

Sujet âgé

Il y a maintenant plus de 25 millions de personnes âgées aux États-Unis et il y en aura 80 millions en 2050.¹ Ces seniors vivront plus longtemps que les précédentes générations : la durée de vie est actuellement de 79 ans pour les femmes et de 74 ans pour les hommes. On prévoit que les gens âgés de plus de 85 ans représenteront 5 % de la population des États-Unis d'ici 40 ans. Donc, l'« impératif démographique » est d'allonger la durée de vie mais aussi la période de bonne santé de notre population âgée, afin que les seniors restent valides aussi longtemps que possible et jouissent de vies riches et actives dans leurs maisons et leurs communautés.



Les cliniciens identifient à présent la faiblesse comme l'un des mythes de la société sur la vieillesse. Plus de 95 % des Américains de plus de 65 ans vivent dans leur communauté et seulement 5 % résident dans des établissements de long séjour.^{1,2} Au cours des 20 dernières années, les seniors sont véritablement devenus plus actifs et moins handicapés. Ces changements imposent de nouveaux buts aux soins cliniques – « un patient actif et en forme, en interaction avec une équipe qui prend des initiatives et est prête à agir, ce qui donne des rencontres satisfaisantes et de bonne qualité et améliore le pronostic »³ – et un ensemble d'attitudes et de capacités cliniques spécifiques.

L'évaluation du sujet âgé fournit des occasions et soulève des difficultés particulières. Elle diffère de l'approche orientée par la maladie, de l'interrogatoire et de l'examen physique des patients plus jeunes par : le centrage sur une vieillesse « en bonne santé », la nécessité de comprendre et de mobiliser les soutiens familiaux, sociaux et communautaires, l'importance des compétences dirigées vers l'évaluation fonctionnelle, les six signes vitaux et les occasions de promouvoir une santé et une sécurité prolongées pour les personnes âgées.

Dans ce chapitre, nous revoyons les changements physiologiques de la vieillesse dans *Anatomie* et *Physiologie*, de même que l'hétérogénéité du processus de vieillissement et les difficultés de distinguer les trouvailles normales des trouvailles anormales. Puis suivent les *Antécédents médicaux*, qui commencent par l'« Approche du patient ». Cette partie parle de la façon d'arranger la pièce de consultation et d'adapter le contenu et le rythme de l'entretien à la personne âgée, des significations variées des symptômes chez les sujets âgés, notamment en rapport avec les syndromes gériatriques, et des dimensions culturelles de la vieillesse. La partie suivante : « Points importants dans l'évaluation de symptômes fréquents ou inquiétants », explore l'importance de l'évaluation des activités de la vie quotidienne, des traitements, de la nutrition, de la douleur aiguë et chronique, des comportements tels que la consommation d'alcool et de tabac, des directives anticipées et des soins palliatifs. La partie *Promotion de la santé et conseils* donne des recommandations pour le dépistage sanitaire chez les personnes âgées, à savoir des recommandations sur des sujets comme la vision et l'audition, l'activité physique, les vaccinations, la sécurité à la maison, le cancer, la dépression et la démence et les mauvais traitements aux vieillards. Les *Techniques d'examen* parlent de l'évaluation des « Six signes vitaux », et donnent un outil efficace pour l'évaluation dans un cabinet : le « Dépistage gériatrique en 10 minutes ». Suit l'« Examen physique du sujet âgé », qui repose sur les techniques que vous avez déjà apprises pour l'examen physique en général, mais éclaire aussi des aspects particuliers aux sujets âgés quand on contrôle l'aspect général, mesure les signes vitaux et fait tous les examens régionaux. Dans *Consigner vos observations* est donné un exemple de compte rendu écrit de l'interrogatoire et de l'examen physique du sujet âgé.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

En premier lieu, le vieillissement reflète des modifications des réserves physiologiques avec l'âge, qui sont indépendantes de, et pas induites par des maladies. Ces modifications se révèlent plutôt dans les périodes de stress, telles que l'exposition à des variations de température, une déshydratation ou même un choc. La diminution de la vasoconstriction cutanée et de la sudation peuvent altérer la réponse à la chaleur ; la diminution de la soif peut retarder la correction d'une déshydratation ; et les chutes physiologiques du débit cardiaque maximal, du remplissage du ventricule gauche et de la fréquence cardiaque maximale constatées chez le sujet âgé peuvent gêner la réponse au choc.

En même temps, la population âgée présente une grande hétérogénéité. Les chercheurs ont identifié de très grandes différences dans le vieillissement des gens et ils distinguent le vieillissement « habituel », avec son lot de maladies

et de handicaps, du vieillissement « réussi ». Le vieillissement « réussi » survient chez les gens qui ont totalement échappé à l'invalidité et restent bien portants au-delà de 80-90 ans. Des études sur des centenaires montrent que les gènes sont responsables d'environ 20 % de la probabilité de vivre jusqu'à 100 ans et les styles de vie sains d'environ 20 à 30 %.⁴⁻⁶

Ces données sont des arguments convaincants pour promouvoir une nutrition optimale, une activité physique et un entraînement, et un fonctionnement quotidien chez les sujets âgés afin de retarder la diminution des réserves physiologiques.

Signes vitaux

Pression artérielle. Dans les sociétés occidentales, la pression artérielle a tendance à s'élever de l'enfance à la vieillesse. L'aorte et les grosses artères deviennent rigides et artérioscléreuses avec l'âge. Lorsque l'aorte devient moins distensible, un volume d'éjection donné provoque une plus grande élévation de la pression artérielle systolique ; une *hypertension systolique avec élargissement de la pression différentielle* peut en résulter. La pression artérielle diastolique cesse de s'élever après la cinquantaine. À l'inverse, certains sujets très âgés présentent une *hypotension orthostatique*, une chute de la pression artérielle quand ils se mettent debout.

Fréquence et rythme cardiaques. Chez les sujets âgés, la fréquence cardiaque au repos reste inchangée mais les cellules excitatrices du nœud sinusal de Keith et Flack déclinent, de même que la fréquence cardiaque maximale, ce qui retentit sur la réaction au stress physiologique.⁷

Les sujets très âgés ont plus de risques d'avoir des troubles du rythme cardiaque, tels que des extrasystoles auriculaires ou ventriculaires. Les troubles du rythme asymptomatiques sont en général bénins. Cependant, comme l'hypotension orthostatique, ils peuvent provoquer des *syncopes* ou pertes de conscience transitoires.

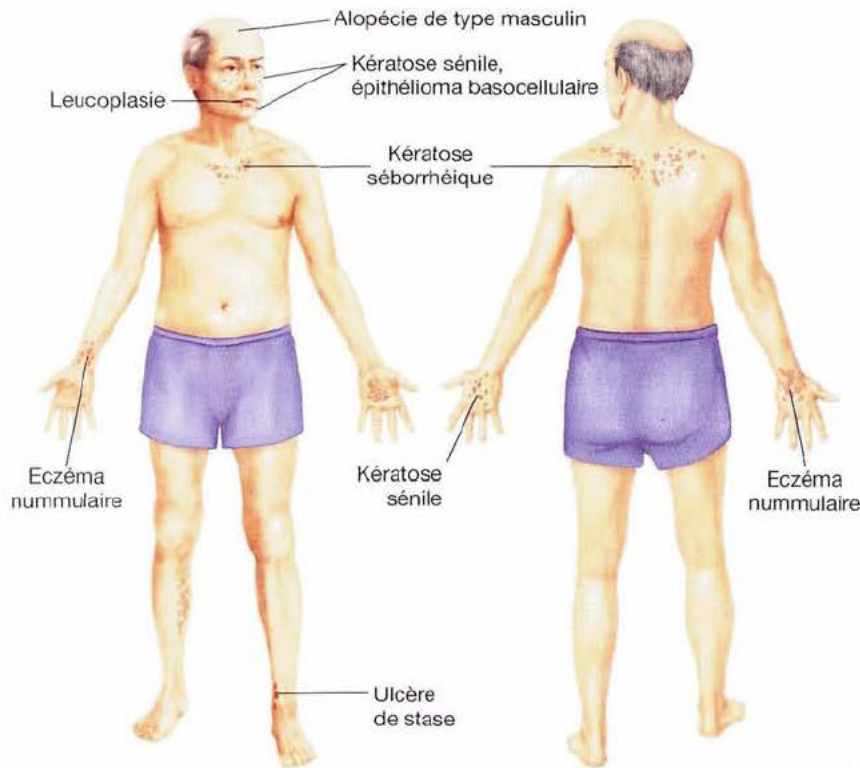
Fréquence respiratoire et température. La fréquence respiratoire est inchangée mais la thermorégulation est modifiée, ce qui entraîne une propension à l'*hypothermie*.

Peau et ses annexes. Avec l'âge, la peau se ride, se relâche et perd sa turgescence. La vascularisation du derme diminue et la peau des personnes de race blanche semble plus pâle et plus opaque. La peau du dos des mains et des avant-bras paraît fine, fragile, lâche et transparente. Des macules ou taches pourpre vif, bien délimitées, dénommées *purpura sénile*, peuvent aussi apparaître dans les mêmes zones et s'effacer en plusieurs semaines. Ces taches purpuriques sont formées par du sang provenant de capillaires rompus, qui s'étale dans le derme.

Les ongles perdent quelque peu de leur brillant avec l'âge, et peuvent jaunir et épaissir, notamment sur les orteils.

Les poils subissent une série de changements. Les cheveux perdent leur pigmentation et grisonnent. La calvitie est génétiquement déterminée. Dès 20 ans, la limite des cheveux chez l'homme peut commencer à reculer sur les tempes ; la chute des cheveux sur le vertex suit. Beaucoup de femmes perdent leurs cheveux selon le même schéma, mais à un moindre degré. Dans les

deux sexes, le nombre des cheveux diminue de façon généralisée et discrète, de même que leur diamètre. Moins connue, mais vraisemblablement plus importante, est la dépilation du reste du corps : tronc, pubis, aisselles et membres. Des poils grossiers apparaissent sur le menton et la lèvre supérieure de beaucoup de femmes, vers l'âge de 55 ans, mais n'augmentent pas par la suite.



La plupart des changements décrits ici concernent les personnes ayant la peau blanche ; ils ne s'appliquent pas forcément à celles qui ont la peau plus foncée. Par exemple, les hommes amérindiens ont une pilosité faciale et corporelle moins dense que celles des hommes blancs et ils doivent être appréciés selon leurs propres normes.

Tête et cou. Les yeux, les oreilles et la bouche subissent les offenses de l'âge. La graisse qui entoure et protège l'œil dans l'orbite peut s'atrophier, permettant au globe oculaire de reculer un peu. Les paupières se rident, et tombent parfois en plis lâches. La graisse peut pousser en avant l'aponévrose palpébrale, créant des saillies molles, particulièrement pour les paupières inférieures et le tiers interne des paupières supérieures. Les personnes âgées peuvent se plaindre de sécheresse oculaire, due à une diminution des sécrétions lacrymales. Les cornées perdent un peu de leur éclat.

La taille des pupilles diminue avec l'âge, ce qui rend l'examen ophtalmoscopique plus difficile. Elles peuvent devenir légèrement irrégulières mais doivent continuer à répondre à la lumière ou à l'accommodation.

L'acuité visuelle reste très constante de 20 à 50 ans, puis diminue progressivement jusqu'à 70 ans, plus vite après. La plupart des gens âgés conservent néanmoins une vision correcte de 3/10 à 10/10. La vision de près, cependant, s'affaiblit pratiquement toujours de façon sensible. Dès l'enfance, le cristallin perd graduellement de son élasticité et les yeux deviennent progressivement

moins aptes à mettre au point sur les objets proches. Cette perte du pouvoir d'accommodation – la *presbytie* – fait surtout sentir ses effets vers la quarantaine.

