

# La personne âgée malade : particularités séméiologiques, psychologiques et thérapeutiques (59)

Docteur Matthieu DEBRAY

Octobre 2004

## Pré-requis :

- Séméiologie clinique
- Notions de pharmacocinétique

## Résumé :

Le vieillissement physiologique, les maladies chroniques (polypathologie) sont sources d'une diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme qui lors d'une agression aiguë ou d'un stress au sens large, peut basculer dans un état de décompensation. Cet équilibre physiologique instable est synonyme du concept de « fragilité » ou « vulnérabilité ». L'approche gériatrique de la personne âgée (PA) malade se caractérise avant tout par une approche globale, « bio-psycho-sociale ». La prise en charge de la PA malade s'efforce de lutter contre ce processus dynamique de fragilisation, source de dépendance. Cette approche globale se concrétise dans l'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS), qui a démontré son efficacité dans la prise en charge des sujets âgés fragiles à risque de décompensations fonctionnelles multiples. L'approche thérapeutique, loin de se limiter à des actes de prescription médicamenteuse souvent source de iatrogénie, nécessite une collaboration interdisciplinaire étroite des intervenants médicaux, paramédicaux et familiaux.

## Mots-clés :

Fragilité, évaluation gériatrique standardisée, polypathologie.

## Références :

- Arcand Hébert. Précis pratique de Gériatrie, Edisem, 1997, 2ème éd.
- Corpus de Gériatrie. Collège National des Enseignants de Gériatrie. 2M2, 2000, T1.

## Liens :

- Le Tome 1 du Corpus de Gériatrie est proposé par le Collège National des Enseignants de Gériatrie : <http://www.corpusgeriatrie.org/>

## Exercices :

### 1. Vieillissement humain normal et pathologique

Le vieillissement est un processus physiologique aboutissant à une diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme qui, à l'état de base est latente. Les principales modifications observées par appareil sont résumées dans le tableau I. Les capacités d'adaptation de l'individu âgé sont réduites. L'expression des maladies chez le sujet âgé s'en trouve souvent modifiée ce qui concourt à l'originalité de la séméiologie gériatrique. Par exemple, une pneumonie chez le sujet âgé peut-être à l'origine d'une décompensation cardiaque, du fait d'une réserve fonctionnelle myocardique insuffisante pour s'adapter à l'augmentation du débit cardiaque requise par l'hypoxémie et/ou la fièvre.

[Tableau I : Exemples de modifications physiologiques au cours du vieillissement et leur conséquence](#)  
(M. Debray)

## 2. Polypathologie, concept de fragilité

### 2.1. Polypathologie

La prévalence de nombreuses maladies chroniques augmente avec l'âge. Différents facteurs explicatifs sont avancés :

- La durée d'exposition plus longue à certains facteurs de risque environnementaux : exemple : tabagisme → coronaropathie
- Le vieillissement d'un organe favorise parfois l'apparition de maladie : exemple : la fibrillation auriculaire
- Les progrès thérapeutiques réalisés dans la prise en charge des maladies chroniques ont permis d'accroître l'espérance de vie de certains patients.

### 2.2. Fragilité

La diminution des réserves fonctionnelles du sujet âgé (vieillesse-polypathologie) constitue un état qu'on peut qualifier de « pré-morbide ». Cet état instable, rend le sujet âgé vulnérable à toutes situations intercurrentes de stress (maladie aiguë par exemple) qui peuvent se compliquer de décompensations multisystémiques brutales souvent en cascade. Le sujet âgé « fragile » est donc un sujet à haut risque d'hospitalisation en urgence, d'institutionnalisation ou de décès.

Certains paramètres de l'évaluation gériatrique sont avancés pour apprécier cet état. La capacité aérobie, la force musculaire et les réserves nutritionnelles, les capacités cognitives et psychosociales peuvent être le plus souvent mesurées par des tests simples (Tableau II).

[Tableau II : échelles d'évaluation gériatrique](#)  
(M. Debray)

## 3. Particularités séméiologiques

### 3.1. Personne ressource, aidant naturel

La personne âgée (PA) se présente généralement en consultation avec un membre de sa famille (conjoint, enfant...). Le tiers présent est en général la personne dite « ressource ». Dans le cas particulier des démences, cette tierce personne est souvent l'aidant naturel qui soutient la PA et compense ses incapacités liées à la maladie.

