



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

# **Pourquoi développer des aides à la prescription chez le sujet très âgé ?**

**Sylvie LEGRAIN**

- **Le sujet âgé de plus de 80 ans a souvent :**
  - **une réserve fonctionnelle d'organes vitaux réduite par l'avancée en âge,**
  - **plusieurs maladies chroniques,**
  - **plusieurs traitements médicamenteux.**



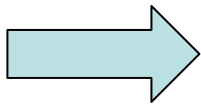
*L'approche par mono-pathologie doit être dépassée et une prise en charge globale doit être privilégiée*

- Le sujet âgé de plus de 80 ans est souvent exclu des essais cliniques réalisés en pré AMM et des études post AMM.
- Les accidents iatrogènes sont insuffisamment notifiés chez les sujets très âgés en pharmacovigilance, eu égard à leur fréquence, car ils impliquent souvent des médicaments de prescription courante ex : diurétiques



*Peu de données validées  
pour évaluer de façon précise  
chez un sujet octogénaire  
le rapport bénéfice / risque  
d'un traitement*

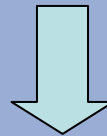
1. Les sujets très âgés, qu'ils vivent à domicile ou en EHPAD, ont recours fréquemment à l'hôpital, et le plus souvent en urgence.
2. L'accès au spécialiste « d'organe » est souvent difficile, voire impossible (éloignement géographique, densité médicale, handicap et confinement au domicile).
3. Le médecin généraliste, le plus souvent choisi comme médecin traitant, est le coordonnateur de soin.
4. D'autres professionnels de santé sont souvent impliqués.



