

4^{èmes} JOURNÉES ANNUELLES DES JEUNES GÉRIATRES (JAJG)



Cette année nos JAJG se sont déroulées sur 2 jours les 11 et 12 avril 2024 dans la belle ville ensoleillée de Strasbourg. Un programme aussi riche et varié qu'une choucroute nous attendait avec plusieurs sessions dont vous trouverez le résumé ci-dessous.

Session 1 : La Maladie à Corps de Lewy (MCL)

Intervention 1 : Pr BLANC, neurologue-gériatre (Strasbourg) : signes prodromaux et co-lésions

La maladie à corps de Lewy (MCL) est la deuxième maladie neurodégénérative après la maladie d'Alzheimer. Elle reste **largement sous-diagnostiquée** et pourtant les critères diagnostiques sont cliniques.

On évoque une **MCL prodromale** devant les critères suivants :

- ⊕ Un trouble neurocognitif léger avec une atteinte des fonctions exécutives, visuospatiales et visuoconstructives ;
- ⊕ Et 2 des 4 critères majeurs parmi :
 - Les fluctuations cognitives et/ou vigilance ;
 - Les hallucinations visuelles ;
 - Les troubles du comportement en sommeil paradoxal ;
 - Un syndrome parkinsonien (une seule caractéristique suffit).

Par ailleurs, les études de neuropathologie nous montrent que plusieurs protéinopathies peuvent cohabiter. Il existe 50 % de corps de Lewy chez les patients Alzheimer et 40 % de lésions TDP43 (Robinson et al, Brain 2021) : *recherchons les Co-lésions !*

Intervention 2 : Drs Jomard (Monts du Lyonnais) et Ravier (Strasbourg), gériatres : quels symptômes ? Quels traitements ?

Actuellement, il n'y a pas de traitement qui permet de modifier le cours de la MCL, mais de nombreux **traitements symptomatiques** sont disponibles pour le gériatre. Les molécules à maîtriser sont les suivantes :

Les IACHE avec le DONEPEZIL qui a montré une efficacité dans le traitement des fluctuations cognitives et des hallucinations.

Pensons à vérifier les contre-indications cardiologiques avec la réalisation d'un ECG. Sa tolérance est correcte avec la possibilité d'avoir des troubles fonctionnels intestinaux à l'initiation du traitement.

La MELATONINE en libération immédiate en préparation magistrale agit avec une bonne efficacité sur les troubles du comportement en sommeil paradoxal sans effet secondaire majeur.

La CLOZAPINE, antipsychotique atypique débuté à 6.25 mg par jour en préparation magistrale permet de traiter les phénomènes psychotiques de type

hallucinations et idées délirantes envahissantes. Une surveillance de la NFS hebdomadaire est nécessaire pendant 18 semaines.

Les traitements ci-dessus n'ont, la plupart du temps, pas bénéficié d'études scientifiques spécifiques de la MCL mais sont prescrits par extension de validation de la maladie de Parkinson.

Intervention 3 : Dr Kaczorowski : intérêt d'un nouveau test diagnostic : RTQuick alpha synucléine

La **RTQuick alpha synucléine** est un examen biologique en cours de développement qui permet de mettre en évidence grâce à sa propriété Prion-like, l'alphasynucléine mal conformée au niveau du LCR. Ce test diagnostic sera à terme d'une grande aide pour le diagnostic des patients avec synucléinopathie. La sensibilité est de 80 % et la spécificité de 100 %.

Session 2 : De la bouche à l'estomac : les bons tuyaux

Santé bucco-dentaire et réduction des risques du patient âgé

Dr Florence FIORETTI (Strasbourg)

Les dents ont un rôle extrêmement important pour la mastication et la déglutition

Le Docteur Fioretti commence par nous rappeler qu'une mauvaise occlusion bucco-dentaire (moins de 6 contacts inter-arcades mandibulaire et maxillaire) est un facteur prédictif de malnutrition.

Également, une personne âgée autonome qui présente moins de 10 dents ou 1 seul couple molaire /prémolaire est plus à risque de dénutrition mais aussi d'obésité.

Une occlusion fonctionnelle, même diminuée, augmente l'espérance de vie.

