

PETIT BULLETIN

du Gériatre et du Gérologue

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

16^{ème} année n° 05

01 Février 2010

REUNION BIBLIOGRAPHIQUE HEBDOMADAIRE

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

Edito

United Nations. Les 192 pays membres se réunissent à plusieurs occasions. Et cette quinzaine c'est comme chaque année début février au titre des affaires Economiques et Sociales (ECOSOC). Et c'est auprès de l'ECOSOC que les 28 ONG soutenant les questions du handicap ont obtenu en 2006 une convention (traité) internationale et la nomination d'un Rapporteur Spécial. La convention de l'ONU (New York) fait suite à la Classification Internationale du Fonctionnement votée en 2001 par l'OMS (Genève). A cette convention adhèrent actuellement 78 pays dont la France, qui soutiennent par une législation adaptée les objectifs du traité pour l'égalité des droits et des chances. Le rapporteur spécial est actuellement de nationalité Sud Africaine et occupe une position internationale très respectée. Il faut obtenir au moins le même résultat pour la reconnaissance des droits des humains âgés, droits terriblement bafoués dans certains pays. Toutes les actions internationales des ONG dédiées aux aînés doivent converger absolument vers cet objectif. C'est le cas de l'IAGG qui s'y engage, et donc des sociétés membres qui la composent. Paradoxalement, ce qui se passe si haut et si loin aux Nations Unies nous concerne au quotidien. [AF]

Articles

- **Médecine des maladies Métaboliques, 2009 ; 3(4) : 386-391**

Facteurs nutritionnels et troubles cognitifs chez le sujet âgé. A. Petit, C. Hommet, T. Constans
Cette revue de la littérature commente les études épidémiologiques descriptives et les études d'intervention portant sur les liens entre nutrition et démence et/ou troubles cognitifs.

Apports énergétiques élevés : Luchsinger et al., sur 980 personnes (âge moyen 75,3 ans) montre que les patients qui étaient dans le quartile le plus élevé d'apports énergétiques avaient un risque plus grand de développer une M.A.

Surpoids et obésité : cette étude longitudinale sur 18 ans de Gustafson et al. concerne 392 femmes et montre que le risque de M.A. augmente de 36% pour 1kg/m² supplémentaire d'IMC à partir de 70 ans.

Cholestérol : sur les 4 études longitudinales présentées, 2 montrent une corrélation entre taux élevé de cholestérol total et un risque accru de survenue de M.A., les 2 autres ne montrent pas d'association.

Homocystéine et vitamines du groupe B : L'hyperhomocystéinémie est associée à un risque accru de M.A. dans une cohorte de 1092 sujets d'âge moyen de 76 ans (Seshadri S.) ; un taux plasmatique >14 micromol/L était associé à une augmentation de 1,9 du RR de M.A. Une consommation importante de folates (dont le métabolisme est lié à celui de l'homocystéine) est associée à un risque plus bas de M.A., non vérifié pour B12 et B6

Alcool : sur 6 études observationnelles, 5 ont montré un lien statistique entre la consommation modérée de vin et une plus faible incidence de démence et de M.A. ; mais la 6e avait un suivi trop court (3,5 ans)

Poisson : Sur 6 études : la consommation de poisson gras au moins une fois par semaine tend à être associée à une réduction de l'incidence de la démence (études tenant compte du niveau socio-éducatif).

AG poly-insaturés : plusieurs études observationnelles ont montré un effet protecteur concernant les oméga 3 et 6. Mais ces résultats ne sont pas vérifiés si le niveau socio-éducatif ou la consommation d'autres graisses sont pris en considération (Solfrizzi et al, et Morris et al.). Une étude avec apport d'oméga-3 n'a pas montré de ralentissement du déclin cognitif chez les patients ayant une M.A.

Anti-oxydants : La plupart des travaux ont mis en évidence que la consommation de vitamine E et de vitamine C alimentaires était associée à une plus faible incidence de M.A.

Caféine : Une consommation habituelle de café > 3 tasses par jour est associée à de meilleures performances en mémoire verbale (étude sur 4197 femmes de plus de 65 ans). Vérifié par Johnson-Kozlow et al.

Régime méditerranéen : Scarmeas et al. ont montré, chez des habitants de New York, que l'adhésion à un régime méditerranéen était associée à une incidence plus faible de M.A.

