



GERONTOLOGIE PRATIQUE

LE MAGAZINE DE LA GERIATRIE

MENSUEL - 169 - SEPTEMBRE 2005

Avis d'expert

P.1

Grippe : vaccinez vos patients âgés... et vous aussi !

Vacciner l'entourage des personnes âgées à risque diminue leur risque de mortalité par grippe.

Repères

P.5

Comment diagnostiquer la maltraitance ?

La maltraitance est parfois indissociable d'un dévouement excessif.

Thérapeutique

P.10

Surveiller un traitement par antivitamines K

Pas besoin de modifier la dose si l'INR est compris entre 1,8 et 3,4.

Question Pratique

P.13

Que faire devant un météorisme abdominal ?

Au moindre doute, envisager un aller aux urgences de l'hôpital (avec ou sans retour).

Encart : préprogramme

des 7^{es} Rencontres

de Gerontologie Pratique

7^{es} Rencontres de Gerontologie Pratique

Judi 19
Vendredi 20
Janvier 2006

CAP 15
1-13, quai de Grenelle
Paris 15^e

Président : Claude Jeandel
Coordination scientifique :
Marc Verrin - Yves Kagan

Participation gratuite

notez sur vos agendas votre rendez-vous annuel

Lire page 11

AVIS D'EXPERT

Grippe : vaccinez vos patients âgés... et vous aussi !



C. TRIVALLE, Hôpital Paul-Brousse, Villejuif

La morbidité et la mortalité des personnes âgées liées à la grippe peuvent être réduites non seulement en vaccinant ces dernières, mais aussi en vaccinant l'ensemble de la population, et plus particulièrement les intervenants en institution. En cas d'épidémie, il existe maintenant des traitements qui peuvent être utilisés pour enrayer la diffusion s'il s'agit bien d'un virus grippal.

La grippe est une infection respiratoire aiguë très contagieuse due au *M. influenzae* A ou B (le type C ne semble responsable que d'affections bénignes du tractus respiratoire supérieur) et qui évolue sur un mode épidémique saisonnier et pandémique à intervalles variables : la dernière pandémie remonte à 35 ans. En période épidémique — chaque hiver en France —, c'est une maladie

grave pour les personnes âgées de 65 ans et plus (2 500 à 7 500 décès/an en fonction de l'intensité et de la sévérité de l'épidémie) et pour les personnes à risque non vaccinées : sujets atteints d'insuffisance cardiaque, de valvulopathies, d'affections bronchopulmonaires chroniques, de néphropathies, de diabète et de déficit immunitaire. Le vaccin est gratuit après 65 ans et pour tous les groupes à risque.

VIRUS GRIPPAL : FICHE D'IDENTITÉ

Le virus grippal est constitué d'un génome (ARN) et de protéines de différents types A, B et C. Pour le type A, une enveloppe lipidique comprend des protéines de surface (hémagglutinine et neuraminidase) qui différencient les sous-types (H1N1, H2N2, H3N1...). La variabilité du virus correspond à la mutation de l'ARN au moment de la réplication : glissement antigénique (modification mineure) ou cassure (modification majeure). Les cassures qui concernent uniquement le type A sont responsables des pandémies. Un autre phénomène est également en cause, il s'agit du réassortiment génétique entre souches humaines et animales à partir de réservoirs animaux (porcs et oiseaux).

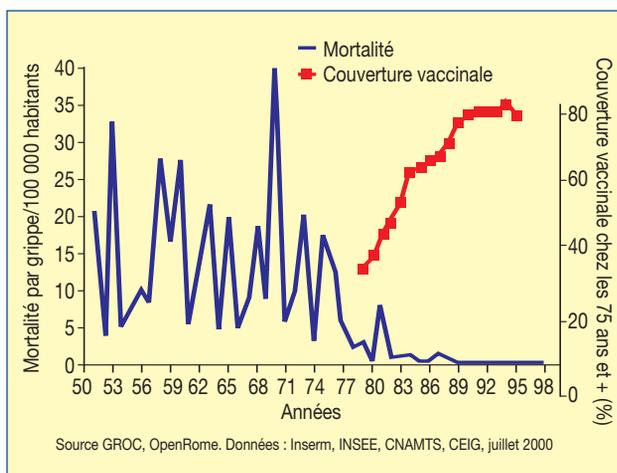


Figure 1. Mortalité de la grippe en France et couverture vaccinale des personnes âgées de plus de 75 ans entre 1950 et 1998.



Décédée brutalement à l'âge de 86 ans en janvier 2003 des suites d'un traumatisme crânien, Françoise Giroud était encore pleinement active. Célèbre féministe et grande journaliste cofondatrice de l'Express, elle n'avait jamais cessé d'écrire.

Lire page 16

Suite page 2

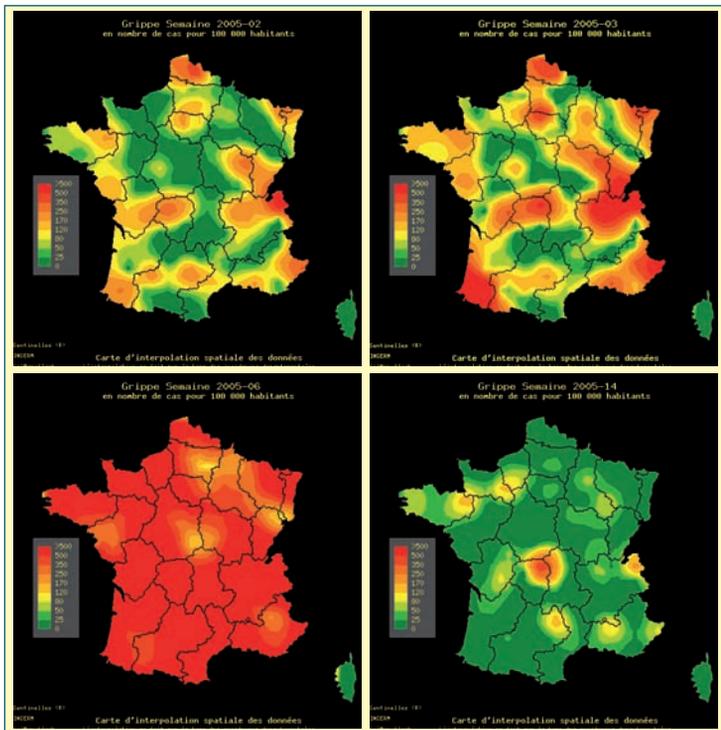


Figure 2. Des sites internet, tel Sentiweb (<http://rhone.b3e.jussieu.fr/senti/>), permettent de suivre facilement l'évolution d'une épidémie de grippe. Exemple pour l'épidémie de 2005 (semaines 2, 3, 6, 14 : Réseau Sentinelles – Inserm U707)

Données épidémiologiques

Les jeunes les plus touchés

Une épidémie peut toucher 2 à 9 millions de personnes/an en France. Les enfants qui sont très sensibles à l'infection sont les premiers atteints. Aux cours des dernières épidémies (1996-2000), la proportion des moins de 15 ans variait de 33 à 42 % (1 801 527 à 3 448 090), celle des 15 à 64 ans de 50 à 54 % (1 382 575 à 4 786 612) et celle des 65 ans et plus seulement de 7 à 14 % (277 146 à 1 097 391).

Les sujets actifs sont aujourd'hui les plus concernés par la grippe, les plus de 65 ans ayant aujourd'hui une bonne couverture vaccinale (70-75 %).

Les individus âgés les plus en danger

Cependant, si les enfants sont les plus touchés, les sujets âgés de plus de 65 ans font le plus de complications. Quatre-vingt-quinze pour cent des morts rattachés à la grippe sont observés chez des personnes de plus de 65 ans et 85 % après 75 ans. La mortalité est

d'autant plus élevée que les sujets âgés ont des pathologies et vivent en institution, allant de 7 pour 100 000 chez une personne sans pathologie à domicile, à 2 703 pour 100 000 chez une personne ayant trois pathologies chroniques et vivant en institution.

Il est important de noter que depuis la diffusion gratuite du vaccin chez les personnes âgées, la mortalité par grippe après 75 ans a considérablement baissé (figure 1).

Faut-il craindre une nouvelle pandémie ?

Un passé redoutable

En période de pandémie (type A uniquement), toute la population peut être concernée. La pandémie de 1918-1919 (grippe espagnole, H1N1) a fait environ 20 millions de morts dans le monde, celle de 1957 (H2N2) en a provoqué 1,5 million. En France, la dernière pandémie de 1968 (grippe de Hong Kong, H3N2) a provoqué 18 000 décès en 2 mois.

Vacciner dès le mois d'octobre

Compte tenu de la gravité importante de cette infection, il a été mis en place depuis les années 60 plusieurs niveaux de surveillance de la grippe, tant au niveau national (GROG) et européen (EISS) qu'au niveau international (OMS). C'est cette surveillance qui permet de déterminer la composition annuelle du vaccin. Grâce à ces réseaux, le suivi hebdomadaire des épidémies de grippe est facilement accessible sur le site internet sentiweb.grog.org, Flunet par tout médecin (figure 2). Le début des épidémies étant très variable d'une année à l'autre, il est important d'obtenir une couverture vaccinale dès le mois d'octobre.

Une perspective inquiétante

Les craintes actuelles sont celles d'une nouvelle pandémie grippale qui pourrait toucher, en France, 9 à 21 millions de personnes et provoquer la mort de 91 000 à 212 000 d'entre elles. L'hypothèse qui prédomine serait celle d'un virus aviaire d'origine asia-

tique, et un vaccin spécifique (H5N1) est en cours d'étude.

