphalopathie carentielle (vitamine B1) :
 - sujets dénutris
 - alcooliques

■ causes **infectieuses**

pneumopathie, infection urinaire, septicémie

méningoencéphalite

toute cause de fièvre

suites **chirurgicales**

- en particulier au décours d'anesthésies générales
- choc opératoire, douleurs, immobilisation...

■ causes **psychologiques**

événements socio-familiaux anxiogènes (déménagement, deuil...)

syndrome dépressif atypique chez le sujet âgé

- **causes cardiaques**

insuffisance cardiaque décompensée, infarctus
troubles du rythme ou de la conduction, embolie pulmonaire...

- **traumatismes**

toutes les fractures peuvent favoriser l'apparition d'un syndrome confusionnel chez le sujet âgé

- **affections somatiques diverses**

rétenction d'urines, fécalome

ischémie d'un membre

- **causes neurologiques**

confusion post-critique à la suite d'une crise d'épilepsie

	Classes thérapeutiques	DCI	Spécialités
Neurologie	Antiparkinsoniens anticholinergiques	trihexyphénidyle trospatépine bipéridène	Artane® Lepticur® Akineton®
Psychiatrie	Antidépresseurs imipraminiques Neuroleptiques phénothiaziniques Neuroleptique atypique	clozapine	Leponex®
Gastro- entérologie	Antiémétiques (neuroleptique)	métoclopramide métopimazine	Primpéran® Vogalène®
Urologie	Antispasmodiques dans l'instabilité vésicale	oxybutynine, trospium, toltérodine, solifénacine	Ditropan® Céris® Détrusitol® Vésicare®
Immuno- allergologie	Antihistaminiques Phénothiaziniques Antihistaminiques H1	prométhazine alimémazine hydroxyzine dexchlorphéniramine cyproheptadine	Phénergan® Théralène® Atarax® Polaramine® Périactine®
Pneumologie	Antitussifs antihistaminiques H1 Bronchodilatateurs anticholinergiques	pimétixène oxomémazine ipratropium tiotropium	Calmixène® Toplexil® Atrovent® Spiriva®
Antimigraigneux	Neuroleptique	flunarizine	Sibélium®
Cardiologie	Troubles du rythme	disopyramide	Rythmodan®

**Principaux
médicaments
pouvant entraîner
une confusion par
leurs
propriétés
anticholinergiques**

Source: HAS

	Classes thérapeutiques ou DCI
Psychiatrie	benzodiazépines et apparentés antidépresseurs (IRSS, IRSNa, etc.)
Neurologie	antiparkinsoniens dopaminergiques antiépileptiques
Gastro-entérologie	(anti-ulcéreux) inhibiteurs de la pompe à protons
Infectiologie	(antibiotiques) fluoroquinolones
Cardiologie	digoxine bêtabloquant amiodarone
Antalgie	morphine, codéine dextropropoxyphène tramadol
Divers	corticoïdes à fortes doses collyres mydriatiques

**Principaux
médicaments non
anticholinergiques
pouvant entraîner
une confusion**

Syndrome de glissement

Définition

Altération rapide de l'état général, avec une baisse progressive des investissements intellectuels et l'installation dans une attitude fataliste, partagée par l'entourage soignant :

- refus de nourriture
- refus de communiquer
- refus de soins
- inhibition psychique et physique

Définition et ressenti

Le patient échappe aux soins et glisse vers la mort sans que l'on sache pourquoi

Quels patients ?

- Sujets âgés de plus de 80 ans
- Souvent poly-pathologiques (maladies chroniques, antécédents cardiovasculaires, neurologiques, ...)
- Souvent poly-médicamentés

Pas de prévalence liée au sexe ou au mode de vie (domicile, institution)

Evolution

Intervalle libre :

- Fait suite à une affection aiguë (infectieuse, traumatique, vasculaire, chirurgicale, choc psychique, ...) qui est le facteur déclenchant, toujours difficile à identifier
- L'évènement initial semble guéri ou stabilisé
- L'intervalle libre varie de 1 à 3 semaines (maximum 1 mois)

Evolution

Syndrome somatique :

- Asthénie, anorexie, amaigrissement
- Météorisme abdominal
- Rétention / Incontinence
- Déshydratation extracellulaire
- Pression artérielle basse

Syndrome psychique :

- État confuso-dépressif : agitation, agressivité / mutisme
- Refus de soins, de dialogue

Evolution

En l'absence de traitement :

- Aggravation biologique, escarres, ...
- Décès dans tous les cas

Sous couvert d'un traitement :

- ???
- Décès dans 30 à 50 % des cas

Décès surtout dans le 1er mois, 10 % de survie à 1 an

Traitement non médicamenteux

- **Prise en charge multidisciplinaire :**
 - Nutrition
 - Kinésithérapie
 - Psychothérapie, nursing
 - Entourage, communication
 - Contrôle de la douleur
 - Observance médicamenteuse
 - Contrôle des paramètres biologiques et cliniques

Traitement médicamenteux

En premier, révision des traitements déjà entrepris

Attention à l'iatrogénie !

Antidépresseurs

- Préférer les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS tels fluoxétine, citalopram, ...) : 1ère intention
- Éviter les antidépresseurs tricycliques

Neuroleptiques

- S'il existe des signes psychotiques
- Plutôt les atypiques (rispéridone, ...)

Traitement médicamenteux

Douleur

- Toujours la ré-évaluer
- La chercher, la contrôler, la surveiller, la traiter
- Antalgiques de niveau 1 à 3

Alimentation

- Fractionner donc souvent et petites quantités
- Sonde nasogastrique ou voie parentérale si risque vital

Infections

- Surtout urinaires
- Antibiothérapie ciblée

Traitement médicamenteux

Autres

- Anxiolytiques, oxygène, aérosol en fonction du tableau clinique
- Traitement spécifique des affections rencontrées
- Transit, diurèse

AEG

ALTÉRATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

Altération de l'état général : de quoi s'agit-il ???

