

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#32

MARS 2023 - NUMÉRO GRATUIT



3ème
Journée annuelle
des Jeunes Gériatres

NANTES

Espace Beaulieu

9 JUIN
2023



Good Bye Hippocrate



Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr



LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE #32



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES
www.assojeunesgeriatres.fr

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2023

BUREAU

PRÉSIDENTE
Fanny DURIG

VICE-PRÉSIDENTE
Nathalie JOMARD

SECRÉTAIRE
Florent GUERVILLE

TRÉSORIER
Thomas TANNOU

PORTE-PAROLE
Arnaud CAUPENNE

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Cyprien ARLAUD

Amélie BOINET

Alexandre BOUSSUGE

Pierre-Emmanuel CAILLEAUX

Guillaume CHAPELET

Guillaume DUVAL

Antoine GARNIER-CRUSSARD

Claire GODARD-SEBILLOTE

Victoire LEROY

Sophie MASSART

Matthieu PICCOLI

Joaquim PRUD'HOMM

Thomas RENONCOURT

Sophie SAMSO

Romain VAN OVERLOOP

SOMMAIRE

03 ÉDITORIAL

04 ARTICLE THÉMATIQUE

Les principaux enjeux de l'ostéoporose en gériatrie

17 FOCUS GÉRIATRIQUE

L'examen rhumatologique simplifié à l'entrée en EHPAD, une initiative du groupe AGRHUM

20 FICHE MÉTIER

Rhumatologue

21 FICHE PRATIQUE

Prise en charge de l'ostéoporose chez les personnes âgées fragiles

25 RETOUR DE CONGRÈS

18^{èmes} journées nationales de la Société Française d'Onco-gériatrie

30 ACTUALITÉS AJG

32 BIBLIOGRAPHIE

Les premières recommandations mondiales quant à la prévention et la prise en charge des chutes chez les sujets âgés : Qu'en retenir ?

35 CAS CLINIQUE

Cas d'une goutte... Historique !

40 ANNONCES DE RECRUTEMENT

N° ISSN : 2264-8607

ÉDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE

Réseau Pro Santé

14, rue Commines | 75003 Paris

M. TABTAB Kamel, Directeur

reseauprosante.fr | contact@reseauprosante.fr

Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

ÉDITORIAL

Chers lecteurs, Chères lectrices,

Parce que nous avons besoin de bonnes articulations pour avancer, d'un bon squelette pour tenir debout et d'une bonne solidité de l'ensemble pour continuer nos aventures, l'équipe de la Gazette du Jeune Gériatre a décidé d'un numéro SPECIAL RHUMATOLOGIE !

Ainsi, c'est avec énormément de joie que nous vous proposons dans ce 32^e numéro une mise au point très complète sur l'ostéoporose dans l'*Article thématique*, qui sera accompagnée d'une *Fiche pratique* sur la prise en charge de l'ostéoporose des patients âgés fragiles.

Comment parler d'ostéoporose sans parler de ce qui cause la fracture ? Impossible de ne pas parler de chute... du moins, nous n'avons pas résisté à vous présenter dans la rubrique *Biblio* les dernières recommandations de 2022 sur la Chute.

Ensuite, et comme à chaque fois, nous avons souhaité en savoir un peu plus sur les professionnels qui nous entourent et qui nous prêtent main forte pour prendre soins de nos patients âgés. Nos reporters sont allés rencontrer un de nos amis rhumatologues qui exerce au sein d'un hôpital public : vous retrouverez cet échange dans la *Fiche métier*. Le *Focus gériatrique* reprend une proposition du groupe AGRHUM d'un examen rhumatologique simplifié.

Et parce que la rhumatologie ne se résume pas à l'ostéoporose pour nos patients, le *Cas clinique* nous permettra de mettre en évidence un cas de goutte historique !

Enfin, vous retrouverez les actualités de votre association dans la rubrique *Actu AJG*, ainsi que le *Retour de congrès* de la Société Française d'Onco-Gériatrie qui s'est tenu les 22, 23 et 24 novembre 2022.

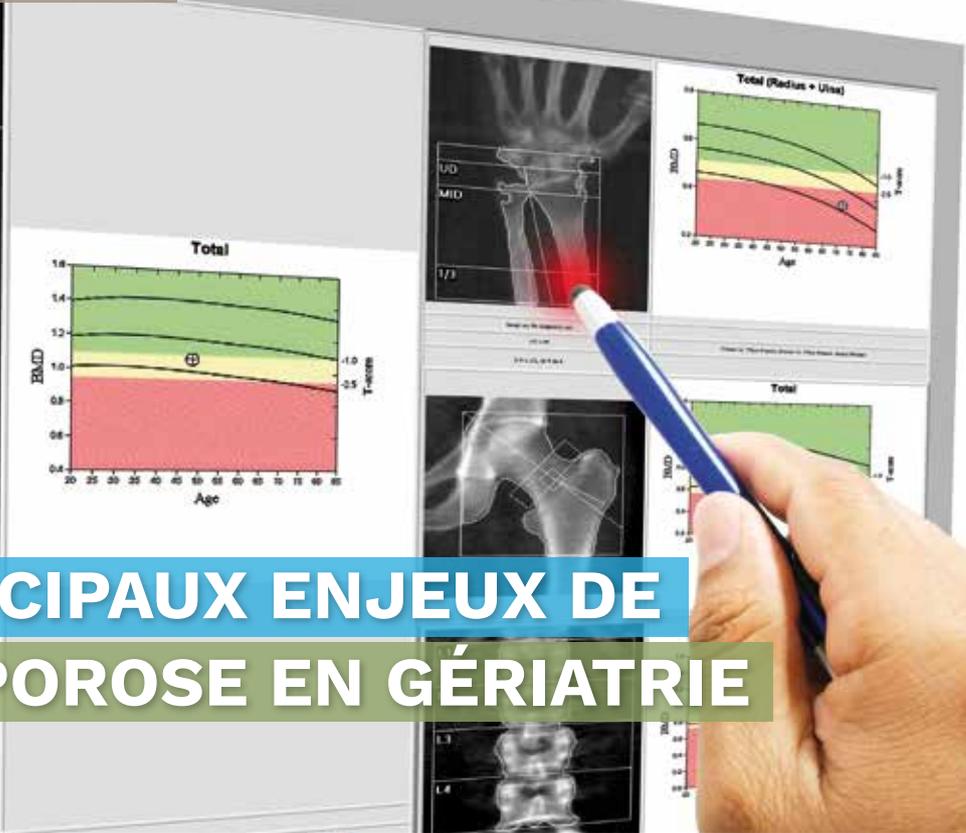
Ce numéro est aussi l'occasion de vous présenter le programme de la prochaine Journée Annuelle des Jeunes Gériatres dont l'affiche a été de nouveau dessinée par l'artiste Goodbye Hippocrate (en couverture).

Gériatriquement votre,

Alexandre BOUSSUGE, Nathalie JOMARD et Sophie MASSART
Rédacteurs en chef

C'est également avec beaucoup d'émotion que j'ai rédigé cet édito... car pour ma part, il s'agit du dernier d'une longue série de numéros de La Gazette du Jeune Gériatre où j'ai assuré le rôle de co-rédacteur en chef avec initialement la pétillante Sophie SAMSO, puis avec l'énergique Nathalie JOMARD. C'est à présent à la rayonnante Sophie MASSART de prendre le relais. Ces superlatifs sont bien en deçà de ce que je pense de ces merveilleuses personnes (et de manière générale de l'ensemble du Conseil d'Administration). J'ai démarré cette aventure quand je n'étais encore qu'interne, et je ne la regrette à aucun moment ! Elle m'a permis de rencontrer des personnes formidables, de remettre en question mes pratiques et connaissances. J'encourage quiconque à tenter l'expérience. Il y a toujours de la place à l'AJG pour des personnes motivées ; et surtout pour la Gazette ;-)

Alexandre BOUSSUGE



LES PRINCIPAUX ENJEUX DE L'OSTÉOPOROSE EN GÉRIATRIE

Dans cet article nous allons revenir sur les notions nécessaires au diagnostic et à la prise en charge d'une ostéopathie fragilisante chez le sujet âgé, afin d'essayer de répondre aux questions qui limitent la prise en charge de l'ostéoporose. Pour commencer, voici le périmètre de cet article et quelques éléments lexicaux.

Le barbarisme « ostéopathie fragilisante » recouvre la plupart des pathologies du champ de la pathologie osseuse métabolique, en mettant l'accent sur leur caractère prédisposant au risque de fracture. Quelques habitudes langagières à avoir sont rappelées dans l'encadré 1.

Ici, nous n'aborderons pas les pathologies osseuses constitutionnelles (ostéopétroses, ostéoscléroses...), ainsi que les ostéopathies malignes ou infectieuses, ni les pathologies plus rares (dysplasie fibreuse, Paget osseux...). Le but n'est pas non plus d'entrer dans le détail des pathologies osseuses (ostéomalacies, hyperparathyroïdies, désordres du métabolisme osseux liés à l'insuffisance rénale, etc.) mais bien d'essayer de clarifier quel sujet ne doit pas être manqué par le gériatre et lequel doit être adressé vers un avis spécialisé en pathologie osseuse.

Encadré 1. Les éléments de langage qui déservent

L'ostéopénie n'est pas une pathologie.

N'annoncez pas à un patient qu'il a une ostéopénie. Le terme « masse osseuse basse » est à préférer. Il n'y a pas de lien entre ostéopénie et d'autres effets que ceux de l'ostéoporose.

On peut avoir une pathologie osseuse métabolique comme une ostéoporose avec une masse osseuse faiblement atteinte si la microarchitecture est très atteinte avec un retentissement faible sur la densité.

En revanche une ostéoporose densitométrique signe une ostéoporose, fracturaire ou non.

Bannissez le terme « tassement ».

Préférez-lui toujours le terme de fracture vertébrale. La banalisation d'une fracture sur pathologie osseuse d'origine bénigne mène à un sous-diagnostic et un retard de prise en charge.

Lorsque la prise en charge diagnostique ou thérapeutique nécessite un avis spécialisé, vous verrez ce pictogramme

Dans notre pratique médicale habituelle, où une maladie est soit présente soit absente, il est plus difficile d'intégrer les pathologies dégénératives. La perte osseuse et donc les ostéoporoses correspondent à un continuum, un déclin lié à une conjonction de facteurs innés, acquis et de dérèglements. L'unique seuil à éviter est celui de la fracture. La chute chez le sujet âgé est le principal signe d'alerte du franchissement d'un seuil d'insuffisance.

Parallèlement, la perte osseuse est dépendante des déclin multiples d'organes chez le sujet âgé. La sarcopénie est au muscle ce que l'ostéoporose est à l'os. De plus, ces pathologies sont interdépendantes (1).

Ainsi, le continuum de perte osseuse rend la définition des ostéoporoses difficile, laissant cohabiter plusieurs approches :

La définition consensuelle américaine de 2001 :
« *Maladie générale de l'ensemble du squelette caractérisée par une diminution de la résistance osseuse prédisposant à un risque accru de fracture. La résistance osseuse résulte de la qualité osseuse et de la densité osseuse* ».

Cette définition fait état de deux composantes de la fragilité osseuse : **l'atteinte de la microarchitecture** et **celle de la masse osseuse**. Les biopsies osseuses étant invasives et les examens d'imagerie quantitative limités, on explore le plus souvent le métabolisme osseux par des prélèvements sanguins et urinaires, et la masse osseuse en DEXA¹. La qualité de la microarchitecture de l'os n'est explorée que dans des centres spécialisés.

La définition densitométrique : À partir d'une cohorte de patientes ménopausées blanches américaines, il a été défini en 1994 des seuils de T-score dont celui définissant l'ostéoporose densitométrique. La stratification des T-score selon l'Organisation Mondiale de la Santé décrit :

- Une masse osseuse **normale** si le T-score est > -1 .
- Une **ostéopénie** si le T-score est **compris entre -1 et $> -2,5$** .
- Une **ostéoporose** si le T-score est $\leq -2,5$.

La limite principale de cette définition fondée uniquement sur la densité minérale osseuse (DMO) sans investigation de la microarchitecture, est qu'elle ne permet pas d'identifier correctement

toutes les personnes à risque car des T-score $> -2,5$ sont retrouvés chez près de 50 % de femmes fracturées (2).

À toutes ces définitions s'ajoute une **définition pragmatique** de prévention secondaire, qui correspond à la présence de fracture sur un traumatisme de faible cinétique. Les sites de fracture dits majeurs (col fémoral, vertèbre, extrémité supérieure de l'humérus, bassin principalement) correspondent à des sites grevés d'une importante morbi-mortalité. Le fait d'avoir fracturé après un traumatisme de faible cinétique l'un de ces os suffit à conclure à une fragilité osseuse à explorer.

Bien qu'il existe de nombreuses pathologies osseuses métaboliques ou de pathologies induisant une perte osseuse, il est utile de les distinguer :

- **L'ostéoporose post-ménopausique** liée à la carence oestrogénique.
- **L'ostéoporose masculine**, souvent secondaire (alcoolisme, Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales, hyperthyroïdie...).
- **L'ostéoporose cortisonique**.

Pour nos sujets âgés, le message est simple : devant toute fracture (site majeur ou non), pensons systématiquement à l'ostéoporose et n'oublions pas de traiter avec les molécules déjà connues.

L'objectif de cet article est de fournir un argumentaire suffisant pour déjouer les principales limitations à la mise en place d'un traitement chez le sujet âgé et de savoir quand adresser un cas complexe.



¹ DEXA : Dual Energy X-ray Absorptiometry ou absorptiométrie biphotonique permettant la mesure de la densité minérale osseuse (DMO).

Enjeu n°1 : Comprendre la nécessité épidémiologique de repérer et traiter l'ostéoporose chez le sujet âgé

L'ostéoporose toucherait 200 millions de femmes et 20 % des hommes dans le monde, avec 75 millions de sujets atteints ne serait-ce qu'en Europe (35 millions), au Japon et aux États-Unis. Le déni de la pathologie en fait un enjeu pour les années à venir (3).

En Europe, le nombre de décès liés à des fractures en 2019 était de 250 000, quand le nombre de nouvelles fractures de fragilité est estimé à 4,3 millions, dont près de 830 000 fractures du col fémoral (19 %) et 662 544 fractures vertébrales (16 %) (3). Après 50 ans, la majeure partie des fractures sont liées à l'ostéoporose. Les chutes en sont le plus grand pourvoyeur chez le sujet âgé.

Les données de la caisse nationale d'Assurance Maladie montraient pour la seule année 2016 que 165 249 hospitalisations avaient pour motif une fracture, avec des patients âgés de plus de 70 ans dans deux tiers des cas, pour un coût direct évalué à 771 millions d'euros pour la communauté. Ce rapport mettait en évidence un mauvais pronostic à un an, avec 40 % de nouvelles hospitalisations et soulevait la problématique de prise en charge de la pathologie osseuse causale (10 % ayant eu une ostéodensitométrie, 20 % ayant eu un traitement dans l'année, en comprenant la vitaminothérapie).

En Suisse, plus de la moitié des patients hospitalisés pour fracture ont plus de 80 ans (4). La mortalité cumulée dans les 12 mois suivant une fracture de hanche est de 30 % (5). Celle-ci tend à augmenter plus le sujet est comorbide et âgé. Le risque de décès après une fracture du col du fémur est augmenté dans les 10 ans suivant la fracture (6, 7).

La réduction de qualité de vie a même été quantifiée, elle est de l'ordre de 20 % pour la fracture du col du fémur, soit du même ordre de grandeur qu'une neuropathie dégénérative (8, 9). Même chez les personnes âgées vivant encore dans la communauté, les activités de la vie quotidienne sont impactées après une fracture de hanche (10). La fracture en particulier du col fémoral est en effet liée à la dépendance (11).

L'ostéoporose demeure un événement sous-diagnostiqué puisque la moitié de patients ayant eu une fracture de l'extrémité supérieure du fémur avaient déjà un antécédent de fracture. Néanmoins, la prévalence de la fracture du col fémoral continue d'augmenter en France, passant en 2013 à 165 000

par an contre 150 000 en 2011, avec le même constat en Europe (12), même si son incidence semble stabilisée (estimée à 33 pour 1 000 femmes) voire dans d'autres populations tend à diminuer (13-15).

L'encadré 2 vous propose des analogies simples pour vous convaincre du bien-fondé de prendre en charge l'ostéoporose du sujet âgé (encadré 2).

Encadré 2. Des chiffres choc

Si l'on compare l'incidence en France

- De l'infarctus myocardique : 80 000 / an.
- De la fracture du col fémoral : 74 000 / an.

On ne remarque pas de différence d'ordre de grandeur.

Si l'on regarde leur mortalité à un an en France :

- Infarctus : 15 % (~ 20 % chez les 79-85 ans).
- Fracture du col fémoral : 30 % chez l'homme 20 % chez la femme.

On s'aperçoit :

- De la nécessité de considérer la pathologie osseuse.
- D'un biais cognitif : « le cœur est guéri par le cardiologue, la fracture par le chirurgien ».

Mais si la pathologie est souvent liée à la péri-ménopause, les études montrent que le continuum de perte osseuse se poursuit jusqu'à des âges très avancés (16). Les plus âgés sont donc les plus à risque. Cependant, nous ne partons pas tous avec le même capital osseux. Les inégalités de taille des pièces osseuses dépendent en premier lieu du sexe et de l'origine ethnique des sujets. Après l'acquisition d'un pic de masse osseuse plus tardif et élevé, les hommes sont protégés de la fragilité osseuse plus longtemps. Avec le vieillissement, s'observe une résorption endo-corticale et une apposition périostée (figure 1), permettant de compenser la perte osseuse. Dans les deux sexes, la résorption endo-corticale dépasse l'apposition périostée, ce qui conduit à un amincissement de la corticale (17). Ce mécanisme compensatoire permet de maintenir, par l'augmentation du diamètre externe, la résistance en flexion et en torsion. Cependant, la carence en œstrogènes entraîne un amincissement cortical finissant par dépasser un seuil de fragilité.

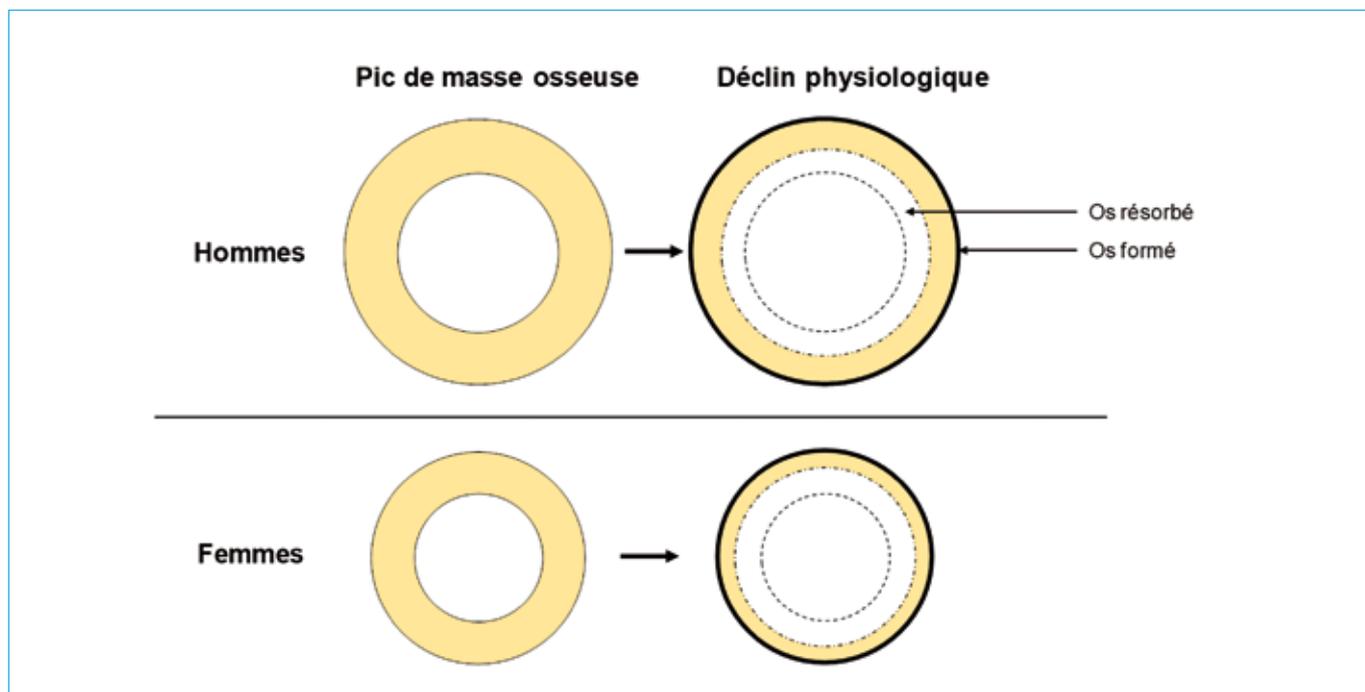


Figure 1. Evolution naturelle du diamètre osseux d'un os long

Enjeu n°2 : Ne pas méconnaître une fracture vertébrale

Parmi les fractures sévères, **les fractures vertébrales** sont importantes à souligner. Leur fréquent sous-diagnostic et parfois leur banalisation (emploi du terme de tassement) conduit à ne pas les identifier même en présence d'exams d'imagerie (18).

