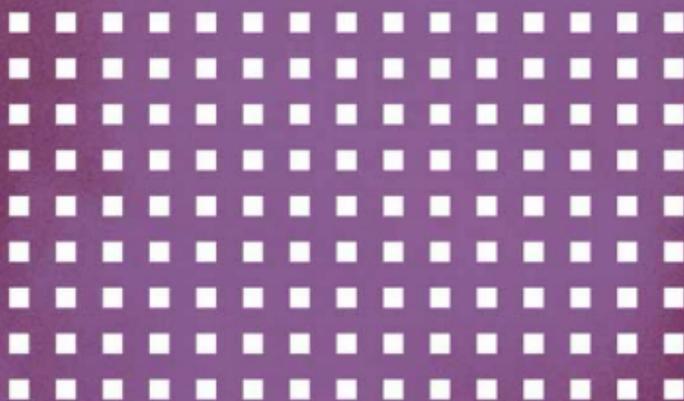


COLLECTION

ABORD CLINIQUE

Robert Moulias et Sophie Moulias



Abord clinique
du malade âgé

 Springer

ABORD CLINIQUE DU MALADE ÂGÉ

Springer

Paris

Berlin

Heidelberg

New York

Hong Kong

Londres

Milan

Tokyo

ROBERT MOULIAS
SOPHIE MOULIAS

ABORD CLINIQUE
DU MALADE ÂGÉ

 Springer

Robert Moulias
Fondation nationale
de gérontologie
49, rue de Mirabeau
75015 Paris

Sophie Moulias
Unité de gériatrie aiguë
Hôpital Ambroise Paré
92100 Boulogne-Billancourt

ISBN-10 : 2-287-22084-4 Springer Paris Berlin Heidelberg New York
ISBN-13 : 978-2-287-22084-5 Springer Paris Berlin Heidelberg New York

© Springer-Verlag France, Paris 2007
Springer-Verlag France est membre du groupe Springer Science + Business Media
Imprimé en France

Cet ouvrage est soumis au copyright. Tous droits réservés, notamment la reproduction et la représentation, la traduction, la réimpression, l'exposé, la reproduction des illustrations et des tableaux, la transmission par voie d'enregistrement sonore ou visuel, la reproduction par microfilm ou tout autre moyen ainsi que la conservation des banques de données. La loi française sur le copyright du 9 septembre 1965 dans la version en vigueur n'autorise une reproduction intégrale ou partielle que dans certains cas, et en principe moyennant le paiement des droits. Toute représentation, reproduction, contrefaçon ou conservation dans une banque de données par quelque procédé que ce soit est sanctionnée par la loi pénale sur le copyright.

L'utilisation dans cet ouvrage de désignations, dénominations commerciales, marques de fabrique, etc. même sans spécification ne signifie pas que ces termes soient libres de la législation sur les marques de fabrique et la protection des marques et qu'ils puissent être utilisés par chacun.

La maison d'édition décline toute responsabilité quant à l'exactitude des indications de dosage et des modes d'emplois. Dans chaque cas il incombe à l'utilisateur de vérifier les informations données par comparaison à la littérature existante.

SPIN : 110 11 521

Maquette de couverture : Nadia OUDDANE

Collection *Abord clinique*, dirigée par Paul Zeitoun

La collection « Abord clinique » est composée d'ouvrages destinés aux professionnels de santé confirmés ou en formation, intéressés par le point de vue de spécialistes ayant une grande expérience clinique et un goût affirmé pour l'enseignement.

On trouvera dans ces ouvrages la description des symptômes et de leur expression, des signes physiques et de leur interprétation, ainsi que des aspects relationnels avec le patient et son entourage.

Témoignant du vécu de l'auteur, ces ouvrages ont pour objectif la description du plus grand nombre possible de paramètres utiles à la prise en charge de la maladie ou des symptômes et au suivi du malade.

Dans la même collection :

– *Abord clinique en cancérologie*

Bernard Hoerni, Pierre Soubeyran, février 2003

– *Abord clinique en gastro-entérologie*

Paul Zeitoun, François Lacaine, février 2003

– *Abord clinique en gynécologie*

Bernard Blanc, Ludovic Cravello, juin 2004

– *Abord clinique des malades de l'alcool*

Dominique Huas, Bernard Rueff, juin 2005

– *Abord clinique des urgences traumatiques au cabinet du généraliste*

Jean-Claude Pire, Carole Carolet, juin 2005

– *Abord clinique en urologie*

Ariane Cortesse, Alain Le Duc, septembre 2006

À paraître :

– *Abord clinique des affections du rachis*

Vincent Pointillart

SOMMAIRE

■ INTRODUCTION	11
■ UNE CLINIQUE À PART	13
Le vieillissement, un processus modulable par chacun	13
Vieillesse et adaptation à l'avancée en âge	14
Vieillard fragile, vieillard robuste	15
Le vieillard malade	16
Place de la chronicité en gériatrie	16
■ EXAMEN CLINIQUE DU PATIENT ÂGÉ	19
Principes	19
Conditions de l'examen	20
Objectifs de l'examen	21
Méthode de l'examen	22
Pratique de l'examen	24
Du bon usage des examens complémentaires	26
■ SYNDROMES GÉRIATRIQUES	29
Formes gériatriques des maladies	29
Polyopathologies	30
■ AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES	39
Maladie artérielle du vieillard	39
Hypertension artérielle (HTA)	41
Maladie cérébro-vasculaire	43
Insuffisance cardiaque chronique	47
■ MALAISES	51
Une clinique rétrospective	51
Mécanisme : un malaise, des causes	51
Quel malaise ?	52
Comprendre ce qui s'est passé pour traiter	54

■ SYNDROMES NEUROPSYCHIATRIQUES	55
Syndromes démentiels	55
Mouvements anormaux	64
Syndromes dépressifs	67
Les syndromes confusionnels (<i>delirium</i>)	71
■ TROUBLES DE LA MARCHÉ	77
Le « mal-marchant »	77
Le chuteur	82
L'arthrosique	85
L'ostéoporotique	87
Le sarcopénique	89
■ SYNDROMES INFECTIEUX	93
L'infection chez le vieillard	93
Syndromes fébriles	95
Infections respiratoires	97
Infections urinaires	99
Infections biliaires	102
Infections oro-buccales	103
Endocardites infectieuses	103
■ IMMOBILISATION ET SES CONSÉQUENCES	105
Syndrome d'immobilisation	105
Incontinence urinaire	111
Thromboses veineuses profondes (TVP)	114
Escarres	116
■ DOULEUR ET SYNDROMES ALGIQUES	123
Clinique	123
Bases cliniques de la prise en soins	126
Que dire au malade ?	126
■ SYNDROMES NUTRITIONNELS	129
Dénutritions	129
Déshydratations	131
Diabètes	133

SOMMAIRE

■ SYNDROMES DIGESTIFS	139
Urgences	139
Dysphagie	140
Pyrosis et douleurs épigastriques	141
Constipation	141
Incontinence anale	142
Autres symptômes fréquents	143
■ SYNDROMES ANÉMIQUES	145
Une clinique pauvre	145
Anémies par carence en fer	146
Anémie inflammatoire	146
Anémies macrocytaires	146
Anémies normocytaires	147
■ QUELQUES SITUATIONS PARTICULIÈRES	149
Le vieillard aux urgences	149
Le clinicien face au cancer du vieillard	150
Le vieillard chirurgical	152
Le vieillard en état terminal	152
■ À LA FIN DE LA CONSULTATION	157
Informar	157
L'ordonnance : jamais une routine	158
Prescrire des soins et des aides	162
Du bon usage de l'hôpital en gériatrie	166
Papiers administratifs	167
■ ANNEXES	169
Échelle du <i>mini mental status examination</i> de Folstein	169
Test de l'horloge	170
Test des cinq mots de Dubois	171
Échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL de Lawton)	172
Échelle des activités de la vie quotidienne (ADL) de Katz	173
Échelle GDS (<i>Geriatric Depression Scale</i>)	174
Échelle de Norton	175
Échelle du <i>mini nutritional assessment</i>	176
Clairance de la créatinine estimée par la formule de Cockcroft et Gault	178

INTRODUCTION

La médecine du Grand Âge est une nouvelle médecine. Elle concerne tous les médecins et personnels de santé. Nouvelle, elle évolue plus vite que les « vieilles » disciplines médicales. Il faut en finir avec le déni de la maladie chez le vieillard. L'âge à lui seul n'explique aucun déficit, aucun handicap. Tout handicap apparu avec l'âge est conséquence de maladies, ce qui veut dire que les déficiences et handicaps de l'âge peuvent être prévenus, voire guéris, sinon améliorés ou retardés, compensés sinon accompagnés. Le médecin a toujours quelque chose à faire pour son patient. La médecine de l'homme âgé ne se limite plus à une déféctologie passive, combat d'arrière-garde. Elle est une médecine de dépistage, de prévention, de prévision. Nul ne peut plus l'ignorer. Nul ne peut, sous prétexte de l'âge, laisser sans prise en soin une part croissante de ses patients.

Comment accepter de soigner sans savoir ? Ne met-on pas en danger par des connaissances insuffisantes, par une offre de soins qui ignore les besoins de cette population ? Le médecin doit savoir reconnaître la maladie derrière le symptôme atypique, ne pas s'arrêter au premier diagnostic qui semble évident. Chaque symptôme peut relever de plusieurs causes. Un diagnostic peut en cacher un autre tant les maladies peuvent être multiples.

Le médecin ne peut être non plus omniscient, il doit savoir quand passer la main et à qui la passer. Prendre l'avis d'un référent en temps utile facilite votre suivi du malade âgé.

UNE CLINIQUE À PART

Le vieillissement, un processus modulable par chacun

Le vieillissement est mieux connu aujourd'hui. Vieillir n'est pas qu'une question de temps. La gériatrie est la discipline médicale où l'âge ne joue plus de rôle comme facteur de gravité. Ce n'est pas qu'une question de génétique, bien qu'il existe des familles de « longévifs », où la longévité se transmet de génération en génération. Le vieillissement est fonction du mode de vie et non d'utopiques pilules de jouvence. Près de 90 % de ceux qui naissent peuvent arriver à l'âge de la vieillesse sans présenter d'incapacité majeure. Ce succès est le résultat de deux siècles de progrès, d'abord de l'hygiène et, plus récemment, de la médecine.

Les vieillards que nous avons à soigner en France ne sont plus d'heureuses exceptions ayant résisté à l'infection, à la famine, à la surcharge alimentaire, à l'épuisement physique, à la dangerosité de travaux de force, aux risques de l'accouchement. Le vieillard n'est plus un survivant dans les pays occidentaux. Au début du ^{XX}^e siècle, une personne sur dix arrivait à l'âge de 65 ans. La vieillesse est devenue la règle : aujourd'hui neuf personnes sur dix dépassent les 65 ans.

On peut dater cette évolution : le taux de mortalité infectieuse a été dépassé par la mortalité cardiaque dans le milieu du ^{xx}e siècle, cette dernière a commencé à devenir plus tardive, pour qu'à ce jour son taux soit lui-même dépassé par celui de la mortalité due au cancer.

L'exposition aux facteurs de risque cardio-vasculaire que sont le tabac, la surcharge alimentaire et l'hypertension artérielle non traitée, raccourcit la vieillesse. Le niveau d'éducation et le niveau d'activités physique, psychique et sociale à l'âge adulte et poursuivies dans la vieillesse sont les meilleures prémisses d'une vieillesse robuste et prolongée.

Les comportements à risques, y compris à risque infectieux, exposent à une mort prématurée ou à une survie handicapée. La sédentarité et l'inactivité sont aussi des comportements à risque à tout âge, vieillesse incluse. Le vieillard éduqué à l'hygiène occidentale et à la nourriture méditerranéenne a d'autant plus de chance de rester longtemps un « robuste » vieillard qu'il continue des activités physiques, psychiques, sociales, voire professionnelles.

Vieillesse et adaptation à l'avancée en âge

La vieillesse est une période physiologique de l'existence « créée » par le monde moderne. Lors du vieillissement, on observe des modifications de réponses hormonales (stress), immunitaires (passage de l'immunité cellulaire dominante à l'immunité humorale dont résulte une réponse immunitaire moins destructrice), cardio-vasculaires (moindre activité du système rénine-angiotensine). Ces adaptations des réponses ont des effets protecteurs, évitent des réponses excessives à des agressions plus fréquentes. Tous les phénomènes du vieillissement ne sont pas nocifs.

L'accumulation de risques de maladies avec l'âge entraîne la polypathologie. Des maladies chroniques peuvent s'additionner et se potentialiser avec l'avancée en âge. Une vieille personne ne meurt jamais de vieillesse. Elle meurt toujours de maladie. Chez le très grand vieillard, il est souvent difficile de déterminer la cause réelle de la mort. À la question : « De quoi est-il mort ? », on pourrait substituer : « Comment faisait-il pour vivre ? ».

Vieillard fragile, vieillard robuste

Le terme « personne âgée » permet d'escamoter la maladie et la notion de personne à part entière. Évitions ce terme autant que possible.

Beaucoup de données concernant la vieillesse sont fondées sur des courbes de marqueurs qui décroissent avec l'âge. Ces courbes sont construites à partir de nuages de points. Il y persiste des sujets âgés aux fonctions conservées et il y a quelques sujets déficitaires chez des jeunes. Les sujets à fonction abaissée, jeunes ou vieux, sont des sujets malades. Il n'existe pas de « normale pour l'âge ». Plus simplement, gardons à l'esprit que la fréquence de la maladie s'accroît avec l'âge. L'âge chronologique n'est pas une donnée biologique.

La difficulté de définir les altérations dues à l'âge explique le succès de la notion de « vieillard fragile », médiocre traduction du mot anglais « *frail* ». La fragilité traduit une plus grande vulnérabilité face à la morbidité et au risque de handicaps. La fragilité peut être sociale : tout vieillard isolé et/ou sans ressource est fragile, la canicule l'a bien prouvé. Elle peut être médico-psychologique : tous les vieillards mentalement déficitaires, psychotiques, déprimés ou déments, sont fragiles. Elle peut être médicale : tous les vieillards handicapés par une maladie chronique sont fragiles. La perte d'activité, puis les confinements successifs, au domicile, au fauteuil, au lit, sont autant de degrés de la fragilité.

De l'expérience de tout gériatre, il apparaît que le plus fragile est celui des vieillards dont la maladie n'est pas reconnue : démence débutante, dépression non identifiée, amaigrissement par syndrome inflammatoire latent. Ce sont chez ces malades non reconnus que vont survenir les catastrophes. Le classique « à votre âge, c'est normal » peut conduire à toutes les erreurs diagnostiques. Ce n'est pas parce qu'on est âgé qu'on ne pense plus, qu'on ne marche plus, qu'on ne voit plus, etc. C'est parce qu'on a une démence, un canal lombaire étroit, une dégénérescence maculaire, etc. Votre malade relève de l'une des causes de fragilité : traitez d'abord la cause de la fragilité si elle est curable !

L'opposé du vieillard *frail* est le vieillard *fit*, en forme. On peut traduire par « robuste ». Ce vieillissement réussi n'implique pas une santé parfaite, mais validité et autonomie. Beaucoup de vieillards apparemment « robustes » sont des malades chroniques qui coopèrent activement à leur propre soin. Leur activité maintenue est-elle la cause de cette forme conservée « malgré » âge et maladie ? À diagnostic égal, le vieillard *fit*, actif et volontaire, a toujours un meilleur pronostic que le vieillard *frail*, inactif et démissionnaire.

Le vieillard malade

Plutôt que de catégoriser et réduire votre malade au stéréotype de vieillard frêle ou robuste, l'abord clinique doit situer ce malade dans sa vie et dans son contexte. On essaiera de le connaître dès le premier examen.

Il n'existe pas de vieillard standard. Chacun a son caractère et sa psychologie, façonnée par une longue histoire de vie dont il vous inondera les oreilles ou qu'il taira. Chaque vieille personne a un environnement familial : a-t-elle un(e) conjoint(e) ? Si elle est veuve, depuis quand ? La cicatrice s'est-elle refermée ? A-t-elle des enfants, sont-ils proches affectivement ? géographiquement ? A-t-elle conservé une vie sociale dans son voisinage ou avec son ancien milieu professionnel ? A-t-elle conservé des centres d'intérêt culturel ou des loisirs ? Le goût de vivre et les possibilités d'aider viennent de l'environnement familial et social de la personne malade. Vieillir dans un isolement total, ou rester toujours actif dans sa famille, son quartier, son réseau social, c'est très différent.

Goûts, affinités, désirs et projets, aident à construire un projet de soins au sein d'un projet de vie. Paradoxalement, il est moins difficile de soigner un malade trop occupé pour penser à lui-même qu'un malade dont le seul objectif de vie est de se soigner.

Place de la chronicité en gériatrie

La médecine du grand âge est moins marquée par la limitation de l'espérance de vie que par la chronicité et le risque de handicap. Un vieillard *fit* de 80 ans a une espérance de vie moyenne de 13,9 ans : pourquoi limiter les objectifs thérapeutiques ? Ce vieillard n'est pas en fin de vie. Un octogénaire fragile dispose d'une espérance de vie de 4 ans, ce n'est pas nul.

La guérison reste un objectif de soins chez le vieillard autonome. Pourquoi priver un nonagénaire de la guérison d'un cancer colique par une hémicolectomie ou de la guérison d'une coxarthrose par une prothèse de hanche, s'il peut vivre autonome et que le risque opératoire est contrôlable ?

Dans de nombreuses maladies chroniques associées à l'âge, la guérison n'est pas possible. La personne devra vivre avec sa maladie. La qualité de vie devient l'objectif des soins. La notion de qualité de vie est subjective. Seul

le malade en est juge, pas le médecin, ni l'entourage du malade. Tel, qui a eu une vie brillante et active, va juger sa qualité de vie satisfaisante alors qu'il est frappé d'un handicap majeur. La qualité de l'environnement, l'adaptabilité et la résilience du malade jouent un rôle favorable. L'altération de la qualité de vie la plus douloureuse est d'abord la « mort sociale » chez l'homme, la perte du domicile chez la femme. Ces souffrances pèsent plus lourd sur la qualité de vie que le handicap physique, voire mental.

N'ayons pas la prétention de juger de la qualité de vie d'autrui selon nos propres critères. Un objectif de confort de vie est plus adapté. Faire quelques pas donne un confort de vie supérieur à celui d'être confiné au fauteuil. Trouver du plaisir à manger donne un confort supérieur à l'état nauséeux. Pouvoir être en relation avec son prochain, même en l'absence d'expression verbale, donne un meilleur confort que l'isolement social.

Le risque de handicap est permanent chez le sujet âgé. Toute fonction altérée par la maladie ou par l'absence d'usage risque de disparaître. Combien de malades âgés marchent mal en raison de déficits neurologiques, mais marchent tout de même ? Combien d'autres ne se déplacent plus parce qu'ils ont perdu toute motivation pour la marche ou parce qu'on leur a prescrit un repos au lit ?

Certains malades vont évoluer plus que d'autres vers la dépendance. C'est le cas des déprimés : « pourquoi faire quelque chose » ? La démence est la première cause de handicap physique. Peu à peu, le dément ne sait plus voir, ni entendre, ne sait plus marcher, ni manger. Ces fonctions sont perdues plus vite si on l'empêche de marcher, de manger seul, si on l'enferme, etc. Éviter ou retarder le handicap doit être la préoccupation du praticien. Par exemple, contre la perte de mobilité, commencer immédiatement la rééducation après toute affection aiguë et éviter toute immobilisation temporaire sont des règles à ne jamais oublier.

La gériatrie n'est pas une médecine simple, ni de routine. Il faut penser à tout chez le malade âgé, se donner des *check-lists*. La routine y est plus dangereuse qu'ailleurs. La visite limitée à la prise de la tension artérielle, à l'échange de quelques mots et au renouvellement d'une ordonnance que le malade ne suit pas parce qu'il ne la comprend pas, est une médecine à risque. Le malade se tait par peur d'ennuyer ou ne sait pas dire le fait nouveau qui change le diagnostic. Le témoin de l'événement inhabituel ne saura pas informer. Le médecin a un devoir de curiosité auprès d'eux.

On ne meurt jamais de vieillesse, toujours de maladie.
L'âge du patient ne dispense jamais le médecin d'une démarche diagnostique. La notion de « vieillard fragile » traduit une plus grande vulnérabilité face à la morbidité et au risque de handicaps. La fragilité peut être sociale, médicale ou psychologique.

EXAMEN CLINIQUE DU PATIENT ÂGÉ

Principes

Ce malade a une vie derrière lui, une vie faite de maladies bénignes ou sévères, de facteurs de risques, de satisfactions, d'échecs, de deuils, de non-dits. Le premier examen ne suffira pas à le connaître suffisamment, à moins qu'il ne soit fort long (évaluation gériatrique). Ce malade a peur de vous, de ce que vous allez trouver, lui annoncer, lui interdire... Il peut cacher ce dont il a le plus peur. Il peut oublier le principal s'il a des troubles de la mémoire.

Ce malade a un entourage, proche – fusionnel s'il s'agit d'un vieux conjoint, anxieux et maternant quand il s'agit d'un enfant. Cet entourage l'accompagne, répond à sa place, veut exposer des difficultés que nie le malade. Ce malade est complexe. Plusieurs maladies s'intriquent., l'historique est confus.

Ce premier examen prendra du temps. Il devra se limiter parfois au plus urgent, quitte à approfondir un symptôme lors d'examens ultérieurs. Il est plus performant d'analyser tous les problèmes principaux dès le premier examen.

Conditions de l'examen

■ Au domicile

L'examen a lieu au domicile lorsqu'il s'agit d'une personne handicapée ou d'une personne confinée au fauteuil. L'aspect du domicile en apprend beaucoup au médecin. Entre la propreté méticuleuse de l'obsessionnel et le capharnaüm du syndrome de Diogène, tous les intermédiaires existent. Un coup d'œil au réfrigérateur en apprend plus sur la nutrition qu'un long interrogatoire. Si le malade vit en couple ou chez un enfant, le type de relation apparaît vite, de l'indifférence agacée à la relation fusionnelle pathologique.

Examiner au domicile n'est pas aisé. Les difficultés motrices, visuelles ou psychologiques s'accompagnent d'un ménage peu ou pas fait. L'éclairage peut être calamiteux, le lit trop bas, l'hygiène corporelle d'une autre époque...

■ Au cabinet de consultation (libéral ou hospitalier)

La façon de se présenter ou d'être présenté par l'aidant fait connaître aussitôt les attentes du patient et des siens. En théorie, vous disposez de conditions idéales : cabine de déshabillage, lit d'examen, fauteuils, bon éclairage, lavabo, matériel. Restent la lenteur des gestes, l'oreille dure, la complexité du déshabillage et rhabillage.

■ Dans un lit d'hôpital, un service d'urgences, ou en maison de retraite

Le malade âgé est captif d'une filière. Il se sait dépendant de vous... Il n'a plus la présence, parfois envahissante, mais protectrice, du conjoint ou de la fille. Votre présentation doit être rassurante (vous souriez) et humaine (vous vous adressez à une personne). C'est avec celui qui ne demande rien qu'il faut être le plus explicatif. Celui qui vous abreuve de questions précises attend moins de vous un discours détaillé que le soulagement de ses frayeurs par une attitude paternaliste.

Si le malade peut être examiné dans sa chambre, sur un lit à hauteur variable ou dans un cabinet d'examen, la situation est idéale. Sinon vous avez les difficultés de la promiscuité. Le voisin de chambre n'a pas à assister à l'examen de votre malade. Il faut respecter la pudeur et la confidentialité. L'examen clinique n'est pas public.

■ La personne de confiance

Les gériatres n'ont pas attendu la loi pour demander à leurs malades âgés de désigner une personne de confiance. C'est le plus souvent la personne présente au domicile ou celle qui l'accompagne à la consultation ou aux urgences.

À l'hôpital ou en maison de retraite, c'est indispensable. On ne peut donner d'informations à n'importe qui. Cette personne n'a pas de droits, ni de devoirs particuliers. Elle peut ne pas faire partie de la famille. Elle est un intermédiaire et un conseil pour le malade, mais aussi pour le médecin. Il peut recevoir d'elle les clefs pour se faire comprendre du malade.

Objectifs de l'examen

Il s'agit de guérir ce qui est curable, de prévenir ce qui est évitable, de ralentir ce qu'on ne peut améliorer. Il faut donc identifier les maladies patentes et latentes, dépister le risque de handicap avant le handicap.

L'examen peut être fait à la demande du malade. Son motif d'appel est parfois véniel par rapport à l'affection principale. Le médecin a intérêt à tenir compte de la plainte sur l'accessoire pour faire comprendre l'importance de traiter à temps le principal.

Le patient peut consulter à la demande d'un proche. Cette situation peut être conflictuelle. Elle est fréquente dans les syndromes démentiels où le malade ne se plaint de rien. Le médecin devra convaincre le malade du bien-fondé de la démarche pour éviter une scène entre malade et accompagnant dès qu'il aura tourné le dos.

La consultation peut être un simple suivi. Le risque est que l'examen soit limité à ce que l'on suit. Un examen trop succinct peut passer à côté de symptômes nouveaux apparus entre-temps.

L'examen peut être de dépistage. Ce sont les petits déficits qui deviendront des grands handicaps s'ils ne sont pas pris en soin dès le début.

Le but de l'examen est de comprendre le mécanisme du symptôme pour pouvoir proposer le soin efficace. L'examen clinique permet de définir les examens complémentaires utiles.

Ce que le malade âgé attend de vous, c'est d'être soulagé d'un symptôme, savoir ce qu'il faut faire dans sa situation, savoir se préserver des handicaps et retarder une mort inéluctable. Nos patients ont plus peur du handicap physique, et encore plus du handicap psychique, que de la mort.

Méthode de l'examen

L'examen du malade âgé est particulier par sa longueur. Ce malade met du temps à se déshabiller. Il faut respecter sa pudeur mais l'examiner entièrement. L'examen décèle toujours de nombreux signes. Chacun d'eux a des causes multiples. Il vaut mieux procéder à l'examen par fonction et utiliser des procédés simples d'évaluation de chaque fonction. Lors du premier contact, souvent, on ne peut tout évaluer. Il faut aborder le problème principal, celui de la plainte ou le plus vital, et remettre les autres pathologies à plus tard sans pour cela les oublier. Le malade âgé doit bénéficier d'un examen physique complet comprenant la palpation des seins et le toucher rectal.

■ Antécédents

Les vieux malades ont une longue histoire. Les antécédents sont aussi à rechercher auprès des proches s'ils sont présents, du médecin traitant si le malade est vu aux urgences ou à l'hôpital.

L'imprécision des renseignements médicaux dont disposent les malades et la famille est navrante. Il ne faut jamais hésiter à demander un compte rendu d'hospitalisation ou un compte rendu opératoire, même remontant à des années. Le dossier médical du patient sera un progrès pour ces malades.

Les antécédents familiaux, sociaux, professionnels doivent être connus. Que le malade vive seul ou en couple, soit divorcé ou vive en concubinage, se soit fâché ou non avec ses enfants, qu'il ait une retraite professionnelle confortable ou au niveau du RMI, sont des informations qui influencent le projet de vie et les soins. Recadrée dans son existence et non plus seulement dans sa maladie, la personne sera rassurée d'être vue dans son humanité et non comme un objet de diagnostics.

■ Rechercher les premiers symptômes

La gériatrie est d'abord une médecine préventive. Le grabataire est celui qui marchait mal quelques années plus tôt ; le dément, celui qui avait de petits troubles cognitifs ; le diabétique, celui qui avait une glycémie à jeun un peu élevée. C'est au début que la cause du déficit est à élucider afin de prendre des mesures de prévention.

■ Gérer la complexité

Chaque malade âgé peut avoir plusieurs problèmes de santé. Certains n'ont entre eux aucun lien : cataracte et séquelle de sciatique, cancer cutané et bronchopathie chronique. D'autres peuvent interférer entre eux ne fût-ce que pour le traitement : diabète et hypertension, par exemple. D'autres ont une origine commune : accident vasculaire cérébral, dépression et pneumopathie d'inhalation.

Le médecin devra identifier les pathologies, juger de leurs liens, hiérarchiser les priorités du soin en fonction du pronostic vital ou fonctionnel. La prévention du handicap est la base de la préservation de la qualité de vie. C'est cette préservation qui assure la longévité. Donner « de la vie aux années » donne « des années à la vie » et non l'inverse !

La complexité de l'ordonnance du malade âgé est la règle. Cette complexité médicale s'enrichit d'une complexité sociale dès qu'il y a handicap. Il n'y a jamais de dépendance liée à l'âge. Il n'y a que des handicaps liés à la maladie chronique.

Le médecin aura à veiller à la santé de l'aidant familial. Il faut veiller à ne jamais sacrifier la santé de l'aidant à celle du malade.

Il faudra s'informer auprès des aides familiales, professionnelles, et des soignants de ce que le malade ne dit pas au médecin, ou de ce que le médecin ne peut pas observer par son examen. En tous lieux, domicile, hôpital, institution, le soin du malade âgé handicapé est un travail d'équipe. Nul ne peut être efficace s'il n'a pas une équipe compétente autour de lui.

■ Routine ou sérendipité

La routine médicale et soignante menace le malade chronique âgé. La visite de contrôle superficielle, où on prend la tension en disant trois mots, ne permet pas de s'apercevoir du fait nouveau que le malade lucide ne voudra pas dire parce qu'il en a peur et que le malade altéré ne pourra pas exprimer.

La « sérendipité », de l'anglais « *serendipity* », est la curiosité bien placée, celle de l'attention en éveil qui verra dans un tableau, à première vue inchangé, le petit truc qui ne colle pas, le fait nouveau qui peut faire prévoir la catastrophe, donc permettra de la prévenir. L'examen clinique reste la base de la médecine gériatrique.

Pratique de l'examen

Le gériatre travaillant à l'hôpital ou en institution peut consacrer le temps nécessaire à cette évaluation gériatrique, qui ne doit laisser de côté aucun aspect de la santé de la personne. Cette évaluation amène à connaître la symptomatologie et le dysfonctionnement de l'organe, elle permet d'établir les diagnostics des affections responsables. Elle va être la base d'un projet de soin acceptable pour le malade et par son entourage.

Le généraliste libéral ne pourra pas consacrer les heures nécessaires à cette consultation non reconnue par la nomenclature de la Sécurité sociale. Dès qu'il y a handicap en voie d'apparition, le généraliste a intérêt à demander cette évaluation à un service de gériatrie. La compétence passe avant la proximité. Cela permet au généraliste de conserver la gestion du projet de soin et de gagner beaucoup de temps. Il en est de même en maison de retraite. Si rien ne presse, le généraliste pourra évaluer tout à tour les différents problèmes de santé après les avoir hiérarchisés.

À l'hôpital, en service non gériatrique, on s'intéresse d'abord à ce qui concerne la spécialité du service. Chez le malade âgé polyopathologique, on trouve toujours quelque chose relevant de cette spécialité ! Régler le problème qui relève de la spécialité ne surmonte pas les autres difficultés de santé, souvent les principales. À quoi sert de régler un problème digestif, pulmonaire ou autre, si le problème principal est dans la perte de mobilité ou les troubles cognitifs ?

Pour une majorité de cas, le médecin traitant a la charge entière de ce malade au domicile. Il procède par étapes à l'examen complet. Là où il n'y a pas d'accès possible à un référent gériatre, le système hospitalier ne peut apporter d'autre aide au médecin traitant que des avis spécialisés ponctuels. Il est alors difficile de concilier les recommandations contradictoires – par exemple pour un angor, une dénutrition et une broncho-pneumopathie chronique obstructive, les référents spécialistes donnent des propositions incompatibles entre elles.

Le médecin est conduit à des choix ardu, surtout quand les déplacements deviennent difficiles. Ces choix sont guidés par les objectifs de qualité de vie et de prévention du handicap. Le surcoût apparent d'un soin (rééducation par exemple) peut apporter une économie grâce au maintien de l'autonomie, car le besoin d'aides et le risque de placement sont alors moindres. L'examen recherche ce qui peut être utile à traiter, aux dépens de ce qui est

futile. Le raisonnement coût-efficacité reste pertinent au grand âge. Les études prouvent que les préventions ciblées ont chez le vieillard un excellent rapport coût-efficacité.

■ L'interrogatoire : une pratique difficile

On ne peut pas comprendre la maladie actuelle sans connaître les antécédents du malade, ses facteurs de risques, comment il a vécu et ses conditions de vie. L'interrogatoire doit être complété par celui de l'entourage en cas d'incapacité d'expression verbale, de troubles de la mémoire, de silences volontaires. L'interrogatoire prend du temps. Il peut être poursuivi en plusieurs étapes, au fur à mesure que l'on s'occupe d'une autre fonction.

Le questionnement concerne d'abord la plainte principale du malade – ou de son entourage – et le motif de la consultation. Il concerne aussi ce qui vous paraît son principal problème de santé, souvent différent de sa plainte.

L'interrogatoire évoque les symptômes ressentis, leur histoire, les autres antécédents médicaux, l'histoire de vie : conjoint, enfants, ancien métier, mode de vie actuel, activités et autres intervenants de la vie au quotidien. Il doit être mené avec curiosité, il doit identifier le symptôme clé qui manque, en se gardant d'influencer les réponses. Volontairement ou par troubles de mémoire, le patient peut omettre des symptômes ressentis, ou en minimiser certains.

Il importe de connaître les capacités réelles du patient. Les témoins de la vie au domicile (aide à domicile et famille), à l'hôpital ou en institution (aide-soignant ou agent hôtelier) peuvent vous dire ce qu'ils savent. Ils doivent pouvoir vous rencontrer et être mis en confiance pour vous parler.

■ Examen physique

L'examen est retardé par les difficultés de déshabillage, par la pudeur ou la honte du corps flétri. Il dépend de la mise en confiance du patient, qu'il faut obtenir avant d'aborder l'examen de son corps.

L'examen étudie d'abord le motif de consultation, la plainte et ce qui vous paraît le problème principal. L'examen complet implique la palpation mammaire et le toucher rectal. Il peut être réparti en plusieurs séances, urgences exclues.

L'examen révèle toujours plusieurs anomalies dont il faut chaque fois rechercher les raisons. L'âge n'est jamais la seule explication. Par exemple, l'examen cutané de tout octogénaire découvre habituellement plus de six diagnostics cutanés différents. Les lésions à traiter peuvent être une mycose,

un cancer ou une lésion précancéreuse. L'examen des pieds vous informe en plus sur l'hygiène du malade.

Du bon usage des examens complémentaires

Au terme de l'examen, certains états pathologiques sont évidents. D'autres nécessitent un complément d'informations biologiques ou d'imagerie. Pour d'autres, le recours à un avis spécialisé est nécessaire : gériatre, cardiologue, rééducateur, etc.

Vus la difficulté de déplacement de certains malades et le coût des déplacements, regrouper ces bilans complexes de malades polyopathologiques en une ou deux séances d'hôpital de jour d'évaluation gérontologique multidisciplinaire est la méthode la plus efficace et la plus économique, même en l'absence de proximité. Ces examens sont le complément de la clinique, ils ne s'y substituent pas. Multiplier les examens sans idée directrice peut induire en erreur ou laisser passer un diagnostic évident.

Les examens complémentaires ne sont pas le sujet de l'ouvrage. Nous ne donnons que de brefs principes sur le complément d'informations qu'ils apportent.

■ Les variables biologiques : des constantes

Les valeurs normales sont les mêmes chez le vieillard que chez l'adulte. Quel que soit l'âge, une valeur anormale garde sa signification pathologique. Une erreur de raisonnement avait pu amener certains auteurs à définir des valeurs « normales » différentes chez le patient âgé. Il persiste toujours des sujets avec des valeurs analogues à celles de l'adulte. Avec l'âge un nombre croissant de sujets (malades) présentent des valeurs pathologiques.

■ Imagerie : quand et pourquoi la demander ?

Longtemps, l'accès des vieillards à l'imagerie médicale a été limité par la toxicité des produits de contraste ou par la pénibilité de l'examen. Nouveaux produits et nouvelles méthodes ont révolutionné l'imagerie et facilité son accès aux sujets fragiles. Si l'examen clinique attentif et complet apporte toujours des

EXAMEN CLINIQUE DU PATIENT ÂGÉ

données irremplaçables, l'imagerie moderne est devenue essentielle. Son coût est vite compensé par la meilleure qualité du soin.

Il persiste la difficulté de déplacer les vieillards à mobilité réduite, d'obtenir la coopération du sujet porteur de troubles cognitifs, hostile à des déplacements multiples. Or, ces malades polyopathologiques ont besoin de diagnostics précis et donc d'explorations multiples.

Certains examens sont anodins : radios et scanners sans injection, IRM, échographie et échographie Doppler. L'âge n'entraîne aucune limitation. Les endoscopies digestive haute et urinaire demandent un minimum de coopération.

Les examens invasifs, telle la coloscopie, ne seront demandés que si l'état du malade le permet et que si l'on prévoit de tenir compte du résultat pour le traitement. La coloscopie peut entraîner des difficultés de positionnement chez le sujet fatigué ou non coopérant, et sa préparation est limitative.

Les examens avec injection de produits de contraste iodés (scanners avec injection, artériographies) induisent un risque d'insuffisance rénale. Il faut mesurer le rapport bénéfice-risque avant de les demander.

L'examen clinique du patient âgé prend du temps. Il est retardé par les difficultés de déshabillage, la lenteur des déplacements, de l'expression. Il est idéalement fait dans un lieu adapté sans pression de temps. Il peut être réparti en plusieurs séances, urgences exclues.

L'examen étudie d'abord le motif de consultation, la plainte et ce qui paraît le problème principal. L'examen clinique doit être complet, ce qui implique la palpation mammaire et le toucher rectal. L'examen révèle toujours plusieurs anomalies. L'âge n'est jamais leur seule explication.

Au terme de l'examen, un complément d'informations biologiques ou d'imagerie peut être nécessaire, comme le recours à un avis spécialisé : gériatre, cardiologue, rééducateur, etc. Il n'y a pas d'anomalie biologique liée à l'âge, les normes sont les mêmes que pour l'adulte.

SYNDROMES GÉRIATRIQUES

Formes gériatriques des maladies

Le vieillard risque de mourir des maladies de l'adulte plus que de celles liées au vieillissement. Les risques de l'adulte se sont accumulés au cours du temps : athérome, diabète, maladies de surcharge, lithiase biliaire ou urinaire, infections diverses. La compression de morbidité qui résulte d'une meilleure hygiène de vie et des traitements préventifs a reculé l'âge de la maladie. Ces maladies ne sont pas pour autant supprimées, mais reportées sur le grand âge où elles acquièrent une symptomatologie différente. Désormais la pathologie artérielle est devenue une maladie de l'âge. Le risque de rencontrer un cancer s'élève avec l'âge. Le cancer est devenu une maladie de la vieillesse.