Le vieillissement affecte les cristallins et augmente le risque de *cataracte*, de *glaucome* et de *dégénérescence maculaire*. Les cristallins s'épaississent et jaunissent avec l'âge, ce qui gêne le passage de la lumière vers la rétine, et les gens âgés ont besoin de plus de lumière pour lire ou faire un travail fin. Les cataractes deviennent relativement fréquentes et touchent 1 sujet sur 10 après 60 ans et 1 sur 3 après 80 ans. Comme le cristallin continue à grossir au fil des années, il peut repousser l'iris en avant, ce qui rétrécit l'angle entre l'iris et la cornée, et augmenter le risque de *glaucome à angle fermé* (p. 215).

L'acuité auditive, comme l'acuité visuelle, diminue habituellement avec l'âge. Les premières pertes, qui frappent le jeune adulte, portent surtout sur les sons aigus, au-delà de l'étendue de la voix humaine, et n'ont presque pas d'incidence fonctionnelle. Mais, progressivement, le déficit augmente sur les sons de moyenne et basse fréquence. Quand un sujet ne saisit pas les tons les plus aigus alors qu'il entend les plus bas, les mots entendus sont déformés et difficiles à comprendre, surtout dans un environnement bruyant. Le déficit auditif lié à l'âge, ou *presbycusie*, devient plus net après 50 ans environ.

On a mis sur le compte du vieillissement une diminution des sécrétions salivaires et du sens gustatif, mais des médicaments et diverses maladies sont responsables de l'essentiel de ces changements. Les dents peuvent être usées ou abrasées, ou détruites par des caries dentaires ou d'autres affections (p. 235-236). La parodontolyse est la principale cause de perte dentaire chez l'adulte (p. 235). Chez le sujet totalement édenté, la partie inférieure du visage est mince et creuse, avec des rides profondes, rayonnant à partir de la bouche. La fermeture excessive de la bouche peut entraîner une macération des commissures, et une *perlèche* (p. 230). Les rebords osseux des maxillaires, autrefois creusés par les alvéoles dentaires, se résorbent progressivement, surtout au niveau de la mandibule.

La fréquence avec laquelle on peut palper des ganglions cervicaux diminue avec l'âge. Suivant une étude, elle chute en dessous de 50 % des cas entre 50 et 60 ans. Contrastant avec les ganglions lymphatiques, les glandes sous-maxillaires deviennent plus faciles à palper chez les gens âgés.

Thorax et poumons. Avec le vieillissement, l'aptitude à l'effort diminue. Le thorax devient plus rigide et plus difficile à mobiliser, les muscles respiratoires peuvent s'affaiblir et les poumons perdre de leur élasticité. La masse pulmonaire diminue et le volume résiduel augmente. Le débit expiratoire maximal diminue progressivement et la toux devient moins efficace.

Les modifications squelettiques liées au vieillissement accentuent souvent la courbure dorsale du rachis thoracique et réalisent une cyphose et un accroissement du diamètre antéropostérieur du thorax. Le « thorax en tonneau » qui en résulte n'a que peu de retentissement fonctionnel.

Appareil cardiovasculaire. Les troubles cardiovasculaires varient significativement avec l'âge. Revoyez les effets du vieillissement sur la pression artérielle et la fréquence cardiaque décrits p. 292. Le vieillissement retentit sur les bruits vasculaires du cou et modifie la signification des bruits extracardiaques, comme B₃ et B₄, et de certains souffles systoliques.

Vaisseaux du cou. L'allongement et la sinuosité de l'aorte et de ses branches aboutissent parfois à une coudure ou une boucle de l'artère carotide à la partie inférieure du cou, en particulier du côté droit. La masse pulsatile qui en résulte, et qui se voit surtout chez les femmes hypertendues, peut être confondue avec un anévrisme carotidien. Une aorte sinueuse augmente parfois la pression dans les veines jugulaires du côté gauche en gênant leur drainage dans le thorax.

Chez les gens âgés, l'audition de souffles systoliques à la partie moyenne ou supérieure des artères carotides évoque, sans la prouver, une obstruction artérielle partielle résultant de l'athérosclérose. Chez le sujet jeune, au contraire, les souffles cervicaux n'ont pas de caractère pathologique.

Bruits du cœur surajoutés – B₃ et B₄. Un *troisième bruit cardiaque* physiologique, entendu de façon banale chez l'enfant et l'adulte jeune, peut persister jusqu'à la quarantaine, surtout chez la femme. Après 40 ans environ, un B₃ évoque cependant fortement une insuffisance cardiaque congestive par surcharge volumique du ventricule gauche, comme dans la maladie coronarienne ou une cardiopathie valvulaire telle qu'une insuffisance mitrale. Il est rare au contraire d'entendre un *quatrième bruit cardiaque* chez l'adulte jeune, à moins qu'il ne soit un athlète bien entraîné. On peut l'entendre chez des gens plus âgés apparemment en bonne santé mais il évoque souvent une diminution de la compliance ventriculaire et une altération du remplissage ventriculaire (voir tableau 8-7 : « Bruits cardiaques surajoutés diastoliques », p. 330).

Souffles cardiaques. Beaucoup d'adultes d'âge moyen ou avancé ont des *souffles systoliques aortiques*. On les entend chez un tiers des sujets proches de la soixantaine, et largement chez plus de la moitié de ceux qui atteignent 85 ans. Le vieillissement épaissit les bases des sigmoïdes aortiques avec un tissu fibreux puis calcifié, d'où des vibrations audibles. La turbulence du sang dans une aorte dilatée peut contribuer à ce souffle. Chez la plupart des gens, cette fibrose valvulaire calcifiée, connue sous le nom de *sclérose aortique*, n'entrave pas le flux sanguin. Chez certains cependant, les valvules calcifiées deviennent immobiles, et une *sténose aortique vraie*, avec obstruction circulatoire, se développe. Une expansion normale de la carotide peut aider à distinguer la sclérose aortique de la sténose aortique (où cette expansion est retardée) mais la différenciation entre sclérose aortique et sténose aortique peut être difficile cliniquement. Toutes les deux augmentent le risque de morbidité et de mortalité cardiovasculaire.

Un vieillissement semblable affecte la valvule mitrale, habituellement une dizaine d'années plus tard que la sclérose aortique. La calcification de l'anneau mitral gêne la fermeture normale de la valvule pendant la systole, entraînant un souffle systolique d'*insuffisance mitrale*. Ce souffle peut devenir pathologique quand la surcharge volumique augmente dans le ventricule gauche.

Seins et aisselles. Le sein de l'adulte normal peut être mou, mais aussi granuleux ou nodulaire. Cette texture inhomogène constitue la nodularité physiologique. Elle peut être bilatérale et diffuse ou localisée à certaines parties du sein. Avec l'âge, la poitrine féminine tend à diminuer de volume parce que le tissu glandulaire s'atrophie et est remplacé par de la graisse. Bien que la proportion de graisse augmente, sa masse totale peut aussi diminuer. Les seins deviennent souvent flasques et plus pendulaires. Les canaux entourant le mamelon sont plus facilement palpés comme des filaments durs. La pilosité axillaire diminue.

Abdomen. Au cours des années moyennes et tardives de la vie, la graisse tend à s'accumuler dans la partie inférieure de l'abdomen et autour des hanches, même si le poids reste stable. Cette accumulation de graisse et le relâchement des muscles abdominaux produisent un aspect de bedaine. Il arrive qu'une personne s'inquiète en notant ces changements et se demande s'il ne s'agit pas d'une ascite ou d'un signe de maladie.

Le grand âge peut atténuer les manifestations d'une affection abdominale aiguë. La douleur peut être moins intense, la fièvre moins élevée, et les signes d'inflammation péritonéale, tels que la défense musculaire et la douleur à la décompression (p. 378), peuvent être diminués, voire absents.

Organes génitaux masculins et féminins – Anus, rectum et prostate. Chez les hommes vieillissants, la libido semble rester intacte, quoique la fréquence des relations sexuelles diminue. Plusieurs changements accompagnent la diminution des taux de testostérone. Les érections deviennent plus dépendantes de la stimulation tactile, et moins sensibles aux signaux érotiques. La taille du pénis diminue et les testicules pendent plus bas dans le scrotum. Les maladies prolongées, plus que le vieillissement, sont responsables de l'atrophie testiculaire. La pilosité pubienne décroît et grisonne. Les troubles de l'érection ou l'impuissance touchent environ 50 % des sujets âgés. Ils sont en général dus à une insuffisance artérielle hypogastrique et caverneuse ou à une fuite veineuse par les veinules superficielles.⁸

Chez les femmes, la fonction ovarienne commence à diminuer en général vers la quarantaine et les cycles menstruels cessent en moyenne entre 45 et 52 ans. Avec la chute de la stimulation œstrogénique, beaucoup de femmes éprouvent des « bouffées de chaleur » pendant une période pouvant durer jusqu'à 5 ans. Les symptômes vont de la rougeur du visage, de la transpiration et des palpitations, aux frissons et à l'anxiété. Des insomnies et des sautes d'humeur sont fréquentes. Les femmes peuvent se plaindre de sécheresse vaginale, d'incontinence d'urines ou de dyspareunie. Il se produit plusieurs modifications vaginales : la pilosité pubienne s'éclaircit et grisonne ; les lèvres et le clitoris deviennent plus petits, le vagin se rétrécit et se raccourcit, et sa muqueuse s'amincit, pâlit et s'assèche, avec la perte de sa lubrification. La taille de l'utérus et des ovaires diminue. Dans les 10 ans qui suivent la ménopause, les ovaires ne sont plus palpables, en général. Les ligaments suspenseurs des trompes, de l'utérus et de la vessie peuvent aussi se détendre. La libido et la sexualité sont souvent inchangées, surtout en l'absence de problèmes tenant au partenaire, de perte du partenaire ou de stress personnel ou professionnel inhabituel.⁹

Chez les hommes, la prolifération du stroma et de l'épithélium prostatiques, appelée hyperplasie ou adénome prostatique (AP), commence entre 20 et 30 ans, « mais il n'y a une hypertrophie prostatique que chez environ la moitié des hommes et des symptômes que chez environ la moitié de ceux qui ont une hypertrophie ».¹⁰ Des symptômes tels que le retard à la miction, la miction « goutte à goutte » et la miction incomplète peuvent souvent être rattachés à d'autres causes que l'AP. L'adénome grossit jusqu'à 60-70 ans, où il atteint un plateau. Tous ces changements sont dépendants des androgènes.

Système vasculaire périphérique. Le vieillissement modifie cliniquement peu le système vasculaire périphérique. Bien que les troubles artériels et veineux, et particulièrement l'athérosclérose, atteignent plus souvent

les gens âgés, ils ne peuvent probablement pas être considérés comme partie intégrante du processus de vieillissement. Les artères périphériques s'allongent, deviennent sinueuses et semblent plus dures et moins élastiques. Ces changements n'indiquent pas forcément une athérosclérose ou des modifications pathologiques des vaisseaux cérébraux ou coronaires.

Les changements fréquents de la peau et de ses annexes, discutés plus haut ne sont pas spécifiques d'une insuffisance artérielle, même s'ils lui sont classiquement associés. La disparition des poulx est anormale et impose une évaluation minutieuse. Exceptionnellement, chez les sujets de plus de 50 ans, les artères temporales peuvent devenir le siège d'une artérite à cellules géantes (maladie de Horton) qui se complique d'une cécité dans 15 % des cas, de céphalées et de claudication de la mâchoire. L'âge moyen de début est de 72 ans. La possibilité d'un anévrisme de l'aorte abdominale est aussi une crainte importante chez les sujets âgés qui ont des douleurs abdominales ou dorsales, surtout si ce sont des hommes fumeurs, ayant une maladie coronarienne.