*Nécessité d'une réflexion autour du parcours de soins coordonné*

## Spécificités cliniques chez le sujet âgé de plus de 80 ans

**Le schéma 1+2+3 et les pathologies en cascade**

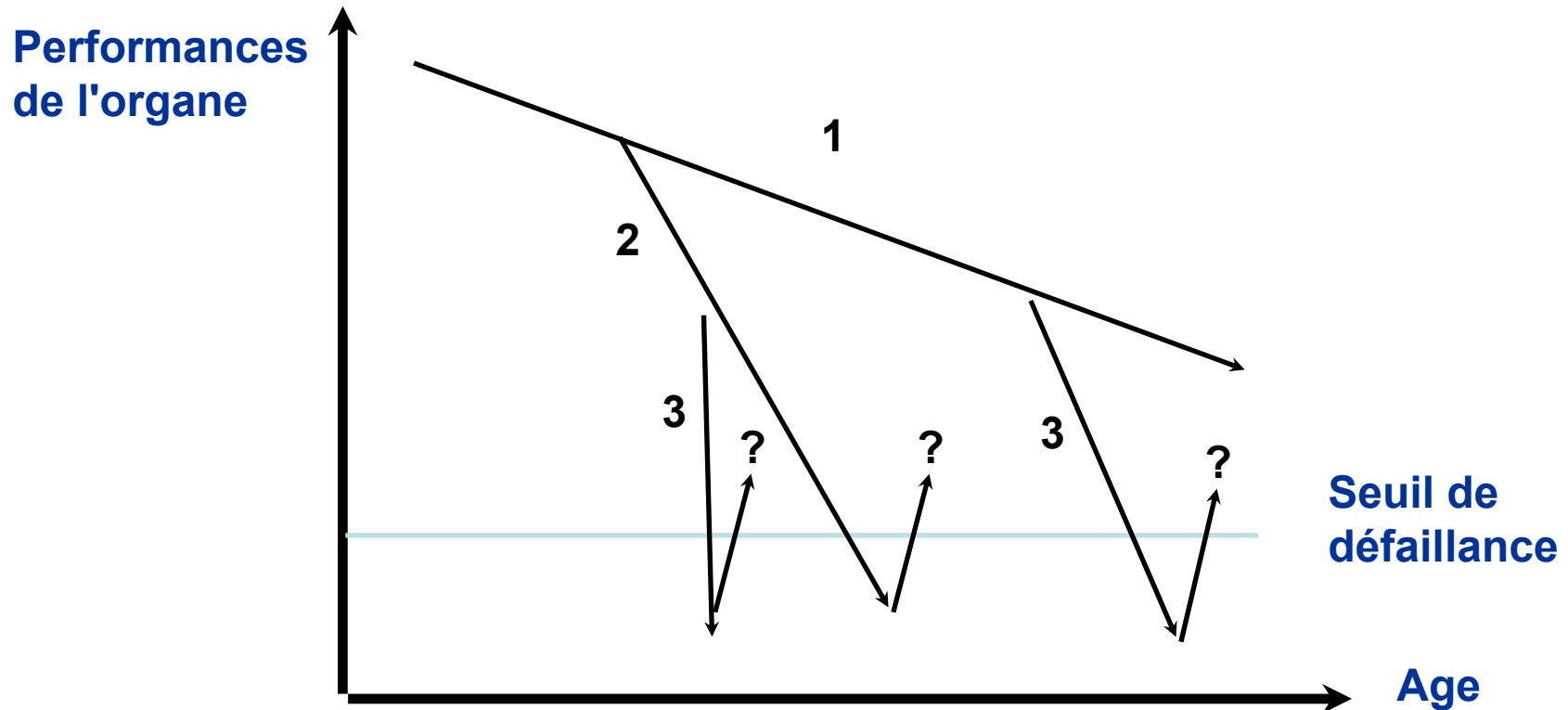


**Les connaître permet de mieux prescrire**

# **Le Schéma 1+2+3 et son application en clinique**

**ILLUSTRATION de la diminution de la réserve  
fonctionnelle d'organe  
et de l'importance des facteurs intercurrents  
dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique**

# Schéma 1+2+3



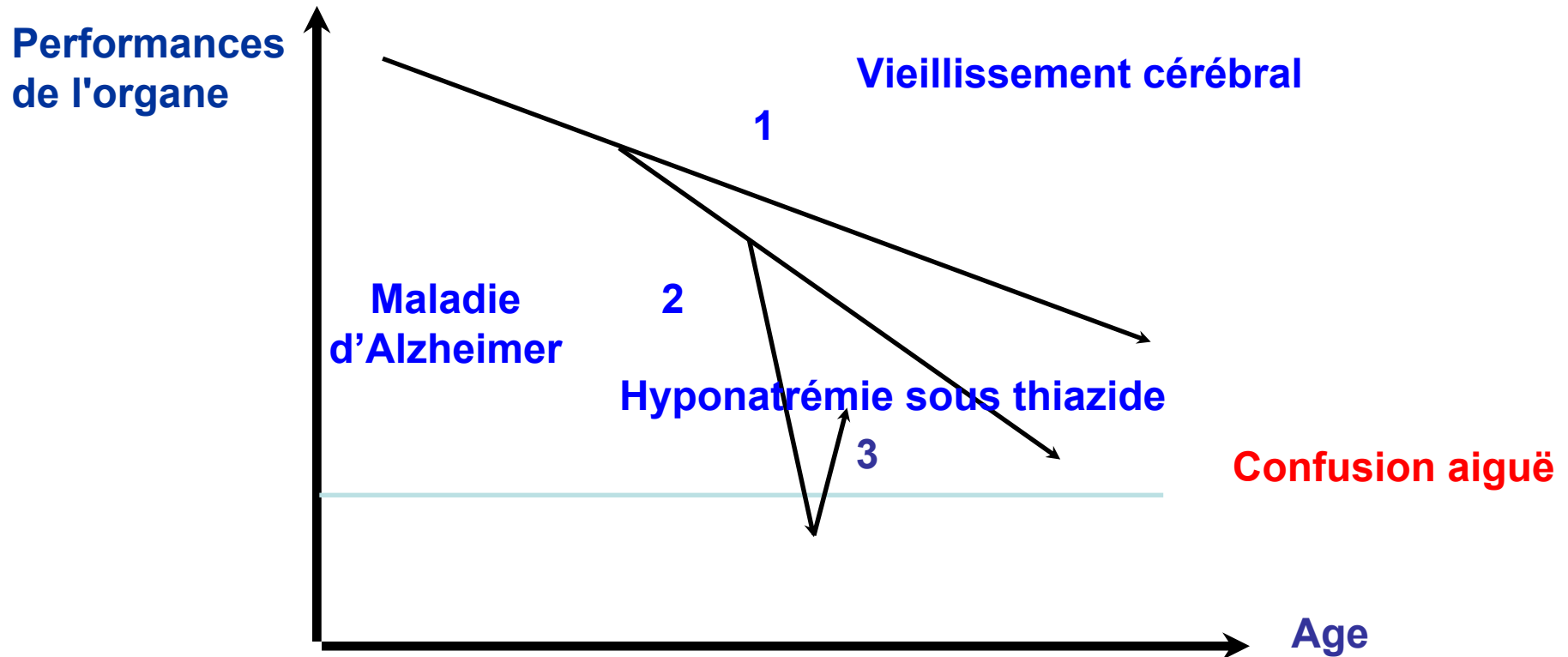
**Analyse des performances d'un organe chez un sujet âgé, sous l'effet du vieillissement (1), des pathologies de l'organe (2) et des affections intercurrentes (3), avec ou sans traitement spécifique (?). (Bouchon 1984)**