Des prothèses dentaires adaptées donnent un meilleur état nutritionnel ; une personne âgée édentée et non appareillée à un risque de mortalité plus élevée.

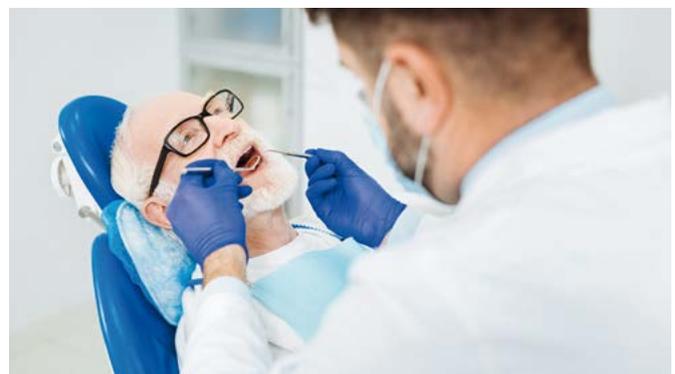
Réduire le risque de dénutrition par la qualité de l'occlusion

Il faut donc prévenir les atteintes dentaires :

- Contrôle régulier chez le dentiste.
- Réduire le risque de parodontite par une hygiène orale de qualité.
- Réduire le risque carieux par l'hygiène orale et hygiène diététique.

Rétablir une occlusion stable et confortable :

- Prise en charge de la maladie parodontale au long cours, avec un suivi régulier.
- Restaurer toutes les pertes dentaires.
- Remplacer systématiquement les édentements après toute extraction dentaire.
- Réhabiliter les prothèses dentaires abîmées, même si elles sont encore fonctionnelles.



Réduire le risque de dénutrition en prenant en charge l'hyposialie

La prévalence est de 30 % chez les patients de plus de 65 ans, il existe toute une famille de pathologie et de médicaments entraînant une xérostomie.

L'hyposialie entraîne une augmentation du risque carieux, c'est une cause mais aussi une conséquence de la dénutrition.

Comment traiter ?

- Technique de stimulation salivaire : chewing-gum, succion de bonbons (le tout sans sucre et contenant du fluor).
- Médicament stimulant la sécrétion salivaire : uniquement quand une activité sécrétoire existe (exemple : SULFARLEM) mais EI et CI nombreux.
- Substituts salivaires sous forme de pastilles, gel, sprays mais coût élevé et durée d'efficacité limitée.
- Prévenir les lésions carieuses par hygiène alimentaire et orale.

Réduire le risque d'infections bucco-dentaires

qui sont source de douleur, de déséquilibre de diabète, d'endocardite mais aussi d'aggravation de la Maladie d'Alzheimer, de Pneumopathie par aspiration, de fausse route.

- Dépistage important.
- Promotion du contrôle de la plaque dentaire au quotidien, de manière adaptée à la fragilité et la dépendance du patient.
- Rôle des soignants et des aidants très important, avec différentes possibilités d'accéder à la cavité buccale (compresse imbibée de dentifrice ou solution bain de bouche fluoré).

En conclusion : Les pathologies bucco-dentaires des patients âgés ont une importante prévalence et sont étroitement liées au risque de dénutrition et de mauvaise qualité de vie, alors que de simples mesures préventives et de dépistage existent. La prise en charge gériatrique et odontologique doit être étroitement liée.

Déglutition et textures : Stop au tout Mixé

Virginie RUGLIO, orthophoniste (Paris)

Cette présentation, comme son nom l'indique, a pour but de casser quelques codes.

Édentement = mixé ?

FAUX !

Un édentement progressif entraîne une perte du volume des dents, puis des os avec une kératinisation des gencives. Pour continuer à obtenir une bonne occlusion et favoriser la déglutition, l'angle mandibulaire augmente (pseudo-prognathisme).

La mastication est efficace et donc, il n'y a pas besoin d'adapter le régime.

Attention, il faut veiller à une quantité de salive suffisante.

Si au contraire le régime est adapté « par précaution », sans pouvoir entraîner ses réflexes de mastication et de déglutition, on risque de perdre en qualité de vie, perte fonctionnelle et nutritionnelle, mais aussi en cognition.

