

Les 20 et 21 mai 2016 ont eu lieu au Palais du grand large de Saint-Malo les 48<sup>èmes</sup> Journées de gérontologie de la Société de Gérontologie de l'Ouest et du Centre (SGOC) sur les thèmes de la dermatologie du sujet âgé et des métiers de la gérontologie. Nous publions ici quelques analyses de communications établies par des membres de la SGOC.

## Compte-rendu des 48<sup>èmes</sup> Journées de la Société de Gérontologie de l'Ouest et du Centre (SGOC)

Saint-Malo, 20 et 21 mai 2016

### Report of the 48<sup>th</sup> Gerontology days of the "SGOC" (Gerontology Society of western and central France)

Saint-Malo, 20-21 May 2016

Antoine BRANGIER<sup>1</sup>, Thierry CONSTANS<sup>2</sup>, Guillaume DUVAL<sup>1</sup>, Françoise SÉVERIN<sup>3</sup>

#### COMMUNICATIONS SUR LE THÈME DE LA DERMATOLOGIE DU SUJET ÂGÉ \_\_\_\_\_

Pemphigoïde bulleuse et vitamine D chez la personne âgée  
M-E. Sarre, O. Beauchet, E. Legrand, L. Martin, C. Annweiler  
(CHRU d'Angers) p. 57

Progrès et questionnement en pratique  
cancéro-dermatologique chez le sujet âgé  
B. Sassolas, N. Le Reun, A-L. Fourmel, V. Mercier (CHU de Brest) p. 57

#### COMMUNICATIONS LIBRES \_\_\_\_\_

Outil clinique de diagnostic de l'hypovitaminose D  
en population gériatrique  
C. Annweiler, G. Duval, P.Y. Paré, A. Brangier, A. Kabeshova, B. Fantino,  
CP. Launay (CHRU d'Angers) p. 58

Prise en charge des Urgences de Fin de vie  
chez les Personnes Âgées en EHPAD (PUFPAE) :  
une recherche pilote à l'échelle d'une région française  
E. Bajoux, F. Riou, F. Douguet, J.C. Mino, MN. Belloir, C. Cattenoz,  
V. Cahagne, V. Morel, E. Tual, C. Rousseau, P. Le Meut  
(CHU de Rennes) p. 58

Le drain pleural tunnalisé ou PleurX : un dispositif utilisable  
en EHPAD même en cas de troubles cognitifs  
L. Léger, M. Quetier, B. Diot, H. Ripault-Cesbron, M. Lamandé,  
V. Dardaine-Giraud (CHU de Tours) p. 59

Présentation de l'étude de validation du Test d'Orientation  
en Musicothérapie (T.O.M) auprès des patients atteints  
de la maladie d'Alzheimer  
S. Berruchon, B. Mac Nab, V. Bréard (CH Sancerre) p. 59

Quand la personne âgée souffrant de démence refuse  
les activités thérapeutiques : expérience d'une équipe  
de professionnels en Accueil de jour  
J-M. Hemmen, C. Villain (CHRU de Brest) p. 60

Une expérience d'accompagnement atypique : une journée  
de navigation sur un catamaran de course, avec des personnes  
atteintes de maladies démentielles.  
Film documentaire « HORIZON »  
A. Morel, N. Murat-Charrouf, K. Prost, V. Lefeuvre, N. Murat-Charrouf ;  
Association Émeraude Voile Solidaire (Dinard) ;  
Association Les Bruyères, EHPAD L. Schroeder (Rennes) ;  
Pascal Beltrami, photographe (Nantes) p. 60

#### COMMUNICATIONS LIBRES EN GÉRIATRIE OU GÉRONTOLOGIE \_\_\_\_\_

Hyperparathyroïdie primaire du sujet âgé  
J-N. Royal, Y. Venel, C. Hommet<sup>†</sup>, M. Mennecart, T. Constans  
(CHU Tours) p. 60

Rev Geriatr 2017 ; 42 (1) : 56-60.

