

CHECK-UP DE BASE EN GÉRIATRIE

D^{resse} **Emilia Frangos**, médecin cheffe de service, Clinique de Joli-Mont, Hôpitaux Universitaires de Genève

Une bonne santé se maintient grâce à un check-up régulier (appelé également «examen médical périodique» ou bilan de santé) dès l'âge de 35 ans, permettant de dépister d'éventuels troubles (maladies ou comportements à risque) à un stade précoce et de les traiter avec succès. Il offre une opportunité de discuter des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies. En parallèle au check-up de base du sujet adulte, la question est de savoir quelles sont les particularités dont il faut tenir compte chez le patient gériatrique, dans la mesure où il ne doit (et ne peut pas) être considéré uniquement comme un patient adulte qui a pris de l'âge. En effet, il existe un certain nombre de spécificités qui sont propres à cette population, comme les syndromes gériatriques, de même qu'une dimension de prise en charge globale qui est indispensable (physique, psychologique et sociale).

Un **syndrome gériatrique** est considéré comme une situation de santé définie selon quatre critères : sa fréquence augmente fortement avec l'âge (et/ou est observée seulement chez le sujet âgé), elle résulte de facteurs multiples et divers, dont des facteurs favorisants (chroniques) et des facteurs précipitants (aigus ou intermittents), elle a pour conséquences fréquentes un risque de perte d'indépendance fonctionnelle et/ou d'entrée en institution et sa prise en charge est multifactorielle, requérant une approche globale et holistique du patient (J. Belmin, Hôpital Charles Foix, Paris).

Les **syndromes gériatriques** les plus courants à dépister lors du bilan de santé d'un sujet âgé sont notamment les chutes, les démences, la dénutrition, les troubles de l'humeur, l'incontinence et la fragilité. Ceci est possible à travers une évaluation dite «gériatrique globale» (CGA; comprehensive geriatric assessment), définie comme une «approche diagnostique et thérapeutique structurée, souvent multidisciplinaire, qui vise à identifier les limitations médicales, psychosociales et fonctionnelles de la personne âgée fragile afin de développer un plan de prise en charge coordonné ayant pour objectif de maximaliser la santé en vieillissant». (Stuck AE et al. Lancet 1993, Devons CA Curr Opin Clin Nutr Metab 2002). Ceci à l'aide d'instruments d'évaluation standardisés et spécifiques, qui s'accompagnent, pour être complets, de certaines analyses biologiques.

Les outils principalement utilisés sont destinés à explorer les domaines suivants: la cognition, l'humeur, la nutrition, la marche/mobilité, les aspects socio-fonctionnels, la continence, le sensoriel et les médicaments.

Pour l'aspect cognitif, le Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein MF, et al. J Psychiatr Res 1975) permet un dépistage des troubles cognitifs. Il convient de l'associer au test de l'horloge pour les fonctions exécutives (on présente au patient un cercle avec un point central en lui précisant qu'il représente le cadran d'une montre ou d'une horloge et il doit positionner les chiffres et les aiguilles correspondant à une heure précise : 11h10 ou 4h moins 20). Le Six Item Screener peut également être utilisé. Il représente une forme simplifiée du MMSE, comprenant uniquement ses items d'orientation temporelle et le rappel des mots (Christopher M. Callahan, et al. Medical Care 2002).

Au niveau de l'humeur, des échelles comme la Geriatric Depression Scale (GDS) ou sa forme simplifiée (mini-GDS) (Yesavage AGS, Clément JM, Encéphale 1997), ainsi que la Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Guelfi JD, Ardix Médical) sont recommandées. **Pour la nutrition**, le Mini-Nutritional Assessment (MNA et short form) représente un très bon outil de dépistage. Le simple suivi de la cinétique du poids à chaque consultation est également performant.

Au niveau de la mobilité, outre des tests complets testant l'équilibre et la marche, comme le test de Tinetti (Tinetti ME, JAGS 1986), des tests très facilement et rapidement praticables sont disponibles, comme le test de l'appui unipodal (capacité du patient à tenir debout sur une jambe > 5 secondes) ou le Timed up and go (Podsiadlo D et al. J Am Geriatr Soc, Schädler S et al. Assessments Huber Verlag 2006) qui consiste à demander au patient de se lever d'une chaise avec dossier, de s'éloigner de 3 mètres puis de revenir vers la chaise et y reprendre sa place. Ce temps est chronométré; une mesure de >14 secondes permettant de conclure à une limitation de la mobilité.

Pour les aspects socio-fonctionnels, il convient d'explorer le degré d'autonomie du sujet âgé dans les activités de la vie quotidienne (AVQ; toilette,

habillage, utilisation des WC, transferts, alimentation, continence), ainsi que dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ; utilisation du téléphone, courses, cuisine, ménage, lessive, transports publics, médicaments, finances).