Mixé = pas d'étouffement ?

FAUX !

Les solides modifiés sont plus à risque d'obstruction et aussi plus difficiles à expulser.

Manger main = mixé OU purée moulée ?

Mixé !

Utile pour les patients ayant des troubles neurocognitifs évolués, ou incapables d'utiliser les couverts, mais identique à un plat de texture lisse.

- Pas de pain de mie avec le régime mixé.

Mixé = eau gélifiée et/ou boissons épaissies systématiques ?

FAUX !

Il existe plusieurs dysphagies pour 1 seul patient, il faut donc personnaliser le régime selon les troubles. Eaux gélifiées = prêtes à l'emploi donc pas possible d'adapter la consistance.

Eau gélifiée/boissons épaissies = pas de fausse route ?

FAUX !

C'est même un facteur de risque de Pneumopathie par inhalation et par obstruction.

Alors quelles sont les « bonnes » pratiques ?

- Souffle suffisant.
- Bouche humide et propre.
- Installation, techniques d'aide et supervision adaptées au patient.
- Rythme adapté.
- Ne pas oublier la galénique des médicaments !
- Dépistage par médecin ou IDE formée, adaptation de l'alimentation = soin thérapeutique, prescrit par un médecin.
- Pluri-professionnel = ne pas hésiter à faire appel à des orthophonistes, médecins spécialisés.
- Le risque zéro de fausses routes n'existe pas !
- Respect de l'autonomie du patient, rechercher le consentement, collaboration et codécision avec le patient et les aidants, décisions collégiales et tracées.

Session 3 : Malaise du sujet âgé : origine électrique ou cardiaque ?

Origine électrique ?

Dr Benjamin Cretin, neurologue à Strasbourg

Le Dr Cretin nous rappelle sur cette session que l'épilepsie est aussi et surtout une pathologie du sujet âgé ; la courbe d'incidence de Rochester montre une réascension de l'incidence à partir de 50 ans et surtout à partir de 70 ans. Plus on avance en âge, plus le risque de faire de l'épilepsie augmente (7 % chez les hommes après 80 ans).

3 situations se dégagent :

1^{ère} situation : le diagnostic clinique est clair et limpide

Le malaise est typique, la sémiologie est identique d'une crise d'épilepsie que je retrouve dans les livres. L'EEG peut être réalisé dans la foulée mais il peut ne pas être contributif : chez le sujet âgé, la Se est <30 %, la Sp est meilleure à 70-80 % mais imparfaite.

Il faut retenir que la sémiologie est souveraine dans la démarche diagnostique, ce qui implique de connaître la sémiologie des crises lobaires et généralisées.

D'ailleurs, la définition de l'épilepsie par la Ligue internationale est : 2 crises à plus de 24h d'intervalle.

Le diagnostic est donc clinique, pas besoin d'examens complémentaires !

2^{ème} situation : la sémiologie est atypique et évoque autre chose

Il faut donc :

- Rechercher des antécédents : AVC, neurochirurgie, migraine, traumatisme crânien à tout âge, antécédents périnataux, familiaux d'épilepsie, retard scolaire.
- Rechercher un « signal-symptôme » : c'est le symptôme qui fait entrer dans la crise épileptique à chaque fois (paresthésie, clonies distales, aura épigastrique, sensation de déjà-vu, ...).
- Est-ce qu'il y a déjà eu des malaises similaires auparavant, surtout survenus en cluster.

- Rechercher des facteurs favorisants : hyperthermie, stress, fatigue, dette de sommeil, introduction d'un traitement épileptogène (opioïde par exemple).
- Voir des facteurs déclenchants : stimulation sensorielle, activité cognitive, mouvement, musique...

Si l'EEG est atypique, on débutera un traitement antiépileptique = traitement d'épreuve.

Notons que le traitement est efficace dans 75 % des cas chez les patients âgés.

3^{ème} situation : sémiologie atypique, EEG, imagerie et interrogatoire ne sont pas contributifs

Situation non rare chez les patients âgés ! que faire ?