1 Service de Gériatrie et Centre de Recherche sur l'Autonomie et la Longévité (CeRAL), CHU d'Angers, France.

2 Service de Gériatrie, CHU Tours, France.

3 Service de Gériatrie, CH Vierzon, France.

Auteur correspondant : Professeur Thierry Constans, Service de Médecine Interne Gériatrique, Hôpital Bretonneau, CHU de Tours, Boulevard Tonnellé, 37044 Tours cedex 9, France.

Courriel : t.constans@univ-tours.fr

## COMMUNICATIONS SUR LE THÈME DE LA DERMATOLOGIE DU SUJET ÂGÉ

### PEMPHIGOÏDE BULLEUSE ET VITAMINE D CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

*Présentation* : M-E. Sarre, O. Beauchet, E. Legrand, L. Martin,  
C. Annweiler (CHRU d'Angers)  
*Analyse* : F. Severin

La pemphigoïde bulleuse et l'hypovitaminose D voient leur incidence et leur prévalence augmenter avec l'âge, et ce sont des affections graves avec des complications multiples. La vitamine D joue un rôle de régulation de l'immunité innée, par l'intervention des macrophages et la synthèse de substances antimicrobiennes, et aussi de l'immunité adaptative en augmentant l'expression de lymphocytes régulateurs, en diminuant les cytokines proinflammatoires et en diminuant la prolifération des lymphocytes B (d'où diminution des anticorps, des IgG et des IgM). La carence en vitamine D entraîne un dysfonctionnement et des phénomènes inflammatoires susceptibles d'augmenter les maladies auto-immunes.

D'où les hypothèses de travail : y a-t-il un lien entre la survenue et la sévérité de la pemphigoïde bulleuse et le taux bas de vitamine D ? La concentration en vitamine D est-elle inversement corrélée à la sévérité de la pemphigoïde bulleuse ?

Une étude a été menée de novembre 2012 à février 2014 à Angers : le diagnostic de pemphigoïde bulleuse était fait par la clinique, l'histologie, et l'immunofluorescence directe. La sévérité de la pemphigoïde bulleuse était appréciée sur le nombre moyen de bulles, avec une gradation de 0 à 4 (le grade 4 correspond à plus de 50 bulles sur l'ensemble du corps), et sur leur étendue (membres inférieurs, membres supérieurs, face avant du thorax, face postérieure du thorax et pelvis). Le taux de vitamine D (25 OH D) était dosé : le taux était considéré comme élevé s'il était supérieur à 49 nanomoles/l.

Résultats : on observe une association entre des taux élevés de vitamine D et une diminution de fréquence et de sévérité de la pemphigoïde bulleuse, sans qu'on puisse prouver de lien de causalité.

Différentes perspectives peuvent être dégagées de cette étude : la 25OH D peut elle être un marqueur diagnostique ou pronostique de la pemphigoïde bulleuse ? Y a-t-il un intérêt à supplémenter en vitamine D dans l'optique de la pemphigoïde bulleuse ?

### PROGRÈS ET QUESTIONNEMENT EN PRATIQUE CANCÉRO- DERMATOLOGIQUE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

*Présentation* : B. Sassolas, N. Le Reun, A-L. Fourmel, V. Mercier  
(CHU de Brest)  
*Analyse* : F. Severin

Les cancers cutanés sont très fréquents chez la personne âgée, probablement trop fréquents vu les mesures préventives connues de nos jours, mais qui étaient encore ignorées de la population maintenant âgée : kératoses pré-épithéliomateuses, carcinome épidermoïde, carcinome basocellulaire... et surtout le redoutable mélanome. L'ensemble de ces tumeurs à comme facteur commun dominant l'exposition solaire.

La plupart de ces cancers se développent sur des zones photo-exposées donc visibles, alors pourquoi le diagnostic est-il si tardif : déficiences visuelles ? Déni ? Pauci-symptomatique ? Difficultés d'accès aux soins, de par l'éloignement géographique ou la perte d'autonomie ? Craintes du diagnostic ou des thérapeutiques qui pourraient en découler ? Pour la plupart, ces cancers cutanés ont une évolutivité lente, et une agressivité limitée ou modérée : il faut donc savoir évaluer les pathologies associées, dont l'évolutivité propre peut dicter la conduite à tenir en fonction de leur pronostic. Il faut ne pas passer à côté des situations qui peuvent nécessiter seulement des gestes simples en ambulatoire, comme une chirurgie sous anesthésie locale, ou une cryochirurgie, avec des déplacements minimum.