Elles apparaissent plus précocement que d'autres fractures et la détermination de leur incidence demeure un défi. Elles sont les plus sensibles aux carences hormonales (19) et sont associées à une diminution de l'activité physique avec un impact sur la qualité de vie des patients (20).

La découverte d'une fracture vertébrale augmente le risque de fracture incidente jusqu'à le multiplier par cinq et ce dans les mois suivant la découverte. Le risque de nouvelle fracture est donc majeur mais aussi précoce dans les 6 à 8 mois, nécessitant une identification et une prise en charge rapide (21-23). Toiser les sujets est indispensable : constater une perte de taille (≥ 4 cm par rapport à la taille à 20 ans, ≥ 2 cm entre deux consultations) indique la réalisation de radiographies standards permettant de diagnostiquer une probable fracture vertébrale (24).

La figure 2 vous illustre une fracture vertébrale typique de la première vertèbre lombaire (L₁). La plupart sont asymptomatiques. **L'enjeu sera de ne pas conclure hâtivement à sa nature bénigne** et aussi de **ne pas négliger qu'une fracture bénigne peut entraîner des conséquences neurologiques**.



Figure 2. Fracture vertébrale de la première vertèbre lombaire

Enjeu n°3 : Ne pas méconnaître une autre pathologie osseuse (un peu de physiologie...)

Ainsi nous avons compris avec les éléments développés ci-dessus, qu'il est nécessaire de revoir le statut ménopausique, le sexe, l'âge des patients, mais aussi et surtout s'enquérir de la présence d'un **antécédent** personnel de **fracture** de faible cinétique et d'une **perte de taille** à la recherche d'une fracture vertébrale.

La **chute** demeure l'indication pour le gériatre à rechercher une pathologie ostéoporotique.

Comme nous allons le voir, mis à part le fait de toiser les patients pour évaluer la perte de taille, l'examen physique de la consultation ostéoporose est limité. En absence d'arguments pour d'autres pathologies, on conclut **par défaut à une ostéoporose**.

C'est pourquoi l'interrogatoire est minutieux. Les principaux axes consistent à :

- **Éliminer une pathologie maligne.**
- **Rechercher les facteurs de risque.**
- **Recherche une pathologie causale.**
- **Rechercher l'exposition à des traitements favorisant la perte osseuse.**

Au sein de chacune de ces catégories, il est légitime de poursuivre l'examen physique de manière plus approfondie en cas d'arguments suffisant, comme par exemple avec une pathologie endocrinienne.

En premier lieu, il s'agit toujours **d'éliminer une pathologie osseuse maligne, primitive ou secondaire**. Par argument de fréquence : les cancers ostéophiles (poumon, prostate, rein, sein, thyroïde) ainsi que le myélome multiple. Ainsi, toute perte de poids, altération de l'état général, doit être explorée. Nous verrons que l'exploration biologique suit le même raisonnement.

Ensuite, il faut rechercher les facteurs de risque et les pathologies causales. Le distinguo entre les deux est lié à leur impact plus ou moins causal sur la perte osseuse. En effet, certaines situations peuvent être associées à une masse osseuse basse ou à un sursurrisque de fracture sans que la causalité ne soit établie. L'accident vasculaire cérébral va par exemple favoriser une perte osseuse mais n'est pas une maladie osseuse métabolique comme l'hyperparathyroïdie.

Si l'on ne revient pas sur les antécédents de fracture (et les sites de fracture), le sexe et l'âge, on peut retrouver parmi **les facteurs de risque associés à une masse osseuse basse ou à des fractures**, un certain nombre de situations fréquentes chez nos sujets âgés : chutes, maladie de Parkinson idiopathique, accident vasculaire cérébral et toute cause de démence, d'immobilisation (sujet grabataire) ou de dépression.

Une autre situation à risque de perte osseuse est l'inflammation chronique. La perte osseuse liée à la polyarthrite rhumatoïde est bien caractérisée parmi les rhumatismes inflammatoires chroniques. Il faut aussi penser aux cancers et hémopathies et à la consommation de tabac et d'alcool.

Concernant l'aspect nutritionnel, la présence d'un trouble du comportement alimentaire, ou plus simplement une carence d'apport quelle qu'en soit la cause, a un retentissement sur le métabolisme phosphocalcique. Un indice de masse corporel bas est un facteur de risque de fracture. Cependant, contrairement à une idée reçue, **l'obésité n'est pas un facteur protecteur (25)** car près de 30 % d'obèses avaient été retrouvés dans la filière fracture de la cohorte Nottingham.

Après ces éléments d'anamnèse, je vous propose de suivre l'enquête étiologique à la recherche de pathologies osseuses via un raisonnement physiologique :

Via les grands axes à régulation pituitaire

- **Axe gonadotrope** : Son effet est majeur car il est responsable de toute l'ostéoporose post-ménopausique. Ainsi, la quantification de l'imprégnation œstrogénique est primordiale (gestité, parité, ménopause précoce, durée d'aménorrhée, traitement hormonal de la ménopause...). La recherche d'un traitement castrateur (agonistes de la LHRH dans le cancer de prostate, anti-aromatases dans le cancer du sein...) est là encore un indice précieux chez l'individu âgé.
- **Axe thyroïdienne** : La présence d'une **hyperthyroïdie prolongée non traitée** est à l'origine d'une dette de résorption favorisant la perte osseuse et les fractures.
- **Axe corticotrope** : La présence d'une **corticothérapie au long cours** (même à faibles doses) est le premier facteur à rechercher car elle demeure toxique pour l'os (le muscle et les gonades). La description initiale par Cushing du syndrome éponyme comportait d'ailleurs des fractures vertébrales.
- **Axe somatotrope** : Chez le sujet âgé, nous n'évaluerons pas les anomalies pour atteindre le pic de masse osseuse mais plutôt le métabolisme énergétique. La présence d'une **insulino-résistance** avec un diabète sucré est à vérifier. Ainsi, faut-il s'assurer du fonctionnement du foie, du pancréas et du tissu adipeux. L'insuline se fixe sur l'ostéoblaste pour favoriser l'activation

ostéoclastique via le RANK-ligand. Ce dernier va libérer dans sa lacune de Howship l'ostéocalcine, qui ainsi décarboxylée viendra augmenter l'insulino-sécrétion pancréatique (26).

- **Axe lactotrope :** Ne sera pas abordé chez le sujet âgé bien que la prolactine soit inhibée par l'action de la dopamine, ce qui rend la **recherche de neuroleptiques et d'une maladie de Parkinson** pertinente chez nos sujets âgés.

➔ Rôle propre du gériatre :

- S'assurer de l'absence de pathologie maligne.
- S'assurer de l'absence de pathologie osseuse associée.

Via le métabolisme phospho-calcique

Le raisonnement intégratif peut s'enrichir d'un abord « organique » via l'implication des principaux organes dans le métabolisme phospho-calcique :

- **Le tube digestif :** Le calcium et le phosphore y sont absorbés sous l'action du Calcitriol (métabolite actif de la vitamine D) au pôle basal de l'entérocyte. Il est nécessaire de s'assurer d'un **apport protidique, calcique et vitaminique D** suffisant pour entretenir le métabolisme, et s'assurer outre l'appétit et la nutrition, de l'absence de malabsorption. Le rôle du microbiote intestinal est une piste en plein essor dans cette indication.
- **Les parathyroïdes :** Ces quatre glandes situées à la face postérieure de la thyroïde sont, via la sécrétion de l'hormone parathyroïdienne (PTH), le régulateur principal de la calcémie ionisée. Toute baisse de cette dernière entraînant une libération de PTH qui va agir sur l'os et le remodelage et sur le rein principalement. Une **hyperparathyroïdie** implique une perte osseuse, qu'elle soit primaire ou secondaire.
- **Le rein :** Dans le métabolisme du calcium, il sert à l'hydroxylation de la 25(OH)-vitamine D (sous la dépendance de la PTH), permettant donc l'activation du métabolite actif (calcitriol). La réabsorption tubulaire calcique est pour 35 % sous la dépendance de la PTH. Il est aussi l'effecteur principal de l'épuration du phosphore, sous la dépendance du FGF-23.

Il existe un spectre de désordres du métabolisme minéral et osseux liés à l'insuffisance rénale regroupant les ostéodystrophies rénales, les anomalies métaboliques ainsi que les calcifications vasculaires. Il faut retenir que l'altération de la fonction rénale du sujet âgé est un facteur de risque supplémentaire de fracture (en particulier vertébrale) outre le versant limitant pour la thérapeutique.

- ➔ **Toute carence en 25(OH)-vitamine D doit être supplémentée chez l'insuffisant rénal avec pour objectif 75 nmol/L (= 30 ng/mL).**
- ➔ **Devant une fracture chez un patient avec une altération de la fonction rénale, la question d'un désordre métabolique lié à l'insuffisance rénale est systématique.**

 Pas de traitement sans avis expert en cas de fracture avec un débit de filtration glomérulaire estimé inférieur à 30 millilitres par minute (CKD EPI ou MDRD).

- ➔ **La supplémentation vitaminique D doit être réalisée mais davantage monitorée en présence d'une hypercalciurie. Le gériatre sera attentif aux antécédents de pathologies en lien avec une hypercalciurie : hyperparathyroïdie primitive par exemple (manifestation de chondrocalcinose articulaire fréquente) surtout dans une population pour qui la déplétion par diurétiques de l'anse très calciurétiques (LASILIX / Furosemide...) est fréquente.**
- **Le foie :** Son rôle est primordial car il est un carrefour intervenant dans le métabolisme énergétique, le cycle entéro-hépatique (absorption de la vitamine D), la régulation des stérols (hydroxylation du cholécalférol, androgènes...), les facteurs de coagulation (certains métabolismes vitamine K dépendants), l'albumine pour transporter le calcium ainsi que via les cytochromes pour l'action des médicaments.

Enjeu n°4 : Quel bilan biologique et à quel moment ?

Il n'y a **pas de bilan systématique à recommander** car aucune société savante internationale n'a statué sur ce sujet (27).

Là encore les examens à visée biologique répondent à trois impératifs : éliminer l'hypothèse d'une **pathologie maligne**, éliminer la présence d'une **ostéopathie métabolique** et à visée **préthérapeutique**.

Ainsi, le **dosage de la calcémie et de la phosphatémie** sériques semblent pertinents dans les trois cas, à la recherche d'une hypercalcémie maligne en particulier, d'une hypercalcémie sur hyperparathyroïdie primitive, d'une hypocalcémie et d'une hyperphosphatémie dans le cadre d'une insuffisance rénale, pour ne citer que les cas les plus routiniers.

L'albumine sérique est nécessaire. Elle est souvent réalisée à visée pronostique dans le bilan nutritionnel (recommandations 2021). La calcémie sérique est corrigée sur une albuminémie sérique. Cette dernière est interprétable lorsqu'elle se situe entre 35 et 45 g/L, une situation peu fréquente dans la pratique en aigu. Pas de correction sur la CRP à prévoir. Devant des valeurs clairement aberrantes de calcémie et dans l'impossibilité de corriger celle-ci sur l'albuminémie, il faudra demander une **calcémie ionisée** corrigée sur le pH en seconde intention.

La créatininémie est indispensable avec calcul du débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe par CKD-EPI ou MDRD uniquement, sur une créatininémie stabilisée) afin d'évoquer une insuffisance rénale chronique et les désordres qui lui sont liés (cf. § précédent) et de connaître la limitation dans les traitements.

La thyroéstimuline (TSH), souvent réalisée en routine, permet d'éliminer une hyperthyroïdie passée inaperçue.

La 25(OH)-vitamine D, représente la réserve fonctionnelle en vitamine D, sa carence peut entraîner une hyperparathyroïdie réactionnelle. Une carence profonde limitant la minéralisation peut être à l'origine d'une ostéomalacie. Son dosage est remboursé chez le chuteur et le fracturé. Si vous doutiez de l'intérêt de son dosage car tout patient risque d'être carencé, ledit dosage est cependant nécessaire pour établir comment adapter la dose et la durée de votre supplémentation.

 **La PTH** est pour le gériatre un examen de seconde intention, réalisé en cas de perturbation de la

calcémie et de la phosphatémie et dont l'interprétation n'est pas triviale. Comme une PTH dans les normes du laboratoire peut être anormale, nous vous conseillons de réserver son usage en vue d'une consultation spécialisée.

L'électrophorèse des protéines plasmatiques (EPP) est pour le gériatre d'une grande utilité. Sa première utilité est d'éliminer un myélome multiple (maladie de Kähler), ce pourquoi elle est réalisée sur point d'appel (anémie, hypercalcémie...). Cependant, elle présente un autre intérêt chez le sujet âgé qui est la détection de gammopathies monoclonales de signification indéterminée (MGUS).

La MGUS est une situation fréquente, dont l'incidence augmente avec l'âge et qui toucherait près de 10 % des patients de 85 ans et plus. Les études rétrospectives montrent que dans les deux sexes et en absence de myélome, **la présence d'une MGUS augmente de 2 à 3 fois le risque de fracture vertébrale**. Ainsi, il semble pertinent dans notre population âgée de proposer ce type d'examen.

 **Les Crosslaps (CTX)** sériques peuvent être utiles en dosage préthérapeutique chez le sujet exempt d'insuffisance rénale. Ce sont des marqueurs de remodelage (ostéo-résorption) dont le taux vous permettra le suivi, en particulier de l'observance plus que de l'efficacité de votre traitement par inhibiteur de la résorption. Les autres marqueurs du remodelage sériques ou urinaires (P1NP, phosphatases alcalines osseuses, TRAcP, etc.) sont à réserver à une investigation spécialisée.

 La réalisation de **bilans urinaires** (échantillon ou 24 heures) relève de la consultation spécialisée, tout comme **il n'est pas utile de proposer de bilan hormonal systématique** en gériatrie (hormones sexuelles, IGF-1, prolactine).

Le timing ?

A quel moment faut-il proposer ce type d'investigation ?

Dans les suites immédiates d'une fracture, il est aisé de mettre en évidence des anomalies biologiques (hyperthyroïdies, hyperparathyroïdies...) dans un contexte aigu et inflammatoire (27). Ces anomalies sont rarement retrouvées au contrôle à trois mois dans les filières-fracture. Ainsi, devant une fracture en UPOG² ou en gériatrie aiguë, **il faut savoir ne pas interpréter trop rapidement les bilans biologiques**.

² UPOG : Unité de péri-opérateur gériatrique.

Le principal déterminant qui semble indispensable à réaliser précocement est le **dosage de la 25(OH)-vitamine D**. Ce dosage permet d'adapter la supplémentation et va permettre de corriger les éventuelles anomalies phosphocalciques lors du bilan de contrôle

à distance et de mettre en place le traitement anti-ostéoporotique en toute sécurité le moment voulu à distance de la fracture. Le second enjeu est celui de l'évaluation de la fonction rénale avant toute mise en route de traitement.

Enjeu n°5 : L'intérêt de la mesure de densité minérale osseuse (DMO) en gériatrie

Comme évoqué dans l'introduction, la mesure de densité minérale osseuse permet d'avoir une évaluation quantitative osseuse. Elle est la seule accessible en routine clinique. Elle est l'un des seuls examens à remboursement conditionnel malgré son faible coût (39 euros environ). Ainsi, chez un chuteur ou un patient fracturé, n'hésitez pas à annoter votre prescription du code de la nomenclature de la sécurité sociale : **PAQK007**.

La DMO n'est pas un examen d'imagerie. Le but de l'examen est de produire une densité surfacique en gramme par centimètre carré qui correspond à l'absorption de l'os sur sa surface de projection. La mesure se réalise en routine à deux sites : **la hanche (col fémoral et hanche totale) et le rachis lombaire**.

Les autres sites relèvent de la seconde intention (28). Cette mesure est ensuite comparée à une mesure idéale via des abaques de sujets de même sexe et de même origine ethnique. Le nombre de déviations entre la mesure de DMO comparée à la valeur idéale à 30 ans (au plateau de masse osseuse) est appelée T-score.

La mesure de DMO présente un intérêt

- **Diagnostic** : Un T-score inférieur à -2,5 permet de poser le diagnostic d'ostéoporose (densitométrie).
- **Pronostique** : Chez la femme ménopausée, il existe un gradient de risque fracturaire en fonction du T-score (29). En effet, une patiente avec un T-score à -2 peut se fracturer, cette DMO basse ne reflétant qu'une partie de son risque. Cependant une patiente avec un T-score à -2,6 a davantage de probabilité de fracturer que celle à -2,4 et ainsi de suite.
- **Indication thérapeutique** : Les recommandations thérapeutiques actuelles dans l'ostéoporose post-ménopausique et masculine (chez l'homme de plus de 70 ans, donc nous concernant) mettent en avant la réalisation systématique d'une mesure de DMO (figure 3). La mesure de DMO initiale est nécessaire pour le suivi (cf. infra), bien que le diagnostic de fragilité osseuse soit posé sur la

simple présence d'une fracture sévère comme une fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

- **Suivi** : Toute séquence thérapeutique doit être assortie d'une mesure de DMO de départ. Le critère de substitution en Os Métabolique est la DMO. En effet, il ne viendrait pas à l'idée d'un diabétologue de suivre son patient sans HbA1c. Elle sert de repère supplémentaire. L'évolution de la DMO permet de discuter d'une fenêtre thérapeutique, tout comme de l'inefficacité d'un traitement.

⚙️ Cependant la comparaison d'examens densitométriques itératifs est complexe et nécessite un relais avec l'expert (équations de comparaison entre différents appareils...).

Les limites

Les principales limites à la réalisation en gériatrie sont techniques : la présence de **deux arthroplasties** de hanche empêche d'avoir au moins un site de mesure essentiel qu'est la hanche. La présence de **calcifications vasculaires**, d'**arthrose lombaire**, d'une **déviaton du rachis** ou d'une **fracture vertébrale** lombaire limite l'interprétation des résultats sur ce site.

Le GRIO³ comme les autres sociétés savantes, n'a pas à ce jour proposé de recommandations spécifiques concernant la DMO chez le sujet gériatrique. Cependant, le groupe d'étude AGRhum⁴ avait discuté qu'en présence d'au moins un facteur parmi : des difficultés à la mobilisation ou à tenir le décubitus 10 minutes, des limites techniques prévisibles (cf. supra), une espérance de vie inférieure à un an, des troubles cognitifs évolués, il n'était pas licite de proposer de manière systématique une mesure de DMO préthérapeutique. Dans le cas contraire, les recommandations de l'adulte jeune demeurent d'actualité.

Pour les examens de suivi, il est recommandé de les prescrire en cas de nouvelle fracture (ou nouveau risque) ainsi théoriquement qu'en fin de cycle de traitement. Cependant la discussion de l'arrêt, d'un relais ou de la poursuite du traitement relève d'une prise en charge non gériatrique.

³ Groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses.

⁴ Association gériatrie-rhumatologie (groupe d'étude de la société française de rhumatologie).

Concernant les évaluations complémentaires disponibles

▪ Le FRAX (*Fracture Risk Assessment Tool*) : le calcul du FRAX semble peu pertinent en gériatrie où le profil de notre population est le plus souvent déjà dans les indications thérapeutiques. Peu de travaux ont été réalisés chez des sujets d'âge très avancés. Le FRAX est un outil qui présente des avantages dans les situations difficiles (absence de fracture, DMO peu abaissée...) mais les facteurs de risque qui constituent son équation ne sont pas les plus pertinents chez le sujet

très âgé (comme la polyarthrite rhumatoïde...). De plus, il ne prend pas en compte la fonction rénale ni les doses de corticothérapie. Il demeure utile mais probablement moins précis que chez l'adulte jeune.

- Le TBS (*Trabecular Bone Score*) : étude de niveau de gris du cliché de positionnement de la DMO au rachis lombaire, il permet de pondérer le risque calculé par le FRAX. Les limites de la DMO au rachis chez le sujet très âgé limitent donc son impact.

Enjeu n°6 : Quels sont les traitements pour nos sujets âgés ?

La prise en charge pharmacologique de l'ostéoporose s'appuie sur une nécessaire **supplémentation vitaminique D** pour être au-dessus du seuil de 75 nmol/L et s'assurer d'un **apport calcique** d'au moins un gramme par jour de calcium (sans nécessité de supplémenter en calcium ceux dont l'apport spontané est suffisant). Un **régime adapté** pour maintenir l'apport protidique est aussi une nécessité, tout comme le maintien d'une **activité physique** adaptée aux capacités du patient. La prise en charge des **chutes** et de la **sarcopénie** doit être concomitante.

L'indication thérapeutique pour le gériatre correspond au **tableau des recommandations du GRIO** concernant l'ostéoporose post-ménopausique et masculine (figure 3).

L'approche pharmacologique se divise en deux grandes classes de médicaments : les **anaboliques** < favorisant l'ostéoformation ainsi que les **inhibiteurs de la résorption**.

En gériatrie, un certain nombre de traitements ne sont soit pas recommandés après 70 ans (insuffisamment validés, non remboursés, pas de première ligne). La prescription de Romozosumab ou d'Abaloparatide ne sera pas abordée dans cet exposé de pratique de routine gériatrique. Nous vous proposons donc de nous centrer sur les thérapeutiques validées et adaptées au sujet âgé, à savoir :

Pour les inhibiteurs de résorption

- Les bisphosphonates :
 - Oraux : **Alendronate** (FOSAMAX, FOSAVANCE), **Risédronate** (ACTONEL).
 - Injectables intra-veineux : **Zolédronate** (ACLASTA) une injection annuelle.
 - Anticorps anti-RANK-ligand : **Dénosumab** (PROLIA) une injection semestrielle.

Pour les anaboliques

- **Tériparatide** (FORSTEO et ses biosimilaires) une injection sous-cutanée quotidienne.

T-score (au site le plus bas)	Fractures sévères (fémur, vertèbres, humérus, bassin)	Fractures non sévères	Pas de fracture Pas de FR Pas de chutes
T > -1	Avis spécialisé	Pas de traitement	Pas de traitement
-2 < T ≤ -1	Traitement	Avis spécialisé	Pas de traitement
-3 < T ≤ -2	Traitement	Traitement	Avis spécialisé
T ≤ -3	Traitement	Traitement	Traitement

D'après le GRIO

Figure 3 . Indications thérapeutiques selon le T-score dans l'ostéoporose post-ménopausique et masculine

Ces traitements ont été validés dans des études pivots et de phase IV incluant des sujets âgés et montrant un effet densitométrique et pour la plupart anti-fracturaire à certains sites. L'ACLASTA avait même montré un effet sur la mortalité sur la fracture du col fémoral (30).

Un élément important orientant le choix de la molécule est **son effet « rémanent »** (persistance de l'effet). En effet, seuls les bisphosphonates, par leur intégration au tissu osseux, ont cet effet persistant à distance de leur administration. Celui-ci est intéressant pour deux raisons : en cas d'utilisation de bisphosphonates préalable à l'administration d'un autre traitement, ils **potentialisent l'effet de ce dernier**. Le second bénéfice est lié au fait de préférer ce type de traitements chez le sujet âgé lorsqu'il y a un haut risque de le **perdre de vue**. Enfin, l'ensemble des autres thérapeutiques, du fait de leur absence d'effet persistant doivent être **relayé**, si ce n'est d'un traitement anti-résorbeur pour le Tériparatide, par un traitement par bisphosphonates pour le DénoSUMab.

Ensuite, une fois l'indication posée, **l'orientation vers une molécule** tient compte des **indications** (p. ex. : présence d'au moins deux fractures vertébrales pour le Tériparatide), des modalités de **remboursement**, des **contraintes d'administration** (administration à jeun strict sans se recoucher des

bisphosphonates oraux, administration injectable quotidienne du Tériparatide...). Les recommandations françaises actuelles incitent chez le sujet âgé à préférer les **traitements parentéraux** (intra-veineux, sous-cutané) dans l'ostéoporose, en cas : **d'âge supérieur à 80 ans**, de troubles **cognitifs**, de **fracture sur site majeur** (col fémoral, fractures vertébrales, bassin, têtes humérales) ou de **T-score inférieur à -3**.

À ceci s'ajoute la connaissance des principales complications qui justifient l'ensemble du bilan pré-thérapeutique, en particulier l'hypocalcémie, les fractures atypiques et l'ostéonécrose de mâchoire pour les inhibiteurs de la résorption. Leurs incidences sont très faibles. Chez nos sujets âgés exposés fréquemment à l'insuffisance rénale, il est impératif de ne pas traiter en cas de DFGe inférieur à 30 mL/min, hors avis d'un centre expert. Des effets bénins sont liés à l'administration injectable de bisphosphonates, comme la fièvre et des syndromes pseudo-grippaux, des douleurs et de rares réactions au site d'injection. La plupart sont prévenues avec une administration systématique de Paracétamol. L'œsophagite dans la prise orale de bisphosphonate peut être prévenue par le respect des consignes d'administration (ne pas se recoucher durant les 30 minutes suivant la prise du traitement).

Enjeu n°7 : Quand débiter un traitement ?

Le traitement est à débiter lorsqu'il est indiqué. Nous ne parlerons pas des traitements préventifs de l'ostéoporose pour cette population 🛠️. La présence d'une fracture sévère (vertébrale ou non) indique dans la plupart des cas la mise en route d'un traitement. En présence d'une fracture non sévère, la recherche d'une fracture vertébrale semble d'autant plus pertinente dans cette population à risque. En absence, la mesure de DMO et les calculs de risque peuvent alors aider à poser l'indication.

Une fois le choix du traitement établi, il faut s'assurer de la recharge vitaminique D. **A plus de trois semaines de la fracture en absence d'insuffisance vitaminique D, il est légitime de débiter un traitement** en s'assurant de l'absence de contre-indication en particulier rénale. Il semble important de mentionner à la sortie d'une UPOG l'état d'avancée de la prise en charge de la pathologie osseuse afin que le patient ne soit pas perdu de vue et puisse être suivi, au mieux dans une filière-fracture labellisée.

Concernant le profil des patients en gériatrie, **il faut vérifier que l'espérance de vie résiduelle soit supérieure à un an** car la plupart des traitements a montré une efficacité dès un an de traitement. Pour mémoire selon l'Insee en 2012, l'espérance de vie résiduelle à 90 ans en France est de 4,71 ans et à 3,19 ans à 95 ans. Ainsi, en absence de limitation des thérapeutiques actives, les troubles cognitifs et le caractère grabataire du sujet étant des facteurs de risque de perte osseuse, il n'est pas illégitime de mettre en route un traitement, ce d'autant que les traitements parentéraux sont pour la plupart de dispensation espacée et n'entraînent pas d'inconfort et ne nécessitent pas un suivi biologique prolongé.

Demeure le spectre de l'ostéonécrose de la mâchoire. Complication rare dont les facteurs de risque sont liés **au mauvais état dentaire** (exposant l'os), aux traitements préalables, intraveineux et itératifs. Les patients les plus à risque sont ceux atteints d'une pathologie maligne nécessitant l'administration de doses importantes d'inhibiteurs de la résorption,

en rupture de suivi dentaire. Cela ne rivalise cependant en aucun cas avec la fréquence, la gravité et la mortalité d'une fracture sévère lorsque l'on constate l'insuffisance actuelle de prescription.

Restreindre sa prescription en pensant déléguer la responsabilité au dentiste est une mauvaise idée pour le patient. Pour de la pathologie bénigne, en particulier avec des traitements oraux, il suffit d'informer le dentiste et s'assurer d'un suivi récent (< 6 mois) annuel conformément aux recommandations de la société de stomatologie de 2013, avec

des soins dentaires réalisés comme en population générale. Si besoin, les soins peuvent être réalisés simultanément à la prise du traitement lorsque ces derniers doivent être instaurés rapidement.

Toutefois, l'ostéonécrose de la mâchoire est une complication grave, de fréquence estimée entre 0,001 à 0,01 % par voie orale et de 0,01 à 0,1 % par voie veineuse (31). Chez des ostéoporotiques traités par Alendronate (7 ans) contre non traités, l'incidence était de 2,5 contre 1,13 pour 10 000 patients-années (32).

Conclusion

Nous espérons que ces quelques éléments introductifs vous aideront à comprendre les enjeux de la perte osseuse du sujet âgé, la nécessité de traiter, le cheminement intellectuel, les limites des examens et que vous serez incités à mieux dépister à l'aide des outils disponibles.

Docteur Pierre-Emmanuel CAILLEAUX

Médecin, docteur ès sciences

Gériatrie – Os métabolique – Ostéodensitométrie

Inserm ADEN UMR 1073 (Université Rouen Normandie)

& CHU de Rouen, service de médecine gériatrique, hôpital Saint-Julien

PE.Cailleaux@chu-rouen.fr

Pour l'Association des jeunes gériatres

Références bibliographiques

1. Cailleaux, P.-E. & Cohen-Solal, M. Managing Musculoskeletal and Kidney Aging: A Call for Holistic Insights. *Clin. Interv. Aging* **Volume 17**, 717–732 (2022).
2. Schuit, S. C. E. *et al.* Fracture incidence and association with bone mineral density in elderly men and women: the Rotterdam Study. *Bone* **34**, 195–202 (2004).
3. Kanis, J. A. *et al.* SCOPE 2021: a new scorecard for osteoporosis in Europe. *Arch. Osteoporos.* **16**, 82 (2021).
4. Chevalley, T. *et al.* Incidence of hip fracture over a 10-year period (1991-2000): reversal of a secular trend. *Bone* **40**, 1284–1289 (2007).
5. Kannegaard, P. N., van der Mark, S., Eiken, P. & Abrahamsen, B. Excess mortality in men compared with women following a hip fracture. National analysis of comedications, comorbidity and survival. *Age Ageing* **39**, 203–209 (2010).
6. Melton, L. J., Achenbach, S. J., Atkinson, E. J., Therneau, T. M. & Amin, S. Long-term mortality following fractures at different skeletal sites: a population-based cohort study. *Osteoporos. Int. J. Establ. Result Coop. Eur. Found. Osteoporos. Natl. Osteoporos. Found. USA* **24**, 1689–1696 (2013).
7. Bliuc, D., Nguyen, T. V., Eisman, J. A. & Center, J. R. The impact of nonhip nonvertebral fractures in elderly women and men. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* **99**, 415–423 (2014).
8. Griffin, X. L., Parsons, N., Achten, J., Fernandez, M. & Costa, M. L. Recovery of health-related quality of life in a United Kingdom hip fracture population. The Warwick Hip Trauma Evaluation--a prospective cohort study. *Bone Jt. J.* **97-B**, 372–382 (2015).
9. Vokó, Z. *et al.* Osteoporotic fractures may impair life as much as the complications of diabetes. *J. Eval. Clin. Pract.* **23**, 1375–1380 (2017).
10. Beaupre, L. A. *et al.* Does functional recovery in elderly hip fracture patients differ between patients admitted from long-term care and the community? *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* **62**, 1127–1133 (2007).
11. Abrahamsen, B., van Staa, T., Ariely, R., Olson, M. & Cooper, C. Excess mortality following hip fracture: a systematic epidemiological review. *Osteoporos. Int. J. Establ. Result Coop. Eur. Found. Osteoporos. Natl. Osteoporos. Found. USA* **20**, 1633–1650 (2009).

12. Willers, C. *et al.* Osteoporosis in Europe: a compendium of country-specific reports. *Arch. Osteoporos.* **17**, 23 (2022).
13. Briot, K., Maravic, M. & Roux, C. Changes in number and incidence of hip fractures over 12 years in France. *Bone* **81**, 131–137 (2015).
14. Jantzen, C., Madsen, C. M., Lauritzen, J. B. & Jørgensen, H. L. Temporal trends in hip fracture incidence, mortality, and morbidity in Denmark from 1999 to 2012. *Acta Orthop.* **89**, 170–176 (2018).
15. Pekonen, S.-R., Kopra, J., Kröger, H., Rikkinen, T. & Sund, R. Regional and gender-specific analyses give new perspectives for secular trend in hip fracture incidence. *Osteoporos. Int. J. Establ. Result Coop. Eur. Found. Osteoporos. Natl. Osteoporos. Found. USA* **32**, 1725–1733 (2021).
16. Zebaze, R. M. D. *et al.* Intracortical remodelling and porosity in the distal radius and post-mortem femurs of women: a cross-sectional study. *Lancet Lond. Engl.* **375**, 1729–1736 (2010).
17. Ahlborg, H. G., Johnell, O., Turner, C. H., Rannevik, G. & Karlsson, M. K. Bone loss and bone size after menopause. *N. Engl. J. Med.* **349**, 327–334 (2003).
18. Gehlbach, S. H. *et al.* Recognition of vertebral fracture in a clinical setting. *Osteoporos. Int. J. Establ. Result Coop. Eur. Found. Osteoporos. Natl. Osteoporos. Found. USA* **11**, 577–582 (2000).
19. Goderie-Plomp, H. W. *et al.* Endogenous sex hormones, sex hormone-binding globulin, and the risk of incident vertebral fractures in elderly men and women: the Rotterdam Study. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* **89**, 3261–3269 (2004).
20. Gold, D. T. The nonskeletal consequences of osteoporotic fractures. Psychologic and social outcomes. *Rheum. Dis. Clin. North Am.* **27**, 255–262 (2001).
21. Chen, Z. *et al.* What are risk factors for subsequent fracture after vertebral augmentation in patients with thoracolumbar osteoporotic vertebral fractures. *BMC Musculoskelet. Disord.* **22**, 1040 (2021).
22. Ensrud, K. E. *et al.* Prevalent vertebral deformities predict mortality and hospitalization in older women with low bone mass. Fracture Intervention Trial Research Group. *J. Am. Geriatr. Soc.* **48**, 241–249 (2000).
23. van Geel, T. a. C. M., van Helden, S., Geusens, P. P., Winkens, B. & Dinant, G.-J. Clinical subsequent fractures cluster in time after first fractures. *Ann. Rheum. Dis.* **68**, 99–102 (2009).
24. Moayyeri, A. *et al.* Measured height loss predicts fractures in middle-aged and older men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *J. Bone Miner. Res. Off. J. Am. Soc. Bone Miner. Res.* **23**, 425–432 (2008).
25. Compston, J. E. *et al.* Relationship of weight, height, and body mass index with fracture risk at different sites in postmenopausal women: the Global Longitudinal study of Osteoporosis in Women (GLOW). *J. Bone Miner. Res. Off. J. Am. Soc. Bone Miner. Res.* **29**, 487–493 (2014).
26. Karsenty, G. & Ferron, M. The contribution of bone to whole-organism physiology. *Nature* **481**, 314–320 (2012).
27. Cailleaux, P.-E. *et al.* Biological secondary contributors to osteoporosis in fractured patients, is an early systematic assay relevant? *Joint Bone Spine* **86**, 777–781 (2019).
28. Cailleaux, P.-E. *et al.* Longitudinal Bone Loss Occurs at the Radius in CKD. *Kidney Int. Rep.* S2468024921010202 (2021) doi:10.1016/j.ekir.2021.03.874.
29. Cummings, S. R., Bates, D. & Black, D. M. Clinical use of bone densitometry: scientific review. *JAMA* **288**, 1889–1897 (2002).
30. Black, D. M. *et al.* Once-yearly zoledronic acid for treatment of postmenopausal osteoporosis. *N. Engl. J. Med.* **356**, 1809–1822 (2007).
31. Hellstein, J. W. *et al.* Managing the care of patients receiving antiresorptive therapy for prevention and treatment of osteoporosis: executive summary of recommendations from the American Dental Association Council on Scientific Affairs. *J. Am. Dent. Assoc.* **142**, 1243–1251 (2011).
32. Eiken, P. A., Prieto-Alhambra, D., Eastell, R. & Abrahamsen, B. Surgically treated osteonecrosis and osteomyelitis of the jaw and oral cavity in patients highly adherent to alendronate treatment: a nationwide user-only cohort study including over 60,000 alendronate users. *Osteoporos. Int. J. Establ. Result Coop. Eur. Found. Osteoporos. Natl. Osteoporos. Found. USA* **28**, 2921–2928 (2017).

Immanquables de l'ostéoporose du sujet âgé

Le premier challenge en routine gériatrique serait déjà que chaque fracturé sévère soit traité, sinon au moins évalué avec quelques outils simples et des thérapeutiques connues

Signes d'alerte

- Chute
- Perte de taille / rachialgies → radiographies
- Fracture sévère (col fémoral, vertèbre, tête humérale, bassin, etc.)



Biologie

- Eliminer une pathologie maligne
- Eliminer une ostéopathie secondaire
- Visée pré-thérapeutique

Pas de consensus, mais utiles 1^{ère} intention

- Calcium sérique, Phosphates, albumine
- Créatinine, 25(OH)-vitamine D, TSH
- Electrophorèse des protéines sériques

Utilité de la Densité minérale osseuse (DMO)

- Diagnostique (T-score ≤ -2,5)
- Pronostique
- Suivi



Region	DMO (g/cm²)	Az T-score
Col fémoral	0,786	-0,5
Proximal humerus	0,736	-
Radius	0,703	-
Distal	1,402	1,4
Spine	0,728	0,8
Distal	1,198	-
T-totaux	0,992	-0,3

Quelques limites de la DMO chez le sujet âgé

- Arthrose
- Fracture vertébrale
- Calcifications
- Matériel
- Mobilisation difficile...