Cela explique la richesse des pathologies gériatriques : toutes les maladies de l'adulte y figurent, plus les maladies et syndromes propres au grand âge. Cette variété aboutit à une difficulté diagnostique et thérapeutique, mais constitue aussi l'intérêt de la gériatrie. Elle est le contraire de la routine.

Différents syndromes gériatriques sont décrits dans les chapitres suivants. Seuls les plus fréquents sont évoqués, ceux que le généraliste a toutes chances de rencontrer dans sa pratique quotidienne.

Leur description est récente : la recherche gériatrique en est à ses débuts. Prudence et attention doivent accompagner leur abord clinique. Chaque symptôme peut être le résultat de causes multiples.

Polypathologies

La polypathologie est une caractéristique de la gériatrie. Le recul de l'âge de la maladie et la compression de morbidité expliquent que la coexistence de plusieurs maladies chez la même personne ait une fréquence croissante avec l'âge. Il existe plusieurs polypathologies. Quel qu'en soit le type, on ne peut soigner une des maladies en ignorant les autres.

■ La coexistence de deux maladies peut être aléatoire

Les malchances de rencontrer plusieurs affections par coïncidence s'accroissent avec l'âge. On peut avoir une insuffisance cardiaque, un cancer et une cataracte, ou bien une dépression, une artérite et une appendicite.

Dans ces cas, les interférences thérapeutiques sont un risque permanent. Des interférences peuvent survenir entre médicaments : les accidents iatrogènes sont plus à craindre en cas de polypathologie. Doivent être particulièrement présents à l'esprit :

- l'insuffisance rénale sous toutes ses formes. Toute manifestation nouvelle, inflammatoire ou circulatoire, altère la fonction rénale ;
- les états inflammatoires aigus, causes de baisse de l'albumine et des clairances ;
- l'insuffisance cardiaque à cause de l'augmentation des espaces de dilution, de la baisse du métabolisme hépatique et des clairances rénales et hépatiques ;
- les troubles de la conscience qui interdisent la voie orale par risque de fausse-route ;
- les états confusionnels et les démences, situations où on ne peut obtenir la coopération du malade, ce qui limite les possibilités thérapeutiques.

Il importe à chaque demande d'avis spécialisé d'informer le confrère de l'ensemble des problèmes médicaux du patient, en particulier de tous ceux qui peuvent retentir sur sa proposition thérapeutique.

■ Les pathologies peuvent être intriquées : une maladie, des manifestations multiples

Une cause unique peut être à l'origine d'expressions morbides variées. Les exemples en sont multiples :

– la maladie vasculaire peut associer des lésions carotidiennes, coronaires, rénales, etc.

– l'insuffisance cardiaque réalise un tableau multisymptomatique vasculaire, hépatique, rénal, neuropsychique. Seul l'examen complet et la réflexion physiopathologique peuvent attribuer à l'insuffisance cardiaque, l'origine d'un état confusionnel aigu, d'une dyspnée asthmatiforme, d'une cachexie progressive, d'un syndrome douloureux abdominal, etc.

– le diabète est à lui seul une polypathologie. Il associe maladies des artérioles (rétinopathie, neuropathie) et des grosses artères (maladie vasculaire).

Dans ces pathologies intriquées, chaque maladie nécessite son propre traitement. Pour limiter le nombre des médicaments utilisés, on peut choisir des produits traitant deux affections à la fois, par exemple des bêtabloquants chez un patient hypertendu et coronarien, de l'amiodarone pour un sujet ayant une fibrillation rapide et une coronarite, etc.

Le malade âgé doit à chaque instant être envisagé dans sa globalité. La réflexion thérapeutique ne peut se limiter au seul organe malade.

■ Cascades, syndrome des dominos

Les pathologies en cascade sont l'apanage des malades âgés fragiles dont l'équilibre est précaire. Soumis à une affection initiale, ils se trouvent entraînés dans une cascade de complications et de défaillances potentiellement mortelles.

L'enjeu médical est alors multiple :

– identifier l'épisode initial de façon à le traiter de manière adéquate, sinon les mêmes causes continueront à produire les mêmes effets ;

– connaître et comprendre l'enchaînement des éléments ;

– équilibrer l'ensemble des défaillances organiques les unes après les autres ;

– prévenir l'apparition de nouvelles étapes de la cascade ;

– identifier les patients à risque de façon à prévenir ces épisodes.

ABORD CLINIQUE DU MALADE ÂGÉ

Schématiquement, chez le patient âgé plusieurs effets peuvent se combiner, voire se potentialiser dans des proportions variables : l'effet du vieillissement sur l'organe (I), l'existence d'une ou plusieurs pathologies précises touchant cet organe (II), la survenue d'une ou de plusieurs causes précipitantes, souvent extérieures à l'organe touché (III).

Par exemple, un patient au vieillissement cardiaque normal (I) présente une arythmie complète par fibrillation auriculaire (II) bien tolérée. Il fait brutalement une anémie et passe en insuffisance cardiaque. Le traitement de l'anémie guérira l'insuffisance cardiaque. S'il est dément (II), l'anémie pourra aussi provoquer une confusion (III), qui sera améliorée par la transfusion.

Les retombées diagnostiques et thérapeutiques sont évidentes dans l'immédiat, mais aussi à moyen et long terme. Tout traitement au long cours expose à un risque iatrogène. Il faut savoir le rediscuter lorsque le facteur déclenchant a disparu.

■ Défaillance multiviscérale (MOF)

Le syndrome de défaillance multiviscérale (MOF : *multi organ failure*) est d'une grande fréquence en gériatrie, comme en réanimation. La cause la plus fréquente est un syndrome inflammatoire.

Clinique

Le tableau est banal au début. Au cours d'une affection aiguë, subaiguë ou chronique, l'état s'aggrave : le malade fatigue, s'essouffle, devient tachycarde, maigrit et perd rapidement du poids, à moins qu'il ne développe des œdèmes. Il ne tolère plus les médicaments qu'il consommait depuis des années. La créatinine s'élève, ainsi que les polynucléaires et les enzymes hépatiques. Les lymphocytes baissent. La CRP s'élève, l'albumine descend et reste basse tant que le syndrome persiste. Les complications s'enchaînent, touchant peu à peu tous les systèmes jusqu'au décès, sauf si le facteur étiologique disparaît, encore faut-il l'identifier.

À l'origine, une cause unique, de nature très diverse

Peuvent être en cause : un traumatisme, avec des tissus détruits à résorber (hématomes, fracture, intervention chirurgicale) ; une infection viscérale, qu'elle soit urinaire, biliaire, pulmonaire, aiguë ou chronique (tuberculose) ; un cancer évolutif d'autant plus que la lyse cellulaire est massive ; une destruction tissulaire par ischémie : AVC ou artérite des membres inférieurs avec lésions

ischémiques ou lyse d'une plaque athéromateuse ; un phénomène auto-immun : maladie de Horton, périartérite noueuse, etc.

Le syndrome peut s'installer dès qu'il existe dans l'organisme une souffrance tissulaire avec des destructions cellulaires. Le mécanisme est univoque : production de signaux stimulant de façon non spécifique les lymphocytes T (ex : *heat shock proteins*), production de cytokines pro-inflammatoires, stimulant les macrophages et ainsi la phagocytose des débris cellulaires, et la production de cytokines (IL-6, TNF-alpha, IL-1), de radicaux libres, de facteurs vasodilatateurs (NO).

Les effets de ce syndrome inflammatoire chronique peuvent toucher toutes les fonctions, et sont amplifiés par ses conséquences nutritionnelles et immunitaires. Les organes déjà altérés sont les premiers à entrer en insuffisance fonctionnelle.

Les conséquences multiples et s'amplifiant

Le MOF entraîne un hypercatabolisme, quels que soient les apports. Le foie limite la synthèse des protéines de transport (albumine, préalbumine) au profit des protéines inflammatoires (CRP, orosomucoïde). Les muscles sont consommés, servant de réserves glucidiques (néoglucogenèse) et protéiques. Simple asthénie, ou fonte musculaire, les conséquences musculaires sont constantes. Moins il dispose de réserves musculaires, moins le malade est capable de résister à l'agression responsable du syndrome inflammatoire. C'est ce qui fait la gravité de la sarcopénie. Il importe d'expliquer au malade la nécessité d'une reprise d'activité physique au plus tôt après un tel épisode.

Le goût se modifie. L'anorexie peut aller jusqu'à un dégoût alimentaire. Cette dénutrition ne peut être guérie que par la disparition de sa cause inflammatoire. Une supplémentation alimentaire est nécessaire, mais insuffisante pour corriger la dénutrition.

Le MOF, résultat d'une stimulation immunitaire non spécifique, provoque, par rétro-inhibition, un déficit immunitaire prédominant sur les fonctions lymphocytaires T (immunité cellulaire). Le malade est exposé à un risque infectieux élevé. Ce déficit immunitaire n'est pas « sénile » ; il disparaît après guérison de sa cause. La lymphopénie en est un marqueur simple. L'infection étant cause d'inflammation, un cercle vicieux peut aggraver la situation.

Complications du syndrome inflammatoire chronique

En plus des troubles constants de l'état nutritionnel et immunitaire, tous les systèmes peuvent être touchés.

ABORD CLINIQUE DU MALADE ÂGÉ

Le cœur : la tachycardie augmente le travail du cœur et le risque d'insuffisance cardiaque diastolique. Les cytokines inflammatoires altèrent la contraction systolique. Il y a risque de décompensation cardiaque aiguë, même en l'absence de cardiopathie. Les artères se vasodilatatent, la tension baisse (attention aux antihypertenseurs s'ils n'ont pas été arrêtés). La lyse des plaques d'athérome peut être accélérée. Une large littérature existe sur les accidents ischémiques survenant au décours d'épisodes inflammatoires. Le bas débit peut réduire au dessous des besoins la circulation distale des vaisseaux athéromateux. Joint à l'immobilité et à la perte musculaire, il favorise la constitution rapide d'escarres en l'absence de prévention. Plus que l'immobilisation, l'état inflammatoire élève le risque de thrombose veineuse profonde.

Le tube digestif est atteint. Les ulcérations œsophagiennes sont plus fréquentes que les ulcères duodénaux ou gastriques. Le traitement antisécrétoire peut les prévenir. Les lésions de la muqueuse intestinale peuvent favoriser la traversée de la barrière intestinale par des germes saprophytes digestifs. Les sepsis par germes opportunistes qui en résultent sont souvent mortels.

Le retentissement cérébral est habituel: somnolence, voire confusion, ou délire, peuvent survenir en l'absence de lésion anatomique cérébrale. Il faut éviter de faire des tests cognitifs dans ces périodes. Les diagnostics se révéleront erronés. Des symptômes dépressifs sont fréquents, surtout si le foyer de résorption tissulaire est intracrânien (ex. : AVC).

Des modifications biologiques sont constantes. L'anémie microcytaire modérée est la règle, avec ferritine augmentée. Cette augmentation peut masquer un saignement digestif. Toute baisse de l'hémoglobine en cours d'évolution doit faire rechercher une hémorragie digestive latente. La polynucléose est fréquente, même sans infection. L'intensité de la lymphopénie a une valeur pronostique. Une lymphopénie inférieure à 1000/mm³ signifie un risque vital. Il y a retour à la normale avec la guérison. Hyper- ou hypoplaquettose peuvent se voir, la seconde plutôt dans les tableaux graves.

L'hyperglycémie est fréquente, même en l'absence de diabète reconnu. Elle peut contraindre à avoir recours à une insulinothérapie transitoire. La plupart des insulinothérapies rendues nécessaires par ces tableaux pourront être ensuite interrompues: l'hyperglycémie est souvent transitoire avec retour à l'équilibre antérieur. Lorsque le malade est un diabétique connu, le recours à l'insuline est systématique.

Le métabolisme des médicaments est perturbé par la baisse de l'albumine, l'augmentation des espaces de diffusion, la baisse de la clairance rénale pas toujours traduite par une augmentation de la créatinine par rapport aux

SYNDROMES GÉRIATRIQUES

valeurs antérieures : car la masse musculaire a diminué. Les médicaments à élimination hépatique peuvent s'accumuler : il y a toujours une baisse des clairances hépatiques. L'addition nécessaire de nouveaux médicaments doit être faite avec prudence, et chaque prescription ancienne doit être réévaluée. Certains des médicaments reçus sont devenus transitoirement inutiles (anticholestérol), ou dangereux (antihypertenseurs, AINS, sédatifs, etc.).

Il ne faut pas confondre les facettes de ce syndrome et la polypathologie. Si on peut remonter à un facteur étiologique curable et à l'éradiquer, les défaillances fonctionnelles induites s'éteignent. Par exemple, l'exérèse d'un cancer, la guérison d'une infection, le contrôle d'une maladie de Horton, l'amputation d'un avant-pied nécrotique, amènent la disparition quasi immédiate des symptômes. La résorption progressive d'un tissu nécrosé, dans le cas d'un AVC permet une amélioration progressive si la période de risque vital élevé a pu être franchie.

La conduite thérapeutique est complexe, étiologique et symptomatique, guidée pas à pas par l'évolution clinique : identifier la maladie « starter » et la contrôler, prévenir les complications, traiter symptomatiquement les défaillances fonctionnelles intercurrentes.

Ces épisodes inflammatoires sont toujours des facteurs d'accélération du vieillissement : « Il a eu une mauvaise grippe, ça lui a donné un coup de vieux » dit la sagesse populaire. C'est la façon de mourir de maladies chroniques. La compréhension de l'unicité du mécanisme, dans ses manifestations variées, permet au médecin de proposer à chaque instant un soin proportionné qui puisse éviter l'enchaînement.

Le médecin doit penser à cette possibilité chaque fois que survient un phénomène de destruction tissulaire. Le même mécanisme inflammatoire peut faire dysfonctionner tous les organes. C'est le plus faible qui entraînera le décès. La disparition de la cause initiale permet la guérison du syndrome.

■ Polyhandicap et multihandicap

L'existence d'un syndrome démentiel ne protège pas des autres maladies de l'âge, au contraire. Elle donne plus de difficulté au diagnostic. L'interrogatoire n'est pas fiable, voire impossible. L'absence de coopération limite le traitement. Le monde du handicap distingue le multihandicapé sans handicap mental, et le polyhandicapé avec handicap mental. Une telle distinction est logique aussi en gériatrie tant le trouble cognitif modifie les symptômes du patient et agit sur le comportement des soignants.

ABORD CLINIQUE DU MALADE ÂGÉ

Les difficultés diagnostiques et thérapeutiques chez les personnes atteintes de syndromes démentiels en font une médecine particulière. Les incapacités décisionnelles du malade différencient cette médecine où la réflexion éthique doit revenir en permanence. Le malade gériatrique « multipathologique » sans handicap mental doit rester le seul décideur en fonction des informations fournies avec clarté. Le dément ne peut choisir lui-même les priorités du soin. Qui peut choisir à sa place ? Aucune réponse n'est vraiment satisfaisante.

Les maladies chroniques du sujet âgé sont à l'origine de handicaps. Le médecin doit s'intéresser à l'altération de la qualité de vie et à la limitation de l'activité, conséquences des handicaps, petits ou grands. Ces handicaps résultent toujours de maladies. Beaucoup peuvent donc être prévenus, guéris, ou compensés, sinon accompagnés. Ces interactions entre handicaps et maladies doivent rester présentes à l'esprit du médecin.

■ Handicap et maltraitance

L'emprise sur autrui favorise la maltraitance. Le vieillard handicapé cognitif est le plus exposé aux abus et aux violences. Il peut devenir victime de malveillance physique ou psychologique, de détournements financiers. Incapable de s'expliquer de façon claire, il est la victime idéale. Cette malveillance peut se voir au domicile, à l'hôpital ou en institution : il s'agit de la famille ou de professionnels.

Quelle que soit la situation, le médecin doit être ouvert aux signes d'appel clinique que présente le patient. Le rôle du médecin, son obligation, est de signaler qu'il y a maltraitance ou suspicion de maltraitance. Ce n'est pas à lui d'enquêter ou de désigner la personne ou l'équipe malveillante : il doit aussi garder ses distances. Il ne faut jamais juger trop vite. L'important est de protéger la victime.

Les plus fréquentes sont les maltraitements involontaires ou par omission. Il peut s'agir d'une négligence due à l'ignorance de l'aidant professionnel ou familial. Le rôle du médecin est d'apprendre au professionnel ou à l'aidant familial le bon geste, la bonne attitude. Il faut préserver le lien aidant-aidé, sans culpabiliser. L'ignorance est bien plus répandue que la malveillance.

Parfois l'omission est consciente, elle est liée à l'impossibilité matérielle de faire ce qu'il se doit. Cette situation est très culpabilisante pour l'aidant familial qui n'arrive pas à faire face à des chutes, à une incontinence, à des troubles du comportement, à un refus alimentaire, etc. Elle l'est aussi pour le

SYNDROMES GÉRIATRIQUES

professionnel : l'aide-soignant, qui doit faire manger en deux heures vingt malades ayant une apraxie de la déglutition ne peut pas le faire et sait qu'il fait mal : situation démotivante. La carence d'effectifs en institution et au domicile est une maltraitance sociétale.

Avec l'âge, les maladies s'accumulent, celles de l'adulte, puis celles du grand âge. Leur expression clinique et leur prise en charge sont modifiées.

Le patient âgé peut souffrir de plusieurs maladies associées de façon aléatoire, mais aussi de pathologies intriquées, comme le diabète qui a des répercussions sur tous les organes.

Les pathologies en cascade sont dues au fait que chez le patient âgé plusieurs effets peuvent se combiner, voire se potentialiser dans des proportions variables : l'effet du vieillissement sur l'organe (I), l'existence d'une pathologie précise touchant cet organe, voire de plusieurs (II), la survenue d'une cause précipitante, souvent extérieure à l'organe considéré (III). Guérir cette dernière cause rétablira le patient.

La défaillance multiviscérale est l'enchaînement de complications touchant peu à peu, dans un contexte d'inflammation, tous les systèmes jusqu'au décès. Elle peut guérir si le facteur étiologique disparaît.

AFFECTIONS CARDIO- VASCULAIRES

Maladie artérielle du vieillard

C'est la plus fréquente des affections liées à l'âge. Quelques vieillards y échappent. Pourquoi ?

■ De l'athérome à l'artériosclérose

L'épaississement de la paroi artérielle est habituel chez le sujet âgé. Même en l'absence de sténose, il entraîne une rigidité artérielle, cause d'hyperpression et de baisse du débit d'aval.

La paroi artérielle peut perdre de son élasticité, elle peut se distendre et former un anévrisme artériel. Les risques sont la rupture qui peut être mortelle et la thrombose, source d'embolies vers l'aval.

Les plaques d'athérome peuvent obstruer l'artère et causer un bas débit qui se manifesterá lorsque l'organe d'aval demande plus de débit (angor d'effort, claudication intermittente), ou lorsque la TA baisse (malaise par hypotension). La permanence du bas débit altère la fonction de l'organe de façon transitoire ou définitive (cerveau, rein).

Les plaques d'athérome peuvent se déliter, entraînant des embolies. Ce délitement s'accompagne de phénomènes inflammatoires, favorisant la survenue de thromboses sur la plaque ou au point de destination de l'embolie. Toute inflammation aiguë ou chronique facilite la lyse de la plaque avec ses conséquences de thrombose ou d'embolisation.

Ces conséquences mécaniques et inflammatoires de la maladie artérielle expliquent une grande part des maladies du grand âge. La maladie artérielle reste la première cause de mortalité du vieillard. Ces manifestations peuvent être largement prévenues, sinon retardées.

■ Examen artériel

L'abord clinique s'inquiète toujours de l'état artériel. L'interrogatoire informe sur l'existence de manifestations de bas débit : malaise aux changements de position, accident ischémique transitoire, angor ou oppression thoracique d'effort, claudication d'effort.

Lors de la prise de la TA, la pression du brassard doit faire disparaître la perception de l'artère radiale à la palpation. Sa persistance traduit une rigidité artérielle, qu'il y ait ou non HTA. Tous les pouls sont palpés (radiaux, carotidiens, fémoraux, poplités, tibiaux postérieurs, pédieux).

L'auscultation des troncs artériels recherche systématiquement un souffle. Les souffles carotidiens, axillaires, fémoraux sont faciles à percevoir, ceux des artères rénales exigent une oreille exercée. Ce n'est que chez les sujets maigres que la palpation abdominale et l'auscultation peuvent révéler un anévrisme de l'aorte abdominale. On peut s'aider d'un écho-Doppler vasculaire portable si on en dispose.

L'ECG montre souvent des signes d'hypertrophie ventriculaire gauche. L'HTA et/ou la rigidité artérielle sont les causes les plus fréquentes de cet épaississement de la paroi du ventricule gauche.

Si les signes fonctionnels ou l'examen artériel évoquent une lésion artérielle d'un territoire, un complément d'examen doit documenter la lésion pour juger de l'indication éventuelle d'un geste local préventif.

Les examens radiologiques banals n'ont pas d'utilité, car l'absence d'image calcifiée ne signifie pas l'absence d'artériosclérose et la présence d'images artérielles calcifiées ne signifie pas qu'il y ait un risque obstructif.

L'écho-Doppler artériel fait le diagnostic. La qualité et l'expérience de l'échographiste sont à prendre en compte dans la valeur du résultat.

L'indication de l'artériographie est à réserver au spécialiste pour juger s'il y a indication interventionnelle (pontage) ou pour la réaliser (angioplastie, stent).

Ce n'est pas l'âge qui contre-indique la coronarographie. L'insuffisance rénale sévère, une démence à un stade avancé, un état grabataire ou une infection en cours sont autant de contre-indications à un geste interventionnel. L'âge ne justifie jamais de ne pas traiter un malade artériel.

Toute maladie artérielle doit faire rechercher ses facteurs de risque : tabac, HTA, hypercholestérolémie LDL, diabète, état inflammatoire. Le traitement préventif est justifié, car il est efficace chez le vieillard pour éviter ou retarder un accident ischémique et le handicap qui en résulte.

■ Que dire au malade artériel ?

Le persuader de traiter ses facteurs de risque, d'autant que ces traitements n'ont d'intérêt que dans la continuité. Un traitement par à-coups augmente les effets adverses. Seul le malade compliant, capable de surveiller les effets secondaires des médicaments et de suivre le traitement non médicamenteux comme l'exercice, peut espérer un résultat.

Hypertension artérielle (HTA)

■ Pourquoi tant d'hypertendus âgés ?

Les vieillards sont, en majorité, hypertendus. Bien que le système rénine-angiotensine ne semble pas y jouer un rôle majeur, les traitements agissant sur la régulation de ce système sont efficaces.

Les hypertendus peuvent se sentir plus en forme que les sujets de même âge hypotendus. Cependant l'HTA doit être traitée comme une maladie. Les octogénaires hypertendus sont surexposés aux risques artériels, cardiaques, cérébro-vasculaires et aux démences.

■ Un diagnostic clinique

Le diagnostic d'HTA doit être porté avec certitude car le traitement n'est pas toujours bien supporté : hypotension, manifestations de bas débit, chutes, déshydratation (diurétiques), sont d'une incidence élevée. Le diagnostic d'HTA

ABORD CLINIQUE DU MALADE ÂGÉ

peut être porté en excès : en cas de rigidité artérielle qui fait surestimer la pression ; en cas d'émotivité : effet « blouse blanche ».

La définition de l'hypertension est la même à tout âge : pression artérielle supérieure à 140/80 mm Hg. L'HTA du vieillard est systolique pure. Il n'y a pas d'HTA diastolique chez le vieillard. Le diagnostic peut être manqué en cas d'hypotension postprandiale.

La prise de la tension au calme, dans des conditions de repos et de sérénité (fin d'examen) de façon répétée (couché, assis, debout) doit être réalisée avec une technique parfaite et aux deux bras. On vérifie l'effacement de l'artère radiale pendant la compression. Au moindre doute, l'utilisation d'un Holter de mesure automatisée de la pression artérielle (MAPA) durant vingt-quatre heures est justifiée. Le coût modéré de cette investigation, non invasive, est compensé par une meilleure prescription : absence de surdosage, meilleure adaptation chronologique de la prise médicamenteuse. La MAPA évite de mettre le patient en hypotension nocturne.

Tout patient âgé atteint d'HTA est « artériel ». Il a besoin d'un examen clinique artériel y compris un ECG. Un écho-Doppler des vaisseaux du cou peut faire connaître le risque cérébro-vasculaire.

Pour les patients à risque élevé, tels les diabétiques, toute pression artérielle systolique supérieure à 130 mmHg doit être traitée.

■ Suivi clinique

Le traitement veille à ne pas altérer la qualité de vie, à ne pas créer de risque iatrogène. Le traitement doit être contrôlé avec attention. Un traitement inefficace ne signifie pas qu'il soit sans danger. Certains sujets surtraités sont victimes d'épisodes de bas débit. Une inefficacité diurne peut coexister à un effet excessif la nuit. A chaque consultation, il faut rechercher une hypotension orthostatique au lever immédiat, puis après cinq minutes.

■ Que dire au malade ?

Le malade ne peut être traité sans danger que s'il adhère au traitement et en connaît les risques. Le mieux est qu'il contrôle sa TA avec un autotensiomètre. En cas de cause transitoire de baisse de la TA, fièvre, infection, association médicamenteuse, il faut réduire le traitement.

Maladie cérébro-vasculaire

■ Un des fléaux de la vieillesse : l'accident vasculaire cérébral

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) demeurent une des principales causes de mortalité des vieillards. On y regroupe des entités dont le mécanisme, les conséquences et le traitement sont différents : embolies d'origine cardiaque, embolies athéromateuses, thromboses en amont ou *in situ*, lésions par bas débit, hémorragies, etc. Parmi ces hémorragies, on regroupe la catastrophique « inondation ventriculaire », la rupture d'anévrisme artério-veineux avec les hémorragies répétées de l'angiome cérébral, celles de l'amylose vasculaire et des embolies d'origine cardiaque, les plus graves par l'étendue des destructions.

L'importance des séquelles dépend du territoire et du mécanisme, et n'a pas de caractéristique liée à l'âge.

■ Comprendre ce qui s'est passé pour prévoir et prévenir

Le diagnostic d'AVC est évident en cas de déficit neurologique : hémiplégie, hémianopsie, aphasie. Il importe dès ce stade de comprendre le mécanisme : antécédents cardiaques ou athéromateux, pression artérielle. Une « poussée » tensionnelle est un accompagnement habituel de la souffrance cérébrale, elle en est rarement cause. Il est important de saisir un passage transitoire en fibrillation auriculaire (pouls et ECG).

Disposer d'un écho-Doppler des vaisseaux du cou et d'un écho-Doppler cardiaque est essentiel à la compréhension de la cause. Le médecin aura toujours quatre préoccupations : identifier les causes pour éviter une récurrence, traiter les conséquences vitales immédiates liées à la résorption de la zone ischémisée et à l'immobilisation, surveiller la récupération pour favoriser la rééducation et limiter les séquelles.

Chaque fois que possible, quel que soit l'âge, une hospitalisation en unité d'urgences cérébro-vasculaires doit être préférée. Les thromboses carotidiennes (installation progressive ou par à-coups), les embolies d'origine cardiaque (accident immédiatement sévère, déficit massif) par arythmie complète et/ou par cardiopathie emboligène (dont l'infarctus du myocarde récent), doivent en bénéficier.

ABORD CLINIQUE DU MALADE ÂGÉ

Plusieurs tableaux aigus peuvent être envisagés :

– le malade présente un tableau d'accident ischémique aigu progressif ou par à-coups (hémiparésie, amaurose, manque du mot). Il faut envisager une thrombose carotidienne ;

– l'embolie cérébrale d'origine cardiaque se manifeste par un AVC immédiatement sévère avec des signes d'œdème cérébral, des troubles de la conscience et des troubles respiratoires. On recherche un passage en fibrillation auriculaire par l'ECG, et, s'il est normal, par Holter-ECG. L'écho-Doppler cardiaque recherche un épaississement du ventricule gauche, une dilatation de l'oreillette gauche et un thrombus intra-auriculaire. La récurrence est inéluctable en l'absence d'un traitement anticoagulant et/ou de la réduction de la fibrillation auriculaire ou de son simple maintien à un rythme lent ;

– les embolies de plaques d'athérome carotidiennes ou aortiques sont les causes les plus fréquentes en gériatrie. Les signes neurologiques sont transitoires mais répétitifs. Ces accidents itératifs sont à l'origine des démences vasculaires ou mixtes. Le peu de séquelles immédiates ne doit pas mener à un optimisme inactif. L'échographie carotidienne décèle les plaques carotidiennes, l'échographie transœsophagienne, celles de l'aorte ;

– les AVC par bas débit cérébral sont suspectés en cas de bradycardie et/ou d'hypotension artérielle – en général par traitement excessif ;

– l'hypoglycémie est une cause de déficit moteur avec confusion. Sa correction conduit à la disparition immédiate du déficit et de la confusion : on y pense chez tout diabétique traité ;

– les hémorragies : les hématomes intracérébraux par amylose vasculaire sont fréquents ; ils sont identifiés au scanner. Ils contre-indiquent tout traitement anticoagulant immédiat. Le déficit est régressif.

Au cours de certains AVC, baptisés « accident ischémique transitoire » car ayant duré moins de vingt-quatre heures, l'imagerie cérébrale montre qu'il existe déjà une ou plusieurs lacunes. Il s'agit en fait d'une comitialité atypique avec déficit postcritique, ce que confirme l'EEG.

Lors d'un déficit moteur d'origine vasculaire, les commandes digestive et vésicale sont aussi touchées : il faut systématiquement rechercher un globe vésical et un fécalome.

Plus souvent, le médecin, est amené à voir le malade au décours de l'AVC dont il reste ou non des séquelles. Son examen garde les objectifs essentiels :

– le diagnostic de mécanisme de l'AVC est-il établi de façon documentée ? Cela guide le traitement préventif des récurrences (anticoagulant et

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

anti-arythmique si d'origine cardiaque, antiplaquettaire si d'origine athéromateuse, antihypertenseur si d'origine hémorragique) et le pronostic ;

– quelle est l'étendue de la zone cérébrale ischémisée (scanner ou IRM) ?

– quelles sont les conséquences ? Les vastes destructions de l'embolie cardiaque entraînent un syndrome inflammatoire dû à la stimulation des macrophages détergeant le tissu détruit. Cette inflammation a des conséquences locales : œdème cérébral augmentant le déficit neurologique et déficit sérotoninergique, facteur de syndromes dépressifs compliquant des AVC.

Cette inflammation accentue les conséquences de l'immobilisation : fonte musculaire, hypercatabolisme avec hypo-albuminémie, baisse des clairances hépatique et rénale, œsophagite ou ulcérations gastro-duodénales hémorragiques, escarres, défaillance cardiaque à cœur normal, thrombose veineuse ou artérielle. Cette réaction entraîne un déficit immunitaire qui rend le sujet plus sensible aux infections. Cela oblige à des mesures de prévention. Le risque vital est élevé dans les trois premiers mois (cf. chap. *Syndromes gériatriques*).

– Le malade ne contrôle plus ses mictions, ou reste en rétention.

– La paralysie de la déglutition entraîne un risque de fausses-routes et de pneumopathies d'inhalation, infections redoutables. Il faut parfois avoir recours à une alimentation par gastrostomie car ces malades sont vite dénutris. Les paralysies de la déglutition peuvent souvent être rééduquées, ce qui justifie l'avis d'un confrère rééducateur ou ORL.

– La jambe immobile risque de développer des troubles trophiques et circulatoires douloureux par syndrome neuro-algo-dystrophique qui empoisonnera la rééducation.

L'un des diagnostic différentiel gériatrique est l'hématome sous-dural (HSD) traumatique. Il faut y penser chez un vieillard qui altère de façon rapidement progressive ses capacités, devient confus, parfois hémiparétique. La notion de chute sur la tête peut avoir été oubliée ou non signalée. Il faut y penser même si la chute n'est rapportée ni par le malade ni par l'entourage. Le scanner sans injection fait le diagnostic. La radio du crâne systématique après une chute ne sert à rien (pas plus que chez un sujet plus jeune).

■ Prévention des complications et des récives, base du suivi

La prévention des conséquences de l'immobilisation est immédiate. La rééducation doit commencer tôt, d'abord passive avant la récupération, puis active. Prodiguée par un kinésithérapeute, elle est au mieux guidée par un médecin rééducateur. Elle accompagne une récupération au moins partielle et permet le progrès sur des mois et des années à un rythme plus lent.

Les malades dont l'hémiplégie reste au stade flasque, à plus forte raison s'il y a négligence (c'est-à-dire inconscience du déficit), ne peuvent guère tirer bénéfice d'une rééducation active. Ils ne pourront pas remarquer. Les patients ayant des troubles de la compréhension sont difficiles à rééduquer. Si le malade a une aphasie de type Broca, on débute tôt la rééducation orthophonique.

Certains services de rééducation refusent de s'occuper de ces malades âgés. Quant aux soins de suite de gériatrie, ils n'ont pas assez de places disponibles. Trop de ces malades reviennent trop tôt à la charge de leur famille, des services de soins à domicile et du médecin de famille.

■ Que dire au malade ?

Il s'agit de lui expliquer le mécanisme de ce qui lui est arrivé afin qu'il comprenne le traitement proposé et accepte la surveillance lourde. Sa coopération est indispensable ainsi que celle du conjoint ou des enfants. Il convient de les inciter à la patience. On ne fera espérer les progrès que s'ils restent possibles.

Un malade âgé ayant eu une thrombose carotidienne doit pouvoir remarquer. C'est possible même pour des malades très âgés ayant des lésions lacunaires multiples. Tous les accessoires d'aide à la marche : déambulateur, canne tripode, béquilles, orthèses, sont préférables au fauteuil roulant définitif. Un malade ayant des lésions irréversibles a besoin d'être aidé à faire le deuil des fonctions perdues : marche, continence ou, pire, parole ou déglutition !

Le médecin a son rôle dans la reconquête d'une vie vivable, pour lutter contre la dépression, restaurer une qualité de vie malgré les handicaps. Restaurer un projet qui permette une vie sociale est la condition de la résilience.

Insuffisance cardiaque chronique

Il n'y a pas d'insuffisance cardiaque « sénile ». L'insuffisance cardiaque est un fort facteur de morbidité et de mortalité du vieillard. Elle a des causes, multiples, dont l'identification conditionne le traitement. L'échographie Doppler cardiaque est indispensable.

■ Mécanismes : multiplicité des facteurs en cause

L'insuffisance cardiaque systolique se caractérise à l'échographie cardiaque par une baisse de la fraction d'éjection ventriculaire gauche. La cause peut être une ischémie d'origine coronarienne auquel cas peut s'ajouter une hypokinésie localisée. L'insuffisance mitrale est fréquente, ainsi que le rétrécissement aortique. Ce dernier est souvent évident dès l'examen par son souffle piaulant, mais seul l'écho permet de juger l'importance de la sténose. Les myocardites inflammatoires sont rares.

L'insuffisance cardiaque diastolique, provoquée par le défaut de remplissage du ventricule gauche, est plus particulière au vieillard. Une tachycardie ou une fibrillation auriculaire peuvent l'aggraver et provoquer une insuffisance cardiaque diastolique aiguë. L'hypertrophie ventriculaire gauche exige une pression d'entrée plus forte lors du remplissage diastolique. Cette pression entraîne peu à peu une dilatation de l'oreillette gauche. La souffrance de la paroi interauriculaire est responsable à son tour de la maladie de l'oreillette et de la fibrillation auriculaire. L'hypertrophie ventriculaire gauche (HVG) est elle-même la conséquence de l'HTA et/ou de la rigidité artérielle.

L'insuffisance cardiaque droite accompagne une insuffisance cardiaque systolique évoluée. Quand elle est isolée, elle résulte d'une insuffisance respiratoire dont la principale cause est la broncho-pneumopathie chronique obstructive ; c'est le cœur pulmonaire chronique (CPC). L'amélioration des traitements anticoagulants a rendu plus rares les CPC postemboliques.

■ Clinique : une maladie générale

Le sujet âgé ne soumet souvent son cœur à aucun effort – les signes peuvent être trompeurs. Une dyspnée asthmatiforme révèle plus souvent une insuffisance cardiaque qu'un asthme. Ce peut être aussi une prise de poids inexplicable chez le sujet qui, marchant peu, ne fera pas d'œdème des chevilles.

ABORD CLINIQUE DU MALADE ÂGÉ

Ce peut être une cachexie. Ce peut être un état confusionnel par bas débit cérébral. Dyspnée d'effort, œdème aigu pulmonaire sont des manifestations tardives, mais trop fréquemment révélatrices .

L'examen physique établit le diagnostic : râles crépitants des bases, tachycardie, hépatomégalie sensible, œdème lombaire ou scrotal. L'auscultation cardiaque peut découvrir un souffle systolique d'insuffisance mitrale ou de rétrécissement aortique.

L'ECG donne des informations étiologiques : signes de souffrance coronaire, hypertrophie ventriculaire gauche (HVG), signes péricardiques. Les aspects de souffrance auriculaire peuvent évoquer une insuffisance cardiaque diastolique : ondes P pointues, bifides, espace PR variable, voire fibrillation auriculaire. La longueur de l'espace PR doit toujours être prise en compte avant de prescrire un traitement bradycardisant risquant de provoquer un bloc auriculo-ventriculaire complet.

Demander un écho-Doppler est utile pour déterminer la fraction d'éjection du VG, les dimensions d'un rétrécissement aortique, déceler une insuffisance diastolique, une hypertrophie septale. Cet examen dépend à la fois de la qualité de l'appareillage et de celle de l'opérateur. Il est souhaitable qu'il soit réalisé par un cardiologue expérimenté en cardiologie gériatrique, connaissant la moindre échogénicité du cœur âgé, et capable de donner un avis thérapeutique.

■ Bases cliniques de la prise en soin

Le traitement vise à soulager la charge cardiaque, à réduire la tachycardie, à préserver la contractilité et le rythme sinusal, à éviter thromboses et embolies et à maintenir les activités de la personne. Trois prescriptions abusives restent trop fréquentes, celles de la digoxine, du régime désodé et du repos.

■ Une maladie qui fait peur : que dire au malade ?

Il y a vingt ans, la survie de l'insuffisance cardiaque était d'un à deux ans. L'efficacité des traitements actuels en a fait une maladie chronique avec laquelle le malade doit apprendre à vivre pendant des années. Il ne doit pas hésiter à consulter au moindre signe suspect, le cas échéant à augmenter sa dose de diurétique en cas d'essoufflement ou d'œdème, à suspendre l'effort quand apparaît essoufflement ou douleur.

Le suivi clinique doit être régulier et documenté : pesée régulière, surveillance des électrolytes, de la créatinine, de l'INR, surveillance de la TSH pour les malades sous amiodarone.