- Rechercher des crises nocturnes typiques (énurésie, agitation nocturne, errance nocturne, réveils paroxystiques avec oppression, confusion ou automatisme moteur, généralisation de fin de nuit).
- Rechercher une hyperexcitabilité du SNC : myoclonies, réapparition ou apparition d'aura migraineuse, exacerbations sensorielles (olfactives, visuelles, phoniques).

On peut discuter l'intérêt d'un EEG vidéo prolongé en unité d'épileptologie (mais délais longs !) ou une scintigraphie cérébrale (mais interprétation difficile).

Le traitement d'épreuve antiépileptique peut aussi être introduit.

En conclusion : Quelque soit les situations, la clinique est souveraine. L'EEG et l'imagerie ont une place relative. Le traitement d'épreuve joue une place centrale, mais ne doit pas se faire sans travail clinique.

Origine cardiaque ?

Dr Pierre Baudinaud, cardiologue, Paris

L'incidence des syncopes augmente avec l'âge, entre 1 et 5 % des consultations aux urgences, 75 % ont plus de 65 ans.

Syncope = trouble de conscience avec hypotonie et perte du tonus postural, début brutal et rapide, spontanément régressif.

2 types d'étiologies

- Extra-cardiaque : Hypotension orthostatique, vaso-vagale, réflexe sino-carotidien.
- Cardiaque d'ordre rythmique : trouble de conduction AV, dysfonction sinusale, trouble du rythme Ventriculaire.
- Cardiaque non rythmique : IDM, EP, Dissection, tamponnade, RAO serré, CMH.

Le pronostic dépend de l'étiologie de la syncope : origine CAV = mortalité 2x plus élevée. L'hypotension orthostatique est aussi de mauvais pronostic chez le patient âgé.

Quel Interrogatoire : Vraie perte de connaissance ? Connaître la position et effort éventuel, rechercher les prodromes et symptômes CAV, la durée, éventuelle cardiopathie sous-jacente connue ou mort subite familiale.

L'interrogatoire du témoin est très importante car 10 % des patients oublie la syncope.

Cliniquement, on recherchera la présence d'un souffle cardiaque, des signes d'insuffisance cardiaque et des conséquences de la syncope (fracture, Traumatisme crânien, hématome sous-dural...).

Bilan biologique : Non systématique ou si station au sol prolongée, les D-dimères sont à effectuer si syncope inexpliquée (EP retrouvés dans 17 % des cas).

ECG systématique

Examens complémentaires

- Recherche hypotension orthostatique (systématique !).
- Patient hospitalisé télémétré.
- Quid du HolterECG ? toujours réalisé si > 1 syncope/semaine mais examen très peu sensible surtout si le patient ne syncope pas souvent.
- ETT.
- Exploration Electrophysiologique +/-SVP si troubles de conduction sous-jacent à l'ECG de repos, bradycardie, palpitation avant syncope.

Indication du Pacemaker

- Dysfonction sinusale s'il y a corrélation électro-clinique certaine.
- Trouble de conduction de haut degré.
- Pause > 6 sec sans symptômes = recommandation de grade IIb.
- Bloc bifasciculaire + bloc infrahisien spontané ou après stimulation atriale ou pharmacologique.
- Se discute si bloc bifasciculaire sans EEP et patient à haut risque (fragile, syncope récidivante, syncope compliquée).

37 % des syncopes restent inexpliquées → moniteur cardiaque implantable (durée de vie environ 3-4 ans).

Holter ECG et Intelligence Artificielle

Sensibilité de 75 à 80 % et Spécificité de 70 à 85 % pour détecter un trouble de la conduction.

Session 4 : La déprescription, tout un art

Intervention 1 : Dre Manon Vranckren, pharmacien à l'ARS Grand-Est OMEDIT Grand-EST : quelles missions et quels travaux pour accompagner la démarche de déprescription médicamenteuse ?

