

# PETIT BULLETIN

## du Gériatre et du Gérologue

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

16<sup>ème</sup> année n° 09

15 Mars 2010

### REUNION BIBLIOGRAPHIQUE HEBDOMADAIRE

Pour l'envoi de vos références et résumés : [franco.a@chu-nice.fr](mailto:franco.a@chu-nice.fr)

## Articles

- **Presse Médicale 2009 ; 38/11 : 1667-79**

**Vieillesse rénale : facteurs de risques et néphroprotection.** M. DAROUX, C. GAXATTE, F. PUISIEUX, B. CORMAN, E. BOULANGER (Lille)

*L'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) ne cesse d'augmenter chez la personne âgée alors qu'elle est stable dans les autres tranches d'âge. Les plus de 75 ans représentent 35,5 % des patients dialysés en France et l'âge médian des nouveaux patients dialysés est de 70,4 au 31 Décembre 2007. Entre 50 et 80 ans la taille des reins et la masse rénale diminuent de 10 % chez la femme et 20 % chez l'homme, intéressant surtout le cortex rénal. Elle se traduit par une réduction néphronique, c'est à dire la perte des glomérules fonctionnels pouvant atteindre 40 % des glomérules. La diminution du DFG est de 0,5 à 1 mL/min/1,73m<sup>2</sup> en moyenne par an à partir de 50 ans. Le flux sanguin rénal diminue progressivement de 10 % tous les 10 ans à partir de 40 ans. De plus, il existe une altération des mécanismes d'adaptation des taux plasmatiques des différents ions avec l'âge, notamment en cas de perte ou de surcharge sodée. Ainsi non seulement à l'état basal les taux de rénine et d'aldostérone sont diminués chez le sujet âgé, mais la réponse du SRAA à la déplétion sodée rapide ou prolongée est limitée. A l'inverse, en cas d'apport sodé brutal, il existe un retard à l'élévation de la natriurèse. La capacité des reins à concentrer ou à diluer les urines. Enfin, le sujet âgé présente un hypoaldostéronisme relatif le rendant sensible à l'hyperkaliémie en cas de médication inhibant le SRAA. Les 2 principales causes de dialyse chez les patients en IRC en 2006 étaient la néphropathie diabétique (22,4%) et la néphropathie vasculaire (22,6%). Certains médicaments nécessitent des précautions d'emploi chez le sujet âgé insuffisant rénal, notamment avec une adaptation de la posologie : les AINS (IRF, nécrose tubulaire, néphropathies interstitielles immuno allergiques), les IEC et les ARA II (IRF), les diurétiques thiazidiques qui perdent leur efficacité au-dessous d'une clairance 30mL/min/1,73m<sup>2</sup> et sont parfois responsables de déshydratation, les aminosides et les produits de contraste iodés (nécrose tubulaire). La personne âgée élimine moins rapidement les médicaments, responsable d'une augmentation de la demi-vie des produits avec risque d'accumulation.*

*La néphroprotection commence principalement par la suppression des facteurs de risques vasculaires. Le second volet de la néphroprotection passe par une utilisation prudente des médicaments. Un autre facteur protecteur important est le suivi néphrologique précoce. La décision de débiter ou d'arrêter une épuration extra rénale dépend de nombreux facteurs (polypathologie, troubles cognitifs, dénutrition, souhait du patient...). Cette décision est également pluridisciplinaire entre le médecin traitant, le néphrologue et le gériatre. L'hémodialyse et la dialyse péritonéale peuvent être proposées, sachant que la dernière est plus douce et permet de maintenir le patient dans son environnement. Pour la transplantation rénale c'est l'âge physiologique qui intervient dans les indications. Enfin la meilleure réponse à apporter au vieillissement physiologique rénal et aux différents facteurs l'accéléralant reste la prévention. (Commentaires Elodie BIGLIA, Interne, Nice)*

- **La Revue de Médecine Interne 2009 ; 30 :866-871.**

**Les thrombopénies médicamenteuses idiosyncrasiques.** K.Serraj, M.Mecili, M.Aouni, A.Maouni, E.Andrès.

*La thrombopénie médicamenteuse idiosyncrasique est une atteinte relativement rare (dix cas par million de sujets d'après des études européennes et américaines) dans sa forme modérée à sévère (plaquettes inférieures à 100 000/mm<sup>3</sup>) et potentiellement grave. Les personnes âgées et les patients hospitalisés semblent être plus disposés à développer une thrombopénie médicamenteuse. Elle peut être d'origine centrale ou périphérique, par consommation ou par destruction immunologique. Les principales molécules incriminées sont les héparines, les quinidiniques, les sulfamides et les sels d'or. Cliniquement, il peut y avoir un syndrome hémorragique selon la profondeur de la thrombopénie et la molécule impliquée. Le diagnostic repose sur un ensemble de critères cliniques et anamnestiques qui permettent également de préciser le niveau d'imputabilité. La place des tests sérologiques n'est pas encore bien précisée mais semble être particulièrement intéressante dans certaines situations diagnostiques difficiles ainsi que dans les thrombopénies à l'héparine (recherche anticorps anti-FP4-*

