VISage
Vienne Santé Gérontologie
http://visage.sante-ra.fr

« VISage à découvert »
La lettre mensuelle n° 114 – 2013

Pourquoi la personne âgée fragile nous intéresse-t-elle ?

Au cours du vieillissement, très inégalitaire entre les individus, entre le vieillissement réussi et pathologique, dans un continuum de perte des réserves et des capacités de l'organisme à faire face à un stress quel qu'il soit, se situe le **sujet âgé dit fragile**. Ce concept non consensuel veut décrire **un état instable où tout événement aigu peut avoir des conséquences délétères** sur l'état de santé, les fonctions de l'individu et son adaptation à son milieu. C'est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs : apparition d'incapacité, chutes, hospitalisation et entrée en institution.
Le but du repérage de cet état instable serait donc de prendre en charge l'individu de façon globale, d'appréhender chez lui les déterminants de la fragilité présents afin de les améliorer et ainsi d'augmenter les réserves adaptatives et donc retarder les décompensations, augmenter leur seuil de survenue.

On peut décrire **différentes approches de la fragilité** :
- **médicale** a posteriori quand le patient a présenté des signes atypiques d'une pathologie, ou une cascade gériatrique suite à un épisode aigu.
- **fonctionnelle** par la dépendance (modèle de Rockwood)
- **physiologique** où ce qui importe est l'évaluation des réserves physiologiques, ce qui présente l'avantage de dépister une incapacité pré-clinique (avant la survenue d'événements indésirables).

Les caractéristiques couramment décrites pour décrire l'état de fragilité dont la définition n'est pas consensuelle sont les troubles de la marche et de l'équilibre, la fatigue, la dépression, la faiblesse musculaire, la perte de poids, l'inactivité, la sarcopénie (diminution de la masse musculaire), le déconditionnement à l'effort, les troubles sensoriels, l'isolement, la dépendance, les troubles cognitifs.
Les modalités du dépistage varient en fonction du modèle que l'on privilégie :

- Dans le modèle de Fried le sujet est dit fragile s'il présente au moins trois des cinq caractéristiques suivantes:
  - perte de poids non intentionnelle supérieure ou égale à 5 kg dans l'année précédente
  - sensation d'épuisement
  - faiblesse musculaire des fléchisseurs des doigts (mesurée au dynamomètre)
  - vitesse de marche inférieure à 0,7 m/s
  - faible niveau d'activité physique (questionnaire de dépense calorique sur les deux dernières semaines)
- D'autres tests sont validés comme prédictifs de survenue d'événements indésirables s'ils sont anormaux :
  - test de marche : instabilité ou vitesse inférieure à 0,7 m/s (ou temps nécessaire pour 4 mètres supérieur à 10 secondes)
  - appui monopodal inférieur à 5 secondes
- Le test G8 (étude Oncodage), inspiré du Mini Nutritionnal Assessment propose d'évaluer :
  - les réserves nutritionnelles : perte de poids, perte d'appétit, baisse de l'IMC
  - la perception d'un mauvais état de santé par le patient
  - la polymédication
  - la motricité
- Sur le plan biologique, certains dosages seraient pertinents car liés également en cas de perturbation à une morbidité similaire signalant une perte des réserves : baisse de l'albumine, baisse du cholestérol total, baisse de la vitamine 25OHD3, baisse du débit de filtration glomérulaire, hyperosmolarité, augmentation des marqueurs de l'inflammation (donc CRP en pratique courante).
- **Il paraît licite de proposer en ambulatoire d'évaluer de façon plus simple :**
  - **le lever de chaise**
  - **la capacité à marcher en répondant à une question**
  - **la possibilité de station unipodale** (seuil de 5 secondes)
  - **l'indice de masse corporelle** (seuil 21 kg/m2)
  - **la circonférence brachiale** (seuil 17 cm)
  - **l'albuminémie** (35 g/L)
  - **le MMSE**

L'anormalité de ces éléments doit alerter le soignant afin de proposer au patient une évaluation plus globale et une prise en charge adaptée, avec recours si nécessaire à une consultation spécialisée.

La prise en charge consisterait alors à agir pour **retarder la dépendance**, améliorer l'état de santé, réhabiliter les fonctions, en ciblant :
- l'amélioration des pathologies chroniques
- le monitoring régulier des facteurs de fragilité
- l'augmentation des réserves fonctionnelles (prise en charge rééducative avant intervention, augmentation des réserves nutritionnelles par une optimisation des apports)
- la prévention de la perte chronique : lutte contre la sédentarité, lutte contre l'hyper-catabolisme, stabilisation cognitive, diminution du niveau de stress physique ou psychologique par la prise en charge médico-sociale.

Dans le but *in fine* de permettre au sujet de rester le plus longtemps possible adapté dans son milieu habituel.

Dr Julie Hournau-Blanc, gériatre, CH Vienne

Lectures :
Rockwood K : A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005 ; 173 ; Fried et al. Frailty in older adults : evidence for a phenotype. J Gerontol Biol Sci Med Sci. 2001 ; Vol 56A ; Arveux I. le sujet âgé fragile. Revue de Gériatrie . 2002 ; Soubeyran et al. Questionnaire G8: dépistage de la fragilité en oncogériatrie. J Clin Oncol. 2011; 29.

A noter sur vos agendas la prochaine réunion pluriprofessionnelle le 5 juin à partir de 19 h 45 à l'internat de l'hôpital de Vienne : « Accompagner une fin de vie à domicile » Docteur Myriam Legenne, équipe mobile de soins palliatifs CHU Lyon