La grippe : données cliniques

Contagiosité pendant plus de 2 semaines

La grippe est très contagieuse. Elle se transmet par les sécrétions respiratoires à l'occasion d'éternuements ou de toux. La contagiosité débute avant les premiers symptômes et persiste une quinzaine de jours au total. Chez les bronchitiques chroniques, l'excrétion des virus peut durer plusieurs semaines.

Diagnostic clinique

En période épidémique, le diagnostic est avant tout clinique. Elle se traduit par l'apparition brutale, après une incubation de 1 à 3 jours, de symptômes généraux (fièvre supérieure à 38 °C, frissons, malaise, sueurs profuses, céphalées, myalgies) accompagnés de symptômes respiratoires (toux, douleurs pharyngées, rarement catarrhe nasal). Des signes d'irritation conjonctivale sont fréquents. La courbe de la température peut être diphasique (V grippal).

Complications : atteinte virale grave ou surinfection

L'évolution se fait en général vers une guérison en quelques jours, mais une toux et une asthénie peuvent persister quelques semaines. Chez le sujet âgé peuvent survenir des complications parfois fatales. Il s'agit surtout de pneumopathies virales (en fonction de la virulence de la souche), bactériennes ou mixtes. Les pneumopathies de surinfection bactérienne sont les plus fréquentes : pneumocoque, staphylocoque ou *Haemophilus*. Des atteintes cardiaques ou neurologiques

sont également possibles. Les virus de type A (épidémies de novembre à février) sont plus pathogènes que les virus de type B (épidémies de février à mai). Le sous-type AH3 donne des infections plus sévères et des complications plus fréquentes que le sous-type AH1.

Un impact économique important

L'impact économique de la grippe est élevé tant en raison de la morbidité (soins médicaux, hospitalisations) que de l'absentéisme au travail et de la désorganisation éventuelle de la production. Le coût d'une épidémie de grippe (hors hospitalisation) varie selon l'intensité de l'épidémie de 143 à 409 millions d'euros. Le poste le plus important est maintenant représenté par les arrêts de travail avec 2 à 7 millions de journées perdues, soit 229 à 969 millions d'euros. Il faut, bien sûr, y ajouter l'impact sur les hospitalisations, la mortalité et les pertes de production.

À propos du vaccin

Bonne tolérance

Il s'agit d'un vaccin tué trivalent (1 souche A H3N2, 1 souche A H1N1 et 1 souche B) qui ne peut donc pas donner la grippe. La seule contre-indication est l'allergie vraie aux œufs, cependant, dans les vaccins actuels il ne doit plus y avoir d'albumine d'œuf. Les effets indésirables de la vaccination sont en général bénins : douleur au site d'injection (25 %), fièvre, douleurs musculaires débutant 6 à 12 heures après la vaccination et pouvant persister 2 jours, surtout lors de la première vaccination. Ces effets indésirables peuvent être atténués par la prise de

paracétamol (acétaminophen en Grande-Bretagne) le jour de la vaccination.

Immunsation en 2 ou 3 semaines

La composition du vaccin pour la saison 2005-2006 est la suivante : A/New Caledonia/20/99 (H1N1)-A/California/7/2004 (H3N2) - B/Shanghai/361/2002. Le vaccin est gratuit pour toutes les personnes à partir de 65 ans ainsi que celles en ALD. L'immunité apparaît en 2 à 3 semaines. Par ailleurs, les personnes voyageant dans l'hémisphère Sud pendant l'été doivent faire attention, car le vaccin peut y être différent (c'était le cas en 2003) et non disponible en France (ATU).

Meilleure efficacité à domicile

Chez les sujets âgés vivant à domicile, le vaccin prévient :
– la grippe dans 25 à 60 % des cas ;
– l'hospitalisation dans 48 à 57 % des cas ;
– la mortalité dans 70 à 80 % des cas.
Une étude récente a montré l'intérêt de la revaccination annuelle chez les personnes de plus de 70 ans, avec une baisse de la mortalité de 28 % en période épidémique. Chez les personnes très âgées, fragiles, dénutries et en institution, le vaccin est moins efficace (2 sur 3), ce qui justifie de vacciner aussi les soignants. Par ailleurs, de nombreuses études ont également montré que la vaccination des enfants protège efficacement... les personnes âgées.

Prise en charge d'une épidémie de grippe en EHPAD

Vacciner les intervenants

Les épidémies peuvent toucher 20 à 70 % des résidents en EHPAD avec une morta-

lité élevée. Compte tenu de la fréquence relative de ce type d'épidémies et surtout du risque potentiel, le gouvernement a proposé des conseils pratiques sur ce sujet, disponibles sur le site www.sante.gouv.fr.

Une épidémie peut survenir même lorsque 100 % des malades ont été vaccinés, d'où l'importance de vacciner les soignants.

Prouver le diagnostic de grippe avant d'envisager l'oseltamivir

Dans ce contexte, il est nécessaire de pratiquer l'écouvillonnage nasal sur 3 ou 4 patients pour s'assurer qu'il s'agit bien d'une épidémie de grippe avant de proposer un traitement ou une chimioprophylaxie par oseltamivir (Tamiflu®). Ce médicament réduit de manière significative l'incidence des complications infectieuses respiratoires (50-54 %) et le risque d'hospitalisation (59 %). Le diagnostic virologique est important car de nombreux virus respiratoires peuvent être impliqués (en particulier le virus respiratoire syncytial, VRS) ; ils peuvent alors simuler de faux échecs de vaccination. L'oseltamivir étant un traitement spécifique de la grippe relativement cher, il est inutile de l'utiliser si l'origine grippale n'est pas prouvée.

À propos de la dernière épidémie de février 2005

La dernière épidémie de grippe, dans une maison de retraite de Nancy en 2005 (entre le 13 et le 27 février), a fait 13 morts dont 8 vaccinés (âge : de 82 à 99 ans). Pour 8 d'entre eux, la grippe s'est compliquée d'une infection à pneumocoque. Ce résultat souligne également l'intérêt de vacciner les personnes âgées en institution contre le pneumocoque.

Vacciner les soignants pour protéger leurs malades

Deux études écossaises ont montré l'intérêt de vacciner les personnels de santé pour protéger leurs malades en soins de longue durée.

Dans la première, les auteurs ont montré que dans une population très âgée (âge moyen : 82 ans), la vaccination du personnel était plus efficace que la vaccination des malades eux-mêmes : la mortalité chez les personnes âgées était de 10 % quand le personnel était vacciné contre 17 % quand il ne l'était pas ($p < 0,01$).

Dans la deuxième étude, les auteurs ont obtenu le même résultat avec une mortalité globale de 22,4 % chez les hospitalisés lorsque le personnel n'était pas vacciné et de 13,6 % lorsqu'il était ($p = 0,014$). Pour la vaccination, tous les professionnels travaillant auprès des patients étaient concernés, personnel de nettoyage et brancardiers compris.

QUE FAIRE EN CAS DE SYNDROME GRIPPAL CHEZ UN INTERVENANT ?

■ En pratique, lorsqu'un personnel non vacciné, qui est au contact de patients à risque, présente un syndrome grippal, il devrait être mis en arrêt de travail ou, à défaut, le port d'un masque chirurgical devrait lui être proposé. Par ailleurs, compte tenu de la possibilité de transmission du virus par manuportage, un renforcement de l'hygiène des mains (efficacité des solutions hydro-alcooliques) et l'utilisation de gants sont requis pour le personnel.

Recommandations françaises

En janvier 2003, le Conseil supérieur d'hygiène publique en France a rappelé au moins trois raisons justifiant d'accroître le

niveau de couverture vaccinale contre la grippe chez les soignants :

– en premier lieu, la nécessité de préserver les patients, surtout les plus fragiles et les plus à risque, d'une transmission nosocomiale ;

– ensuite, les professionnels de santé doivent se protéger eux-mêmes ;

– enfin, il s'agit de garder, en toutes circonstances (par exemple dans le cas d'une nouvelle pandémie), une capacité opérationnelle suffisante pour assurer l'efficacité du système de soins.

Toujours en 2003, la Direction générale de la Santé s'est fixée comme objectif d'augmenter le taux national de couverture vaccinale en 5 ans :

– des personnes atteintes d'ALD pour atteindre 70 % ;
– des professionnels de santé et des professionnels en contact prolongé avec des sujets à risque pour atteindre 50 % ;

– des personnes âgées de 65 ans et plus pour atteindre 80 % et des personnes en institution pour atteindre 100 %.

Actuellement, la couverture vaccinale des personnes de moins de 65 ans atteintes d'ALD est de l'ordre de 25 %, celle des plus de 65 ans de 70 % et celle des professionnels de santé de 15 à 21 %.

Ces données sont identiques à celles de tous les pays qui recommandent la vaccination des personnels de santé.

Voici quelques résultats concernant des études récentes en milieu hospitalier : Allemagne (7 %), Angleterre (20-30 %), Australie (50 %), Belgique (31,8 %), Écosse (28 %), Espagne (12,7-14,7 %), États-Unis (4-38 %), Irlande (17,5 %), Israël (11 %) et Suisse (10-37 %).

En 2004, l'AP-HP a organisé une grande campagne de vaccination des personnels avec des résultats modestes, puisque le pourcentage de personnes vaccinées est passé de 11 % en 2003 à 14 % en 2004. Seulement 16 % des médecins et 10 % des paramédicaux se sont faits vacciner !