Appareil locomoteur. Les changements de l'appareil locomoteur se poursuivent à l'âge adulte. Peu après leur maturité, la taille des adultes commence à diminuer imperceptiblement et un rapetissement significatif devient visible dans la vieillesse. La perte de taille la plus importante se produit au niveau du tronc avec l'amaigrissement des disques intervertébraux et le tassement, voire l'effondrement des corps vertébraux du fait de l'ostéoporose. La flexion des genoux et des hanches peut contribuer à réduire la taille. Les altérations des disques et des vertèbres contribuent également à la cyphose de la vieillesse et augmentent le diamètre antéropostérieur du thorax, en particulier chez les femmes. Les membres inférieurs d'une personne âgée tendent ainsi à paraître allongés par rapport au tronc.

En vieillissant, les muscles squelettiques décroissent en masse et en force, et les ligaments perdent un peu de leur extensibilité. L'amplitude des mouvements diminue en partie à cause de l'arthrose.

Système nerveux. Le vieillissement affecte toutes les facettes du système nerveux, depuis l'état mental jusqu'à la motricité, la sensibilité et la réflexivité. Les pertes liées à l'âge sont un lourd tribut. Les personnes âgées sont éprouvées par la mort des êtres aimés et de leurs amis, la cessation d'une activité rémunérée et la diminution des revenus, l'affaiblissement des capacités physiques, y compris les altérations de la vision et de l'audition, et souvent un isolement social croissant. De plus, le cerveau vieillissant subit des modifications biologiques. Son volume et le nombre des cellules corticales diminuent, et l'on a identifié des modifications à la fois biochimiques et microscopiques. La plupart des hommes et des femmes s'adaptent cependant bien au vieillissement. Ils gardent l'estime d'eux-mêmes, s'adaptent au changement de leurs capacités et des situations, et se préparent finalement d'eux-mêmes à la mort.

La plupart des personnes âgées se comportent bien à l'examen du fonctionnement mental mais des troubles peuvent devenir manifestes, en particulier à des âges avancés. Beaucoup se plaignent de leur mémoire. Un « léger manque de mémoire » est l'explication habituelle et peut se voir à tout âge. Ce terme concerne la difficulté à se souvenir de noms de personnes ou d'objets ou de certains détails d'événements précis. Appeler cela un phénomène banal, quand c'est le cas, peut rassurer une personne craignant qu'il ne s'agisse d'une mala-

die d'Alzheimer. Outre ce manque de mémoire peu important, les personnes âgées relatent et analysent les faits plus lentement et prennent plus de temps pour apprendre des choses nouvelles. Leurs réponses motrices peuvent se ralentir et leur capacité à accomplir des tâches complexes peut être diminuée.

Le clinicien doit souvent essayer de faire la distinction entre les changements liés à l'âge et les manifestations de troubles mentaux spécifiques dont la prévalence augmente en vieillissant, tels que la dépression et la démence. Isoler ces troubles parmi les plaintes médicales peut s'avérer difficile notamment parce que les troubles thymiques et les changements cognitifs peuvent altérer la capacité du patient à reconnaître ses symptômes et à les rapporter. Les patients âgés sont plus sujets à des délires, états de confusion transitoires qui peuvent être le premier signe d'une infection ou d'une iatrogénie médicamenteuse. Le praticien doit apprendre à reconnaître rapidement ces états et à protéger le patient contre lui-même (revoyez le chapitre 16 : Système nerveux, état mental et comportement », p. 573-593, le tableau 16-1, p. 590 et le tableau 20-1, p. 873).

En évaluant le système nerveux d'une personne âgée, il est parfois difficile de distinguer les changements dus au vieillissement normal et ceux dus à une maladie liée à l'âge ou non. Certaines constatations que vous jugeriez anormales chez des gens plus jeunes sont assez fréquentes dans la vieillesse pour que vous puissiez les attribuer à l'âge seul. Les altérations de l'audition, de la vision, des mouvements extraoculaires et de la taille de la pupille, de sa forme et de sa réactivité ont été décrites plus haut.

Des modifications du système moteur sont habituelles. Les personnes âgées se déplacent et réagissent plus lentement et moins agilement que les plus jeunes, leur masse musculaire décroît. Les mains d'un sujet âgé paraissent souvent fines et osseuses du fait de l'atrophie des muscles interosseux, qui entraîne une fonte musculaire au dos, des mains, avec des concavités et des sillons. Comme illustré page 617, ce changement est souvent le plus net entre le pouce et le reste de la main (1^{er} espace interosseux) mais il peut également se voir entre les autres métacarpiens. L'atrophie des petits muscles peut aussi aplatir les éminences thénar et hypothénar des paumes. Les muscles des membres sont aussi atrophiés, ce qui exagère le volume apparent des articulations de voisinage. La force musculaire, quoique diminuée, est relativement bien conservée.

De temps en temps, une personne âgée présente un tremblement bénin essentiel de la tête, de la mâchoire, des lèvres ou des mains, qui peut être confondu avec une maladie de Parkinson (p. 653). Par différence avec le tremblement parkinsonien, le tremblement bénin est un peu plus rapide, disparaît au repos et n'est pas associé à une rigidité musculaire.

Le vieillissement affecte aussi le sens vibratoire et les réflexes. Le sens vibratoire est souvent diminué ou aboli dans les pieds et les chevilles (mais pas dans les doigts ni sur les tibias). Plus rarement, le sens de la position peut s'atténuer ou disparaître. Le réflexe nauséeux peut être diminué ou absent. Les réflexes abdominaux peuvent diminuer ou disparaître. Les réflexes achilléens peuvent être diminués symétriquement ou abolis, même en renforçant la stimulation. Il est moins habituel que les réflexes rotuliens soient affectés. En partie à cause des changements musculosquelettiques des pieds, le réflexe cutané plantaire devient moins net, plus difficile à interpréter. Si d'autres anomalies neurologiques accompagnent ces changements ou si l'atrophie et les modifications des réflexes sont asymétriques, vous devrez rechercher une autre explication que le seul vieillissement.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

■ APPROCHE DU PATIENT

Pour parler avec des sujets âgés, commencez par perfectionner vos techniques habituelles d'interrogatoire. Votre comportement doit marquer du respect, de la patience et une vigilance culturelle. Appelez les patients par leur nom de famille.

Approche du patient âgé

- Arranger le cabinet de consultation
- Moduler le contenu et le rythme de la consultation
- Mettre en évidence les symptômes
- Tenir compte des dimensions culturelles du vieillissement

Arranger le cabinet de consultation.

D'abord prenez le temps d'adapter l'environnement du cabinet de consultation, de l'hôpital ou de l'établissement pour personnes âgées afin que le patient soit à l'aise pour répondre à vos questions. Rappelez-vous les changements physiologiques de la thermorégulation et assurez-vous que la pièce n'est ni trop froide ni trop chaude. Un éclairage plus intense compense les modifications du cristallin – une pièce bien éclairée permet au sujet âgé de voir votre mimique et vos gestes. Mettez-vous en face du patient, assis au niveau de son regard.



Plus de 50 % des sujets âgés ont des déficits auditifs, notamment dans les aigus, ce qui fait qu'une pièce confortable, sans distractions ni bruit, se prête mieux aux réponses et aux réactions précises. En milieu hospitalier, demandez d'éteindre la radio ou la télévision, avant d'entamer la discussion. Si besoin est, envisagez d'utiliser un microphone relié à une oreillette mise en place par le patient. Essayez de parler avec une voix grave et assurez-vous que le patient a les bonnes lunettes, ses prothèses auditives et dentaires, pour faciliter la communication. Les patients qui ont des quadriceps faibles tirent profit de sièges surélevés et de grands tabourets avec une rampe pour les amener à la table d'examen.¹¹

Moduler le contenu et le rythme de la consultation. Avec les sujets âgés, vous aurez souvent besoin de modifier le format de la consultation initiale

et de la consultation de suivi. À partir de la maturité, les gens commencent à mesurer leur vie en termes d'années restant à vivre plutôt que d'années déjà vécues. Les vieilles personnes se souviennent du passé et pensent à des expériences anciennes. Écouter ces souvenirs peut éclairer sur la personne et vous donner l'occasion de l'aider à vivre des sentiments douloureux et à se rappeler des joies et des réussites.

En même temps, il faut mettre en balance la nécessité d'évaluer des problèmes complexes avec l'endurance et la possible fatigue du patient. Pour avoir assez de temps pour écouter le patient mais l'empêcher de s'épuiser, utilisez largement les outils de dépistage courts (voir p. 858), les renseignements fournis par les visites à domicile et le dossier médical et les récits des membres de la famille, des auxiliaires de vie et des paramédicaux. Envisagez la possibilité de répartir la première évaluation sur deux consultations. Deux consultations ou plus peuvent être moins fatigantes et plus fructueuses parce que les patients âgés ont besoin de plus de temps pour répondre aux questions et que leurs explications peuvent être lentes et longues.

Mettre en évidence les symptômes du sujet âgé Tirer une anamnèse de sujets âgés exige attention et astuce de la part du clinicien : les patients peuvent, volontairement ou non, ne pas parler de certains symptômes ; le tableau clinique des maladies aiguës peut être différent ; des symptômes banaux peuvent dissimuler un syndrome gériatrique ; les patients peuvent avoir des troubles cognitifs.

Les patients âgés ont tendance à surestimer leur état de santé, même si l'aggravation d'une maladie ou d'un handicap est évidente.¹¹ Il vaut mieux commencer la consultation par des questions ouvertes telles que : « En quoi puis-je vous être utile aujourd'hui ? » Les personnes âgées peuvent être réticentes à raconter leurs symptômes. Elles peuvent avoir peur de le faire ou en être gênées, elles peuvent essayer d'éviter les dépenses médicales ou les désagréments du diagnostic et du traitement. Elles peuvent penser que leurs symptômes font banalement partie de leur vieillesse, ou bien simplement les avoir oubliés. Pour réduire le risque de diagnostic et d'intervention tardifs, vous pouvez avoir besoin de poser des questions plus directes ou de recourir à des outils de dépistage sanitaire, ainsi que de consulter les membres de la famille et les auxiliaires de vie.

Les maladies aiguës réalisent chez les sujets âgés un tableau clinique différent de celui des sujets plus jeunes. Les patients âgés infectés ont moins souvent de la fièvre. Chez ceux qui ont fait un infarctus du myocarde, le signalement d'une douleur devient moins fréquent et les plaintes de dyspnée, syncope, accident vasculaire cérébral et confusion aiguë deviennent plus fréquentes.¹² Les patients âgés hyper ou hypothyroïdiens présentent peu de symptômes et de signes. Dans l'hyperthyroïdie, la fatigue, la perte de poids et la tachycardie constituent la triade symptomatique la plus fréquente au-delà de 50 ans. Les patients plus âgés présentent plus probablement une anorexie et une fibrillation auriculaire ; l'intolérance à la chaleur, la transpiration excessive et l'hyperréflexivité sont exceptionnelles.¹³ Dans l'hypothyroïdie, les patients âgés ont peu de symptômes et de signes. La fatigue et la faiblesse sont fréquentes mais pas spécifiques du tout ; les frissons, les paresthésies, la prise de poids et les crampes rencontrés chez les patients plus jeunes sont inhabituelles.¹⁴

Étant confronté à un nombre croissant d'affections chroniques, on doit savoir reconnaître les groupements de symptômes évocateurs de différents *syndromes*

gériatriques. Ceux-ci sont caractérisés par une interaction et probablement une synergie de facteurs de risque multiples, par exemple, les chutes, les étourdissements, la dépression, l'incontinence urinaire et les gênes fonctionnelles.¹⁵ Les étudiants doivent connaître ces syndromes parce qu'un symptôme peut être lié à plusieurs autres, selon un schéma ignoré du patient. La recherche du « diagnostic unique » peut ne convenir qu'à moins de 50 % des sujets âgés.¹⁶

Enfin, l'étudiant doit savoir de quelle façon les troubles cognitifs affectent l'anamnèse du patient. Les faits suggèrent que lorsque des patients âgés rapportent des symptômes, leurs récits sont fiables et plus riches que ceux de leurs proches ou d'autres sources.¹⁷⁻²⁰ Par comparaison avec des témoins normaux, même des vieillards avec des troubles cognitifs modérés fournissent une anamnèse suffisante pour révéler des troubles concomitants.¹⁷ Utilisez des phrases simples pour obtenir les renseignements indispensables. Chez les patients qui sont plus atteints, confirmez les symptômes clés avec les proches ou les auxiliaires de vie, en présence et avec l'accord du patient.