Mesures non-pharmacologiques

- Nutrition / Activité physique
- Lutte contre la sarcopénie
- Lutte contre les chutes

T-score (au site le plus bas)	Fractures sévères (fémur, vertèbres, humérus, bassin)	Fractures non sévères	Pas de fracture / Pas de FR / Pas de chutes
T > -1	Avis spécialisé	Pas de traitement	Pas de traitement
-2 < T ≤ -1	Traitement	Avis spécialisé	Pas de traitement
-3 < T ≤ -2	Traitement	Traitement	Avis spécialisé
T ≤ -3	Traitement	Traitement	Traitement

Parentéral si : > 80 ans; T-score < -3 ; fracture sévère; t. cognitifs

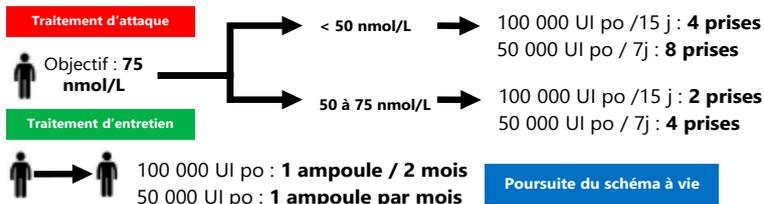
Principaux médicaments de 1^{ère} ligne :

- Inhibiteurs de la résorption**
- Bisphosphonates oraux (*alendronate, risédronate*) ou intraveineux (*Zolédronate*)
 - *Dénosumab* (sous-cutané)
- Anaboliques**
- Teriparatide* (SC)

Optimiser le timing :

- Identifier le patient (UPOG / Filière-fracture) pour le suivi
- Choix du traitement
- Indications / Contre-indication
- En absence d'une autre étiologie
- Après recharge vitaminique D
- Après information du dentiste
- A > 3 semaines d'une fracture

Schéma indicatif de supplémentation en vitamine D



Les messages pratiques proposés ici le sont à visée indicative et n'ont pas valeur de recommandation. Plus d'information sur GRIO.org



Pierre-Emmanuel CALLEAUX



L'EXAMEN RHUMATOLOGIQUE SIMPLIFIÉ À L'ENTRÉE EN EHPAD, UNE INITIATIVE DU GROUPE AGRHUM

Nous le répétons régulièrement dans presque chaque Gazette, la Gériatrie n'est pas une spécialité qui s'exerce seul dans son coin. Ainsi, des collaborations transdisciplinaires sont très courantes. Pour ce numéro dédié à la rhumatologie, il nous paraissait essentiel de mettre en avant le partenariat entre ces deux spécialités via la valorisation du travail du groupe « trans-spécialités » AGRHUM (**A**ssociation **G**ériatrie et **R**humatologie). Le groupe a réalisé une fiche de synthèse pour promouvoir la réalisation d'un examen rhumatologique simple, peu chronophage à l'entrée en EHPAD pour dépister des problématiques ostéoarticulaires, planifier leurs soins afin d'améliorer la qualité de vie des patients.



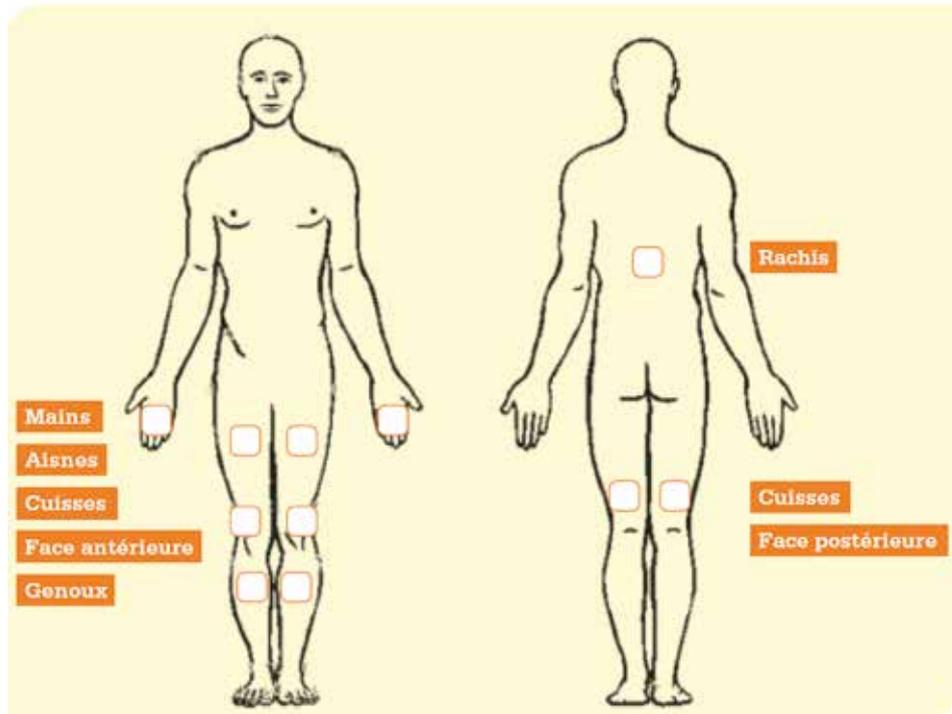
Comme le groupe l'explique dans la lettre d'intention : « Un examen rhumatologique de départ serait pertinent, permettant d'identifier différentes sources d'instabilités et de douleurs, responsables de limitations fonctionnelles, de perte d'autonomie et de chutes (coxarthrose, tendinopathie de hanche, gonarthrose, douleur du rachis, déformations des pieds, etc.). Or, la plupart de ces affections une fois identifiées peuvent être, au moins en partie traitées et améliorées : ponctionner un épanchement du genou, infiltrer une tendinopathie de hanche, appareiller par une ceinture une lombalgie, un canal lombaire rétréci symptomatique, peuvent améliorer douleurs et handicap et réduire la perte d'autonomie ».

Tout est dit ! Cet examen en 8 points paraît tout à fait applicable à la pratique de la gériatrie à l'entrée en EHPAD mais pas que ! Lors de consultations ou de tout examen clinique gériatrique ! Ce support, réalisé par Emmanuel MAHEU, Christian CADET, Philippe BREVILLE, Jean-Bernard GAUVAIN, Jean-Laurent LE QUINTREC, Bernard VERLHAC, Jean-Marie VETEL et Claude JEANDEL est accessible via le site internet de la Fédération des Médecins Coordonnateurs et s'intitule : **Recherche d'une fragilité liée à une affection de l'appareil locomoteur en particulier d'une arthrose.**

Anamnèse

1) Le(la) patient(e) présente-t-il(elle) des douleurs articulaires ?

Préciser la localisation



Inspection

2) Troubles statiques majeurs ?

- **Rachis** : Cyphose Scoliose
- **Genoux** : Varus Valgus



Cyphose dorsale



Genu Varum

Examen clinique

3) Douleurs reproduites en flexion antérieure du rachis ?

Oui Non

4) Douleurs reproduites en extension du rachis (articulaires postérieures) ?

Oui Non

5) Examen de la hanche : douleur et/ou limitation

➔ Flexion : Oui Non

➔ Rotation interne : Oui Non

➔ Flexion croisée : Oui Non

➔ Point douloureux trochantérien : Oui Non



Flexion antérieure du rachis



6) Examen des genoux

➔ Douleur et/ou limitation flexion / extension :

Oui Non

➔ Y a-t-il un épanchement du genou cliniquement palpable ?

Oui Non

7) Le(la) patient(e) peut-il se relever de la position assise sans l'aide des mains ?

(Teste la force musculaire en particulier des quadriceps)

Oui Non



Recherche d'un épanchement

8) Examens des pieds. Le(la) patient(e) présente-t-il(elle) des troubles de l'avant-pied susceptibles de perturber la station debout ?

(cor ; hallux valgus important ; orteils en marteaux, ...)

Oui Non

L'AJG remercie le groupe AGRHUM pour le partage de cette fiche pratique !

RHUMATOLOGUE

Bonjour peux-tu te présenter en quelques lignes ?

Je suis Justine CORLI, Praticien hospitalier titulaire de rhumatologie après un clinicat au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille. J'exerce depuis 5 ans au Centre Hospitalier de Douai.

Dans quelles situations l'apport du Gériatre est-il important pour le rhumatologue ?

Deux situations se posent régulièrement.

Devant une perte d'autonomie (en lien avec la pathologie rhumatologique), je fais appel à l'Équipe Mobile de Gériatrie pour optimiser le retour à domicile (matériel, aides...) et décider d'un transfert ou non en Soins de Suite et de Réadaptation.

L'apport de l'oncogériatre est par ailleurs très important pour mon exercice dans le cadre de découverte de métastases osseuses. Je discute quasi systématiquement des dossiers avec mes collègues gériatres spécialisés en oncogériatrie afin d'affiner la prise en charge et la proportionnalité de soins.

Qu'est-ce qu'une filière fracture ?

Les « filières fracture » sont des organisations transversales internes à certains établissements hospitaliers, permettant la détection de patients ostéoporotiques fracturés, le plus souvent aux urgences ou en orthopédie, afin de leur permettre de bénéficier d'une densitométrie osseuse et d'un avis spécialisé qui permettra une prise en charge adaptée de leur ostéoporose.

Elle est souvent basée sur une association gériatre / chirurgien orthopédique / rhumatologue. Le plus souvent, le chirurgien adresse le patient au rhumatologue qui le convoque en hôpital de jour dédié, avec une évaluation globale du gériatre pour opter pour le traitement anti-ostéoporotique adapté.

Quels sont les motifs pour lesquels les gériatres te sollicitent le plus ?

Trois motifs se détachent : la gestion de l'ostéoporose, la durée et les indications des corsets et la prise en charge de la spondylodiscite (autorisation de lever, durée de port du corset).

Selon toi, quelles sont les coopérations gériatre-rhumatologue à développer à l'avenir ?

À Douai, comme nous disposons d'un service d'orthogériatrie, la filière fracture pourrait venir compléter cette prise en charge.

Une mise à jour régulière de la prise en charge de l'ostéoporose pourrait être intéressante afin que mes collègues gériatres puissent prescrire en autonomie.

Enfin, la prise en charge oncogériatrique pour nos patients avec métastases osseuses est à poursuivre. Notre coopération a de beaux jours devant elle !

Dr Justine CORLI
Rhumatologue, Praticien Hospitalier, CH de Douai
Pour l'Association des Jeunes Gériatres



PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE FRAGILE

Pour tout patient (qu'il y ait une ostéoporose ou pas) :

- Supplémentation vitamino-calcique !
- Exercice physique ! (avec surtout un travail d'équilibre).
- Révision de l'ordonnance afin de limiter les traitements responsables de troubles de vigilance ou d'hypotension orthostatique.
- Sevrage alcool-tabagique.
- Réduction des dangers environnementaux.
- Amélioration de la vision.
- Prendre en charge les douleurs des membres inférieurs.

Existe-il une ostéopathie secondaire ? (qui nécessiterait une prise en charge spécifique)

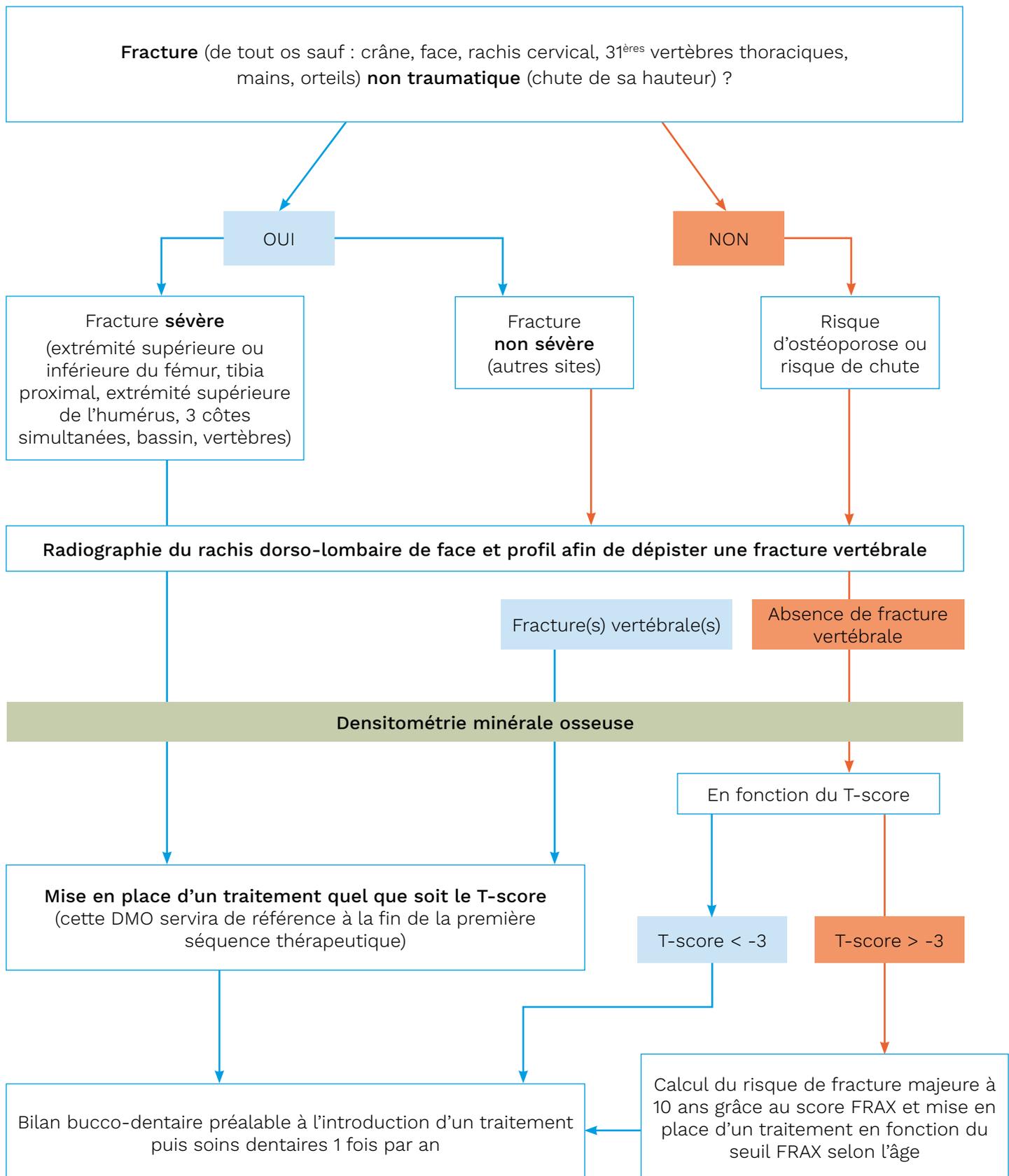
- Corticothérapie systémique ≥ 3 mois $\geq 7,5$ mg/J de prednisone.
- Hypogonadisme, hyperthyroïdie, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primaire, ménopause précoce (avant 40 ans).
- Hémochromatose génétique.
- Maladies de l'appareil digestif (gastrectomie, résections intestinales étendues, MICI, syndromes de malabsorption, maladie cœliaque...).
- Maladies inflammatoires chroniques (en dehors de toute corticothérapie).
- Anorexie mentale.
- Mastocytose.

Bilan biologique de 1^{ère} intention = NFS, CRP, EPP, DFG, Calcémie corrigée, Phosphatémie, Vitamine D.

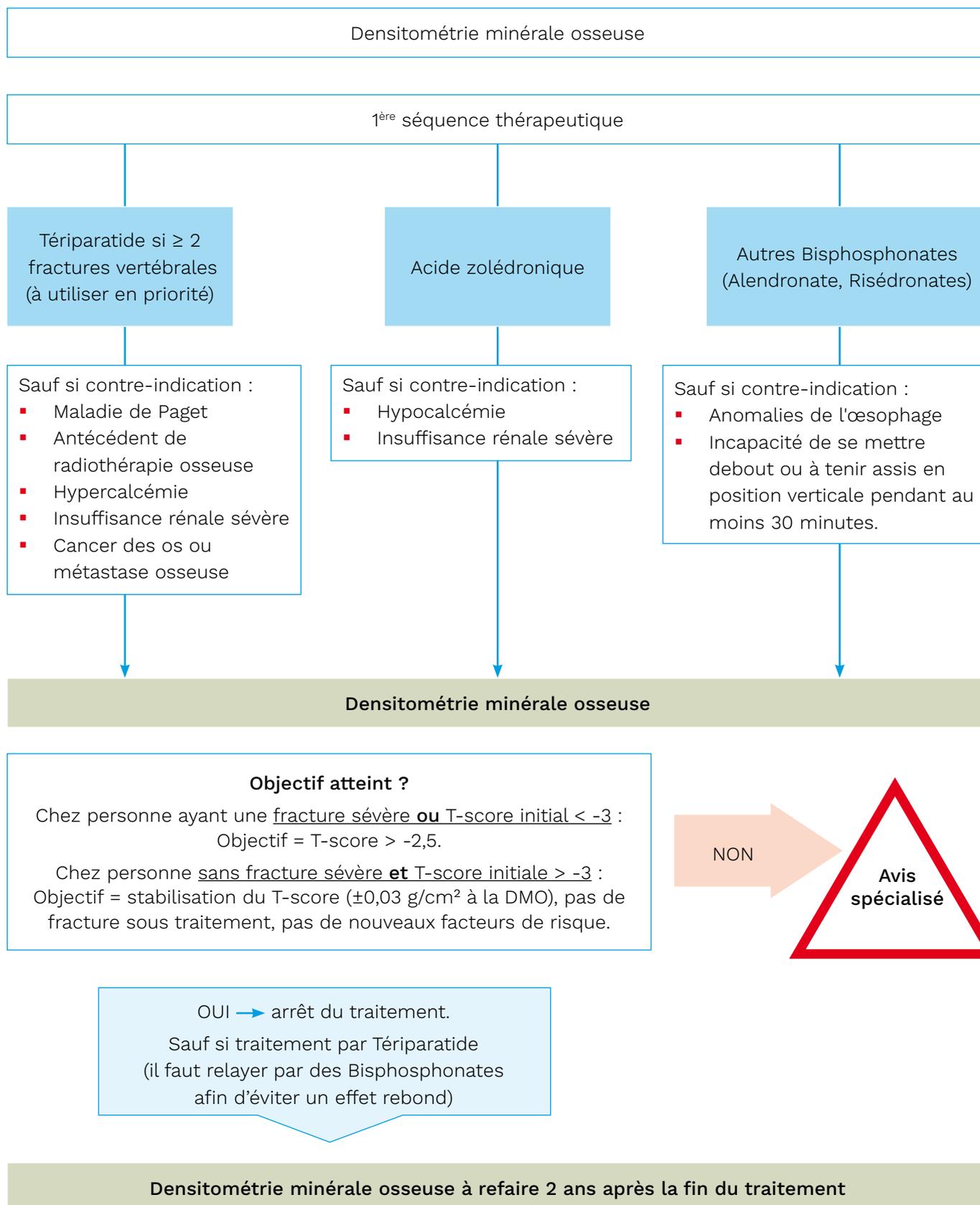
Espérance de vie > 1 ans ?

(Si ce n'est pas le cas, le rapport bénéfice-risque de la mise en place d'un traitement spécifique de l'ostéoporose est **probablement** en défaveur de son introduction, *tout comme celui de l'introduction d'une supplémentation calcique*).

Y a-t-il une indication à traiter ?



Quel traitement spécifique contre l'ostéoporose mettre en place ?



Autres points importants à avoir à l'esprit :

Il faut mettre la mention suivante sur l'ordonnance de Bisphosphonates per os : « à prendre à jeun le matin avec un grand verre d'eau du robinet, au moins 30 minutes avant le petit-déjeuner, debout ou assis (sans se recoucher ensuite pendant au moins 30 minutes) ».

➔ Donc si le patient ne peut pas être debout ou assis (et d'y rester) 30 minutes avant de prendre son petit-déjeuner, préférer une forme injectable.

Le risque de nouvelle fracture après une fracture de hanche est majeur surtout l'année suivant celle-ci, préférer l'administration d'Acide zolédronique intraveineux 5mg, 1 fois par an.

Le Dénosumab est à utiliser en 2^e intention. À la fin de la séquence thérapeutique de 3 ans par Dénosumab, il faut relayer par des Bisphosphonates pendant 6 à 12 mois afin d'éviter un effet rebond.