Conclusion

• La grippe reste un problème de santé publique important, tant en termes de morbidité et de mortalité, qu'en termes économique.

• Le seul moyen de prévention efficace est la vaccination annuelle. Il faut que les médecins continuent de diffuser cette vaccination chez leurs patients âgés et, surtout, arrivent à convaincre ceux qui refusent encore de se faire vacciner.

• En cas d'épidémie, il existe maintenant des traitements qui peuvent être utilisés pour enrayer la diffusion s'il s'agit bien d'un virus grippal.

• Il est nécessaire de renforcer la communication vis-à-vis des professionnels de santé et des professionnels en contact avec les personnes âgées pour qu'ils se fassent vacciner contre la grippe.

• Les directeurs d'établissement de santé doivent organiser et faciliter la vaccination gratuite des soignants, avec la participation de la médecine du travail. L'intérêt de la vaccination des soignants est triple : individuel, économique et collectif. ■

LES POINTS FORTS

Les épidémies annuelles touchent 2 à 9 millions de personnes/an en France.

■ La grippe tue 2 500 à 7 500 personnes de plus de 65 ans/an en France.

■ Le vaccin évite la mortalité dans 70 à 80 % des cas.

■ Le vaccin antigrippal ne peut pas donner la grippe.

■ Les effets secondaires du vaccin peuvent être atténués par la prise de paracétamol.

■ Vacciner les personnels de santé diminue la mortalité globale des patients à risque.

■ En cas d'épidémie en institution, on peut utiliser l'oseltamivir.

Comment diagnostiquer la maltraitance ?

J. PELLERIN, Hôpital Charles-Foix, Ivry-Sur-Seine

Reperer la maltraitance dans le cadre d'une évaluation globale et non ciblée c'est commencer sa prise en charge. Une telle démarche est un challenge pour le médecin de famille qui est souvent le seul autre interlocuteur pour la victime âgée que l'abuseur. L'accent sera mis sur la convergence des signes d'appel plutôt que sur la mise en évidence isolée de l'un d'entre eux.

Tous les lieux et tant de formes

La diversité des lieux

La maltraitance de la personne âgée (MPA) peut survenir dans des environnements aussi différents que le domicile, l'institution d'hébergement ou un établissement hospitalier. Toute structure, tout milieu social apportant des soins peut donc être le lieu d'un abus.

La variabilité de la sémiologie

Le diagnostic de maltraitance peut d'emblée s'imposer lorsqu'elle prend des modalités bruyantes. Ce sont des faits particulièrement agressifs et répétés à l'encontre de personnes affaiblies par leur âge, la maladie, ou en raison de leur isolement social.

La plupart des situations sont cependant moins explicites. Entre le jeune retraité victime d'une agression unique dans un lieu public et la vieille femme démente animée d'un discours délirant « persécutif », mais confinée au domicile, l'éventail des violences sur personnes vieillissantes se

déploie au fil d'interventions banales ou plus spécifiques. Tant qu'une certaine empathie et une confiance réciproque auront pu s'établir entre la victime, le praticien et parfois l'abuseur, les conditions seront réunies pour la révélation d'actes d'abord masqués par la culpabilité.

Faut-il dépister la maltraitance ?

De façon systématique et orientée : non

Des outils de dépistage ont été développés au cours des 15 dernières années et ont donné lieu à un raisonnement fécond commençant par la question de savoir si cette recherche doit être systématique devant toute personne âgée consultant un médecin. Deux arguments s'y opposent : l'absence d'outil pertinent et le manque d'études montrant l'intérêt d'un tel dépistage.

- En 2004, deux importantes revues de la littérature ont évalué les moyens disponibles pour le dépistage de la maltraitance. Leurs observations, rigoureuses, ont convergé vers des conclusions homogènes : difficulté diagnostique d'un phénomène multidimensionnel regroupant :
 - un vaste inventaire des comportements ;
 - une confusion possible avec une problématique somatique parfois associée ;
 - l'importance des facteurs subjectifs liés aux cotuteurs.

- Il existe aussi des inconvénients à un dépistage : faux négatifs privant d'écoute des personnes qui sont pourtant authentiquement maltraitées et faux positifs

installant un climat de défiance envers les acteurs de soins ou envers la personne âgée.

Enfin, l'efficacité du dépistage n'est pas validée par la preuve d'une amélioration significative de la morbidité ou de la mortalité des personnes maltraitées.

Dans le cadre d'une évaluation globale : oui

L'accent est en revanche porté sur la rentabilité d'un examen clinique complet et d'une évaluation beaucoup plus globale du contexte bio-psycho-social, qui devra toujours être menée avec prudence et diplomatie.

Éviter certaines erreurs

Aujourd'hui, le praticien est soumis à de multiples contraintes pour la prise en charge des personnes âgées. Divers facteurs s'opposent ainsi à l'identification d'une MPA.

L'absence du temps nécessaire

Le repérage des caractéristiques évocatrices d'un agresseur potentiel impose de rencontrer cette personne et d'établir un climat propice à cette évaluation... Cela n'est pas si simple pour un médecin souvent pressé, peu formé à ce type de rencontre et inquiet de ce qu'il pourrait dévoiler.

Un autre aspect lié à la médecine hospitalière concerne les impératifs institutionnels, en particulier la nécessité dans laquelle se trouvent les médecins de faire circuler rapidement les patients. L'absence de solu-

tions concrètes d'aval satisfaisantes peut amener à ne pas rechercher des situations qui complexifient cette circulation. Pourtant, il a été montré que les malades admis pour (ou avec) une maltraitance séjournent plus volontiers à l'hôpital.

La méconnaissance de nos propres processus d'identification

• Conjuguer avec ses sentiments

La disponibilité qui doit accompagner l'écoute d'un patient potentiellement maltraité impose de savoir

conjuguer avec ses propres sentiments agressifs à l'égard d'une personne, qui se présente parfois comme une victime mais qui est souvent sidérée ou incapable de verbaliser ses difficultés. À cet égard, rappelons que chacun peut être enclin à trouver chez une personne âgée un aspect ou une dimension qui lui rappelle quelque chose de lui-même, de ses propres parents ou d'un vieillard qu'il a particulièrement aimé ou détesté. C'est avec ces identifications, qui peuvent mener à en faire trop ou au contraire pas assez, qu'il faut composer.

Tableau 1. Exemple de questions à poser pour documenter une maltraitance

■ Ce qui peut être dépister...

Des abus physiques

Avez-vous peur de quelqu'un à la maison ?
Vous sentez-vous en sécurité à la maison ?
Avez-vous été cogné(e), claqué(e) ou frappé(e) ?
Avez-vous été enfermé(e) dans une pièce ou attaché(e) ?

Des abus psychologiques

Vous sentez-vous seul(e) ou isolé(e) ?
Les gens qui s'occupent de vous vous infligent-ils des punitions ou vous menacent-ils d'un placement ?
Avez-vous été ignoré(e) ?
Êtes-vous contraint(e) pour les médicaments ou l'alimentation ?
Qu'est-ce qui se passe lorsque vous êtes en désaccord avec la personne qui vous aide ?

Un abus sexuel

Quelqu'un vous a-t-il sexuellement approché sans votre consentement ?

Une négligence

Avez-vous accès, en cas de besoin, à des appareils auditifs ou dentaires ou à des lunettes ?
Êtes-vous laissé(e) longtemps seul(e) à la maison ?
Votre maison est-elle sûre ?
Y a-t-il quelqu'un qui ne vous aide pas alors que vous en auriez besoin ?
Prenez-vous vos traitements avec régularité ?

Une exploitation financière

Votre argent est-il utilisé sans votre permission ?
Avez-vous été forcé de signer un document ayant une valeur juridique contre votre gré ?
La (les) personne(s) qui vous aide (nt) a (ont)-elle(s) besoin de vous pour être logée(s) ou de votre argent ?

■ En cas d'abus suspecté ou identifié, faire préciser :

Depuis combien de temps ?
Est-ce un incident isolé ?
Pourquoi pensez-vous que cela arrive ?
Quand pensez-vous que cela se reproduira ?
L'abuseur est-il présent dans le service des urgences ?
Vous sentez-vous en sécurité à l'idée de rentrer à la maison ?
Qu'est-ce que vous aimeriez que nous fassions pour vous ?
Avez-vous déjà eu de l'aide auparavant pour ce problème ?

• Devant un avenir inéluctable

De plus, l'aide aux personnes âgées comporte en soi le risque de maltraitance, car elle impose de faire le constat de l'inéluctabilité des déclin et de la précarité des connaissances ou des solutions. Avec de tels sentiments, l'aidant — quel qu'il soit — est exposé à considérer le sujet âgé comme celui par qui se révèle cette douloureuse condition de l'homme. Son annulation devient alors tentante et se manifeste d'abord par la suppression du discours dès qu'il porte sur ces aspects. C'est le premier temps d'une maltraitance qui s'exerce d'autant plus librement qu'elle est masquée par une disponibilité, voire un dévouement excessif. « Avec tout ce que je fais pour lui (ou pour elle), je ne vois aucun progrès... et cela m'est insupportable », finissent par dire ces enfants parfois en conflit avec leurs propres enfants ou leurs frères et sœurs, tandis qu'ils ajoutent qu'ils « n'ont plus le temps de parler à qui que ce soi. »

La confusion entre sentiment agressif et conduite agressive

Il est essentiel de bien faire la différence entre des **sentiments** agressifs (qui à certains égards sont des sentiments banals et parfaitement acceptables) et des **conduites** agressives. D'une attitude bienveillante et aidante qui semble ne pas donner lieu à des résultats tangibles d'amélioration, l'aidant peut en effet passer à une attitude de rejet avec des sentiments offensifs et d'incompréhension. C'est lorsque s'est installée une maltraitance active, ou parce qu'il craint qu'elle ne s'installe, que l'aidant est amené à chercher du soutien. Même s'il est maltraitant, l'aidant recherche en effet presque toujours de l'aide, car cette part de vio-

lence lui est, à certains moments, aussi insupportable qu'à sa victime. Le contact avec des professionnels du soin est l'une des façons de rechercher de l'aide. Si certains recourent aux urgences ou au praticien prennent un caractère itératif, c'est que la réponse plus ou moins consciemment espérée — c'est-à-dire celle d'une mise à plat de la maltraitance — n'a pas été obtenue.