L'Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT) de la région Grand-Est a plusieurs missions dont

le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux et la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

Dans le domaine de la déprescription médicamenteuse, les sciences humaines et sociales (SHS) peuvent apporter des clés pour comprendre les comportements que vont développer les patients au quotidien. Appréhender les facteurs sociocultu-

rels pouvant influencer sur la santé et la prise en charge d'un patient est un enjeu important. Les SHS nous apprennent qu'il peut exister une hiérarchisation des traitements avec un effet sur l'observance. Ou encore que le médicament est un objet social, que le lieu de rangement des boîtes de médicaments en disent long sur l'importance qu'on lui accorde, etc.

Il existe de nombreux outils et travaux sur la déprescription (stopp-start, la liste de Laroche, etc.). Néanmoins, déprescrire reste complexe du fait de réticences ou difficultés (manque de temps, de formations, comportements ancrés, représentations négatives et crainte d'un sentiment d'abandon de soin, crainte de voir resurgir des symptômes).

L'OMEDIT réalise des travaux pour accompagner la mise en place et le suivi de la déprescription, en étudiant l'ensemble des aspects pouvant entrer en jeu : qu'ils soient cliniques, socio-anthropologiques, relationnels, etc.

Divers contenus ont été créés :

- Ordonnance de déprescription ;
- Carte de suivi d'une déprescription ;
- Infographie pour les professionnels « songer à la déprescription » ;
- Supports de communication avec le patient.

Vous pouvez les consulter ici : www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/boite-outils-pour-ma-pratique

Manon Vranckren nous rappelle les effets environnementaux des médicaments. Chaque étape du cycle de vie des médicaments (de la production à l'usage) peut engendrer de la pollution. 8 % des émissions de gaz à effets de serre en France seraient issus du système de soins, dont 55 % lié aux médicaments et aux dispositifs médicaux.

Intervention 2 : Pr Jean-Baptiste Beuscart, gériatre, Université de Lille

La déprescription, tout un art

En introduction, le Pr Beuscart nous incite à consulter www.eurosfordocs.fr/ pour s'assurer de l'absence de conflits d'intérêt des intervenants.

La déprescription vise les médicaments inappropriés (MPI). Parmi les prescriptions inappropriées, on recense l'overuse (absence d'indication), le *misuse* (présence d'une indication, mais mauvais médicament ou posologie inadaptée) et l'*underuse* (pas de traitement prescrit malgré une indication). La déprescription s'intéresse à l'*overuse* et au *misuse*.

Elle consiste en l'arrêt d'une prescription au long cours, après réévaluation par un médecin. Elle a le même poids juridique en termes de responsabilité que la prescription, d'où l'importance de la faire apparaître sur une ordonnance. La sécurité du patient est potentiellement engagée avec possiblement apparition ou réapparition de symptômes ou de troubles.

Stratégies de déprescription

Échelle isolée : Il s'agit d'arrêter un médicament au cours du suivi, après avoir vérifié les antécédents, les pathologies actives, en coopérant avec le pharmacien d'officine pour obtenir les antériorités de traitement les plus précises et diminuer le risque d'erreur. Son impact est limité car praticien-dépendant.

Échelle collective : Diffuser une culture de la déprescription. Plusieurs étapes :

- Définir une population cible : EHPAD, milieu hospitalier ou soins primaires.
- Choisir une classe médicamenteuse (ex : benzodiazépines ; neuroleptiques en EHPAD).
- Créer des alertes dans le système de données.
- Utiliser des algorithmes de décision validés (vous pouvez consulter www.deprescribing.org) avec une surveillance.
- Avoir des supports de communication pour les patients et les professionnels de santé.

Les barrières

Côté patient : La proposition d'arrêt d'un traitement vient souvent à l'encontre de ce qui leur a été seriné (« vous devez prendre ce traitement à vie »). Ils peuvent craindre la récurrence de symptômes ou de la maladie et les effets indésirables liés à l'arrêt du traitement.

- ➔ Comment faire ? Il faut prendre le temps d'informer, d'expliquer, afin de travailler en confiance, en détaillant le processus de déprescription et la possibilité de reprendre le traitement.

Côté médecin : Cela peut être perçu comme une remise en cause des compétences ou d'une certaine passivité.

- ➔ Comment faire ? S'appuyer sur l'apparition de syndromes gériatriques, sans remettre en cause la pertinence de la prescription quand elle a été faite.

