

PETIT BULLETIN

du Gériatre et du Gérologue

CHU de Grenoble et de Nice
CMRR Grenoble Arc Alpin et Nice

16^{ème} année n° 04

25 Janvier 2010

REUNION BIBLIOGRAPHIQUE HEBDOMADAIRE

Pour l'envoi de vos références et résumés : franco.a@chu-nice.fr

Articles

- **Annales de Gérontologie 2009 ; 2(3) : 169 – 173**

Procalcitonine, marqueur de mortalité précoce chez le sujet très âgé. G.Gavazzi, F. Stucker, F.Herrmann, JD.Graf, JP.Michel

La procalcitonine (PCT) est un biomarqueur d'infection mais aussi de sévérité des infections chez les adultes. Chez les sujets très âgés, l'affirmation d'un diagnostic et l'évaluation de la gravité de la maladie sont souvent difficiles. Le pronostic est à la fois lié à la pathologie aiguë, et à d'autres facteurs tels que le statut fonctionnel ou les pathologies chroniques associées. Les auteurs ont ainsi jugé utile de rechercher des outils diagnostics sensibles et spécifiques pour évaluer le pronostic des sujets très âgés. L'objectif de cette étude observationnelle, prospective, était d'évaluer l'intérêt de la PCT afin de prédire la mortalité à court terme (à 30 jours) dans une cohorte de 218 patients âgés de 75 ans minimum, admis en court séjour gériatrique aux Hôpitaux universitaires de Genève (Suisse) (entre décembre 2002 et février 2003). Seuls les patients âgés de 75 ans min, en mesure de donner leur consentement furent inclus. Les patients atteints de pathologies chroniques furent exclus. Les caractéristiques démographiques, les co-morbidités (index de Charlson), les signes généraux (pouls, FR..), les paramètres biologiques (PCT, CRP, albuminémie, vitamine B12, compte leucocytaire et créatininémie) furent précisés pour chaque patient à l'admission. L'autonomie fonctionnelle fut évaluée par la MIF. Le diagnostic fut précisé à j 5 selon la CIM-10. Trente jours après l'admission, la mortalité fut répertoriée. Huit patients sont décédés au cours des 30 premiers jours suivant l'admission. La mortalité est positivement associée au taux d'albumine (OR= 0,72) et de vitamine B12 (OR=0,99). La présence d'un SIRS (OR=27,8) et une élévation de la PCT (OR=54,5) sont associés à une surmortalité, indépendamment du statut fonctionnel et des comorbidités. D'une manière non attendue, l'élévation de la PCT est associée à une augmentation de la mortalité chez des patients présentant aussi bien une pathologie infectieuse que non infectieuse. En conclusion : Le résultat de la PCT est novateur, signifiant que dans un groupe de patient très âgé admis en court séjour gériatrique, une PCT élevée est un paramètre pronostic précis pouvant être utilisé en association avec les critères de SIRS et les paramètres biologiques comme un prédicteur fiable de la mortalité à 30 jours, indépendamment de la nutrition, de l'état fonctionnel et du diagnostic principal au cours de l'hospitalisation. Limites de l'étude : faible taux de mortalité précoce ; absence de mesures répétées de la PCT ; manque de représentativité de la population étudiée. (Commentaires Flore CARANTA, IMG, Nice)

- **Annales de Gérontologie 2009 ; 2(3) : 161-167**

Evaluation de la tolérance des fibroscopies oesogastroduodénales chez les sujets âgés. C. Colliard-Moisan, L. de Decker, P. Chevalet, M. Berlioz-Thibal, V. Ould-Aoudia, G. Berrut

Les FOGD sont des examens de pratique courante chez les sujets âgés. Elles sont réalisées selon les recommandations de l'HAS mais également en dehors de ces recommandations chez le sujet âgé en raison du caractère frustré des tableaux cliniques œsogastroduodénaux. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la tolérance des FOGD chez les plus de 70 ans, selon le critère principal qui était l'acceptation du patient de refaire l'examen dans les mêmes conditions. Les objectifs secondaires étaient les suivants : rechercher la présence de douleur, nausée, sensation d'étouffement, anxiété, inconfort global et qualité de l'information, comparer la tolérance entre 2 groupes de patients, ainsi que les critères secondaires, selon que l'indication est validée ou non par l'HAS et proposer des solutions afin d'améliorer la tolérance de cet examen. L'étude était prospective, descriptive, menée dans un service de médecine interne du CHU de Nantes et dans un service de médecine polyvalente gériatrique de l'hôpital de Nantes. Les critères d'inclusion étaient un âge de plus de 70 ans, et une FOGD sans anesthésie générale après une anesthésie pharyngée par gel de LIDOCAINE au cours d'une hospitalisation en court séjour de gériatrie. Les critères de non inclusion étaient un état physique, sensoriel, psychiatrique ou cognitif rendant l'évaluation par le questionnaire irréalisable, et les FOGD réalisées sous anesthésie générale ou sédation intraveineuse. Une information orale, complétée par une notice écrite ont