Apprenez à reconnaître et à éviter les stéréotypes qui vous empêchent de voir chaque patient comme un être unique, avec une mine d'expériences vécues. En les écoutant, cherchez à découvrir quelle perception les patients ont d'eux-mêmes et de leurs situations, ainsi que leurs priorités, leurs objectifs et leurs capacités à se débrouiller. Cette connaissance renforcera votre alliance avec les personnes âgées quand vous ferez des plans pour les soins et le traitement.

TRUCS POUR COMMUNIQUER EFFICACEMENT AVEC LES SUJETS ÂGÉS

- Procurez-vous un cadre bien éclairé, modérément chauffé, avec un bruit de fond minime, et des sièges et un accès à la table d'examen sûrs
- Mettez-vous en face du patient, parlez d'une voix grave ; assurez-vous que le patient porte ses lunettes, ses appareils auditifs et ses prothèses dentaires, si besoin est
- Adaptez le rythme et le contenu de l'entrevue à la résistance physique du patient ; envisagez de faire l'évaluation initiale sur deux consultations, si c'est indiqué
- Laissez du temps pour des questions ouvertes et des souvenirs ; faites appel à la famille et aux auxiliaires de vie, si besoin est, notamment si le patient a des troubles cognitifs
- Utilisez des instruments de dépistage courts, le dossier médical et les comptes rendus des paramédicaux
- Évaluez soigneusement les symptômes, notamment la fatigue, la perte d'appétit, les étourdissements et la douleur, comme signes d'alarme de troubles sous-jacents
- Assurez-vous que les instructions écrites sont en grands caractères d'imprimerie et faciles à lire

Tenir compte des dimensions culturelles du vieillissement. Les cliniciens doivent acquérir une connaissance et une conscience nouvelles des croyances et de la culture qui façonnent la réaction des personnes âgées à la maladie et au système de soins. Entre 1990 et 2000, les Hispaniques, les Afro-Américains, les Amérindiens et d'autres groupes sont responsables d'environ 43 % de l'accroissement de la population des États-Unis.²¹ En 2050, la population âgée globale sera multipliée par 2,3 et la population très âgée par 5,1.²² Les grandes catégories utilisées dans les rapports fédéraux ne saisissent pas l'éventail des différences culturelles qui influent sur la façon dont les

personnes âgées pensent la souffrance, la maladie, les décisions concernant les soins, en allant de l'utilisation des médecines douces à la chronologie des examens systématiques. Les groupes d'immigrés ou de réfugiés qui aux États-Unis ont des besoins de santé particuliers comprennent les Vietnamiens, les Laotiens, les Haïtiens, les Somalis, les Russes et les Européens de l'Est, les Afghans et les Bosniaques.

Les différences culturelles influent sur l'épidémiologie des maladies et la santé mentale, le processus d'acculturation, les problèmes spécifiques des personnes âgées, la possibilité d'erreurs de diagnostic et la disparité des évolutions.²²⁻²⁴ Consacrez quelques minutes à revoir les composantes de la conscience de soi nécessitée par la compétence culturelle discutée au chapitre 2 (p. 55-56). Apprenez les différentes façons culturelles de montrer du respect aux anciens et utilisez des modes de communication non verbale appropriés. Par exemple, le contact oculaire direct et la poignée de main peuvent ne pas être culturellement adéquats. Identifiez les expériences critiques qui influent sur les conceptions et le psychisme du patient et qui découlent de son origine géographique ou de son passé migratoire. Enquêtez-vous de conseillers spirituels et de guérisseurs traditionnels.

Les valeurs culturelles influent particulièrement sur les décisions de fin de vie. Les anciens, la famille et même un groupe communautaire peuvent prendre ces décisions avec ou pour un patient âgé. Un tel groupe de décision est antinomique avec l'autonomie du patient et le consentement éclairé que beaucoup de soignants valorisent, espèrent et supposent être forcément désirés par tous.²¹ Il importe d'être réceptif aux stress de l'immigration et de l'acculturation, d'utiliser efficacement des traducteurs (voir p. 45), d' enrôler des « pilotes du patient » issus de la famille et de la communauté et de recourir à des instruments d'évaluation validés culturellement, comme l'Échelle de dépression gériatrique pour soigner avec empathie les sujets âgés.²³

POINTS IMPORTANTS DANS L'ÉVALUATION DE SYMPTÔMES FRÉQUENTS OU INQUIÉTANTS

Inquiétudes fréquentes

- Activités de la vie quotidienne
- Activités instrumentales de la vie quotidienne
- Traitements
- Nutrition
- Douleur aiguë et chronique
- Tabac et alcool
- Directives anticipées et soins palliatifs

Comme nous l'avons vu, les symptômes du sujet âgé peuvent avoir plusieurs significations et interactions, comme dans les syndromes gériatriques. Recherchez la signification de ces symptômes comme vous le feriez pour n'importe quel patient, et revoyez les parties sur les symptômes fréquents ou inquiétants dans les chapitres précédents. Pour les sujets âgés, replacez ces symptômes dans le contexte de votre évaluation fonctionnelle globale.

Plusieurs points justifient une attention particulière pendant que vous recueillez l'anamnèse. Abordez ces points avec tact et minutie, en ayant pour objectif de permettre au patient âgé de maintenir un bien-être et un niveau fonctionnel optimaux.

Activités de la vie quotidienne. Savoir comment les sujets, particulièrement ceux qui ont des maladies chroniques, se comportent dans leurs activités quotidiennes est essentiel et vous donnera un important point de référence pour le futur. En premier lieu, évaluez la capacité du patient à s'occuper de lui-même. Interrogez-le sur sa capacité à exécuter les *activités de la vie quotidienne (AVQ)* – c'est-à-dire à s'occuper de lui-même – puis interrogez-le sur sa capacité à accomplir les *activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)* énumérées ci-dessous. Est-ce que le patient peut exécuter ces activités de façon indépendante ? A-t-il besoin d'un peu d'aide ou est-il totalement dépendant ?

Vous pouvez commencer par une question ouverte telle que : « Racontez-moi une journée type ? ou « Racontez-moi votre journée d'hier ? », puis amenez le récit à un niveau plus détaillé. « Vous vous réveillez à 8 heures ? Comment se passe le lever ? Que faites-vous ensuite ? » Demandez ce qui a changé, qui est disponible pour aider et qui aide réellement. Rappelez-vous que l'évaluation de la sécurité du patient fait partie de vos priorités.

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE ET ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Activités physiques de la vie quotidienne (AVQ)

Se laver
S'habiller
Faire sa toilette
Se déplacer
Être continent
Se nourrir
Gérer son argent

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

Se servir du téléphone
Faire ses courses
Préparer ses repas
Tenir la maison
Laver le linge
Utiliser les moyens de transport
Prendre ses médicaments

Traitements. Les statistiques sur les prescriptions de médicaments servent de rationnel pour obtenir une anamnèse complète des médicaments.³ Environ 80 % des sujets âgés ont au moins une maladie chronique et prennent au moins un médicament sur prescription chaque jour. Les adultes de plus de 65 ans sont l'objet d'environ 30 % de toutes les prescriptions. Approximativement 30 % d'entre eux prennent plus de huit médicaments prescrits par jour ! Les sujets âgés sont victimes de plus de 50 % des effets indésirables des médicaments motivant une hospitalisation, ce qui reflète des modifications pharmacologiques dans la distribution, le métabolisme et l'élimination des médicaments, qui les classent dans le risque élevé.

Prenez une anamnèse complète des traitements, avec le nom, la posologie, le nombre de prises et l'indication de tous les médicaments. Étudiez bien toutes les composantes d'une polymédication, y compris la prescription non optimale, l'utilisation concomitante de plusieurs médicaments, la sous-utilisation, l'utilisation non appropriée et la non-observance. Recherchez l'utilisation de médicaments non prescrits, de suppléments vitaminiques et nutritionnels, de produits

modifiant l'humeur tels que les stupéfiants, les benzodiazépines et les drogues douces. Recherchez des interactions médicamenteuses. Faites particulièrement attention quand vous traitez une insomnie, qui survient chez environ 40 % des sujets âgés. Rappelez-vous que les traitements sont les plus fréquents des facteurs de risque de chute sur lesquels on peut avoir une action. Revoyez les stratégies pour éviter les polymédications avec vos enseignants. Il est sage de réduire au minimum le nombre des médicaments prescrits. Apprenez les interactions médicamenteuses et les médicaments contre-indiqués chez les sujets âgés.^{25, 26}

Nutrition. Chez les sujets âgés, il est particulièrement important de préciser le régime alimentaire et d'utiliser le « Estimation rapide des apports » (p. 115) et la « Checklist du dépistage nutritionnel » (p. 117). La prévalence de la sous-alimentation augmente avec l'âge ; elle touche 5 à 10 % des patients externes très âgés et 30 à 50 % des vieillards hospitalisés.²⁷ Ceux qui sont atteints de maladies chroniques sont particulièrement à risque, surtout s'ils ont une mauvaise dentition, des troubles buccaux ou gastro-intestinaux, une dépression ou une autre maladie psychiatrique et des traitements qui perturbent l'appétit ou la sécrétion salivaire. Pour les sujets très âgés trop maigres, qui ne donnent que des renseignements limités, l'albuminémie est un facteur de risque indépendant de toutes les causes de mortalité.²⁸

Douleur aiguë et chronique. La douleur et les plaintes qui l'accompagnent motivent 80 % des consultations. La prévalence de la douleur peut atteindre 25 à 50 % chez les adultes vivant chez eux et 40 à 80 % chez ceux résidant en maison de retraite. La douleur est habituellement d'origine musculo-squelettique, dorsale ou articulaire.²⁹ Les céphalées, les névralgies du diabète et du zona, les douleurs nocturnes des membres inférieurs et les douleurs cancéreuses sont également fréquentes. Les patients âgés expriment plus rarement leur douleur, ce qui conduit à une souffrance excessive, une dépression, un isolement social, un handicap physique et une perte de fonction.

■ Caractéristiques de la douleur aiguë et chronique

Douleur aiguë	Douleur chronique
Début net	Dure plus de 3 mois
Pathologie évidente	Souvent associée à des altérations psychologiques ou fonctionnelles
Durée brève	Peut varier dans le temps, en qualité et en intensité
Causes fréquentes : postopératoire, traumatisme, céphalées	Causes fréquentes : arthrite, cancer, claudication, crampes des membres inférieurs, névrite, radiculite

Source : Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, et al. *Geriatrics at Your Fingertips* : 2004, 6th ed. p. 119. Malden, MA : Blackwell Publishing, Inc., for the American Geriatrics Society, 2004.