Pour la continence, l'anamnèse systématique est utilisée. La voix chuchotée et la table de Snellen permettent un dépistage des troubles **sensoriels**, l'examen clinique permet une

évaluation de l'**état cutané**, et la **polymédication** est évaluée par une révision systématique des traitements du patient.

A tout cela, s'ajoute un **bilan biologique de base**, avec en particulier le dosage de certains paramètres qui peuvent interférer avec les syndromes gériatriques (hémoglobine, fonction rénale, électrolytes, bilan hépatique et thyroïdien, bilan martial et vitamino-ferrique, bilan phospho-calcique et nutritionnel).

Le dosage de l'hémoglobine permet le diagnostic de l'**anémie**, qui présente une très haute prévalence chez le sujet âgé et qui est clairement démontrée comme étant associée à la fragilité, à la fonctionnalité, au risque d'hospitalisation, à la



mortalité, aux fonctions cognitives et au risque de chutes, notamment. Souvent multifactorielle, un tiers des anémies est attribué à un déficit nutritionnel, c'est-à-dire un déficit martial et/ou vitaminique (B12 et B9) (Frangos et al. Rev Med Suisse 2010). Le dosage de la ferritine est prédictif d'un déficit en fer (Guyatt GH Gen Intern Med 1992) et son dosage peut être associé à d'autres paramètres, comme le récepteur soluble ou l'index du récepteur soluble, en cas de suspicion de composante inflammatoire associée (Casale G Age Ageing 1981, Skikne BS Am J Hematol 2011 et Joosten E Am J Med 1991). Chez le sujet âgé, le déficit en fer n'est qu'occasionnellement lié à une carence d'apport ou une diminution de l'absorption. En effet, dans la majorité des cas, il est associé à une perte sanguine gastro-intestinale (Guralnik JM Blood 2004) qu'il convient de rechercher. **Les déficits en vitamine B12 et B9 (folates)** sont également très fréquents (Clarke R Age and Ageing 2004) et les causes peuvent être multiples, pouvant se manifester sous la forme de polyneuropathies périphériques ou de troubles cognitifs.

En ce qui concerne le **bilan phospho-calcique**, le dosage du calcium, des phosphates et de la vitamine D est recommandé, avec une très haute prévalence de déficit de vitamine D dans les pays industrialisés, notamment en lien avec une basse exposition solaire et des apports faibles. Les manifestations cliniques de l'hypovitaminose D peuvent être multiples chez les sujets âgés (déméralisation osseuse, ostéomalacie, faiblesse musculaire, fractures et difficultés à la marche). Les valeurs cibles (25-OH vitamine D) sont les suivantes: valeurs jugées adéquates à >50 nmol/l pour une population générale, et valeurs optimales à >75 nmol/l pour une prévention des chutes et des fractures. Il est question d'insuffisance à des taux entre 25-50 nmol/l et de carence pour des valeurs à <25 nmol/l (Bischoff-Ferrari H et al. Forum Med Suisse 2014).

Pour finir, en ce qui concerne **la dénutrition**, autre syndrome gériatrique d'importance, les situations à risque sont multiples (Nutrition clinique et métabolisme 2007) et les signes cliniques variés (fontes musculaire et adipeuse, perte de la fonction musculaire, œdèmes sur hypoalbuminémie, troubles cutanés (escarres) et des phanères, apathie, etc). Le diagnostic biologique repose sur le dosage de l'albumine (dénutrition à < 35 g/l; sévère à <30 g/l) et de la pré-albumine (<180-200 mg/l), qui est un indicateur précoce (ou aigu) au vu d'une plus courte demi-vie (48h).

Grâce à cette évaluation systématique et ciblée, ce bilan permet de dépister les principaux syndromes gériatriques, afin de pouvoir dans un second temps effectuer une enquête étiologique et mettre en place une intervention souvent multifactorielle, en cas de confirmation diagnostique. Cette intervention se veut bénéfique autour d'une réflexion centrée sur **la fonctionnalité et la qualité de vie**, éléments primordiaux dans toute approche qui se veut spécifiquement gériatrique.

Publicité

UN BOND DANS L'AVENIR

Nouvelles perspectives

Avec la Caisse des Médecins, la maîtrise du dossier médical informatisé et de l'agenda est non seulement simple mais également économique. N'hésitez plus à appeler la Caisse des Médecins.

La Caisse des Médecins : une coopérative à vos côtés

Conseils + services + logiciels + formation = Caisse des Médecins



Ä K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

Caisse des Médecins
Société coopérative · Agence Neuchâtel
Av. des Champs-Montants 16C
Case postale · 2074 Marin
Tél. 032 752 35 52 · Fax 032 752 35 59
www.caisse-des-medecins.ch
neuchatel@caisse-des-medecins.ch