été délivrées aux patients. Dans les 24 H suivant l'examen, les patients ont répondu au questionnaire. L'évaluation subjective par le patient des critères secondaires (douleur, nausée, sensation d'étouffement, anxiété, inconfort global) a été mesurée à l'aide d'une échelle visuelle analogique de 1 à 10. Les patients ont été séparés en 2 groupes : patients ayant eu une FOGD selon les recommandations de l'HAS et patient ayant eu une FOGD en dehors des indications validées (dénutrition isolée, altération de l'état général inexplicite, anorexie isolée).

30 patients ont été inclus dont 19 femmes et 11 hommes. L'âge moyen des patients était de 84,3 ans. Les motifs d'hospitalisation étaient l'altération de l'état général, la chute, et l'anémie. Parmi les 30 FOGD, 22 avaient une indication validée par l'HAS. Les FOGD normales sont le résultat le plus fréquent, les pathologies retrouvées étant la hernie hiatale (20%), l'ulcère gastroduodéal (16%), la gastrite atrophique (13%), 3 cas d'endobrachyoesophage, et 2 œsophagites peptiques. Il n'y a eu aucune complication de la FOGD. Selon le critère principal, 20 patients sur 30 (66,7%) étaient d'accord pour recommencer la procédure dans les mêmes conditions. Une anesthésie générale aurait été préférée pour 4 patients (13,3%). Ces résultats se situent dans les chiffres déjà publiés. Concernant la tolérance: 16 patients (53,3%) n'ont eu aucune douleur, la moyenne de l'EVA était de 2,36/10. Ces chiffres correspondent à ceux d'études précédentes ; 20 patients (66,7%) n'ont eu aucune sensation d'étouffement, la moyenne de l'EVA était de 1,44/10 ; 18 patients (60%) n'ont pas présenté de nausée, la moyenne de l'EVA était de 2/10 ; 16 patients (53,3%) n'étaient pas anxieux, la moyenne de l'EVA était de 2,7/10 ; l'EVA était de 4,5/10 pour la sensation d'inconfort global ; l'information donnée préalablement aux patients correspondait à la réalité de l'examen pour 22 patients (73,33%), 5 patients ont trouvé que l'examen était plus inconfortable. Un lien significatif a été retrouvé entre la tolérance de la FOGD et l'ensemble des critères secondaires ($p < 0,05$). Il n'y a pas de lien significatif entre la tolérance de la FOGD selon le critère principal ($p = 0,682$) et selon les critères secondaires ($p > 0,05$) entre les 2 groupes de patients, que la FOGD soit validée ou non par l'HAS. Les solutions proposées par les auteurs afin d'améliorer la tolérance de l'examen sont les suivantes : administration d'un antalgique avant l'examen et utilisation de gastroscopes pédiatriques, utilisation de spray de LIDOCAINE associé à de faibles doses de MIDAZOLAM, utilisation de musique de relaxation ou de MEOPA pour diminuer l'anxiété, administration d'un médicament anti-nauséeux et utilisation de nasogastrosopes pour diminuer les nausées. Les biais et les limites de l'étude concernaient l'absence d'évaluation des fonctions cognitives des sujets, le choix de l'EVA pour l'évaluation de la tolérance, qui n'est pas toujours bien utilisée par les sujets âgés, la réalisation des FOGD par des opérateurs différents (opérateur dépendante, le faible effectif de l'étude. (Commentaires: Elodie BIGLIA, IMG, Nice)

- **Age and Ageing 2010;39(1) :86-91**

The experiences of older adults in the community dying from cancer and non-cancer causes: a national survey of bereaved relatives. Burt J, Shipmann C, Richardson A, Ream E, Addington-Hall J.