Guide pour la supplémentation en vitamine D chez les patients ostéoporotiques

- ➔ Doser le taux de 25-OH-Vitamine D3
 - Traitement de « recharge » :
 - 50 000 UI / semaine pendant 8 semaines si < 20ng/mL
 - 50 000 UI / semaine pendant 4 semaines si entre 20 et 30ng/mL
 - Traitement « d'entretien » : 50 000 UI / mois pendant 6 mois.
- ➔ Redoser le taux de 25-OH-Vitamine D3 :
 - Si < 30ng/mL, passer à 50 000 UI / 2 semaines
 - Si entre 30 et 60 ng/mL, rester à 50 000 UI / mois
 - Si > 60ng/mL, passer à 50 000 UI / 2 mois

Références

1. Souberbielle JC, Cormier C, Cavalier E, Breuil V, Debiais F, Fardellone P, et al. La supplémentation en vitamine D en France chez les patients ostéoporotiques ou à risque d'ostéoporose : données récentes et nouvelles pratiques. Rev Rhum. 1 oct 2019;86(5):448-52.
2. Briot K, Roux C, Thomas T, Blain H, Buchon D, Chapurlat R, et al. Actualisation 2018 des recommandations françaises du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique. Rev Rhum. 1 oct 2018;85(5):428-40.
3. Les médicaments de l'ostéoporose [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 févr 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1751307/fr/les-medicaments-de-l-osteoporose

Dr Alexandre BOUSSUGE

CCU-AH en service de Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique
CHRU de STRASBOURG
Pour l'Association des Jeunes Gériatres



18^{èmes} journées nationales de la Société Française d'Onco-gériatrie

Les 18^{èmes} journées de la SOFOG se sont déroulées à Lyon, pour la seconde fois de leur histoire, les 22-23 et 24 novembre 2022.

Ce congrès a réuni presque 500 participants en présentiel et en distanciel, ce qui est une source de satisfaction et de fierté pour les communautés oncologique et gériatrique.

Ces journées étaient centrées sur 2 thématiques chères à la région lyonnaise :

- ➔ Un domaine carcinologique sur les cancers gynécologiques.
- ➔ Un domaine gériatrique, la nutrition, un incontournable au sein de la cité de la gastronomie.

Ami(e) gériatre, comme nous le savez, le cancer est la 1^{ère} cause de mortalité chez le sujet âgé. Le soin est amené à évoluer avec le développement d'une multidisciplinarité autour du sujet âgé atteint de cancer. Différents intervenants seront amenés à travailler ensemble dans le projet de soins et le parcours de soins du patient âgé atteint de cancer (pharmacien, diététicien, enseignant en activité physique adaptée, infirmier de pratiques avancées (IPA)). L'enjeu de l'onco-gériatrie est un enjeu de positionnement au travers de notre montée en compétence oncologique et en expertise gériatrique. C'est également et surtout un enjeu de parcours, réfléchir à une sécurisation de **l'accès aux soins** : accès au diagnostic du cancer (retard diagnostique dans la cadre du cancer colorectal), accès à la décision thérapeutique (sécuriser la qualité de la prise de décision, même si la décision est palliative) et accès à l'innovation thérapeutique.

Voici pêle-mêle les grands thèmes abordés au cours de ce congrès

- ➔ Parcours de soins de la femme âgée et cancers gynécologiques : diagnostic précoce, parcours de soins multidisciplinaire et coordonné, prise en charge nutritionnelle en onco-gériatrie avec l'exemple du cancer de l'ovaire.
- ➔ Prise en charge du cancer de l'endomètre : types moléculaires de l'endomètre et les techniques chirurgicales (état des lieux et innovation).

- ➔ Cancer avancé de l'endomètre : quelle prise en charge chez la patiente âgée ?
- ➔ Nutrition et alimentation : partages d'expériences.
- ➔ Inhibiteurs CDK4/6 dans la stratégie de prise en charge de la femme âgée atteinte de cancer du sein métastatique RH+ HER2- : 6 ans de recul.
- ➔ Surmortalité des patients âgés en oncologie : une fatalité ou une prise en charge à repenser ?
- ➔ Prise en charge des cancers de l'ovaire : prise en charge chirurgicale, traitements médicaux, coordination du parcours de soin.
- ➔ Optimisation thérapeutique de la patiente âgée atteinte de cancer (SFPO).
- ➔ Prise en charge des cancers du col, du vagin et de la vulve : point de vue du chirurgien et du radiothérapeute.
- ➔ Efficacité et gestion des inhibiteurs de PARP chez les patientes âgées atteintes de cancer de l'ovaire
- ➔ Dénutrition et alimentation : diagnostic de la dénutrition chez le sujet âgé, dénutrition et cancer, suivi motivationnel en renutrition incitative, gestion de la nutrition entérale et parentérale,
- ➔ Communications orales gériatriques et ontologiques en parallèle.

Cet article vous propose un retour sur les points forts du congrès.

Point fort 1 : Conférence introductive grand public concernant la nutrition

Alimentation nutrition : comment garder le plaisir alimentaire malgré les traitements ?

Animateur : Pr Gilles Freyer, oncologue médical, Hospices Civils de Lyon.

IMAGYN, association de patientes atteintes de cancer gynécologiques créée en 2014.

Patients en réseau, association numérique créée en 2014, modérée par des patients experts : mon réseau cancer du sein, mon réseau cancer du poumon, mon réseau cancer gynéco, mon réseau cancer colo-rectal.

Christian Têtedoie, chef du restaurant Têtedoie, Lyon - figure de la gastronomie lyonnaise.

Didier Spiteri, directeur de la restauration au Centre anti-cancéreux Léon Bérard, Lyon.

Aux Hospices Civils de Lyon, la cellule qualité a recueilli les verbatim de patients en oncologie : la plainte est essentiellement centrée sur la nourriture et les repas (bien que le plateau-repas semble « mangeable » lors de nos gardes !).

La nourriture est importante pour l'être humain et encore plus pour l'être humain français. L'univers nutritionnel du malade âgé atteint de cancer et son rapport à la nourriture sont déjà profondément modifiés par la maladie (cf. encadré 1), alors voir arriver la nourriture dans des barquettes en plastique à l'hôpital suffit à majorer les nausées !

Alors qu'il existe bien souvent une perte de contrôle sur sa vie liée à la maladie grave et à la dépendance qui en découle, le contenu de l'assiette peut encore être à peu près contrôlé. Certains veulent exercer ce contrôle en se lançant dans des régimes à la mode comme le régime céto-gène ou sans sucre. Ils sont présentés comme des traitements anticancéreux potentiels mais les niveaux de preuve scientifiques sont nuls.

Restons aussi vigilants quant à la consommation de soja et de pamplemousse chez nos patients qui peuvent influencer l'efficacité de certains traitements.

Focus 1 : Les répercussions du cancer sur l'état nutritionnel

- ➔ Manger devient plus difficile en raison des traitements.
- ➔ Avoir moins envie de cuisiner du fait de l'asthénie.
- ➔ Amaigrissement / perte de poids.
- ➔ Prise de poids (hormonothérapie, immunothérapie, corticothérapie).
- ➔ Se poser des questions sur certains régimes qui peuvent être très dangereux.

Avoir un bon état nutritionnel est essentiel pour améliorer sa qualité de vie :

- ➔ Réduire les complications et les hospitalisations.
- ➔ Mieux supporter les traitements, notamment la chimiothérapie.
- ➔ Améliorer sa récupération fonctionnelle après une chirurgie carcinologique.
- ➔ Maintenir son indépendance et son autonomie, ainsi que son moral.

La prise en charge nutritionnelle fait partie intégrante des soins de support dans un programme personnalisé de soins avant, pendant et après le traitement spécifique. Ainsi, quelques mesures s'imposent (focus 2) !

Focus 2 : Les « luttes nutritionnelles »

Pour lutter contre la perte de poids :	Pour lutter contre la perte d'appétit :	Pour lutter contre les nausées/vomissements :	Lutter contre les idées reçues :
Pas d'interdit : manger ce qui fait plaisir en petite quantité	Fractionner les repas dans la journée, se laisser aller au grignotage	Manger léger, plutôt des aliments froids pour éviter les odeurs	Ne pas pratiquer le jeûn (perte de poids = perte de masse maigre = perte de muscle)
Enrichir les plats et les desserts (confiture, sucre, chocolat)	Assaisonner les plats avec des herbes aromatiques	Eviter les plats en sauce, fritures, plats épicés et gras	Ne pas supprimer les produits laitiers, ne pas bannir les sucres libres, pas de régime cétoène
Choisir des aliments riches en protéines (œufs, produits laitiers, viande, poisson, céréales) et augmenter les aliments caloriques (lardons, crème, fromage à 50 %)	Favoriser le petit déjeuner	Favoriser purée/riz et boisson à base de cola	
	Faire de l'activité physique augmente l'appétit		Pour les CNO, ça dépend de la situation nutritionnelle propre à chacun
	Ne pas manger seul favorise l'appétit et la prise alimentaire	Manger lentement	

Ces mesures ont bien évidemment l'objectif de lutter contre la dénutrition, véritable fléau en onco-gériatrie et même en oncologie générale... Tous cancers confondus, la dénutrition touche environ 40 % des patients. Elle va plus vite chez le sujet âgé et elle est beaucoup plus délétère que chez le sujet jeune.

C'est un motif d'arrêt des traitements.

Le sujet âgé est parfois isolé et l'aidant principal est alors primordial.

Les effets indésirables des traitements perturbent le plaisir et l'envie de se nourrir : nausées/vomissements, agueusie, goût métallique (viande rouge), aphtes/mucite, sécheresse buccale, diarrhée/constipation. Il existe également d'autres causes qui perturbent le plaisir et l'envie de se nourrir : la dépression à l'annonce initiale de la maladie ou à la progression, une fatigue intense, des douleurs entraînant une diminution de l'activité physique.

Il est fondamental de ne pas culpabiliser les patients qui ne réussissent pas à reprendre du poids malgré leurs efforts. Ces derniers expriment le ressenti d'une pression / maladresse sociale « *il faut que tu manges !* » « *Ce n'est pas en mangeant aussi peu que tu vas guérir* ».

Pour les aider, on peut leur donner quelques astuces et parades pour contrer ces facteurs « perturbateurs de plaisir » :

- ➔ Augmenter la production de salive : sucer glaçons ou bonbons, mâcher du chewing-gum.
- ➔ Manger tout froid en cas d'aphtes.
- ➔ Fractionner l'alimentation et grignoter toutes les 2 heures.
- ➔ Cuisiner plusieurs repas les jours sans nausées et les congeler pour les jours avec nausées.
- ➔ Favoriser des moments de convivialité avec maintien d'un lien social : se mettre à table, importance des couleurs dans l'assiette et de la présentation, ne pas manger seul.
- ➔ Ne pas hésiter à se faire aider quand cela est possible : solliciter l'entourage pour faire les courses et préparer les repas.
- ➔ Déculpabiliser : ne pas se priver, ne pas se restreindre.

La malbouffe dans les hôpitaux n'est pas une fatalité comme en témoigne la collaboration entre le chef Têtedoie et le Centre de Lutte Contre le Cancer Léon Bérard. Depuis 4 ans, leur travail consiste en : une révision de la grille des menus, des interviews de patientes avec cancer du sein pour être au plus près de leurs besoins, la création d'atelier de cuisine pour expliquer comment adapter l'alimentation à la maison (1 recette déclinée en 3 versions), la création de bocaux stérilisés pour laisser aux patients le choix de

l'heure du repas en Hôpital De Jour, l'acquisition d'un chariot itinérant réfrigéré. Depuis quelques mois, en Unité de Soins Palliatifs, ils ont pu mettre en place de l'eau gélifiée aromatisée et des mini-plats de 30 grammes pour accompagner les gens jusqu'au bout de leur vie avec une « alimentation plaisir ». La conclusion du chef est de faire de la vraie cuisine, de la cuisine simple / classique / traditionnelle « comme à la maison ».

Chaque personne a un rapport intime avec la nourriture et il faut le conserver.

Il faut dire et répéter à nos patients de se faire confiance pour retrouver le « goût ». Le sens du mot « goût » prend ici toutes ses valeurs : le goût comme le plaisir, l'appétence et l'élan (le goût de vivre) mais aussi dans un certain sens de l'esthétique (avoir bon goût).

Point fort 2 : « Nutrition et alimentation : Partages d'expériences »

Rôle des 5 sens dans le plaisir de manger en onco-gériatrie

Dr Agnès Giboreau, directrice de recherche à l'Institut Paul Bocuse à Lyon.

Le contexte environnemental et social est très important : le lieu (espace/bruit/température), le dressage de la table, le choix de la vaisselle et des couverts et la présentation de la nourriture dans l'assiette (l'audience salivait à la vue d'un poivron farci, même si on n'aime pas le poivron !). Il ne faut pas hésiter à enrichir le goût. Ce dernier fait appel à la gustation mais aussi à l'olfaction et implique les terminaisons nerveuses du nerf trijumeau.

Plus on aime, plus on mange !

Projet CaNuT (Cancer, Nutrition et goût)

Mélanie Roche, chargée d'études cliniques, Hospices Civils de Lyon

Gauthier Wonner, chef de projet Recherche et Développement, Institut Paul Bocuse, Lyon

30 à 50 % des patients sont dénutris et la dénutrition augmente la mortalité, les complications post-opératoires, les toxicités de la chimiothérapie, la durée et la fréquence des hospitalisations.

Ce projet est à destination des patients sous chimiothérapie avec des **perturbations sensorielles** (hypo ou hyper-accentuées) qui **altèrent la qualité de vie alimentaire**.

Ce projet a permis aux chefs de recherche et chefs cuisiniers de trouver des solutions culinaires adaptées aux spécificités sensorielles liées à l'âge ou au cancer. Trois profils sont disponibles : **norme-sensible** (recette référence) ; **hypersensible** (recette adoucie) ; **hyposensible** (recette accentuée) + **dénutrition** (recette enrichie). À vos agendas : le guide CaNuT sortira à l'Automne 2023 !

Voici un exemple d'entrée une « Salade au céleri et à l'orange ».

Ingrédients

1 salade de saison
1/4 de céleri rave
2 oranges
120g de crème fraîche*
1 c. à c. de vinaigre de cidre
2 c. à c. d'huile de noix
1 c. à c. de graines de pavot
1 pincée de sel
1 pincée de poivre
*Version allégée : remplacer par du yaourt nature

Étapes de la recette

- 1) Laver la salade. Éplucher et tailler le céleri en fines tranches. Éplucher les oranges et tailler la chair en cubes.
- 2) Dans un bol, mélanger la crème, le vinaigre, l'huile de noix, les graines de pavot, le sel et le poivre.
- 3) Assaisonner la salade avec cette vinaigrette.

Recette enrichie

- Ajouter des dés de comtés
- Ajouter un œuf mollet
- Ajouter 2 c. à c. de mayonnaise dans la vinaigrette

Recette accentuée

- Ajouter 1 c. à c. de miel dans la vinaigrette
- Ajouter des cerneaux de noix
- Ajouter une pincée de cumin

Recette adoucie

- Remplacer l'huile de noix par de l'huile de colza
- Remplacer le vinaigre de cidre par du jus d'orange
- Cuire le céleri tranché pendant 30 secondes dans l'eau bouillante pour l'adoucir
- Privilégier la salade iceberg

Point de vue du médecin nutritionniste

Dr B Raynard, gastro-entérologue, IGR, Villejuif

On se répète mais c'est tellement essentiel : la dénutrition est prépondérante en oncologie : 25 % au diagnostic, 40 % en situation curative, 70 % en situation palliative. Et elle entraîne une augmentation des complications post-opératoires, des toxicités de grade 3 et 4 de la chimiothérapie, des interruptions de traitement et une augmentation de la mortalité globale. La dénutrition est majorée de 10 à 15 % après 70 ans. Heureusement, la dénutrition est réversible grâce à une prise en charge précoce, intensive et multimodale.

Toute perte de poids est délétère : l'objectif principal est de ne pas perdre du poids et donc ne pas perdre de masse musculaire. Il faut convaincre les patients de ne pas faire de régime car il diminue les ingesta calorique et protéique et augmente donc le risque de sarcopénie. La restriction alimentaire induit un risque de carence en micro-nutriment et une lassitude alimentaire. À l'opposé, il faut éviter le forcing alimentaire « il faut manger » : ça ne marche pas chez les enfants, ça ne marche pas davantage chez les patients âgés atteints de cancer. Le forcing aggrave l'absence de plaisir à manger l'aliment et perdure, pouvant même conduire à un dégoût alimentaire à moyen terme.

En conclusion, nous citerons la dernière diapositive de la session qui résume bien les messages clés à retenir :

- La prise en charge diététique et nutritionnelle durant les traitements anti-cancéreux impose un changement de paradigme : STOP aux interdits !
- La prise en compte des croyances et idées reçues est importante !
- Le conseil diététique est individualisé, précoce et régulier.
- La prise en charge nutritionnelles s'intègre dans une logique multimodale.
- La prévention ou la limitation de la sarcopénie en est l'objectif principal.
- La nutrition artificielle est un outil de prise en charge, pas un but en soi !

Nous vous donnons rendez-vous à Marseille en décembre 2023 pour le 19^{ème} congrès de la SoFOG !!!
Venez nombreux !

Gériatriquement vôtre.

Dr Marie VALERO

Co-présidente du groupe « Jeunes » de la Société Française d'Oncogériatrie
Praticien Hospitalier en Gériatrie, Institut du Vieillessement, Hospices Civils de Lyon
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Qui dit nouvelle année dit renouvellement de votre adhésion à l'AJG ! Nous vous rappelons que celle-ci vous offre un accès à GPNV, un tarif réduit pour l'abonnement à la Revue de Gériatrie, l'accès aux bibliographies, aux replays de nos webinaires, des bourses pour certains congrès et la gratuité de l'inscription à la Journée Annuelle des Jeunes Gériatres ! Tout ça pour 30 € !!

Être membre de l'AJG vous permet également de bénéficier d'un tarif préférentiel pour adhérer à la Société Française de Gériatrie et Gérontologie ! Nous pouvons vous parrainer lors de votre candidature à la SFGG.

Webinaires

Les webinaires se poursuivent ! Le dernier, consacré aux différents types d'exercice en gériatrie, a réuni autour de la table deux gériatres libéraux, deux gériatres exerçant en clinique privée, et un praticien hospitalier. Le replay est accessible à tous depuis notre site internet.

Au printemps, le mardi 16 mai à 19h, nous vous donnons rendez-vous pour notre prochain webinaire organisé avec le ReJif (Réseau des Jeunes Infectiologues) sur le thème de l'endocardite infectieuse, les voies d'administration des antibiotiques et les dernières actualités dans le milieu de la vaccination !

Partenariat congrès

Cette année encore, le comité organisationnel du Monaco Age Oncology ouvre la porte aux Jeunes Gériatres ! Une demi-douzaine de membres de l'association assistera gratuitement au congrès et participera aux workshops... Nous laissons un peu de place aux organisateurs du congrès pour les remercier de cette opportunité faites aux jeunes gériatres intéressés par l'oncologie !



Monaco Age Oncology
23-24 mars 2023
Cours Francophone d'Oncogériatrie
Sous le Haut Patronage de S.A.S. Le Prince Albert II de Monaco
MONTE CARLO CONGRESS CENTRE
12 Avenue des Spélugues - 98000 Monaco

LES THÉMATIQUES PRINCIPALES

- Les nouveaux anticorps conjugués : des armes thérapeutiques utiles pour les personnes âgées ?
- Pharmacocinétique appliquée : la saga des platines
- Activité physique adaptée : mythe ou réalité ?
- Immunothérapies : entre les nouveautés et la vraie vie
- Chemo-fog : sommes-nous dans le brouillard ?
- Cancer et démence : jusqu'où traiter trop loin ?

COMITÉ ORGANISATEUR

- G. Freyer (Président Lyon)
- R. Boulahssass (Nice)
- E. Carola (Genève)
- G. Garnier (Monaco)
- O. Guérin (Nice)
- X. Pivot (Strasbourg)

INSCRIPTIONS ET INFORMATIONS
Secrétariat Scientifique et Organisateur
PUBLI CREATIONS SAM - LENA GROUP
74 bd d'Italie - 98000 Monaco
Tel : +377 97 97 35 55
Email : mao@publicreations.com

Part of
PC
PUBLI CREATIONS

LENA GROUP
Your business partner

@MonacoCancero
Monaco Age Oncology | Twitter

MonacoCancero
MonacoCancero | LinkedIn

www.mao-monaco.org/2023

Côté militant...

Notre présidente Fanny DURIG a été sollicitée pour l'édito de la revue NPG (Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie) en décembre dernier et a défendu haut et fort les couleurs de notre spécialité.

La revue nous a autorisé à publier cet édito, disponible sur notre site internet !

Côté associatif...