L'intérêt limité des questionnaires d'évaluation

Les questionnaires d'évaluation de la MPA conçus pour les urgences dans les pays anglo-saxons ne sont pas recommandés pour diverses raisons :
– aucun n'a fait la preuve de sa maniabilité ;
– ils ont été validés sur des effectifs faibles et sans doute spécifiques.
– enfin, leur maniement revient au même questionnaire qu'un entretien non directif : comme il est proposé selon des modalités plus rigides, il expose alors sans véritable bénéfice à une certaine forme de défiance ou à l'incompréhension.

Optimiser l'évaluation

Connaitre les facteurs de risque

La connaissance des facteurs de risque est un élément très utile dans de nombreuses situations, mais la mise en évidence de ces facteurs n'est pas facile et ne saurait suffire.

Avoir en tête des signes d'alarme

Les solutions actuellement proposées sont d'avoir en tête quelques « drapeaux rouges » pour toute personne âgée qui consulte et qui vit avec un entourage familial dépendant d'elle financièrement ou affectivement. Le

CADRE RÉGLEMENTAIRE

■ Les dispositions du code pénal affranchissent le praticien de son obligation de secret médical en présence de... « *privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique et psychique* » (article CP 226-14).

Cette disposition est relativisée par le législateur qui prévoit aussi que la décision de ce signalement soit laissée au jugement des professionnels astreints au secret médical (article CP 434-3).

Le code de Déontologie médicale prévoit « *la mise en œuvre des moyens les plus adéquats [...] en faisant preuve de prudence et de circonspection* » (article 44). Il indique aussi que « *l'accord des intéressés n'est pas nécessaire* » (article 10) pour être délivré de l'obligation de secret face à des personnes fragiles adultes.

praticien averti pensera systématiquement maltraitance devant l'**association de plusieurs des signes** suivants : chutes, déshydratation ou dénutrition, manque d'hygiène, démence. Certaines attitudes du vieillard devront aussi alerter : une position excessive de repli ou de crainte, des cris inexplicables. Toute lésion d'apparence traumatique rapportée à une histoire peu compatible est également contributive. Enfin, la répétition des contacts avec les urgences hospitalières peut être évocatrice, en particulier pour des motifs peu explicites.

Avoir une méthode d'entretien

En présence de l'un ou de plusieurs de ces signes d'appel, ce sont des entretiens empathiques et paisibles qui permettront d'assurer le diagnostic de MPA et qui, du reste, participeront aussi à l'instauration des premières conditions pour une prise en charge efficace.

• Définir les modalités

Ces entretiens devront être conduits selon des règles définies : écoute séparée des différents protagonistes, attention sans jugement, absence d'interprétation des faits. Les rencontres les plus

restreintes sont aussi les plus adaptées pour une telle situation et il peut être recommandé d'intervenir seul(e), car les victimes comme les abuseurs sont très sensibles aux atmosphères sécurisées et trop confiantes qui peuvent prendre pour eux une dimension persécutive donc peu propice à la confiance.

• Aller des questions simples

Le mieux est de commencer par des questions très simples portant sur la vie quotidienne et visant à évaluer les degrés de dépendance et les implications des liens familiaux. La qualité des soins médicaux habituels, la clarté des motifs ayant amené à consulter aux urgences et la précision des réponses apportées tout au long de cet entretien permettront de commencer à se faire une opinion. Une anxiété revendicatrice ou une indifférence excessive de l'aidant sont des indices évocateurs, tout comme des réponses inadaptées, incertaines ou trop variables.

• Aux questions plus directes

Lorsqu'il aura pu être établi que la situation actuelle est difficile et que chacun a droit au soutien des insti-

tutions, des questions plus directes concernant une éventuelle maltraitance pourront être formulées. Une liste des questions à proposer « dans le fil de la conversation » est indiquée au **tableau 1**. Elles n'ont qu'une valeur indicative et ne doivent pas être assénées comme un questionnement impersonnel.

Rechercher une convergence de signes d'appel

L'observation d'ecchymoses, de fractures, d'un traumatisme crânien ou de toutes lésions cutanées inexplicables fait penser à la MPA. D'autres formes d'abus sont moins nettes. Ce sont les négligences qui peuvent être révélées par une déshydratation, une dénutrition, une mauvaise hygiène ou des vêtements inappropriés ainsi que des signes d'imprégnation à des molécules sédatives : syndrome extrapyramidal des neuroleptiques, hypotonie des benzodiazépines, etc.

Faire la part des intrications polyopathologiques

Un examen clinique complet avec une évaluation cognitive simple est toujours nécessaire. En l'absence de moyens spécifiques, un MMS et un test de l'horloge constituent un minimum.

Les difficultés posées au clinicien sont celles de l'évaluation d'une polyopathie avec l'intrication de comorbidités et la nécessité d'interventions plus ou moins techniques se plaçant à divers niveaux.

Le **tableau 2** indique les données de l'examen clinique qui doivent faire suspecter une MPA.

Le relevé soigneux de ses conclusions avec d'éventuelles photographies pourra avoir ultérieurement un intérêt médico-légal.

Modalités de signalement

Le cadre de la loi

Avec les dispositions juridiques prévues par les textes législatifs ou réglementaires (*encadré*), le médecin doit faire le choix du signalement en fonction de divers critères dont sa capacité, ou celle d'une équipe médicale, conduit à assurer la sécurité de la personne maltraitée.

Les co-acteurs

La capacité du sujet maltraité à évoquer par lui-même tel ou tel abus conditionne aussi le signalement et c'est pour certains le premier critère pour décider d'une intervention. La maltraitance est en effet souvent la condition du maintien d'une relation qui est jugée indispensable pour la victime. Dans ces conditions, cette dernière préfère banaliser les assauts dont elle fait l'objet, ce qui explique sans doute qu'il n'existe pas aujourd'hui de directives explicites pour faire le choix de ce signalement.

Si de telles conditions relationnelles semblent parfois transitoirement acceptables, le silence fait sur leurs modalités expose cependant tôt ou tard à des effets transgénérationnels dévastateurs, à des retours de culpabilité encore plus destructeurs et, finalement, à un cheminement douloureux de ses témoins silencieux vers leur propre vieillissement.

La loi est un cadre qui doit être considéré comme suffisamment protecteur pour tous. Il convient toutefois que ceux qui la convoquent ne cherchent pas à régler leurs comptes avec leur propre inquiétude sur le vieillissement, sur ce qu'il implique de déclin et de dépendance et, plus généralement, sur toutes ces figures d'emprise qui rappellent la nature forcément conflic-

Tableau 2. Observations cliniques évocatrices de maltraitance

<p>■ Présentation générale Mauvaise hygiène, habillement inadéquat, cachexie.</p> <p>Aidant particulièrement envahissant ou insultant, menaçant, infantilisant ou rejetant la personne âgée.</p>
<p>■ Peau et muqueuses Déshydratation, multiples lésions d'évolution différentes, ecchymoses, griffures, escarres contrastant avec une absence de soins apparente.</p>
<p>■ Tête et cou Contusions et hématomes, alopecie traumatique, dent cassée, plaie oculaire.</p>
<p>■ Appareil génital Douleur, démangeaisons, saignement, érosions muqueuses anale ou vaginale, infections, brûlures et exonérations fécales inadaptées.</p>
<p>■ Extrémités Ecchymoses bilatérales, lésions de brûlure ou de contention au niveau des poignets ou des chevilles, fractures ou entorses méconnues.</p>
<p>■ Examen neurologique et psychiatrique Équilibre instable ou démarche claudicante révélatrice de fractures méconnues, déficits focaux.</p> <p>Altération du niveau cognitif et de l'état thymique.</p>
<p>■ Examens complémentaires Selon les orientations de l'examen clinique.</p>

tuelle de l'organisation de l'individu quel qu'il soit.

Une fois le choix de signalement pris

Paisiblement envisagé, le signalement d'un abus caractérisé doit être adressé au procureur de la République qui décidera des suites à donner.

Le médecin ne doit pas dénoncer un coupable mais signaler des faits qui seront décrits sans porter de conclusion sur leur origine. La mise en place d'une demande de protection des biens ne revient pas à un signalement, mais peut s'inscrire comme mesure complémentaire.