Il est quoiqu'il arrive indispensable de travailler avec le médecin traitant.

Intervention 3 : Dr Hervé Javelot, pharmacien Effets anticholinergiques : comment évaluer et adapter les prescriptions ?

Un peu de pharmaco...

Effets anticholinergiques = effets antimuscariniques
= effets atropiniques = effets parasympholytiques
+ augmentation relative du tonus sympathique.

Principaux effets périphériques :

- Mydriase => trouble de la vision.
- Inhibition de mouvements et de sécrétions => xérophtalmie, xérostomie, toux sèche, tachycardie, constipation.
- Inhibition de la contraction => rétention urinaire

Effets centraux : troubles cognitifs.

Échelle d'imprégnation anticholinergique

La charge anticholinergique représente le poids des effets anticholinergiques dans une prescription. Il existe de nombreuses échelles de cotation anticholinergique qui permettent de coter chaque traitement et de déterminer la contribution relative de chaque ligne de prescription.

La plupart des échelles validées sont américaines. Le Dr Javelot nous présente l'échelle française dont la troisième mise à jour sort en 2024 puis une 4^{ème} en 2025-2026, qui devrait intégrer une pondération en fonction de la posologie (1).

À terme, l'objectif est de pouvoir intégrer ce type d'échelle dans un logiciel de prescription.

Session 5 : Analyse et soin des symptômes neuro-psychiatriques

Résumé de la session : Analyse et soins des symptômes neuropsychiatriques

- Blandine BUISSON et Gaëlle RICHARD, psychologues, équipe mobile maladie d'Alzheimer, hôpital des Charpennes, Villeurbanne.
- Dr Benoît Schorr, psychiatre de la personne âgée, CHRU de Strasbourg.

Après une introduction rappelant la fréquence des symptômes neuropsychiatriques (SNP) dans les maladies neuro-évolutives (MNE) (et notamment l'apathie,

l'anxiété, la dépression), Blandine et Gaëlle ont expliqué le modèle multifactoriel en cause dans la survenue de ces symptômes. Les SNP sont souvent à la croisée entre la personnalité antérieure de la personne, ses pathologies actuelles neurocognitives et/ou psychiatriques. Benoît a fait un focus sur la démarche psychiatrique permettant d'ajuster la meilleure solution possible (figure 1).