La prochaine JAJG se tiendra à Nantes, le 9 juin prochain ! Nous vous y attendons nombreux ! Si la journée est organisée par l'AJG, elle est ouverte à toutes les personnes intéressées par la gériatrie !

Trois thèmes seront mis à l'honneur : la cardiogériatrie, l'oncogériatrie et la confusion. L'appel à communication vient de démarrer !

Les informations pour l'inscription seront prochainement publiées sur notre site (www.assojeunesgeriatres.com). La journée est gratuite pour les adhérents et une participation est demandée pour les non-adhérents pour couvrir les frais de traiteurs notamment.

Nous profiterons de cette occasion pour vous dévoiler le projet mené par l'asso depuis près de 2 ans, consacré à la promotion de la spécialité via la bande dessinée ! À cette occasion, une rencontre avec les artistes et professionnels de The InkLink avec qui nous avons collaboré sera organisée en fin de journée.

En marge de la JAJG, nous procéderons également à l'Assemblée Générale de l'AJG. À cette occasion, le conseil d'administration se renouvellera partiellement : nous n'attendons que vous ! Vous êtes jeune, dynamique, avez envie de rencontrer des gériatres de toute la France, d'échanger sur vos pratiques, de participer à promouvoir la gériatrie et de rigoler : Candidatez !! Toutes les infos vous parviendront en temps voulu.

Comme on le disait dans nos vœux aux adhérents...

**En 2023,
l'AJG vous
ouvre les
bras !**



Le corner jeunes aux JASFGG : ANAIG - EAMA et AJG.

Le bureau de l'AJG

3^{ème} JOURNÉE ANNUELLE DES JEUNES GÉRIATRES

Programme provisoire

- | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 9h-9h15 : | ALLOCUTIONS DE BIENVENUE | 12h45-13h45 : | PAUSE DEJEUNER |
| 9h15-10h45 : | SESSION ONCO-GÉRIATRIE | 13h45-14h30 : | ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'AJG |
| ○ L'évaluation gériatrique standardisée en onco-gériatrie
<i>Pr Laure de DECKER (Nantes)</i> | | 14h30-16h : | SESSION CONFUSION |
| ○ Dénutrition en onco-gériatrie
<i>Dr Evelyne LIUU (Poitiers)</i> | | ○ Le dépistage de la confusion
<i>Dr Antoine GARNIER-CRUSSARD (Lyon)</i> | |
| ○ Communication orale d'une jeune gériatre | | ○ La prise en charge thérapeutique de la confusion
<i>Dr Guillaume CHAPELET (Nantes)</i> | |
| 10h45-11h15 : | PAUSE CAFE – EXPOSITION BD | ○ Communication orale d'une jeune gériatre | |
| 11h15-12h45 : | SESSION CARDIO-GÉRIATRIE | 16h-16h30 : PAUSE GOUTER | |
| ○ Parcours de soin et réadaptation dans l'insuffisance cardiaque
<i>Dr Anne-Sophie BOURREAU (Nantes)</i> | | 16h30-17h30 : CONFÉRENCE : « Élémentaire, mon cher gériatre » - regards croisés autour de la bande dessinée et la promotion de la gériatrie | |
| ○ Mise au point sur les traitements de l'insuffisance cardiaque
<i>Dr Eleonore HEBBAR (Lille)</i> | | – Remise du cadeau de l'AJG aux participants de la journée | |
| ○ Communication orale d'une jeune gériatre | | | |

La journée sera suivie d'une soirée conviviale à Nantes

* L'annonce de l'assemblée générale ne vaut pas convocation, celle-ci est adressée personnellement à l'adhérent.

LES PREMIÈRES RECOMMANDATIONS MONDIALES QUANT À LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES CHEZ LES SUJETS ÂGÉS : QU'EN RETENIR ?

Introduction

Du fait de leur prévalence et leur gravité potentielle, vous le savez, les chutes représentent un enjeu de santé publique prioritaire chez le sujet âgé. Elles ont d'ailleurs fait l'objet de multiples recommandations nationales, dans différents pays par différentes sociétés savantes. Je citerai en particulier ici les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en France qui portent plus précisément sur les chutes répétées (1).

Cependant, dans leur revue systématique préliminaire à ce travail, les auteurs identifient un certain nombre d'écueils justifiant dès lors de nouvelles recommandations (2). Ce fut donc chose faite avec une annonce en bonne et due forme au dernier congrès de l'European Geriatrics Medicine Society en septembre 2022 parallèlement à sa publication dans *Age & Ageing* (3).

Ce document très riche présente pas moins de 53 recommandations. Par souci de clarté, ne seront pas présentées ici les recommandations quant aux chutes en milieu hospitalier, en EHPAD ainsi que dans les populations spécifiques (maladie de Parkinson, AVC, troubles cognitifs, fracture de hanche) et dans les pays à moindres revenus.

Groupe & méthode de travail

Un groupe de travail - constitué de 96 experts issus de 39 pays différents à travers 5 continents - a travaillé à la rédaction de ces recommandations, sur base d'une méthode DELPHI en 4 étapes. Parmi eux, on notera un Français : le Pr Hubert Blain à Montpellier. Chaque recommandation a été évaluée grâce au système GRADE (Grading of Recommendations, Assessment and Evaluation) en fonction de sa force et de son niveau de preuve (Tableau 1).

Force	1	Forte
	2	Faible
Niveau de preuve	A	Élevé
	B	Intermédiaire
	C	Bas
Pas de preuve évidente	E	Recommandations d'experts

Tableau 1. Niveaux de qualité dans le système GRADE

Contenu

Stratification du risque de chute

Il est recommandé une **recherche d'antécédents de chute à chaque contact** avec les personnes âgées (GRADE 1A). Si tel est le cas, une évaluation objective de la marche et de l'équilibre est proposée afin de stratifier le risque de chute comme faible, intermédiaire ou élevé. Également, chaque patient qui sollicite un soignant pour chute ou traumatisme associé doit bénéficier de cette même évaluation (Figure 1). La stratification du risque de chute se base sur la mesure de la **vitesse de marche** ($< 0,8$ m/s) (GRADE 1A) ou sinon du **Timed Up and Go (TUG) Test** (> 15 secondes) (GRADE 1B) ; mais aussi sur base **d'antécédents de chute grave**.

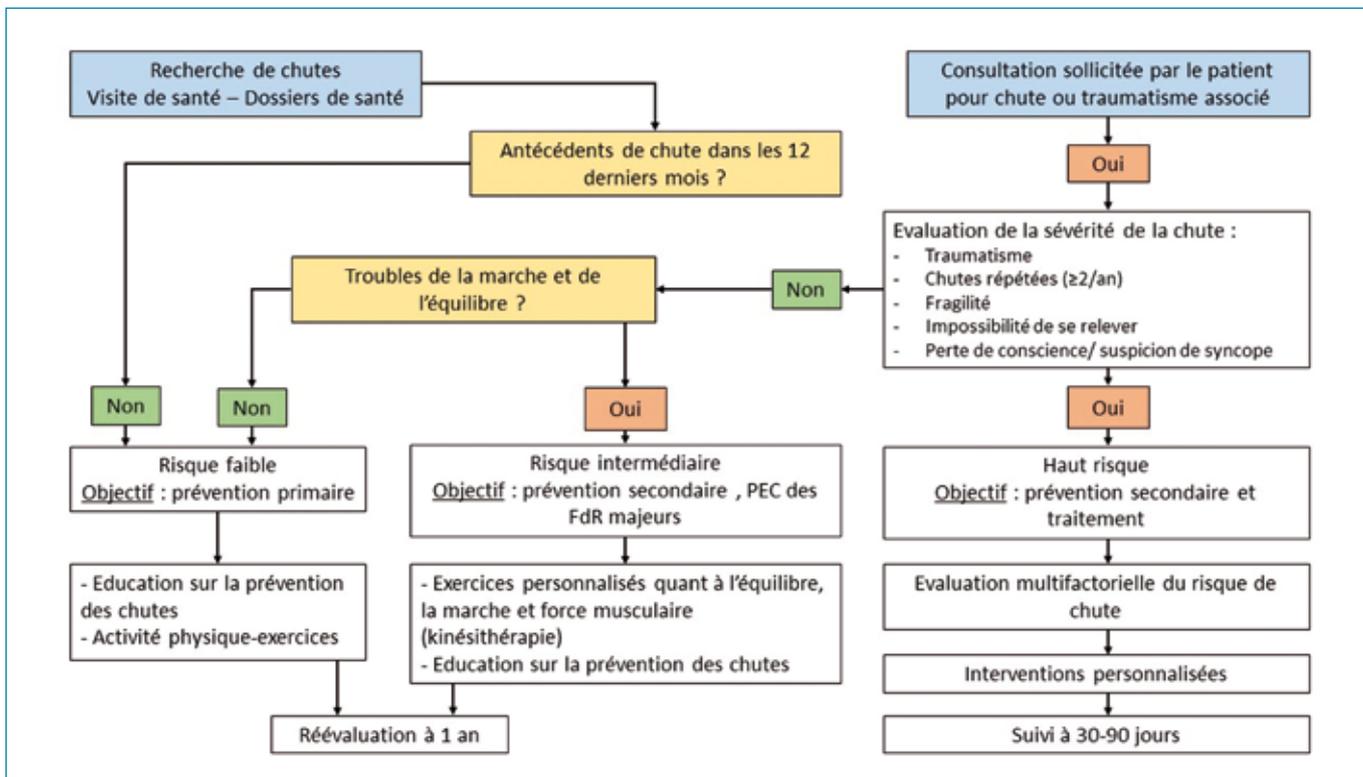


Figure 1. Algorithme d'évaluation et prise en charge du risque de chute chez le sujet âgé (3)
(Traduction par l'auteure)

Évaluation

Comme précisé dans l'algorithme, une **évaluation multifactorielle du risque de chute** doit être proposée aux sujets âgés à haut risque de chute (GRADE 1B). Son contenu est proposé comme suit :

- **Mobilité** (1B) : Équilibre (station en tandem, station unipodale), marche (analyse qualitative et quantitative via le test de Tinetti, l'usage de double tâche, TUG, Get Up and Go test), force musculaire, aide technique, malformation des pieds et du chaussage, peur de chuter.
- **Sensorialité** (E) : Vertiges, vision, audition.
- **Habiletés fonctionnelles** : IADL, ADL.
- **Cognition** : Dépistage de troubles cognitifs (1B), notamment dysexécutifs (les auteurs donnent l'exemple de la MoCA, du test de l'horloge, du TMT-B) ; dépistage du syndrome confusionnel et de troubles du comportement.
- **Système neurovégétatif** : Recherche d'hypotension orthostatique, d'une incontinence urinaire (E).
- **Co-morbidités** :
 - Cardiovasculaires (CV) : Recherche de symptômes évocateurs, d'antécédents cardiovasculaires et des facteurs de risque, ECG (1B).
 - Maladie de Parkinson (2B).
 - Dépression (E) : Dépistage d'une dépression à l'aide d'au minimum 2 échelles.
 - Autres pathologies contributives : évaluation exhaustive anamnестique, clinique et paraclinique.

- **Médication** : Enquête médicamenteuse détaillée à la recherche des médicaments à risque de chute (1B),
- **Nutrition (E)** : Dépistage d'une dénutrition et d'une sarcopénie, d'une consommation éthylique chronique, recherche de carences vitaminiques B9, B12, B1 et - chez les patients non institutionnalisés seulement - la vitamine D.
- **Préoccupations des patients au sujet des chutes (1B)**, dont évaluation de la peur de chuter via une échelle dédiée (1A).
- **Environnement (1B)** : Recommandations d'outils dédiés pour l'évaluation environnementale, tels que *Westmead Home Safety* ou la *Falls Behavioural Scale for the Older person*.

Prise en charge et interventions

Dans cette partie, seules les recommandations fortes (GRADE 1) seront abordées. Les auteurs ont présenté différentes stratégies de prise en charge en fonction du lieu de vie et du risque de chute.

- **Interventions multimodales** chez les adultes âgés en communauté et à haut risque de chute : il est recommandé de mettre en place un plan de prise en charge personnalisé et centré sur le patient (1B) et impliquant également leurs aidants (1C). Les interventions multimodales doivent s'appuyer sur les éléments identifiés dans l'évaluation multifactorielle du patient (1B).
- **Contenu des interventions :**
 - **Exercice et activité physique** via des programmes dédiés (1A) et si possible, des exercices de Tai Chi ou autre entraînement en résistance (1B).
 - **Conciliation médicamenteuse** et déprescription des médicaments à risque de chute (1B).
 - Prise en charge de **l'hypotension orthostatique** (1A).
 - Modification de **l'environnement** au sein du domicile du patient (1B).
 - Exercice, thérapie cognitivo-comportementale et/ou ergothérapie pour **réduire les préoccupations** au sujet des chutes chez les sujets âgés en communauté (1B).

Conclusion

Comme précisé, ce sont donc les premières recommandations mondiales quant aux chutes chez le sujet âgé. C'était déjà le cas dans les recommandations américaines, mais la stratification de l'évaluation et de la prise en charge préventive des chutes est une nouveauté utile à la pratique clinique. Dans son contenu, en revanche, pas de grand scoop. On retiendra toutefois l'absence d'indication à doser le taux sérique de vitamine D chez les sujets institutionnalisés, au profit d'une supplémentation systématique.

En France, ces recommandations arrivent la même année que la mise en place du plan anti-chutes porté par le gouvernement. Espérons que tout cela amène à une réduction de l'incidence des chutes chez le sujet âgé !

Dr Victoire LEROY
Praticien Hospitalier Universitaire - CHU de Tours
victoire.leroy@univ-tours.fr
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. HAS. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Argumentaire. 2009.
2. Montero-Odasso MM, Kamkar N, Pieruccini-Faria F, Osman A, Sarquis-Adamson Y, Close J, et al. Evaluation of Clinical Practice Guidelines on Fall Prevention and Management for Older Adults. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2021 Dec 15 [cited 2022 Apr 12];4(12):e2138911. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8674747/>
3. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing*. 2022 Sep 2;51(9):afac205.



CAS D'UNE GOUTTE... HISTORIQUE !

Le cas clinique...

L'histoire parle de Monsieur G. 88 ans, qui consulte aux urgences sur un tableau d'asthénie majeure associée à une aggravation de ses troubles de la marche et de ses douleurs des membres inférieurs. Il présente également une infection à SARS-CoV2 asymptomatique depuis 2 jours. Les explorations réalisées aux urgences retrouvent une insuffisance rénale aiguë. Il est hospitalisé en Court Séjour Gériatrique (CSG) dans ce contexte.

Ce patient a pour principales pathologies en cours :

- **Dyslipidémie** sous Statine ;
- **Arythmie complète par fibrillation atriale** sous Apixaban ;
- **Insuffisance cardiaque** à fraction d'éjection altérée d'origine hypertensive et post-ischémique sous Bisoprolol, Eplérenone, Périndopril et Furosémide ;
- **Bloc de conduction** ayant nécessité la pose d'un **pacemaker** ;
- **Anévrisme de l'aorte abdominale** sous-rénale (stable) ;
- **Bronchopneumopathie chronique obstructive** ;
- **Trouble anxieux généralisé avec épisodes dépressifs** sous Oxazepam, Lorazepam, Paroxetine.

Il vit à domicile avec son épouse et est aidé dans la vie quotidienne par un cabinet infirmier et des auxiliaires de vie pour la gestion de ses médicaments, sa toilette, ses repas et le ménage. Il marche peu dans son domicile et est surtout clinophile. Il n'y a pas de trouble cognitif connu.

L'examen clinique d'entrée en CSG ne retrouve pas de signes symptomatiques de la COVID, pas de signes de décompensation de ses pathologies cardiovasculaires. Son insuffisance rénale aiguë se corrige rapidement après l'hydratation.

Mais l'examen clinique retrouve ceci...



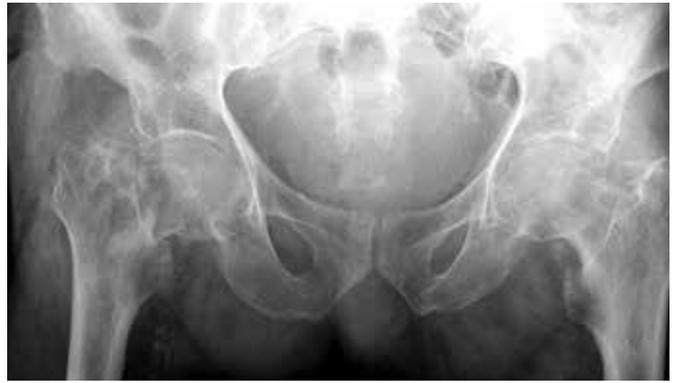
Le patient présente des dépôts articulaires et extra-articulaires appelés « tophi goutteux », multiples ! Ces lésions évoluent depuis 2 ans environ, sont très douloureuses et responsables d'une grabatisation progressive.

Le bilan biologique réalisé en CSG retrouve un acide urique > 800 μ mol/L et un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 232 mg/L.

Le rhumatologue contacté confirme le diagnostic de **Goutte tophacée sévère historique avec arthropathies multiples (rachis + mains + hanche) associée à une poussée de goutte.**

Le traitement de la crise est introduit avec de la Colchicine 0,5 mg par jour associé à une corticothérapie à 10mg par jour. Un traitement hypouricémiant au long cours est indiqué avec démarrage de l'Allopurinol à 50mg puis 100mg/J.

Une mutation en rhumatologie est prévue pour réfléchir à des traitements spécifiques, mais le matin de la mutation le patient présente une douleur majeure du membre inférieur droit, un raccourcissement avec une rotation interne associé à un volumineux hématome de la fesse. Tout cela sans chute ni traumatisme rapporté ! Une fracture spontanée de l'extrémité supérieure du fémur est suspectée et confirmée par la radiographie ci-contre...



L'intervention chirurgicale est rapide et la tête fémorale est analysée en anatomo-pathologie. Les résultats concluent : « Bourse trochantérienne : dépôts goutteux sans caractère suspect, Tête fémorale droite : lésions d'arthrite goutteuse avec foyer fracturaire sans structure suspecte de malignité ».



Cette situation clinique nous a permis de réviser la goutte et ses conséquences et nous a questionné sur l'association entre la goutte et l'ostéoporose.

La goutte en bref !

La goutte est une maladie inflammatoire chronique liée à des dépôts d'acide urique dans les tissus. L'acide urique est produit en excès souvent par défaillance de l'uricase, et le rein n'est pas assez efficace pour l'épurer correctement ce qui explique la prévalence particulière de la goutte chez les patients âgés et les insuffisants rénaux. Dans les urines, la concentration élevée en acide urique peut conduire à la formation de cristaux d'acide urique créant des lithiases pouvant entraîner des coliques néphrétiques. Ainsi on retrouve des cristaux d'acide URIQUE dans les urines, des cristaux d'URATE de sodium dans les articulations. La goutte provoque des « crises » inflammatoires à type d'arthropathie microcristalline (= dépôts intra-articulaires de ces cristaux d'urate de sodium) en lien avec une hyperuricémie chronique > 360 μ mol/L. Le critère d'hyperuricémie est nécessaire mais non suffisant, puisque certains patients hyperuricémiques peuvent ne jamais faire de crise de goutte.

Les facteurs de risque d'hyperuricémie sont : l'âge, le sexe masculin, les antécédents familiaux d'hyperuricémie chronique (déficit héréditaire en uricase), l'insuffisance rénale, le syndrome métabolique, les habitudes alimentaires et l'alcool. Dans les habitudes alimentaires, cela concerne les personnes ayant une consommation excessive d'aliments riches en purine (précurseur de l'acide urique) comme les abats, la charcuterie, la viande rouge, certains poissons (harengs, truites, brochets...).

L'hyperuricémie peut être également secondaire à d'autres pathologies comme l'insuffisance rénale chronique, les hémopathies (lyse cellulaire) et la prise de diurétiques. Un traumatisme local ou une intervention chirurgicale peuvent être des facteurs déclencheurs de crise de goutte.