■ Cas particuliers

Le traitement de l'insuffisance coronaire est également devenu préventif grâce au traitement de l'athérome, à l'angioplastie, aux stents et aux pontages. L'âge n'est pas une contre-indication à ce recours, mais les maladies handicapantes associées peuvent l'être.

Le rétrécissement aortique (RA) ne relève quant à lui que de l'intervention. Le risque est élevé, mais elle peut permettre un maintien de la qualité de vie chez un vieillard valide, condamné à bref délai par l'abstention.

L'insuffisance diastolique ne se manifeste que par à-coups. Le patient n'a pas besoin d'un traitement permanent ; par contre le traitement de l'HVG, donc de l'HTA, est indispensable. Il faut savoir prévenir les poussées d'insuffisance cardiaque lors des épisodes infectieux, inflammatoire, ou de tachycardie.

Il faut mettre à part ce qui n'est pas une insuffisance cardiaque, en particulier le déconditionnement à l'effort. Le sujet âgé qui a cessé toute activité, tout stress, a rendu son cœur et son rythme incapables de répondre à un effort. Tout effort entraîne dyspnée et tachycardie mal supportées.

« On a l'âge de ses artères » : la maladie artérielle reste la préoccupation clinique majeure au grand âge. L'athérome n'est jamais le fait d'un territoire unique. L'intérêt de l'examen est de reconnaître les territoires à risque avant la lésion ischémique définitive, pour guider le traitement préventif.

Chez le vieillard, toute HTA doit être traitée. Le suivi clinique du malade hypertendu vérifie la compliance, l'efficacité et la tolérance du traitement.

La maladie cérébro-vasculaire est une des principales causes de mortalité et d'invalidité. La prévention est primordiale : cardiopathie emboligène et athérome carotidien sont décelables. Au stade d'installation, il faut identifier le mécanisme responsable pour prévenir si possible les récurrences, engager la prévention et le traitement des conséquences du syndrome inflammatoire provoqué par la résorption du tissu détruit, enfin la prévention et le traitement des conséquences de l'immobilisation.

L'insuffisance cardiaque est chez le vieillard une maladie chronique invalidante, souvent liée à une insuffisance coronaire. Les complications de l'insuffisance cardiaque sont souvent révélatrices : pseudo-asthme, confusion, insuffisance rénale. Ce n'est pas une pathologie homogène, sa thérapeutique dépendra de la cause, du suivi clinique, de l'efficacité et de la tolérance des traitements.

MALAISES

Les vieillards ont souvent des malaises. Certains malaises exigent un soin immédiat : il y a risque vital. La fréquence de la mort subite augmente avec l'âge. Elle est souvent évitable.

Une clinique rétrospective

Le médecin assiste rarement à l'installation du malaise : se renseigner sur les conditions du malaise est essentiel. Y a-t-il eu des témoins ? Y a-t-il eu perte de connaissance ? Quelle était la couleur du visage, blanc ou cyanosé ? Comment était la respiration, absente, irrégulière ? Combien de temps a duré le malaise ? Le temps paraît alors très long. Y a-t-il eu des mouvements convulsifs ? Y a-t-il eu chute ou nécessité de s'asseoir ?

L'examen initial comprend : pouls, tension artérielle, bruits du cœur, ECG dès que possible, examen neurologique, recherche d'hématomes, d'une morsure de la langue, de la perte d'urine. Il faut récupérer la dernière ordonnance.

Mécanisme : un malaise, des causes

L'examen doit identifier la cause exacte pour y remédier. La plus banale est la baisse du débit sanguin cérébral. Chez le vieillard, les causes peuvent être multiples : athérome carotidien, hypotension orthostatique et bradycardie peuvent

s'associer. Cette baisse de débit peut aller jusqu'à la perte de conscience progressive ou à la syncope. Elle est à distinguer du vertige, trouble de l'équilibre sans modification de la conscience, souvent lié à une maladie de Ménière, et accompagné de nausée, d'élévation tensionnelle. La crise comitiale traduit le plus souvent une séquelle d'AVC.

Quel malaise ?

■ Syncope

C'est le malaise le plus grave. La perte de conscience brutale jette à terre le sujet, sans réaction contre la chute. Elle est brève. Le réveil est immédiat et complet. L'ECG, s'il est fait aussitôt en postcritique, dévoile parfois un bloc sino-auriculaire, aussi fréquent que le bloc auriculo-ventriculaire complet (BAV). L'ECG peut déjà être revenu en rythme sinusal. Cela n'exclut pas la syncope par BAV transitoire qui doit être appareillé comme un BAV permanent. S'il y a eu syncope par BAV ou bloc sino-auriculaire, il existe un consensus pour la pose d'un stimulateur. La récurrence peut être mortelle.

L'auscultation peut identifier le souffle d'un rétrécissement aortique serré.

À cet âge, le diagnostic de malaise vagal reste un diagnostic d'élimination. Avant de conclure à un malaise vagal, il est préférable d'avoir recours à une épreuve d'effort en milieu cardiologique. Certains BAV ne s'extériorisent qu'à l'effort.

La bradycardie est souvent médicamenteuse, elle exige de vérifier l'ordonnance.

■ Crise comitiale

Elle est souvent atypique et d'allure partielle, sans convulsion, sans morsure de la langue ; elle peut se réduire à une absence, à une confusion aiguë. Le réveil postcritique est lent, accompagné de confusion et d'agressivité. Suite à la crise, plus l'EEG est réalisé tôt, plus il a de chance de montrer un tracé caractéristique. La crise peut être suivie d'un déficit neurologique temporaire souvent baptisé à tort « accident ischémique transitoire » (AIT), alors qu'il s'agit de l'extériorisation d'une lésion cérébrale constituée. Toute première crise exige un

examen neuroradiologique, IRM ou scanner, même si l'examen neurologique postcritique est normal.

■ Hypotension

Les sujets âgés athéromateux sont sensibles à toute baisse tensionnelle. Sensation de faiblesse, vision brouillée, révèlent une baisse du débit cérébral. Si la cause la plus fréquente est un surdosage en antihypertenseurs, une sténose carotidienne doit toujours être suspectée. Un « vol » sous-clavier est une situation associée plus rare.

Toute affection intercurrente, en particulier infectieuse, peut réduire la tolérance des antihypertenseurs. Il y a à la fois accumulation des médicaments par la baisse transitoire des clairances et l'effet circulatoire des facteurs pro-inflammatoires. Même en l'absence de traitement anti-HTA, un choc septique peut provoquer un effondrement tensionnel.

■ Malaises de type vertigineux

Ils sont souvent difficiles à identifier. Leur déclenchement par les changements de position de la tête et l'accompagnement de nausées sont très évocateurs, autant et plus que « l'insuffisance vertébro-basilaire », étiquetage souvent fallacieux. Le vertige s'accompagne souvent d'une élévation tensionnelle. L'absence de nystagmus n'élimine pas le diagnostic de vertige vestibulaire.

■ Malaises hypoglycémiques

Ils surviennent presque exclusivement chez les diabétiques traités, que ce soit par insuline ou antidiabétiques oraux. Les hyperinsulinismes tumoraux sont d'une grande rareté. Tout diabétique et son aidant familial doivent être éduqués à reconnaître les symptômes de début du malaise hypoglycémique et à pratiquer sa correction immédiate. Ce qui est dangereux, c'est la durée de l'hypoglycémie et son intensité.

■ Malaises liés à l'anxiété

Chez le vieillard, comme chez l'adolescent, il existe des crises d'anxiété avec hyperventilation, voire des manifestations hystéroides. Un tel diagnostic doit être prudent : tout malade imite mieux, même inconsciemment, les symptômes qu'il connaît. Le malaise hystéroides est théâtral. Il a des témoins

choisis : conjoint, enfants, médecin traitant. L'absence de lésion traumatique, l'existence d'antécédents, le caractère spectaculaire, peuvent le faire évoquer.

Comprendre ce qui s'est passé pour traiter

Le diagnostic du mécanisme d'un malaise ne saurait attendre. Une syncope cardiaque peut récidiver et entraîner la mort, une hypoglycémie peut évoluer vers un coma, une crise comitiale vers un état de mal épileptique.

Il n'existe pas de traitement symptomatique du malaise, seulement celui de sa cause. En dehors des précautions de base : allonger tête basse, relever les jambes, etc, le traitement ne peut qu'être fonction de la cause.

En cas de syncope, il ne faut pas hésiter à diriger le patient sur les urgences cardiologiques.

Si la plupart des malaises se résolvent spontanément, le médecin doit s'acharner à en comprendre le mécanisme, et à y faire face au plus vite sans attendre la récurrence.

Nombre de malaises semblent iatrogènes, dus aux antihypertenseurs. En fait ils dépendent aussi d'une sténose carotidienne méconnue.

Les vieillards ont souvent des malaises. Certains malaises s'accompagnent d'un risque vital. L'anamnèse est difficile et l'examen clinique pauvre. Il faut toujours rechercher une hypotension, d'autant plus que le patient prend des antihypertenseurs. L'ECG est indispensable.

SYNDROMES NEURO- PSYCHIATRIQUES

Syndromes démentiels

La démence est une menace grave pour le vieillard, un fléau pour son entourage.

■ Des maladies et non une conséquence de l'âge

Les syndromes démentiels ne sont pas la conséquence inéluctable de l'avancée en âge. Les démences représentent des maladies aux symptômes et aux mécanismes différents. Ces malades restent incurables, mais le médecin peut améliorer leur confort de vie et leur éviter des complications.

La maladie d'Alzheimer résulte de différentes lésions neuropathologiques et les réponses au traitement par anticholinestérases ne sont pas homogènes.

Une forme de démence particulièrement fréquente au grand âge est la maladie d'Alzheimer à composante vasculaire, auparavant nommée démence mixte, associant des lésions de type Alzheimer à des lésions vasculaires et à des lésions microvasculaires.

Les autres démences ne sont pas rares. Attribuer tout syndrome démentiel à une maladie d'Alzheimer est une erreur.

Le diagnostic des différentes démences est l'un des plus solide de la gériatrie s'il s'entoure d'arguments documentés : historique, examen clinique, examen neuropsychologique, imagerie. On n'est en droit de l'affirmer que si tous les arguments sont réunis et les diagnostics différentiels éliminés.

■ Abord clinique

Faire tôt le diagnostic de syndrome démentiel peut éviter bien des ennuis au malade et à sa famille. Ce diagnostic est difficile. Le tableau démentiel associe au moins deux déficits cognitifs parmi les suivants : déficit mnésique, aphasie, agnosie, anosognosie, apraxie, désorientation temporelle et/ou spatiale. Le plus souvent, le malade nie les troubles. C'est l'entourage qui apporte les informations, bien qu'il ne perçoive pas toujours des changements très progressifs. Ceux qui voient la personne de façon discontinue s'aperçoivent mieux de la différence de comportement : enfants habitant loin, nouvelle aide à domicile.

Le médecin doit s'aider de tests de dépistage. Le MMS (cf. Annexe I p. 169), analyse grossièrement plusieurs fonctions ; le test de mémoire à l'aide de cinq mots (cf. Annexe III p. 171) et le test de l'horloge (cf. Annexe II p. 170) sont simples, utiles au dépistage, pas au diagnostic. Aucun test ne permet à lui seul un diagnostic. Ces tests sont de médiocres critères de gravité. Leur valeur est limitée par les troubles de la parole. Ils ne tiennent compte ni des troubles du comportement, ni de l'anxiété, et peu des praxies. Avant de les réaliser, il faut connaître le niveau intellectuel et la langue maternelle du patient, qui peuvent limiter l'interprétation du test.

Les déficits fonctionnels qui conditionnent la vie quotidienne sont mieux établis par les échelles des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL, cf. Annexe IV p. 172) et des activités de la vie quotidienne (ADL, cf. Annexe V p. 173). Ces troubles peuvent être aussi précoces que les troubles de la mémoire. Comme ceux-ci, ils n'ont pas que la démence pour origine. Une vieille dame qui ne fait plus la cuisine, un vieux monsieur qui ne fait plus sa déclaration d'impôts après l'avoir faite pendant cinquante ans, ont bien des chances d'être déments ou déprimés. La vieillesse à elle seule ne produit pas ces désordres, surtout s'ils sont niés ou inconscients.

Des modifications de l'humeur, de l'éveil, du comportement, doivent être recherchées. Il faut tenir compte de leur horaire, des facteurs déclenchants.

SYNDROMES NEUROPSYCHIATRIQUES

Un examen physique est indispensable à la recherche de signes neurologiques, d'une affection organique pouvant retentir sur le fonctionnement cérébral comme une insuffisance cardiaque (bas débit), une insuffisance respiratoire (hypoxie), une hypothyroïdie, une surdité, etc.

On vérifie soigneusement l'absence d'antécédents dépressifs anciens ou très anciens : séjour en institution psychiatrique, tentative de suicide. La dépression peut simuler ou précéder la démence.

Pour affirmer le diagnostic de syndrome démentiel au stade précoce ou modéré, il est préférable de faire réaliser un examen neuropsychologique par un spécialiste qualifié et expérimenté. Cet examen fait le bilan des différents déficits et de leur stade, il établit si le déficit mnésique est un simple trouble de l'attention ou s'il masque un syndrome dépressif.

Il faut disposer d'un scanner ou d'une IRM cérébraux.   ce stade, l'atrophie de l'hippocampe et des zones temporales et frontales n'est pas toujours visible. L'existence d'autres lésions, vasculaires, tumorales ou traumatiques peut influencer le diagnostic.

Aucun test biologique de routine ne donne d'orientation diagnostique. Il est utile, comme chez tout malade âgé, de connaître les tests de base. Doser la calcémie est indispensable : l'hypercalcémie peut générer des  tats confusionnels prolongés pseudo-démentiels.

■ De quelle démence s'agit-il ?

Arriver au diagnostic de syndrome démentiel ne suffit pas. Le traitement dépend du type de démence.

La maladie d'Alzheimer (MA)

Elle est considérée comme la plus fréquente. Elle se caractérise par une atteinte mnésique prédominante avec évolution progressive des symptômes cognitifs. Cependant, c'est parfois à l'occasion d'une perte brutale des capacités fonctionnelles que le diagnostic est suspecté. Un stress, un deuil, une hospitalisation, une infection bénigne, peuvent être les facteurs révélant la maladie latente.

Les facteurs de risque sont les mêmes que ceux de la maladie vasculaire. Le niveau d'éducation, la consommation modérée de vin semblent être des facteurs protecteurs vis-à-vis de l'Alzheimer.

La maladie à corps de Lewy (MCL)

Elle comprend en plus du tableau démentiel un syndrome extrapyramidal, des chutes avec hypotension orthostatique, des hallucinations visuelles, une grande fluctuation des troubles. L'état de ces malades est très aggravé par toute prise de neuroleptique.

Les démences vasculaires (DV)

Elles sont la conséquence de lésions ischémiques cérébrales. La sévérité dépend moins de l'étendue des lésions que de leur localisation et de l'état dépressif associé. Le tableau clinique peut comporter un déficit cognitif modéré, des signes pyramidaux, des troubles urinaires et de la déglutition.

L'imagerie cérébrale (scanner ou IRM) permet le diagnostic en montrant les hypodensités de nature ischémique. Les DV peuvent être prévenues par les traitements de l'HTA et de la maladie vasculaire.

Les « démences mixtes » (DM)

Ce sont des « maladies d'Alzheimer avec composante vasculaire ». Leur fréquence est sous-estimée, en particulier chez les personnes très âgées. Les DM peuvent avoir une histoire de type MA, des signes neurologiques de localisation et des hypodensités au scanner cérébral.

Les démences fronto-temporales

Elles se caractérisent par la prédominance des manifestations frontales, en particulier des troubles du comportement qui oscillent entre violence et apathie, désinhibition et incurie. Ils peuvent rendre le maintien à domicile difficile ou impossible, alors que l'apparente conservation cognitive, avec anosognosie, empêche de passer outre le refus énergique de tout « placement ».

D'autres démences peuvent frapper le sujet âgé :

- les démences avec symptômes extrapyramidaux : démence de la maladie de Parkinson, la maladie de Steele-Richardson, les atrophies multisystématisées ;

- la maladie de Creutzfeldt-Jakob, très rare : démence souriante avec des fasciculations et EEG caractéristique ;

- les décompensations tardives de maladies métaboliques ;

- le vieux concept de « vésanie ». On appelait ainsi l'évolution d'un syndrome psychotique vers une démence. Si les manifestations délirantes,

SYNDROMES NEUROPSYCHIATRIQUES

hallucinatoires diminuent parfois avec l'âge, elles peuvent laisser place à une apathie et à un déficit cognitif évoquant une démence ;

– les encéphalopathies de l'enfance semblent toutes pouvoir se compliquer d'un tableau démentiel avec l'avancée en âge. On en voit de plus en plus en gériatrie ;

– les traumatismes crâniens accidentels ou sportifs (boxeurs, footballeurs) peuvent entraîner des lésions ou troubles fonctionnels qui potentialisent un processus démentiel.

■ **Diagnostics différentiels à ne pas manquer**

Affirmer un diagnostic de démence est difficile et doit être entouré de garanties. Il faut bien savoir identifier :

Un syndrome dépressif

Apathie, désintérêt, inexpressivité, voire délire, sont des traits communs aux deux affections. Les troubles mnésiques peuvent être importants lors d'une dépression. Il faut rechercher des antécédents dépressifs lointains. Malheureusement il y a plus de démences dépressives que de dépressions pseudo-déméntielles. Au moindre doute, un traitement antidépresseur d'épreuve doit être tenté.

L'hydrocéphalie à pression normale

Elle se caractérise par des troubles cognitifs, de la marche et sphinctériens. Des signes neurologiques extrapyramidaux et pyramidaux peuvent coexister. L'imagerie montre une dilatation ventriculaire sans dilatation des sillons. La ponction lombaire soustractive fait disparaître transitoirement les symptômes. Il arrive que le drainage neurochirurgical améliore spectaculairement le malade.

La comitialité subintraite

Il peut exister des crises subintraites infracliniques qui entretiennent un état confusionnel chronique. On doit y penser devant un état confusionnel durable et demander un EEG. Des lésions vasculaires ischémiques sont plus souvent à l'origine du trouble qu'une tumeur bénigne (méningiome) ou maligne (métastases ou glioblastome).

Le déficit cognitif modéré

Chez de nombreux vieillards, il existe des troubles de la mémoire isolés, qui ne permettent pas le diagnostic de démence. La seule proposition thérapeutique logique à ce stade est de traiter les facteurs de risque vasculaire.

■ Diagnostic aux stades avancés

Trop souvent ces malades ne sont vus qu'à un stade déjà avancé, celui des complications. L'important est de les reconnaître et de savoir y faire face.

États confusionnels

Tout nouvel évènement peut provoquer un état confusionnel chez un dément : deuil, hospitalisation, vacances en un lieu inconnu ou non reconnu. Il faut penser à une cause médicale : douleur que le malade ne peut exprimer, rétention d'urines, fièvre, hypoxie, prise de médicament non toléré (anticholinergique, sédatif, dopaminergique), prise d'alcool, déshydratation, etc.

Le traitement de l'état confusionnel du dément est celui de la cause, une fois celle-ci identifiée. Pour arriver à cette fin, on peut être contraint de calmer le malade. Il ne faut utiliser que des produits à action brève, sur des durées brèves, arrêter dès le résultat recherché obtenu : un calme relatif qui permette de reconnaître et de traiter la cause.

Troubles du comportement positifs

Ce sont ceux qui dérangent l'entourage. Le risque de surtraitement est élevé. L'agitation ne fait souvent que traduire l'anxiété liée aux troubles de la mémoire. Ne plus savoir ce qu'il a à faire ou ce qu'il voudrait faire inquiète le malade. Cette agitation anxieuse peut être accrue lorsque, sous traitement, le patient prend conscience de ses déficits.

La déambulation est une errance sans but, souvent anxieuse. Que ce soit au domicile ou en institution, le risque qu'il ne retrouve pas son chemin est élevé. Au domicile les sorties seront accompagnées. Disposer d'espaces protégés de déambulation en institution permet de satisfaire ce besoin. Contention physique ou chimique, enfermement pour lutter contre le besoin de déambulation, aboutissent à des catastrophes : agressivité, prescription de neuroleptiques, chutes, etc.

L'agressivité la plus fréquente est liée aux troubles de la compréhension et de l'impossibilité pour le malade de se faire comprendre. Ne comprenant ni ce que l'on veut de lui, ni les soins qu'on veut lui donner, n'arrivant pas

à faire comprendre ses propres souhaits, le malade s'énerve. Il faut essayer de se faire comprendre et prendre le temps de saisir ce que veut expliquer le malade. Le médecin doit faire passer ce message à la famille et aux professionnels, plutôt que de recourir à des thérapeutiques intempestives. Plus la conscience du malade est crépusculaire, moins il comprend et plus il peut être agressif. La peur déclenche la plus forte agressivité.

L'agressivité d'un deuxième type est liée aux syndromes frontaux dont elle fait partie. Elle s'accompagne d'autres signes : *grasping*, indifférence, exhibitionnisme, incontinence.

Troubles négatifs du comportement

L'indifférence, l'apathie, la somnolence diurne sont des symptômes banals et souvent précoces. Ce sont des signes de gravité : le malade ne s'intéresse à rien et resterait confiné. Ces troubles sont plus fréquents mais moins décrits car ils dérangent moins. Ils font courir le risque des complications de l'immobilisation.

Troubles du rythme nyctéméral

Il est fréquent que le malade dément prenne « la nuit pour le jour ». Une agitation nocturne, des réveils avec confusion, font obstacle au maintien à domicile. Ces épisodes sont généralement associés à une hypersomnie diurne. Il faudra avoir recours à l'utilisation de somnifères d'action brève la nuit, joints à une stimulation dans la journée pour tenter de rétablir un rythme normal.

Le *sundowning syndrome* est une agitation anxieuse de patients déments à la tombée de la nuit. Il demande une réassurance.

Chutes

Les chutes sont une conséquence habituelle de la démence. Elles sont dues aux troubles de l'attention, à la perte des capacités d'interprétation de ce qui est vu : l'œil voit l'obstacle, mais le cerveau n'interprète pas l'image. L'apraxie progressive de la marche est en cause plus tard. Peu à peu, les déments ne marchent plus que par habitude : moins ils marchent, plus ils risquent de chuter ne sachant plus marcher.

Apraxies

Les démences ne sont pas qu'une maladie des fonctions cognitives. Au handicap mental s'ajoutent, avec l'évolution, des handicaps physiques. Au début, le malade désapprend ce qu'il a appris à faire : ses comptes, sa cuisine, ect. Plus

tard, il désapprend ce qui est nécessaire à la vie quotidienne : se lever, se laver, s'alimenter, puis ce sera marcher et enfin déglutir.

L'apraxie peut être aggravée par toute cessation brutale de l'activité qui était conservée par automatisme. Mettez à l'hôpital une vieille dame démente qui fait encore sa cuisine, au bout de deux jours elle ne saura plus la faire. Mettez au fauteuil, puis au lit un « dément déambulateur », il ne saura plus marcher, mais cherchera à le faire, la chute ne manquera pas d'arriver.

Grabatisation

La grabatisation est l'évolution terminale du dément, même le mieux traité. Cela signifie qu'il a pu passer à travers tous les risques liés à sa maladie et à la polyopathie souvent associée. Ce stade est celui des soins palliatifs terminaux, auxquels le malade dément a le même droit qu'un autre patient. À ce stade, le contact non verbal, longtemps maintenu par la famille et par les professionnels, est rompu. On ne sait pas ce qui se passe dans sa tête. De brusques sursauts de lucidité peuvent se voir. On ne doit jamais considérer ce malade autrement que comme une personne qui s'éteint doucement. Confort matériel, présence affective doivent être maintenus jusqu'au bout, tout en évitant toute exploration invasive qui serait inutilement pénible et futile.

Autres complications

Les complications telles que dénutrition, déshydratation, infections et risques iatrogènes sont exposés dans d'autres chapitres de cet ouvrage.

■ Où la clinique guide la prise en charge et ses soins suivis

Les déments restent des malades incurables. Les objectifs thérapeutiques sont modestes : permettre au malade de bénéficier d'une plus longue période de lucidité, d'une vie sociale et d'un confort de vie. Tous les traitements sont symptomatiques y compris les anticholinestérasés. Ils ne peuvent être décidés qu'en fonction du type de démence et de sa symptomatologie.

Le soin aux personnes démentes

Le soin ne se résume jamais à l'ordonnance. Celle-ci n'est qu'un élément du projet de soin dont le médecin doit garder le contrôle et assumer le suivi clinique : formation de la famille à faire face aux problèmes posés par certains symptômes, tels les troubles du comportement, envisager les aides dont le

malade a besoin, quelles sont leurs tâches, comment les former. La présence des professionnels de l'aide ne doit pas être conçue comme celle d'une aide-ménagère, mais comme d'un personnel de compensation du handicap.

Place des soignants

Le recours à un service de soins à domicile présente l'avantage que ces services disposent d'aides-soignants, qui sont aptes à se consacrer aux soins de toilette intime et à une alimentation à la cuillère, lorsque ces soins deviennent nécessaires.

Les services intégrés de Soins et d'Aide permettent d'assurer une meilleure coordination des passages des aides et des soignants.

■ Que dire au malade et à sa famille ?

Doit-on annoncer un diagnostic de démence ? La déontologie nous dit oui, la loi l'exige. L'éthique nous dit oui pour respecter l'autonomie du malade, mais non si l'annonce doit porter préjudice au malade. Certains plus prosaïques disent : « J'annonce le diagnostic pour que le malade ne le découvre pas sur sa boîte de pilules ».

Certains malades ne veulent pas savoir et le font comprendre. Il faut respecter ce droit. S'il faut annoncer le diagnostic, c'est parce que c'est l'intérêt du malade. L'annonce permet le soin. C'est un passage difficile pour le médecin qui fait l'annonce, encore plus pour le malade et sa famille. L'intérêt est que l'on montre au malade que l'on respecte son autonomie et que l'on veut construire une coopération entre lui, sa famille, l'équipe de soin et d'aide ou l'institution, le médecin traitant et le gériatre référent.

L'annonce se fait de façon progressive. Elle s'accompagne de la mise en route d'un programme de soin qui permette au malade de se projeter dans un avenir sécurisé. Elle met en route un partenariat avec le patient et l'aidant. Asséner un diagnostic de démence après un quart d'heure d'examen en rédigeant une ordonnance, c'est une inutile maltraitance.

Un point plus tardif sera le choix entre l'admission en institution ou le maintien à domicile. La décision doit être progressive, être annoncée au malade, être préparée. Le difficile est de trouver l'institution adéquate à proximité de la famille. À ce stade avancé, le maintien à domicile est une décision aussi lourde que l'admission en institution. C'est au médecin de famille de vérifier que le maintien au domicile ne se fera pas aux dépens de la santé de l'aidant, conjoint ou fille venue vivre chez son parent.

Dans le suivi quotidien, le médecin a à informer et conseiller sur les différentes étapes de l'évolution. La nouvelle loi qui favorise le secret partagé lui permet de tenir au courant le personnel soignant et d'aide de l'évolution et de la façon d'y faire face. Il s'informe auprès d'eux des symptômes apparus, que le malade ne rapporte pas ou a oublié.

Mouvements anormaux

Les mouvements anormaux sont fréquents chez le vieillard. Le malade vous dit les circonstances, l'horaire, le caractère douloureux ou non, l'effet de la commande volontaire. Vous vous informez de l'ancienneté des troubles, de la gêne occasionnée par le handicap, des résultats des traitements.

Le diagnostic est clinique. Aucun examen complémentaire ne peut aider. Le diagnostic vient de l'observation du mouvement anormal : tremblement au repos ou intentionnel, mouvements répétitifs rapides, contraction musculaire prolongée parfois douloureuse, mouvements brusques non intentionnels, amplitude, balancement des bras, immobilité du visage ou dyskinésies, rigidité, marche à petits pas avec difficultés au démarrage. La parole du malade est modifiée par le trouble : tremblée, hachée, ralentie, ce qui peut donner l'impression – fausse – d'un trouble cognitif.

L'examen recherche si le trouble est symétrique ou non, l'effet des émotions, le signe de la roue dentée, une rigidité axiale, la survenue de troubles vasomoteurs, une hypotension orthostatique.

La connaissance précise des ordonnances actuelles et de celles des mois précédents est indispensable. Certains mouvements anormaux sont d'origine iatrogène : dyskinésies oculo-bucco-faciales et akathisie.

■ Le tremblement essentiel

C'est de loin le trouble le plus fréquent. Son mécanisme est mal connu. Le tremblement est prédominant à un territoire. Il peut atteindre les membres supérieurs, la tête, parfois le larynx avec une voix tremblée, rarement les membres inférieurs. Il n'y a pas d'autre signe neurologique. Il n'y a pas eu de prise de neuroleptique, ni d'autre médicament pouvant causer le tremblement, ni sevrage de benzodiazépine, d'alcool ; il n'y a pas d'antécédent de traumatisme crânien accidentel ou sportif (boxe, football).

SYNDROMES NEUROPSYCHIATRIQUES

Aucun examen biologique n'est utile, sauf la TSH ultrasensible pour le diagnostic avec une hyperthyroïdie au tremblement fin et menu des extrémités.

Les diazépines sont causes de tremblements lors de leur sevrage. Les neuroleptiques, neuroleptiques atypiques inclus, ne font qu'ajouter un syndrome extrapyramidal au tremblement essentiel.

La plupart des sujets ne sont gênés qu'en situation de stress émotionnel. La prise occasionnelle d'un bêtabloquant lorsque le stress est prévisible facilite la vie de ces nombreux patients, mais doit être précautionneuse.

■ Les dyskinésies

Elles touchent la sphère bucco-oculo-faciale. Elles traduisent la prise de médicaments, surtout neuroleptiques. Il faut craindre les neuroleptiques cachés : antiémétiques, antitussifs. Le lithium, certains antivertigineux, antiépileptiques, certains antidépresseurs peuvent être source de dyskinésies. Chez les parkinsoniens, les traitements dopaminergiques peuvent être à l'origine de dyskinésies.

Certains mouvements anormaux d'origine médicamenteuse sont encore plus sévères, telle l'akathisie avec ses mouvements de flexion-extension du tronc, aussi intolérables pour l'entourage que pour le malade.

Le sevrage s'accompagne d'une aggravation transitoire du trouble. Celui-ci met ensuite des mois ou des années à s'atténuer.

■ La maladie de Parkinson

Elle est fréquente en gériatrie. Les mécanismes de la disparition des neurones dopaminergiques contrôlant le système extrapyramidal restent méconnus. Bien que la prévalence augmente avec l'âge, on ne peut pas les attribuer au seul vieillissement. On peut voir s'installer une maladie de Parkinson à 80 ans et plus, contrôlable par le traitement. Plus souvent le parkinsonien octogénaire est un parkinsonien connu, déjà traité depuis quinze ans ou plus, donc échappant au traitement. La maladie de Parkinson redevient alors une infirmité de soin difficile.

Clinique

Le tremblement lent de repos est moins fréquent que l'hypokinésie, la rigidité, l'instabilité posturale, la lenteur des gestes, la marche à petits pas sans

balancements des bras, la perte de l'expression du visage avec une voix tremblante. Le syndrome extrapyramidal est souvent bilatéral chez le très âgé.

L'examen recherche le signe de la roue dentée, l'instabilité posturale, les troubles de la marche, l'hypotension orthostatique. Dans un syndrome extrapyramidal où on hésite sur sa nature parkinsonienne, le test à la L-Dopa permet le diagnostic. Seule la maladie de Parkinson est sensible au traitement contrairement aux autres syndromes extra-pyramidaux.

Les signes neurovégétatifs (hypotension orthostatique), les troubles de la marche et de l'équilibre (risque de chute), les épisodes d'aspects psychotiques, les signes dépressifs ou pseudo-dépressifs du début, les épisodes confusionnels ou les hallucinations qui rendent le traitement encore plus difficile sont autant de signes de gravité.

Le diagnostic de dépression ou de démence doit être prudent. La lenteur des réponses et les difficultés d'expression du Parkinsonien en période *off* ne sont pas à confondre avec un déficit cognitif ni avec un épisode dépressif.

Il faut s'intéresser à l'inévitable constipation. Le retentissement dépressif de cette maladie invalidante est à prendre en compte.

Il ne faut jamais hésiter à demander l'avis d'un neurologue spécialisé ou d'un neurogériatre. Cette maladie chronique, invalidante, exige une grande expérience d'un traitement difficile à adapter. Son avis facilite le suivi par le médecin de famille.

Prise en soin

Il n'y a aucune raison de retarder ni la prescription de la L-Dopa, ni la kinésithérapie, ni l'orthophonie chez un malade débutant une maladie de Parkinson de façon tardive. La « lune de miel thérapeutique », pendant laquelle le traitement est efficace et bien supporté, peut durer une vingtaine d'années.

La plupart des parkinsoniens âgés ont la maladie depuis plus de quinze ou vingt ans. Ils arrivent au moment où la maladie échappe plus ou moins au traitement et où se développent les complications : mouvements anormaux, troubles de la déglutition, paresse digestive, épisodes confusionnels, hallucinatoires, ou - la pire - démence parkinsonienne. Ces troubles psychotiques sont aggravés par la L-Dopa et par ses agonistes, d'où une impasse thérapeutique.

Il faut veiller à ne jamais interrompre brutalement un traitement au long cours par la L-Dopa : on risque une grabatisation définitive malgré la reprise du traitement.

Que dire au malade ?

Seule l'annonce du diagnostic permet d'engager un soin aussi contraignant et une éducation du malade et de son aidant familial.

L'éducation du malade comporte la compréhension de son traitement, la reconnaissance des périodes *on* et *off* ; elle est indispensable à sa qualité de vie. On peut lui conseiller de rejoindre l'Association France-Parkinson qui lui fait connaître d'autres malades et lui donne des conseils pratiques.

Chaque fois que possible, c'est le malade qui est le meilleur juge du moment où il a besoin de prendre son traitement. L'aide d'un tiers est indispensable s'il y a blocage. Souvent, la prise du premier comprimé matinal doit être assurée par le conjoint. L'aidant familial doit savoir ce qu'il a à faire en cas de blocage : quel comprimé donner, quand, comment ? Quand appeler le médecin ou l'infirmière ? Un parkinsonien averti, à l'entourage formé, a une qualité de vie mieux préservée.

■ Le parkinsonien avec démence

Un syndrome démentiel peut apparaître après plusieurs années d'évolution. L'adaptation thérapeutique doit être quotidienne. Agitation, délire, confusion, hallucinations peuvent apparaître et être aggravés par des doses même faibles de dopaminergiques. Rigidité et rétractions réduisent le malade à l'immobilité, en une période *off* quasi permanente, en raison de la mauvaise tolérance de la L-Dopa.

Syndromes dépressifs

Au grand âge, les états dépressifs sont fréquents, sous-diagnostiqués, sous-traités.

■ Pourquoi tant de dépressions ?

Il n'y a pas une, mais des dépressions. Les mécanismes des dépressions ne sont pas univoques et ne sont pas que psychologiques. Le même choc affectif provoque ou non un état dépressif selon les individus. Les dépressions les plus sévères, mélancolie, psychose bipolaire, surviennent en l'absence de facteur déclenchant.

En gériatrie, la multiplicité des causes psychologiques, deuils, isolement, misère, ne doit pas faire oublier le terrain. Dépression endogène et psychose bipolaire durent toute la vie. Le syndrome inflammatoire, général ou local comme dans le cas des AVC, les facteurs environnementaux comme la faible stimulation lumineuse, sont des facteurs fréquents au grand âge.

Le vieillard est souvent triste et il a des raisons de l'être. C'est une interrogation permanente : s'agit-il d'une tristesse normale, réponse logique à sa situation actuelle ? S'agit-il d'ennui ? S'agit-il d'un épisode dépressif sévère, d'un trait caractériel, d'un syndrome névrotique ou de cette mystérieuse «régression» qui cache l'absence de diagnostic de l'un de ces états ? D'une démence, d'un Parkinson ou d'une démence pseudo-dépressive ?

Toute tristesse, apathie, attitude démissionnaire, n'est pas forcément une dépression. Un diagnostic superficiel et rapide, accompagné d'une prescription ou d'un refus de prescription d'antidépresseurs peut conduire à une iatropathologie par excès (syndrome sérotoninergique) ou à abandonner le malade à sa souffrance morale insupportable, par défaut.

Pour s'aider dans le diagnostic, le praticien peut utiliser l'échelle de dépression gériatrique en quatre items (dépistage) ou quinze items (diagnostic) (cf. Annexe VI p. 174). Cette échelle simple n'est validée que chez les patients de plus de 75 ans.

■ Quel type de dépression ?

La recherche d'antécédent dépressif dans l'histoire du malade doit être systématique. Cet antécédent est souvent tu.

Une acariâtreté inhabituelle, des idées critiques et négatives peuvent être un trait de caractère. C'est souvent une manifestation dépressive. Le vieillard ronchon, odieux, sait provoquer les réactions hostiles qui l'ancrent dans la conviction de la malveillance du monde et de sa propre nullité, manifestation symptomatique de sa dépression. Une apathie, une apparente paresse, une fausse indifférence, une insomnie récente peuvent être les seuls signes d'appel d'un état dépressif. Les idées de mort ne doivent jamais être attribués au seul âge.

L'épisode dépressif réactionnel est le plus fréquent chez le vieillard. Les circonstances déclenchantes possibles sont nombreuses : deuil, retraite, ennui, maladie, handicap, isolement, âgisme ambiant. La relation n'est pas toujours évidente, ni logique. Il n'y a pas d'antécédent dépressif.

SYNDROMES NEUROPSYCHIATRIQUES

La régression aiguë, appelée souvent « syndrome de glissement », est une manifestation grave où le malade se réfugie dans un refus alimentaire mais aussi du contact humain et de la parole. Plus qu'une volonté délibérée de mourir, ce syndrome traduit une immense souffrance morale. Ce peut être la manifestation dépressive d'un état démentiel qui n'a pas d'autre possibilité d'expression.

La décompensation tardive d'une maladie bipolaire est évidente quand les antécédents sont connus. Un caractère cyclothymique, bien compensé jusque-là, peut devenir avec l'âge un réel état maniaque-dépressif. La commutation d'une phase à l'autre peut être brutale : passage à l'état maniaque dès le premier comprimé d'antidépresseur, passage à un état dépressif majeur dès les premiers comprimés d'antipsychotiques. L'hospitalisation est à conseiller au moindre doute de risque suicidaire.

La mélancolie (dépression endogène sévère avec délire) peut se décompenser avec l'âge. Il faut rechercher les antécédents lointains ou cachés de tentatives de suicide, d'hospitalisation en clinique spécialisée. Confusion, insomnie, anorexie et idées délirantes peuvent abuser et conduire à tort au diagnostic de démence, alors qu'il s'agit de l'épisode curable d'un état qui persiste toute la vie. Le risque suicidaire est élevé, surtout chez l'homme âgé. Toute dépression peut tuer. Il n'y a pas de « petite » dépression. Combien de suicides révèlent des mélancolies passées inaperçues ?