Posez des questions sur la douleur, à présent considérée comme le « cinquième signe vital », chaque fois que vous rencontrez un sujet âgé. Demandez explicitement : « Avez-vous des douleurs actuellement ? En avez-vous eu la semaine passée ? » Apprenez à distinguer la douleur aiguë de la douleur chronique et recherchez-en la cause. Plusieurs échelles de douleur uni-

et multidimensionnelles sont disponibles. Les échelles unidimensionnelles, telles que l'Échelle analogique visuelle, les images graphiques et l'Échelle verbale de 0 à 10 sont toutes validées et, de plus, plus faciles à utiliser.²⁹ Étudiez les différentes façons de soulager la douleur et les analgésiques qui conviennent le mieux aux personnes âgées.

Tabac et alcool. Fumer est nocif à tout âge. À chaque consultation, incitez les fumeurs âgés à s'arrêter de fumer. L'engagement à s'arrêter de fumer peut être long à obtenir mais c'est un élément important pour réduire les risques de maladie cardiaque, de maladie pulmonaire, de cancer et de perte de fonction.

On estime que 5 à 10 % des adultes de plus de 65 ans ont des problèmes liés à l'alcool.³⁰ La prévalence de l'alcoolisme sur toute une vie chez les adultes de plus de 65 ans vivant chez eux va de 4 à 8 %. Chez les patients plus âgés, à l'hôpital, aux urgences et en cabinet, les taux d'alcoolisme atteignent respectivement 21 %, 24 % et 36 % ; ils expliquent environ 1 % des hospitalisations dans cette tranche d'âge.³¹ On prévoit que le nombre des gens âgés ayant des problèmes de boisson va augmenter avec le vieillissement de la population dans les années à venir. Malgré la prévalence des problèmes d'alcool chez les vieillards, les taux de détection et de traitement sont faibles.

Utilisez le questionnaire CAGE pour découvrir un problème de boisson. Quoique les symptômes et les signes soient plus discrets chez les sujets âgés, ce qui rend la détection plus difficile, les quatre questions CAGE (voir p. 50) restent sensibles et spécifiques dans cette tranche d'âge, si on utilise une valeur seuil de 2.^{30, 31}

Directives anticipées et soins palliatifs. Beaucoup de patients âgés manifestent de l'intérêt pour exprimer leurs volontés pour les décisions de fin de vie et aimeraient trouver des interlocuteurs pour en discuter avant l'apparition d'une maladie grave.³² La planification des soins à l'avance suppose plusieurs tâches : informer, évoquer les préférences du patient, identifier les personnes de confiance et manifester de l'empathie et du soutien. Utilisez un langage clair et simple. Vous pouvez ouvrir cette discussion en rattachant ces décisions à la maladie actuelle ou à des expériences concernant des parents ou des amis. Questionnez le patient sur ses préférences concernant les ordres écrits de « ne pas ressusciter », qui spécifient les mesures de suppléance des fonctions vitales « si le cœur ou les poumons s'arrêtaient de fonctionner ». Puis incitez-le à désigner par écrit une personne de confiance ou à donner un pouvoir à un homme de loi pour les soins médicaux, « quelqu'un qui pourrait prendre des décisions correspondant à vos volontés en cas de confusion ou d'urgence ». Ces conversations, difficiles au début, témoignent de votre respect et de votre souci des patients et permettent à ceux-ci et à leurs familles de se préparer ouvertement et à l'avance à une mort paisible.³³ Il vaut mieux avoir ces discussions dans un cabinet médical plutôt que dans le cadre stressant et incertain de l'urgence et des soins aigus.

Pour les patients à un stade avancé ou terminal d'une maladie, incluez ces discussions dans le plan global des soins palliatifs. Le but des soins palliatifs est de « soulager la souffrance et d'améliorer la qualité de vie de ces patients et de leurs familles grâce à une connaissance et des compétences spécifiques, comprenant la communication avec le patient et ses parents, la prise en charge de la douleur et des autres symptômes, le soutien psychosocial, spiri-

tuel et comportemental, et la coordination de tous les services médicaux et sociaux »³⁴. Pour soulager la détresse du patient et de sa famille, il est très important de perfectionner vos capacités de communication : établir un contact oculaire, poser des questions ouvertes, réagir à l'anxiété, à la dépression ou aux changements d'affect du patient, et montrer de l'empathie.

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils chez les sujets âgés

- Quand dépister
- Vision et audition
- Exercice physique
- Vaccinations
- Sécurité à la maison
- Dépistage du cancer
- Dépression
- Démence
- Mauvais traitements

Avec l'allongement de la durée de vie dans les années 1980, de nouveaux problèmes de dépistage sont apparus. Étant donné l'hétérogénéité de la population âgée, des principes directeurs pour décider de qui pourrait profiter du dépistage et quand celui-ci pourrait être arrêté sont utiles, notamment en raison du manque de faits pour décider d'un dépistage. Trois facteurs doivent être pris en considération : l'espérance de vie, le temps nécessaire pour tirer profit du dépistage et la préférence du patient.³⁵ Si l'espérance de vie est brève, l'*American Geriatrics Society* recommande de donner la priorité au traitement des affections dans l'intérêt du patient pour le temps qu'il lui reste à vivre. Envisagez de remettre le dépistage s'il fait peser une charge sur un sujet âgé ayant plusieurs problèmes médicaux, une espérance de vie courte ou une démence. Les examens complémentaires utiles au pronostic et au projet restent cependant justifiés, même si le patient ne désire pas de traitement.³⁶

Le dépistage des changements *visuels* et *auditifs* liés à l'âge est important pour permettre aux sujets âgés de conserver une fonction optimale ; il fait partie du « Dépistage gériatrique en 10 minutes » (voir p. 858).³⁷ Testez la *vision* objectivement avec une planche de Snellen. Demandez au patient s'il a un *déficit auditif* puis faites un test de la voix chuchotée et, si c'est indiqué, d'autres tests auditifs (voir p. 191).

Recommandez une *activité physique* aérobie régulière pour améliorer la force et la capacité aérobie, augmenter les réserves physiologiques, améliorer les niveaux d'énergie pour les AVQ et retarder l'installation d'un handicap. Les exercices d'endurance et le Taï Chi peuvent être très utiles pour améliorer l'équilibre, combattre les effets négatifs de l'inactivité sur la maladie cardiovasculaire et l'arthrite et stimuler la guérison des maladies chroniques. Les programmes d'exercice peuvent commencer par une marche rapide. Les kinésithérapeutes peuvent faire des recommandations plus adaptées.

Les *vaccinations* doivent comprendre le vaccin antipneumococcique une fois après 65 ans et le vaccin antigrippal chaque année à partir de 65 ans. Les sujets

âgés non vaccinés contre le tétanos doivent recevoir la première série de trois doses de vaccin. Les sujets âgés vaccinés doivent eux recevoir une dose de renforcement du vaccin antitétanique tous les 10 ans.

Contrôlez la *sécurité de la maison* des sujets âgés. Un éclairage insuffisant, des chaises trop hautes, des surfaces irrégulières ou glissantes et les dangers de l'environnement peuvent être facilement rectifiés. Les contentions doivent être évitées autant que possible.

Le *dépistage de certains cancers* est controversé compte tenu des faits limités en faveur de son utilisation chez les adultes de plus de 70-80 ans. L'*American Geriatrics Society* recommande une mammographie annuelle ou bisannuelle pour le dépistage du cancer du sein jusqu'à 75 ans, puis tous les 2 à 3 ans si l'espérance de vie est supérieure à 4 ans. Bien que la prévalence du cancer du col utérin ait diminué aux États-Unis, 40 à 50 % des morts dues à ce cancer concernent des femmes de plus de 65 ans. Faites des frottis cervicaux tous les 1 à 3 ans jusqu'à 65-70 ans s'il n'y a pas d'antécédent de pathologie cervicale. Une colonoscopie est recommandée pour dépister le cancer du côlon tous les 10 ans à partir de 50 ans. Cet examen est lourd pour nombre de patients âgés, qui le refusent malgré sa recommandation. Revoyez la discussion de la colonoscopie, de la recherche de sang microscopique dans les selles et les pièges du dosage du PSA (*Prostate-Specific Antigen*) et du toucher rectal (p. 462-463). Le dépistage du cancer du poumon et du cancer de l'ovaire n'est pas recommandé. Recherchez un cancer de la peau et un cancer buccal chez les patients à risque élevé.³⁸

La *dépression* affecte fréquemment les sujets âgés mais elle est sous-diagnostiquée et sous-traitée. Une réponse positive à la question : « Vous sentez-vous souvent triste ou déprimé ? » a une sensibilité et une spécificité d'environ 80 % et doit déclencher une exploration plus poussée, possiblement avec l'Échelle de dépression gériatrique. Les hommes déprimés de plus de 65 ans ont un risque accru de suicide ; ils nécessitent une évaluation soigneuse.

La *démence*, une « altération globale des fonctions cognitives qui perturbe les activités normales », touche 16 % des Américains de plus de 65 ans.³⁹ Les caractéristiques principales en sont les troubles de la mémoire à court et à long terme et les troubles du jugement. Les mécanismes de la pensée sont appauvris, le langage peut être hésitant par suite de la difficulté à trouver les mots. La perte du sens de l'orientation peut rendre les déplacements à pied ou en voiture problématiques, voire dangereux. La plupart des démences sont représentées par la maladie d'Alzheimer (50 à 85 %) et la démence vasculaire due à des infarctus multiples (10 à 20 %). Recherchez une maladie d'Alzheimer chez les patients qui ont des antécédents familiaux parce que leur risque est trois fois plus élevé que dans la population générale.

La démence a souvent un début insidieux et peut échapper à la vigilance de la famille et des cliniciens notamment au stade de début, où l'*atteinte cognitive est discrète*. Recherchez des problèmes de mémoire, plus tard des changements des fonctions cognitives ou des AVQ. Écoutez les plaintes de la famille concernant des comportements nouveaux ou inhabituels. L'Examen de l'état mental minimal peut être utile, encore que le niveau d'éducation et des variables culturelles, comme le langage, puissent influencer sur les scores. Si vous identifiez des changements cognitifs, recherchez des facteurs prédisposants comme les traitements, la dépression, les troubles métaboliques ou d'autres affections médicales ou psychiatriques. Informez les familles des patients déments du risque de comportements perturbateurs, d'accidents, de chutes et sur l'arrêt de la conduite

automobile. Discutez des dispositions légales, telles que le mandat d'un homme de loi ou les directives à l'avance tant que le patient peut encore participer à la prise de décision. On peut trouver des outils utiles pour évaluer la perte de mémoire et la dépression sur le site www.americangeriatrics.org/education/ppep_index.shtml.

Enfin, envisagez un dépistage de possibles *mauvais traitements aux vieillards*, qui comprennent l'abus, la négligence, l'exploitation et l'abandon. La dépression, la démence et la malnutrition en sont des facteurs de risque indépendants. La prévalence des mauvais traitements aux vieillards est d'environ 1 à 5 % des personnes âgées ; mais cette statistique repose seulement sur les cas signalés par les victimes elles-mêmes et beaucoup de cas peuvent ne pas être détectés. Bien qu'il existe plusieurs outils de dépistage, aucun d'entre eux, pris isolément, ne s'est imposé comme moyen d'évaluation et de diagnostic rapide et précis de cet important problème.

TECHNIQUES D'EXAMEN

Comme vous l'avez compris, l'évaluation du sujet âgé ne suit pas le format traditionnel de l'anamnèse et de l'examen physique. Elle exige des techniques renforcées d'interrogatoire mettant l'accent sur l'activité et les sujets clés de la santé des personnes âgées et un centrage sur l'évaluation fonctionnelle, au cours de l'examen physique. En raison de son importance pour la santé des sujets âgés et de l'ordre de votre évaluation, cette partie commence par l'évaluation de l'état fonctionnel : les « six signes vitaux ». Elle parle de l'évaluation du risque de chutes, l'une des plus grandes menaces pour la santé et le bien-être des vieillards. Puis elle envisage l'examen physique « de la tête aux pieds », en l'adaptant au sujet âgé.