### 3.2. Abord de la PA en consultation

- Le temps nécessaire à la consultation est très nettement supérieur à une consultation de l'adulte jeune (évaluation globale, handicaps moteur et sensoriel...)
- Rechercher les meilleures conditions de confort sensoriel, physique et psychique
- S'adresser à la PA malade comme on le fait avec un adulte plus jeune (pas de familiarités déplacées).

#### **Handicap sensoriel :**

- S'assurer du port et du bon fonctionnement des prothèses auditives habituelles
- La voix « poussée » exagérément vers des tonalités aiguës est souvent désagréable pour le patient

- Le handicap sensoriel peut accentuer une symptomatologie (troubles de l'équilibre, chutes) et doit rendre prudent sur l'interprétation de certains tests, notamment neuropsychologiques.
- Quelques recommandations utiles sont reportées dans le tableau III.

[Tableau III: Conseils face au handicap sensoriel de la PA malade](#)  
(M. Debray)

### 3.3. Particularités de l'examen clinique de la PA

#### 3.3.1. Interrogatoire

En cas de troubles cognitifs, l'interrogatoire, tout en recevant le discours spontané et les plaintes du patient, est élargi aux proches et aussi au médecin traitant, ou aux intervenants socio-sanitaires au domicile afin de reconstituer une anamnèse et des antécédents aussi précis que possible.

- Médicament-iatrogénie : Une recherche de l'ensemble des médicaments prises, non seulement per os mais aussi par voies locales, est nécessaire devant l'importance de la iatrogénie en gériatrie. La multiplicité des intervenants médicaux, notamment spécialistes d'organe, l'automédication, la difficulté de mémorisation de son traitement peut compliquer la tâche.
- Evaluation socio-sanitaire : L'évaluation de la dépendance du sujet pour les actes de la vie quotidienne à l'aide des échelles de Katz et de Lawton (tableau II) fait partie de l'évaluation gériatrique.

[Tableau II : échelles d'évaluation gérontologique](#)  
(M. Debray)

#### 3.3.2. Particularités de l'examen physique du sujet âgé

Le poids est systématiquement relevé. Au cours des infections même graves, l'hyperthermie n'est pas obligatoire, et l'hypothermie n'est pas rare. La présentation et l'hygiène corporelle sont appréciées (troubles cognitifs et/ou difficultés ostéo-articulaires ou déficit sensoriel). Le pli cutané n'est pas synonyme de déshydratation, sauf s'il est localisé au sternum ou à la face interne des cuisses. L'examen des points de pressions (notamment sacrum et talon) est systématique (escarre). L'examen ostéo-articulaire recherche une accentuation de la cyphose dorsale avec hyperlordose cervicale, des troubles de l'appui plantaire, des limitations d'amplitudes articulaires, une amyotrophie. La présence de quelques râles crépitants liée au déplissement alvéolaire peut être normale. De même, un souffle systolique en écharpe de faible intensité est fréquent et traduit des remaniements aortiques scléreux. La palpation et l'auscultation de l'aorte abdominale recherchent un anévrisme. L'examen bucco-dentaire et des prothèses participe à l'évaluation nutritionnelle. L'évaluation de l'audition et de la vue fait partie de l'examen.

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

### 3.4. Raisonnement gériatrique

La démarche médicale recherche classiquement une unicité en regroupant les signes en syndromes pour définir une maladie unique. En gériatrie, cet effort d'unicité demeure nécessaire, mais l'enquête diagnostique conclut le plus fréquemment à l'existence d'un état polyopathologique. Le raisonnement médical traditionnel s'enrichit en gériatrie d'une approche

fonctionnelle qui va permettre par l'évaluation gériatrique standardisée de proposer au patient une prise en charge multidisciplinaire.

### 3.4.1. Symptomatologie

L'expression des maladies chez la PA est souvent atypique. Les douleurs thoraciques sont absentes dans environ un tiers des infarctus du myocarde. L'insuffisance cardiaque se traduit moins par une dyspnée d'effort que par une asthénie ou bien une baisse d'autonomie : le sujet réduit son activité proportionnellement à la réduction de sa capacité fonctionnelle cardiaque. De façon générale, une maladie s'exprime plus souvent par la décompensation fonctionnelle qu'elle induit sur un organisme vieilli, fragilisé que par une symptomatologie d'organe. D'autre part, une affection aiguë d'un organe peut s'exprimer uniquement par des signes de décompensation fonctionnelle d'un autre organe. C'est ainsi qu'un syndrome confusionnel chez un patient âgé peut-être le révélateur d'un globe vésical lié à un adénome prostatique.