La dépression masquée de l'hypochondrie est fréquente. La dépression se cache sous des plaintes somatiques multiples, successives, souvent délirantes. Le diagnostic est difficile, car il peut exister à l'origine une authentique maladie. La douleur est réellement ressentie. Il n'y a ni simulation, ni besoin de spectateur (à la différence de l'histrionisme). Le malade doit être rassuré sur une plainte précise, par exemple sur le fait qu'il n'ait pas de cancer. Il vaut mieux laisser s'organiser une certaine plainte même délirante sur un thème rassurant banal (constipation, arthrose, allergie, etc.), ce qui limite la souffrance morale du déprimé, rassuré par l'organicité de sa plainte.

Symptômes dépressifs secondaires : tout état inflammatoire peut s'accompagner de syndrome dépressif qui disparaît avec la guérison de sa cause.

Un état dépressif accompagne avec fréquence les accidents vasculaires cérébraux, en particulier les hémipariés gauches. Cet état peut gêner la rééducation.

Il faut tenir compte d'un état dépressif pour juger des capacités décisionnelles d'une personne.

Diagnostiques différentiels

En certains cas, le diagnostic de dépression est difficile. La face figée, l'économie des gestes et des mots, le ralentissement peuvent faire errer le diagnostic. La rigidité et un syndrome extrapyramidal discret mais asymétrique sont évocateurs d'une maladie de Parkinson. Le traitement dopaminergique d'épreuve « ressuscitera » alors le malade.

La démence débutante peut simuler la dépression et une dépression peut accompagner une démence dès ses débuts. De nombreux symptômes sont communs aux deux affections : apathie, désintérêt, idées délirantes, troubles de l'attention entraînant des troubles de la mémoire. Une amélioration incomplète par le traitement antidépresseur fait envisager une démence.

Le diagnostic est aussi difficile avec :

– une névrose anxieuse. À l'anxiété permanente s'ajoute un passé névrotique, avec ou sans addiction aux diazépines ;

– une tristesse naturelle. La tristesse résulte d'évènement récent avec une logique raisonnable. Elle permet une résilience qui ne se produit pas dans les états dépressifs ;

– un état de « régression » où le patient se réfugie dans une psychopathologie de démission, cherche à bénéficier d'un état de dépendance et ne veut plus décider : « demandez à mes enfants » devient la réponse habituelle à toute demande de décision. Cette situation névrotique est responsable d'états de dépendance avec confinement au fauteuil, mais elle peut aussi masquer une vraie dépression.

Aucun examen complémentaire ne peut aider au diagnostic de dépression. Seul l'avis d'un psychiatre peut vous sortir du doute. Il ne faut jamais hésiter à y recourir.

■ Abord clinique du soin

Que l'item dépressif soit au premier plan, isolé, ou qu'il soit inclus dans une polyopathie, le traitement ne peut se réduire à la seule prescription médicamenteuse. Les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (IRS) ont rendu plus aisé le traitement des dépressions du vieillard. Les produits non anxiogènes doivent être préférés. Le vieillard tolère mal les produits « stimulants », plus encore s'il est dément. Il est nécessaire qu'une dose efficace soit prescrite, mais de façon progressive pour que la tolérance soit testée. Une psychothérapie peut être associée si le patient l'accepte.

La sismothérapie reste le seul traitement rapidement efficace si le risque vital est élevé. Seul un psychiatre averti peut proposer ce traitement. Encore faut-il qu'il soit consulté.

■ Que dire au malade et à sa famille ?

Les syndromes dépressifs sont des affections graves mais curables. Le médecin comprend la souffrance du malade et son impatience de guérir, mais il faut laisser le temps d'agir au produit proposé. Il n'y a pas de petite dépression et le suivi est indispensable sur la durée.

La collaboration de la famille est indispensable. Après la fin du cachemar de l'épisode dépressif, une vie familiale et sociale heureuse redevient possible.

Les syndromes confusionnels (*delirium*)

Beaucoup utilisent aujourd'hui le mot anglo-américain « *delirium* » pour dénommer les « syndromes confusionnels ». Aucun des deux termes n'est très clair. On peut être confus sans délirer et on peut délirer sans aucune autre confusion que l'objet de son délire. Ce nouveau terme peut prêter à... confusion.

Les états confusionnels sont fréquents en gériatrie. Ils représentent une grande partie des urgences. Il ne faut jamais catégoriser le malade à partir d'un incident qui peut être sans lendemain.

■ Des facteurs étiologiques multiples

Tout trouble du métabolisme cérébral peut aboutir à un état confusionnel. Le seuil clinique de la confusion sera atteint plus tôt sur un cerveau lésé. Mais un syndrome confusionnel peut survenir sur un cerveau auparavant normal. Les troubles métaboliques sont en première ligne : bas débit cérébral ou hypoxie, déshydratation ou hyponatrémie, hypoglycémie ou hypercalcémie – à laquelle on ne pense pas assez.

Les causes peuvent être toxiques, en particulier médicamenteuses, si fréquentes. Tous les médicaments inducteurs de sommeil peuvent entraîner

ABORD CLINIQUE DU MALADE ÂGÉ

des états confusionnels : neuroleptiques, diazépines, hypnotiques. Les anticholinergiques peuvent rendre confuse une personne au stade de démence légère : médicaments de l'incontinence urinaire, antidépresseurs tricycliques ou... neuroleptiques. L'alcool reste une cause fréquente en gériatrie. Il faut y penser, même chez une vieille dame distinguée, mais dépressive. Les causes accidentelles subsistent comme l'intoxication par le CO.

Une confusion peut révéler une crise comitiale passée inaperçue, car sans mouvement clonique. Cette crise ne traduit pas un « accident ischémique transitoire » mais la cicatrice d'un AVC. Il faut aussi penser à l'hématome sous-dural faisant suite à une chute sur le crâne passée inaperçue. Enfin, une cause banale chez le sujet âgé est la fièvre.

Chez les malades qui ont une lésion cérébrale, un événement psychologique, une contrariété, un épisode douloureux suffisent à déclencher une confusion. C'est le cas des déments chez lesquels l'épisode confusionnel peut être révélateur et du vieux psychotique qui paraissait équilibré.

Le malade confus est inconscient de son état, il se voit normal. En revanche, il peut mal interpréter les initiatives de son entourage ou de ses soignants, médecin inclus. Tout ce qui peut lui faire peur, entraîne des gestes de défense qu'on dit « agressifs » ! Il est rare que le malade se souvienne de l'épisode confusionnel, même quand il n'a pas d'atteinte des fonctions mnésiques.

■ Clinique

La personne est désorientée dans le temps et dans l'espace. Elle ne sait plus où elle est, ne sait parfois plus reconnaître son entourage. Le malade somnolent ou agité est incapable de raisonner. L'interrogatoire ne peut être que celui de l'entourage. Il précise les conditions d'apparition de l'épisode : maladie aiguë, traumatisme crânien ou psychologique, intoxication connue, ainsi que les caractéristiques du terrain, maladies préexistantes psychiatriques ou cérébrales, comitativité, diabète, antécédent analogue. Il faut se procurer l'ordonnance et examiner l'armoire à pharmacie.

L'abord clinique doit être prudent, il faut examiner complètement le malade de façon à pouvoir rechercher une cause organique. Il importe de garder une attitude sereine, de se faire identifier comme médecin, d'éviter tout ce qui peut accroître la frayeur ou l'angoisse. En cas d'agitation, on peut être contraint d'utiliser un sédatif d'action brève et altérant le moins possible le niveau de conscience. Le recours à une contention doit être exceptionnel, car

le malade ne comprend pas pourquoi on l'attache et risque de réagir avec violence à ce qu'il perçoit comme une agression.

L'examen recherche les signes qui peuvent guider vers une cause et les signes de gravité exigeant une intervention thérapeutique immédiate. Certains points sont importants : bradycardie ou tachycardie, cyanose, pâleur des conjonctives, déshydratation (peau, langue, fermeté des globes oculaires), signes de localisation neurologique, globe vésical. La glycémie mesurée au doigt et la saturation en O₂ au doigt complètent le plus tôt possible l'examen clinique dont elles font partie.

L'examen recherche des signes de localisation infectieuse au niveau des poumons, de l'hypochondre droit, des fosses lombaires, de la prostate, une raideur de la nuque.

La prise de sang vérifiera les électrolytes notamment sodium et calcium, glycémie, créatinine, éventuellement l'alcoolémie et, s'il y a lieu, un dosage médicamenteux.

Un état confusionnel ne doit pas être confondu avec :

- une hallucination, que le malade peut vous décrire de façon logique. Mais la cause de l'hallucination peut provoquer un état confusionnel ;
- une illusion : le malade interprète de façon erronée ce qu'il voit, mais n'a pas de désorientation ;
- un état maniaque aigu : le malade est conscient de ce qu'il dit. Cet état peut s'accompagner de violences alors que le confus ne sera violent que s'il a peur ;
- un délire psychotique : le délire peut être dangereux s'il est systématisé et encore plus si le malade est sous l'effet de l'alcool. Son abord demande une grande prudence.

■ Pour traiter la cause, il faut parfois calmer le symptôme

Le traitement étiologique doit débiter au plus tôt. Si la cause est évidente, son traitement doit précéder tout autre geste. Le cas le plus spectaculaire reste celui de l'hypoglycémie, mais le même raisonnement vaut pour une rare crise adisonnienne aiguë, pour la déshydratation, le globe vésical, l'hypoxie, etc.

Parfois la cause sera longue à disparaître ; c'est le cas des intoxications médicamenteuses.

Le traitement symptomatique permet la prévention des complications : déshydratation, escarres, rupture vésicale après rétention d'urines, fausses-routes, etc.

Il est vain d'espérer réduire une confusion par le seul traitement sédatif. On risque de passer à côté de la cause et d'enfoncer le malade dans sa confusion. L'intérêt du traitement symptomatique est de permettre l'examen clinique à la recherche de la cause et le traitement en fonction du diagnostic établi.

■ Que dire au malade ?

Il n'est pas en état de comprendre et de se souvenir. Il faut un abord serein, éviter toute action violente ou pouvant être perçue comme telle – le malade répondra par la violence. Il faut lui parler, lui expliquer, lui sourire, si possible éviter toute contention.

Il faut établir une relation de confiance avec l'entourage effrayé de la situation. Dans son affolement, ses réponses aux questions ont pu être inadaptées et le principal omis. Il faut faire comprendre à l'entourage qu'il s'agit d'une situation aiguë et que le retour à l'état antérieur est l'objectif des soins. Ce retour peut être obtenu dans la plupart des cas. Parfois, l'état confusionnel permet de révéler une maladie latente et qui peut désormais être traitée.

Un épisode confusionnel aigu ne doit jamais être l'occasion d'une décision hâtive du type : « Puisqu'il a perdu la tête, il va falloir le placer ». Les entrées directes en institution à partir des urgences sont des pratiques médicales à déconseiller et des maltraitances. Ce n'est qu'après traitement de la cause de l'épisode que l'avenir du malade pourra être envisagé. Et ce avec son accord !

Les syndromes démentiels sont fréquents chez le sujet âgé, mais ne sont jamais dus à l'âge. Il peut s'agir de troubles de la mémoire mais aussi d'une moins bonne efficacité dans les activités de la vie quotidienne (cuisine, ménage, comptes...). Le diagnostic est difficile au début. Le diagnostic nécessite un examen neuropsychiatrique et une imagerie cérébrale. La maladie d'Alzheimer est la plus fréquente, mais il n'y a pas qu'une seule démence.

Les démences, malgré les progrès thérapeutiques, restent incurables. Le médecin de famille doit assumer le suivi de ces malades. Il peut améliorer leur qualité de vie par la prévention ou par le traitement des principales complications.

Un syndrome dépressif, chez un sujet âgé, est une maladie grave, handicapante, parfois mortelle, infligeant une terrible souffrance morale au patient. Le risque suicidaire est à évaluer. Il n'y a pas de « petite dépression », il importe de distinguer les différentes formes qui n'ont pas le même pronostic, ni le même traitement : épisodes dépressifs réactionnels, épisodes dépressifs des maladies bipolaires et des dépressions endogènes. Il ne faut pas hésiter à demander l'avis d'un collègue psychiatre, ou mieux gériatro-psychiatre.

Les syndromes confusionnels aigus sont fréquents chez le vieillard. Les causes en sont multiples : métaboliques, toxiques, voire psychologiques. Ils surviennent plus facilement sur un cerveau déjà lésé, mais peuvent toucher un cerveau antérieurement normal. Le malade n'est pas conscient de son état, ce qui peut conduire à des réactions d'agressivité s'il est effrayé. Le recours à une sédation est parfois utile pour réaliser cet examen, ainsi que les premiers soins et les examens complémentaires. Cette sédation n'est pas un but thérapeutique. Seul le traitement étiologique peut contrôler le syndrome confusionnel. L'objectif est le retour à l'état mental antérieur.

TROUBLES DE LA MARCHÉ

Le « mal-marchant »

La difficulté de déplacement est le handicap le plus fréquent du vieillard. Ce handicap est souvent évitable.

■ Pourquoi tant de vieillards marchent-ils peu et mal ?

La marche verticale est le propre de l'homme. Ses mécanismes sont complexes. La marche est possible grâce aux informations reçues par le cerveau : vue, vestibule, récepteurs musculaires qui perçoivent la position et les mouvements du corps. La commande motrice n'intervient qu'ensuite. Elle nécessite des muscles capables de répondre de façon coordonnée et des articulations mobiles.

Les troubles de la marche liés à un déficit unique, hémiplégie, Parkinson, compression médullaire, sont les cas simples. L'origine des troubles de la marche est souvent multiple chez le vieillard. La sarcopénie s'accompagne d'une diminution de la proprioception. Elle perturbe la marche, le repos au lit l'aggrave. Les compressions radiculaires, les articulations douloureuses ou instables, les lésions du pied, les troubles de la vision peuvent se conjuguer pour rendre la marche difficile. La perte de la motivation à marcher suffit à confiner le malade au fauteuil de façon irréversible.

Tout trouble de la marche exige un examen clinique à la recherche de la (ou des) cause(s). Du fait de l'origine multifactorielle du trouble, restaurer une des fonctions altérées peut obtenir à la récupération d'une marche suffisante malgré la persistance des autres déficiences.

■ Clinique : une observation minutieuse

Devant un malade qui dit avoir des difficultés ou une impossibilité à marcher :

J'écoute la plainte : est-ce la douleur, la faiblesse musculaire, le déséquilibre, la paralysie, la peur ? Le malade garde-t-il une motivation à marcher ? Comment sont apparus les troubles ? Quels sont les antécédents pathologiques et professionnels (sédentarité ou non) ?

Je regarde marcher le malade. S'il ne peut pas se lever seul, j'observe où réside la difficulté : rétropulsion, impossibilité de soulever ou d'avancer un pied, impossibilité de tenir la jambe rigide à la verticale. Puis je l'aide, soit de façon symbolique : offrir le petit doigt peut suffire à rassurer et à permettre la marche, soit plus efficacement d'un ou deux bras. Marche-t-il seul ou aidé : comment avance-t-il le pied, le soulève-t-il, appuie-t-il, quelle est la longueur du pas, comment s'arrête-t-il, se retourne-t-il ? Peut-il parler en marchant ? Quel est le balancement des bras ?

J'observe les chaussures : c'est souvent un désastre. Ont-elles un talon ? Pantoufles avachies et ballerines sans talon sont des obstacles à la marche, de même mules et babouches ne tenant pas l'arrière du pied.

L'examen neurologique ne s'arrête pas aux réflexes ostéo-tendineux et cutanés plantaires. Il inclut la force musculaire, la sensibilité profonde : sens de position des orteils et sensibilité vibratoire (diapason), la mobilité de la cheville, et sensibilité tactile des orteils (test du filament). Je palpe le pouls, recherche érythrose et œdème déclive. J'observe le trajet saphène et la trophicité cutanée (dermite ocre, ulcères veineux ou artériels).

Les articulations sont-elles douloureuses à la mobilisation ? Pour quelle amplitude ? À l'appui ?

J'examine la musculature : quadriceps, concavité ou convexité de la cuisse, périmètre du mollet. J'apprécie la force des différents muscles contre une résistance.

Le plus pénible est **l'examen des pieds** : cors, excoriations durcies, mycoses, plaies, hygiène. Combien de marches sont rétablies par des soins de pédicurie ? Ne plus avoir mal aux pieds change la marche et la vie.

L'équilibre est examiné : nystagmus, chronométrer le patient assis sur une chaise, le faire se lever, marcher trois mètres, faire demi-tour et revenir s'asseoir (*timed up and go*), station unipodale tenue plus de cinq secondes, test de Romberg avec résistance à la poussée.

Beaucoup de diagnostics sont dès lors évidents. Il apparaît une ou plusieurs causes touchant à la fonction motrice des membres inférieurs : syndrome extrapyramidal, syndrome pyramidal, déficit neurologique périphérique moteur et/ou sensitif, arthrose, artérite, insuffisance veineuse, pieds douloureux. Le traitement de la cause est souvent possible, une rééducation toujours possible et utile. Vous pouvez améliorer la marche chez une large majorité des « mal-marchants ».

En cas de signes neurologiques, le diagnostic peut être plus difficile comme pour un canal rachidien étroit, lombaire, cervical, ou une polyneuropathie idiopathique. L'IRM peut aider au diagnostic, mais la difficulté des décisions thérapeutiques exige d'avoir recours à un neurologue, à un gériatre expert sur ce sujet ou à un médecin rééducateur.

■ Le trouble de la marche doit être mis dans son contexte médical

Y a-t-il déficit cognitif ou syndrome dépressif ? On recherche une majoration des symptômes : le malade marche mieux s'il n'est pas observé, ou surtout quand la famille n'est pas là ? On recherche une psychologie de dépendance et démotivation pour la marche.

- Quels sont les médicaments pris ?
- Qu'est-ce que la personne a déjà tenté pour mieux marcher ? Quel en a été le résultat ?
- Quel est l'état nutritionnel ? Y a-t-il une surcharge pondérale, ou une dénutrition, ou les deux ?
- Quelles sont la volonté et les capacités psychiques, physiques du malade en vue de sa rééducation ?

À la fin de cet examen, je dois savoir si l'objectif de mes propositions doit être de :

- rétablir une marche normale ;
- rétablir une marche suffisante pour les besoins de la vie quotidienne, avec ou sans aide mécanique ;

– rétablir une marche réduite avec aide mécanique, cannes, déambulateur provisoire ou définitif, pour éviter le confinement au fauteuil qui a des conséquences catastrophiques ;

– adapter le malade à un déficit définitif : le fauteuil roulant doit être proposé seulement si la marche devient définitivement impossible.

■ Rechercher les causes souvent intriquées

Les déficits neurologiques irréversibles sont en première ligne, mais ne sont pas les plus fréquents. Parmi eux, les syndromes pyramidaux, où une rééducation peut toujours être bénéfique sauf en cas d'héminégligence, d'hémiplégie flasque, de rétraction irréductible.

L'association de signes neurologiques, de troubles de la marche, de l'équilibre, mictionnels et d'un ralentissement intellectuel doit faire demander une imagerie cérébrale, scanner ou IRM. Cet examen peut montrer des lésions diffuses de la substance blanche, les troubles de la marche seront alors sensibles à la rééducation, soit – plus rarement – une hydrocéphalie à pression normale qui relève du drainage après confirmation par une équipe spécialisée.

L'objectif marche doit être tenu dans les séquelles de thrombose carotidienne.

Les syndromes extrapyramidaux ne sont pas tous dus à une maladie de Parkinson qui est la seule à être accessible au traitement par la L-Dopa.

Les déficits de la sensibilité profonde et du sens de position dans l'espace sont souvent la conséquence réversible de la simple immobilisation. Le malade, incapable de se situer dans l'espace, ne peut se verticaliser, une rétro-pulsion le rejette en arrière. Une rééducation à mener dans un service de rééducation ou de gériatrie est indispensable et permet seule de rétablir une mobilité. Dans les formes légères, l'aide d'un déambulateur qui ramène la position vers l'avant et le port de chaussures à léger talon, qui limitent la rétro-pulsion, facilitent la reprise de la marche.

Les troubles moteurs et/ou sensitifs liés à un canal rachidien étroit entraînent une marche difficile. La rééducation spécialisée ne permet que l'utilisation des capacités restantes.

La motivation du malade à marcher joue un rôle essentiel dans tous ces cas.

La marche est une fonction apprise ; elle peut s'oublier. La maladie d'Alzheimer entraîne une apraxie progressive de la marche qui n'est bientôt

TROUBLES DE LA MARCHÉ

plus possible que par automatisme. Toute mise au repos, lit ou fauteuil, risque de faire perdre cet automatisme : le malade ne sait véritablement plus marcher.

Les facteurs articulaires limitent la marche sans l'empêcher : douleur au démarrage, douleur à la fatigue, puis douleur permanente au moindre mouvement. L'utilisation quotidienne d'AINS trouve vite ses limites chez le malade âgé à la tolérance limitée et aux risques cardio-vasculaires et infectieux permanents. Pourquoi lui imposer à la fois une immobilisation croissante, douloureuse et un risque iatrogène élevé. La pose de prothèse de hanche ou de genou permet de rendre une marche sans douleur, synonyme de qualité de vie. Opéré trop tard, le vieillard immobilisé par la douleur aura perdu les muscles qui auraient permis la rééducation.

Les facteurs vasculaires peuvent être majeurs. L'artérite oblitérante limite la marche, d'abord par les douleurs, puis l'empêche par les lésions ischémiques. Le seul traitement efficace est... la marche, tant qu'elle est possible. Les obstructions des gros vaisseaux sont traitables par angioplastie ou pontage.

Le vieillard peut ne plus marcher par déficit visuel : il n'y a aucune contre indication gériatrique à l'intervention sur une cataracte, si celle-ci est en cause, ce qui est le plus fréquent. La dégénérescence maculaire conserve la vision périphérique et les possibilités d'orientation, alors que son scotome central peut empêcher de voir les obstacles.

Les varices ou les insuffisances veineuses sont un prétexte. Le repos assis aggrave ces troubles. La marche avec des bas de contention est, avec le repos pieds surélevés (position du shérif), le meilleur traitement de l'insuffisance veineuse. Cela vaut la peine de les faire accepter, mais la tolérance est mauvaise en cas d'artérite associée.

La perte musculaire, ou sarcopénie, est un déficit majeur. Elle est la cause la plus fréquente de la perte de la marche. La perte musculaire peut se juger de façon imparfaite par le périmètre brachial et celui du mollet. Elle est parfois évidente : biceps filiformes, cuisse biconcaves, paroi abdominale molle, hernie inguinale.

Des facteurs psychologiques ne sont pas à négliger : celui qui s'ennuie, celui qui préfère être aidé plutôt que de se déplacer perd ses capacités de marche. La perte fonctionnelle peut devenir définitive si la personne accroît sa perte musculaire et perd sa sensibilité stéréospatiale : laisser dans leur fauteuil les vieilles dames privées de stimulation par l'absence de famille ou de professionnels peut les enfoncer dans une « dépendance » sévère et définitive.

ABORD CLINIQUE DU MALADE ÂGÉ

Le vieillard qui réduit son activité de peur d'avoir mal, de se fatiguer ou par paresse de se lever, devient incapable de tout effort, de toute marche, sera confiné au fauteuil. Des rétractions, quand elles deviennent irréductibles, peuvent rendre cette immobilisation définitive. Ce déficit est difficilement régressif. Celui qui marche peu ou mal, ne marchera plus du tout cinq ans après s'il n'est pas traité. Il faut agir tôt.

La diminution des raisons de se déplacer réduit la mobilité, la qualité de vie et l'espérance de vie. Conseiller au vieillard en bonne forme de faire sa marche quotidienne et sa grande ballade hebdomadaire est la meilleure prévention des troubles de la marche. Le confinement de beaucoup de vieillards, parfois favorisé par les aides (portage des repas), est un facteur de dépendance. L'entretien de la marche est indispensable à la qualité de vie du vieillard.

■ Bases cliniques de la thérapie

La décision thérapeutique n'est pas toujours simple. L'avis du rééducateur, du gériatre, du neurologue ou de l'orthophoniste doit être pris selon la cause décelée. Récupérer une marche même limitée assure une autre qualité de vie que le maintien dans un fauteuil.

■ Que dire au malade ?

Les troubles de la marche ne se traitent pas par des pilules. Le malade doit toujours participer activement au traitement, sinon l'échec est certain.

Même quand un geste chirurgical peut être proposé (arthrose), ce geste ne pourra être utile que si il est accompagné de rééducation. La rééducation de la marche peut être pénible, douloureuse. Elle dépend autant de la volonté du malade que de la compétence du kiné.

La crainte des complications de l'immobilisation peut être un moteur efficace pour inciter la personne à coopérer au traitement. Sans cette coopération du patient, le trouble de la marche s'aggrave. Chutes et pathologie de l'immobilisation deviennent le risque.

Le chuteur

Toute chute n'est pas pathologique. La chute en ski d'un octogénaire sportif n'est pas la chute du fauteuil d'un hémiplégique dénutri et vasculaire, à l'os

fragilisé par une algodystrophie, une ostéoporose et une hyperparathyroïdie d'immobilisation associées.

■ La chute vient d'avoir lieu

Il faut :

– reconnaître les conséquences immédiates de la chute. Plaie, fracture, traumatisme crânien, hématome, compressions nerveuses ou musculaires, peuvent exiger des mesures urgentes ;

– reconnaître s'il y a une cause à traiter tout de suite : syncope, comitialité, hypotension, hypoglycémie, vertige, etc. ;

– essayer de connaître les circonstances et le déroulement de la chute par les témoins s'il y en a, par le malade s'il le peut : prémisses, symptômes d'accompagnement, obstacles éventuels ; le malade a-t-il eu une réaction « parachute » dont témoignent une plaie ou une fracture des mains ou de l'avant-bras. Il s'agit dans ce cas d'une « bonne » chute.

Lorsque le malade n'a pas eu de réaction « parachute », on peut constater des lésions des fesses, d'une hanche, de l'épaule, du rachis, du crâne. Dans ces cas, les réflexes d'équilibre ne sont pas intervenus : ce sont les « mauvaises » chutes, a priori sujettes à récurrences.

Pourquoi est-il tombé ? Obstacle non perçu (tapis, marche, chaise, rallonge électrique au sol). Pourquoi l'obstacle n'a-t-il pas été perçu ? Y a-t-il eu malaise, mauvaise vision ou mauvaise interprétation, trouble de l'attention ? Lors d'un malaise, la chute n'est plus le problème principal (sauf si fracture...). En fait, la plupart des chutes se font sans malaise et la plupart des malaises se font sans chute.

■ Enquête multifonctionnelle

Toute chute exige un bilan gériatrique. Les épreuves d'équilibre donnent une idée du risque de nouvelle chute : station debout unipodale tenue plus de cinq secondes, marcher et parler en même temps, se lever et atteindre la porte sans aide, Romberg, résistance à l'anté- et à la rétropulsion, recherche d'un nystagmus. Les capacités de station debout et de marche peuvent varier selon le type de chaussure, l'anxiété ou la mise en confiance... L'important est le constat de l'instabilité de la marche et de la station debout.

L'examen neurologique peut montrer des déficits : syndrome pyramidal ou extrapyramidal, déficit moteur. La sensibilité profonde est à analyser.

ABORD CLINIQUE DU MALADE ÂGÉ

L'examen recherche une stase veineuse, une hypotension orthostatique, un souffle aortique et des souffles sur les vaisseaux du cou. On évalue la musculature, la vision et l'audition, et l'état cognitif par un MMS par exemple (cf. Annexe I p. 169).

À la suite de cet examen, plusieurs facteurs favorisant la chute sont souvent réunis, et il n'est pas facile de déterminer ceux qui ont été en cause.

La cause la plus fréquente des chutes répétées est un état démentiel ou tout autre trouble cognitif. Le malade ne peut faire attention, ne sait pas interpréter ce qu'il voit. Le malade qui ne peut parler et marcher en même temps, qui a des troubles de la mémoire, du jugement, des praxies, est exposé à chuter. Il est d'autant plus voué aux récidives qu'il marche moins, alors que le dément déambulant garde ses automatismes et chute peu.

Parfois, la cause est évidente dès l'étude de la marche : maladie de Parkinson, phobie de la marche avec rétropulsion à la verticalisation, canal lombaire étroit. Les malades neurologiques lucides savent utiliser leurs capacités restantes avec efficacité et chutent peu... si on a pu éviter de les immobiliser et si la rééducation est immédiate après la chute.

Les troubles visuels sont une grande cause de chute. L'obstacle n'a pas été vu ou sa distance mal estimée : mal-voyants par cataracte, dégénérescence maculaire liée à l'âge ou simples porteurs de verres à double foyer qui perturbent l'évaluation des distances au sol. Dans le cas d'une démence, l'obstacle est vu, mais non perçu comme tel. Des mesures simples comme le marquage des bords de marche d'escaliers évitent des chutes graves.

Les troubles de la sensibilité au mouvement et à la position dans l'espace qui accompagnent la sarcopénie sont une autre grande cause de chute. Tout repos est une cause de nouvelle chute ; il aggrave la sarcopénie et avec elle la perte de la sensibilité profonde.

Souvent, il y a à la fois déficit cognitif, musculaire, veineux, trouble de l'équilibre, déficit visuel. La nouvelle chute peut être rendue dangereuse par l'ostéoporose qui accroît le risque de fracture, par une dénutrition avec perte des matelas adipeux protecteurs, par une démence qui rend difficile la rééducation, etc.

■ Après la chute

En l'absence de conséquence immédiate ou de cause à traiter d'urgence, le problème est :

TROUBLES DE LA MARCHÉ

– d'éviter le syndrome postchute. En l'absence de lésion traumatique, la reprise immédiate de la marche est indispensable, avec éventuellement l'aide d'un déambulateur (en cas de rétropulsion). Une rééducation en fonction du trouble est mise en route dès qu'il existe un risque de nouvelle chute. Tout repos au lit risque de rendre le chuteur grabataire. Au besoin, la rééducation se fait en milieu gériatrique (soins de suite gériatriques), si la marche n'est pas assez sûre. Une ordonnance précise de kinésithérapie est indispensable. Elle doit indiquer au kinésithérapeute les troubles en cause et un objectif réalisable ;

– d'éviter les nouvelles chutes, en agissant sur l'environnement : obstacles au domicile, évitement des moyens de transport brutaux (autobus), en supprimant les médicaments pouvant causer des malaises, une faiblesse musculaire, des troubles de la vigilance ou de l'attention ; en agissant sur la musculature : marche rapide quotidienne, gymnastique contre résistance, gymnastique d'assouplissement ;

– d'éviter les conséquences des chutes : apprendre à tomber, apprendre à se relever (avec l'aide du kiné), porter des protecteurs de hanches après toute chute sans réaction « parachute » ou chez tout sujet à risque. Si le chuteur est à la fois dément, ostéoporotique et maigre, le risque de fracture persiste.

Il est utile d'avoir dans votre carnet d'adresses une clinique ou un service d'orthopédie où les soignants sont formés à la prise en soins postopératoire des malades âgés et à celle, plus difficile, des déments. En cas de fracture du col du fémur, cela peut sauver la marche de votre malade et souvent sa vie.

L'arthrosique

Le fatalisme lié aux rhumatismes a changé avec l'apparition des traitements chirurgicaux qui guérissent les arthroses invalidantes et avec l'apparition récente de traitements préventifs. L'arthrose ne relève plus uniquement du dangereux traitement à vie par les AINS.

L'objectif est de soulager la douleur et de rendre sa mobilité au patient. L'immobilité aggrave les conséquences de l'arthrose.

■ La coxarthrose

La coxarthrose se traduit tôt par une limitation douloureuse des mouvements de la hanche au démarrage et à la fatigue. On peut voir le malade garder une position antalgique, cuisse semi-fléchie et boiter en esquivant l'appui du côté douloureux. La mobilisation de la cuisse sur le bassin est douloureuse à l'extension, à la rotation et à la flexion forcée.

La radiographie montre des signes d'arthrose, souvent évoluée : pincement articulaire, ostéophytes, disparition de l'interligne.

La coxarthrose entraîne une limitation de la mobilité qui accentue le surpoids et la perte musculaire. À un stade avancé, le malade a des difficultés à prendre une position assise, la hanche étant bloquée en semi-flexion. Le traitement par AINS ou par injections intra-articulaires de corticoïdes (ces dernières à réserver aux spécialistes), permettent de passer une étape mais ne guérissent jamais l'arthrose. Il faut profiter des périodes de répit pour entretenir la musculature par des mouvements sans appui tels le vélo et la natation. L'évitement d'une prise de poids liée à l'inactivité, la conservation d'une bonne musculature et d'une motivation à marcher participent au succès de l'intervention curative.

La prothèse totale de hanche exécutée par un chirurgien orthopédiste est une intervention bien réglée dont les résultats sont excellents, le soulagement des douleurs immédiat. Aussitôt sa rééducation achevée, le malade demande d'ailleurs le traitement de l'autre hanche en cas d'atteinte bilatérale. La durée de vie des prothèses est aujourd'hui satisfaisante, telle que le vieillard n'aura pas besoin d'en changer.

■ La gonarthrose

Elle est favorisée par les anomalies anatomiques, les traumatismes des ménisques, le surpoids. La gonarthrose peut se voir cliniquement (épanchement synovial) et radiologiquement. Elle gêne la marche, voire l'appui qui peut devenir douloureux et peut confiner le malade au fauteuil.

Une intervention sur la coxarthrose peut révéler une gonarthrose latente lors de la récupération d'une meilleure mobilité. Une intervention sur une fracture du col du fémur raccourcit souvent le membre inférieur, augmente le travail du genou et favorise le développement d'une gonarthrose.

La poussée hyperalgique de la chondrocalcinose ne doit pas être confondue avec la douleur de l'arthrose. L'épisode calmé, le genou redevient

indolore. Le traitement par AINS de la gonarthrose ne modifie pas les lésions du genou.

Les prothèses du genou, malgré leur complexité, sont bien au point. Elles ne peuvent se proposer qu'aux personnes ayant gardé une musculature et suffisamment volontaires pour accepter une rude rééducation postopératoire.

■ Que dire au malade ?

J'expose l'évolution de la maladie, le stade de son cas, les avantages et les risques du traitement médical, ceux du traitement chirurgical. Si le malade est volontaire, tient à sa mobilité, a encore une bonne musculature, n'est pas déprimé et démotivé par la douleur chronique, la polymédication et la limitation de sa marche, je l'adresse tôt au chirurgien orthopédique en qui j'ai confiance. S'il est déjà confiné au domicile, voire au fauteuil, ce sera autant de raisons de l'adresser, mais ce sera plus difficile, le risque est élevé, le résultat moins sûr.

■ Arthroses vertébrales

Le mal au dos est fréquent. Il peut s'agir aussi de tassements vertébraux par ostéoporose, de compressions nerveuses par protrusion discale au niveau cervical et lombaire. Avant d'attribuer les douleurs à l'arthrose, il faut rechercher des antécédents de sciatique, des facteurs d'ostéoporose, des signes de compressions nerveuses, tel le signe de la sonnette pour une séquelle de sciatique.

La radio standard a peu ou pas d'utilité sauf au stade tardif de tassement. C'est l'IRM qui visualise la compression radiculaire ou médullaire au niveau cervical, radiculaire, au niveau lombaire. L'ostéodensitométrie montre l'hypodensité ostéoporotique. C'est rarement l'arthrose vertébrale qui fait mal.

L'ostéoporotique

Les ostéopénies du vieillard ne se résument pas à l'ostéoporose postménopausique. La pauvreté de la clinique avant la fracture n'aide pas le clinicien, mais il est coûteusement aberrant d'attendre celle-ci pour traiter.

■ Une pathologie multifactorielle

On recherche les éléments de risque accru : comparaison du poids actuel avec le poids à 20 ans, nombre d'enfants, musculature (périmètre brachial et du mollet), âge de la ménopause, traitement hormonal (ou non), activités quotidiennes, régime carencé (ou non), pathologies inflammatoires intercurrentes, absence d'exposition solaire, immobilisation. Une diminution de la taille traduit un ou plusieurs tassements vertébraux, donc un stade déjà compliqué. On identifie aussi les personnes à risque faible : femmes à ménopause tardive, actives et ayant un régime alimentaire varié.

L'ostéopénie se voit mal sur les clichés radiologiques même à un stade avancé. L'ostéodensitométrie par absorptiométrie biphotonique (DEXA) permet de mesurer la densité osseuse des corps vertébraux et du col du fémur. Il permet également de connaître la masse musculaire. Fait à la ménopause cet examen permettrait de juger si un traitement de l'ostéoporose serait utile. Réalisé chez les femmes âgées chez qui on soupçonne une fragilité osseuse, il permet une décision thérapeutique sans attendre la fracture. Cet examen n'est pas remboursé en absence de fracture.

■ Des complications évitables

La plus redoutable est la fracture du col du fémur. Elle met en jeu le pronostic fonctionnel de la marche et le pronostic vital chez le vieillard fragile.

Les fractures-tassements vertébraux ne sont pas qu'une cause de douleurs, elles diminuent la capacité respiratoire et peuvent provoquer des compressions de racines nerveuses et diminuer la mobilité.

Les fractures de l'avant-bras traduisent une réaction « parachute », élément favorable.

Les fractures spontanées, provoquées par de simples manipulations ou de simples mouvements, traduisent une ostéopénie sévère, associant ostéoporose et ostéomalacie, ou surviennent sur une maladie de Paget ou des métastases.

Le sarcopénique

■ Un évènement inéluctable, mais une clinique pauvre

La sarcopénie est la diminution physiologique de la masse et de la force musculaire. Le muscle est l'organe qui vieillit le plus tôt : à 60 ans, on a perdu le tiers de sa masse musculaire, même le sportif qui continue un entraînement.

La sarcopénie est accélérée par l'inactivité et l'immobilisation. Tout épisode inflammatoire provoque une perte musculaire massive et rapide : fièvre, infection, chirurgie, cancer, etc.

La perte musculaire peut réduire l'activité quotidienne. Elle aboutit à une perte progressive de la marche qu'il ne faut pas attendre pour la traiter par l'exercice.

■ Conséquences de la sarcopénie

Marche

La perte des fibres musculaires, surtout lorsqu'elle est rapide (alitement, état inflammatoire), s'accompagne d'une perte du sens de position dans l'espace. C'est la cause majeure de la perte de la marche. Le sujet chute avec rétropropulsion. Cela l'amène à une marche réduite dans sa chambre, puis à un syndrome « lit-fauteuil », avec des difficultés croissantes de transferts. Cette situation constitue la principale infirmité des grands vieillards. Une prévention est possible : continuer l'exercice physique, en particulier la marche.