Un consensus est aujourd'hui admis sur la nécessité de faire intervenir une équipe pluridisciplinaire autour des situations de maltraitance. Cette disposition élude la question de la responsabilité juridique de celui qui signale l'abus. Ainsi, le signalement doit être réalisé en conscience par un praticien respon-

sable qui en aura expliqué les modalités à la victime et, si possible, à l'abuseur. Comme dans toutes les situations complexes impliquant plusieurs acteurs avec des retentissements variés, l'articulation avec un service ou un secteur de psychiatrie — et pas seulement un psychiatre isolé ou libéral — peut constituer utilement un moyen d'envisager ce signalement. Le recours à l'association ALMA, qui peut être contactée par un simple

appel téléphonique, permet de mieux comprendre les enjeux de telle ou telle intervention. Des écoutants formés y répondent à toute forme de questionnement sur les possibilités et les intérêts de chacun.

Les difficultés persistent... mais elles sont assumables

Il convient de savoir composer avec les réticences des victimes à désigner un agresseur si souvent de l'environnement familial, de savoir accéder aux connaissances techniques nécessaires pour la mise en évidence de ces situations, de savoir enfin admettre l'insuffisance des solutions concrètes.

Aujourd'hui, la prise en charge de telles situations est mal codifiée du fait de la variabilité des situations, de l'insuffisance des connaissances des acteurs de terrain sur le sujet et de la faiblesse des ressources pour y répondre adéquatement. La nécessité d'intervenir doit pourtant se soutenir d'une acceptation de ce phénomène et d'une confiance dans les moyens qui se mettent progressivement en place. Les enjeux d'une assistance à ces familles où la maltraitance s'exprime sont de participer à une société plus tolérante pour ses aînés et d'inscrire le soin dans un cadre éthique. ■

LES DIFFÉRENTES FORMES DE MALTRAITANCE d'après Robert Hugonot

- **Violences physiques** : meurtres, coups, viols.
- **Violences psychologiques** : langage grossier, cruauté mentale, menaces de rejet, infantilisation, humiliation.
- **Violences financières** : rétention de pension, vols, héritage anticipé.
- **Violations des droits du citoyen** : placement autoritaire, enfermement.
- **Violences médicamenteuses** : excès de sédatifs, privation de médicaments.
- **Négligences actives** : privation de l'aide à la vie quotidienne.
- **Négligences passives** : omission.

Bloc-notes

Riséronate et vitamine D : réduction du risque fracturaire

Les patients âgés déments ont fréquemment une exposition solaire réduite entraînant carence en vitamine D, hyperparathyroïdie secondaire et risque fracturaire accru. Une étude prospective américaine portant sur 500 patientes démentes a montré que la coprescription systémique de vitamine D et de risédronate (bisphosphonate) au-delà de 70 ans permet une diminution significative du nombre de fracture de hanche indépendamment de la présence d'une ostéoporose fracturaire sous-jacente (*Arch Intern Med* 2005 ; 165 : 1737-42).

Anticoagulation au long cours et vieillissement : toujours le dilemme !

Selon une étude prospective hollandaise chez des patients porteurs d'une maladie cardiovasculaire, traités par anticoagulants pour un trouble du rythme, une valve mécanique, etc., le risque d'événements hémorragiques graves passe de 1,5 % par an avant 60 ans à 4,2 % par an après 80 ans. Dans la même population de patients anticoagulés, le risque d'événements emboliques augmente de 1 à 2,4 % par an entre 60 et 80 ans. Cette étude démontre les difficultés à arrêter l'anticoagulation et insiste sur la nécessité d'une surveillance accrue des patients traités (*Arch Intern Med* 2005 ; 165 : 1527-32).

Surveiller un traitement par antivitamines K

M. DEBRAY¹, V. SIGURET²

¹Centre hospitalier universitaire Nord, Grenoble

²Hôpital Charles-Foix, Ivry-sur-Seine

La prévention du risque thérapeutique lié aux AVK en gériatrie est possible. Des interventions simples de sensibilisation du patient associées à un suivi rigoureux permettent de réduire considérablement le risque hémorragique pour un bénéfice parfaitement démontré par ailleurs.

Le gériatre est confronté quotidiennement aux problèmes que pose l'anticoagulation prolongée de patients très âgés : décision d'introduction d'un traitement par antivitamines K (AVK), problème d'équilibration, interaction médicamenteuse, risque thérapeutique, décision d'arrêt d'un traitement. Ces situations nécessitent de respecter des règles de prescription afin de limiter le risque thérapeutique, tout en offrant au patient âgé le bénéfice largement démontré de ces traitements dans les deux indications principales :

– la prévention des accidents thromboemboliques artériels au cours de la fibrillation auriculaire (FA) ;
– la maladie veineuse thromboembolique (MVTE).

Quand adapter la posologie ?

Si dans les études cliniques, 65 à 75 % des INR se situent dans la zone thérapeutique, en pratique clinique, seuls 30 à 40 % des INR mesurés le sont en général. **La variabilité des INR est un facteur de risque d'hémorragies.** Une aide informatisée

pour l'ajustement de la posologie devrait être possible à l'avenir avec l'ouverture aujourd'hui des cliniques d'anticoagulant. Actuellement, les laboratoires de ville retracent souvent l'historique des INR sur un diagramme, ce qui peut favoriser la décision d'une adaptation de la posologie en fonction de la

cinétique du déséquilibre. D'une manière générale, les experts s'entendent pour ne pas adapter le traitement si l'INR reste entre 1,8 et 3,4. Au-delà, une adaptation en augmentant ou diminuant de 5 à 20 % la dose habituelle est recommandée. Tout déséquilibre doit en faire rechercher une cause (encadré).

Tableau 1. Conduite à tenir devant un surdosage biologique en AVK en l'absence de saignement majeur (Ansell. 7^e ACCP. Chest 2004)

INR < 5,0	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuer ou sauter la prise • Rapprocher la surveillance des INR • Reprendre à plus faible dose <p>Alternative si le surdosage est mineur (INR < 3,5) : pas de modification de posologie et surveillance accrue de l'INR</p>
5,0 ≤ INR < 9,0	<ul style="list-style-type: none"> • Sauter 1 ou 2 prises • Surveillance rapprochée INR → NR cible • Reprendre à posologie plus faible <p>Conseil en gériatrie : vitamine K1 per os 1 à 2 mg (< 5 mg)</p>
INR > 9,0	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt AVK • Vitamine K1 : 5 à 10 mg per os • Surveillance rapprochée des INR • Renouveler Vitamine K1 si nécessaire • Reprendre à posologie plus faible

Tableau 2. Que faire en cas de saignement ?

Saignement	Critères	Actions
Minime	Ecchymoses, gingivorragies, épistaxis, hémorroïde, hématurie microscopique...	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance accrue • Recherche d'une interaction pharmacodynamique • Évaluation de la tolérance • Surveillance de l'hémoglobine
Majeur	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragies gastro-intestinales, hématurie macroscopique, hémoptysies menaçant le pronostic vital, hémothorax, • Saignement à l'origine d'un arrêt cardiorespiratoire, d'une intervention chirurgicale ou angiographique, de séquelles irréversibles (infarctus du myocarde, déficit neurologique), d'une transfusion, d'une hypotension < 90 mmHg, d'un hémocrite < 20 %. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation urgente • Arrêt immédiat des AVK • Administration d'un antidote



arrêté 5 jours avant le geste opératoire. Un relais par héparine se conçoit dans l'intervalle si le risque thromboembolique est important. Un INR < 1,5 autorise généralement l'intervention chirurgicale.

De surdosage biologique : INR > 5,0

Le risque de saignement est très fortement corrélé à l'intensité de l'anticoagulation. Des recommandations précises sont éditées par l'ACCP (*American College of Chest Physicians*) tous les 3 ans. Elles sont reproduites dans le **tableau 1**.

Que faire en cas de saignement ?

Le saignement est-il majeur ou mineur ?

Il est important de différencier les saignements majeurs qui vont nécessiter une action immédiate, en urgence, des saignements mineurs nécessitant une surveillance accrue et des gestes réalisables au domicile du patient (**tableau 2**).

Tout saignement majeur implique une hospitalisation, l'arrêt immédiat de l'AVK et l'administration d'antidote. La vitamine K a un effet retardé de 6 à 24 heures. Dans les situations menaçant le pronostic vital, la voie intraveineuse est utilisée à la dose de 10 mg IVL et peut être renouvelée toutes les 12 heures.

L'apport immédiat de facteur de la coagulation est justifié dans ces situations dramatiques avec une action immédiate sur l'hémostase : PPSB Kaskadil® ; en intraveineux, 20 à 30 UI/kg (en unité de facteur IX).

Et si le risque thrombotique est très élevé ?

Dans de rares situations, le saignement ne menace pas le pronostic vital, mais le

EN CAS DE DÉSÉQUILIBRE...

- **Modifier la dose :**
 - si INR > 3,4 ou < 1,8 de 5 à 20 %
- **Chercher la cause :**
 - mauvaise compliance médicamenteuse ;
 - ajout ou retrait d'une comédication, autoprescription ;
 - modification du régime alimentaire ;
 - affection aiguë intercurrente souvent à l'origine de surdosage : diarrhée aiguë, poussée d'insuffisance cardiaque, fièvre.

Conduite à tenir en cas...