### 3.4.2. Le « 1+2+3 »

Un schéma modélisant la décompensation fonctionnelle de la PA a été proposé par JP Bouchon en 1984. Ce raisonnement gériatrique, ou « 1+2+3 de Bouchon » est particulièrement efficace pour la plupart des situations cliniques en gériatrie (figure 1). Sur ce schéma, l'abscisse donne l'âge du patient. En ordonnée, on représente la fonction d'un organe : au maximum 100% avec un seuil clinique d'insuffisance marquant la décompensation fonctionnelle (confusion, insuffisance cardiaque aiguë, chute, perte de connaissance...). La courbe 1 représente les effets du vieillissement sur la fonction de l'organe (vieillesse cardiaque, vasculaire, rénale, cérébrale...). Le vieillissement isolé n'aboutit jamais en lui-même à la décompensation fonctionnelle. La courbe 2, représente l'effet d'une maladie chronique qui vient se greffer sur les effets du vieillissement et altère la fonction de l'organe (coronaropathie, syndrome démentiel, hypertension artérielle, ostéoporose...). La maladie chronique si elle évolue peut conduire au stade d'insuffisance (cardiopathie ischémique au stade d'insuffisance cardiaque globale). Cependant, l'effet couplé du traitement et des adaptations fonctionnelles de l'organisme peut maintenir une capacité fonctionnelle suffisante quoique diminuée.

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

[Schéma : « 1+2+3 » de J.P. Bouchon](#)  
(Tous droits réservés)

## 4. Thérapeutique et PA malade

### 4.1. Données pharmacologiques

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

#### 4.1.1. Pharmacocinétique

Les modifications d'absorption liées au vieillissement ont un impact clinique négligeable en comparaison au risque d'interactions médicamenteuses liées à la polymédication. Le volume de distribution des médicaments hydrosolubles est diminué (augmentation de la concentration de certains produits au niveau des récepteurs : digoxine ). Le volume de distribution des produits lipophiles est augmenté. L'effet thérapeutique peut être ainsi très prolongé à l'arrêt du médicament (exemple : benzodiazépines). La fixation des médicaments à l'albumine n'est pas modifiée mais la polymédication augmente le risque d'interaction entre médicaments se liant fortement aux protéines plasmatiques. Les médicaments subissant un effet de premier passage hépatique important ont une biodisponibilité qui augmente avec l'âge par réduction de leur métabolisation hépatique. **L'élimination rénale est l'étape la plus modifiée par l'âge.** La diminution de la filtration glomérulaire, la diminution du flux sanguin rénal, la diminution de la sécrétion et de la réabsorption tubulaire nécessitent des ajustements de la posologie des médicaments à l'excrétion rénale. La mesure approchée de la clairance de la créatinine par la formule de Cockcroft est systématique (tableau IV).

[Tableau : formule de Cockcroft](#)

#### *4.1.2. Pharmacodynamie*

La pharmacodynamie est la capacité des organes cibles à répondre aux médicaments. L'impact du vieillissement demeure en général mal connu en dehors de quelques cas bien identifiés des gériatres, comme la sensibilité exacerbée du système nerveux central aux psychotropes.

#### *4.1.3. Polymédication*

La polymédication est justifiée par la polyopathie et par l'efficacité démontrée de nombreuses classes médicamenteuses en terme d'amélioration de la qualité de vie et/ou d'accroissement de la longévité. Cependant, il existe d'une part une surprescription de certains médicaments qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, d'autre part une sous prescription de médicaments dont l'efficacité est prouvée. Enfin, on décrit une « dysprescription » liée à un manque de rigueur dans la démarche diagnostique qui aboutit à la multiplication de traitements uniquement symptomatiques alors qu'un traitement étiologique efficace existe.

#### *4.1.4. Iatrogénie*

Dix à 20% des hospitalisations chez les PA sont liées à un accident iatrogène. Les médicaments cardiovasculaires et les psychotropes sont les premiers incriminés. La « iatrogenèse » pourrait être prévenue à la fois par une meilleure connaissance de la personne soignée (autonomie, fonction sensorielle, troubles cognitifs, fonction rénale..) et par une meilleure connaissance de la pharmacopée.

Les conséquences des accidents iatrogènes sont souvent graves chez des PA fragiles. La symptomatologie est souvent atypique ce qui implique devant tout événement clinique, la relecture des prescriptions à la recherche d'un effet secondaire médicamenteux.

### **4.2. « Règles de prescription »**

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

[Tableau V: règles de prescription médicamenteuse chez la PA](#)  
(Tous droits réservés)