Respiration

L'absence d'effort respiratoire et la perte musculaire physiologique diminuent la capacité du diaphragme de répondre à une augmentation de la demande d'oxygène. La rééducation respiratoire permet de rétablir l'endurance diaphragmatique.

Conséquences digestives

La perte musculaire entraîne des hernies inguinales, crurales et diaphragmatiques par glissement. La perte de la musculature abdominale entraîne des troubles de l'exonération fécale et favorise constipation distale et fécalome.

Conséquences nutritionnelles

Le muscle est la principale réserve nutritionnelle de l'organisme, sa seule réserve en protides et sa réserve en glucides la plus facilement mobilisable, avant les réserves graisseuses. Le sujet sans muscle est un malade sans réserve nutritionnelle. En cas d'augmentation brutale des besoins (infection, stress, etc.), l'organisme ne peut plus consommer ses muscles disparus pour synthétiser les protéines inflammatoires et développer l'hypermétabolisme qui lui permettrait de faire face. Le sujet peut décéder d'une infection curable, de suites opératoires après une intervention « réussie », etc.

Faire des exercices musculaires quotidiens, c'est renforcer les réserves nutritionnelles, ce que ne peut pas faire la seule supplémentation protéique.

■ Clinique

La sarcopénie est évidente devant des biceps non bombants, des cuisses biconcaves, une poignée de main ne résistant pas à la pression. La mesure de la circonférence brachiale et du mollet, matérialise cette sarcopénie à condition de connaître les mesures antérieures.

L'absorptiométrie biphotonique (DEXA), utilisée pour l'ostéodensitométrie, permet de mesurer la masse musculaire. Cette exploration n'est pas passée dans le domaine courant.

Il n'y a pas de mesure de la force musculaire adaptée au patient âgé.

L'appréciation clinique de la musculature, malgré sa subjectivité, doit faire partie de tout examen médical.

■ Attitude face à la sarcopénie et que dire au malade ?

A priori, tout vieillard est sarcopénique. Il n'y a pas de médicament de la sarcopénie. Les tentatives de traitements hormonaux ont été des échecs prévisibles (hormone de croissance ou DHEA par exemple) et n'offrent que des risques d'effets secondaires. Seule, la pratique régulière d'un exercice physique associée à une alimentation équilibrée en réduit l'évolution.

Il faut aussi conseiller de réduire les immobilisations prolongées. Pendant toute affection, les suppléments protéiques sont à conseiller pour limiter la perte musculaire du syndrome inflammatoire, sans l'éviter.

Les difficultés motrices sont le handicap le plus fréquent du vieillard. L'examen pourra mettre en évidence les signes de déficit sensoriel (sensibilité profonde), moteur, d'une perte musculaire (sarcopénie), de lésions articulaires et vasculaires. Souvent, plusieurs mécanismes sont associés. L'examen s'attache à les comprendre. La plupart des troubles de la marche sont palliés si le malade participe à sa rééducation avec motivation.

Il n'est pas de chute banale. Toute chute implique de vérifier l'absence de complication de la chute, telle une fracture, de connaître les conditions de la chute (malaise ou perte de connaissance, obstacle au sol, réaction « parachute » ou non), d'examiner le patient à la recherche des facteurs de risque, souvent multiples, de connaître les médicaments reçus et de supprimer chaque fois que possible ceux pouvant favoriser les chutes, de prévenir l'installation d'un syndrome post-chute et d'une phobie de la marche par une mobilisation immédiate en l'absence de fracture, de prévenir de nouvelles chutes en reconnaissant et en traitant les facteurs de gravité que sont l'ostéoporose, la sarcopénie, la dénutrition.

Les arthroses accablent la vie quotidienne de nombreux vieillards, limitant leur mobilité, les exposant aux risques iatrogènes. Reconnaître tôt les arthroses des articulations des membres inférieurs, hanches et genoux, permet d'offrir des solutions chirurgicales si l'examen clinique en a démontré les chances de succès. Les conditions cliniques disparaissent si on attend trop, par dépression, complications de l'immobilisation, sarcopénie. Les arthroses vertébrales se voient attribuées plus de maux qu'elles n'en sont responsables.

L'ostéoporose est muette avant la fracture. Il faut y penser sans attendre celle-ci. Un faible poids en postpuberté, un quadriceps concave, une alimentation carencée en calcium et vitamine D, une ménopause précoce, des grossesses multiples, une sédentarité, la carence solaire sont autant de facteurs de suspicion.

La sarcopénie est la diminution physiologique de la masse musculaire avec l'avancée en âge. Elle s'accompagne de troubles de la proprioception à un stade avancé et limite la marche notamment chez les très âgés.

SYNDROMES INFECTIEUX

L'infection chez le vieillard

Les infections sont fréquentes et sévères chez le vieillard, mais leur fréquence accrue provient de facteurs mécaniques et leur sévérité des maladies associées, et non de l'âge lui-même.

Les maladies responsables sont celles qui entraînent des obstacles mécaniques à l'écoulement et à l'évacuation des fluides : sténoses bronchiques ou bronchiolaires, obstacles prostatiques et stase urinaire, calculs biliaires et cholécystite ou angiocholite, stase dans les plis cutanés, etc.

Un autre facteur est l'absence d'hygiène pouvant résulter de troubles cognitifs, cause majeure d'infections cutanées, urinaires et dentaires.

■ Facteurs de gravité

Ces infections peuvent être sévères en raison d'un contexte de déficit immunitaire surtout lié à la dénutrition et à la sarcopénie.

L'insuffisance cardiaque aggrave les infections et toute infection demande un effort supplémentaire au cœur. Par son retentissement sur l'état inflammatoire et le débit sanguin, l'infection abaisse les clairances hépatiques et rénales.

■ L'infection est grave par ses conséquences.

C'est un facteur de déclenchement de réponse inflammatoire et, de là, de défaillance multiviscérale. L'effort supplémentaire demandé peut aggraver une insuffisance cardiaque systolique et déclencher par la tachycardie un épisode d'insuffisance cardiaque diastolique.

Toute inflammation sévère entraîne une fatigue, qui, si elle est importante, est une cause d'immobilisation avec tous ses risques. Il est essentiel de limiter la période d'alitement, de reprendre une mobilisation et une verticalisation dès que l'état du malade le permet.

Les infections sont une cause de complications liées aux médicaments. Chez le malade âgé polypathologique, donc polymédicamenté, on ne pense jamais assez à suspendre momentanément certains des traitements de prévention au long cours qui n'ont aucun intérêt en cette phase aiguë.

On ne pense parfois pas à arrêter les traitements rendus dangereux par les modifications métaboliques dues à l'infection : par exemple, les antihypertenseurs chez des malades en risque de bas débit, les médicaments pouvant altérer la fonction rénale chez des malades avec filtration glomérulaire altérée à qui on prescrit d'autres médicaments d'élimination rénale.

■ Une clinique atypique

Le diagnostic peut être facile : fièvre et signe de localisation indiquant le siège de la maladie. La clinique est souvent moins évocatrice : le malade peu fébrile, parfois en hypothermie, la toux peut être remplacée par un encombrement bronchique, l'interrogatoire rendu impossible par une somnolence ou une confusion. L'infection doit être suspectée devant toute modification du comportement : somnolence (ou agitation), confusion, déshydratation, fatigue, dysurie, diarrhée, sueurs, signes d'insuffisance cardiaque. Chez les malades incapables d'expression verbale, l'infection doit être suspectée lors de tout nouveau symptôme.

L'examen physique recherche un signe de localisation : auscultation pulmonaire, cardiaque, palpation de l'abdomen, des lombes, des bourses, examen cutané à la recherche d'une éruption et oropharyngé, palpation des aires ganglionnaires, recherche d'une raideur de la nuque, otoscopie, toucher rectal pour la prostate.

Les signes de gravité sont l'hypotension, le pouls filant, la torpeur, la cyanose (ou un teint terreux), une tachycardie dissociée de la température.

SYNDROMES INFECTIEUX

Toute infection avec hypotension ou hypothermie ou splénomégalie, doit être immédiatement hospitalisée.

Les examens complémentaires sont l'examen cytbactériologique des urines, une hémoculture en cas de fièvre, de signe de gravité ou de frissons, une NFS qui peut montrer une leucopénie et surtout une lymphopénie ($< 1\ 000/\text{mm}^3$), qui sont des signes de gravité. La CRP donne mieux que la VS une idée de la gravité de l'infection.

■ Que dire au malade ?

Lui donner le diagnostic et le lui expliquer. Si cela est nécessaire, il faut avoir recours à une hospitalisation pour toute infection potentiellement bactériémique : urinaire haute, biliaire, pneumonie hémotogène (pneumopathie franche lobaire aiguë), ou exigeant des broncho-aspirations. Trop de malades sont à tort rassurés par le diagnostic d'infection : « Docteur, avec un peu d'antibiotiques, tout ça va s'arranger ... ». Il faut savoir insister pour imposer la solution thérapeutique efficace.

Syndromes fébriles

■ La fièvre

Fièvre n'est pas synonyme d'infection : cancers, hémopathies, coup de chaleur peuvent être en cause. La fièvre peut être minime ou inexistante chez le vieillard fragile infecté, soit que la masse musculaire soit déjà très réduite et les frissons peu pyrogènes, soit que le système macrophagique soit déjà « épuisé » par les agressions antérieures. Dans ce cas, l'infection peut être révélée par une hypothermie, signe de gravité majeure qui nécessite une hospitalisation immédiate dans un service compétent (gériatrie, infectiologie, réanimation).

La fièvre reste tout de même un signe d'appel fréquent malgré les altérations de la thermorégulation.

■ Clinique

Devant un malade âgé fébrile, je m'enquiers des antécédents infectieux, urinaires, digestifs, respiratoires, des médicaments reçus (neuroleptiques), de la durée de l'épisode actuel et de son mode d'installation. Je recherche des signes

de localisation décrits plus haut (syndrome infectieux). Je vérifie l'absence de déshydratation et je m'informe des selles et des urines.

Un état confusionnel fébrile isolé peut amener à envisager une ponction lombaire diagnostique.

L'examen peut révéler une cause d'états inflammatoires, comme la fréquente chondrocalcinose. Une fébricule chronique peut être liée à d'autres causes : cancer, leucémie, collagénose, maladie de Horton, algodystrophie, thrombose veineuse profonde (TVP). Les examens complémentaires doivent être menés avec bon sens en privilégiant les causes d'affection curables (TVP, maladie de Horton).

Les fièvres factices existent aussi chez le vieillard. Il n'y a alors ni frisson, ni augmentation de la CRP. Elles sont plus difficiles à simuler avec la température auriculaire.

À la fin de l'examen, je dispose d'un diagnostic de localisation le plus souvent infectieuse, mais pas toujours comme lors d'une chondrocalcinose. Sinon, je me trouve en présence d'une « fièvre nue ».

Je recherche des signes de gravité : frissons intenses, déshydratation, hypotension, pâleur, voire teint terreux, sueurs, cyanose, dyspnée sans signe pulmonaire, dilatation des veines de la main ne disparaissant pas à l'élévation de celle-ci (traduisant une défaillance du cœur droit), tachycardie.

Le diagnostic de « fièvre nue » conduit à envisager une localisation endocardique, biliaire, prostatique ou rénale. L'existence de signes de gravité, quels que soient les signes de localisation, font immédiatement diriger le malade vers le correspondant hospitalier en gériatrie ou en médecine interne. Il est indispensable de mettre en route le traitement antibiotique adapté au diagnostic le plus tôt possible : tout retard altère le pronostic vital. Il faut faire des hémocultures devant toute fièvre persistante supposée infectieuse, et ne pas attendre le résultat pour mettre en route le traitement en cas de sepsis supposé.

Je recherche les premiers signes de déficience multiviscérale si l'épisode fébrile survient chez un vieillard polyopathologique.

■ Bases cliniques de la thérapeutique

J'allège la dose des médicaments de prévention au long cours qui risquent d'interférer avec ceux que j'aurai à prescrire dans cette situation nouvelle. Les sédatifs sont à diminuer.

La fièvre elle-même doit être traitée si elle est élevée (> 38,5 °C) et/ou mal tolérée (frissons, troubles de la conscience, déshydratation,

convulsions...). Abaisser la température par tous les moyens disponibles est un objectif absolu si la fièvre est supérieure à 40 °C.

Je prends des mesures préventives vis-à-vis des risques de thrombose veineuse profonde, d'escarres, d'insuffisance cardiaque aiguë.

Infections respiratoires

Les infections respiratoires « basses » sont fréquentes et redoutables. Elles sont la première cause de mort infectieuse chez le vieillard. Leur connaissance se heurte à plusieurs obstacles :

- les données épidémiologiques qualifient de « pneumonie » toutes les infections pulmonaires aiguës, quel qu'en soit le mécanisme ;
- le concept d'infection « nosocomiale » insiste sur le rare risque contagieux, alors qu'il s'agit d'infections essentiellement opportunistes ;
- la difficulté d'obtenir une bactériologie pertinente ;
- l'atypie des symptômes, communs à des maladies de causes et de traitements très différents.

■ Clinique

Les signes d'appel sont souvent évocateurs et bien connus. Chez le vieillard, l'expectoration n'est pas constante car il ne sait pas cracher, surtout la femme. On recense les antécédents bronchiques, de vaccination grippale et pneumococcique, on recherche à l'auscultation un foyer, des signes d'encombrement bronchique.

Il faut rechercher les signes de gravité déjà cités.

Il faut compléter l'examen clinique avec un ECG pour rechercher une modification de l'axe de rotation vers la droite et une souffrance des oreillettes.

La radiographie thoracique apporte d'autant plus d'informations qu'elle peut être passée debout plutôt qu'assis, et assis plutôt que couché. C'est dans les formes graves qu'elle sera la plus difficile à réaliser et à interpréter. Le foyer infectieux n'est pas toujours visible le premier jour. Il ne faut pourtant pas l'attendre pour conclure et traiter.

Une biologie à la recherche d'un syndrome inflammatoire est indispensable. Une gazométrie artérielle est réalisée en cas de signe de défaillance respiratoire. L'examen cytotbactériologique des crachats n'a guère d'intérêt. C'est l'hémoculture qui souvent prouve le diagnostic. Un dosage urinaire à la

recherche d'antigènes de pneumocoques ou de légionelles peut être demandé dans les cas où l'on suspecte ces infections.

Au terme de cet examen, on aura en général identifié l'infection en cause, estimé son retentissement sur les autres fonctions, proposé si nécessaire l'hospitalisation, mis en route le traitement, informé le malade et obtenu sa décision, informé la famille.

■ Identification clinique de l'infection en cause

Le diagnostic d'infection respiratoire basse n'est pas suffisant. Il faut identifier laquelle pour pouvoir la traiter efficacement.

Parmi les infections virales saisonnières, la grippe est l'infection à virus la plus grave et la plus fréquente (70 %). Si la grippe apparaît chez un vacciné, elle est atténuée. Une forme sévère chez un vacciné est probablement la conséquence d'un autre virus, virus respiratoire syncytial (VRS) par exemple. Les signes de gravité sont surtout cardiaques.

La pneumonie hémotogène (la pneumopathie franche lobaire aiguë) reste fréquente, d'autant que la vaccination anti-pneumocoques est peu pratiquée. Le tableau est habituellement classique, fébrile, douloureux et le foyer parenchymateux est net. Elle est parfois secondaire à une infection grippale. Les formes atypiques sont fréquentes : épisode confusionnel peu fébrile avec cyanose, poussée d'insuffisance cardiaque, hépatalgie, foyer dans l'aisselle, sous crépitants, discret tirage. L'hémoculture est indispensable. Le pronostic est davantage lié à la tolérance cardiaque qu'aux autres localisations septiques : plèvre, bilatéralisation, autre foyer (vertèbre). La protection vaccinale pneumococcique est indispensable chez tout vieillard fragile soigné au domicile. La vaccination grippale supprime un des facteurs de risque.

La pneumopathie d'inhalation la plus fréquente des infections graves du malade chronique âgé. Elle peut être due à un reflux gastro-œsophagien pendant le sommeil, surtout aux troubles de la déglutition dont les causes sont nombreuses. Le tableau est celui d'une infection sévère avec toux, encombrement bronchique et foyer, situé préférentiellement à la base droite. Le prélèvement bronchique protégé, pratiqué par un pneumologue ou un médecin en ayant l'expérience technique, peut à la fois soulager un malade très encombré et donner une indication bactériologique pertinente chez un malade résistant au traitement. Les récurrences sont habituelles lorsque le trouble de déglutition persiste. C'est une cause majeure de décès chez le « grabataire », plus encore que l'embolie pulmonaire ou l'infection urinaire.

Les surinfections de bronchopathies chroniques obstructives (BPCO) résultent de l'évolution du tabagisme et de l'asthme. Les inflammations bronchiques répétées entraînent à terme une sclérose qui favorise stase, infection et broncho-constriction.

Les légionnelloses se développent par petites épidémies. Une infection respiratoire sévère, avec souvent des signes digestifs, peut l'évoquer, la recherche des antigènes dans les urines la confirmera.

La tuberculose est chez le patient âgé une reviviscence d'une atteinte ancienne, traitée avant l'usage des antituberculeux bactéricides. La radiographie montre des lésions anciennes, la réaction tuberculique est forte. Chez les sujets immunodéprimés, un aspect de miliaire est possible. La découverte du germe par l'examen direct, la culture, ou mieux la PCR, apportera la preuve qu'on n'attendra pas pour traiter si tout concorde.

Infections urinaires

Leur diagnostic relève de la clinique plutôt que d'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) systématique.

■ Pourquoi y a-t-il tant d'infections urinaires chez le vieillard ?

La stase urinaire est en première ligne. Tout défaut d'écoulement favorise la prolifération de germes : vaginite atrophique chez la femme, adénome ou cancer prostatique chez l'homme, maladie du col vésical, calcul vésical ou urétéral, malformation qui peut se révéler tardivement. L'obstacle peut aussi être fonctionnel ; c'est le cas de la vidange incomplète de la vessie à la suite d'un alitement car on vide mal sa vessie dans un urinal, un bassin ou encore pire dans une couche. L'immobilisation est la première cause d'infections urinaires.

Le vieillard adipsique devra être encouragé à consommer de l'eau pour nettoyer ses voies urinaires en permanence et les mettre à l'abri de l'infection.

La mauvaise hygiène, l'incontinence sont également des voies de pénétration. Chez le malade dépendant, les toilettes intimes avec des mains non lavées et des gants non changés sont une source de transmission de germes urinaires que ce soit au domicile ou en institution. Le terme

« nosocomial » devrait être remplacé par celui de « iatrogène » dans un cas comme celui-ci.

Toute faute d'asepsie au cours d'un sondage peut infecter les urines, d'autant plus que la sonde va rester en permanence. C'est pourquoi on préfère les sondages répétés lorsque la période de rétention est prévue brève et une sonde avec un système clos pour éviter les manipulations répétées d'une sonde à demeure.

Les germes urinaires n'ont de signification que si le prélèvement d'urine a été fait de façon aseptique. Le portage de germes, en faible densité et sans leucocyturie, ne doit pas être traité. Les germes sont en général multirésistants et le traitement serait dangereux par la sélection d'autres germes résistants.

L'infection se traduit par des signes cliniques locaux, des signes généraux et des signes biologiques.

■ Diagnostic clinique

Il n'y a pas d'intérêt diagnostique à demander un examen cyto bactériologique des urines (ECBU) en l'absence de signe évoquant une infection urinaire : dysurie, pollakiurie, brûlures mictionnelles, douleurs vésicales, douleur au toucher rectal chez l'homme, douleurs lombaires, avec ou sans signes généraux tels que frissons, fièvre, pâleur, fatigue en cas d'infection haute et chez le patient dément, confusion ou agitation de novo.

L'ECBU doit être interprété de façon quantitative. Seuls les taux de germes supérieurs à 10^5 /ml et avec une leucocyturie à polynucléaires altérés confirme une infection urinaire. La négativité de l'ECBU n'élimine cependant pas l'infection haute, une infection parenchymateuse prostatique ou rénale, ou une pyonéphrose sur rein bloqué par calcul.

Tout signe évoquant une infection urinaire haute (fièvre avec douleurs lombaires, abdominales, pelviennes, colique néphrétique fébrile) doit entraîner la demande immédiate d'une échographie abdominale à la recherche d'un obstacle ou d'un abcès.

Comment reconnaître l'infection urinaire chez le malade incapable d'expression verbale ? La dysurie et pollakiurie peuvent être reconnues par les soignants et aidants qui doivent en avertir le médecin. Les signes généraux sont à rechercher lors de toute modification du comportement. Malgré ces précautions, le diagnostic est souvent tardif.

Toute infection du parenchyme de la prostate ou du rein peut entraîner un sepsis avec le risque de choc septique. La recherche de signes de

gravité doit être la règle. Frissons, température $> 39^{\circ}\text{C}$ ou pire $< 36^{\circ}\text{C}$ alors que l'infection est patente, baisse tensionnelle, dyspnée, teint gris, splénomégalie, doivent attirer l'attention et conduire à l'hospitalisation en urgence dans un service de gériatrie, infectiologie ou néphrologie, voire en soins intensifs en cas d'hypotension. Une polynucléose $> 10\,000/\text{mm}^3$ ou au contraire une neutropénie avec ou sans présence de myélocytes, une lymphopénie, une hyper- ou hypoplaquetose, une CRP très élevée ($> 250\text{ mg/l}$), une hypoalbuminémie, sont aussi des signes de gravité.

Chez tout sujet, même le plus valide, un sepsis urinaire peut être à l'origine d'un choc septique avec collapsus, bas débit cérébral, désamorçage de la pompe cardiaque, insuffisance rénale aiguë.

Diagnostic clinique des différentes infections urinaires :

– le portage et la colonisation ne sont pas des maladies infectieuses. Le plus simple est de ne pas demander d'ECBU en l'absence de signe clinique ;

– les signes urinaires sont constants dans la *cystite* : pollakiurie, dysurie, brûlures, parfois pesanteur et sensibilité sus-pubienne ;

– le diagnostic de *prostatite* est difficile quand elle n'est pas accompagnée de signes urinaires. Il faut y penser lors d'un tableau infectieux relativement nu chez un malade ayant une grosse prostate quelle qu'en soit la nature ;

– le diagnostic d'*orchi-épididymite* est évident devant une grosse bourse rouge, douloureuse. L'origine est quasiment toujours urinaire ;

– exceptionnelle chez l'homme, très fréquente chez la femme, la *pyélonéphrite* est une affection redoutable par son retentissement potentiel sur la fonction rénale. Il faut y penser devant la coexistence de signes urinaires et de signes généraux, avec fosse lombaire et hypocondre sensibles à la palpation. On recherche un obstacle à l'échographie. L'hémoculture est indispensable, ainsi que l'hospitalisation ;

– la *pyonéphrose* est l'infection d'un rein bloqué par un obstacle. Le diagnostic en est aisé devant les signes généraux infectieux et la masse lombaire douloureuse.

– *un sepsis d'origine urinaire* devra être suspecté devant tout tableau d'infection urinaire sévère. Une cystite à elle seule ne peut s'accompagner d'hypotension, d'accès fébriles supérieurs à 39°C ou d'autres signes de gravité. Les hémocultures répétées qui confirment la suspicion clinique qui, à elle seule, doit entraîner l'hospitalisation en raison du risque de choc septique.

■ Que dire au malade ?

Devant un ECBU montrant la présence de germes à un taux non significatif ($< 10^5/\text{ml}$), il faut dire au malade qu'il ne s'agit pas d'une maladie infectieuse, mais d'un « portage » ou d'une colonisation. Qu'il n'y a pas lieu de prendre des antibiotiques, mais des mesures hygiéno-diététiques : se lever, marcher, boire abondamment. Il faut le rassurer sur les prétendues « colibacillooses ».

Devant une infection urinaire basse, lui dire qu'il ne s'agit que d'une infection locale. Une fois guérie par le traitement nécessaire, il conviendra d'éviter la récurrence, et de protéger le rein, par des mesures hygiéno-diététiques et la consommation d'au moins un litre et demi d'eau par jour.

En cas d'infection haute en particulier de pyélonéphrite ou pyonéphrose, il faudra informer qu'une surveillance permanente est nécessaire, d'où le recours à l'hospitalisation.

Une pyélonéphrite, surtout si elle se fait sur un obstacle (pyonéphrose), peut très rapidement détruire le tissu fonctionnel rénal déjà compromis par l'athérome ou le diabète. Si l'infection est bilatérale, cas fréquent, le malade se trouvera en insuffisance rénale chronique.

Infections biliaires

La lithiase biliaire est fréquente, mais la proportion de complications infectieuses demeure minime.

La douleur de l'hypochondre droit accompagnée des signes généraux inflammatoires évoque toujours la cholécystite, infection limitée à la vésicule biliaire. La succession douleur, fièvre, ictère reste à tout âge la signature de l'angiocholite.

L'examen clinique révèle la douleur par la palpation de l'hypochondre droit. Il recherche le subictère des conjonctives, la coloration accusée des urines.

Le diagnostic est confirmé par l'échographie abdominale et un avis chirurgical urgent est à demander.

En cas d'angiocholite, c'est l'endoscopiste qui doit intervenir en premier pour tenter l'ablation du calcul du cholédoque après sphinctérotomie. Dans tous les cas le risque de sepsis à Gram négatif est élevé, l'antibiothérapie est à débiter dès suspicion diagnostique.

Infections oro-buccales

L'examen bucco-dentaire fait partie de l'examen de routine. L'aspect de la bouche informe sur l'hygiène du malade. Une mycose peut traduire un déficit immunitaire latent, un érythème inflammatoire, une parodontie, des caries multiples. Il recherche des foyers latents sur les dents dévitalisées, causes fréquentes de syndromes inflammatoires chroniques.

Vous devez conseiller à vos patients un contrôle dentaire régulier et le traitement de toute parodontie sans attendre l'abcès dentaire. L'avis du dentiste doit être demandé devant tout syndrome inflammatoire qui ne trouve pas d'explication clinique, avant de se lancer dans des investigations complexes.

Endocardites infectieuses

Toute fièvre nue ou tableau infectieux accompagnés d'un souffle diastolique aortique doit faire évoquer une endocardite et faire proposer une hospitalisation programmée dans un service spécialisé (gériatrie, infectiologie, médecine interne, cardiologie), pour hémocultures, écho-Doppler cardiaque et traitement antibiotique par perfusions.

La fièvre est un signe d'alerte commun à toute pathologie inflammatoire. Elle impose un examen à la recherche de signes de localisation infectieuse. Une fièvre « nue » n'élimine pas le diagnostic d'infection, bien que toute fièvre n'est pas infectieuse. Les infections respiratoires basses ont une clinique évidente. Elles peuvent être d'origine virale ou bactérienne. L'hospitalisation doit être discutée. La pneumopathie d'inhalation touche les patients dépendants, avec troubles de la déglutition. C'est la principale cause de mortalité des alités avant les embolies pulmonaires.

Les infections urinaires sont une conséquence d'un obstacle à l'écoulement des urines, y compris l'alitement, voire d'une simple immobilisation au fauteuil. Le diagnostic se fait sur les signes cliniques locaux et sur les signes généraux d'infection. L'ECBU n'est régulièrement positif (germes $> 10^5$ /ml) que dans les infections basses. Il est inutile en l'absence de signe d'appel clinique, local ou général. Toute suspicion de calcul bloquant un rein infecté doit faire procéder à une échographie en urgence. Le diagnostic de cholécystite est d'abord clinique, les calculs à l'échographie sont très fréquents à cet âge et donc sans signification par eux-mêmes.

IMMOBILISATION ET SES CONSÉQUENCES

Syndrome d'immobilisation

■ Perte de la mobilité

Une perte de mobilité plus ou moins gênante accompagne l'avancée en âge. Elle peut être brutale ou apparaître de façon progressive. Un accident vasculaire cérébral, une fracture, peuvent en une minute réduire une personne à l'immobilité. Plus souvent le sujet voit progressivement se limiter son périmètre de déplacement. La vieille prescription médicale de « repos au lit », la grasse matinée du retraité, la paresse, l'hospitalisation synonyme d'alitement, entraînent une perte musculaire, sensitive et osseuse, et des modifications délétères respiratoires et cardio-vasculaires.

L'alitement induit un état qui se rapproche de l'apesanteur dont on a pu mesurer les conséquences musculaires et osseuses chez des sujets pourtant jeunes et entraînés. En dehors des quelques maladies neurologiques réduisant à l'immobilité et de situations aiguës ou terminales, on ne devrait plus voir de « grabataires » confinés au lit, ou même au fauteuil. Combien de syndromes

lit/fauteuil devenus définitifs résultent d'une prescription initialement injustifiée ?

■ Mécanismes

L'origine de la perte de mobilité est souvent neurologique, après un ou plusieurs accidents vasculaires cérébraux. La rééducation a des résultats moindres que chez l'adulte plus jeune, souvent parce qu'elle est menée avec moins de persévérance. Il peut s'agir d'embolies cérébrales massives avec persistance du stade de flaccidité, d'accidents multiples ou d'accidents aggravés par l'impossibilité d'une rééducation efficace par suite d'une démence, d'une dépression associée ou parce que la rééducation n'a pas été possible par manque de kinésithérapeutes disponibles et sous le prétexte de l'âge du patient.

Le cas du malade âgé qui ne se relève pas après une immobilisation transitoire pour maladie, intervention ou simple hospitalisation pour « bilan », est moins connu et pourtant plus fréquent. Il a perdu ses repères sensoriels spatiaux ou la motivation à marcher. L'omission de l'entretien de la marche est à l'origine de milliers de cas d'immobilisation que nous qualifions de « nosocomiale ».

Chez les sujets très âgés, la réduction progressive de la masse musculaire est accélérée par la perte d'activité. Chaque effort coûtera d'autant plus que l'activité a été réduite. Peu à peu immobilisé par l'absence d'entretien de sa musculature et par une activité décroissante, le grand vieillard mourra des conséquences, non de son âge, mais de la perte de sa mobilité. Le lit est plus dangereux que le fauteuil, le fauteuil l'est plus que l'activité : à maladies égales, le pronostic est plus sévère après un nombre excessif d'heures passées au lit ou au fauteuil.

■ Conséquences

Les conséquences de l'immobilisation sont aggravées par le surpoids, les troubles de la conscience, les déficits moteurs et/ou sensitifs. L'immobilisation entraîne un déconditionnement à l'effort, une stase veineuse, des réactions inflammatoires, favorise la stase urinaire et le ralentissement digestif, l'encombrement respiratoire et elle provoque une dépression réactionnelle et une démotivation.

Le malade immobilisé a perdu son accès indépendant à la nourriture et à la boisson. Il est souvent ou devient anorexique et adiposique.

IMMOBILISATION ET SES CONSÉQUENCES

L'atrophie des muscles pourra conduire à une perte définitive de la mobilité car elle s'accompagne d'une altération du sens du mouvement et de la position dans l'espace. Le malade ne pourra plus marcher et des rétractions apparaissent. Une rééducation trop tardive a toute probabilité d'être un échec.

La moindre force musculaire du diaphragme, des muscles intercostaux et de la paroi abdominale a des conséquences respiratoires : la toux devient inefficace et la stase bronchique favorise l'infection.

La perte des muscles abdominaux entraîne un ralentissement du transit digestif et conduit à la constitution de fécalome qui participe à la réduction de l'appétit.

La continence urinaire est menacée si le malade n'est pas mené régulièrement aux toilettes. La mise systématique de couches est une cause majeure d'incontinence, souvent suivie d'infection urinaire.

L'os, non soumis à la pression de la gravité et à des stimulations musculaires, accélère sa lyse qui peut être accrue par une hyperparathyroïdie secondaire à l'immobilisation, d'autant plus que la carence en vitamine D n'est pas traitée. Le risque de fracture est paradoxalement accru chez les immobiles, pouvant se produire à la simple mobilisation.

Le cœur se déconditionne à l'effort. Devant un événement demandant une accélération du rythme cardiaque comme une simple infection, le sujet âgé immobilisé peut se trouver en insuffisance cardiaque « à cœur normal ».

La peau est menacée d'escarres à tous les points de pression où elle se trouve comprimée entre os et support. La surveillance de ces points est systématique lors de toutes les toilettes. L'utilisation d'échelles de type Norton (cf. Annexe VII p. 175) est nécessaire pour décider des supports en fonction du risque. L'utilisation de supports de prévention d'escarre est indispensable chez tout malade immobilisé.

Le risque de thrombose veineuse profonde (TVP) est moins lié à l'immobilité elle-même qu'à un état inflammatoire l'accompagnant, ce qui justifie un traitement préventif à chaque épisode inflammatoire aigu ou subaigu.

La chute du débit artériel distal chez ces malades en repos permanent entraîne des ischémies distales chez les athéromateux. La thrombose artérielle distale est un risque égal ou supérieur à celui de la TVP chez le sujet alité ou au fauteuil.

Toute immobilisation s'accompagne d'un état inflammatoire chronique latent avec présence d'IL6 circulante et d'une élévation modérée de la CRP. Il en résulte une stimulation de la production de radicaux libres et d'une accélération de la perte musculaire, une atrophie cutanée, un épaissement

artériel, un risque accru de thrombose artérielle et veineuse, une tendance à l'hyperglycémie, une altération des clairances, etc.

Les conséquences psychiques de l'immobilisation sont considérables, mettant les patients en état de dépression. La perte des objectifs de vie et la démotivation sont redoutables si on ne peut pas aider le malade à recomposer un projet de vie sociale malgré une immobilisation irréductible.

■ Examen d'un malade confiné au fauteuil ou au lit

C'est un examen long et complexe. Il comprend :

– la recherche de la cause : le plus souvent une maladie chronique évolutive, maladie neurologique, cancer, insuffisance cardiaque, infection chronique, fracture. La cause est souvent plurifactorielle ;

– l'examen évalue la tolérance de l'immobilisation et recherche les complications :

- état des points de pression (sacrum, talons) ;

- perte musculaire : aspect des cuisses, quadriceps concave, faiblesse du serrement de main, impossibilité de supporter le corps en position verticale. S'il y a déjà des rétractions, peuvent-elles être réduites ?

- existence d'une tachycardie de repos ;

- trajets veineux apparents et inégalité des mollets ;

- pouls périphériques, ischémie distale ;

- auscultation thoracique à la recherche d'un encombrement, d'un foyer à la base droite ;

- s'enquérir d'une incontinence et rechercher un globe vésical ;

- recherche du fécalome par un toucher rectal systématique ;

– le médecin s'intéresse à l'état psychique du malade immobilisé : garde-t-il des projets ? Est-il en psychologie de démission ? Est-il en épisode dépressif ? Existe-t-il une démence ? À quel stade : le contact verbal ou non verbal est-il possible ? Une coopération sera-t-elle possible ?

– le médecin s'intéresse à l'entourage familial et à celui des professionnels de l'aide et du soin, à la façon dont l'aidant fait face à la situation. Quelle est sa relation avec le malade : empressée voire fusionnelle ou d'abandon ? Quels sont ses espoirs et ses désespoirs ? Quel est son état de santé et quels sont ses propres besoins de soins et d'aides ? La relation est souvent ambiguë entre affection désespérée et rejet par épuisement.

■ Bases cliniques du suivi

Le suivi est souvent mieux conduit lorsqu'il s'agit d'une maladie neurologique sévère (Parkinson, hémiplegie) dont le traitement est codifié, que pour une simple opération chirurgicale avec immobilisation. Si le malade ne coopère pas, que devient une immobilisation dont les conséquences multiples associent perte musculaire, perte sensorielle, perte de motivation ? L'important est d'agir vite avant que le syndrome lit/fauteuil ne se soit enkysté. Il ne faut passer à un système palliatif chronique (adaptation au fauteuil roulant) que si la perte de mobilité est définitive, ou aux soins palliatifs que si l'immobilisation est liée à un état incurable.

Le prescripteur doit penser à toutes les fonctions altérées et y faire face :

- kinésithérapie au lit, préventive des rétractions, à défaut de rééducation ;
- prévention des escarres : surveillance des points d'appui lors des soins d'hygiène, choix des supports en fonction des échelles de risques, positionnement régulier, protection des talons vis-à-vis de toute pression ;
- exercices respiratoires, apprendre au malade à inspirer et à vider les bronches ;
- laxatifs osmotiques, évacuation d'un éventuel fécalome ;
- éviter l'incontinence en proposant la conduite aux W.-C. régulièrement ;
- proposition d'activités régulières au goût du malade, individuelles ou collectives, malgré les difficultés de déplacement ;
- alimentation avec surveillance du poids et d'un bilan simple pour éviter surcharge et dénutrition (dosage du cholestérol sanguin et de l'albuminémie). Le malade doit être maintenu en position assise après chaque repas pour éviter les reflux ;
- hydratation régulière en fonction de la température et du chauffage ambiant (surveillance au moins clinique des signes de déshydratation) ;
- prévention et surveillance des infections urinaires et respiratoires. En cas de troubles de la déglutition, utiliser de l'eau gélifiée et une alimentation à la cuillère ;
- traitement anticoagulant chaque fois qu'il y a un syndrome inflammatoire surajouté (infection par exemple).

Le syndrome d'immobilisation est une pathologie lourde à suivre. Lorsque le malade est au domicile, il faut faire louer un lit à hauteur variable :

la position haute facilite les soins, la position basse permet un lever et un coucher aisés. Au domicile, vous devrez vous faire aider par les infirmières libérales. Les soignants libéraux, limités par les quotas, sont pour certains peu enclins à assurer les soins de toilette. Le recours à des services de soins infirmiers à domicile permet d'assurer les toilettes par des aides-soignantes. Quelle que soit la bonne volonté de la famille, il est indispensable de l'aider.

Devant une situation réversible, le recours à une hospitalisation en soins de suite et réadaptation gériatrique peut aider à une récupération par une meilleure densité de soins. Devant une situation irréversible, un tel malade sera refusé par la plupart des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le recours aux unités de soins de longue durée est indispensable, menacé par la disparition programmée de ces unités.

■ Que dire au malade et à son entourage ?

À la fin de l'examen, on peut conclure à une cause réversible. Le plus difficile est d'obtenir une réelle coopération du malade auprès de qui il faut faire ressortir la réversibilité de la situation. On donne des objectifs au début modestes et accessibles, ce qui engage le malade, sa famille et les soignants à poursuivre leurs efforts. On fait ressortir le rôle direct du malade lui-même et de son entourage dans le suivi thérapeutique et la prévention des complications. On explique le pourquoi de chaque suivi et de chaque traitement. On ne peut pas sortir d'un syndrome d'immobilisation curable par la seule prise de quelques gélules. Le médecin ne peut rien sans le relais du malade et de sa famille en particulier du conjoint.