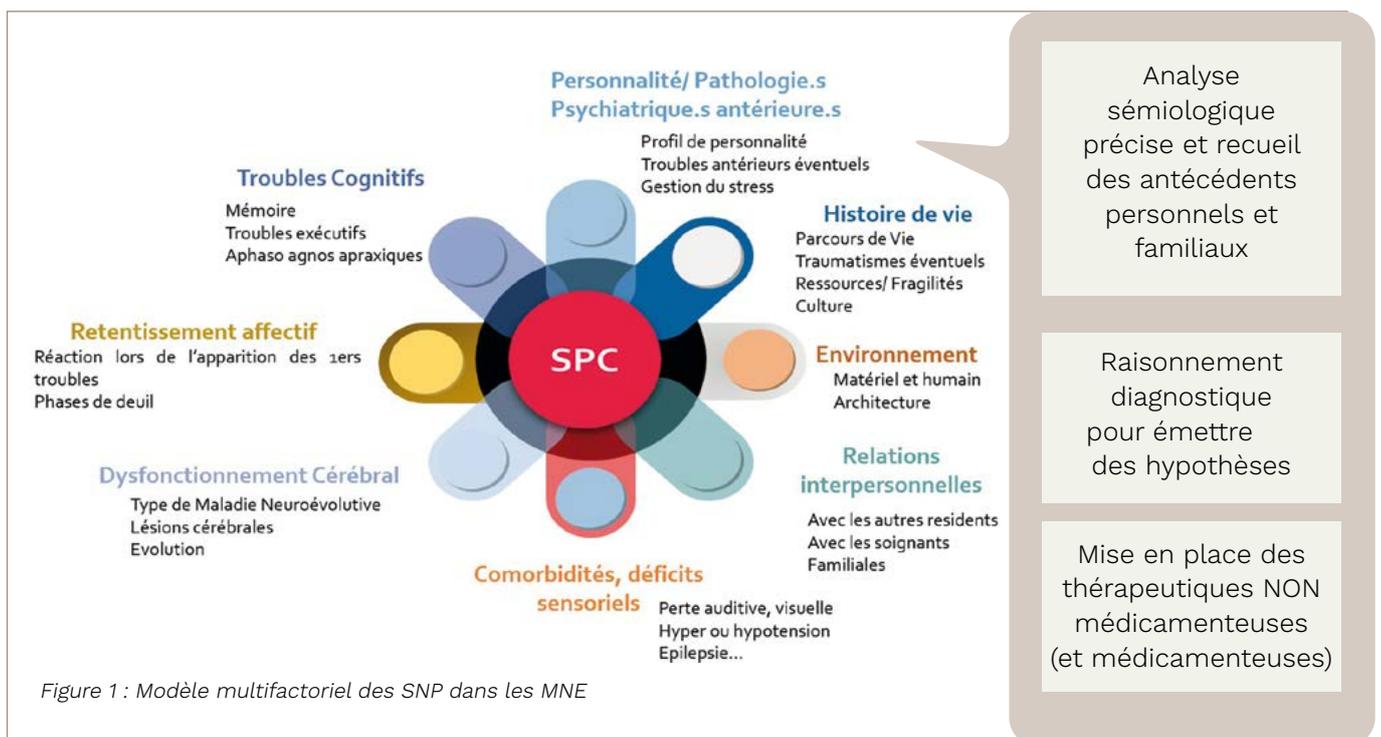


Figure 1 : Modèle multifactoriel des SNP dans les MNE

1. Anticholinergic scales : Use in psychiatry and update of the anticholinergic impregnation scale Encephale. 2022 Jun;48(3):313-324.

Une méthode efficace pour réaliser un état des lieux personnalisé consiste à respecter les étapes de la démarche DICE : **description, investigation, création, évaluation** (figure 2).

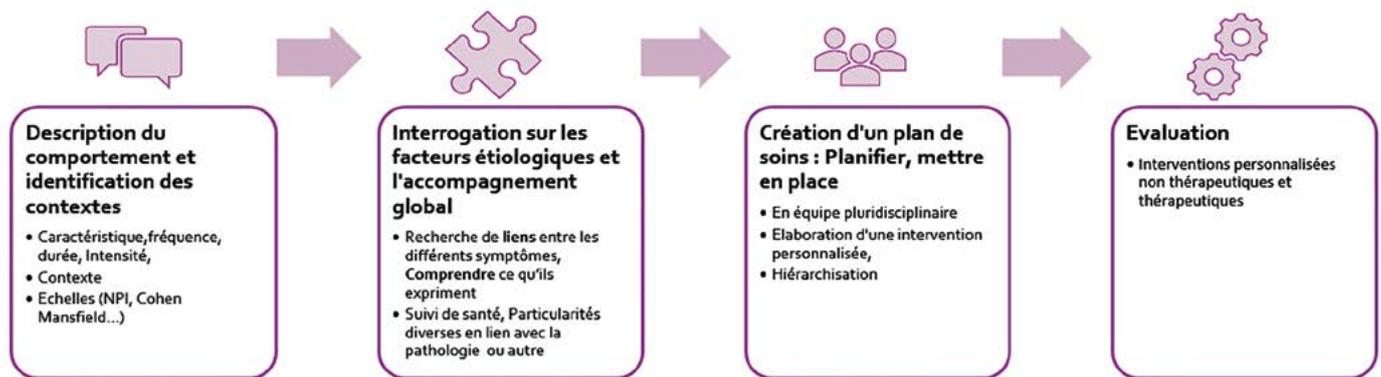


Figure 2 : Schématisation de la démarche DICE

Benoît nous a bien précisé que les médicaments n'étaient pas vraiment intéressants, efficaces et pas du tout prouvés comme apportant un bénéfice en cas de SNP « purs ». En revanche, en cas de pathologie(s) psychiatrique(s) sous-jacente(s), il pouvait avoir un réel intérêt avec un bénéfice pour la personne. Les exemples sont nombreux : *l'antidépresseur* en cas d'épisode dépressif caractérisé (ne pas oublier les masques dépressifs de la personne âgée), les thymorégulateurs en cas de bipolarité, les benzodiazépines (et notamment le Lorazepam) en cas de

catatonie (cf. gazette N°31) et des antipsychotiques en cas de troubles du spectre de la schizophrénie (en n'oubliant pas d'éliminer une maladie à corps de Lewy avant !).