**Il existe deux situations :**

- 1. Le schéma 1+2+3 : décompensation d'un organe malade sous l'effet d'un événement intercurrent**
- 2. Le schéma 1+3 : décompensation d'un organe « vieilli » et non malade sous l'effet d'un événement intercurrent**

- 1. Monsieur X. âgé de 80 ans est hospitalisé en urgence le 22 août par les pompiers pour une confusion aiguë.**
- 2. Ce malade vit seul.**
- 3. Il a pour antécédents notables une HTA ancienne et une maladie d'Alzheimer modérée (Traitement : Co Rénitec® 1 cp/j et Aricept® 10 mg/j).**  
**Ce traitement est donné en une prise matinale par l'aide ménagère.**
- 4. L'examen clinique retrouve un malade déshydraté avec une pression artérielle à 110/80.**  
**Biologiquement, il existe une hyponatrémie à 130 mmol/l , des protides totaux à 75g/l et une créatininémie à 120 µmol/l (habituellement à 100).**

# Schéma 1+2+3



Analyse des performances d'un organe chez un sujet âgé, sous l'effet du vieillissement (1), des pathologies de l'organe (2) et des affections intercurrentes (3), avec ou sans traitement spécifique (?). (Bouchon 1984)

**1. Après arrêt du Co-Renitec et réhydratation, le syndrome confusionnel a régressé très progressivement et monsieur X a retrouvé son état cognitif antérieur plusieurs semaines après cet épisode aigu.**

**2. Schéma 1+2+3 :**

**Plus la maladie de l'organe est sévère, plus celui-ci pourra décompenser sur un mode aigu pour un événement intercurrent (3) mineur.**