La symptomatologie de fin de vie est peu étudiée. Le but de cette étude rétrospective est d'observer cette période durant les 3 mois précédant le décès chez les patients âgés cancéreux et non cancéreux. 1266 patients de plus de 65 ans ont participé à l'étude. Un questionnaire a été envoyé 3 à 9 mois après le décès à l'aidant pour collecter les symptômes observés et une comparaison entre les 2 groupes (cancéreux/non cancéreux) a été opérée. On a retrouvé sans surprise plus de symptomatologie douloureuse chez les cancéreux de façon significative. Les patients non cancéreux présentent plus de symptomatologie respiratoire. Moins de la moitié des patients ont reçus des traitements qui se sont révélés complètement efficaces sur la symptomatologie observée. Chez les patients douloureux, seulement 34% ont reçus un traitement antalgique complètement efficace. Les patients non cancéreux reçoivent moins de traitement symptomatique et moins d'aides que les cancéreux de façon significative. Ceci nous interroge sur la nécessité d'anticipation d'aides pour les patients aux pathologies chroniques afin d'aider au mieux à la fin de vie. Il faut noter que seulement 41% des questionnaires ont été renvoyé peut être les aidant les plus mécontents ou les plus satisfaits des soins....

(Commentaires : Rabia BOULAHSSASS)

Congrès

- **Alzheimer : Journées du GRAL, Marseille 29 & 30 janvier 2010**
<http://www.neuropsychologie.fr>
- **Conférence internationale IEEE-Healthcom2010** <http://www.ieee-healthcom.org/committee.html>.

Vous pouvez profiter de cette conférence pour communiquer ou faire communiquer sur vos travaux et ceux de vos étudiants. La dead-line arrive rapidement : le vendredi 29 Janvier !

Cherche

- **Le Centre hospitalier de Puteaux**

(11 lits de médecine de soins palliatifs, 40 lits de SSR, 50 lits d'USLD, 5 places d'Hôpital de Jour de bilan gériatrique, consultations mémoire) cherche un **médecin gériatre temps plein** attaché ou contractuel pour le pôle de gériatrie. Ses missions principales seront les suivantes :

- participation à l'hôpital de jour de bilan gériatrique
- participation aux consultations mémoire
- participation au service de soins palliatifs

Une double compétence en gériatrie et en soins palliatifs serait particulièrement appréciée.

Poste à pourvoir immédiatement. Renseignements et candidature à adresser au Dr Arach MADJLESSI, Chef de pôle de Gériatrie : amadjlessi@ch-putaux.fr; Tel 0141183042

- **CHU Bichat à Paris**

Le poste de **Chef de Clinique Assistant** de l'Unité de Gériatrie Aiguë de Bichat (20 lits, 1 PH temps plein, 2 internes, 4 externes) est disponible du 2 novembre 2010 au 31 octobre 2011 (1 an). Les candidats doivent être soit DES de spécialité, soit DES de MG + avoir validé son DESC de Gériatrie. Connaissez-vous des candidats intéressés ? Contact Dr Agathe RAYNAUD-SIMON agathe.raynaud@cfx.ap-hop-paris.fr

- **The University of Texas Medical Branch at Galveston**

Job Opportunity. Faculty Position in Women's Health (Assistant Professor). Department of Preventive Medicine and Community Health. The University of Texas Medical Branch at Galveston. The University of Texas Medical Branch at Galveston (UTMB) is recruiting to fill a faculty position with a primary appointment in the Department of Preventive Medicine and Community Health (PMCH) and an affiliation with UTMB's Center for Interdisciplinary Research in Women's Health (CIRWH). Candidates with a background in socio/behavioral science or epidemiology/biostatistics with a primary interest in women's health issues are especially invited to apply. Research strengths of PMCH and CIRWH faculty include women's health, aging, Hispanic health, health services research, and human nutrition. Send materials to the Search Committee Chair, Dr. Kyriakos Markides (kmarkide@utmb.edu). Applicants must also submit an application and cv online at <http://www.utmb.edu/hcm/>.

Bibliographie du 25/01/2010 – Nice : Séverine AGRATI, Christelle AUVARA, Isabelle BEREDER, Elodie BIGLIA, Alexandra BONJOUR, Rabia BOULAHSSASS, Patrice BROCKER, Françoise CAPRIZ-RIBIERE, Flore CARANTA, Anne-Laure COUDERC, Grégory DEBRIS, André GARY, Raphaëlle GAVIGNET, Florian GRENIER, Damien LE GAY, Audrey MARTEU, Jean-Michel TURPIN