À la fin de l'examen, il peut paraître que l'immobilisation sera définitive. Le médecin recherche avec le malade et les siens comment rétablir une vie sociale vivable et durable. L'éducation du malade à vivre avec ses déficits doit être entreprise. C'est lui, qui, autant que ses aidants et soignants, doit apprendre à protéger sa peau, ses muscles, sa respiration, ses appareils digestif et urinaire : c'est une longue coopération. Sans restauration d'objectif de vie, ce soin, en fait palliatif, n'évitera pas une aggravation progressive ou par à-coups.

Maintenir au domicile une personne malade chronique, infirme, confinée au lit ou au fauteuil est une lourde tâche. Une coopération entre médecin et famille doit s'engager. Le médecin veille à ce que l'entourage – en particulier le conjoint âgé – ne sacrifie pas sa propre santé au soin de son malade. Protéger l'aidant familial est le meilleur service à rendre à ce malade.

La coordination des intervenants auprès du malade (infirmier, aide-soignant, aide à domicile) a intérêt à être confiée au service de soins infirmiers au domicile. Le médecin impliqué dans ses tâches cliniques doit rester informé de ce que constate chacun des intervenants, y compris les aides à domicile, plutôt que d'être celui qui organise les horaires de passage de ces personnels. Il vérifie la qualité des soins, s'assure que ses directives sont suivies et que les objectifs de soins (curatifs ou palliatifs) soient compris et appliqués par tous. Dans son examen clinique, le médecin a relevé l'étiologie du syndrome d'immobilisation. Si elle est curable, l'objectif est de la corriger. Si elle est incurable, l'objectif devient, par le suivi clinique, d'éviter les complications et d'améliorer le confort physique et psychologique du malade et de ses aidants.

Incontinence urinaire

L'incontinence urinaire est une infirmité qui altère la qualité de vie et l'image de soi. Nombre d'entre elles peuvent être évitées, sinon corrigées.

■ Comment devient-on incontinent ?

L'incontinence urinaire frappe davantage la femme âgée. Ses mécanismes sont multiples, intriqués. Ils concernent la vessie, son innervation, son irritabilité (infection, inflammation, calculs), le tonus du détrusor, l'importance de la diurèse éventuellement accrue par les diurétiques, la fonction vésicale, la musculature périnéale, l'état du méat et la trophicité vaginale ou la prostate, les capacités de marche et l'état d'éveil. Le paradoxe est que nombre de prétendues incontinenances du vieillard sont des mictions par regorgement, révélant une rétention chronique.

■ Clinique de l'incontinence

On s'instruit des médicaments reçus : alphasbloquants, sédatifs, diurétiques peuvent favoriser une incontinence, anticholinergiques, neuroleptiques, opiacés, etc, peuvent induire une rétention.

Le patient ou la patiente a, consciemment ou non, honte de ce symptôme et n'en parle pas volontiers, ou l'attribue à « l'âge » et se résigne. Il faut lui tendre la perche en l'interrogeant sur ce sujet. Il peut s'agir de mictions impérieuses, de pertes d'urines à l'effort ou la nuit, de mictions incomplètes.

ABORD CLINIQUE DU MALADE ÂGÉ

L'examen s'intéresse à la miction : est-elle impérieuse, survenue à l'effort, pendant le sommeil, à l'émotion ? Le volume de la miction est à connaître : faite de quelques gouttes ou d'une miction complète incontrôlable ? Y a-t-il sensation d'une évacuation complète ou incomplète de la vessie lors des mictions volontaires ?

La sensibilité du territoire des nerfs sacrés est à explorer. L'examen physique comprend un toucher vaginal chez la femme, voire une colposcopie pour apprécier la trophicité. Chez l'homme le toucher rectal examine volume, forme et dureté de la prostate. On fait pousser le malade, pour apprécier la musculature périnéale. On recherche une matité et une masse sus-pubienne traduisant un globe vésical. Si on dispose d'un échographe vésical (type Bladder-scan), on peut apprendre aux soignants et au malade à mesurer le remplissage vésical et à choisir le moment du sondage d'une rétention chronique.

Les capacités de marcher et de se lever sont à examiner, de même, les fonctions cognitives car il ne faut pas étiqueter « incontinence » les pertes d'urines d'un dément qui ne sait plus trouver le chemin des toilettes. Il faut reconnaître les troubles urinaires des atteintes cérébrales frontales et des hydrocéphalies à pression normale.

Des explorations urodynamiques peuvent être utiles pour guider et suivre une rééducation vésicale, seulement lors des incontinenes de causes musculaires lisses (détrusor) ou striées (musculature périnéale). Comprendre les mécanismes en cause est essentiel pour traiter. Il serait catastrophique de prescrire un anticholinergique pour traiter une incontinence révélatrice de mictions par regorgement.

■ Bases cliniques de la prise en charge

Il faut d'abord prévenir : évitons ces alitements inutiles qui créent tant de pathologies, dont l'incontinence. Que ce soit au domicile ou à l'hôpital, attendre dans son lit la visite du médecin ne sert à rien si on est capable d'être assis ou debout. Tout repos au lit amorce les pathologies d'immobilisation. Si l'alitement est obligé, poser des barrières de lit d'un malade capable de se lever pour aller aux toilettes est un moyen de provoquer une incontinence nosocomiale. La prescription de toute contention, y compris de relever des barrières de lit est une prescription médicale. Faites plutôt lever régulièrement la malade pour la mener aux toilettes. Ne soyez pas complice, ne laissez jamais mettre de couches à quelqu'un qui contrôle ses urines. S'il existe une rétention de mécanisme neurologique, sondez le malade sans attendre le « claquage de vessie »,

IMMOBILISATION ET SES CONSÉQUENCES

qu'il faudra des mois à rééduquer. Les incontinenances nosocomiales qui en résultent font courir des risques infectieux vitaux, retardent le retour à domicile, altèrent la qualité de vie du patient, ses motivations, son image de soi.

Devant une incontinence spontanée multifactorielle, supprimer un des facteurs de l'incontinence peut suffire à la corriger. Si plusieurs facteurs sont en jeu, il faut les attaquer simultanément ou successivement. Supprimer un médicament inutile, rééduquer la musculature pelvienne, faire prendre l'habitude d'aller à heures fixes aux toilettes – avant la fuite –, faire prendre ses précautions avant un déplacement, autant de gestes qui peuvent limiter ces fuites par mictions impérieuses ou d'effort.

Le traitement par des produits anticholinergiques doit être limité aux personnes chez qui l'examen a éliminé un globe vésical et toute miction par regorgement.

Chez la femme âgée, l'hypotrophie vaginale est une cause banale de dysurie et d'incontinence. Un traitement œstrogénique par voie locale l'améliore de façon simple, spectaculaire et sans danger.

Le recours systématique à des couches n'est pas acceptable. Les couches sont nécessaires quand il n'existe aucun espoir d'amélioration rapide : états grabataires, démences avancées avec apraxie. Laisser mettre des couches à une personne qui pourrait être menée aux toilettes ou mise sur le bassin, c'est devenir le complice d'une maltraitance.

Un sondage ou des sondages répétés seront parfois la seule solution, soit à titre temporaire pour un AVC par exemple, soit à titre définitif. Cela exige une véritable éducation du patient, y compris du patient âgé qui en est tout à fait capable, sauf en cas de démence avancée.

La rééducation uréthro-vésicale peut être prescrite et exécutée après bilan urodynamique par des services de rééducation spécialisés quand le mécanisme n'a pas été décelé par l'examen et non corrigé par des préventions simples.

Chez le malade immobilisé, la rééducation de la marche et de la verticalité est souvent le traitement le plus efficace : l'homme occidental urine debout, la femme, assise, les orientaux accroupis. Le vieillard reste conditionné à ces pratiques. Il sait mal uriner dans un bassin, un urinal, encore moins dans une couche.

Quand l'incontinence est définitive, ou liée à une cause incurable, en particulier dans les états terminaux, le médecin doit s'intéresser à la prescription des couches : sont-elles suffisamment absorbantes ? Le change est-il fait

en temps utile ? Le confort et le respect de la pudeur et de la dignité sont-ils assurés ?

Thromboses veineuses profondes (TVP)

Les TVP, avec risque emboligène sont un des fléaux de l'immobilisation. Leur traitement est préventif : il faut traiter avant les symptômes de TVP, en fonction des facteurs de risque. Les signes sont discrets, insidieux, le diagnostic de soupçon demeure clinique, les D-dimères pouvant être trompeurs. Les progrès de l'échographie Doppler vasculaire ont fait de cet examen la preuve diagnostique. Mais pour quoi faire ? Les controverses thérapeutiques restent vives. Le traitement « curatif » n'est qu'un traitement préventif renforcé. La TVP peut être source d'embolies et de séquelles : il faut traiter avant la thrombose.

■ Des facteurs de risque multiples et associés

Une veine se thrombose si plusieurs conditions sont réunies. La stase veineuse, favorisée par l'immobilité paraît rarement suffisante à elle seule. Elle devient déterminante de TVP quand s'ajoutent des facteurs qui favorisent la coagulation : lésions endothéliales, état inflammatoire avec production de cytokines et de facteurs procoagulants. Cette thrombose peut survenir même en l'absence d'immobilisation.

Des anomalies des facteurs de coagulation peuvent aussi exister, soit congénitales, elles étaient masquées et se révèlent au grand âge ; soit acquises : antiphospholipides, anticoagulants circulants. Ces facteurs de risque sont mal connus pour une pathologie si fréquente au traitement onéreux. Les mieux connus sont ceux liés à la chirurgie. Après une intervention, l'immobilisation, les destructions tissulaires entraînant la libération de facteurs de coagulation et la production de cytokines, qui s'unissent pour réaliser un risque maximal. Plus récemment, le risque « médical » a enfin été décrit : l'insuffisance cardiaque et les états inflammatoires.

Instaurer un traitement préventif fait l'unanimité et repose sur des études convergentes, en orthopédie, y compris gériatrique, en chirurgie pelvienne et en chirurgie carcinologique. Le risque médical est varié : il n'existe guère d'études globales, seulement des études parcellaires sur les risques les

plus faciles à catégoriser, telles l'insuffisance cardiaque et les états inflammatoires. L'absence d'études doit-elle faire renoncer à prévenir un risque patent ? Il faut connaître ces facteurs. Ce n'est jamais l'immobilisation seule qui fait le risque, mais la convergence de plusieurs facteurs chez le même patient : immobilisation, stase veineuse, état inflammatoire, lyse tissulaire. Les AVC en cours de résorption du tissu nécrosé, les cancers évolués, les insuffisances cardiaques décompensées, les infections sévères représentent des exemples non exclusifs de risques élevés de TVP. Ces situations de risque « médical » sont fréquentes ; mais ne concernent qu'une minorité des alités.

Il faut aussi interroger sur les antécédents thrombotiques. Celui qui a des séquelles d'une TVP ancienne ou une maladie veineuse est plus exposé au risque, même en l'absence d'anomalies de la coagulation. Les anomalies héréditaires de la coagulation sont à évoquer et à rechercher chez les patients ayant déjà fait un accident thrombo-embolique à un âge encore jeune.

Une attention particulière doit être portée aux sujets âgés ayant des signes inflammatoires chroniques. La présence d'un anticoagulant circulant n'est pas exceptionnelle et favorise les accidents thrombotiques répétés. La présence d'une telle anomalie n'est pas nécessaire pour qu'un état inflammatoire provoque une TVP même en l'absence d'immobilisation.

C'est sur la définition d'un risque élevé que le traitement doit être décidé, avant la TVP. Ce risque médical justifie un traitement préventif pendant toute la durée du facteur de risque et non celle de l'immobilisation.

■ Un diagnostic à rechercher

Le malade à risque élevé de TVP est à suivre quotidiennement. Il ne faut pas compter sur la rare douleur du mollet. Il faut rechercher une fébricule, un endolorissement ou une zone sensible, un œdème discret, une simple asymétrie des mollets, une perte du galbe, une sensation de tension à peine douloureuse.

Le dosage des D-dimères est peu utile en gériatrie. L'échographie Doppler veineuse visualise la thrombose suspectée et parfois un caillot flottant dans la veine iliaque, témoin d'un risque élevé d'embolie pulmonaire.

La TVP a peu de diagnostics différentiels. La neuro-algo-dystrophie du membre inférieur s'accompagne d'un œdème plus diffus, douloureux et de signes vasomoteurs. Les dangers sont de méconnaître la TVP avant les complications ou de traiter inutilement.

■ Des complications redoutables

La crainte immédiate est l'embolie pulmonaire. Le tableau le plus fréquent en gériatrie n'est pas celui de l'asphyxie aiguë de l'embolie massive. Les manifestations évocatrices sont plus discrètes : épanchement pleural suspendu, point de côté, essoufflement progressif, installation d'un tableau de cœur pulmonaire chronique, voire une simple rotation droite de l'axe ECG. Ce peut être aussi l'installation d'un syndrome inflammatoire nu. Le diagnostic est confirmé par le scanner hélicoïdal demandé sur des éléments cliniques de suspicion. La coûteuse scintigraphie est peu concluante ; le vieillard a souvent des lésions pulmonaires anciennes.

Les complications à distance sont représentées par le syndrome post-phlébitique : circulation de suppléance parfois variqueuse, œdème permanent, dermatite ocre, ulcères de jambe. Passer à côté d'une TVP ou la traiter inefficacement conduit à une vraie infirmité chronique.

Escarres

Les escarres sont une des pires complications de l'immobilisation. L'escarre atteint l'intégrité corporelle et entraîne un retentissement psychique à ne jamais négliger. Sa lenteur de guérison est cause de soins coûteux et prolongés. Si toutes ne peuvent être prévenues, une prise en soin attentive en fonction des facteurs de risque permet d'en éviter la majorité. Une fois une escarre délabrée constituée, l'avis du spécialiste est recommandé.

■ Mécanisme

C'est une plaie de dedans en dehors qui résulte d'une ischémie cutanée. Elle est provoquée par la compression entre un plan osseux profond et un plan dur extérieur. Dans sa constitution entrent en jeu la trophicité de la peau, du pannicule adipeux et du tissu musculaire, la sensibilité locale et l'irrigation sanguine, ainsi que l'état nutritionnel du patient. L'addition de leurs déficiences potentialise le risque et explique leur prédominance sur les zones où l'os est le moins séparé de la peau par des muscles et de la graisse.

Les facteurs étiologiques diffèrent selon les conditions de survenue.

Escarre aiguë, accidentelle

Elle survient si un espace cutané est comprimé contre un plan dur pendant que le sujet ne peut pas sentir la douleur ni mobiliser la partie comprimée : coma brutal et profond survenu en dehors d'un lieu de soin, mauvais positionnement au cours d'une intervention chirurgicale. Le vieillard y est d'autant plus sensible que sa peau est atrophiée, qu'il est dénutri, qu'il y a eu bas débit artériel.

Escarre du paraplégique

Le risque est d'autant plus élevé que le patient est en surpoids et qu'il y a macération. Le vieillard paraplégique de longue date sait utiliser les coussins de protection, se positionner et prévenir lui-même l'escarre. Le risque apparaît s'il devient dépendant du soin et de l'aide d'autrui et perd le bénéfice de dizaines d'années de soins attentifs. Une brève période d'inattention des soignants suffit à provoquer des dégâts cutanés catastrophiques chez un paraplégique dès qu'il ne peut plus se protéger lui-même.

Escarre multifactorielle du vieillard immobilisé

C'est la plus fréquente. Ses facteurs de risque sont multiples et se potentialisent. L'escarre survient dans une zone d'appui comme la région sacrée, les talons, plus rarement l'occiput et les trochanters, voire nez et pavillon de l'oreille, supports de lunettes à oxygène. La survenue d'un bas débit est un facteur supplémentaire : artérite (en particulier pour les talons), hypotension, déshydratation. La perte préalable de la musculature et du pannicule adipeux sous-cutané augmente le risque. Un état inflammatoire qui altère la trophicité cutanée et musculaire et un état de dénutrition aggravent le risque. La cause de l'immobilisation intervient : le risque est d'autant plus élevé qu'il y a une perte ou une réduction de la sensibilité douloureuse, par troubles de la conscience, traitements sédatifs et antalgiques ou déficit sensitif, et qu'il y a une perte de la motricité (hémiplégie, Parkinson, apraxie, ou autre déficit moteur). L'usage d'une échelle de risque (ex : Norton, cf. Annexe VII p. 175) facilite l'identification du risque. La reconnaissance d'un ou plusieurs de ces facteurs impose la mise en route *immédiate* de mesures de prévention et d'une surveillance clinique de tous les points d'appui du malade alité ou au fauteuil.

■ Escarre constituée

La surveillance permet le diagnostic de l'escarre dès son premier stade dans le but d'en éviter la constitution. Les soignants sont formés (ou devraient l'être) à dépister le stade I de l'escarre lors de la toilette de ce malade dépendant

et à en informer le médecin. Joint aux gestes de prévention systématique, c'est cet examen quotidien ou pluriquotidien des zones exposées chez le malade à risque qui évite la survenue d'escarres de stade III ou IV. Hélas, ces dernières se voient encore.

– *Stade I.* C'est une modification de l'épiderme au niveau d'un point de pression : région sacrée, talon. Simple rougeur persistant à la vitro-pression, ce peut aussi être une induration, une petite zone plus chaude ou plus froide. Cette zone est parfois sensible ou démange, mais ce n'est pas la règle. Sa constatation suffit à renforcer les mesures de prévention déjà prises et à instituer un traitement local.

– *Stade II.* La lésion est superficielle mais patente : abrasion cutanée, phlyctène qu'il faudra ouvrir avec aseptie, ou déjà ulcération peu profonde.

– *Stade III.* Le tissu sous-cutané est touché. L'ulcération est profonde, dépassant le derme, pouvant aller jusqu'au fascia. Il peut exister des signes de nécrose.

– *Stade IV.* Il existe une nécrose extensive pouvant atteindre les autres tissus : muscles, tendons mis à nu, articulations, os. Toute escarre donnant un contact osseux doit être considérée comme suspecte d'ostéite et traitée comme telle.

Quel que soit le stade, il faut mesurer les dimensions de l'escarre : sa surface à l'aide d'un calque, sa profondeur en utilisant un stylet. L'utilisation d'une échelle colorimétrique permet de garder une trace visible des différentes zones et de leur aspect nécrotique ou enflammé. Cette échelle quantifie en pourcentage la couleur noire (nécrose, croûtes superficielles sèches), la couleur jaune (fibrine), la couleur rouge (tissu de granulation), la couleur rose (épithélialisation) et la couleur blanche (évolution vers la fibrose) de la plaie.

Cette méthode permet un suivi de l'escarre avec un outil commun aux différents soignants et aux médecins. C'est de la qualité de ce suivi et de la pertinence des interventions que dépend la vitesse de cicatrisation de l'escarre – ou son échec.

Des complications locales sont toujours recherchées :

– l'escarre est-elle douloureuse ? spontanément ? lors des soins ? Dans ces cas, le traitement antalgique est mis en route. Il importe que les soins ne soient pas douloureux ;

– l'escarre est-elle infectée ? L'infection se détecte sur l'aspect clinique : rougeur des bords, suppuration d'une fistule, contact osseux *a priori* suspect d'ostéite, retard de cicatrisation, fièvre, voire polynucléose et CRP élevées. Ces malades ont tant de raisons de s'infecter que ces signes biologiques

IMMOBILISATION ET SES CONSÉQUENCES

ne peuvent pas être rattachés à l'escarre en l'absence d'arguments cliniques locaux.

Faire un prélèvement cyto bactériologique sur une escarre est inutile et dangereux en l'absence de signe infectieux local. La présence de germes y est constante et ne traduit pas une infection sans la notion quantitative de plus de 10^5 germes/ml ou par gramme de biopsie. Une bactériologie positive sur une escarre sans signe infectieux risque de faire prescrire à tort un antiseptique ou un antibiotique local, ce qui retarde la cicatrisation.

Le prélèvement est utile sur une escarre présentant des signes cliniques d'infection pour guider le traitement antibiotique. Il doit alors recueillir le liquide de la profondeur de l'escarre et non de la superficie. Le traitement de l'infection de l'escarre relève de la détersion et d'un traitement antibiotique adapté prescrit par voie générale.

L'examen sera complété par :

- la recherche de facteurs de risque persistants : déficits moteur et sensoriel, trouble de la conscience ou simple somnolence ;
- la recherche de facteurs aggravants généraux : état inflammatoire, en particulier infection ou tissus en résorption, dénutrition, anorexie, déshydratation ;
- la recherche de facteurs locaux d'aggravation : incontinence urinaire et/ou fécale, positionnement insuffisant ou inadapté ;
- la recherche de facteurs altérant la tolérance du malade à sa situation.

L'escarre par l'altération de l'image du corps est un facteur de souffrance morale et de dépression réactionnelle. Les signes dépressifs doivent toujours être recherchés et pris en compte. Il faut veiller à ce que les soins ne soient pas douloureux et à respecter la pudeur et la dignité du malade. Même chez la personne à la lucidité ou à la conscience altérée, il importe de veiller à ce qu'un contact soit établi pendant les soins, même en l'absence d'expression verbale.

■ Bases cliniques du suivi

La complexité de la prise en soins de ces malades ne saurait entrer dans les limites de cet ouvrage. Quelques principes peuvent être rappelés.

Dès que des facteurs de risque peuvent être identifiés par le médecin, l'infirmière ou l'aide-soignante, des mesures de prévention doivent être mises en route : utilisation de surmatelas et de coussins antiescarres, repositionnement régulier pour changer les zones d'appui, mises hors appui des talons.

L'examen des zones exposées est quotidien. Il faut tenter d'améliorer l'état nutritionnel. Les apports doivent être adaptés, des suppléments proposés et ajustés au goût du malade. Ces mesures concernent le domicile ou l'institution car les matériels sont d'accès possibles en ville. Lorsque l'escarre apparue est limitée, à un stade I ou II, ces mesures sont déjà nécessaires et urgentes. L'usage de matelas antiescarres et le positionnement à intervalles réguliers est indispensable.

Aux stades III et surtout IV, la détersion de l'escarre peut devenir complexe. Une fois la plaie détergée, propre et nette, le choix du pansement reste à faire. Il existe aujourd'hui un large choix de pansements de qualité qui permettent à la peau de se reconstituer. En cas d'hésitation le recours à un avis gériatrique, rééducateur, dermatologique, ou chirurgical spécialisés en ce domaine, permet une guérison plus rapide.

■ Que dire au malade ?

Au stade de la prévention ou aux stades précoces : expliquer la lourdeur du risque et l'intérêt des contraintes de la prévention. Si le malade n'est pas lucide, c'est la famille qu'il faut convaincre. Malgré leurs lourdeurs, les contraintes de la prévention sont bien légères comparées à celles de l'escarre de stade III ou IV déclarée, au traitement long, parfois douloureux.

Au stade d'escarre délabrante, il importe d'éviter le découragement et de permettre de préserver quelques activités sociales malgré l'infirmité supplémentaire. Faire prendre patience, faire accepter une hospitalisation en milieu compétent sont des tâches difficiles chez ce malade désespéré par cette atteinte à son intégrité corporelle qui lui paraît prémice de mort.

■ Cas particulier : les escarres des malades en soins terminaux

Lorsqu'un malade est atteint d'une affection incurable, tous les facteurs de risque d'escarre sont réunis. L'escarre reste fréquente malgré des précautions préventives bien menées. Prévention, dépistage et soins d'escarre, font donc partie de toute prise en soin d'un état terminal. Les objectifs de prévention restent contraignants dans ces situations car il faut éviter à ces personnes cette atteinte supplémentaire de leur intégrité. Si l'escarre s'est déjà constituée, l'objectif guérison devient vain. On a peu de chances de guérir l'escarre d'un malade en train de mourir d'une maladie incurable. L'objectif des soins est alors de préserver le confort, la dignité et une dernière qualité de vie. Éviter la douleur,

les odeurs, limiter si on le peut l'étendue des délabrements, préserver des capacités de mobilité au moins passive remplacent l'objectif de fermeture de la plaie.

Toute immobilisation expose à un risque de perte musculaire, de déconditionnement à l'effort, de phobie de la marche, d'infection, d'ostéoporose, de constipation, d'incontinence, de thrombose veineuse profonde et d'escarres. Toute incontinence a une ou plusieurs causes : l'examen met en évidence l'origine neurologique, musculaire, hormonale ou iatrogène des troubles. Plusieurs facteurs sont souvent associés. Une cause inadmissible d'incontinence « nosocomiale » est la pose systématique de couches chez tout malade âgé, alité.

Les facteurs de risque de thrombose veineuse sont ceux liés à la chirurgie, et au niveau « médical » l'insuffisance cardiaque et les états inflammatoires. Le traitement préventif est primordial.

L'escarre est due à une ischémie cutanée résultant de la compression de la peau entre l'os et un plan dur extérieur. Elle reste une complication fréquente de l'immobilisation et de la perte de sensibilité. Les facteurs de risque doivent être identifiés chez tout vieillard immobilisé ou à mobilité réduite. Tout patient à risque doit être protégé par des coussins et des surmatelas antiescarres, par un positionnement alternant les points de support. Au stade d'escarre constitué, la détersion soigneuse précède le pansement et la mise en décharge des zones d'appui est encore plus nécessaire. Le recours à un avis spécialisé est parfois utile. Si l'objectif zéro escarre est utopique et culpabilisant, la baisse de l'incidence des escarres et leur limitation aux stades de début sont d'excellents critères de qualité des soins.

DOULEUR ET SYNDROMES ALGIQUES

« Docteur, j'ai mal...rien n'y fait. » Il n'est plus politiquement correct d'entendre cette plainte, y compris en gériatrie. La douleur est un symptôme, qui a une ou plusieurs causes. C'est un symptôme subjectif, amplifié chez certains, qu'il faut savoir chercher chez d'autres, parfois ailleurs que dans les mots chez celui qui ne peut plus s'exprimer verbalement. Si toute douleur doit être traitée au plus tôt et en fonction de son intensité, ce traitement ne dispense *jamais* d'en déterminer et traiter la cause – si elle est accessible au traitement.

Clinique

■ Quelle douleur ?

Faire bien décrire la douleur est indispensable au diagnostic : quel est le type de douleur : brûlure, élancement, pesanteur, torsion, spasme, striction, etc. Le célèbre « est-ce que ça vous chatouille ou ça vous gratouille ? » parodie la difficulté de l'interrogatoire. Quel est l'emplacement de la douleur, en sachant que la douleur irradie et peut sembler plus vive à distance de la zone ou de l'organe lésé ? Décrit-elle un trajet ? Quel est son horaire : jour ou nuit ? Quels sont les mouvements déclenchants ? Il faut distinguer entre douleur aiguë et

douleur chronique. Toute douleur non accrue par le mouvement ou l'appui, qui disparaît la nuit, a une organicité douteuse.

L'intensité doit être évaluée par une échelle d'auto-évaluation simple : « classez de 1 à 10 l'intensité de la douleur » ; « inscrivez le degré d'intensité que vous ressentez sur cette échelle ». Si vous questionnez tous vos malades sur la douleur, y compris ceux qui ne se plaignent jamais, et leur proposez cette auto-évaluation, vous aurez des surprises. Ce n'est pas toujours ceux qui crient le plus qui ont le plus mal. Cette échelle permet un suivi comparatif du traitement.

■ Détecter la douleur chez celui qui ne peut pas s'exprimer

Il faut l'observer . Une confusion, une agitation, des cris, un nouveau trouble du comportement, une position antalgique, un mouvement de défense, un refus de mobilisation, de nourriture, toute modification du comportement d'une personne incapable de s'exprimer fait craindre l'apparition de douleurs et fait rechercher une cause éventuelle. Ce doit être une des premières hypothèses devant un tel tableau.

Des échelles d'hétéro-évaluation (ex. : l'échelle comportementale Doloplus) rendent superposables les observations des intervenants successifs et permettent un suivi.

■ Rechercher le mécanisme

Le diagnostic étiologique est souvent évident : fracture, sciatique, angor, coliques néphrétiques, etc. Il faut éviter de se laisser leurrer par une disparition des symptômes sous antalgique. La douleur est un symptôme dont le mécanisme doit toujours être recherché et compris. Ce n'est pas parce qu'on a réussi à la calmer qu'on a guéri le malade.

On ne peut partir tranquille que lorsque l'on a compris pourquoi était apparue cette douleur et pourquoi elle a disparu : sédation ou cessation ?

■ Douleurs chroniques : curables ou non

Lorsque la cause ne peut être guérie par un traitement étiologique immédiat, la douleur se chronicise. Encore faut-il distinguer entre les causes incurables (ex. : un cancer ayant envahi des gaines nerveuses) et celles pour lesquelles il existe un traitement étiologique curatif. Vaut-il mieux laisser un sujet

arthrosique entre douleur et AINS dont on connaît les risques, ou l'opérer un peu plus tôt de sa hanche ou de son genou ? Vaut-il mieux laisser un artritique – soulagé par les opiacés – rester des mois un objet de soins, immobilisé par des plaies artérielles inguérissables, accumulant les épisodes de défaillances multiviscérale tant que persistent des tissus nécrosés ou l'amputer ?

■ Douleurs neurologiques

Douleurs postzostériennes, compressions néoplasiques, névralgies du trijumeau, syndromes thalamiques, etc, posent le problème le plus ardu. Leurs modalités thérapeutiques sont spécifiques, mais toujours difficiles. Il faut parfois laisser le malade choisir entre conserver un seuil douloureux qui lui soit tolérable ou souffrir d'effets secondaires parmi lesquels la nausée est le plus intolérable, la somnolence, la constipation, le météorisme, étant également pénibles. Les échelles d'auto-évaluation y sont indispensables.

■ Douleurs psychogènes

Il est beaucoup plus difficile d'affirmer le caractère psychogène d'une douleur que son caractère organique. Les raisons d'avoir mal sont multiples et toutes crédibles chez tout vieillard. La peur d'avoir mal diminue le seuil de perception douloureuse. Ce seuil est également abaissé au cours des états inflammatoires.

Plusieurs douleurs psychogènes peuvent être décrites :

– l'hypochondrie est fréquente. La douleur survient au cours d'un tableau dépressif chronique. Elle a parfois un caractère délirant qui attire l'attention. Plus souvent, elle est copiée sur une douleur organique connue, déjà vécue par le malade. La sédation nocturne ou la sédation au moment d'activités qui devraient l'accroître, un effet placebo inattendu, doivent y faire penser. Le diagnostic fait, certaines hypochondries sont à respecter. Mieux vaut une plainte fixée, un peu délirante sur un lumbago, qu'un raptus anxieux avec pulsions suicidaires ;

– la névrose de conversion existe aussi chez certaines vieilles dames. On retrouve des antécédents dans l'enfance ou la jeunesse. Les manifestations sont évocatrices, elles surviennent toujours devant témoin, ne s'accompagnent pas de lésion organique décelable suffisante pour expliquer la douleur exprimée. Au maximum, on a le syndrome de Münchhausen du vieillard, où la personne a pu persuader des chirurgiens successifs de procéder à des actes chirurgicaux multiples et inutiles.

■ Douleurs et état terminal

Le malade en état terminal est souvent douloureux : immobilité, rétractions, escarres, inflammation, maladies en cours. Un traitement antalgique est nécessaire, mais non suffisant. Il convient de lui éviter les autres symptômes pénibles altérant la qualité de la survie : escarres, dyspnée, rétractions, nausées, confusion, prurit, surtout état dépressif.

Le traitement antalgique ne doit pas ajouter de complications altérant le confort du malade : nausées, constipation, somnolence.

Bases cliniques de la prise en soins

Il faut être très clair sur les objectifs. Le traitement vise à guérir le malade, c'est-à-dire le soulager de sa douleur : d'abord à en supprimer la cause quand c'est possible. Quand le malade âgé est suffisamment soulagé pour ne plus avoir peur d'avoir mal, les doses d'antalgiques peuvent souvent être diminuées.

Les trois stades du traitement antalgique doivent être respectés pour les douleurs chroniques. Toutefois pour une douleur très intense, ne relevant pas d'un traitement étiologique immédiatement efficace, on peut commencer par les morphiniques.

Que dire au malade ?

Le malade a peur d'avoir mal et a peur de la cause. Identifier la cause de la douleur, expliquer au malade pourquoi il a mal et comment on fera pour le soulager, diminue au moins l'anxiété et souvent la douleur elle-même.

Si la cause est curable, on insiste sur le fait que calmer la douleur ne guérit pas la maladie.

Dans les douleurs chroniques neurologiques, il faut expliquer au malade que faute d'agir sur la cause, on va parvenir à calmer ses douleurs, quitte à avoir quelques effets secondaires.

La douleur est un symptôme subjectif. Sa description dépend du psychisme, du vocabulaire disponible, de la culture. Le recours à une échelle d'auto-évaluation permet une référence objective.

Chez le vieillard, la douleur est plus souvent tue qu'amplifiée. Le diagnostic est difficile, car les raisons d'avoir mal sont multiples à l'âge de la polyopathie. Exprimer une douleur physique peut aider à atténuer une souffrance morale. La maladie mentale est à reconnaître derrière la douleur.

Chez le vieillard incapable d'expression verbale, il faut savoir identifier ce mal qu'il ne sait décrire et éviter de traiter comme une agressivité, une agitation, une insomnie, une apathie, ce qui est une douleur. Le diagnostic étiologique devient un défi pour le clinicien.

SYNDROMES NUTRITIONNELS

C'est au soignant d'apporter une nourriture équilibrée et absorbable (ce qui ne veut pas dire systématiquement mixée), et des boissons suffisantes et agréables. N'ayant pas faim, le malade refuse toute nourriture médiocre et sans goût, toute boisson insipide telle l'eau tiède qui a traîné vingt-quatre heures sur la table de nuit. C'est au médecin de vérifier l'état nutritionnel et l'état d'hydratation. L'examen du pli cutané et de la langue doit être si besoin quotidien. La pesée doit être hebdomadaire.

Dénutritions

Les états de malnutrition, de grande fréquence chez le vieillard, sont rarement un motif de consultation. Si la surcharge alimentaire est à l'origine de nombreuses affections attribuées au « vieillissement », les malnutritions sont un facteur de gravité des maladies du vieillard. L'évaluation de l'état nutritionnel fait partie de l'examen clinique du vieillard.

Deux modes de « dénutrition » coexistent chez le sujet âgé : la carence d'apports et l'hypercatabolisme.

■ Carences d'apports

Cette femme maigre mange peu depuis longtemps, de façon carencée. Sous prétexte d'un trouble digestif survenu après la prise de tel aliment, elle a supprimé des pans entiers de son alimentation : légumes verts ou fruits, viande ou poisson, laitages, etc. Telle autre a étudié tous les régimes pour ne pas grossir ou pire « ne pas vieillir » et a tenté de les appliquer tour à tour malgré leurs contradictions.

Les altérations du goût attribuées à l'âge (perte du goût salé avec persistance de l'acide et de l'amer, majoration du goût pour le sucre), sont accrues par les carences en micro-éléments et les médicaments (diurétiques, anticholinergiques, antidépresseurs, tonicardiaques, anticholinestérases...). Ils aggravent une anorexie devenue culturelle. Analyser s'il y a carence prend du temps, l'utilisation d'échelles comme le *mini nutritional assessment* peut aider (MNA, voir Annexe VIII p. 176). L'important est de connaître qualité et quantité approximatives des apports.

Souvent chez ces patients, le poids est faible pour la taille, il n'y a pas d'amaigrissement récent, sinon minime, le pli cutané tricipital est réduit, ainsi que le périmètre brachial et du mollet. L'indice de masse corporelle est abaissé, mais il ne faut pas trop compter sur l'anthropométrie. On peut très bien être obèse et dénutri. Les années ou décennies de régimes commencés, arrêtés, repris, peuvent enraciner à la fois obésité et carences.

Il n'existe aucun marqueur biologique fiable de la carence d'apport : l'albumine n'est pas liée aux apports, la préalbumine (de durée de vie plus courte) peut s'abaisser dans les grandes carences d'apport. La baisse des folates traduit une carence d'apport protéique.

Une part importante, parfois majoritaire, de l'apport hydrique est apportée par les aliments solides. Les boissons ne compensent pas l'insuffisance des apports hydriques d'une alimentation solide réduite.

Cette fréquente dénutrition par manque d'apports résulte de névroses et obsessions alimentaires d'une part, de la misère financière d'autre part (beaucoup de femmes âgées vivent de pensions de réversion minimales), mais aussi des maladies « anorexiantes ». Corriger ces déficiences n'est pas facile. Il faut faire comprendre la nécessité d'un régime varié, comprenant à chaque repas fruits et légumes, viande ou poisson y compris le soir, des laitages. Si un régime varié ne peut être obtenu, il faut recourir aux suppléments alimentaires.

C'est dans le domaine des apports en calcium et en vitamine D, que les carences sont les plus fréquentes. Absence d'exposition solaire,

consommation faible ou nulle de beurre, de lait, ou de fromages expliquent l'extrême fréquence de cette carence. Il ne faut jamais hésiter à supplémenter en vitamine D.

Les suppléments, protéiques et autres, sont inefficaces sans une pratique de l'exercice musculaire. C'est cette association seulement qui permet de maintenir la masse musculaire.

■ Hypercatabolisme

Il accompagne de façon constante les états inflammatoires. Ce trouble est dû à la production de cytokines pro-inflammatoires chaque fois qu'il y a souffrance cellulaire : infection (même localisée), ischémie ou nécrose (quel que soit le territoire, pied, cerveau, cœur, tissu ou hématome à résorber), cancer, maladie dégénérative, y compris nombre de syndromes démentiels, maladie auto-immune (ex. : Horton). L'hypercatabolisme fait partie du syndrome de défaillance multiviscérales.

Le malade consulte pour une fatigue, souvent attribuée à l'âge, pour une perte de poids récente, en partie masquée par la rétention hydrique. L'atrophie musculaire est évidente, alors que graisses et lipomes restent préservés. Les mesures morphométriques sont de peu de valeur.

La biologie recherche l'élévation des protéines inflammatoires. La baisse des protéines de transports, préalbumine, puis albumine.

À cet hypercatabolisme s'adjoint toujours une carence d'apports. Non seulement ce malade n'a pas faim, mais il décrit un dégoût alimentaire pour les protéines d'abord, puis global.

L'examen recherche la ou les causes d'hypercatabolisme. Souvent la cause est connue ou évidente : ischémie critique, AVC, sepsis, cancer, démence avancée, escarre, etc. Souvent aussi le tableau clinique peut rester très pauvre. Pour des raisons de fréquence et d'efficacité il faut d'abord rechercher les causes infectieuses et penser à la maladie de Horton. Le cancer latent ne se recherche qu'après. Seul le traitement de la cause peut faire disparaître l'hypercatabolisme. La supplémentation protéino-calorique n'est qu'un palliatif transitoire.

Déshydratations

Reconnaître tôt et prévenir les déshydratations en évite les conséquences graves.

■ Pourquoi le vieillard est-il exposé aux déshydratations ?