héparine). Le traitement est basé sur l'arrêt définitif du médicament responsable et sur les mesures symptomatiques plus ou moins agressives selon la sévérité clinique. Cet article permet une mise au point sur une étiologie de thrombopénie peu connue et qu'il est utile de rechercher après avoir exclu les autres causes de thrombopénie notamment chez les sujets âgés. Le diagnostic est basé sur la survenue de la thrombopénie suite à la prise du médicament, sa disparition à l'arrêt et la récurrence à sa réintroduction éventuelle. (Commentaires Anne-Laure COUDERC, Gériatre, PH, Nice)

## Infos

- **Nouvelle revue en gériatrie de l'éditeur SAGE**

La date de lancement est prévue pour septembre 2010 : [Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation](#), revue bimestrielle (tous les deux mois), qui traitera d'un large éventail de troubles musculo-squelettiques du patient âgé au travers de rapports de recherche, d'analyses de la littérature, d'études de cas, et d'articles fondés sur des niveaux de preuves. (Gilbert FANFALONE, Service documentaire)

## Colloques & Congrès

- **Colloque « Personnes âgées, personnes handicapées : approches de la sexualité »** organisé par l'Institut de Gérontologie Sociale et l'Université de Provence à **Marseille** (centre Le Mistral - Impasse Flammarion, 1<sup>er</sup> ardt) les **22 et 23 avril 2010**.

*Le programme et le formulaire d'inscription se trouvent à cette adresse : <http://www.univ-provence.fr/gsite/Local/agis/dir/doc/actualites/PROGRAMME%20definitif.pdf>*

*Renseignements et inscription auprès de Mme Lila Badri (Tél. 04 91 37 03 79 / Fax 04 91 37 19 73 / Email : [igs-marseille@wanadoo.fr](mailto:igs-marseille@wanadoo.fr)). Frais d'inscription de 20 à 200 € pour les professionnels. (Info Gilbert FANFALONE)*

- **Technologies Médicales Innovantes, Paris**, Grand Auditorium de l'Hôtel de Ville, **20 & 21 mai 2010**
- **Medetel, Luxembourg, 14-16 avril 2010**. Contact : [medetel@skynet.be](mailto:medetel@skynet.be)
- **3RD ANNUAL HITH AUSTRALASIA SCIENTIFIC CONFERENCE**  
18th – 19th November 2010 at The Hilton on the Park – Melbourne

## Cherche

- **Le Centre Hospitalier de Hautmont** (59330), 216 lits et 35 places (SSR polyvalent / UCC Alzheimer / hôpital de jour Alzheimer/ Ehpad / Ssiad), situé en Sambre/Avesnois, à proximité immédiate de Maubeuge, à 1h de Lille, recherche un **praticien hospitalier / gériatre temps plein** pour son unité de soins de longue durée (40 lits).  
Contact : Mme V. DOUEZ, directrice, tél. : 03.27.63.60.20 et e-mail : [direction@ch-hautmont.fr](mailto:direction@ch-hautmont.fr)
- **Le Centre Hospitalier de CHAMBERY**, Savoie, (premier CHG, hors CHU, de Rhône-Alpes en terme d'activité) offre un poste de **Praticien Hospitalier** à pourvoir dans le **service de gériatrie**. Gériatre expérimenté pour participer, au sein d'une équipe de 10 gériatres, à la filière gériatrique : unité de consultation et d'Hospitalisation de Jour Gériatrique (Bilan-centre d'évaluation Gériatrique, prise en charge réadaptation), Consultation mémoire labellisée, Unité Mobile de Gériatrie, Court Séjour Gériatrique, SSR gériatriques, Unité Cognitivo-comportementale labellisée, SSR locomoteur, EHPAD, unités Alzheimer, unités de psycho gériatrie, USLD.  
Contact : Dr Alain SAGNIER, Tel 04 79 96 50 74 ou [alain.sagnier@ch-chambery.fr](mailto:alain.sagnier@ch-chambery.fr)

**Bibliographie du 15/03/2010 – Nice : S.Agrati, C.Auvara, I.Bereder, E.Biglia, R. Boulahssass, P. Brocker, F.Capriz-Rivière, F. Caranta, AL. Couderc, G.Debris, G. Fanfalone, A. Franco, R.Gavignet, F. Grenier, O. Guérin, K. Laïb, R. Laïb, A.Marteu, V. Rio**  
23.