Cependant, les critères diagnostiques et les modes de diagnostic des démences sont variables d'une étude à l'autre. Par ailleurs, pour certains aliments plusieurs nutriments peuvent être en cause. Il existe également un biais que les études ne maîtrisent pas toutes réellement, c'est le style de vie qui peut s'avérer en lui-même

protecteur : la consommation modérée d'alcool et de poisson concerne des sujets ayant un haut niveau socio-éducatif et pratiquant une activité physique. (Commentaires Grégory Debris, IMG, Nice)

- **Le Journal d'OncoGériatrie (JOG) 2010; 1/1, 37-40**

Intérêt des oncologues européens pour l'approche gériatrique du patient âgé de 75 ans et plus au moment du diagnostic : analyse de la situation et mesures d'amélioration. P. ANHOURY, T. PERACHE (Equipe de Mattsonjack-Kantar Health – Paris)

Cette équipe étudie depuis 3 ans l'épidémiologie des cancers et les conditions de prise en charge des patients dans 5 pays d'Europe (France, Angleterre, Allemagne, Espagne, Italie). Devant la part importante de sujets de plus de 75 ans et le taux important de cancer dans cette population (37 %), ils se sont intéressés à l'intérêt des oncologues pour l'approche gériatrique du patient de plus de 75 ans au moment du diagnostic de cancer. Les questions posées aux oncologues médicaux correspondent à la recherche des comorbidités, à l'influence de l'âge sur l'utilisation des thérapeutiques coûteuses, à la tolérance de la chimiothérapie, aux modifications de traitements au cours de la prise en charge, à l'objectif des thérapeutiques (palliatif ou curatif), à la prise en compte de l'espérance de vie dans le choix des thérapeutiques employées et à la collaboration avec un gériatre. La France est le pays le mieux organisé dans la lutte anti-cancer des sujets âgés: RCP systématiques, absence de frein financier, collaboration plus fréquente avec des gériatres. Il n'y a pas néanmoins d'approche spécifique du patient âgé cancéreux: les protocoles sont les mêmes que le sujet soit jeune ou âgé, l'évaluation des performances du patient sont peu pratiquées, les comorbidités ne sont pas assez prises en compte, les arrêts et les modifications de traitement sont trop fréquents. Afin d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients une fois le diagnostic de cancer établi, l'étude propose les mesures suivantes : deux RCP dont l'une pour une évaluation gériatrique globale du patient, une formation des personnels soignants aux spécificités de l'onco-gériatrie et une multiplication des essais cliniques dans cette tranche d'âge. (Commentaires Christelle AUVARA, Interne, Nice)

- **Annales de Gérontologie 2009 ; 2(3) : 175-181**

Effet de la supplémentation orale en vitamine B12 sur les fonctions cognitives de sujets âgés carencés. C.Jehl, al, (Strasbourg)

L'étude s'est déroulée au CHU de Strasbourg, dans l'unité de Soins de Suite et Réadaptation et de médecine interne gériatrique. Elle comprenait 10 patients (8 femmes et 2 hommes dont 4 MA à composante vasculaire, 2 cas de maladie d'Alzheimer, 1 cas de démence à corps de Lewy et 1 cas de démence sémantique) sélectionnés selon un âge de plus de 75 ans, présentant un MMSE de Folstein inférieur à 27/30 et une hypovitaminose B12 inférieure ou égale à 0.16µg/L. Le diagnostic de démence est basé sur les critères du DSM IV. A l'inclusion, les sujets ont été évalués par un MMSE, un test de Dubois, un test de l'horloge, les fluences verbales, une BREF, ainsi qu'un dosage de vitamine B12, des Ac anti-facteur intrinsèque, de l'albuminémie, et de l'hémoglobine et du VGM. Les 10 sujets ont été supplémentés pendant 6 mois selon le schéma suivant : 1000µg/j de vitamine B12 per os pendant 6 jours, puis 1/semaine pendant 3 mois, puis 1/mois pendant 3 mois. Une nouvelle évaluation a lieu à 3 et 6 mois (hormis le dosage de l'albuminémie et des Ac anti-facteur intrinsèque). Les résultats montrent une tendance à l'amélioration, sans signification (M3 p=0.06 et M6 p=0.07). A noter que seulement 3 sujets sur 12 avaient leur carence en B12 corrigée à 6 mois. En mettant ces résultats en parallèle avec d'autres études, les auteurs tirent les conclusions suivantes: la supplémentation en B12 aurait un effet significatif chez des sujets carencés présentant une démence modérée d'évolution récente (moins de 2 ans) et la durée de supplémentation devrait être plus longue que 6 mois.