D'intervention chirurgicale

Une intervention dentaire ou dermatologique simple ne nécessite pas forcément un arrêt de l'AVK en l'absence de surdosage. Si une intervention chirurgicale est programmée, l'AVK est

es

7^{es} Rencontres de *Gérontologie Pratique*

**Jeudi 19
Vendredi 20
Janvier 2006**

**CAP 15
1-13, quai de Grenelle
Paris 15^e**

Président : Claude Jeandel

Coordination scientifique :
Marc Verny - Yves Kagan



Société
Française de
Gériatrie et
Gérontologie

Organisation :

L.E.N. Médical

Journal Gérontologie Pratique

15, rue des Sablons - 75116 PARIS

(T) 01 47 55 31 85 / (F) 01 47 55 31 82

salon@len-medical.fr

N° formateur : 11 75 39120 75

Inscriptions web :

www.gerontologie-pratique.com

www.gerontologie-pratique.com

**Participation
gratuite**

Tableau 3. Surdosage en AVK : INR souhaitable lors de différentes situations cliniques (Schulman. *New Engl J Med* 2004)

Situation clinique	INR à atteindre avec antidote
Saignement modéré, haut risque thrombotique	2,0-2,1
Saignement sévère, risque thrombotique modéré	1,5
Saignement menaçant le pronostic vital, risque thrombotique faible	1,0

risque thrombotique est élevé. Il peut alors être souhaitable de corriger seulement partiellement le surdosage pour maintenir un certain niveau d'anticoagulation. Schulman propose le schéma résumé dans le *tableau 3*.

Les interactions médicamenteuses

Une interaction médicamenteuse explique fréquemment la survenue d'un INR > 5,0 ou la nécessité de modifier la dose d'AVK de plus de 25 % lors de la prise ou de l'interruption du médicament, en l'absence d'une cause évidente. Le nombre d'interactions augmente avec le nombre de médicaments associés : 26 % des patients sous phenprocoumone prenant moins de 3 médicaments ont une interaction et 72 % de ceux prenant plus de 3 co-médicaments ont une interaction.

La liste des produits connus pour interagir avec les AVK est longue : 87 médicaments recensés. Cependant, seuls 15 d'entre eux sont régulièrement prescrits (*tableau 4*).

Dans notre expérience, on retrouve dans 2 cas sur 3 lors de surdosages biologiques (INR > 5,0) constatés chez des patients de plus de 70 ans hospitalisés, une modification du traitement médicamenteux concernant essentiellement les **anti-infectieux** (antibiotiques et antifongiques) et l'**amiodarone**.

Tableau 4. Les 15 produits interagissant avec les AVK les plus régulièrement prescrits (Penning van beest. *Clin Pharmacol Ther* 2001).

Classe médicamenteuse	Produits
Antalgique	Paracétamol
Hypolipémiant	Statines
Antiulcéreux	Oméprazole, ranitidine
Antibiotiques	Tétracyclines, pénicillines, macrolides, sulfaméthoxazole-triméthoprime
Hypoglycémiant	Biguanides
Antiarythmique	Amiodarone
Divers	Thyroxine, fibrates, spironolactone, tramadol, allopurinol

Réévaluer la pertinence du traitement

Reconsidérer le rapport bénéfice/risque

Comme pour tout traitement en gériatrie, l'intérêt de l'AVK doit être rééva-

lué régulièrement en termes de bénéfice/risque pour le patient et de projet de vie. On préfère parler d'une anticoagulation prolongée que de traitement « à vie ».

Arrêt brutal : danger !

Un **arrêt progressif** de l'AVK, en dehors du cadre de l'urgence, nous paraît préférable à un arrêt brutal. En effet, l'existence d'une

thrombophilie les jours suivant l'arrêt des AVK est dans notre expérience clinique assez fréquente. Cette constatation est corroborée biologiquement par l'observation d'un pic de complexes « thrombine-anti-thrombine » circulants le quatrième jour suivant l'arrêt des AVK, traduisant cet état d'hypercoagulabilité.

Conclusion

Le *tableau 5* reprend certaines règles de prescription habituellement utilisée par les gériatres. On peut voir qu'elles s'adaptent tout particulièrement à la prescription des AVK chez le patient âgé et résumant cet article. ■

Bibliographie adressée aux abonnés sur demande au journal

Tableau 5. Règles de prescription chez le sujet âgé : application aux AVK

Règles de prescription	Application à la prescription des AVK
Établir des diagnostics précis pour une indication claire	Affirmer le diagnostic de MVTE ou d'une FA paroxystique ou permanente
Fixer les objectifs thérapeutiques	Définir l'INR cible et la durée du traitement souhaités
Évaluer les bénéfices en regard des risques, notamment en analysant les comorbidités	Particulièrement délicat dans le cadre de la FA, puisque les facteurs de risque de saignement sont très similaires aux facteurs de risque d'embols artériels systémiques
Peser le patient, rechercher une hypotension orthostatique, des troubles cognitifs, une dénutrition, mesure de la clairance de la créatinine	L'évaluation gériatrique globale précède la prescription. Elle doit permettre d'évaluer les possibilités de prise (compliance) et de suivi du traitement (INR-adaptation)
Évaluer la polyprescription, la compliance, l'observance et l'auto-médication pour éviter les interactions	Évaluer systématiquement et à intervalle régulier le risque d'interaction avec l'AVK
Connaître la pharmacologie des produits prescrits : utiliser un nombre restreint de médicaments bien connus en sachant les effets de l'âge sur leur pharmacocinétique (éviter la demi-vie courte ou longue, métabolites actifs). Éviter les médicaments récents dont les interactions sont mal connues	De façon assez exceptionnelle en gériatrie, on préférera un AVK à demi-vie longue. La place des nouveaux anticoagulants, inhibiteurs directs de la thrombine, reste à préciser.
Utiliser des doses plus faibles (<i>start low</i>)	Les doses d'AVK requises pour un même INR cible sont plus faibles chez le patient âgé que chez l'adulte jeune
Ajuster le dosage selon la réaction du malade (<i>go slow</i>)	Utiliser un algorithme d'adaptation de la posologie adaptée au sujet âgé
Simplifier le régime thérapeutique pour favoriser l'observance	Éviter les alternances de posologie d'un jour à l'autre
Adapter la galénique	Préférer un médicament dont le dosage permet une adaptation fine de la posologie en évitant l'alternance de dose d'un jour à l'autre
Réviser régulièrement la thérapeutique et abandonner tout médicament dont les bénéfices ne sont plus supérieurs aux risques	Savoir arrêter un AVK devenu plus dangereux que bénéfique
Se souvenir que les médicaments provoquent des symptômes et des maladies	Garder de façon omniprésente à l'esprit la possibilité d'un saignement iatrogène même en l'absence de surdosage biologique

Que faire devant un météorisme abdominal ?

Y KAGAN, Fondation de Rothschild, Paris

Si la cause est le plus souvent un fécalome ou un iléus paralytique, il convient de se méfier d'une distension colique dont l'urgence peut être liée à une cause organique (strangulation ou obstruction) et à un risque de perforation du cæcum.

Quelles étiologies possibles ?

Fécalome

Complication de la constipation terminale ou dyschésie, il se définit comme l'accumulation de matières fécales plus ou moins dures au niveau de l'ampoule rectale ou du sigmoïde, que le patient n'est pas capable d'expulser spontanément. Problème courant chez les personnes âgées, il est particulièrement fréquent en milieu institutionnel où plus d'un résident sur 4 en est atteint au cours de son séjour. Il s'observe plus volontiers chez les patients alités ou à mobilité réduite et/ou souffrant de troubles cognitifs. Le mécanisme avancé est une perte de la sensibilité avec déficit de la perception consciente de l'accumulation rectale des



Fécalome.

matières. Elle est accompagnée d'une difficulté d'expulsion associée à une augmentation de la consistance des selles.

Il est systématiquement suspecté en cas de constipation opiniâtre (absence d'émission de selles depuis au moins 5 jours), qu'il existe ou non une incontinence fécale, voire une « diarrhée » (qui est en fait une fausse diarrhée).

Le plus souvent, le fécalome est intrarectal. Parfois, l'accumulation se fait un peu plus en amont au niveau du sigmoïde, et le diagnostic se fera sur l'ASP.

Iléus paralytique

De nombreuses circonstances entraînent une disparition du péristaltisme intestinal, aboutissant à un iléus paralytique ou occlusion fonctionnelle. Si l'on met à part les suites de chirurgie abdominale, les circonstances de survenue sont souvent un contexte de pathologie, intercurrente, aiguë, avec mention pour les pathologies rétropéritonéales (tassement vertébral, pyélonéphrite, hématome rétropéritonéal), les AVC, les états infectieux graves ou les décompensations cardiaques. Quand le processus initiateur est intra-abdominal (pathologie biliaire, pancréatique ou intestinale), le diagnostic avec une occlusion organique ne va pas de soi.

La carence en potassium, les morphiniques, les médicaments anticholinergiques et notamment les neuroleptiques et les tricycliques, sont d'autres facteurs favorisants fréquents. De même la perte d'autonomie motrice, surtout quand il



Syndrome d'Ogilvie.

existe une pathologie neurologique chronique.

Pseudo-obstruction colique ou syndrome d'Ogilvie

L'hypomobilité colique à l'extrême aboutit à une véritable atonie colique avec une dilatation aiguë massive du côlon survenant en l'absence d'obstacle mécanique. Décrite pour la première fois en 1948 par Ogilvie, cette « pseudo-occlusion colique » s'observe avant tout dans le grand âge, plus souvent chez les hommes.

Le tableau clinique avec douleur abdominale, état nauséux, voire vomissements, et abdomen dis-



Occlusion sur sténose.

tendu et tympanique sans globe vésical, évoque un tableau d'occlusion intestinale basse.