Traitement de la crise de goutte : RETENIR : LE PLUS VITE POSSIBLE !! (1)

Pour traiter une crise de goutte, le patient doit être mis au **repos** avec de la **glace** sur l'articulation touchée. Ne sous-estimez pas la glace qui a un pouvoir antalgique et anti-inflammatoire efficace (2) ! Une **ponction** évacuatrice, en plus de confirmer le diagnostic, peut rapidement soulager le patient et éliminer un diagnostic différentiel (comme l'arthrite septique ou la chondrocalcinose articulaire). Face à un épanchement abondant, **la ponction doit être réalisée le plus souvent possible** sur les articulations comme le coude ou le genou au risque de générer des douleurs chroniques et des raideurs séquellaires.

La **Colchicine** reste le traitement de référence de l'accès goutteux, notamment en cas de contre-indication aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens - ce qui est fréquemment le cas en gériatrie ! - Elle **doit être démarrée le plus précocement possible** avec une posologie adaptée à la fonction rénale du patient.

Selon les recommandations de la Société Française de Rhumatologie (1), chez un sujet « normo-rénal », le traitement consiste en :

- **Une posologie d'attaque avec 1 mg de Colchicine administré immédiatement lors du diagnostic, suivi d'une nouvelle prise de 0,5mg 1 heure plus tard.**
- **Puis une phase d'entretien par 0,5 mg de Colchicine 2 fois par jour tant que la poussée persiste (en général entre 3 et 7 jours selon l'évolution du patient).**

Toute clairance rénale < 30 ml/min, de même qu'une insuffisance hépatique sévère, doit contre-indiquer son utilisation. La HAS a édité des recommandations en 2016 pour le traitement par COLCHICINE (3). Elles rappellent de ne pas prescrire à une dose supérieure à 2mg chez les sujets de plus de 75 ans et chez les sujets présentant un facteur de risque de toxicité. **Le schéma de décroissance anciennement préconisé chez l'adulte jeune (J1 = 3 mg, J2 = 2 mg ; J3 = 2 mg, J4 = 1 mg) n'est plus le protocole à suivre et n'est absolument pas recommandé chez le sujet âgé.**

En cas d'insuffisance rénale modérée, la posologie doit être diminuée à 0,5mg et en cas de survenue d'effets indésirables, d'espacer la posologie à 0,5 mg tous les 2 jours.

Le surdosage en colchicine peut conduire à des effets secondaires graves. **Un des premiers signes de surdosage est la diarrhée !** Il est donc fortement

déconseillé de prescrire un anti-diarrhéique en cas de traitement par colchicine qui risquerait de masquer un surdosage ! En cas de diarrhée, le traitement doit être arrêté ou au minimum diminué de moitié. Un surdosage peut s'avérer très grave chez un patient avec un risque de pancytopenie, d'encéphalopathie, de défaillances multiviscérales rénales, hépatiques ou cardiaques (4).

De plus, il faut bien garder en mémoire que la colchicine est une molécule à marge thérapeutique étroite qui doit être maniée avec beaucoup de précautions en cas de prise concomitante de traitements ayant une action forte ou modérée sur le cytochrome CYP3A4 (clarithromycine, diltiazem, verapamil...) (5).

En cas de contre-indication à la colchicine, un traitement anti-inflammatoire stéroïdien par **corticothérapie** peut être envisagé avec une **infiltration locale** de corticoïdes (sous avis spécialisé), ou à défaut une corticothérapie systémique de courte durée (30-35 mg/j équivalent prednisone durant 3 à 5 jours). Elle est déconseillée en cas de diabète de type 2 ou d'HTA déséquilibrée. En cas d'impossibilité, un traitement par anticorps monoclonal inhibiteur de l'interleukine 1 (canakinumab) peut se discuter avec les spécialistes, en milieu hospitalier uniquement, après avoir traqué la présence d'une infection !

En cas de gouttes récidivantes ou compliquées, le traitement hypouricémiant au long cours (à vie...) est indiqué par Allopurinol à doses **progressives** pour **viser une uricémie inférieure à 360 µmol/L** (ou < 60mg/L). Ce chiffre est important ! Il s'agit du seuil de saturation du plasma en urate de sodium à 35°C. La cristallisation n'est plus possible en-dessous de cette valeur et les cristaux déjà présents peuvent même se dissoudre. À l'introduction d'un traitement hypouricémiant, un traitement par colchicine ou anti-inflammatoire doit être prescrit ! Effectivement, la dissolution des cristaux dans les tissus peut entraîner pendant une période (allant jusqu'à 6 mois) une majoration des événements goutteux. *Attention !! Les hypouricémiants interagissent avec les anti-vitamines K modifiant considérablement l'INR. Une surveillance rapprochée est recommandée !*

Si le patient n'est pas traité par hypouricémiant, le risque pour lui est que les dépôts d'acide urique, initialement intra-tissulaires, s'agglomèrent pour former une sorte de petite pierre ressemblant à de la craie, ce sont **les tophi goutteux** (tophus au singulier) décrits dans ce cas clinique. La multiplication

de ces tophi en pourtour des articulations génèrent de la douleur et des raideurs articulaires, conduisant petit à petit à une restriction d'utilisation des articulations concernées. Les tophi ont des localisations préférentielles : le pourtour des articulations

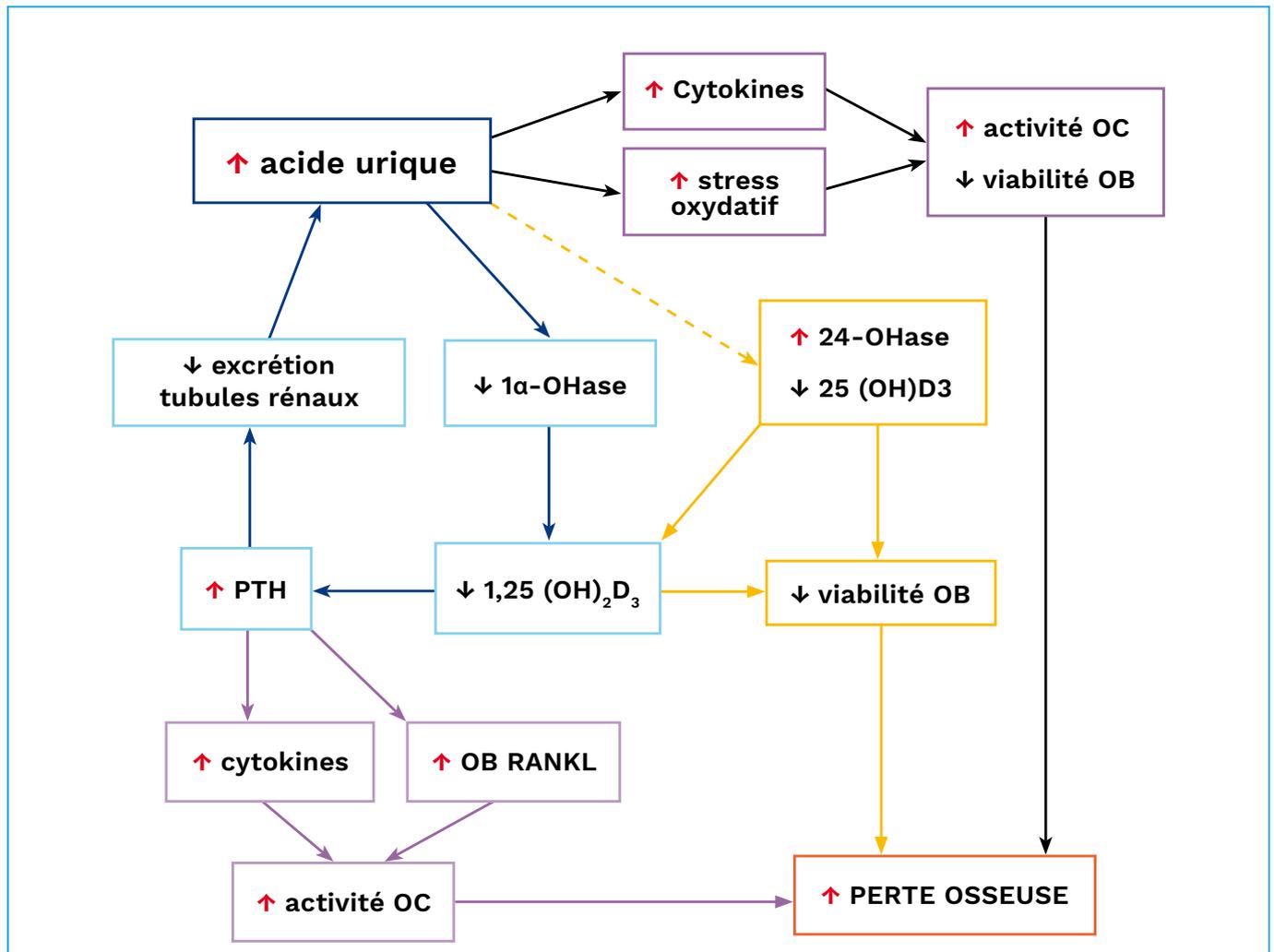
atteintes, mais aussi l'hélix de l'oreille (zone cartilagineuse), les coudes avec une bursite olécrânienne (cf. photo de notre patient), les tendons calcaneus et rotuliens, les articulations interphalangiennes distales ou même la pulpe des doigts chez les patients sous diurétiques.

Les liens entre l'hyperuricémie et/ou la goutte et l'ostéoporose

Dans plusieurs études, notamment asiatiques (6-8), un lien est décrit entre la goutte et l'ostéoporose : la goutte favorise l'ostéoporose avec un facteur de risque oscillant entre 1, 3 et 4 selon les tranches d'âge. Les hommes entre 50 et 70 ans ayant de la goutte sont les plus concernés par la majoration du risque d'ostéoporose. Les explications physiopathologiques (9) schématisées dans la figure 1 lient 2 mécanismes :

- Le rôle inflammatoire de l'acide urique : par la production de cytokines et la création de stress oxydatif, l'activité ostéoclastique est majorée et la production ostéoblastique diminuée, créant une perte osseuse.

- Le métabolisme de la vitamine D : l'acide urique limite la production de vitamine D créant une hyperparathyroïdie, générant elle-même une diminution de l'excrétion dans les tubules rénaux et empêchant la dégradation de l'acide urique. La baisse de la vitamine D a aussi les conséquences que l'on connaît sur le mécanisme osseux.



OC : ostéoclastes ; OB : ostéoblastes, PTH : parathormone, RANKL : Receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand

Figure 1 : Explications physiopathologiques concevables du lien entre hyperuricémie/goutte et perte osseuse

Adapté de l'article Lin et al, *The Paradoxical Role of Uric Acid in Osteoporosis* (9), traduction des auteurs.

Conclusion : une maladie CHRONIQUE à manifestation aiguë !

Au total, il existe un probable lien entre goutte et fracture (données divergentes pour le site fracturaire) et entre la goutte et l'ostéoporose. La goutte ne doit pas être considérée comme une pathologie aiguë mais comme une maladie chronique, à risque d'évolution en l'absence de soins, pouvant conduire jusqu'à la grabatisation. Les comorbidités fréquemment associées doivent être cherchées et les soins axés sur l'amélioration des facteurs de risque cardiovasculaires, l'alimentation, l'information sur la maladie et la reconnaissance des symptômes. Si les traitements hypouricémiants n'ont pas complètement fait preuve d'efficacité dans la réduction des fractures chez les patients gouteux, ils ont fait la preuve de leur efficacité dans la réduction des crises de goutte, ce qui, vu la douleur et la gêne qu'elles entraînent, n'est déjà pas si mal ! La goutte peut se manifester par crises mais reste une **maladie chronique**, qui est encore un bel exemple de soins globaux autour du patient mélangeant **prévention, action et explications** !

Alfred QUILLON

Interne DES de Gériatrie, Lyon

Dr Nathalie JOMARD

Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier des Monts du Lyonnais

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. Latourte A, Pascart T, Flipo RM, Chalès G, Coblenz-Baumann L, Cohen-Solal A, et al. Recommandations 2020 de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la goutte : traitement des crises de goutte. Rev Rhum. 1 oct 2020;87(5):324-31.
2. Guillot X, Tordi N, Laheurte C, Pazart L, Prati C, Saas P, et al. Local ice cryotherapy decreases synovial interleukin 6, interleukin 1 β , vascular endothelial growth factor, prostaglandin-E2, and nuclear factor kappa B p65 in human knee arthritis: a controlled study. Arthritis Res Ther. 30 juill 2019;21(1):180.
3. Haute Autorité de Santé. COLCHICINE OPOCALCIUM 1 mg, comprimé Boite de 20 comprimés (CIP : 362 750-9) [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_400856/fr/colchicine-opocalcium-1-mg-comprime-boite-de-20-comprimes-cip-362-750-9
4. Finkelstein Y, Aks SE, Hutson JR, Juurlink DN, Nguyen P, Dubnov-Raz G, et al. Colchicine poisoning: the dark side of an ancient drug. Clin Toxicol Phila Pa. juin 2010;48(5):407-14.
5. Terkeltaub RA, Furst DE, Digiacinto JL, Kook KA, Davis MW. Novel evidence-based colchicine dose-reduction algorithm to predict and prevent colchicine toxicity in the presence of cytochrome P450 3A4/P-glycoprotein inhibitors. Arthritis Rheum. août 2011;63(8):2226-37.
6. Kim JH, Kim SR, Kang G, Choi IA. Gout as a risk factor for osteoporosis: A Korean population-based study. Medicine (Baltimore). 11 nov 2022;101(45):e31524.
7. Kwon MJ, Park JY, Kim SG, Kim JK, Lim H, Kim JH, et al. Potential Association of Osteoporosis and Not Osteoporotic Fractures in Patients with Gout: A Longitudinal Follow-Up Study. Nutrients. 28 déc 2022;15(1):134.
8. Kok VC, Horng JT, Wang MN, Chen ZY, Kuo JT, Hung GD. Gout as a risk factor for osteoporosis: epidemiologic evidence from a population-based longitudinal study involving 108,060 individuals. Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA. avr 2018;29(4):973-85.
9. Lin KM, Lu CL, Hung KC, Wu PC, Pan CF, Wu CJ, et al. The Paradoxical Role of Uric Acid in Osteoporosis. Nutrients. 5 sept 2019;11(9):2111.

ANNONCES DE RECRUTEMENT

Le Centre Hospitalier de Rambouillet

RECHERCHE

Médecin Coordonnateur/ Médecin traitant

pour son EHPAD Les Patios
d'Angennes.

L'établissement est accessible par
le Transilien et relie la gare
Montparnasse en 35 minutes.



PROFIL REQUIS

- Diplôme d'État de Docteur en médecine, spécialité de gériatrie, DESC ou DES de gériatrie, capacité en gérontologie ou DU médecin coordonnateur.
- Formation aux troubles de la mémoire de la personne âgée (si participation à la consultation mémoire).
- Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins.

PRÉSENTATION DU POSTE

Trois missions sont proposées pour ce poste de PH à temps plein :

- **Médecin Coordonnateur** : organiser et coordonner l'activité des professionnels de santé au sein de l'établissement.
- **Médecin traitant d'une partie des résidents** (2 unités soit 72 résidents) : assurer la prise en charge médicale des résidents de 2 unités sur 5 ; collaboration et remplacements mutuels avec un collègue médecin gériatre à temps plein qui assure la prise en charge des résidents des 3 autres unités et participe à certaines missions de coordination comme les visites de préadmission, l'évaluation GIR et PATHOS ; remplacements mutuels pour assurer une permanence des prises en charge médicales.
- **Consultation d'évaluation gérontologique et consultation mémoire** (sur une plage hebdomadaire). Cette troisième mission est facultative (possibilité de réorganisation).

Lettre de candidature + CV à adresser à :

Madame Florence MARTIN-BEHIER, Chargée des Affaires Médicales,
de la Gouvernance et des Coopérations : f.martinbehier@ch-rambouillet.fr - 01 34 83 78 25



LE CCAS DE CHAMPIGNY-SUR-MARNE RECRUTE UN MÉDECIN COORDONNATEUR

à temps non complet - 14h/semaine H/F pour son EHPAD Joseph Guittard

MISSIONS

Sous la responsabilité de la cheffe de service de l'établissement, vous assurez l'encadrement médical de l'équipe soignante en lien étroit avec le cadre de santé responsable du pôle « soins ». Vous intégrez une équipe pluridisciplinaire à laquelle un psychologue et un responsable du pôle hôtelier viennent en appui. L'EHPAD Joseph Guittard est intégré dans le cadre d'une filière gériatrique en lien étroit avec l'hôpital de proximité. Il est conventionné avec une pharmacie de ville permettant la sécurisation du circuit des médicaments, et avec un laboratoire de ville pour le suivi des résultats des prélèvements.

ACTIVITÉS PRINCIPALES

- Élaborer le projet de soins avec le concours de l'équipe soignante,
- Donner un avis sur les admissions des personnes à accueillir,
- Organiser la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement,
- Évaluer et valider l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins,
- Contribuer, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments,

- Développer le dossier type de soins informatisé (logiciel TITAN),
- Établir un rapport annuel d'activité médicale,
- Participer à la mise en œuvre des conventions avec les établissements de santé,
- Collaborer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques,
- Réaliser des prescriptions médicales pour les résidents, en cas de situations d'urgence.

PROFIL DU CANDIDAT

- Être inscrit à l'Ordre des Médecins indispensable.
- Expérience en gériatrie souhaitée.
- DESC (Diplôme d'études supérieures complémentaires) de gériatrie appréciée.
- Capacité à travailler en équipe et à construire un réseau.



Adressez dès maintenant votre candidature à l'attention de **Monsieur Le Maire**,
à l'adresse suivante : service.recrutement@mairie-champigny94.fr sous la référence CP/MEDCO/CCAS/03/23.



Le Centre Hospitalier des 4 Villes (Saint-Cloud, Sèvres, Hauts-de-Seine) ayant ouvert une unité de médecine gériatrique aiguë de 27 lits (en plus de son UGA de 22 lits) recherche

UN PRATICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN, GÉRIATRE

Le CHAV dispose d'une filière gériatrique complète avec UGA, SSR gériatrique, USLD, EHPAD, consultations mémoires, accueil de jour.
Inscription à l'Ordre indispensable.

**Contactez le Dr Cécile CHARPENTIER,
Cheffe de Pôle, avec CV et lettre de motivation
c.charpentier@ch4v.fr**



LE CENTRE HOSPITALIER STELL

Situé à Rueil-Malmaison (92)

Les postes sont
à pourvoir à compter du
1^{er} avril 2023.

RECRUTE



■ UN POSTE DE GÉRIATRE EN SSRG

Temps plein

Chef de service : Dr Ayce NARS

Le service de SSRG dispose de 48 lits d'hospitalisation complète et de 6 places d'hôpital de jour. L'équipe est composée de cinq praticiens.

L'équipe paramédicale est composée d'un cadre de santé, des IDE, des AS, deux secrétaires, des kinésithérapeutes, d'un temps de diététicienne, de deux psychologues, d'une orthophoniste, d'une ergothérapeute et d'un mi-temps de psychomotricienne.

Horaires de travail : Du lundi au vendredi en journée complète. Les médecins de l'équipe assurent à tour de rôle les contres visites du samedi (8h30-13h00).

Inscription à l'Ordre exigée.

■ UN POSTE DE GÉRIATRE EN UNITÉ DE GÉRIATRIE AIGUË

Temps plein

Chef de service : Dr Sylvie GALOPIN

Le praticien intégrera une équipe médicale de 3 autres PH temps plein et un interne. Le service est composé de trois secteurs de 10 lits chacun.

Le PH s'intègre dans le service en assurant une garde le samedi et le dimanche matin (en moyenne 1/mois), pas de gardes sur place de nuit.