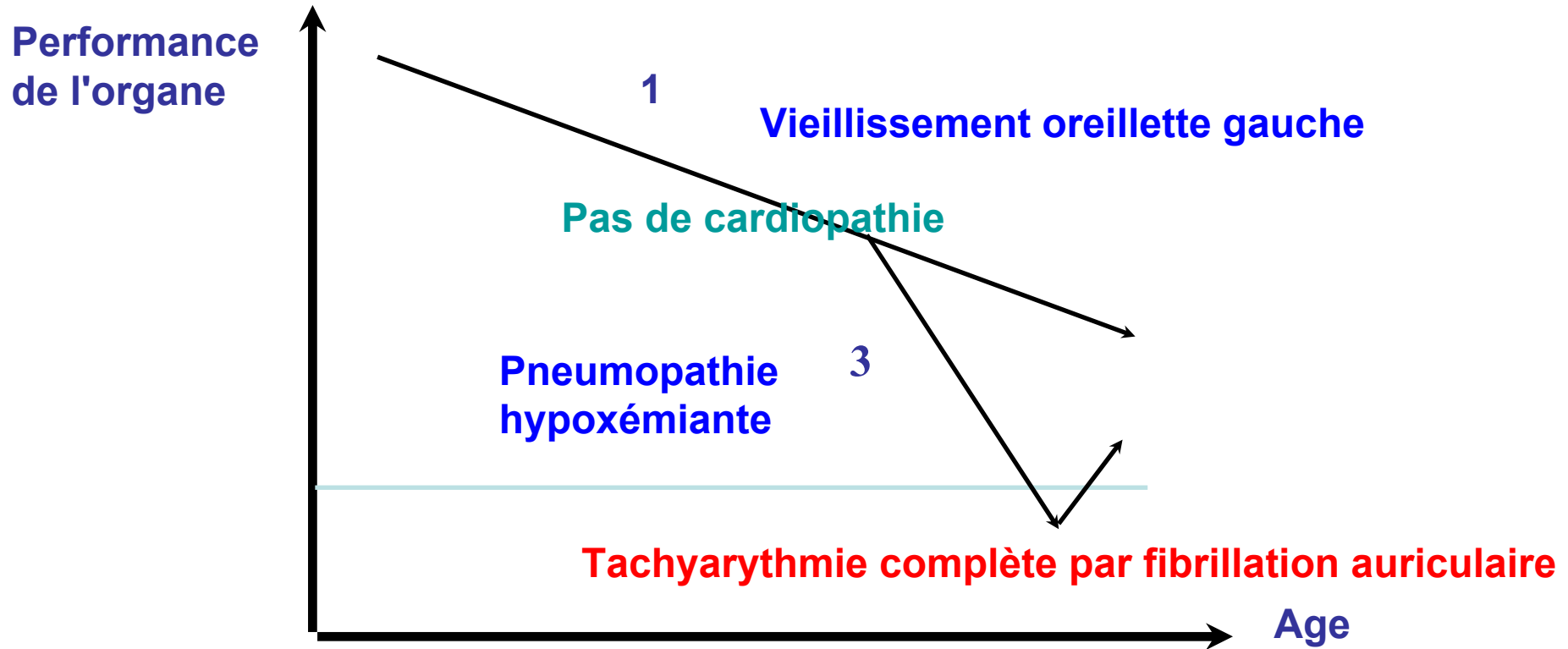
**1. Elle résulte:**

- 1 : d'un vieillissement cardiaque,
- 2 : d'une cardiopathie ischémique, hypertensive ou valvulaire,
- 3 : et d'un facteur déclenchant (infection, TAC/FA, anémie, hyperthyroïdie, poussée hypertensive, bradycardie iatrogène, ...).

**2. La prise en charge associe le traitement du facteur intercurrent, mais aussi l'optimisation du traitement de fond de la cardiopathie.**

- 1. Madame V...âgée de 85 ans, est hospitalisée en gériatrie aiguë pour un passage en tachyarythmie sur fibrillation auriculaire, mal toléré, dans un contexte de broncho-pneumopathie hypoxémiante hivernale.**
- 2. Cette malade n'a aucun antécédent cardiovasculaire.**
- 3. Radio de thorax : pas de cardiomégalie.**
- 4. ECG : normal, en dehors de la TAC/FA.**
- 5. A 48 heures, sous O2 et après retour de l'apyrexie, et après 4 cps de Cordarone, la malade est de nouveau en rythme sinusal.**