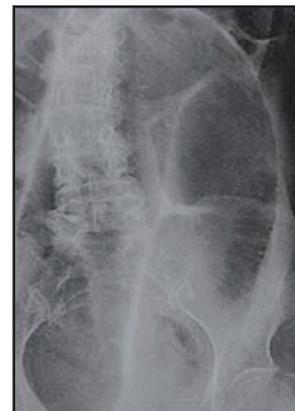
L'hospitalisation urgente en milieu chirurgical s'impose pour écarter un obstacle mécanique du côlon et pour prévenir le risque de perforation diastatique du cæcum en amont.

Occlusion sur sténose organique colique

Les deux grandes causes chez les personnes âgées sont la sigmoïdite diverticulaire et le cancer colique. L'anamnèse et le contexte clinique ne permettent pas nécessairement de faire le diagnostic différentiel, d'autant que, dans un cas comme l'autre, l'occlusion peut être révélatrice. L'aspect non spécifique de sténose irrégulière au lavement opaque ou le caractère non franchissable de la sténose en fibroscopie ne sont pas non plus discriminants. Le diagnostic peut n'être que peropératoire.

Volvulus du sigmoïde

Cette pathologie, prédominante chez l'homme se rencontre surtout en cas d'anse



Volvulus.

sigmoïdienne longue et mobile à pied étroit (mégadolichocôlon), qui favorise la torsion de l'anse sigmoïde autour de l'axe de son méso. À partir de cette prédisposition anatomique congénitale, une constipation chronique et/ou une alimentation riche en fibres constituent des facteurs de risque supplémentaires dans la mesure où la stase des matières alourdit l'anse.

Le tableau clinique est celui d'une occlusion mécanique typique du côlon avec un ASP évocateur. Il existe souvent dans le passé du malade des épisodes occlusifs résolutifs.

Approche sémiologique

Abord clinique

• Est-ce bien un météorisme ?

Le météorisme est évoqué devant une distension abdominale tympanique après avoir écarté les hypothèses d'une matité sus-pubienne liée à un globe vésical ou des flancs associée à une ascite (situations pouvant au demeurant comporter un certain degré d'iléus intestinal).

• Existe-t-il un syndrome occlusif ?

Le syndrome occlusif, outre le météorisme, associe classiquement 3 signes fonctionnels : douleur, vomissements, arrêt du transit. Les occlusions coliques se présentent de façons variables selon l'étiologie.

La douleur, souvent torpide chez le grand vieillard diminué, est généralement d'installation progressive et sourde. Les vomissements sont volontiers discrets, voire absents, remplacés par un état nauséux ou par une seule intolérance alimentaire qui est en revanche constante. L'arrêt des matières est un signe de peu de valeur en cas de dysché-

Publicité

sie et *a fortiori* de fécalome. En revanche l'arrêt des gaz est précoce. S'il est complet, il évoque une occlusion plus mécanique que fonctionnelle et avant tout un volvulus.

La palpation abdominale apprécie l'intensité, la topographie et la sensibilité du météorisme abdominal, témoin de la distension intestinale. Un énorme ballonnement asymétrique, limité, immobile, tympanique, élastique est en faveur d'un volvulus *a fortiori* s'il existe un silence stéthacoustique et surtout des antécédents connus. Une défense de la fosse iliaque gauche évoque une sigmoïdite. La perception d'une masse ou d'un empâtement dans la fosse iliaque gauche évoque soit un cancer, soit un plastron sur sigmoïdite. Un météorisme diffus, sans douleur ni défense localisée, évoque davantage une pseudo-obstruction non compliquée.

• Existe-t-il un fécalome ?

Quant au toucher rectal, sa vacuité n'écarte pas un fécalome haut situé. Inversement, une ampoule rectale pleine signe certes le fécalome : mais on ne sera jamais assez prudent dans le grand âge sur l'éventualité d'un obstacle organique en amont, selon l'adage gériatrique : « *Un train peut toujours en cacher un autre.* »

Abdomen sans préparation

L'ASP, si possible debout, a pour but de rechercher une image typique de volvulus, un syndrome occlusif et une stase stercorale. L'image de l'anse colique volvulée, énorme et dilatée, avec un ou deux vastes niveaux liquides est en règle évidente.

Une occlusion organique colique est suspectée devant des niveaux hydroaériques plus hauts que larges, périphériques, et pouvant comporter des haustrations. Une occlusion fonctionnelle se

traduit le plus souvent par une distension à prédominance aérique avec peu ou pas de niveaux. Des niveaux du grêle peuvent être associés en cas d'iléus réflexe ou d'occlusion organique prolongée.

Une distension colique majeure (prédominant au niveau du côlon droit et du cæcum, et s'étendant jusqu'au sigmoïde), évoque soit un obstacle organique, soit une pseudo-obstruction colique (syndrome d'Ogilvie). Elle est évaluée par la mesure du diamètre cæcal : significative au-delà de 9 cm, à haut risque de perforation au-delà de 12 cm. D'où la nécessité de détecter une image de pneumopéritoine. Enfin, le degré et la topographie de la stase stercorale sont évalués.

Conduite pratique

Le toucher rectal montre un fécalome évident

L'objectif du traitement est l'évacuation de l'ampoule rectale. Lorsque le fécalome est dur, une fragmentation au doigt suivie d'une évacuation manuelle prudente car douloureuse est alors nécessaire. Sinon, un lavement évacuateur hypertonique (Normacol®) est effectué. Il faudra le répéter chaque jour jusqu'à ce qu'il redevienne propre.

En cas de stase stercorale importante (apprécié sur l'ASP), il est licite de faire ingérer 1 litre de PEG pendant 3 jours afin d'obtenir une purge colique, tout en veillant à compenser les pertes potassiques prévisibles, elles-mêmes source d'iléus. Le relais sera pris avec un traitement d'entretien.

Pas de fécalome : faut-il adresser le patient aux urgences ?

La réponse à cette question dépend de deux paramètres :

le tableau clinique et les modalités d'obtention d'un ASP, sachant que celui-ci doit être obtenu en urgence.

• **Si les données issues de l'anamnèse** (épisodes de volvulus) ou de l'examen clinique (signes de gravité) sont édifiantes, il n'y a pas d'hésitation à avoir.

• **Si le contexte et la sémilogie** plaident plutôt en faveur d'une occlusion fonctionnelle sans contexte médical inquiétant, il convient toutefois d'obtenir un ASP dans les meilleurs délais. La solution habituelle est le recours à un manipulateur radio pouvant rapidement pratiquer le cliché à domicile ou en EHPAD. La mise en évidence d'une importante stase stercorale sans signe d'occlusion organique ou de distension colique permet de ne pas déplacer le patient. Si cette opportunité n'existe pas et au moindre doute, on peut toujours adresser le patient en milieu médico-chirurgical pour faire l'ASP (éventuellement complété d'un bilan biologique) et le montrer au chirurgien d'astreinte. L'analyse faite orientera le patient soit vers un retour à domicile ou en institution, soit en hospitalisation.

Au moindre doute, l'hospitalisation est souvent indiquée :

- du fait du contexte sous-jacent : assurer une réanimation hydroélectrolytique, traiter une pathologie infectieuse ou cardiovasculaire déclenchante, faire les fenêtres thérapeutiques nécessaires ;
- parce que la distension colique doit faire chercher un obstacle (discussion d'un lavement opaque aux hydrosolubles) en l'absence duquel le risque de perforation diastatique du cæcum est de toute façon à craindre.

Stratégies en milieu chirurgical

Volvulus du sigmoïde

L'hospitalisation s'impose d'urgence en milieu chirurgical. En l'absence de signes péritonéaux ou ischémiques, la stratégie initiale vise à obtenir la détorsion simple du volvulus au moyen d'une sonde rectale de gros calibre, introduite de façon douce et prudente sous rectoscopie. Une débâcle de gaz et matières suivie d'une diminution du météorisme et d'un soulagement rapide du patient signe la détorsion qui sera confirmée par un ASP de contrôle.

Un geste chirurgical à froid, à distance de l'épisode de strangulation, est préconisé, consistant en une rectosigmoïdectomie avec anastomose colorectale dans le même temps opératoire.

Cette option est, sauf terrain extrêmement fragile, raisonnable car les récurrences sont fréquentes. Celles-ci comportent un double risque :

- de complication sévère : perforation colique d'amont ou nécrose intestinale ;
- d'échec du traitement médical...

Il n'y a alors pas d'autre solution qu'un geste chirurgical à chaud dont le pronostic est beaucoup plus aléatoire en termes de morbidité et mortalité et avec de toutes façons la nécessité d'une colostomie d'amont (le rétablissement de la continuité n'étant éventuellement possible que dans un deuxième temps opératoire à distance du premier).

Sténose organique du côlon

Si la résection colique s'impose sans délai, la décision d'un rétablissement ou non de la continuité dans le même temps opératoire est

appréciée par le chirurgien selon le terrain et les signes de gravité, les données du scanner.

Pseudo-obstruction colique ou syndrome d'Ogilvie

La prise en charge thérapeutique n'est actuellement pas codifiée. La correction des troubles hydroélectrolytiques, l'arrêt des thérapeutiques incriminées et le traitement de tous les autres facteurs déclenchants sont nécessaires en incluant la recherche d'un foyer infectieux. Les laxatifs par voie générale sont contre-indiqués. La surveillance en milieu spécialisé est de mise.