Les limites de l'article sont soulevées par les auteurs: faible puissance, défaut d'un groupe témoin comparable pour évaluer les fluctuations des évaluations, l'absence d'analyse de l'impact de la supplémentation sur les activités journalières. Discussion également sur la posologie peut-être trop faible, même si le schéma thérapeutique est basé sur des résultats d'études antérieures, et la durée trop courte de l'étude. Suite à ce premier travail un deuxième groupe témoin a été créé dans un 2eme temps avec appariement 2 à 2.

L'augmentation du MMSE dans le groupe supplémenté n'est pas significative par rapport à ce groupe.

Conclusion : la tendance à l'amélioration n'est pas attribuable uniquement à la supplémentation mais aussi à un effet de prise en charge de la démence et à la stimulation cognitive réalisée au Centre mémoire de ressources et recherche. Cependant, les auteurs pensent qu'il est utile de rechercher de principe une carence en B12 devant l'existence de troubles cognitifs et de la supplémenter le cas échéant. (Commentaires Florian GRENIER, IMG, Nice-Grenoble)

Infos

La Fondation de Coopération Scientifique pour la recherche sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées a retenu pour son appel à projets 2010 « Soutiens sociaux » : le

développement de travaux de recherche portant sur les nouvelles prestations ou structures créées, dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012. Des travaux de recherche sont notamment requis sur :

1. Le développement et la diversification des structures de répit : Comparer pour le couple aidant-aidé l'impact en termes de santé d'une prise en charge du malade par une plate-forme de répit ou un accueil de jour à l'absence d'accès à de telles structures.

2. La labellisation sur tout le territoire de «portes d'entrée unique» les «Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer» (MAIA) : étudier l'intégration dans le système de soins ; contribuer à la définition d'un cas complexe, étudier, évaluer, comparer et/ou adapter des outils d'évaluation multi-dimensionnelle des malades.

3. Le renforcement du soutien à domicile, en favorisant l'intervention de personnels spécialisés : Etudier l'impact de la prestation de réhabilitation (notamment ceux apportés par les services de soins infirmiers à domicile, SSIAD, faisant intervenir des équipes spécialisées incluant un ergothérapeute ou un psychomotricien et un assistant de soins en gérontologie) sur la personne malade et sur l'aidant ; le soutien aux aidants, à partir de quand et jusqu'où.

4. La création ou l'identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux : construire des indicateurs de qualité concernant le couple résident-aidant professionnel ou le couple aidant familial-aidant professionnel.

Les projets de recherche devront être construits autant que possible dans le cadre d'approches pluridisciplinaires combinant différentes disciplines comme notamment la sociologie, l'anthropologie, l'économie, la gestion et la psychologie. Les projets complets rédigés en français devront être soumis au plus tard le 29 mars 2010 (délai de rigueur) par mail à : sylvie.ledoux@inserm.fr ou par la poste, un original avec les signatures (correspondant à une version imprimée du document envoyé par mail) à : Fondation Plan Alzheimer, 175 rue du Chevaleret, 75013 Paris

- **Bourses de la Fondation d'Entreprise du Groupe Pasteur Mutualité** pour des jeunes chercheurs : Contact www.fondationgpm.fr
- **Fondation de France.** Appels à projets « soigner, soulager, accompagner » concerne les personnes âgées, la douleur, les soins palliatifs www.fondationdefrance.fr

Congrès

- **Réunion de la Fédération des CM2R du sud de la France, Faculté de Médecine de Montpellier (2 rue école de médecine) les 18 et 19 mars 2010.**

Si vous souhaitez bénéficier du tarif préférentiel pour l'inscription de la prochaine cliquez sur : [INSCRIPTION CM2R 2010](#) Nous vous conseillons de réserver votre hébergement dès maintenant car d'autres événements se tiennent à la même période. Des chambres ont été pré réservées : [HOTELS CM2R 2010](#). Contact : CM2R2010@ant-congres.com

Bibliographie du 01/02/2010 – Nice : Séverine AGRATI, Christelle AUVARA, Isabelle BEREDER, Elodie BIGLIA, Alexandra BONJOUR, Françoise CAPRIZ-RIBIERE, Flore CARANTA, Anne-Laure COUDERC, Grégory DEBRIS, André GARY, Raphaëlle GAVIGNET, Florian GRENIER, Olivier GUERIN, Audrey MARTEU.

Bibliographie du 08/02/2010-Nice : Séverine AGRATI, Christelle AUVARA, Isabelle BEREDER, Elodie BIGLIA, Françoise CAPRIZ-RIBIERE, Grégory DEBRIS, Alain FRANCO, André GARY, Raphaëlle GAVIGNET, Florian GRENIER, Olivier GUERIN, Damien LE GAY, Vanessa RIO.