Il ne faut pas être fataliste de façon systématique devant une tumeur même étendue chez une personne très âgée : sur les carcinomes basocellulaires, certaines thérapeutiques comme l'Aldara en crème peuvent amener des résultats très intéressants.

Parfois la tumeur est grave et le patient a une polypathologie grave : l'important est alors de préserver la qualité de vie du patient, par exemple avec une chirurgie de propreté. Devant une tumeur évoluée chez une personne polypathologique fragile, se pose la question difficile du choix thérapeutique. Exemple d'un carcinome épidermoïde de jambe chez une dame de 88 ans : si on choisit d'intervenir, c'est une intervention importante avec une greffe et qui nécessite un alitement d'au moins six jours, la cicatrisation pouvant prendre trois mois (retard de cicatrisation en raison de l'insuffisance veineuse) ; si on s'abstient, la tumeur va beaucoup saigner et nécessiter des pansements quotidiens.

Ne pas oublier les thérapies ciblées notamment sur le mélanome même évolué, et cela même dans le grand âge, sous condition d'un bon état général sous-jacent.

La bonne décision thérapeutique sera issue d'une synthèse prenant en compte la personne elle-même, sa famille, son

médecin traitant et/ou son gériatre, le dermatologue et le chirurgien, et en cherchant à limiter les perturbations de la vie du patient. Beaucoup de tumeurs sont cependant accessibles à des thérapeutiques même minimalistes, il faut donc savoir faire venir le dermatologue ! ■

## COMMUNICATIONS LIBRES

### OUTIL CLINIQUE DE DIAGNOSTIC DE L'HYPOVITAMINOSE D EN POPULATION GÉRIATRIQUE

*Présentation : C. Annweiler, G. Duval, PY. Paré, A. Brangier, A. Kabeshova, B. Fantino, CP. Launay (CHRU d'Angers)  
Analyse : T. Constans*

L'hypovitaminose D est fréquente et les suppléments vitaminiques souvent efficaces, mais le dosage de la 25OHD n'est plus remboursé, hormis quelques situations particulières. Trois quarts des dosages de 25OHD sont réalisés en médecine générale. Afin de limiter le coût des dosages, l'objectif du travail est de repérer cliniquement les patients susceptibles de présenter une hypovitaminose D de façon à cibler les dosages à partir de critères cliniques combinés. Le ciblage fait appel à des réseaux neuronaux artificiels. L'étude était transversale et observationnelle. Les sujets étaient âgés de 65 ans et plus, vivant à domicile et se présentaient au centre d'examen de santé de Lyon entre mai 2009 et avril 2012. Le schéma de recrutement comprenait un échantillon de dérivation (n = 1346) et un échantillon de validation (n = 578). Les facteurs étudiés étaient constitués de 23 variables cliniques variées (IMC, chutes dans l'année, force de préhension palmaire, etc.). L'analyse statistique fait appel à la technique des réseaux neuronaux artificiels (systèmes organisés en plusieurs couches constituées de nœuds interconnectés contenant des fonctions d'activation) ; il s'agit de modèles informatiques capables d'apprentissage. Un modèle à 16 variables permet d'identifier les sujets à risque avec de bonnes sensibilité et spécificité : Aire sous la courbe (courbe ROC) de 0,94, 0,87 ou 0,84 pour des taux de 25OHD inférieurs à 75, 50 ou 25 nmol/L, respectivement. En perspective, la possibilité de guider les dosages sanguins de 25OHD et la possibilité d'affiner l'algorithme pour le mettre en ligne. Mais persistera le problème du suivi de l'efficacité de la supplémentation.