Les candidatures peuvent être transmises à drh@ch-rueil.fr






LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL D'ESPALION pour son EHPAD de 150 lits et LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-GENIEZ D'OLT pour son EHPAD de 124 lits RECHERCHENT **Médecins Coordonnateurs**

Missions principales :
Coordonner la politique d'admission des résidents et donner un avis sur les admissions au sein de l'EHPAD de l'hôpital.
Évaluer et valider l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis.
Contribuer auprès des professionnels de santé, à la bonne adaptation des prescriptions de médicaments et des produits et prestations.
En cas de situation d'urgence ou de risques vitaux, réaliser des prescriptions médicales pour les résidents de l'EHPAD.

Modalités de recrutement :
Postes à pourvoir à temps plein, possibilité de temps partiel 80% et 50%. Contrat de praticien contractuel avec évolution possible vers un poste de PH.

Diplômes et formations :
Être titulaire d'un diplôme de Docteur en Médecine Générale ou Gériatrie délivré par un pays de l'Union Européenne.

CANDIDATURES À ADRESSER À
M. Darin-Bertrand, Directeur Délégué - jean-philippe.darin-bertrand@ght-rouergue.fr



**LES EHPAD & SSIAD
LES RÉSIDENCES
DU VAL D'ADOUR**

FONCTION
Médecin Généraliste / Gériatre, sous statut de médecin salarié.
Grade : Praticien Hospitalier, Praticien contractuel.
Temps consacré à la fonction : temps plein ou modulable de 0.5 à 1 ETP. En CDI.
Salaire : à négocier selon les grilles indiciaires de la FPH.
Disponibilité : le poste est à pourvoir dès que possible.

MISSIONS GÉNÉRALES

- Assurer un suivi médical (évaluation clinique, prescrire les traitements et actes nécessaires, encadrer, transmettre) en respectant les recommandations,
- Élaborer le projet de soins des résidents en collaboration avec le médecin coordonnateur et les équipes soignantes,
- Garantir l'information et les relations avec les familles sur le plan médical et avec l'équipe soignante,
- Collaborer avec les différents acteurs pour garantir la qualité des soins et de l'accompagnement.

**RECHERCHENT UN MÉDECIN
GÉNÉRALISTE/GÉRIATRE**

PROFIL REQUIS

- Médecin généraliste ou titulaire de la capacité de gériatrie ou DU de gérontologie.
- Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins.

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT
L'EHPAD Les Résidences du Val d'Adour est un établissement Médico-Social Public et autonome de 291 lits et places répartis sur 2 sites distants de 16 km.
Ils sont implantés sur le Val d'Adour comme suit :

- Résidence l'Émeraude de Maubourguet (65700) : 82 lits et places d'EHPAD.
- Résidence Curie-Sembres de Rabastens-de-Bigorre (65140) : 139 places d'EHPAD, 10 places d'accueil de jour, 60 places de SSIAD.

Chaque structure dispose d'une unité protégée de 14 places et d'un PASA.
Le site de Rabastens-de-Bigorre dispose d'un service d'accueil de jour de 10 places.



Les candidatures (lettre de candidature + CV et copie des diplômes) sont à adresser à :
M. Denis DE VOS - Directeur
Email : denis.de-vos@lrva.fr
Tél. : **05 62 96 62 78 / 06 26 89 58 18**
Les Résidences du Val d'Adour
15, rue des Bourdalats, 65140 Rabastens-de-Bigorre

Les Cliniques Médicales et de Réadaptation du Nord Dijonnais recherchent

+ MÉDECINS

PROFIL

MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU GÉRIATRE - H/F

Poste CDI - temps complet ou temps partiel (de 0,8 à 1 ETP).
Date de prise de fonction souhaitée : avril 2023.
Diplôme français ou européen, expérience en gérontopsychiatrie souhaitable.



ÉTABLISSEMENTS

Les Cliniques de Réadaptation du Nord Dijonnais sont composées de deux centres de Soins Médicaux et de Réadaptation situés dans l'agglomération nord dijonnaise.

Le SMR Jouvence Réadaptation situé à Messigny-et-Vaptoux est un centre de Soins Médicaux et de Réadaptation de 60 lits avec la mention complémentaire en gériatrie et en onco-gériatrie. L'équipe médicale est composée de 4 médecins. Le Centre de Convalescence Gériatrique de Fontaine situé à Fontaine-lès-Dijon est un centre de Soins Médicaux et de Réadaptation de 90 lits dont 82 lits avec la mention complémentaire en gériatrie pour 82 lits et 8 lits EVC-EPR. L'équipe médicale est composée de 5 médecins et deux internes.

MISSIONS

- Définir les conditions d'admission en collaborations avec ses confrères et étudier les demandes.
 - Accueillir les patients entrant et élaborer le projet thérapeutique collaboration avec l'équipe médicale et paramédicale.
 - Piloter et superviser la prise en charge des patients durant leur séjour.
 - Assurer le lien avec les familles durant le séjour.
 - Conseiller et orienter les patients lors de la sortie.
 - Participer à la structuration et au développement du projet médical de l'établissement.
- L'astreinte est commune aux deux établissements et réalisée par l'ensemble de l'équipe médicale.



RENSEIGNEMENTS ET CANDIDATURE À ADRESSER À :
Dr. Bertrand Perrin (06 47 47 64 42 / bperrin@ccgf.fr)



LA FONDATION GEORGES COULON,

établissement privé solidaire adhérent à la FEHAP, intervient dans deux grands domaines de la santé publique : Le sanitaire et le médico-social. Elle regroupe 6 structures en Sarthe qui comptent plus de 700 lits et places, et près de 500 salariés.



RENSEIGNEMENTS

Auprès de la DRH : recrutements@fondation-gcoulon.fr

www.fondation-gcoulon.fr

Bon vivre en Sarthe, cadre de vie optimal à moins d'1 heure de Paris en TGV.
Facilité d'aide au logement dans le cadre d'un déménagement.

Elle souhaite renforcer son équipe médicale sur ses deux sites sanitaires :

● Un poste de **médecin généraliste ou gériatre en SSR** sur le **SITE DU MANS**

● 2 postes de **médecin généraliste ou gériatre** sur le **SITE DU GRAND-LUCÉ**

Cet établissement est reconnu hôpital de proximité et travaille en partenariat avec les établissements médico-sociaux du territoire ainsi que les professionnels libéraux. Il intègre des cabinets de médecins libéraux au sein de sa structure. L'un des postes à pourvoir propose une activité de médecin généraliste partagée entre une activité libérale et un temps partagé sur l'activité de médecine.



Site du Mans



Site du Grand-Lucé, 30 minutes du Mans



LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTÉLIMAR,

établissement de référence du « Groupement Hospitalier des Portes de Provence ».

RECHERCHE

2 GÉRIATRES À TEMPS PLEIN

pour compléter l'équipe actuelle de 8 praticiens.

- ▶ 1 poste sur le Court Séjour Gériatrique pour 10 lits.
- ▶ 1 poste en SSR pour 10 lits de soins de suite et réadaptation gériatrique / polyvalent et 10 lits Unité Cognitive Comportementale.



CONTACT

Dr LAFENETRE Annie, Référente recrutement médical du Pôle Gériatrie
☎ 04 75 53 22 56 ✉ annie.lafenetre@gh-portesdeprovence.fr
Mme MAGNETTE Sandrine, AAH-DAM
☎ 04 75 53 41 29 ✉ sandrine.magnette@gh-portesdeprovence.fr

Candidature (CV + lettre de motivation) à envoyer à :
✉ secretariat.dam@gh-portesdeprovence.fr



Polyvalence souhaitée dans le cadre d'astreintes sur l'ensemble de la filière gériatrique qui comporte :

- 30 lits de Court Séjour Gériatrique,
- 46 lits de soins de suite dont 10 d'UCC (Unité cognitive-comportementale) et 6 EVC,
- 40 lits d'USLD,
- 114 lits d'EHPAD (dont 10 d'Unité Sécurisée) répartis sur 2 sites,
- Équipes mobiles de Gériatrie Intra et Extra Hospitalière,
- Des consultations (mémoire, gériatrique et onco-gériatrique).

Compétences gériatriques souhaitées : Capacité de gériatrie, DESC ou qualification ordinaire voire Médecine Générale.

Les bâtiments de Gériatrie de « Roche-Colombe » sont récents, climatisés et agréables, en proximité du plateau technique.

Le GHPP fait partie du tout nouveau GHT Drôme-Ardèche-Vercors dont l'établissement support est le Centre Hospitalier de VALENCE avec de nombreuses possibilités d'activité partagée ou en filière. C'est un établissement de moyenne importance à taille humaine et de qualité constitué de :

- 730 lits MCO et EHPAD,
- 8 salles de bloc opératoire,
- 1 service de Réanimation + de Soins Continus (18 lits),
- 1 service d'Urgences (50 000 passages par an),
- 1 service de Maternité,
- Toutes spécialités médicales et médico-chirurgicales,
- Un plateau technique complet comprenant un laboratoire, une pharmacie centrale et un grand service de radiologie : 2 IRM polyvalentes dont 1 3-Tesla, 3 scanners, 3 salles d'échographie, des salles de radiologie conventionnelle.

Un projet ambitieux avec un nouveau Schéma Directeur Immobilier doit permettre une restructuration architecturale complète dès les prochaines années.

Montélimar est une ville de 40 000 habitants en progression constante située en Drôme Provençale, aux portes de l'Ardèche. Ce sont deux départements touristiques avec un patrimoine et une culture riches (nombreux festivals estivaux, villages de caractère, gastronomie) de nombreux attraits géographiques (Vercors, Gorges de l'Ardèche) et une belle activité sportive (VTT, trail, canyoning, ski de fond, escalade, randonnée). Idéalement située et desservie (TGV, autoroute), à proximité et égale distance (environ 1 h 30 en voiture) des grandes métropoles (Lyon, Marseille, Grenoble, Montpellier).

Ce poste est à pourvoir par mutation ou contrat.

Toute candidature sera étudiée. Temps de travail négociable, activité libérale possible, formations continues encouragées et soutenues, possibilité de participer à des travaux de recherche, facilités de logement et aide à l'installation.

<https://youtu.be/kAIRqq5JKmw>



Ramsay Santé
Hôpital privé de la Loire

L'HÔPITAL PRIVÉ DE LA LOIRE
établissement MCO de 344 lits et places

RECHERCHE

Vous serez amené à travailler en collaboration avec vos confrères intervenants sur les filières suivantes :

- Médecine post-urgence,
- Court-séjour gériatrique,
- Médecine oncologique.

*Un Médecin Généraliste ou
Un Médecin Gériatre*

H/F
en CDI

Plus précisément, votre mission consistera à prendre en charge des patients hospitalisés suite à leur passage aux urgences. L'objectif sera de déterminer en concertation avec les médecins urgentistes le projet de prise en charge des patients éligibles à une hospitalisation.

Vous travaillerez au sein du service d'hospitalisation de médecine polyvalente, en étroite collaboration avec une équipe pluridisciplinaire : médecins, infirmière coordinatrice, IDE, AS, diététicienne, kinésithérapeute, assistante sociale, psychologue, référent douleur, socio-esthéticienne ou encore stomathérapeute.

Vous serez aussi amené à travailler en réseaux avec les établissements d'aval (SSR, EHPAD, USLD, HAD).

Le service s'appuie aussi sur un plateau technique large (2 IRM, 3 scanners, radiologie conventionnelle, médecine nucléaire, biologie sur site) avec des services hautement spécialisés (12 lits de réanimation, 12 lits d'USC et 8 lits d'USIC) et un grand nombre de médecins spécialistes médicaux et chirurgicaux (neurologie, pneumologie, cardiologie, allergologie, endocrinologie, infectiologie...).

Ce poste est idéalement proposé à temps plein mais peut être ouvert à temps partiel. Il est également possible d'effectuer des périodes de remplacement avant un CDI si vous le souhaitez.

Rémunération et conditions d'exercice attractives !

N'hésitez pas à candidater ou à demander des renseignements complémentaires à l'adresse suivante :
hpl.contact@ramsaygds.fr



Le Centre hospitalier de Sarreguemines recrute pour son site Robert Pax de Sarreguemines et son site Saint-Joseph de Bitche :

2 GÉRIATRES - TEMPS PLEIN

● **HÔPITAL ROBERT PAX DE SARREGUEMINES**

- 26 lits de court séjour gériatrique.
- 6 lits identifiés soins palliatifs (LISP).
- Équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).
- Consultation mémoire et activité d'oncogériatrie.

● **HÔPITAL SAINT-JOSEPH DE BITCHE**

Activités de SSR à orientation gériatrique (32 lits) et d'USLD (30 lits) partagées entre deux praticiens.

Statut de praticien contractuel ou de praticien hospitalier.
Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins indispensable.

Adresser candidature et CV à
Monsieur Jonathan HAAS
Directeur des Affaires médicales, de la recherche et de l'innovation
Tél. : 03 87 27 33 11 (secrétariat)
Email : jonathan.haas@ch-sarreguemines.fr

Situé dans une zone géographique attractive, le CHI de Fréjus Saint-Raphaël accueille les populations de la partie sud du territoire VAR EST : Saint-Raphaël, Fréjus, Roquebrune, Les Adrets, Pays de Fayence.

RENSEIGNEMENTS AUPRÈS DE

Dr Karine PINELLI, Chef de service du Court Séjour gériatrique
karine.pinelli@chi-fsr.fr
Mme Sandrine DE TADDEO, Attachée d'administration hospitalière des Affaires Médicales
detaddeo-s@chi-fsr.fr

Le Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) de FRÉJUS SAINT-RAPHAËL RECRUTE un praticien hospitalier Gériatre

TEMPS PLEIN
avec possibilité de chefferie de service, pour renforcer l'équipe du Court Séjour gériatrique et l'équipe mobile qui comprend déjà 7 ETP pour 60 lits.

Cadre de vie très agréable sur le littoral méditerranéen avec 300 jours d'ensoleillement. Région Estérel méditerranéenne, reconnue pour sa qualité de vie, proche de la montagne à proximité des axes routiers A8 et d'un aéroport international. Activités sportives, culturelles, loisirs bien développés ainsi qu'infrastructures à destination des enfants. Le pôle de gériatrie comporte une filière complète avec Court Séjour, équipe mobile gériatrique intra et extra hospitalière, SSR, USLD, EHPAD, consultations externes et consultation mémoire. Situé au sein d'un hôpital équipé d'un plateau technique polyvalent et proposant une offre de soins techniques et de spécialités de qualité. Possibilité de participer aux consultations externes (polyvalentes, oncogériatrie, consultation mémoire). Participation aux astreintes du pôle de gérontologie. Un recrutement avec rémunération attractive (PHC aîné 2 possible).



CHERCHE

MÉDECIN GÉRIATRE

Pour renforcer une équipe déjà constituée de 2 temps pleins gériatres, 1 médecin attaché gériatre temps plein, 1 médecin généraliste 20% et 1 médecin interniste consultant 40%.

L'hôpital regroupe les activités de MCO et de PSYCHIATRIE (156 lits et 42 places en MCO, 147 lits et 161 places en psychiatrie) 20 000 passages aux urgences par an. Plateau technique complet avec scanner et IRM. Services de spécialités (cardiologie, gastro-entérologie, oncologie, chirurgie orthopédique et viscérale, gynécologie-obstétrique, réanimation, Urgences-Samu-Smur, équipe mobile de gériatrie, consultations mémoire, Équipe territoriale de soins palliatifs).



Le Centre Hospitalier de Digne-les-Bains, station thermale, chef-lieu du département des Alpes-de-Haute-Provence, hôpital support du GHT 04, implanté sur un bassin de 160.000 habitants

◆ **Statut**

Praticien hospitalier, praticien contractuel ou assistant spécialiste - Possibilité d'évolution des contrats en fonction des objectifs des candidats vers statut de PH. Salaire à négocier selon ancienneté - Possibilité de prime multi-sites et de prime d'engagement dans la carrière hospitalière (20 000 Euro). Participation à la PDS de médecine sous forme d'astreintes opérationnelles forfaitisées.

◆ **Activités**

Intra-hospitalière en service de gériatrie aiguë 24 lits agréé pour les internes de spécialité ; hôpital de jour gériatrique 2 lits ; consultations de gériatrie. Possibilité d'activité extra-hospitalière sur un EHPAD 70 lits géré par l'hôpital dans un village à 20 km (activité de médecin coordonnateur, consultations déportées sur le village). Activité (unique ou multiple) à définir en équipe ; hôpital de jour à consolider ; possibilité d'extension de la capacité du service de gériatrie aiguë.

◆ **Conditions**

Pour postuler à cette offre vous devez être titulaire d'un diplôme de médecin et être inscrit à l'Ordre.

◆ **Atouts locaux**

Établissement à taille humaine, dans un cadre verdoyant, ensoleillement maximum et pureté de l'air, à 1 h d'Aix-en-Provence, 1h30 de Marseille et 40 minutes des stations de ski des Alpes du Sud.

Contacts

Dr Brigitte RAFFY, Chef de service

◆ 04 92 30 16 47 ◆ braffy@ch-digne.fr ou Dr Sandrine LAMBERT

◆ 04 92 30 16 48 ◆ slambert@ch-digne.fr

Claire AILLOUD, Directrice des Affaires Médicales du GHT04

◆ 04 92 73 42 10 ◆ ailloud.c@ch-manosque.fr et

Christophe CROUZEVIALLÉ, Directeur délégué GHT04 Nord

◆ 04 92 30 12 88 ◆ ccrouzevialle@ch-digne.fr



Gap - Sisteron

Il est géré par une équipe médicale actuellement composée de sept gériatres dont deux DES de gériatrie recrutés récemment. Des internes DES en gériatrie et en médecine générale viennent régulièrement, des médecins juniors en gériatrie sont présents, depuis deux années, sur des projets pédagogiques liés aux filières spécifiques (neuropsychogériatrie, oncogériatrie).

NOUS RECHERCHONS DES MÉDECINS HOSPITALIERS GÉRIATRES

pour renforcer cette équipe et conforter l'offre de soin gériatrique sur notre territoire.



Le pôle de gérontologie du Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud a développé une filière gérontologique complète.

Il se compose d'un court séjour gériatrique à Gap, à mettre en place sur le site de Sisteron, d'un hôpital de jour gériatrique, d'une unité de soins de suite et de réadaptation gériatrique sur le site de Gap et sur le site de Sisteron, d'un service de neuropsychogériatrie, d'un centre mémoire territorial, d'une unité cognitivo-comportementale, d'une unité territoriale d'oncologie gériatrique, d'une équipe mobile de gériatrie (interne/externe), des consultations d'évaluation gériatrique, d'une unité de soins de longue durée à Gap, d'une unité d'hébergement renforcée à Gap, d'une UHPAD sur les deux sites (Gap et Sisteron).

Deux postes de médecins gériatres avec formation médecin coordonnateur sont à pourvoir en 2023 pour l'EHPAD et l'USLD de gap et l'EHPAD de Sisteron.

Temps partagé sur les deux sites (Gap et Sisteron) avec prime spécifique multisite.

Ils participeront à la permanence des soins (astreintes opérationnelles) assurée sur le site de Gap. Les absences (CA, RTT, Formations) sont facilitées par une organisation en auto remplacement.

Gap, ville de 40 000 habitants, est la principale ville du département des Hautes-Alpes, territoire avec des variations saisonnières liées aux activités nombreuses (ski, randonnée, montagne, activités nautiques, équitation, pêche, torrents et lacs...). Gap se situe à moins d'une heure des principales stations de ski des Alpes du Sud (Serre Chevalier, Vars, Orcières), proche du lac de Serre-Ponçon, à deux heures de la mer Méditerranée.

Dans cette ville agréable, dynamique, à 1h30 de Grenoble et Marseille, le Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes Du Sud s'est développé en assurant une offre de soins de proximité pertinente sur deux sites (Gap et Sisteron).

Avec un plateau technique performant, avec toutes les spécialités médicales et chirurgicales requises, centre autorisé pour le traitement chirurgical et médical du cancer, c'est le centre de recours pour le groupement hospitalier du territoire.

Adressez-nous votre candidature

Dr Olivier GUILLEM, Chef de pôle - 04 92 40 77 33 olivier.guillem@chicas-gap.fr - drh@chicas-gap.fr