- **Amaigrissement** : perte de poids ≥ 5 % du poids habituel
- **Asthénie** : fatigue générale : réduction des capacités fonctionnelles : motricité, fonctions cognitives, psychologiques, sociales
- **Anorexie** : diminution ou perte d'appétit

Difficile à définir chez le sujet âgé

Altération de l'état général : fréquemment rapporté

Motif fréquent d'hospitalisation en gériatrie :

« **Il ne va pas bien** »

« *Je vous adresse Mme X pour altération de l'état général* »

Souvent lié à un maintien à domicile devenu impossible

Altération de l'état général comme motif d'hospitalisation

Service de médecine interne de Strasbourg : E. Andres, M. Mecili, E. Ciobanu

Etude rétrospective réalisée en 2008 à partir de 200 cas de patients admis pour AEG en service de médecine interne :

- **Asthénie 17%**
- **Amaigrissement : maigreur, cachexie 13%**
- **Douleurs erratiques ou diffuses: 11%**
- Anorexie 6%
- Perte d'autonomie 5%
- Syndrome démentiel 5%
- Précarité 4,5 % (maintien à domicile impossible)
- Syndrome fébrile ou syndrome inflammatoire 4,5%
- Décompensation ou insuffisance cardiaque 4%

Altération de l'état général comme motif d'hospitalisation

CHU de Clermont Ferrand , Pôle Urgence , L Jainsky, S Tazé, J Schmidt

Étude prospective incluant 53 patients admis en structure d'urgence pour AEG en 2008

- Âge moyen de 76,1 ans
- 85% venant du domicile
- Taux d'hospitalisation de 90%
- 28,3 % n'ont aucun symptôme
- Pathologies aiguës 51 % dont 44 % de pathologies infectieuses
- 51 % retournent à domicile
- Taux de mortalité 17 %

En conclusion : AEG du sujet âgé aux urgences ne correspond pas dans la pratique à une définition précise mais traduit **une rupture par rapport à un état antérieur, lié une fois sur 2 à une pathologie aiguë**

Connaître ce qui amène aux urgences

POUR MIEUX LE PRÉVENIR

Situations cliniques

1/ infections aiguës ou subaiguës :

Infections à germes banals dans les localisations fréquentes (infection urinaire, broncho-pneumopathie, cholécystite, sigmoïdite)...ou subaiguës avec abcès profond, tuberculose

Situations cliniques



2/iatrogénie +++

En 2012, la iatrogénie médicamenteuse est responsable de 160 000 hospitalisations/an

- 10 % des hospitalisations chez les plus de 65 ans
- 20 % des hospitalisations chez les octogénaires

Troubles du rythme et bêta bloquants + anticholinestérasiques, ...

Troubles métaboliques : hyponatrémie : diurétiques / Inhibiteurs de recapture de la sérotonine ou carbamazépine

Troubles musculaires avec rhabdomyolyse et statines

Syndrome confusionnel et psychotropes

Surdosage en digoxine

Situations cliniques

3/ causes métaboliques

Déshydratation, hyponatrémie, hypercalcémie, insuffisance rénale aiguë ou chronique, diabète, anémie, hyper ou hypothyroïdie (amiodarone), dénutrition, alcool

Situations cliniques

4/douleurs aiguës et/ou chroniques

Non ou insuffisamment traitées

5/causes digestives

Ulcères gastriques ou duodénaux, oesophagites, bulbites ulcérées, candidoses bucco oesophagiennes,

6/causes cardiaques

Insuffisance cardiaque décompensée, troubles du rythme ou de la conduction, pathologie coronarienne masquée

Situations cliniques

7/ causes urologiques : globe vésical, avec ou non infection urinaire

8/ maladies inflammatoires

9/ causes neuro psychologiques

Démence +++ souvent non diagnostiquée,

(article de 2009, UMG du CHU de Grenoble P Couturier : étude portant sur 700 patients vus aux urgences; sur 100 patients avec une pathologie démentielle, 42 seulement avaient un diagnostic connu)

syndrome dépressif, anxiété

Hématome sous dural si notion de chute

10 / causes néoplasiques

Situations cliniques

11/ causes sociales

Isolement, problématique de dépendance et de précarité sociale et de maintien à domicile

12/ situations extrêmes : Situations de fin de vie présentées comme « AEG » terminale...

Un exemple ...

LE QUOTIDIEN QUI NE DEVRAIT PAS EXISTER

Mme V...

90 ans

vit seule dans un appartement à Paris, 5^{ème} étage sans ascenseur,
bien connue de ses voisins,

veuve depuis 10 ans, son chien est mort il y a 3 mois

allait à la messe 4 fois par semaine, jusqu'à récemment. Elle n'y va
plus car dit que « l'église est devenue trop loin pour elle »

antécédents de chutes (2 / mois)

régression psychomotrice progressive

Antécédents :

- HTA essentielle
- Fractures : poignet droit (1988), radius gauche, poignet gauche (2007), bi-malléolaire (2008)
- Asthme ancien

Traitement de Mme V

- acébutolol : 200 mg / jour
- atorvastatine 10 mg / jour
- furosémide : 20 mg / jour
- oméprazole : 20 mg / jour
- oxazépam : 10 mg le matin
- zolpidem : 10 mg le soir
- escitalopram (Seroplex°) : 5 mg le matin
- salbutamol aérosol si besoin