Environ 1 fois sur 2, l'application de ces mesures peut suffire à améliorer les troubles dans les jours qui suivent. Si ce n'est pas le cas ou si les données cliniques et radiologiques sont inquiétantes, une exsufflation au cours d'une coloscopie peut être proposée. Certains traitements médicamenteux cholinomimétiques peuvent être aussi tentés en l'absence de contre-indications : prostigmine IV, cisapride. ■

Petite annonce

Nouveau DIU d'Infectiologie du sujet âgé

Organisé par les Universités Paris 6 et Paris 12
Pr J. Belmin et E. Cambau

Ivry-sur-Seine - Hôpital Charles-Foix

Enseignement dispensé de janvier à juin selon 6 sessions mensuelles de 2 jours chacune

CV et une lettre de motivation :
Mme Dominique RANCIEN
Secrétariat de l'ORIG,
Hôpital Charles Foix
7 av de la République
94205 Ivry-sur-Seine Cedex
Tél. : 01.49.59.42.07
Fax : 01.49.59.49.94
email :
orig.secret@cfc.aphp.fr

Françoise Giroud

« Repousser la fin relève de la pensée magique, non du respect de la vie »



Décédée brutalement à l'âge de 86 ans en janvier 2003 des suites d'un traumatisme crânien, Françoise Giroud était encore pleinement active. Célèbre féministe et grande journaliste cofondatrice de l'Express, elle n'avait jamais cessé d'écrire.

Trois ans auparavant, elle écrivait sur sa propre vieillesse : « Les années défilent par dizaine sans qu'on les voit passer. Et un jour, on se découvre petite chose molle, fragile et fripée, l'oreille dure, le pas incertain, le souffle court, la mémoire à trous, dialoguant avec son chat un dimanche de solitude. Cela s'appelle vieillir et ce m'est pur scandale. »

C'est à l'occasion d'une dépression dont elle faisait au passage une description clinique pénétrante, qu'elle disait avoir pris pour la première fois conscience de son âge. « La vieillesse que je déteste, la mienne et celle des autres, ajoutait-elle, c'est la dégradation physique, le sentiment d'être devenue superflue, le regard que certains vous jettent comme à ces objets mis de côté à l'intention d'un brocanteur — ça ne vaut plus grand-chose, mais on ne peut

tout de même pas les jeter. Tout cela est dans l'ordre inexorable des choses. »

Pour autant, précisait-elle, « Ce n'est pas une raison pour s'y résigner sans combattre. La vie m'a appris que la résignation est, en règle générale, l'attitude la plus stérile que l'on puisse adopter. Donc, je combats ! » Son combat, ce n'est pas en trichant qu'elle entendait le mener. « Les petites tricheries n'ont jamais leurré personne. Une vieille peau est une vieille peau — serait-elle, terme horrible, bien conservée ! [...] Non, s'il convient de soigner son apparence en vieillissant, ce n'est point par une coquetterie qui serait dérisoire, mais par politesse. Pour éviter aux autres, dans toute la mesure du possible, le spectacle de la déchéance, qui attriste toujours parce qu'il suggère, celle qu'un jour on connaîtra. »

« Si j'avais peur de mourir, ajoutait-elle, la perspective d'une société majoritairement composée de vieillards inactifs, accablant par force les plus jeunes de leur charge, suffirait à me réjouir de ne pas voir ça. [...] Si les humains avaient un grain de raison, ils cesseraient de chercher à prolonger toujours plus l'espérance de vie. Comme si, en repoussant la

fin, on allait arriver à supprimer la fin elle-même ! Cela relève de la pensée magique, non du respect de la vie. »

Pour autant, la vieillesse n'était pas pour elle qu'une expérience négative : « Ça, c'est le beau de l'âge, l'exercice de la liberté ! Liberté des gestes, d'abord : plus d'horaires imposés [...], la liberté du verbe, surtout, et celle de la plume ; la liberté de l'esprit qu'il faut seulement entretenir en ayant d'autres sources d'information que la télévision... Oui, plus personne à ménager, plus de diplomatie, plus de soucis de carrière ni de bienséance... On dit tout ce qu'on a au bout de la langue, même à ses enfants ! Une prison s'ouvre : le regard des autres. On n'en fait plus une montagne ! »

En définitive, tout est une question de désir. « Le plus grave, disait-elle, n'est pas de ne plus allumer le désir, c'est de ne plus en éprouver soi-même. Et de désir, elle n'en aura pas manqué, jusqu'à la fin, prenant la vie au jour le jour, ne cessant jamais d'assouvir sa passion de l'écriture, aussi bien pour sa rubrique hebdomadaire dans le *Nouvel Observateur* que pour des romans ou chroniques.

Y. KAGAN

Info labo

Nouvelle indication, prise en charge à 100 %, pour **FEMARA®** (létrazole de **Novartis Pharma**) : traitement du cancer du sein hormono-dépendant à un stade avancé chez la femme ménopausée.

L'ÉTANERCEPT, immunomodulateur de **Wyeth Léderlé**, commercialisé sous le nom de **ENBREL®** est maintenant indiqué dans le traitement du psoriasis en plaque grave chronique de l'adulte après échec d'au moins deux traitements (méthotrexate, ciclosporine).

L'insuline **LEVEMIR®** (insuline detemir) est désormais commercialisée en officine par **Novo Nordisk**.

SIBÉLIUM® (flunarizine, **Jansen-Cilag**) n'est plus remboursé par la Sécurité sociale dans son indication vertige vestibulaire. L'indication migraine reste prise en charge.

L'antibiotique **KEFORAL®** (céfalexine, laboratoire **Sciencex**) dispose désormais de formes pédiatriques (dosées à 125 mg/5 ml et 250 mg/5 ml).

TAHOR® (atorvastatine, **Pfizer**) est pris en charge à 65 % dans son indication : réduction des événements coronariens chez des patients hypertendus traités avec 3 facteurs de risque en prévention primaire, avec ou sans hyperlipidémie associée. La prévention des événements coronaires ou cérébrovasculaires chez les diabétiques n'est pas encore remboursée.

Un nouvel antiandrogène à base de cyprotérone, **KALIALE®**, indiqué dans le traitement du cancer de la prostate et dans les hirsutismes féminins majeurs d'origine non tumorale, est commercialisé par **Effik**.

Sortie de la réserve hospitalière pour **BONDRONAT®** (laboratoire **Roche**) 6 mg/6 ml, solution pour perfusion. Ce bisphosphonate (acide ibrandonique) est disponible en pharmacie de ville, il est indiqué dans la prévention des complications osseuses chez les patients atteints de cancer du sein et de métastases osseuses

L. E.

Abonnement à GÉRONTOLOGIE PRATIQUE

à retourner à **L.E.N. Médical Service abonnements**
26, Boulevard Paul-Vaillant Couturier - 94851 Ivry-sur-Seine Cedex
Tél. : 01 49 60 10 39

- Je m'abonne pour un an (10 numéros) **39 €**
et reçois en cadeau 2 revues au choix pendant 6 mois.
(Valable uniquement en France métropolitaine)
- L'AUTOMOBILE ATMOSPHÈRES
- VOYAGER SVM SVM Mac
- Je m'abonne au tarif Interne **31 €**
(uniquement sur justificatif : photocopie de la carte d'Interne de l'année en cours)
et ne bénéficie pas du cadeau.
- DOM-TOM et Étranger **53 €**

Nom (EN MAJUSCULES)
Prénom
Spécialité
Adresse (EN MAJUSCULES)
Code postal Ville
E-mail
Date..... Signature :

GERONTOLOGIE PRATIQUE

Édité par **L.E.N. MÉDICAL S.A.S.** 15, rue des Sablons - 75116 PARIS
Tél. : 01 47 55 31 31 - Télécopie : 01 47 55 31 32 - E-mail : info@len-medical.fr

Conseil scientifique Pr J.-L. Albarède, Dr J.-P. Aquino, Dr O. Binet, Dr C. Gallinari, Dr P. Guillet, Pr R. Hugonot, Dr A. Jean, Pr F. Kuntzmann, Pr J.-M. Léger, Pr J.-P. Michel, Pr F. Piette, Dr M. Roger, Dr J.-M. Vestel
Comité éditorial Dr M. Alix, Dr M. Calone, Dr N. Dobigny, Pr J.-P. Emeriau, Pr C. Jeandel, Dr A.-M. Magnier, Dr E. Pautas, Dr C. Verny
Directeur de la rédaction Pr M. Verny Rédacteur en chef Dr Y. Kagan
Chef de rubriques Dr J.-F. Alexandra Directeur de la publication Dr L. Elgozi

LEN Médical S.A.S

Pour joindre directement votre correspondant, veuillez composer le 01 47 55 31 suivi des deux chiffres entre parenthèses.

Président L. Elgozi (26) Directeur général S. Elghozi (95)
Directeur général adjoint V. Robert (14) Direction médicale A. le Masne (64)

Direction des rédactions G. Lambert (15), L. Sicsic (60)
Conseiller des rédactions M. Deker, M. N'Guyen

Secrétariat de rédaction F. Beauvais (66), V. Géli-Orfila (70), C. Lavaud (58), M.-H. Lecarpentier (25)
Direction de la publicité D. Barbey (40), V. Boyer (21), P. Gerbault (48), I. Nicolazo (39)

Assistées de : V. Renard (exécution) (42), H. Rossi (43) Chef de fabrication L. Conein (34)
Abonnements ABOCOM 26, bd P.-V. Couturier - 94851 Ivry-sur-Seine - Tél. : 01 49 60 10 39

Maquette Twice Daily

GÉRONTOLOGIE PRATIQUE est adhérent au CESSIM et à la FNIIM