Les vignettes cliniques interactives nous ont permis aussi de réaborder le difficile diagnostic de la catatonie en gériatrie mais aussi de revoir la sémiologie fine des hallucinations – idées délirantes permettant de ne pas traiter ce qui ne doit pas l'être ! (figure 3).

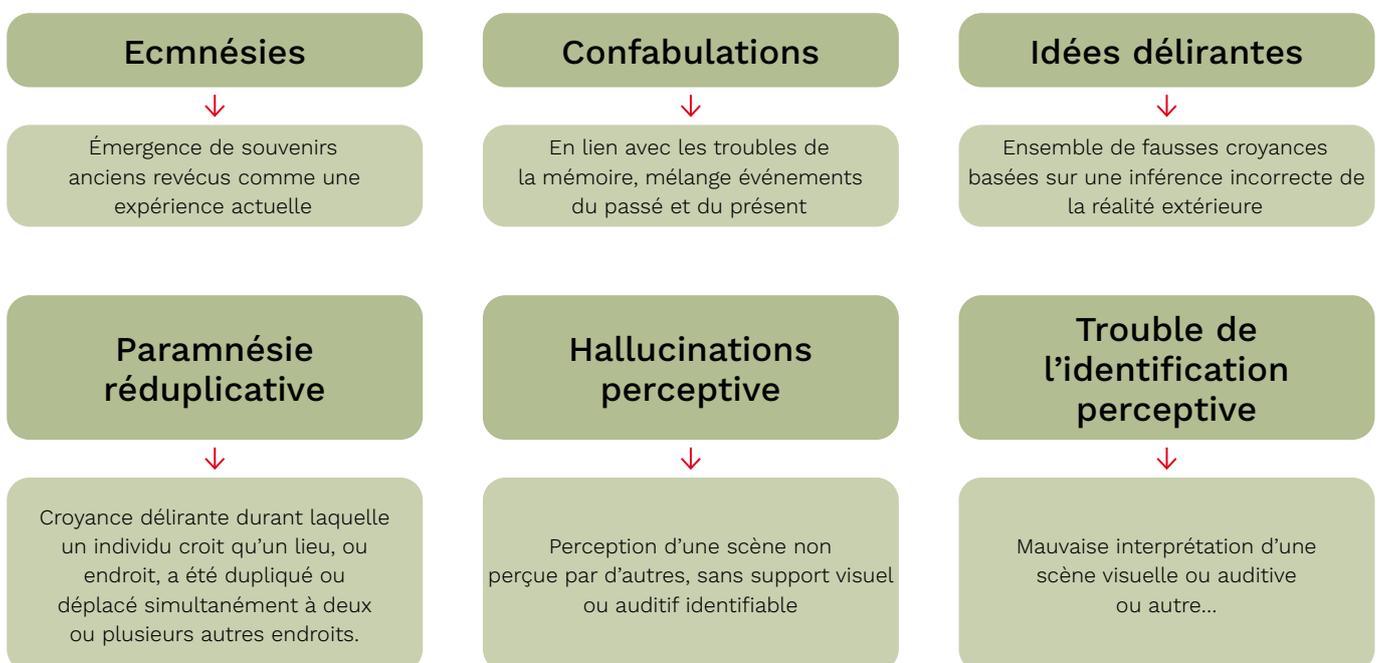


Figure 3 : Révision sémiologique dans le cadre des hallucinations et idées délirantes

Cette session pratique concernant les problématiques du quotidien de tout gériatre nous a confirmé l'indispensable démarche du raisonnement multidisciplinaire face à un trouble neuropsychiatrique et de discuter des solutions possibles, pas toujours médicamenteuses, où la compréhension de la personne et de ses manifestations reste la base d'un soin juste et personnalisé !