ÉVALUATION DE L'ÉTAT FONCTIONNEL : ■ LES « SIX SIGNES VITAUX »

Au cours de l'évaluation des sujets âgés, le clinicien accorde une valeur particulière au maintien de la santé et du bien-être du patient. Dans un sens, toutes les consultations sont des occasions pour promouvoir la santé et donner des conseils pour maintenir l'autonomie du patient et un niveau fonctionnel optimal. Même si les objectifs spécifiques des soins sont variables, un centre d'intérêt primordial est la conservation de l'état fonctionnel du patient, les « six signes vitaux ». L'état fonctionnel signifie la capacité à effectuer des tâches et à remplir des rôles sociaux de complexité plus ou moins grande dans la vie de tous les jours.⁴² Comme dit dans la partie sur l'examen général (p. 861), l'évaluation de l'état fonctionnel commence dès l'entrée du patient dans la pièce. Plusieurs outils d'évaluation bien validés et peu consommateurs de temps peuvent être utiles pour cette approche.

Évaluation de la capacité fonctionnelle. Les déficits fonctionnels sont reconnus à présent comme de meilleurs éléments prédictifs de la mortalité et de l'évolution du patient après hospitalisation que les diagnostics d'admission.⁴³ Plusieurs outils d'évaluation fondés sur les performances sont disponibles. L'outil de dépistage de la page 858 est bref, interactif et facile à utiliser par le personnel d'un cabinet médical. Il couvre aussi les trois domaines

importants de l'évaluation gériatrique : les fonctions physiques, cognitives et psychosociales. Notez qu'il aborde la vision et l'audition, les deux sens clés, et qu'il comprend des questions sur l'incontinence urinaire, un problème souvent caché, qui retentit grandement sur les relations sociales et l'estime de soi chez les vieillards. Un moyen mnémotechnique qui permet aux étudiants de retenir les causes d'incontinence est DIAPERS (« couches » en anglais) : **D**élire, **I**nfection, urétrite/vaginite **A**trophique, produits **P**harmaceutiques, débit urinaire **E**xcessif (c'est-à-dire insuffisance cardiaque congestive, hyperglycémie), mobilité **R**estreinte, encombrement **S**tercoral.⁴⁴

■ Dépistage gériatrique en 10 minutes

Problème	Mesure de dépistage	Dépistage positif
Vision	Deux temps : Demandez : « Avez-vous du mal à conduire, ou à regarder la télévision, ou à lire, ou à accomplir l'une ou l'autre de vos activités quotidiennes à cause de votre vue ? » Si oui, testez alors chaque œil avec une planche de Snellen, chez le patient muni de ses verres correcteurs.	Une réponse par oui et une acuité visuelle $\leq 5/10$
Audition	Utilisez un audiomètre réglé à 40 dB et testez l'audition aux fréquences de 1 000 et 2 000 Hz.	Incapacité d'entendre à 1 000 et/ou 2 000 Hz d'un ou des deux côtés
Mobilité des membres inférieurs	Chronométrez le patient après lui avoir demandé : « Levez-vous de la chaise, parcourez rapidement 6 mètres, faites demi-tour, retournez à votre chaise et asseyez-vous. »	Incapacité d'accomplir le tout en moins de 15 secondes
Incontinence urinaire	Deux temps : Demandez : « Au cours de l'année écoulée, avez-vous perdu des urines et vous êtes-vous mouillé ? » Si oui, demandez alors : « Avez-vous perdu des urines au moins 6 fois, à des dates distinctes ? »	Oui aux deux questions
Nutrition/ Perte de poids	Deux temps : Demandez : « Avez-vous maigri de 5 kg au cours des 6 derniers mois, sans faire de régime ? » Pesez le patient	Oui à la question ou poids < 45 kg
Mémoire	Se rappeler 3 items	Incapacité de se rappeler les 3 items au bout de 1 minute
Dépression	Demandez : « Vous sentez-vous souvent triste ou déprimé ? »	Oui à la question
Handicap physique	Six questions : « Êtes-vous incapable de... : « Faire des activités fatigantes telles qu'une marche rapide ou du vélo ? » « Faire des gros travaux dans la maison, comme laver les vitres, les murs ou les sols » « Aller acheter de l'alimentation ou des vêtements ? » « Aller dans des endroits éloignés ? » « Vous laver avec une éponge, prendre un bain ou vous doucher ? » « Vous habiller, c'est-à-dire enfiler une chemise, fermer des boutons, tirer une fermeture éclair ou vous chausser ? »	Oui à n'importe quelle question

Source : Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly : clinical confirmation of a screening instrument. Am J Med 100 : 438-440, 1996.

Évaluation plus poussée des chutes. Quantité de faits établissent un lien entre les chutes et la morbidité et la mortalité des personnes âgées. Chaque année, environ 35 à 40 % des sujets âgés bien portants vivant à domicile font des chutes. L'incidence à l'hôpital et en maison de retraite est presque le triple, avec des blessures dans approximativement 25 % des cas. La perte de confiance par peur de tomber et le syndrome d'anxiété après chute altèrent encore plus l'état fonctionnel même après guérison.^{44, 45}

L'*American Geriatrics Society* recommande d'évaluer les facteurs de risque de chute au cours des consultations systématiques en soins primaires, et de renforcer l'évaluation dans les groupes à risque élevé – ceux qui ont fait une ou plusieurs chutes, les pensionnaires des maisons de retraite et ceux qui ont tendance à se blesser en tombant. Cette société a publié un algorithme pour évaluer et prendre en charge les chutes. Les évaluations des chutes doivent comprendre des détails sur les circonstances de survenue de la chute, recueillis notamment auprès des témoins, l'identification des facteurs de risque, les comorbidités, l'état fonctionnel, les dangers environnementaux, en même temps que des actions préventives.⁴⁵ Les interventions efficaces comprennent les exercices de marche et d'équilibre, les exercices de musculation, la réduction des dangers domestiques, l'arrêt des médicaments psychotropes et l'évaluation multifactorielle avec des interventions ciblées. Des stratégies supplémentaires utiles consistent à rechercher une hypotension orthostatique, une maladie aiguë intercurrente, à réduire les traitements à moins de quatre, à détecter une neuropathie sensitive ou une altération de la proprioception, à explorer tout épisode de syncope, à éduquer le patient et sa famille, à traiter une ostéoporose et à utiliser éventuellement des protections de hanche.⁴⁶ On trouvera les recommandations de l'*American Geriatrics Society* sur l'évaluation et les actions multifactorielles dans le schéma « Prévention des chutes chez les sujets âgés », p. 860.

Revoyez les outils faciles à utiliser par les cliniciens sur les chutes et l'incontinence urinaire sur le site Web indiqué p. 872.

Le poids et la taille sont très importants chez les vieillards et nécessaires au calcul de l'indice de masse corporelle. Il faut peser les patients à chaque consultation.

Un poids faible est un indicateur clé d'une dénutrition.

La dénutrition se voit dans la dépression, l'alcoolisme, les troubles cognitifs, les cancers, les insuffisances viscérales chroniques (cardiaque, rénale, pulmonaire), la consommation de médicaments, l'isolement social et la pauvreté.

Peau. Notez les changements physiologiques du vieillissement tels que l'amincissement, la perte du tissu élastique et du turgor, et la formation de rides. La peau peut être sèche, squameuse, rugueuse et souvent prurigineuse (*astéatose*), avec un réseau de fissures qui la découpent en une mosaïque de petits polygones, notamment sur les jambes.

Recherchez des changements de couleur en plaques. Vérifiez la face d'extension des mains et des avant-bras à la recherche de plaques dépigmentées, blanchâtres (*pseudo-cicatrices*) et de macules ou de plaques violet vif, bien délimitées, qui s'effacent en plusieurs semaines (*purpura sénile*).



PURPURA SÉNILE

Recherchez des lésions dues à l'exposition au soleil. Des zones de peau peuvent apparaître hâlées, épaissies, jaunies et profondément plissées ; il peut y avoir un *lentigo sénile* (ou taches hépatiques), une *kératose sénile*, des papules superficielles planes, surmontées d'une squame sèche (p. 142).

Inspectez la peau à la recherche de lésions bénignes liées au vieillissement, à savoir des *comédons* ou points noirs sur les joues ou autour des yeux, des *taches rubis* (p. 141), qui apparaissent souvent précocement à l'âge adulte, une *kératose séborrhéique*, des lésions jaunâtres surélevées qui semblent grasses et veloutées ou verruqueuses (p. 142).

Recherchez des lésions vésiculeuses douloureuses à topographie métamérique.

Chez les patients âgés alités, inspectez la peau à la recherche de lésions ou d'ulcérations, notamment s'ils sont cachectiques ou neurologiquement atteints.

Distinguez ces lésions d'un *épithélioma basocellulaire*, un nodule translucide qui s'étend et se déprime en son centre en gardant une bordure surélevée et ferme, et d'un *épithélioma spinocellulaire*, une lésion rougeâtre ferme, qui se forme souvent sur une zone exposée au soleil (p. 142). Une lésion asymétrique, surélevée et foncée, avec des bords irréguliers peut être un *mélanome*.

Soupçonnez un *zona*, réactivation du virus varicelle-zona dans les ganglions rachidiens. Le risque augmente avec l'âge et l'altération de l'immunité cellulaire.⁵⁶

Les *escarres* peuvent être dues à l'oblitération des capillaires et artérioles se dirigeant vers la peau ou à des forces de cisaillement (draps, position assise in Voir tableau 5-11

TYONG. Menez une évaluation minutieuse et complète de la tête et du cou, telle qu'elle a été détaillée au chapitre 6.

Inspectez les paupières, les orbites osseuses et les yeux. L'œil peut sembler plus enfoncé du fait de l'atrophie de la graisse autour du globe oculaire. Recherchez un *ptosis sénile* dû à la faiblesse du releveur de la paupière, au relâchement de la peau et à l'augmentation du poids de la paupière supérieure. Vérifiez les paupières inférieures à la recherche d'un *ectropion* ou d'un *entropion* (p. 213). Notez le jaunissement des sclérotiques et l'*arc sénile* (gérontoxon), un anneau blanchâtre autour du limbe cornéen (p. 216).

Testez l'acuité visuelle avec une planche de Snellen portative ou murale. Notez une *presbytie*, c'est-à-dire la perte de la vision de près due à la diminution de l'élasticité du cristallin avec l'âge.

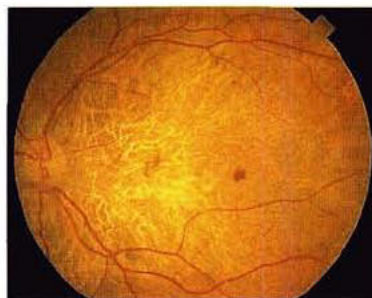
Les pupilles doivent réagir à la lumière et à l'accommodation. Sauf une atteinte possible du regard vers le haut, la motricité oculaire extrinsèque doit rester intacte.

Avec votre ophtalmoscope, examinez soigneusement les cristallins et les fonds d'yeux.

Inspectez soigneusement les cristallins à la recherche d'opacités. Ne comptez pas seulement sur le reflet lumineux parce que le cristallin peut sembler clair en superficie.

Chez les sujets âgés, les fonds d'yeux perdent leur éclat et leurs reflets lumineux juvéniles, et les artères semblent rétrécies, plus pâles, plus droites et moins brillantes. Appréciez le rapport excavation de la papille/papille, habituellement $\leq 1/2$.

Inspectez les fonds d'yeux à la recherche de corps colloïdes entraînant des altérations de la pigmentation, appelés *druses*.



Plus de 40 millions d'Américains ont des vices de réfraction.