Les apports sont souvent diminués chez le vieillard : la sensation de soif est altérée lors, entre autres, des somnolences diurnes, des prises de sédatifs, des démences. Un handicap moteur peut empêcher l'accès à la boisson. L'absence de rapidité des boissons fournies limite leur prise, telle la carafe d'eau tiède traînant toute la journée devant l'hémiplégique. Boire est inaccessible sans aide à celui qui a un handicap moteur, visuel ou cognitif.

Le malade en situation de dégoût ou de refus alimentaire est privé de l'eau contenue dans les aliments solides.

Le coma hyperosmolaire du diabétique âgé s'accompagne d'une déshydratation provoquée par la polyurie massive due à l'hyperglycémie.

Toute hypercalcémie est cause de déshydratation.

Des facteurs iatrogènes peuvent aggraver leur tableau : les neuroleptiques et tous les sédatifs favorisent hyperthermie et coups de chaleur.

La déshydratation a des conséquences qui peuvent être graves. La diminution de la volémie expose à une hypotension, donc à des lésions de bas débit chez l'athéromateux, pouvant provoquer une insuffisance rénale aiguë. Lorsque la perte de liquide a été rapide, elle s'accompagne d'hypernatrémie et d'une déshydratation intracellulaire avec confusion et hyperthermie centrale par souffrance cérébrale. Cette hyperthermie peut entraîner des lésions cérébrales définitives ou la mort du sujet lorsqu'elle atteint ou dépasse 42°C.

La déshydratation chronique avec perte de sodium suivie d'une compensation purement hydrique peut s'accompagner d'une hyponatrémie avec œdème cellulaire. Les conséquences peuvent aller d'un état confusionnel à la myélinolyse centro-pontique, accident souvent irréversible des réhydratations hypotoniques trop rapides.

■ Un diagnostic bien visible

Lorsqu'on connaît le malade, la déshydratation est visible au premier regard : yeux creusés, cernés, peau ayant perdu son épaisseur, plissée. L'examen confirme en montrant le signe du pli cutané, la langue sèche, dure, « cartonnée », gênant l'élocution et l'alimentation. Les globes oculaires sont hypotoniques. La pression artérielle est basse, le pouls accéléré, les urines peu abondantes, très colorées. La pesée doit être systématique.

On recherche des facteurs de gravité : perte de poids, somnolence, fièvre imposant un rafraîchissement immédiat si elle est élevée, prise de diurétique ou de neuroleptique qui sont à arrêter.

Des conséquences du bas débit accompagnent la déshydratation : insuffisance cardiaque, syndrome confusionnel.

Une prise de sang analyse en urgence les électrolytes, la créatinine, la glycémie, la calcémie afin de guider les mesures thérapeutiques à prendre.

■ Que dire au malade et à son entourage ?

Quand la déshydratation menace, il faut expliquer avec force et patience la nécessité de boire sans soif et d'utiliser tous les subterfuges pour augmenter les apports hydriques : boissons fraîches, agréables au goût, alimentation très hydrique, prises de boisson à intervalles réguliers, eau gélifiée en cas de troubles de la déglutition, alimentation plus salée pour augmenter la sensation de soif. Il faut faire alléger les vêtements portés et faire accepter les moyens de refroidissement (courant d'air, compresses fraîches, eau jetée sur le sol).

Toute déshydratation sévère avec hypotension, somnolence, trouble de la conscience ou hyperthermie doit entraîner l'hospitalisation immédiate du malade. La réhydratation et le refroidissement sont débutés immédiatement, sans attendre le départ pour l'hôpital.

Diabète

Le diagnostic de diabète, une fois porté, va occuper quotidiennement votre patient. Ce diagnostic doit s'entourer de garanties. Il s'accompagne d'un bilan permettant suivi et prévention des complications. Une véritable éducation du patient et de son entourage est indispensable, ils auront à vivre avec cette maladie en alliant deux objectifs : sécurité et qualité de vie. Ils doivent en connaître tous les pièges.

■ Quel diabète ?

Les diabétiques de type I vivent avec leur maladie depuis leur jeunesse. Ils en connaissent tous les pièges. Il ne saurait être question d'abaisser le niveau d'équilibre sous prétexte de l'âge. Si les complications altéraient gravement la

qualité de vie ou rendaient permanent le risque d'hypoglycémie l'objectif hémoglobine A1c < 7 % pourrait être relativisé.

La majorité des diabètes du grand âge sont de type II, parfois devenus insulino-nécessitants. Les traitements stimulants la production d'insuline sont efficaces en fonction d'une capacité de production conservée. Un épuisement progressif des cellules conduit à passer transitoirement ou définitivement à l'insuline. Seuls les diabètes d'apparition très tardive – après 80 ans – semblent être non évolutifs.

Le diabétique sera menacé par deux groupes de complications de sa maladie :

– la microangiopathie dépend directement de l'équilibre glycémique. Ne pas contrôler les glycémies au doigt et ne pas tenter d'équilibrer l'HbA1c en dessous de 7 % expose le malade à laisser se développer rétinopathie, neuropathie et insuffisance rénale. Il deviendra infirme et sera dialysé ;

– la macroangiopathie fait que le diabétique meurt de pathologie artérielle : infarctus du myocarde ou AVC. Il subit une artérite des membres inférieurs qui est une infirmité majeure.

Tout diabétique âgé doit être évalué et traité efficacement comme exposé à un risque majeur de maladies artérielles.

■ Diagnostic et bilan

Le diagnostic doit être porté sur des arguments formels mais simples. Une glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,26 g/l à deux reprises, en dehors d'une période fébrile ou inflammatoire, suffit au diagnostic. Une glycémie supérieure à 2g/l deux heures après une charge de 75 g de glucose est aussi un critère diagnostique.

La glycémie peut être faite à l'occasion d'un contrôle systématique annuel, à la suite de complications vasculaires. Infection, amaigrissement, obésité « pomme » (androïde), fringales en fin de matinée ou en raison d'antécédents diabétiques familiaux. La recherche du diabète est systématique en cas d'infections répétées et de guérison lente des plaies, en particulier au pied.

Le diagnostic du diabète doit être précoce ; ce qui justifie le contrôle annuel de la glycémie à jeun. Quant aux signes classiques de polyphagie, polyurie et polydipsie, ils sont trop tardifs, de même la glycosurie. Ils traduisent un diabète installé et souvent déjà compliqué.

Le bilan vise à connaître les dégâts déjà existants et les risques futurs à contrôler. L'hémoglobine glyquée (HbA1c) supérieure à 7 % traduit le risque

microvasculaire. Les modifications liées aux taux de glycémie entraînent les complications dégénératives du diabète, neuropathie, rétinopathie, et participent à la néphropathie. Seul un traitement maintenant l'HbA1c au-dessous de 7 % (normale = 5 à 6 %) peut contrôler ce risque chez le vieillard comme chez le jeune.

L'examen de la sensibilité tactile des pieds recherche une neuropathie, il n'est pas toujours aisé à réaliser chez le patient âgé. En cas de neuropathie, la surveillance des pieds par le patient ou un soignant doit être quotidienne : hygiène obsessionnelle, la moindre rougeur, la moindre hyperkératose doivent être traitées. Toute plaie exige une mise en décharge et le sujet ne doit porter que des chaussures souples. S'il existe une lésion à mettre en décharge, le port de chaussures orthopédiques type Barouk permet de conserver la marche.

Le diabétique doit avoir une consultation et un suivi ophtalmologique. Le diabète est la première cause de cécité acquise. Un contrôle glycémique strict permet au diabétique âgé de conserver « bon pied, bon œil ».

Le risque vital est vasculaire, lié à la macroangiopathie. Le bilan doit évaluer ce risque et les moyens de le prévenir.

L'angor des diabétiques est peu ou pas douloureux. Au moindre signe d'effort ou de signes ECG, il faut confier votre malade au cardiologue. La TA systolique est à maintenir au-dessous de 130.

Un dosage régulier de la microalbuminurie, permet de surveiller la fonction rénale, le diabète étant la première cause d'insuffisance rénale du sujet âgé.

Les taux de cholestérol LDL-C et HDL-C doivent être connus. Le taux de LDL-C doit être réduit comme pour tout sujet à risque maximal : au-dessous de 1g/l.

L'hypoglycémie est une complication fréquente du traitement car la marge de manœuvre est faible. Il faut apprendre au malade à reconnaître et traiter les signes du début de l'hypoglycémie.

■ Que dire au malade ?

Prendre en charge un diabétique âgé est complexe. On ne peut être efficace sans une bonne compréhension du problème par le malade, sans sa participation active au traitement ainsi que celle de son entourage. La qualité de l'information est essentielle, mais il faut aussi contrôler qu'elle soit appliquée de façon correcte. Le malade peut recevoir de l'Association française des diabétiques des documents qui peuvent l'aider.

ABORD CLINIQUE DU MALADE ÂGÉ

Le malade diabétique âgé doit adapter son traitement et son régime aux variations de sa glycémie. L'autocontrôle est facile. C'est la meilleure protection contre les risques de l'hypoglycémie et de l'hyperglycémie.

Le médecin doit apprécier l'état nutritionnel de son malade avant toute prescription médicamenteuse. La carence d'apports entraîne une diminution progressive de la masse maigre. L'hypercatabolisme entraîne, lors d'une situation inflammatoire, une perte rapide de la masse maigre.

Les déshydratations sont des épisodes fréquents, liées à la perte du sens de la soif et, chez la personne handicapée, à la difficulté d'accéder à la boisson. La prévention de la déshydratation doit être systématique dès qu'on identifie les facteurs de risque, à savoir, tout ce qui peut augmenter les pertes d'eau ou diminuer les apports. Toute diminution de l'apport alimentaire entraîne une diminution de l'apport hydrique. Il faut penser aux médicaments pouvant agir sur l'élimination urinaire. L'examen du malade déshydraté recherche les conséquences de la déshydratation et du bas débit sur les fonctions cardiaques, rénales, cérébrales et les signes de gravité (perte de poids, coma et hyperthermie) qui imposent une hospitalisation immédiate.

Le diabète est découvert grâce à des contrôles glycémiques annuels systématiques ou à l'occasion d'une complication infectieuse, microangiopathique ou macrovasculaire. Le bilan clinique du diabétique âgé fait le tour des dégâts possibles : recherche d'une neuropathie, d'une rétinopathie latente, de signes de coronarite et d'insuffisance cardiaque, dosage de microalbuminurie, examen artériel clinique et échographique.

L'éducation du patient diabétique, même âgé, et de son entourage complète l'examen qui a comporté contrôle de la TA, de la glycémie au doigt, de l'hémoglobine glyquée. Ce n'est pas l'âge mais les lésions vasculaires, en particulier carotidiennes, qui accroissent le risque de bas débit en cas d'hypotension ou d'hypoglycémie. Dans ce cas seulement, on se contentera d'un équilibre moins rigoureux du diabète.

L'hypoglycémie est une complication du traitement. Le malade et son entourage doivent savoir la reconnaître et la traiter dès les premiers symptômes.

SYNDROMES DIGESTIFS

Les plaintes digestives sont nombreuses, la plus fréquente – pour ne pas dire constante – est la constipation. Les syndromes digestifs incluent des situations d'urgence pouvant être graves.

Urgences

■ Cholécystite et angiocholite

La colique hépatique, la cholécystite et l'angiocholite ont été évoquées dans le chapitre *Syndromes infectieux*. Les autres urgences fréquentes sont l'appendicite, la sigmoïdite diverticulaire, ainsi que les occlusions.

■ Appendicite

Comme la cholécystite, l'appendicite du sujet âgé a la particularité de se présenter sous la forme pseudo-occlusive. Elle peut aussi rester typique. De vagues plaintes du ventre, un météorisme, une constipation un peu plus opiniâtre pourraient ne pas attirer l'attention si on n'examine pas attentivement l'abdomen. La fièvre peut être absente. C'est la douleur provoquée à la palpation de la fosse iliaque droite qui oriente vers une appendicite. L'échographie peut être utile, mais l'important est la concertation avec le chirurgien et l'anesthésiste qui aboutit à une intervention d'exérèse.

■ Sigmöidite diverticulaire

Un sujet de 80 ans sur deux a des diverticules du cölon. Bien que l'infection soit rare, c'est une cause importante de douleurs abdominales de la fosse iliaque gauche ou sus-pubiennes. L'échographie peut être utile, la scanographie un peu plus. Le premier examen demandé est souvent une radiographie avec produit de contraste. La décision d'opérer est prise avec le chirurgien.

■ Occlusion intestinale aiguë

Un tableau d'occlusion est fréquent chez le sujet âgé. Il impose un examen soigneux au cours duquel on recherche une hernie étranglée, inguinale, ombilicale, ou crurale. Il est vital de recourir à la chirurgie.

Le cancer du cölon se présente comme une trop longue constipation et le premier examen est la radio d'abdomen sans préparation, avant la mise en évidence de la tumeur plus souvent par lavement baryté que par coloscopie. Ce dernier examen ne doit pas être exclu, au moins la coloscopie gauche sans anesthésie générale après préparation du cölon par des lavements au Normacol.

■ Hémorragies digestives

Devant une hémorragie de sang rouge par l'anus, il faut dénier la commode étiquette d'hémorroïde qui arrange tout le monde. Un examen proctologique et une coloscopie gauche sont requis.

Si l'hémorragie digestive est abondante, de sang rouge ou noir, elle doit d'abord conduire à une endoscopie haute en urgence.

Dysphagie

Des antécédents alcool-tabagiques font immédiatement penser au carcinome épidermoïde de l'œsophage et prescrire au moins une radio baryté, au mieux une endoscopie. Le traitement est rarement une intervention chirurgicale, très lourde, plus souvent l'association chimio-radiothérapie. Un cancer glandulaire est beaucoup plus rare

La sténose peptique se révèle très souvent par la dysphagie, sans le pyrosis qui aurait dû la précéder.

Pyrosis et douleurs épigastriques

Ces symptômes n'ont pas de particularité chez le sujet âgé.

Les trois grandes causes sont, de la plus à la moins fréquentes, le reflux gastro-œsophagien, les ulcères gastro-duodénaux, et le cancer gastrique. Une autre cause est la prise d'un anti-inflammatoire non stéroïdien ou l'intolérance gastrique à un autre médicament.

L'endoscopie est la meilleure solution pour le diagnostic. Sa réalisation doit tenir compte de l'état général, du bénéfice attendu, de l'anesthésie générale quand on la croit requise, de l'installation technique. On peut être contraint de s'en passer pour diverses raisons et, dans une perspective probabiliste, le traitement est alors la prise quotidienne d'un inhibiteur de la pompe à protons.

Les douleurs du cancer du pancréas sont associées à un ictère et le diagnostic est fait par quelques investigations radio-échographiques. Le traitement symptomatique est souvent le seul possible.

Constipation

Elle peut être accentuée ou provoquée par un traitement ; les médicaments sont nombreux à être candidats. Citons les sédatifs, les neuroleptiques, les anticholinergiques, les médicaments hypokaliémisants comme les diurétiques, les dérivés de la morphine. L'alitement et l'anorexie sont de terribles ralentisseurs du transit et fauteurs de fécalome. Pour le moins, un toucher rectal est à effectuer : il permet de découvrir un fécalome formé à bas bruit dans le rectum et fauteur de constipation, comme de diarrhée par délitement et d'incontinence fécale.

En institution, le changement de lieu (autre W.-C.), pire, la mise au bassin, puis la pose de couches « change complet » sont de puissants inducteurs de constipation nosocomiale.

Le traitement n'a pas de particularité. Il tient compte de la qualité du sphincter anal pour éviter les conséquences d'une diarrhée inopportune par laxatifs.

Éviter et traiter la constipation du vieillard n'est pas un confort accessoire : c'est un élément important de la qualité de vie, en particulier chez le malade âgé à mobilité réduite et chez la personne en fin de vie.

Incontinence anale

Souvent désignée au médecin sous le nom de « diarrhée », l'incontinence anale est beaucoup plus fréquente que le nombre de consultants le laisse croire.

L'interrogatoire évalue l'intensité et la fréquence de l'incontinence, aux gaz, aux selles liquides, aux selles solides, port d'une garniture.

Le toucher rectal élimine un fécalome et apprécie le tonus du sphincter anal et la vigueur de la contraction volontaire. On vérifie l'état du réflexe ano-cutané et l'on recherche une cause locale.

Le traitement consiste d'abord à augmenter la consistance des selles avant d'envisager à rééduquer le sphincter anal par *biofeedback* après une manométrie ano-rectale.

L'incontinence fécale est une infirmité ressentie comme humiliante par tous les malades même si l'état de conscience et de lucidité est altéré. C'est une complication fréquente des états terminaux.

La pose d'une couche doit suivre l'installation d'une incontinence. Elle ne doit *jamais* la précéder. Les soins d'hygiène doivent être réalisés au plus tôt après la défécation pour éviter macération et odeurs. Ces soins doivent être prodigués par des professionnels aguerris et conscients de la difficulté de cette tâche. Savoir-faire et savoir-être, respect de la personne et de sa pudeur, mise en confiance sont nécessaires. Il s'agit d'un acte soignant délicat qui n'altère nullement la dignité du malade, ni celle du soignant. Prévention et dépistage de l'escarre sacrée accompagnent ce soin.

La prévention consiste à mener le malade régulièrement aux toilettes s'il n'y va pas spontanément.

Il ne faut pas augmenter la consistance des selles par un médicament antidiarrhéique qui conduit le malade alité à une constipation et au fécalome.

Si l'accès aux toilettes est réellement impossible, l'utilisation de chaise percée ou la mise sur un bassin nécessitent une période d'habituation et de véritable éducation pour le malade.

Autres symptômes fréquents

Ils sont responsables d'une grave atteinte morale, même s'ils ne sont pas annonceurs d'une maladie grave.

■ Vomissements et nausée

Ils peuvent être dus à autant de causes que chez l'adulte. Cependant, les médicaments sont toujours à considérer en priorité. Il faut penser aux causes non digestives de vomissements, principalement à l'infarctus du myocarde.

■ Diarrhée aiguë

C'est souvent une simple gastroentérite infectieuse. Chez le patient qui vit à son domicile, il est prudent d'inspecter le contenu du réfrigérateur où l'on peut avoir la surprise de trouver des aliments ayant largement dépassé la date de péremption.

La diarrhée, *a fortiori* associée à des vomissements est une épreuve pour l'équilibre hydrominéral, exigeant au moins d'interrompre un traitement diurétique en cours.

Les urgences abdominales se présentent souvent sous forme d'une occlusion intestinale aiguë. Les infections abdominales (cholecystite, sigmoïdite diverticulaire) sont plus fréquentes que le cancer colorectal. Les hémorragies relèvent des mêmes causes que chez le sujet plus jeune, mais les causes médicamenteuses sont plus fréquentes.

En cas de syndrome douloureux de l'épigastre, le mieux est de recourir à une endoscopie haute et le traitement sans diagnostic est un pis-aller.

Toute constipation récente est suspecte de cancer colorectal. Elle est cependant presque toujours fonctionnelle et accentuée par l'alitement, les médicaments, l'anorexie, etc. Elle n'est pas anodine et peut entraîner un dégoût alimentaire et un fécalome source à son tour de fausse diarrhée.

Les vomissements et la diarrhée peuvent révéler une maladie grave et, même bénins et sans lendemain perturber dangereusement l'équilibre hydrominéral de l'organisme.

L'incontinence anale est gênante lorsqu'elle se fait pour les matières. Le toucher rectal recherche un fécalome. La prévention consiste à accompagner le malade aux toilettes ou à mettre à sa disposition un moyen d'exonération et une personne pouvant l'aider. Les couches sont la dernière échéance, quand toutes les autres méthodes ont été un échec. Elles ne doivent jamais être mises de façon « préventive », car elles sont la première cause d'incontinence.

SYNDROMES ANÉMIQUES

L'âge ne change pas la définition de l'anémie : le taux normal d'hémoglobine est supérieur à 13 g/100 ml chez l'homme et à 12 g/100 ml chez la femme. L'anémie est une situation fréquente en gériatrie.

Une clinique pauvre

L'examen clinique apporte peu d'informations. Dyspnée et fatigue peuvent relever d'autres causes, la pâleur des téguments est peu évocatrice sauf si elle est récente, un angor ou son accentuation sont possibles. La pâleur des muqueuses se recherche au niveau des conjonctives.

L'interrogatoire s'inquiète de la couleur des selles et des urines, de l'apparition de troubles digestifs, de métrorragies. L'examen recherche des adénopathies, une splénomégalie, et comporte un toucher rectal. On demande et on fait rechercher s'il y a du sang dans les selles.

On vérifie sur les ordonnances précédentes s'il y a prise de d'AINS, d'aspirine, de médicaments à toxicité médullaire et d'anticoagulants.

Quelle que soit la cause de l'anémie, en cas de mauvaise tolérance, l'administration de concentrés globulaires peut être nécessaire. Elle se fait alors rapidement après le prélèvement sanguin pour bilan de l'anémie.

Anémies par carence en fer

Une anémie microcytaire avec une réticulocytose élevée et une ferritine basse traduit *a priori* un saignement. Si aucun saignement n'est extériorisé c'est qu'il s'agit d'un saignement digestif latent. Des examens endoscopiques digestifs sont alors à envisager. L'âge n'est en aucun cas une raison suffisante pour contre-indiquer une endoscopie digestive, haute ou basse. Mais il faut que le patient puisse la tolérer, en particulier la coloscopie qui se fait sous anesthésie générale ou simple sédation.

Anémie inflammatoire

Une des plus fréquentes anémies du vieillard, l'anémie inflammatoire est régénérative, le plus souvent microcytaire, avec ferritine et CRP élevées, et albumine basse. Les causes de l'inflammation chronique et ses autres conséquences sont à rechercher systématiquement. Le traitement ne peut être que le traitement étiologique de la maladie inflammatoire. La guérison de celle-ci entraîne la guérison de l'anémie, correction qu'il faut vérifier.

Anémies macrocytaires

L'examen recherche une splénomégalie, une hépatomégalie, un discret subictère conjonctival, une coloration ambrée des urines. On interroge sur les apports alimentaires en viandes, fruits et légumes.

La macrocytose oriente vers un trouble de l'hématopoïèse par carence. Les dosages de folates et de vitamine B12 font évoquer une carence en apport protéique et/ou un alcoolisme, plus fréquents que l'anémie de Biermer et que les troubles primitifs de l'hématopoïèse de type splénomégalie myéloïde et autres myélodysplasies.

On s'informe aussi de l'usage de médicaments pouvant provoquer une anémie macrocytaire : antiépileptiques, sulfamides, antimétabolites. La normalité des folates et vitamine B12 oriente vers une myélodysplasie.

Le traitement des myélodysplasies implique un suivi hématologique spécialisé et exige une biopsie médullaire au départ.

Anémies normocytaires

Toute anémie microcytaire ou macrocytaire peut être normocytaire à ses débuts.

Une anémie normocytaire régénérative peut être la traduction d'un saignement aigu récent, ou d'un syndrome hémolytique. En ce cas, l'examen montre un subictère des conjonctives, une splénomégalie, des urines ambrées ou acajou. La bilirubine non conjuguée est élevée et l'haptoglobine abaissée. Un test de Coombs est demandé. Les causes immunologiques sont les plus fréquentes, souvent liées à un lymphome, mais aussi idiopathiques. Une hémolyse mécanique peut survenir chez le sujet porteur d'une valve artificielle aortique.

Les anémies normocytaires arégénératives sont le plus souvent dues à l'hypothyroïdie et à l'insuffisance rénale chronique. Elles peuvent aussi provenir d'une myélodystrophie (cf. anémies macrocytaires). L'hypothyroïdie entraînant une anémie est cliniquement évidente, car c'est à un stade avancé. L'insuffisance rénale chronique s'installe de façon progressive. L'anémie peut être révélatrice. Il faut toujours vérifier l'absence d'obstacle urétéral par une échographie abdomino-pelvienne, qui montre aussi l'épaisseur du parenchyme rénal. Le traitement reste l'érythropoïétine (EPO) qui est prescrite par le néphrologue (prescription réservée).

Chez le carencé, le malade en état inflammatoire, ou chez celui qui a un saignement digestif, le caractère normocytaire peut résulter de la combinaison de causes de microcytose (inflammation, saignement), de macrocytose (carence folique) et d'anémie normocytaire (insuffisance rénale). Dans ce cas, banal en gériatrie, la restauration d'un taux d'hémoglobine fonctionnel par transfusion érythrocytaire peut être une urgence qui doit précéder le traitement de la cause de l'anémie.

L'anémie est souvent révélée par des signes d'intolérance : asthénie, essoufflement, angor. Le médecin doit s'informer des médicaments reçus et des antécédents digestifs ou hémorragiques. Le VGM permet un premier classement en anémie micro-, macro- ou normocytaire.

Une anémie microcytaire avec réticulocytose et ferritine basse est une anémie par carence martiale, souvent due à un saignement chronique. Si celui-ci n'est pas apparent, il faut rechercher un saignement occulte digestif. Une anémie microcytaire arégénérative avec CRP élevée traduit une anémie inflammatoire.

Une anémie macrocytaire est plus souvent liée à une carence d'apports en folates et protéines, qu'à un trouble de l'hématopoïèse.

Une anémie normocytaire peut traduire le début d'une anémie micro- ou macrocytaire. Elle doit toujours faire évoquer l'hypothyroïdie et l'insuffisance rénale chronique.

En cas de mauvaise tolérance de l'anémie, une transfusion de culots globulaires doit être le premier traitement.

QUELQUES SITUATIONS PARTICULIÈRES

Le vieillard aux urgences

On doit éviter autant que possible d'avoir recours à l'hospitalisation d'un vieillard en passant par le service d'accueil d'urgence. Il faut préférer, lorsque l'hospitalisation est nécessaire, une hospitalisation programmée, soit en gériatrie, soit dans la spécialité dont relève la pathologie aiguë.

Cependant, si votre malade doit être hospitalisé en urgence, il faut qu'il soit accompagné par quelqu'un qui connaisse son historique médical et ses conditions de vie, surtout s'il n'est pas en état de s'exprimer. Il est indispensable qu'un mot détaillé du médecin traitant explique la raison de l'urgence, la situation médicale précédente du malade, ses capacités avant l'épisode actuel et son traitement. Adresser un malade à 23 h pour « placement » ou pour « baisse de l'état général » ne tient pas debout. Quelles que soient ses compétences, aucun urgentiste ne peut démêler une situation gériatrique s'il ne dispose pas d'informations sur l'état antérieur du patient. Insistons sur la mauvaise tolérance du vieillard aux délais d'attente. Un grand nombre d'urgences gériatriques sont à prendre en soins aussitôt. Mieux l'urgentiste sera informé, meilleur sera le soin du malade.

En gériatrie, un problème primordial des Urgences est l'absence d'aval gériatrique, voire de toute compétence gériatrique dans l'établissement. Parfois on refuse les hospitalisations d'urgence pour de prétendus motifs « sociaux ». Lorsqu'un vieillard malade chronique et handicapé ne peut plus rester chez lui, parce qu'il a des troubles du comportement qui ne sont plus contrôlés, que son conjoint a lui-même besoin de soins, qu'il n'y a plus de soignant donc plus de soins au domicile pour le week-end, il s'agit d'une maladie, non d'un cas social ! Quand ces situations de crise sont prévisibles, il faut tenter de les résoudre par une hospitalisation de jour gériatrique ou en unité gériatrique aiguë, sinon en soins de suite gériatriques, sans attendre l'aggravation vespérale.

L'examen s'attache d'abord au problème, cause de la venue aux urgences, à son retentissement sur les autres fonctions, puis sur l'état des fonctions non impliquées. On s'intéresse ensuite aux complications que peuvent provoquer la pathologie urgente et à leur prévention.

Si une mesure d'hospitalisation conclut l'examen, celle-ci doit se faire dans un service spécialisé en gériatrie, sur place. L'exil, n'importe où, à 40 km, est une maltraitance du malade et de sa famille. Encore faut-il qu'existe sur place un service compétent, ce dont ne dispose pas nombre d'hôpitaux. Mettre le malade n'importe où, dans un service où il sera accueilli sans compétence gériatrique, voire avec hostilité, est aussi une maltraitance.

En cas d'absence de gériatrie dans l'hôpital de secteur, il est préférable d'adresser le malade là où elle existe, comme pour toute autre cas quand la spécialité compétente n'existe pas sur place.

Le clinicien face au cancer du vieillard

La fréquence des cancers augmente avec l'âge. Les symptômes ne sont pas différents de chez l'adulte, mais peuvent être masqués par la polyopathie. Le malade peut ne pas consulter pour des symptômes devenus évidents mais attribués à « l'âge » : constipation d'un cancer du côlon, douleurs vertébrales d'un myélome. Le malade peut ne pas consulter par peur d'un diagnostic parfois évident (sein).

Chez le vieillard, comme chez l'adulte plus jeune, la confirmation diagnostique et le traitement de chaque cancer est affaire du spécialiste d'organe. Le dépistage et le diagnostic précoce sont l'affaire de tous les médecins.

QUELQUES SITUATIONS PARTICULIÈRES

La première étape de la prise en soin reste le diagnostic clinique. C'est un rôle de l'examen annuel de toute personne, y compris âgée. Palpation des seins, examen gynécologique, toucher rectal, interrogatoire sur d'éventuels symptômes nouveaux respiratoires, digestifs, urinaires permettent des diagnostics en temps utile chez le vieillard.

La deuxième étape de l'examen est, une fois le diagnostic fait, de recueillir les arguments qui permettent une proposition thérapeutique réfléchie et pertinente. Entre le traitement efficace refusé sur le seul critère de l'âge et le délire thérapeutique de certains, il existe un espace de soin raisonné. En l'absence de preuves issues de la littérature, c'est l'examen de base qui va guider les indications, en tenant compte de l'état général, de la capacité de mobilité, du goût de vivre, des capacités de rééducation et de récupération physique après un traitement agressif chirurgical, radiothérapique ou chimiothérapique.

Le malade âgé, qui comprend son traitement et y coopère, est compliant. Il tirera bénéfice d'un acte chirurgical, d'une radiothérapie, d'une chimio ou d'une hormonothérapie.

Chez le malade âgé dément, incapable de coopérer, de comprendre, les traitements de confort sont non seulement possibles mais indiqués : pourquoi le priver de ce confort ? Au stade précoce ou modéré, un dément doit bénéficier du traitement curatif, s'il existe.

Il faut lutter contre l'abandon thérapeutique qui prédomine pour les vieillards cancéreux. Beaucoup de cancers du grand âge peuvent être guéris (côlon, sein, rein). Pour beaucoup d'autres, le malade pourra vivre des années avec son cancer, à condition que le duo spécialiste/généraliste fonctionne bien. Pour d'autres, on ne peut pas faire mieux que chez l'adulte : tenter une rémission, et sinon, assurer le confort d'un bon suivi.

Dans les cas désespérés, il ne faut pas proposer au malade des actions qui altèrent son confort sans changer sa durée de vie. Ce qui compte, c'est calmer les symptômes douloureux et désagréables, et accompagner moralement le malade.

Le rôle du médecin généraliste, qui connaît bien la clinique et la mentalité de son malade, est de lui éviter certaines chirurgies à l'agressivité délirante et l'abandon thérapeutique sur le seul critère d'âge.

Le vieillard chirurgical

Un malade âgé peut avoir besoin d'une intervention chirurgicale urgente (fracture, occlusion) ou à froid (cancer, coxarthrose, pyonéphrose ou cholécystite « refroidies »). La question est de savoir si l'abstention, c'est-à-dire l'évolution spontanée, est plus dangereuse que l'acte chirurgical s'il est délabrant. Pour la plupart de ces situations, l'abstention conduit à une mort assurée dans des conditions inconfortables (fractures non traitées) ou à une infirmité croissante (coxarthrose). L'anesthésie n'a pas de contre-indication si l'acte chirurgical est vital. Beaucoup d'interventions peuvent être réalisées chez le vieillard lucide et coopérant par analgésie loco-régionale. L'âge chronologique n'est jamais une contre-indication chirurgicale ; seule l'est l'absence de bénéfice que le malade pourrait tirer de l'intervention.

C'est au malade de décider, au besoin avec l'aide de sa personne de confiance, une fois qu'il dispose des éléments de ce choix. Parfois les pathologies peuvent rendre l'intervention et ses suites opératoires plus risquées : insuffisance rénale, insuffisance respiratoire, troubles du rythme cardiaque, syndrome confusionnel. Une fois l'indication opératoire validée par le bénéfice que le malade va en tirer, l'expérience de l'équipe soignante reste le point principal. Une équipe soignante attentionnée, motivée, et surtout formée au soin gériatrique, pouvant assurer le suivi de la conscience, de la nutrition, de l'état cutané, de l'hydratation, a de meilleurs résultats en chirurgie gériatrique qu'une équipe prestigieuse mais non préparée à penser à tous les aspects du soin et des petits soins.

Il n'existe presque pas de services de « chirurgie gériatrique », mais il existe quelques établissements privés ou publics qui guériront vos « vieillards chirurgicaux » par des soins postopératoires adaptés. Choisissons-les !

Le vieillard en état terminal

Reconnaître le passage à un état terminal n'est pas toujours facile en gériatrie. La mort survient plus souvent en situation aiguë qu'en situation chronique.

■ En situation aiguë

Il s'agit d'un événement brutal mettant en jeu le pronostic vital : infarctus du myocarde ou mésentérique, traumatisme ou lésion viscérale, sepsis, AVC massif avec coma... Il est parfois difficile de décider entre soin curatif ou soins de confort terminaux si l'on ne connaît pas l'état pathologique antérieur (capacités, activité, mode de vie). De même, la réversibilité possible ou non des lésions n'est pas aisée à déterminer. Il s'agit d'une décision réfléchie en fonction de chaque cas. Dans les motifs de la décision, antécédents, souhaits du malade et surtout réversibilité de l'épisode, validité et qualité de vie attendue en cas de survie, vont conduire à une décision de traitement actif ou de passage aux soins terminaux. Cette décision ne doit pas être imposée au malade, mais discutée avec lui s'il est conscient, avec humanité et prudence. Certains préfèrent vivre à tout prix, d'autres préfèrent ne pas survivre à un handicap aggravé de façon certaine. La décision doit pouvoir aussi être révoquée en fonction de l'évolution.

On ne doit plus voir de personne mourir d'asphyxie non traitée au cours d'un œdème aigu pulmonaire sous prétexte qu'elle a plus de 90 ans ou qu'elle a dit refuser tout acharnement ! Soulager la souffrance n'est pas s'acharner. Celle de l'asphyxie par exemple est intolérablement angoissante. Si le traitement ne guérit pas, il évite le tableau d'asphyxie aiguë. On ne doit plus voir de comateux, décérébrés, âgés ou non, laissés sous machine sans espoir d'amélioration : quel sens pour le soin ?

■ En situation chronique

La mort peut survenir en situation chronique, par une longue extinction, telle celle de la maladie d'Alzheimer, plus souvent au cours d'une acutisation : pneumopathie d'inhalation, nouvel AVC, poussée d'insuffisance cardiaque. Il est, dans ces cas, difficile de savoir si l'on est dans une situation terminale, encore que la multiplication des événements fait penser qu'on en approche. On sait que le traitement ne peut plus guérir. Il faut éviter les gestes altérant la qualité de vie. Il faut traiter tout ce qui altère le confort de la survie : infection, dyspnée, confusion, douleur.

Passer du soin curatif au soin palliatif terminal ne doit jamais être un abandon. Ce sont des soins d'une plus grande densité : prévention des escarres, humidification des muqueuses, mobilisation passive pour éviter les rétractions douloureuses, traitement antalgique chaque fois que nécessaire mais évitant nausées et confusion, et surtout accompagnement. Les personnes

dans cet état ont besoin de ne pas être laissées seules, de parler, d'être écoutées, d'être près de leurs proches. La difficulté est de faire face à cette intensification des soins : est-ce possible à domicile, peut-on disposer de l'aide d'associations de soins palliatifs ? En institutions qui ne disposent pas du personnel suffisant pour les soins quotidiens ? Est-ce possible en hospitalisation aiguë, où recevoir un mourant âgé, sans perspective d'amélioration, « ça dérange » ? L'accueil peut être hostile avec un abandon de tout soin : le médecin n'entre même pas dans la chambre.

Avec les avancées de l'espérance de vie, les décès concerneront des personnes de plus en plus âgées. C'est un progrès. En France, le développement des soins palliatifs a largement concerné les structures gériatriques. Il reste difficile d'accompagner dignement un malade âgé mourant quel que soit le lieu du « mourir ».

Lorsqu'on prend en soin un malade âgé en état terminal dans une structure ou à domicile, il faut vérifier que ce soin soit possible jusqu'au bout. Sinon, quand l'entourage familial ou professionnel craque, ces malades sont adressés en catastrophe aux urgences. Ces services ne pourront rien lui apporter de plus, sinon le stress de plus du transfert. À juste titre, jamais les urgentistes ne refusent un mourant. Mais ils ne pourront lui proposer que la vue de leur propre insatisfaction de ne pouvoir rien faire : même pas trouver un lit dans un service qui accepte de l'accueillir.

Mourir sur un brancard aux urgences n'est pas une fin de vie souhaitable. Le soin terminal du malade âgé ne doit être ni un abandon, ni un rejet. Mourir dans la dignité, c'est mourir respecté, soigné et entouré.

■ Reconnaître et prendre soin d'un état terminal

Reconnaître un état terminal chez un vieillard n'est pas évident, alors que de cette reconnaissance dépend la décision médicale majeure : arrêter ou non le soin curatif, le soin d'entretien et le soin de prévention. Il n'est pas rare de voir des hypocholestérolémiantes administrés à des mourants !

Il faut connaître la situation antérieure : l'existence d'une maladie chronique, incurable ou non, son stade évolutif, les capacités restantes, le stade d'évolution des handicaps. On a besoin d'un diagnostic documenté par un dossier médical et confirmé par son propre examen quand on ne connaît pas déjà le malade. On ne peut pas se contenter de « on a dit que » ou d'un « à ne pas réanimer » inscrit dans le dossier. Il faut identifier des signes de gravité de l'affection en cours qui traduisent une situation irréversible : collapsus

QUELQUES SITUATIONS PARTICULIÈRES

prolongé, hypoxie prolongée, arrêts cardiaques sur cœur connu pour être lésé, démence évoluée avec apraxie de la marche et de la déglutition, cancer connu en situation de cachexie. Il faut identifier les signes de souffrance qui doivent être traités quelle que soit la cause du décès attendu : douleur, mais aussi dépression, nausées, sécheresse de la bouche, escarre, dyspnée.

La tolérance de chaque symptôme doit être discutée avec le malade. Il peut avoir plus peur de la nausée que de la douleur, de la somnolence que de la conscience de son état. Il peut préférer avoir une ventilation invasive que de mourir en asphyxie.

■ Que dire au malade ?