## Schéma 1+3



- 1. L'attitude thérapeutique est centrée sur la correction du facteur intercurrent, le plus souvent extérieur à l'organe, et parfois mineur chez le sujet très âgé.  
Dans l'exemple : fièvre et hypoxie**
- 2. Après traitement spécifique (oxygène nasal et antipyrétiques), et le retour en rythme sinusal, il n'y a pas de justification pour un traitement anti-arythmique au long cours.**
- 3. L'attitude thérapeutique aurait été différente si le malade avait un facteur 2, à savoir par exemple une cardiopathie valvulaire avec une insuffisance mitrale et une dilatation de l'oreillette gauche.  
Un traitement anti-arythmique au long cours aurait pu se justifier.**

- 1. Il existe avec l'avance en âge une diminution des réserves fonctionnelles des organes : cœur, cerveau, rein,...  
Mais aussi de celles d'autres systèmes :  
sarcopénie avec augmentation de la masse grasse,  
ostéopénie, hypovestibulie, immunosénescence, ...**
- 2. Mais, ce vieillissement physiologique diffère d'un sujet à l'autre, certains sujets très âgés ont un vieillissement « réussi » (facteurs génétiques, mais aussi mode de vie).**
- 3. Chez un même sujet, le vieillissement n'est pas uniforme d'un organe à l'autre. « On vieillit en pièces détachées » L. ROBERT**
- 4. Les capacités, du fait de l'avancée en âge, sont réduites en cas de stress, mais le vieillissement n'entraîne pas à lui seul de décompensation.**

**→ ATTENTION AU DIAGNOSTIC DE SENILITE**

- 1. L'incidence et/ou la prévalence de la très grande majorité des maladies augmentent avec l'avancée en âge.**
  
- 2. Quelques exemples :**
  - Un octogénaire sur 10 a une insuffisance cardiaque.**
  - 60% des cancers surviennent après 65 ans.**
  - 2 sujets sur trois ayant une maladie d'Alzheimer ont plus de 80 ans.**

- 1. Ils jouent un rôle majeur dans la survenue d'une symptomatologie clinique.**
- 2. Les plus fréquents sont : déshydratation, infection, iatrogénie, événement de vie, mais aussi fécalome, globe vésical, trouble du rythme cardiaque, anémie,...**
- 3. L'interrogatoire du malade et de son aidant par le médecin traitant permettent souvent leur repérage.**
- 4. La démarche diagnostique et la prise en charge en dépendent.**

# Les pathologies en cascade

**Il s'agit d'une situation clinique fréquente en gériatrie,  
où la décompensation d'une fonction entraîne des  
décompensations organiques en série.**

**Broncho-pneumopathie**



**Insuffisance cardiaque**



**Insuffisance rénale**



**Intoxication digitalique**



**Vomissements**

**Chute dans la rue**



**Confinement au domicile**



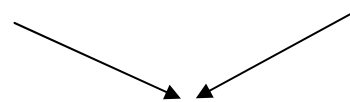
**Dépression**



**Dénutrition**



**Pneumopathie bactérienne**



**Recours au système de santé**

- 1. Les symptômes d'appel sont souvent très peu spécifiques :  
confusion, troubles digestifs, amaigrissement, chute, ...**
- 2. Le recours au système de soins, à l'initiative du malade ou de son  
aidant, est souvent tardif du fait de la banalisation du symptôme.**
- 3. Il faut remonter jusqu'au point de départ de la cascade,  
ce qui nécessite du temps.**

- 1. Si les pathologies du sujet très âgé ne diffèrent pas de celles de l'adulte d'âge moyen, leur présentation est souvent différente.**
- 2. Le vieillissement n'entraîne pas de décompensation clinique à lui seul.**
- 3. La connaissance du schéma 1+2+3 et des pathologies en cascade permet d'éviter des prescriptions en excès (« overuse ») ou par défaut (« underuse ») et de diminuer le risque iatrogénique.**