Les cataractes, le glaucome et la dégénérescence maculaire deviennent plus fréquents avec l'âge.⁵⁷

Les cataractes sont la première cause de cécité de par le monde. Les facteurs de risque comprennent : le tabagisme, l'exposition à la lumière (UV-B), l'alcoolisme, le diabète, certains traitements (dont les corticoïdes) et les traumatismes. Voir tableau 6-8, p. 216.

Un rapport excavation de la papille/papille supérieur évoque un *glaucome* à angle ouvert, dû à une névrite optique irréversible, qui entraîne la perte de la vision centrale et périphérique et une cécité. La prévalence en est trois à quatre fois plus élevée chez les Afro-Américains que dans la population générale.

La *dégénérescence maculaire* provoque une mauvaise vision centrale et une cécité. Elle peut être *sèche, atrophique* (plus fréquente mais moins grave), ou *humide, exsudative*, avec prolifération vasculaire. Les druses peuvent être dures et bien délimitées ou molles et confluentes, avec une pigmentation altérée (voir ci-contre et p. 189).

Testez l'audition en bouchant une oreille et en utilisant la technique de la voix chuchotée (voir p. 191) ou un audiomètre.⁵⁸ Examinez les conduits auditifs externes à la recherche de cérumen.

Examinez la cavité buccale : odeur, aspect de la muqueuse des gencives, caries, mobilité des dents, volume de salive. Inspectez attentivement à la recherche de lésions de la muqueuse buccale. Demandez au patient d'enlever ses prothèses dentaires afin de rechercher des lésions gingivales.

L'ablation du cérumen améliore souvent brusquement l'audition.

Une *mauvaise odeur* peut être due à une mauvaise hygiène buccale ou parodontite, à des caries. Une *gingivite* peut être due à une maladie desmodontale. La plaque dentaire et l'excavation peuvent entraîner des caries. Une mobilité accrue des dents, du fait d'abcès ou de caries évoluées, justifie leur ablation, pour éviter une inhalation. Une diminution de la salivation peut résulter de certains traitements, d'une irradiation, du syndrome de Sjögren ou d'une déshydratation. Les lésions peuvent être dues à des *tumeurs buccales*, habituellement sur les bords de la langue et sur le plancher buccal.⁵⁹

Continuez par l'examen habituel de la glande thyroïde et des ganglions cervicaux.

Thorax et poumons. Faites l'examen habituel, en prenant note des signes discrets de changement de la fonction pulmonaire.

Une augmentation du diamètre antéropostérieur du thorax, une respiration avec les lèvres pinçées, une dyspnée en parlant ou pour un effort minime évoquent une *maladie pulmonaire chronique obstructive*.

Appareil cardiovasculaire. Revoyez les mesures de la pression artérielle et la fréquence cardiaque.

Une hypertension systolique isolée et un élargissement de la PA différentielle sont des facteurs de risque cardiaque, qui doivent faire rechercher une *hypertrophie ventriculaire gauche (HVG)*.

Comme pour les adultes plus jeunes, commencez par inspecter la PVJ, palper le pouls carotidien et ausculter les carotides à la recherche de souffles.

Une *aorte athéroscléreuse sinueuse* peut élever la pression dans les veines jugulaires gauches en gênant le retour du sang dans l'oreillette droite. Elle peut aussi entraîner une coudure de la carotide, dans sa partie basse à droite, principalement chez les femmes hypertendues, qui peut être prise pour un anévrisme carotidien.

Appréciez le choc de la pointe puis auscultez les bruits du cœur : B₁, B₂ et, éventuellement, les bruits surajoutés, B₃ et B₄.

En commençant par le deuxième espace intercostal droit, recherchez des souffles cardiaques en écoutant tous les foyers d'auscultation (voir p. 309). Décrivez le temps, la forme, la localisation du maximum d'intensité, l'irradiation, l'intensité, la hauteur et la qualité de tout souffle que vous détectez.

Pour les souffles systoliques claviculaires, recherchez un retard du pouls radial par rapport au pouls huméral.

Seins et aisselles. Palpez soigneusement les seins à la recherche de grossseurs ou de masses. Palpez également le prolongement axillaire. Recherchez une adénopathie axillaire.

Abdomen. Faites l'examen habituel de l'abdomen. Recherchez des souffles sur l'aorte, les artères rénales, les artères fémorales. Inspectez la partie supérieure de l'abdomen ; palpez à gauche de la ligne médiane pour

Les souffles carotidiens du vieillard justifient des explorations à la recherche d'une sténose carotidienne, qui peut entraîner un AVC du même côté.

Choc de la pointe prolongé dans l'HVG ; choc de la pointe diffus dans l'insuffisance cardiaque congestive (voir p. 311).

Chez les sujets âgés, un B₃ évoque une dilatation du ventricule gauche, due à une insuffisance cardiaque congestive ou à une cardiomyopathie ; un B₄ accompagne souvent l'hypertension artérielle.

Un souffle cardiaque systolique crescendo-decrescendo dans le deuxième espace intercostal droit évoque une sclérose aortique ou un rétrécissement aortique, qui se rencontrent chez respectivement environ 30 % et 2 % des vieillards vivant chez eux. Ces deux affections comportent un risque de maladie cardiovasculaire et de mort.⁶⁰

Le retard du pouls radial sur le pouls huméral, quand ces pouls sont palpés (mais pas comprimés) simultanément, traduit un rétrécissement aortique.⁶¹

Un souffle holosystolique rude à la pointe évoque une insuffisance mitrale, fréquente chez le vieillard.

Des grosseurs ou des masses chez des femmes âgées et, exceptionnellement, chez des hommes âgés, justifient une exploration à la recherche d'un possible cancer.

On peut entendre des souffles dans la maladie vasculaire athéroscléreuse.

décélérer des pulsations aortiques. Essayez d'apprécier la largeur de l'aorte en appuyant plus profondément avec une main de chaque côté de ses bords (voir p. 385-386).

Organes génitaux et bassin de la femme.⁶²⁻⁶⁴ Expliquez soigneusement les étapes de l'examen et prenez le temps de bien installer la patiente. Demandez à une assistante d'aider la femme âgée à monter sur la table d'examen puis à se mettre en position gynécologique. La surélévation de la tête de la table peut être plus confortable. Pour la femme qui a une arthrite ou des déformations vertébrales et qui ne peut fléchir les hanches ou les genoux, l'assistante peut surélever doucement ses membres inférieurs et les soutenir ou l'aider à se mettre en décubitus latéral gauche.

Inspectez la vulve à la recherche des changements liés à la ménopause tels que l'amincissement de la peau, la dépilation du pubis et le rétrécissement de l'introïtus. Identifiez toute masse des lèvres. Notez que des tuméfactions bleuâtres peuvent être des varicosités. Le bombement de la paroi antérieure du vagin en dessous de l'urètre peut indiquer une urétrocèle ou diverticule urétral.

Recherchez un érythème vulvaire.

Inspectez l'urètre à la recherche de *caroncules*, ou prolapsus muqueux charnus et érythémateux par le méat urétral. Notez toute hypertrophie du clitoris.

Écartez les lèvres, appuyez vers le bas sur l'introïtus pour relâcher les muscles élévateurs et introduisez doucement le spéculum après l'avoir lubrifié avec de l'eau tiède ou un gel hydrosoluble. Si vous constatez une atrophie vaginale importante, une béance de l'introïtus ou un rétrécissement de l'introïtus dû au manque d'œstrogènes, vous devrez modifier la taille du spéculum.

Inspectez les parois vaginales, qui peuvent être atrophiques, et le col. Notez la présence de mucus cervical ou d'un écoulement vaginal ou cervical.

Une aorte élargie et une masse pulsatile peuvent être les signes d'un anévrisme de l'aorte abdominale.

Les masses bénignes comprennent la condylomatose, les fibromes, les léiomyomes et les kystes sébacés. Voir tableau 12-2 : « Bombements et gonflements de la vulve, du vagin et de l'urètre », p. 451.

Un érythème avec des lésions à distance est dû à une infection à *Candida* ; un érythème avec une ulcération ou un centre nécrosé est associé à un carcinome. Des lésions rouges multifocales avec des plaques squameuses blanchâtres sont compatibles avec une maladie de Paget.

L'hypertrophie du clitoris peut se voir au cours de tumeurs sécrétant des androgènes ou de l'emploi de crèmes aux androgènes.

Le mucus cervical avec cristallisation en feuille de fougère traduit une stimulation œstrogénique due à un traitement hormonal substitutif, une hyperplasie de l'endomètre ou des tumeurs sécrétant des œstrogènes.

Utilisez une spatule d'Ayre ou une brosse endocervicale pour faire le frottis cervical. Un prélèvement « à l'aveugle » peut être indiqué si le vagin est trop atrophié.

Après avoir retiré le spéculum, demandez à la patiente de pousser pour détecter un prolapsus utérin, une cystocèle, une urétrocèle ou une rectocèle. Faites le palper bimanuel. Recherchez la mobilité du col et d'éventuelles masses utérines ou annexielles.

Pratiquez l'examen rectovaginal. Recherchez des irrégularités de l'utérus ou des annexes à travers la paroi antérieure du rectum, et des masses rectales. Changez de gants si le gant de la main intravaginale est souillé par du sang, avant de faire un prélèvement de selles.

Organes génitaux masculins et prostate. Examinez le pénis après avoir rétracté le prépuce s'il est présent. Examinez le scrotum, les testicules et les épидидymes.

Pratiquez un toucher rectal, en portant une attention particulière à des masses rectales, des nodules ou des masses de la prostate. Notez que les lobes médian et antérieur de la prostate sont inaccessibles par voie rectale, ce qui limite l'intérêt du toucher rectal à la détection d'une hypertrophie ou d'un éventuel cancer de la prostate.

Système vasculaire périphérique. Auscultez l'abdomen à la recherche de souffles aortiques, rénaux ou fémoraux.

Appréciez la largeur de l'aorte abdominale dans l'épigastre et recherchez une masse pulsatile.

Palpez soigneusement les pouls.

Un écoulement peut accompagner une vaginite ou une cervicite. Voir tableau 12-6 : « Pertes vaginales », p. 454.

Voir tableau 12-7 : « Positions de l'utérus », p. 455, et tableau 12-8 : « Anomalies de l'utérus », p. 456.

La mobilité du col est restreinte par l'inflammation, un cancer, des adhérences postopératoires. Une augmentation de volume des fibromes ou léiomyomes se rencontre dans le *léiomyosarcome malin*. Les ovaires sont palpables en cas de *cancer de l'ovaire*.

Un utérus augmenté de volume, fixé ou irrégulier peut suggérer des adhérences ou un possible cancer. On trouve des masses rectales dans le *cancer du côlon*.

Les trouvailles comprennent le smegma, le cancer du pénis et l'hydrocèle vaginale.

On trouve des masses rectales dans le *cancer du côlon*. L'*adénome prostatique* est lié à l'hypertrophie, le *cancer de la prostate* est possible en cas de nodules ou masses.

On trouve des souffles sur ces vaisseaux dans la *maladie athéroscléreuse*.

Pensez à un *anévrisme de l'aorte abdominale* si la largeur de l'aorte est ≥ 3 cm ou s'il existe une tuméfaction pulsatile, notamment chez des hommes âgés, fumeurs, ayant une maladie coronarienne.

La diminution ou l'abolition des pouls peut indiquer une *occlusion artérielle*. Pensez à la confirmer au cabinet par l'indice cheville-bras. Notez que moins d'un tiers des patients ayant une maladie vasculaire périphérique présente une claudication intermittente.⁶⁵

Appareil locomoteur. Commencez l'évaluation par le dépistage de la page 858. Si vous constatez des déformations articulaires, des limitations de la mobilité ou des douleurs au mouvement, faites un examen plus complet. Revoyez les techniques d'examen de chaque articulation au chapitre 15 : « Appareil locomoteur ».