Dialoguer avec le mourant conscient est difficile, mais indispensable, où que se passe le « mourir ». L'aide des soignants et de l'expérience des associations de soins palliatifs peut soulager en partie le médecin de ce soin qui prend du temps et avec lequel il n'est pas à l'aise, mais ne l'en dispense pas. Le médecin qui n'entre plus dans la chambre du mourant, que ce soit au domicile, en institution ou à l'hôpital, c'est un abandon de poste !

Le souci quotidien de son confort et de son état est toujours apprécié par ce patient. Le vieillard sait bien qu'il va mourir, mais il n'y est pas plus prêt que le jeune. Le malade doit avoir conscience et confiance que tout est fait pour la qualité de ces précieux derniers instants.

Il faut aussi parler à la famille qui, anxieuse, demande aussi souvent l'acharnement que « d'abrèger ses souffrances ». Le médecin ne doit pas se laisser impressionner par ces demandes. Ce que demandent la plupart des familles, c'est – à juste titre – que leur parent ne souffre pas, que sa dignité soit préservée, c'est-à-dire qu'il reste soigné comme une personne respectée et encore vivante et qu'il ne devienne pas un objet de soins. Cela reste trop le cas quand le mourant est mis dans un coma thérapeutique qui fait perdre le contact verbal et non verbal avec l'entourage familial et professionnel.

Le médecin participe à l'accompagnement de la famille en expliquant l'évolution de la situation. Si le décès probable, proche, doit être annoncé, ce doit toujours être avec prudence : rien n'est pire qu'un deuil prématuré. Le malade encore vivant, qui a surmonté cette fausse période « terminale » n'est plus qu'un objet dérangent pour la famille qui a déjà fait son deuil. En cas d'erreur et de survie du malade à l'épisode terminal, le deuil est fait : il sera rejeté par les siens.

Aujourd'hui, la maladie mortelle concerne surtout les vieillards. C'est au médecin de porter le diagnostic d'état terminal, souvent aidé par l'observation des professionnels du soin. Porter ce diagnostic exige de connaître les pathologies antérieures de façon documentée, leur stade d'évolution, les niveaux des handicaps. La pathologie nouvelle ou ancienne doit être identifiée et les critères d'irréversibilité de la situation sont déterminants. C'est difficile dans les situations aiguës où le passage aux soins palliatifs terminaux doit être décidé avec prudence. Dans les situations chroniques, c'est la connaissance de l'évolution de la maladie qui permet cette décision.

Le passage du traitement palliatif ne signifie pas un abandon des soins, mais une présence plus active du médecin et des proches. Le médecin se doit de rechercher les symptômes d'inconfort, douleurs, dépression, dyspnée, nausée, escarre, sécheresse de la bouche, somnolence non désirée, pour les traiter de façon symptomatique et efficace.

À LA FIN DE LA CONSULTATION

La fin de la consultation est l'instant des informations, des conseils, de l'ordonnance.

Il faut garder à l'esprit que si le médicament reste indispensable pour la guérison, il ne résume pas la thérapeutique. Le vieillard doit éviter sédentarité, ennui, désafférentation sociale, culturelle et affective, surcharge, dénutrition, etc. C'est plus difficile que de prendre des pilules à heures fixes. Il n'y a pas d'autre traitement préventif de la vieillesse que le maintien d'activités et de projets de vie. Incitez vos vieillards bien portants ou malades à profiter de leur vieillesse. L'oisiveté est le plus grand danger de l'avancée en âge.

Informer

C'est au malade âgé, comme à tout autre malade de décider. Le médecin lui propose un traitement, ses avantages, ses inconvénients et ses risques, et décrit ce qui se passerait sans traitement. Quand il y a un choix entre plusieurs solutions, l'alternative est exposée. C'est quand il y a un traitement invasif ou difficile à équilibrer que le malade doit particulièrement bien comprendre tous les éléments de sa décision et les critères de surveillance. Un malade qui a compris, qui est décidé, et coopère à son traitement, obtient toujours de meilleurs résultats que celui qui consent passivement à ce que vous lui proposez, sans y participer réellement.

Cette information doit être loyale, pertinente, elle concerne les problèmes de ce malade individuel. Elle doit peser les risques réels. Avoir provoqué un refus par une présentation apocalyptique de risques exceptionnels ou virtuels peut se voir aussi bien reproché au médecin que d'avoir tu un risque grave et fréquent. Un malade qui connaît sa maladie, son traitement, ses risques est le meilleur collaborateur de son médecin pour son soin. Le but de l'information n'est pas de se protéger de la justice. Un juge qui veut condamner un médecin trouvera toujours votre information inadéquate. Le but est que le malade âgé ait bien compris comment faire face au mieux à sa maladie.

Quand le malade a besoin de l'aide des siens dans son quotidien, ce qui est habituel en gériatrie, sa famille et surtout son aidant principal, fille ou conjoint, doit être informé. Le secret médical doit être partagé avec les soignants, y compris familiaux. Ce partage est limité à ce que doit savoir le soignant pour ses soins. Ce qui va loin quand c'est la famille qui est en première ligne pour un malade atteint de troubles cognitifs. Elle ne peut y faire face que si elle comprend par exemple ce qui risque de déclencher des troubles du comportement.

La prescription médicamenteuse ne résume jamais le traitement, en particulier en gériatrie. Selon les situations, il y aura des conseils à donner. Ceux-ci peuvent concerner les activités, le sport, l'alimentation, un voyage, etc. Lorsque le conseil est capital, il est indispensable de lui donner une forme écrite qui laissera la preuve que vous avez donné le conseil. Par exemple si vous jugez que la conduite automobile est devenue dangereuse de façon transitoire (ex. : tous les médicaments sédatifs sont incompatibles avec la conduite) ou définitive (ex. : syndrome démentiel), il est préférable de le dire devant témoin et de l'écrire sur l'ordonnance elle-même.

Informé et conseiller prend du temps, beaucoup de temps, temps qui n'est pas prévu dans la nomenclature des actes médicaux. Un temps exigé par la bonne pratique clinique et la déontologie.

L'ordonnance : jamais une routine

Il n'y a pas de pharmacologie spécifique liée à l'âge chronologique. Les taux pathologiques restent des taux pathologiques à tout âge. On ne peut pas se baser sur de prétendues « normes » établies sur des vieillards volontaires « sains ». Lorsque le médicament sera nécessaire, il sera donné à un vieillard

À LA FIN DE LA CONSULTATION

malade dont les fonctions rénale, hépatique et cardiaque risquent d'être déficientes. En l'absence d'essais thérapeutiques démonstratifs, qui devraient être des essais de stratégie thérapeutique, il faut prescrire en fonction des preuves d'efficacité et de ce qu'on sait des précautions ou contre-indications résultant de l'insuffisance rénale, des modifications métaboliques hépatiques en phase aiguë, de l'hypoalbuminémie et de la dilution, de l'état circulatoire cérébral, etc., de votre malade à l'instant de la prescription.

Prescrire à un malade âgé est un art difficile. La polypathologie conduit à une polymédication. Ceux qui disent qu'on ne doit jamais donner plus de trois médicaments n'ont jamais soigné de vieillards polypathologiques ! Si la polymédication exacerbe le risque iatrogène, abandonner le traitement d'une ou plusieurs maladies risque d'abrégéer fortement la vie de votre malade !

Pour éviter ces écueils, il faut bien connaître votre malade, ses maladies, ses choix, et ne lui prescrire que ce qui peut efficacement prévenir, guérir, améliorer, retarder, une ou plusieurs de ses maladies.

La toxicité des médicaments dépend moins de l'âge – qui n'a pas une valeur discriminatoire en gériatrie – que du taux d'albumine, de la clairance à la créatine calculée par la formule de Cockroft et Gault (cf. Annexe IX p. 178), de la prescription de diurétiques, de l'existence d'un état inflammatoire confirmé (taux de CRP) d'une insuffisance hépatique (gamma-GT), de la prise d'autres médicaments et de leurs interférences. La formule de Cockroft et Gault permet d'évaluer le débit de filtration rénale du patient âgé. Ce n'est pas un outil idéal chez les grands dénutris et les plus de 90 ans, chez lesquels la clairance est alors sous-estimée, mais c'est le seul qui soit facile d'utilisation.

Connaître le malade signifie aussi lui faire accepter de montrer les ordonnances des confrères qui participent éventuellement à ses soins : rhumatologue, cardiologue, neurologue ou psychiatre, ophtalmologiste, etc. ! L'idéal est qu'à la fin de la consultation, le malade dispose d'une ordonnance unique sur laquelle figurent tous les médicaments qu'il doit recevoir, sans traitement faisant double emploi, ni association qui soit incompatible. Il m'est arrivé de voir des malades qui prenaient trois fois le même médicament sous trois noms différents et sur trois ordonnances différentes ! Ce risque est multiplié par l'usage des génériques (ex. : le même produit en générique et en spécialité). Toute prescription inutile est dangereuse. Pour les produits sélectionnés, on vérifie toujours dans le *Vidal* l'absence d'interférences, et s'il y a des interférences – on ne peut toutes les éviter –, les précautions à prendre.

ABORD CLINIQUE DU MALADE ÂGÉ

Le malade doit avoir compris à quoi sert chacun des médicaments prescrits. Celui qui, à la question « Que prenez-vous ? », vous répond : « des gélules vertes, dans une boîte rouge, il y en a trente dans une boîte, vous savez sûrement ce que c'est, Docteur », est en risque d'accident iatrogène. Le malade doit aussi savoir quels symptômes d'alerte doivent lui faire redouter un effet secondaire ou une inefficacité, et le faire consulter de nouveau. Éventuellement, son entourage doit être averti, quand le malade n'est pas capable de se prendre en charge, lorsqu'il y a risque de malaises (antiarythmiques, antihypertenseurs, antidiabétiques, de manifestations *on-off* (antiparkinsoniens).

Pour les maladies chroniques, le malade doit apprendre à adapter lui-même son traitement. Les traitements chroniques continus sont une source d'accidents iatrogènes quand il y a une mauvaise compliance par excès ou par défaut. Le contrôle de l'aidant naturel peut être d'une grande aide, mais est moins efficace que la propre prise en soin de sa maladie par le malade lui-même.

Les ordonnances de « chronicité » sont complexes. Combien de médicaments pour un diabétique de type II, hypertendu et coronarien ? Ils permettent au malade de conserver une qualité de vie et d'éviter de nouveaux handicaps malgré sa maladie chronique handicapante. Par contre, ces prescriptions complexes impliquent de tout vérifier et de regrouper tous les médicaments sur une seule ordonnance. Combien d'anticholinergiques prescrits à des déments, des prostatiques ou des glaucomeux, si le prescripteur spécialiste ignore la polyopathie de son malade ? Si chacun ignore ce que fait l'autre, l'accident iatrogène n'est pas loin.

Le prescripteur se doit de chasser tout médicament inutile, tout médicament « pour faire plaisir ». Si l'ordonnance est très longue ou mal comprise, le malade fera ses choix : ce choix sera souvent de supprimer le médicament efficace – pas toujours bien supporté – et de conserver le médicament inutile, pas anodin pour autant.

La connaissance du malade et de ses maladies chroniques est essentielle, mais ce n'est pas toujours le cas lorsque le malade est vu en urgence pour un problème aigu. La maladie aiguë est-elle un évènement nouveau ou une complication d'une maladie chronique ? Celui qui découvre le malade a une tâche difficile en l'absence de dossier médical.

La prescription ne peut jamais être de rajouter un traitement aigu à un traitement chronique. Le malade aigu est plus fragile : il est en cours de syndrome inflammatoire, il a une baisse de ses clairances rénale et hépatique. Le risque iatrogène est maximum. Le besoin d'un traitement efficace aussi.

À LA FIN DE LA CONSULTATION

Tout médicament actif est plus dangereux pour ce malade : l'évènement aigu exige de réviser toutes les prescriptions chroniques. Ce malade hypotendu a-t-il besoin de conserver ses antihypertenseurs ? Ce malade en insuffisance rénale fonctionnelle doit-il conserver ses diurétiques ? Ce malade subcomateux a-t-il besoin de sédatif ? Il faut *tout* remettre en cause, quelles que soient la qualité et la compétence du prescripteur initial. Il est peu de médicaments qui doivent être poursuivis tous les jours sans exception, sauf l'insuline du diabétique et de l'hydrocortisone de l'addisonien.

Cette révision de l'ordonnance de base est indispensable, quitte à la reprendre après guérison de l'épisode aigu. Certains médicaments sont délicats à arrêter car ils risquent d'entraîner des syndromes de sevrage ou de rebond. Dans ces cas, la diminution doit être progressive. La nouvelle prescription doit être faite avec prudence, en particulier vis-à-vis des produits potentiellement néphrotoxiques. Le malade âgé aigu est souvent en situation de bas débit, donc de basses clairances. Le risque d'accumulation est maximal. Les prescriptions de ces produits doivent être faites en calculant les doses en fonction de la clairance rénale calculée.

Si on ne peut pas éviter ces médicaments quand ils sont indispensables pour guérir (ex. : aminosides), la prudence de la prescription doit s'accompagner d'un contrôle répété et rapproché de la diurèse et de la créatinine. Le recours à l'hospitalisation en gériatrie est souvent la meilleure solution.

Les durées de traitement doivent toujours être inscrites et rester brèves. Il faut revoir le malade et connaître l'évolution favorable ou défavorable de l'épisode aigu plutôt que d'écrire « à renouveler ». Les événements aigus peuvent entraîner à leur tour la mise en route de nouveaux et indispensables traitements préventifs : antiescarres, antithrombotiques, antiacides, etc., ainsi que des traitements non médicamenteux : compléments alimentaires, kinésithérapie, hydratation, à prescrire également par ordonnance.

L'ordonnance est la suite logique de l'examen clinique qui a découvert une ou plusieurs maladies curables ou améliorables. Prescrire représente une part importante de l'art médical. Prescrire est ardu en gériatrie, où il faut joindre l'audace de traiter efficacement et la prudence de fuir l'inutile et l'excès. Une dose insuffisante ne peut pas guérir, une dose excessive peut tuer.

Il est consternant que tant de prétendus « suivis » de malades chroniques âgés se limitent à une prise tensionnelle et au renouvellement d'une ordonnance, dont ni le bien-fondé, ni l'actualité, ne soient jamais remis en cause.

Les prescriptions médicamenteuses inutiles et intempestives sont dangereuses chez le vieillard, mais l'absence de traitement préventif ou curatif des affections évitables, curables ou améliorables représente une menace bien plus dangereuse et d'un coût bien plus grand. Trop de malades âgés sont traités « à côté » de leur principal problème de santé, maladie artérielle, dépression, démence, risque de chute, etc.

Prescrire des soins et des aides

Lorsque le malade ou le duo malade-aidant ne peut plus assurer seul les soins ni les actes de la vie quotidienne, le processus de soins risque de tourner à vide. Le médecin ne peut soigner seul un malade handicapé en situation de dépendance d'autrui. Il a besoin que se crée autour de la personne malade une organisation d'équipe. Ce peut être soit un réseau structuré, comme il en existe encore trop peu, soit un réseau informel constitué autour du malade par l'entourage familial et les différents professionnels acteurs du soin et de l'aide.

■ Le rôle clé de l'aidant-soignant familial

Même non handicapé, le malade âgé aime se faire mater par son conjoint ou sa fille. En cas d'incapacité altérant les activités de la vie quotidienne, il ne peut vivre sans cette aide. L'aidant familial assure dans une large majorité des cas de petits handicaps la totalité des aides quotidiennes. Même pour les plus grands handicaps, c'est l'aidant familial principal qui assure la majorité des aides, avant les professionnels de l'aide. Il en est parfois de même pour les soins. Trop souvent, aucun soin ne peut être apporté le soir ni le week-end, que ce soit à l'improviste ou de façon permanente.

Pour les « dépendances » les plus sévères l'aidant familial se trouve assurer le rôle de soignant principal (*caregiver* : la langue anglaise ne détaille pas). À ce titre il doit être informé le mieux possible et il (elle le plus souvent) est capable d'informer au mieux le médecin. C'est lui qui est au centre du réseau de proximité constitué avec les aides professionnels et les soignants.

■ Aides à domicile

Personnel d'aide à la vie quotidienne sans formation particulière, il peut s'agir :

- d'une femme de ménage embauchée directement par le malade ou sa famille ;

- d'aides à domicile formées ou non par une association, mais rétribuées directement par le malade ou la famille, souvent par des chèques emploi-service ;

- d'aides à domicile payées par une association rétribuée par le malade éventuellement en fonction de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) reçue, APA elle-même calculée sur les besoins évalués.

Ces personnes ne sont censées remplir que des tâches ménagères. En fait leur rôle peut être plus important. Elles ont un rôle relationnel certain. Souvent attachées à la personne qu'elles aident, elles sont capables d'observer le comportement quotidien, ses modifications, de donner l'alerte. Le médecin a intérêt à les interroger et utiliser leur bonne volonté pour la surveillance, bien que ce ne soit pas leur rôle officiel. Quand il n'y a pas de famille sur place, c'est le seul lien de la personne handicapée avec la société. La concierge, dans les grandes villes, est un élément essentiel de survie des personnes âgées dépendantes, que cette aide soit spontanée ou rétribuée.

■ Auxiliaires de vie sociale

Il s'agit d'un personnel formé à l'aide aux personnes ayant des incapacités altérant leurs activités de la vie quotidienne : courses, cuisine, lever, coucher, s'habiller, se laver, aller aux toilettes, etc. Ces professionnels ont reçu une formation en cet effet, mais ne sont pas formés aux soins. Toilette intime, alimentation des personnes ayant des troubles de la déglutition ne relèvent pas en théorie de leur compétence. Dans les faits, on observe un glissement de tâches de soins vers ces travailleurs « sociaux ». Les auxiliaires de vie qualifiés sont employées par des associations d'aide à domicile. Elles ne représentent hélas qu'une minorité de leur personnel.

On observe un refus croissant de la part des infirmières libérales de donner aux malades chroniques âgés des soins d'hygiène peu rétribués. Ce refus est renforcé par les instructions de certaines caisses primaires d'assurance maladie et par la scandaleuse « démarche de soins infirmiers ». Ce refus peut amener les auxiliaires de vie, voire les aides à domicile et surtout la famille elle-même à réaliser des actes de soins, sans en avoir ni compétence, ni expérience.

ABORD CLINIQUE DU MALADE ÂGÉ

Le médecin se trouve devoir les former à ces tâches, ce à quoi il n'a pas été préparé. Le plus difficile est d'obtenir les passages de week-end. Les malades chroniques le sont toute la semaine, ce que les décideurs locaux semblent avoir oublié. Rencontrer ces personnels permet d'être informé de la vie quotidienne du malade chronique handicapé. C'est indispensable au bien suivi.

■ Actes de soins

Ils sont réalisés soit par des infirmiers libéraux soit par des services de soins infirmiers à domicile. Les infirmiers libéraux ne peuvent employer d'aide-soignant. C'est donc à eux de réaliser tous les actes soignants demandés par le médecin : injections, pansements, prises médicamenteuses. Le passage et le regard quotidien d'un soignant qualifié, sont parfois plus utiles que la prise médicamenteuse elle-même. C'est aussi à lui (à elle) de procéder aux toilettes intimes et à l'alimentation (en cas de troubles de la déglutition). Ces actes sont des prescriptions médicales. La toilette intime s'accompagne du dépistage des escarres débutantes. Les infirmiers libéraux sont de plus en plus organisés en cabinets de groupe, certains s'entendent pour assurer les rotations de week-end et de vacances. Les quotas d'heures de soins et la faible rémunération des actes d'hygiène représentent autant de difficultés pour assurer la présence infirmière nécessaire auprès de ces malades.

■ Services de soins infirmiers à domicile

Ils doivent être, *a priori*, capables d'assurer les présences de week-end et de vacances. Ils ont l'avantage de pouvoir employer des aides-soignants, qualifiés pour les soins d'hygiène. Les mieux organisés de ces services sont des services de soins infirmiers et d'aides à domicile (SSIAD), regroupant dans une même équipe professionnels de l'aide et professionnels du soin. Ces services sont capables d'assurer une coordination des interventions et de dégager ainsi le médecin de cette tâche qu'il n'a pas le temps d'assurer. Une coopération entre médecin et service de soins et d'aide permet une coordination des interventions en fonction des besoins du malade. Ceci joint à la possibilité de se référer à la consultation d'un service de gériatrie réalise à soi seul un réseau de base efficace.

■ Kinésithérapeutes

Les troubles de la marche sont le handicap le plus répandu, altérant la qualité de vie des vieillards. Il est rare qu'ils rendent la marche totalement impossible. Dans la plupart des cas, des possibilités de récupération persistent. Le rôle du kinésithérapeute en gériatrie n'est pas de poser des appareillages complexes et inutiles, ni de proposer des massages charlatanesques. La kinésithérapie a un rôle essentiel dans tous les déficits de la marche, les troubles de la déglutition, les insuffisances respiratoires, le reconditionnement à l'effort. L'important est de préciser la rééducation demandée, sa nature, sa durée, ses objectifs, après en avoir si possible discuté avec le kinésithérapeute ou avec le médecin rééducateur.

■ CLIC

Le médecin ne peut tout savoir de la complexité des lois, des droits et des structures présentes ou absentes. Il a donc intérêt à conseiller au malade et sa famille de s'informer auprès du Centre local d'informations et de coordination (CLIC) le plus proche, mais ce en donnant à la famille et au malade les informations nécessaires. Les informations données par le CLIC ne peuvent avoir de pertinence si elles ne sont pas fonction des incapacités du vieillard malade et de leur évolution prévisible, donc s'il n'y a pas de diagnostic !

■ Recours aux référents

Nul n'est omniscient, et le malade gériatrique est complexe. Le médecin de famille est le médecin de première ligne du soin gériatrique. Ses interventions sont limitées par le peu de temps de chaque consultation et par la difficulté de déplacer le malade. Sa coopération avec le gériatre peut garantir une vie au domicile plus prolongée à son malade surtout en cas de handicap(s).

L'avis du gériatre doit être précoce en ambulatoire, dès l'apparition d'une nouvelle déficience, avant qu'elle ne s'aggrave ou devienne définitive. Le centre d'évaluation gériatrique multidisciplinaire ou la consultation gériatrique doivent être préférés à la consultation mémoire, qui ne s'occupe que du diagnostic précoce des syndromes démentiels sans regard sur les autres pathologies. L'objectif est la mise en route d'un projet de soins visant à éviter, freiner, retarder, limiter ou compenser le handicap. En terme d'économie de santé, de qualité de vie, cette coopération est le système le plus efficace de prévention et de soutien à domicile, mais à condition de ne pas attendre la « crise ».

D'autres avis spécialisés peuvent être nécessaires, en particulier ophtalmologiste et ORL, médecin rééducateur, psychiatre...

En gériatrie, plus qu'ailleurs, il est indispensable que tout spécialiste consulté par ce malade polyopathologique prenne contact avec le médecin de famille pour connaître diagnostics, prescriptions, traitements, capacités réelles du malade, environnement humain et matériel, etc. Au près de ce malade complexe, nul ne peut travailler seul dans son coin.

■ Psychologue

Le recours au psychologue peut avoir plusieurs objectifs :

– faire un bilan cognitif pour détecter et aider à classer un trouble cognitif, par le neuropsychologue, qui est le mieux préparé à faire passer ces tests ;

– soutenir moralement et faire sortir le non-dit d'un malade anxieux, névrosé, culpabilisé ou en conflit conjugal ou familial. Dans ce cas, un psychologue clinicien doit être consulté, de préférence un géronto-psychologue. Il existe un master spécifique ;

– « remonter le moral » d'une équipe traumatisée par des deuils ou démissionnaire, que ce soit en institution ou en SSIAD. Il vaut mieux que ce psychologue soit extérieur à l'équipe.

Du bon usage de l'hôpital en gériatrie

Il faut distinguer l'utilisation des compétences et moyens diagnostiques de l'hôpital et l'utilisation qu'on peut en faire comme lieu de soins.

Vu la rareté des « vrais » gériatres libéraux, l'avis gériatrique ne peut être demandé qu'à un référent gériatre hospitalier : consultation ou centre d'évaluation. Il faut éviter si possible toute hospitalisation pour bilan.

Lorsque l'hospitalisation est nécessaire : nécessité d'examen invasif, de surveillance nocturne, de traitement par perfusion, bref toute situation non contrôlable au domicile, le malade gériatrique doit être hospitalisé dans le service compétent pour son cas. Ce peut être un service spécialisé (cardiologie, orthopédie, urologie, etc.) correspondant au problème principal. Le plus souvent ce doit être dans un service de gériatrie aiguë. Si l'hôpital n'en dispose pas, il vaut mieux aller à l'hôpital voisin, voire à s'adresser à un service de soins de suite gériatriques (avec une demande d'entente préalable). Ces hospitalisations

programmées en milieu compétent devraient être la règle. Les hospitalisations en urgence, sont à éviter chaque fois que possible. Les passages par les urgences sont sources de stress. Même si ces services sont capables de rendre de grands services, il vaut mieux traiter le vieillard avant l'urgence, car il est alors parfois trop tard.

Papiers administratifs

Personne n'aime les remplir. Ils sont indispensables en gériatrie.

■ Affection de longue durée

La plupart des maladies chroniques du vieillard relèvent d'affections de longue durée (ALD). En remplir les demandes n'exige pas beaucoup de temps. Les avantages de simplicité et de prise en charge sont considérables pour vos malades qui en relèvent.

■ Protection juridique

Les situations où le malade n'est plus capable de gérer ses affaires et de prendre ses décisions sont fréquentes. Il n'est pas nécessaire de mettre sous protection juridique les malades déments dont le conjoint ou les enfants s'occupent des affaires dans l'entente et l'efficacité. Lorsque la personne, en perte de son autonomie mentale, vit seule, ou dès qu'il y a un doute, le médecin doit remplir un certificat de mise sous sauvegarde de justice. Cette sauvegarde peut être provisoire et renouvelée. Ce peut être le préalable à une curatelle ou à une tutelle qui demandera plus de temps et ne sera décidée par le juge qu'après l'avis d'un expert psychiatre. C'est le médecin traitant qui fait la demande de sauvegarde.

■ Solvabilisation

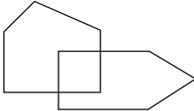
Lorsque le malade a besoin de soins prolongés, ce qui est le cas dans la majorité des maladies gériatriques, ils relèvent des affections de longue durée. Ils sont donc entièrement couverts par l'assurance-maladie, si on a rempli le formulaire.

Il n'en est pas de même des aides. Dès que le handicap est un peu important, les ressources du malade peuvent être insuffisantes. Il faut l'inviter

ABORD CLINIQUE DU MALADE ÂGÉ

à faire une demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA). L'assistante sociale de la mairie, le Centre communal d'action sociale (CCAS), le Centre local d'information et de coordination (CLIC) pourront lui donner les informations nécessaires et l'aider à formuler sa demande d'APA. Le montant et la forme de l'aide sont décidés après une évaluation faite par une équipe « multidisciplinaire gériatrique » (*sic*). Celle-ci est théoriquement constituée d'un médecin gériatre et d'une assistante sociale, mais souvent réduite à un adjoint d'administration isolé. Ce droit « universel » est en fait sous condition de ressources : les classes moyennes n'en bénéficient que modérément. Ce que propose l'APA est souvent insuffisant pour la grande dépendance. Les choses sont aggravées par le glissement des tâches de soins (exemples : toilette intime, alimentation en cas de troubles de déglutition) du personnel soignant, (financé par la SS) vers le personnel social, auxiliaire de vie, aide à domicile, qui n'en ont pas reçu la formation (financés par l'APA ou par la personne). Le médecin doit s'opposer à ces glissements de tâches. Il ne peut soigner efficacement sans être au courant des aides dont dispose ou non le patient.

Échelle du *mini mental Status* examination de Folstein :

<p>Orientation</p> <p>1. en quelle année sommes nous ? <input type="checkbox"/>/1 2. en quelle saison ? <input type="checkbox"/>/1 3. en quel mois ? <input type="checkbox"/>/1 4. quel jour du mois ? <input type="checkbox"/>/1 5. quel jour de la semaine ? <input type="checkbox"/>/1 6. quel est le nom de l'hôpital ? <input type="checkbox"/>/1 7. dans quelle ville se trouve t-il ? <input type="checkbox"/>/1 8. quel est le nom du département ? <input type="checkbox"/>/1 9. quel est le nom de la province ? <input type="checkbox"/>/1 10. à quel étage sommes-nous ? <input type="checkbox"/>/1</p> <p style="text-align: right;">Score <input type="checkbox"/>/10</p>	<p>Rappel</p> <p>Pouvez-vous citer les trois mots que vous avez répétés auparavant :</p> <p>- cigare - fleur - porte</p> <p style="text-align: right;">Score <input type="checkbox"/>/3</p>
<p>Apprentissage</p> <p>Répétez et essayez de retenir les trois mots suivants :</p> <p>- cigare - fleur - porte</p> <p>Répétez les trois mots Score <input type="checkbox"/>/3</p>	<p>Langage</p> <p>1. quel est cet objet ? <input type="checkbox"/>/1 (montrer un crayon) 2. quel est cet objet ? <input type="checkbox"/>/1 (montrer une montre) 3. écoutez et répétez après moi : « Pas de mais, de si, ni de et ». <input type="checkbox"/>/1 4. prenez cette feuille de papier avec la main droite - pliez-la en deux - jetez-la par terre /3 5. faites ce qui est écrit sur cette feuille (y inscrire « fermez les yeux ») <input type="checkbox"/>/1 6. écrivez moi une phrase entière <input type="checkbox"/>/1</p> <p style="text-align: right;">Score <input type="checkbox"/>/8</p>
<p>Attention et calcul</p> <p>Comptez à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois :</p> <p>- 93 - 86 - 79 - 72 - 65</p> <p style="text-align: right;">Score <input type="checkbox"/>/5</p>	<p>Praxies constructives</p> <p>Demander au patient de recopier ce dessin</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: right;">Score <input type="checkbox"/>/1</p>
<p>Répétez le mot « monde » à l'envers</p> <p>(cette épreuve ne compte pas dans le score global).</p>	<p>Score global <input type="checkbox"/>/30</p>

Interprétation

- Un score inférieur à 24 fait soupçonner un déficit cognitif.
- Un score de 24 à 27 fait soupçonner un déficit cognitif chez une personne ayant un bon niveau éducatif.
- Cette échelle ne permet pas un diagnostic de démence.

Test de l'horloge

On présente au patient un cercle pré-dessiné.

On lui explique que cela représente un cadran d'horloge sur lequel il devra placer les chiffres et les graduations marquant les heures et les minutes.

On lui demande ensuite de placer les aiguilles de l'horloge de façon à indiquer une heure précise.

Interprétation	oui	non
Graduations bien placées (à peu près)		
Chiffres bien indiqués		
Figuration des deux aiguilles exacte		
Direction des aiguilles correspondant à l'heure indiquée		

Toute personne ayant quatre bonnes réponses a peu de chances d'être démente.

Toute personne ayant fait des erreurs nécessite un complément d'enquête.

Test des cinq mots de Dubois

Montrer au patient ces 5 mots en lui proposant des indices (exemple : lequel est une boisson ? etc.), puis lui cacher les mots et lui redemander immédiatement, sans puis avec indices :

- musée
- camion
- sauterelle
- passoire
- limonade

Score /5

Lui faire faire une tâche interférente (exemple : calcul à rebours), puis lui redemander les 5 mots, sans puis avec indices.

Score /5

Score global /10

Échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) de Lawton

CAPACITÉ À UTILISER LE TÉLÉPHONE

- 2 Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros
- 1 Je compose un petit nombre de numéros bien connus
- 0 Je réponds au téléphone, mais n'appelle pas
- 0 Je suis incapable d'utiliser le téléphone

CAPACITÉ À UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT

- 2 Je peux voyager seul et de façon indépendante
- 1 Je peux me déplacer seul en taxi, pas en autobus
- 1 Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné
- 0 Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné
- 0 Je ne me déplace pas du tout

RESPONSABILITÉ POUR LA PRISE DES MÉDICAMENTS

- 2 Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire
- 1 Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance
- 0 Je suis incapable de les prendre moi-même

CAPACITÉ À GÉRER SON BUDGET

- 2 Je suis totalement autonome
- 1 Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme
- 0 Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour

SCORE TOTAL = de 0 (dépendant) à 8 (le plus autonome)

Échelle des activités de la vie quotidienne (ADL) de Katz

<i>Items</i>	<i>Valeurs</i>	<i>Résultat</i>
<i>HYGIÈNE CORPORELLE</i>		
Autonomie	1	
Aide partielle	0,5	
Dépendant	0	
<i>HABILLAGE</i>		
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage	1	
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais besoin d'aide pour se chausser	0,5	
Dépendant	0	
<i>ALLER AUX TOILETTES</i>		
Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1	
Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller	0,5	
Ne peut aller aux toilettes seul	0	
<i>LOCOMOTION</i>		
Autonomie	1	
A besoin d'aide	0,5	
Grabataire	0	
<i>CONTINENCE</i>		
Continent	1	
Incontinence occasionnelle	0,5	
Incontinent	0	
<i>REPAS</i>		
Mange seul	1	
A besoin d'aide pour couper la viande et peler les fruits	0,5	
Dépendant	0	
<i>SCORE TOTAL (sur 6 points) =</i>		
<i>Plus le score est bas plus la dépendance est grande</i>		

Échelles GDS (Geriatric Depression Scale)

MINI GDS

oui*	non	1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ?
oui*	non	2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?
oui	non*	3. Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?
oui*	non	4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?

Plus la note est élevée plus le risque d'un état dépressif est fort. Dans ce cas faire un GDS complet

GDS

oui	non*	1. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?
oui*	non	2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?
oui*	non	3. Avez-vous l'impression que votre vie est vide ?
oui*	non	4. Vous ennuyez-vous souvent ?
oui	non*	5. Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ?
oui*	non	6. Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse ?
oui	non*	7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?
oui*	non	8. Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir ?
oui	non*	9. Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?
oui*	non	10. Avez-vous souvent besoin d'aide ?
oui*	non	11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne plus pouvoir tenir en place ?
oui*	non	12. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir ?
oui*	non	13. L'avenir vous inquiète-t-il ?
oui*	non	14. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?
oui	non*	15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?
oui*	non	16. Avez-vous souvent le cafard ?
oui*	non	17. Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile ?
oui*	non	18. Ressassez-vous souvent le passé ?
oui	non*	19. Trouvez-vous que la vie est passionnante ?
oui*	non	20. Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets ?
oui	non*	21. Avez-vous beaucoup d'énergie ?
oui*	non	22. Désespérez-vous de votre situation présente ?
oui*	non	23. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?
oui*	non	24. Êtes-vous souvent irrité(e) par des détails ?
oui*	non	25. Éprouvez-vous souvent le besoin de pleurer ?
oui*	non	26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?
oui	non*	27. Êtes-vous content(e) de vous lever le matin ?
oui*	non	28. Refusez-vous souvent les activités proposées ?
oui	non*	29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?
oui	non*	30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois ?

Score $\underline{\quad}$ / 30

***Un score supérieur à 10 fait craindre une dépression
Un score supérieur à 13 fait craindre une dépression modérée
Un score supérieur à 20 fait craindre une dépression sévère***

Échelle de Norton

Condition Physique	Condition Mentale	Activité	Mobilité	Contenance
Bonne 4	Alerte 4	Ambulant 4	Complète 4	Contenance totale 4
Moyenne 3	Apathique 3	Marche avec aide 3	Légèrement limité 3	Incontinence occasionnelle 3
Médiocre 2	Confus 2	Mis au fauteuil 2	Très limité 2	Incontinence urinaire 2
Mauvaise 1	Stuporeux 1	Couché 1	Immobile 1	Incontinence totale 1
<p>Score Global : <input type="text"/>/20</p> <p><i>Si score total < ou = à 16, patient à risque de développer une escarre Plus le score est bas plus le risque est grand</i></p>				

Échelle du *mini nutritional assessment*

DÉPISTAGE	
<p>A. Le patient présente-t-il une perte d'appétit ?</p> <p>A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?</p> <p>0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie</p> <p>B. Perte récente de poids (< 3 mois)</p> <p>0 = perte > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids</p> <p>C. Motricité</p> <p>0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile</p> <p>D. Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ?</p> <p>0 = oui / 1 = non</p> <p>E. Problèmes neuropsychologiques</p> <p>0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique</p> <p>F. Indice de masse corporelle [IMC = poids/taillé² en kg/m²]</p>	<p>0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23</p> <p>Score de dépistage (sous total max. 14 points)</p> <p>12 points ou plus : normal, pas besoin de continuer l'évaluation</p> <p>11 points ou moins : possibilité de malnutrition, continuez l'évaluation</p>

ÉVALUATION GLOBALE

G. Le patient vit-il de façon indépendante au domicile ?

0 = non / 1 = oui

H. Prend plus de trois médicaments ?

0 = oui / 1 = non

I. Escarres ou plaies cutanées ?

0 = oui / 1 = non

J. Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? (petit déjeuner, déjeuner, dîner > deux plats)0 = un repas / 1 = deux repas /
2 = trois repas**K. Consomme-t-il :**

- une fois par jour au moins des produits laitiers ? oui / non
- une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses ? oui / non
- chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ? oui / non

0,0 = si zéro ou un oui

0,5 = si deux oui

1,0 = si trois oui

L. Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits et légumes ?

0 = non / 1 = oui

M. Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour ?

0,0 = < trois verres

0,5 = de trois à cinq verres

1,0 = plus de cinq verres

N. Manière de se nourrir

0 = nécessité d'une assistance

1 = se nourrit seul avec difficultés

2 = se nourrit seul sans difficultés

O. Le patient se considère-t-il bien nourri ?

0 = malnutrition sévère

1 = ne sait pas ou malnutrition modérée

2 = pas de problème de nutrition

P. Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?

0,0 = moins bonne / 0,5 = ne sait pas

1,0 = aussi bonne / 2,0 = meilleure

Q. Circonférence brachiale (CB en cm)

0,0 = CB < 21

0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22

1,0 = CB > 22

R. Circonférence du mollet (CM en cm)

0 = CM < 31

1 = CM ≥ 31

*Évaluation globale (max. 16 points)**Score de dépistage**Score total (max. 30 points)**Appréciation de l'état nutritionnel**De 17 à 23,5 points :**risque de malnutrition**Moins de 17 points : mauvais état nutritionnel*

Clairance de la créatinine estimée par la formule de Cockroft et Gault

$$cl = \alpha \times (140 - \hat{\text{âge}}) \times \text{poids} / \text{Créat}$$

$$\alpha = 1,04 \text{ (F)} \text{ ou } 1,25 \text{ (H)}$$

$\hat{\text{âge}}$ en années

poids en kg

Créat en $\mu\text{mol/L}$

Mise en page: Graficoul'Eure (27)
Achévé d'imprimer en décembre 2006
Par Dumas-Titoulet Imprimeurs
N° imprimeur : 44645