### PRISE EN CHARGE DES URGENCES DE FIN DE VIE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES EN EHPAD (PUFPAE) : UNE RECHERCHE PILOTE À L'ÉCHELLE D'UNE RÉGION FRANÇAISE

*Présentation : E. Bajoux, F. Riou, F. Douguet, JC. Mino, MN. Belloir, C. Cattenoz, V. Cahagne, V. Morel, E. Tual, C. Rousseau, P. Le Meut (CHU de Rennes)  
Analyse : A. Brangier et G. Duval*

Objectif : L'objectif de cette étude était de mieux identifier la variabilité des épisodes d'aggravation brutale des patients en situation de fin de vie dans des EHPAD bretons, et de caractériser les aspects pratiques et organisationnels de prise en charge occasionnant un éventuel transfert inapproprié à l'hôpital ou à l'inverse une possibilité de maintien en EHPAD. Cette étude s'inscrit dans la volonté d'élaborer des recommandations visant à améliorer la prise en charge des résidents et d'évaluer la faisabilité et les modalités de mise en œuvre de ces recommandations à l'échelle territoriale. Méthode : Une première étude qualitative a initialement été réalisée par des sociologues de la santé auprès de 10 EHPAD bretons sous forme de 30 entretiens individuels semi-directifs des directeurs et professionnels coordonnateurs d'EHPAD et 17 entretiens collectifs des équipes soignantes, afin de définir les représentations en jeu, les définitions et les interactions entre les professionnels de santé autour des situations d'urgence des patients en de fin de vie en EHPAD.

Puis une étude quantitative a été mise en place auprès de 125 EHPAD tirés au sort, incluant les résidents décédés et ceux en situation de fin de vie. Les variables recueillies concernaient les caractéristiques du résident (âge, sexe, score GIR...), les visites des proches, les préférences du résident concernant la fin de vie, la mobilisation de ressources extérieures, la description de l'épisode aigu et du parcours de soin hospitalier ou au contraire les conditions de

maintien en EHPAD. Le critère d'exclusion était l'absence de survenue d'un épisode aigu ou si le résident n'était pas identifié comme étant en situation de fin de vie. En tout 41 situations d'aggravation brutale en situation de fin de vie ont été étudiées par 3 groupes de travail pluri-professionnels permettant de répartir les situations en 2 types de cas concrets en fonction de l'orientation. La question posée aux groupes de travail était de déterminer si l'orientation retenue leur paraissait la meilleure option pour le résident (oui/non). En cas de réponse positive, l'étude cherchait à savoir s'il existait des obstacles importants à la mise en œuvre de cette orientation et ce qui a permis de les surmonter. En cas de réponse négative, une autre orientation préférable pour le résident était recherchée et par quelles mesures cette solution aurait pu être mise en place.

Conclusion : Les résultats de l'étude ne sont pas décrits mais d'ores et déjà il existe un aspect positif à l'implication des EHPAD et des acteurs des structures spécialisées dans la prise en charge de ces patients. Les forces de cette étude concernent la pluridisciplinarité des groupes de travail, la prise en compte des spécificités territoriales et l'approche mixte quantitative et qualitative. Les perspectives de cette étude seraient de définir des axes prioritaires de travail impliquant la CARESP, l'ARS et le conseil départemental.

## LE DRAIN PLEURAL TUNNELISÉ OU PLEURX : UN DISPOSITIF UTILISABLE EN EHPAD MÊME EN CAS DE TROUBLES COGNITIFS

*Présentation* : L. Léger, M. Quetier, B. Diot, H. Ripault-Cesbron, M. Lamandé, V. Dardaine-Giraud (CHU de Tours)  
*Analyse* : A. Brangier et G. Duval

Observation : Patient de 88 ans vivant en EHPAD avec comme principaux antécédents un trouble cognitif hippocampique et une hypertension artérielle. Un épanchement pleural d'allure néoplasique est découvert à l'occasion d'une hospitalisation en pneumologie pour dyspnée. Le scanner confirme l'origine néoplasique en mettant en évidence une volumineuse masse ovarienne associée à une carcinose péritonéale et une ascite. Les marqueurs tumoraux spécifiques sont très augmentés. La patiente est transférée en SSR suite à une décision collégiale d'abstention thérapeutique en RCP avec comme mesures thérapeutiques la mise en place d'une corticothérapie, une antalgie par morphinique, et la réalisation de ponctions pleurales itératives. Les transferts récurrents en pneumologie pour la réalisation des ponctions pleurales sont mal vécus par la patiente avec une majoration de son anxiété et de ses troubles cognitifs liée aux multiples transferts et la nécessité de refaire l'annonce diagnostique en raison des oublis à mesure. La majoration de la dyspnée et du risque d'oxygénodépendance a fait discuter le rapport bénéfice/risque de la pose