Système nerveux. Comme pour l'examen musculosquelettique, commencez votre évaluation du système nerveux par le « Dépistage gériatrique en 10 minutes » de la page 858.

Approfondissez l'examen si vous notez des déficits. Concentrez-vous notamment sur la mémoire et l'affect.

Faites aussi très attention à la marche et à l'équilibre, en particulier en station debout ; précisez le temps nécessaire pour faire 8 pas, les caractéristiques du pas (largeur, rythme) et du demi-tour.

Il n'a pas été démontré que les tests neuromusculaires standard permettaient de prédire des atteintes de la mobilité.⁶⁹ De plus, quoique les anomalies neurologiques soient fréquentes chez les personnes âgées, leur prévalence sans maladie identifiable augmente avec l'âge, allant de 30 à 50 %.⁷⁰ Comme exemples d'anomalies liées à l'âge, on peut citer l'inégalité pupillaire, la diminution du balancement et des mouvements spontanés des membres supérieurs, l'augmentation de la rigidité des membres inférieurs et une démarche anormale, la présence du réflexe de la moue et du réflexe de préhension et la diminution de la sensibilité vibratoire des orteils.

Recherchez des trémulations, une rigidité, une bradykinésie, une micrographie, une démarche traînante et des difficultés à se retourner dans le lit, à ouvrir la mâchoire et à se lever d'une chaise.

Changements dégénératifs des articulations dans l'arthrose ; inflammation articulaire dans l'arthrite rhumatoïde et la goutte.

Voir tableaux 15-1 à 15-10.

Apprenez à distinguer le délire de la dépression et de la démence (voir tableau 20-1). Néanmoins, la recherche minutieuse d'une cause sous-jacente est justifiée.

Les anomalies de la démarche et de l'équilibre, en particulier l'élargissement du polygone de sustentation, le ralentissement et l'allongement du pas, et la difficulté à tourner sont corrélées au risque de chute.⁶⁶⁻⁶⁸

Ces trouvailles se rencontrent dans la *maladie de Parkinson*, qui touche 1 % des adultes âgés de 65 ans ou plus, et 2 % de ceux de 85 ans ou plus.⁷¹ Le tremblement parkinsonien est lent et survient au repos ; il ressemble à un émiettement ; il est aggravé par le stress et disparaît pendant le sommeil et lors du mouvement. Le *tremblement essentiel* est bilatéral et symétrique ; il y a souvent des antécédents familiaux ; l'alcool le fait diminuer.

Un clignement des paupières prolongé après percussion de la glabella et une difficulté à la marche talon-pointe du pied sont également fréquents dans la *maladie de Parkinson*.

CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Notez qu'au début vous pouvez faire des phrases pour décrire vos trouvailles, plus tard vous utiliserez des phrases courtes. Le style ci-dessous emploie des phrases convenant à la plupart des rapports écrits. En parcourant cet examen physique, vous remarquerez quelques constatations anormales. Essayez de vous tester. Voyez si vous pouvez les interpréter en fonction de ce que vous avez appris sur l'examen du sujet âgé.

Consigner l'examen physique – Sujet âgé

M. J. est un adulte âgé qui semble bien portant mais amaigri, avec une bonne masse musculaire. Il est alerte et interactif et se rappelle bien de l'histoire de sa vie. Il est accompagné par son fils.

Signes vitaux : Signes vitaux. Taille (sans chaussures) : 1,60 m. Poids (habillé) : 65 kg. IMC = 25. PA = 145/88, au bras droit, couché ; 154/94 au bras gauche, couché. Fréquence cardiaque : 98, régulière. Fréquence respiratoire : 18. Température buccale : 37 °C.

Dépistage gériatrique en 10 minutes (voir p. 858)

Vision : le patient signale des difficultés à lire. Acuité visuelle : 3/10 à la planche de Snellen.

Audition : n'entend pas la voix chuchotée, des deux côtés. N'entend pas l'audiomètre à 1 000 et 2 000 Hz, des deux côtés.

Mobilité des membres inférieurs : peut parcourir rapidement 6 mètres, faire demi-tour, retourner à sa chaise et s'asseoir en 14 secondes.

Incontinence urinaire : a perdu des urines et s'est souillé à 20 reprises.

Nutrition : a perdu 7 kg en 6 mois, sans le vouloir.

Mémoire : se rappelle 3 items après 1 minute.

Dépression : ne se sent pas souvent triste ou déprimé.

Handicap physique : peut marcher rapidement mais ne peut pas faire du vélo. Fait des travaux à la maison, mais pas des travaux lourds. Peut faire ses courses. Va dans des endroits éloignés. Se lave chaque jour sans difficulté. S'habille, boutons et fermeture éclair compris, et se chausse seul.

Examen physique

Peau. Chaude et humide. Pas d'hippocratisme digital ni de cyanose des ongles. Chevelure fine sur le sommet du crâne.

(suite)

Nécessite une évaluation plus poussée pour des lunettes et une aide auditive.

Nécessite une évaluation plus poussée de l'incontinence (voir DIAPERS, p. 858), un examen de la prostate et une mesure du résidu postmictionnel, qui est normalement ≤ 50 mL (ce qui demande un cathétérisme vésical).

Nécessite un dépistage nutritionnel (p. 853).

Envisagez des exercices physiques, pour augmenter la force musculaire.

TYONG. Pas de lésion du cuir chevelu. Crâne de forme normale, pas de traumatisme. Conjonctives roses, sclérotiques ternes. Pupilles de 2 mm, se contractant à 1 mm, rondes, régulières, réagissant à la lumière et à l'accommodation. Motricité oculaire extrinsèque conservée. Papilles optiques à bords nets, sans hémorragies ni exsudats. Rétrécissement artériolaire modéré. Tympan avec triangle lumineux visible. Weber sur la ligne médiane. CA \geq CO. Muqueuse nasale rose. Pas de douleur des sinus. Dentition assez bonne. Présence de caries. Langue médiane, légèrement rouge. Pharynx sans exsudats.

Cou. Souple. Trachée médiane. Lobes thyroïdiens un peu augmentés de volume ; pas de nodules.

Ganglions lymphatiques. Pas d'adénopathie cervicale, axillaire, épitrochléenne ou inguinale.

Thorax et poumons. Thorax symétrique. Présence d'une cyphose. Poumons sonores, avec une bonne expansion. Murmure vésiculaire présent. Coupes diaphragmatiques s'abaissant de 4 cm, des deux côtés.

Cœur et vaisseaux. PVJ à 6 cm au-dessus de l'oreillette droite. Pouls carotidiens vifs ; pas de souffle carotidien. Choc de la pointe net dans le 5^e EIC gauche, à 9 cm de la ligne médiosternale. Souffle holosystolique, apical, rude, II/VI, irradiant dans les aisselles. Pas de B₃, de B₄ ni d'autres souffles.

Abdomen. Abdomen scaphoïde, gargouillant, souple et indolore. Pas de masses ni d'hépatosplénomégalie. Hauteur du foie : 7 cm sur la ligne médioclaviculaire droite ; bord inférieur lisse, palpable juste en dessous du rebord costal. Pas de douleur dans les angles costovertébraux.

Appareil génito-urinaire. Mâle circoncis. Pas de lésions du pénis. Testicules en place des deux côtés, lisses.

Rectum. Pas de masses dans l'ampoule rectale. Selles marron. Recherche de sang microscopique négative.

Membres. Membres chauds, pas œdématiés. Mollets souples.

Vaisseaux périphériques. Pouls 2+ et symétriques.

Appareil locomoteur. Changements dégénératifs discrets au niveau des genoux, avec fonte des quadriceps. Amplitudes articulaires satisfaisantes.

Système nerveux. Bonne orientation temporospatiale. État mental minimal : score de 29. Nerfs crâniens II à XII : RAS. Motricité : diminution de la masse des quadriceps. Tonus normal. Force 4/5 partout. MAR, épreuve doigt-nez normaux. Élargissement du polygone de sustentation. Sensibilité à la piqure, au tact léger, à la position et aux vibrations, normale. Romberg négatif. Réflexes 2+, symétriques. RCP en flexion plantaire.

Bibliographie

RÉFÉRENCES

1. Federal Agency Forum on Aging Related Statistics. Older Americans 2000: Key Indicators of Well-Being. Hyattsville, MD : National Center for Health Statistics, 2000.
2. Fries JF. Measuring and monitoring success in compressing morbidity. Ann Intern Med Suppl 139 (5) : 455, 2003.
3. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 288 (14) : 1775-1779, 2002.
4. Perls TT. Understanding the determinants of exceptional longevity. Ann Intern Med Suppl 139 (5) : 445, 2003.
5. Perls TT, Kunkel LM, Puca AA. The genetics of exceptional human longevity. J Am Geriatr Soc 50 : 359-368, 2002.
6. Rowe JW, Kahn RL. Human aging : usual and successful. Science 237 : 143-149, 1987.

Délire et démence sont des troubles fréquents et très importants qui affectent de nombreux aspects de l'état mental. Tous deux ont beaucoup de causes possibles. Certains traits cliniques de ces deux affections et leurs effets sur l'état mental sont comparés ci-dessous. Un délire peut se surajouter à une démence.

	Délire	Démence
Trait clinique		
<i>Début</i>	Aigu	Insidieux
<i>Évolution</i>	Fluctuante, avec des périodes de lucidité ; aggravation la nuit	Aggravation lente
<i>Durée</i>	De quelques heures à plusieurs semaines	De quelques mois à plusieurs années
<i>Cycle sommeil/éveil</i>	Toujours bouleversé	Sommeil fractionné
<i>Affection médicale ou intoxication médicamenteuse</i>	Souvent présentes	Souvent absentes, notamment dans la maladie d'Alzheimer
État mental		
<i>Niveau de conscience</i>	Perturbé. Sujet moins conscient de son environnement et moins capable de centrer, maintenir ou déplacer son attention	Habituellement normal, jusqu'à un stade avancé de la maladie
<i>Comportement</i>	Activité souvent anormalement diminuée (sommolence) ou augmentée (agitation, hypervigilance)	Normal à lent ; peut devenir inadapté
<i>Parole</i>	Peut être hésitante, lente ou rapide, incohérente	Difficulté à trouver ses mots, aphasie
<i>Humeur</i>	Variable, labile, de craintive ou irritable à normale ou déprimée	Souvent abattue, déprimée
<i>Processus de la pensée</i>	Désorganisés, voire incohérents	Appauvris. Le discours est peu informatif
<i>Contenu de la pensée</i>	Hallucinations fréquentes, souvent transitoires	Des hallucinations peuvent survenir
<i>Perceptions</i>	Illusions, hallucinations, le plus souvent visuelles	Des hallucinations peuvent survenir
<i>Jugement</i>	Altéré, à un degré variable	S'altérant de plus en plus
<i>Orientation</i>	Habituellement perturbée, notamment pour le temps. Un endroit familier peut sembler étranger	Bien conservée, mais s'altère à un stade avancé
<i>Attention</i>	Varie. Distraction facile, incapacité à se concentrer sur des tâches sélectionnées	Habituellement pas touchée jusqu'à un stade avancé
<i>Mémoire</i>	Mémoire immédiate et récente altérée	Altération de la mémoire récente et des acquisitions nouvelles
Exemple de cause		
	Delirium tremens (dû au sevrage d'alcool) Insuffisance rénale chronique Insuffisance hépatique aiguë Vascularite cérébrale aiguë Intoxication par l'atropine	<i>Réversibles</i> : déficit en vitamine B12 et dysfonctionnements thyroïdiens <i>Irréversibles</i> : maladie d'Alzheimer, démence vasculaire (ramollissements multiples), après un traumatisme crânien