d'un drain pleural type PleurX. Les troubles cognitifs sont habituellement considérés comme une contre-indication au PleurX. Cependant, dans cette situation, ce sont les troubles cognitifs eux-mêmes qui constituaient une indication à la pose de ce type de drain afin de proposer une prise en charge plus adaptée à l'état cognitif et au mode de vie en EHPAD de cette patiente et afin d'améliorer sa qualité de vie. Le PleurX est un drain tunnelisé permanent avec une valve, posé sous anesthésie locale et abouché à la peau en postérieur en cas de trouble cognitif, permettant des ponctions évacuatrices répétées dans la structure du lieu de vie et réalisables par une infirmière en 35 à 40 minutes. Ce dispositif est relativement peu coûteux (76 €).

Dans le cas de cette patiente, le PleurX a permis de réduire le rythme des ponctions et de diminuer progressivement le volume de l'épanchement jusqu'à obtenir une symphyse pleurale en 6 mois après 19 drainages.

En conclusion, le PleurX est un dispositif dont l'utilisation est simple et possible en EHPAD, avec ou sans recours à l'HAD. Pour les résidents en EHPAD présentant des troubles cognitifs, le PleurX permet le maintien d'une qualité de vie satisfaisante et évite les transferts itératifs sources de troubles anxieux et de troubles du comportement.

## PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE DE VALIDATION DU TEST D'ORIENTATION EN MUSICOTHÉRAPIE (T.O.M) AUPRÈS DES PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

*Présentation* : S. Berruchon, B. Mac Nab, V. Bréard (CH Sancerre)  
*Analyse* : A. Brangier et G. Duval

Les lésions cérébrales, retrouvées notamment dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, modifient les capacités de traitement cognitif de l'information musicale. Il n'existe actuellement pas d'outils d'évaluation de la cognition musicale. L'objectif de l'étude était l'élaboration du Test d'Orientation en Musicothérapie ou TOM. Pour cela 3 grands domaines ont été étudiés, à savoir la perception musicale (tempo rythmique, hauteur tonale), la mémoire (empan rythmique, dénomination, association sémantique, amorçage musical) et l'émotion (reconnaissance émotionnelle et congruence émotionnelle). Le TOM a été testé sur 100 patients, dont 50 étaient atteints de la maladie d'Alzheimer et 50 étaient cognitivement sains. Un seuil pathologique à 30 (/34) a pu être déterminé chez les sujets sains. Il existait une corrélation positive entre le score TOM et le score MMSE. Les patients Alzheimer réussissaient moins souvent le TOM que les sujets cognitivement sains.

Il serait intéressant d'utiliser le TOM pour adapter les interventions de musicothérapie à l'évolution de la maladie d'Alzheimer.

## QUAND LA PERSONNE ÂGÉE SOUFFRANT DE DÉMENCE REFUSE LES ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES : EXPÉRIENCE D'UNE ÉQUIPE DE PROFESSIONNELS EN ACCUEIL DE JOUR

Présentation : J-M. Hemmen, C. Villain (CHRU de Brest)  
Analyse : T. Constans

L'objectif des accueils de jour est de promouvoir l'autonomie, c'est-à-dire être indépendant dans les activités de la vie quotidienne et garder la capacité et la liberté de faire un choix. Encourager et respecter l'autonomie c'est respecter des choix individuels de refuser les activités thérapeutiques. Le quotidien d'une journée offre de multiples occasions de proposer des stimulations insignifiantes pour qui n'est pas malade, mais essentielles pour celui ou celle qui l'est. Le refus peut être un choix. L'envie de ne rien faire n'est pas pathologique. Le plaisir du repos est présent chez de nombreuses personnes âgées. La passivité peut être investie avec plaisir, voire même argumentée. Cette situation peut être pénible, mais uniquement pour la personne qui propose l'activité. Dans certains cas ou pour certains patients, passer simplement une bonne journée ensemble paraît au moins aussi thérapeutique qu'une succession d'ateliers parfaitement cadrés. Cela ne demande pas moins de travail, de réflexion, de savoir faire et de savoir être et permet la prise en charge de personnes à un stade avancé de la maladie.

## UNE EXPÉRIENCE D'ACCOMPAGNEMENT ATYPIQUE : UNE JOURNÉE DE NAVIGATION SUR UN CATAMARAN DE COURSE, AVEC DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES DÉMENTIELLES. FILM DOCUMENTAIRE « HORIZON »

Présentation : A. Morel, N. Murat-Charrouf, K. Prost, V. Lefevre, N. Murat-Charrouf ; Association Émeraude Voile Solidaire - Dinard. <http://emeraudevoilesolidaire.org/emeraude/> ; Association Les Bruyères. EHPAD L. Schroeder - Rennes. <http://www.asso-lesbruyeres.com/> ; Pascal Beltrami, photographe - Nantes. <https://vimeo.com/115987650>  
Analyse : T. Constans

Quelques renseignements pour les gériatres intéressés...

Les sorties en mer sont organisées sur rendez-vous, au Kiosque, 10, avenue George V à Dinard. L'accueil peut aussi se faire parfois au Port de Saint Cast. La journée se déroule comme suit : 9 H 30-10 H : accueil du groupe. Des vêtements de mer sont prêtés (veste de quart, pantalons, polaires, bottes...). 10 H : rappel des règles de sécurité à bord. Port du gilet de sauvetage obligatoire. Interdiction de fumer. 10 H 30 : Embarquement. Les bénéficiaires embarquent à la cale de la vallée, située juste en face du kiosque. L'accueil à bord des personnes à mobilité réduite est possible (fauteuils roulants manuels). Navigation : Ephata navigue dans la baie du Cap Fréhel à Cancale en fonction des marées et de la météo. Vers 12 H 30 : Ephata se met sur ancre dans une anse afin de faire une pause déjeuner. Ce moment est un moment de détente pour tous. Vers 14 H : Ephata lève l'ancre et reviens en direction de Dinard. 16 H 30-17 H : Retour à la cale de la Vallée - Débarquement. ■

## COMMUNICATIONS LIBRES EN GÉRIATRIE OU GÉRONTOLOGIE

### HYPERPARATHYROÏDIE PRIMAIRE DU SUJET ÂGÉ

Présentation : J-N. Royal, Y. Venel, C. Hommet<sup>†</sup>, M. Mennecart, T. Constans (CHU Tours)  
Analyse : A. Brangier et G. Duval

Les données de la littérature médicale concernant le traitement des hyperparathyroïdies primaires (HPP) du sujet âgé sont pauvres. Dans cette étude, les patients hospitalisés en court séjour gériatrique au CHU de Tours en 2015 ont systématiquement bénéficié d'un dosage de la calcémie puis d'un calcul de la calcémie corrigée. En cas d'hypercalcémie corrigée, un complément de bilan comprenant le dosage de la parathormone, de la phosphorémie, de la 25-OH vitamine D ainsi qu'une électrophorèse des protides sériques étaient réalisés. En cas d'HPP, les patients bénéficiaient d'une scintigraphie parathyroïdienne simple isotope et d'une échographie.

Les résultats ont montré 19 cas d'hypercalcémie, parmi lesquels 12 HPP, soit une prévalence de 1,7 %. Le diagnostic positif d'HPP est simple, mais le diagnostic de localisation plus complexe (sensibilité de la scintigraphie simple isotope de 66 à 72 %). La prise en charge thérapeutique a été hétérogène. La chirurgie mini-invasive sous anesthésie locale était privilégiée mais nécessitait de localiser la lésion, ainsi qu'une bonne coopération du patient. Les sujets n'ayant pu bénéficier de cette technique ont été traités par chirurgie conventionnelle ou cinacalcet. Un quart des patients sont décédés pendant le suivi. En conclusion, un essai randomisé contrôlé serait souhaitable pour comparer les différentes stratégies thérapeutiques face à une HPP. Les difficultés retrouvées semblent être liées aux limites des techniques de scintigraphie chez les personnes âgées, aux troubles cognitifs et psycho-comportementaux et à la mortalité élevée. ■