

La gastro-entérologie en pratique gériatrique

Quelle prise en charge ?

■ La prévalence et l'incidence des pathologies digestives augmentent avec l'âge. La difficulté réside dans la prise en charge diagnostique liée à une symptomatologie très souvent "atypique" ainsi que dans la prise en charge thérapeutique qui, compte tenu du risque iatrogénique, doit être spécifique.

Dr Coralie Labarias*

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE CYTOLYSE OU UNE CHOLESTASE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

D'après une intervention de Victor de Ledinghen (Bordeaux)

LA CYTOLYSE HÉPATIQUE

Une élévation importante des transaminases ASAT et ALAT, à plus de 10 fois la limite supérieure des valeurs normales, témoigne d'une cytolyse hépatique aiguë. Nous rappelons l'importance d'avoir à disposition un bilan hépatique antérieur pour une analyse plus juste. Il faut évoquer dans l'ordre : une prise médicamenteuse hépatotoxique, une insuffisance cardiaque, une migration lithiasique, une atteinte virale aiguë, une atteinte néoplasique (métastases hépatiques) et une hépatite alcoolique aiguë.

Dans le même temps, les signes de gravité sont recherchés : signes biologique et clinique d'une insuffisance hépatocellulaire d'évolution rapide (TP, encéphalopathie) pour lesquels des mesures d'urgence s'imposent.

Les examens complémentaires à visée diagnostique sont les sui-

vants : diagnostic sérologique avec le dosage des IgM-VHA (VHA), Ag HBs (VHB), Ac anti-VHE et anti-VHC, échographie abdominale avec échographie doppler pour préciser la perméabilité des vaisseaux hépatiques et échographie cardiaque.

Nous insistons sur la nécessité de réviser les prescriptions chez le sujet âgé. L'hépatite médicamenteuse doit être la première cause recherchée en cas de perturbation aiguë, subaiguë ou chronique, du bilan hépatique.

Une élévation modérée des transaminases (inférieure à 10 fois la normale) est liée en général à une atteinte hépatique chronique (> 6 mois), il peut s'agir sinon d'une cytolyse musculaire. Les causes de cytolyse hépatique chronique sont : les médicaments, les hépatites chroniques (VHC, VHB), l'insuffisance cardiaque, la stéatose et stéato-hépatite non alcoolique (syndrome métabolique), l'alcool, l'hépatite auto-immune.

Le bilan complémentaire est le suivant : les sérologies (Ag-VHB > 6 mois, Ac anti-VHC et ARN du VHC), bilan lipidique et glycémie à jeûn, profil électrophorétique, échographie abdominale et échographie doppler et échographie cardiaque.

LA CHOLESTASE

La cholestase est synonyme de stase biliaire quel que soit le niveau de l'atteinte des voies biliaires. On constate alors une élévation des marqueurs suivants : GGT, PAL et bilirubine conjuguée. L'élévation de la GGT est le test le plus sensible de cholestase.

Cependant, il y a des situations où les GGT sont élevées sans cholestase : cette élévation isolée peut être en relation avec une prise médicamenteuse, une stéatose hépatique ou une consommation d'alcool et **ne doit pas faire pratiquer d'examen complémentaire.**

Une élévation isolée des phosphatases alcalines est habituellement en rapport avec une maladie os-

* Centre Hospitalier de Nîmes

seuse.

De manière générale, on distingue les cholestases avec et sans dilata-tions des voies biliaires. L'échogra- phie abdominale est indispensable à la prise en charge diagnostique. Les causes fréquentes de choles- tase intrahépatique ou sans di-

latation des voies biliaires sont : la toxicité médicamenteuse, les hépatites virales, les métastases hépatiques, le carcinome hépa- tocellulaire et une bonne partie des hépatopathies aiguës et chro- niques. Les causes fréquentes de cholestase extrahépatique ou avec

dilatation de voies biliaires sont : la lithiase, les obstacles néopla- siques (cancer du pancréas, cho- langiocarcinome, ampullome). On estime que 60 % des plus de 80 ans présentent une lithiase des voies biliaires, symptomatique ou pas.

PRISE EN CHARGE DE LA CONSTIPATION EN GÉRIATRIE

D'après une intervention de Philippe Chassagne (Rouen)

Elle est la plainte la plus fré- quente en gériatrie. Sa préva- lence augmente avec l'âge, tou- chant 40 % des plus de 65 ans. Les femmes sont plus touchées que les hommes.

Les facteurs de risque de constipa- tion sont : l'âge supérieur à 75 ans, le sexe féminin, la maladie de Parkinson (OR= 5), le diabète, la démence (OR=2,34) et la sclérose en plaques (OR=11). La prise mé- dicamenteuse peut être un facteur causal majeur (antidépresseurs, antipsychotiques, opioïdes, diuré- tiques, fer et calcium).

On distingue deux mécanismes :

- la constipation de progression ;
- la constipation terminale ou dis- tale.

La progression des selles dépend de l'activité musculaire des parois intestinale et abdominale alors que l'exonération dépend de la statique périnéale, la sensation de besoin (sensibilité rectale) et de facteurs environnementaux (mobilité). On note une augmentation de la pré- valence de la constipation distale chez le sujet âgé, a fortiori s'il est en perte d'autonomie et/ou insti- tutionnalisé et/ou si des troubles cognitifs sont présents.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de constipation est

clinique, elle est définie selon les critères de Rome III (Tab. 1). Le tou- cher rectal doit être systématique. Les examens complémentaires peuvent être utilisés en cas de complication(s).

PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE

Il faut tout d'abord authentifier et caractériser la constipation.

La prise en charge non médica- menteuse associe :

- la détection et la correction de facteurs environnementaux (amé- nagements/prise alimentaire) et d'une iatrogénie ;
- le traitement de comorbidités ;
- la conduite systématique aux toilettes, promouvoir le réflexe gastro-colique et un apport systé- matique de fibres (6 à 15 g/jour).

On sait que les fibres améliorent le transit, pour autant il n'est pas démontré qu'une alimentation pauvre en fibres constitue un fac- teur de risque de constipation.

La prise en charge médica- menteuse repose principalement sur : l'utilisation des laxatifs per os et terminaux qui permet de régula- riser le transit et de ramollir les selles pour faciliter l'exonération. Les laxatifs osmotiques doivent être prescrits en première inten- tion avec les règles hygiéno-dié- tétiques, du fait de leur bonne tolérance et de leur efficacité. L'utilisation de laxatifs stimulants n'est pas à proscrire mais elle doit être limitée à certaines situations de constipation réfractaire et ef- fectuée, en l'absence de contre- indication, sous surveillance mé-

Tableau 1 – Critères de Rome III.

Critères généraux :

- Présence pendant au moins les 3 derniers mois sur une période de 6 mois
- Critères spécifiques présents lors d'au moins une sur quatre défécations
- Critères insuffisants pour un syndrome de côlon irritable (IBS)
- Pas de selle, ou selles défaites rares

Critères spécifiques (présence de deux ou plus des critères spécifiques suivants) :

- Efforts à la défécation
- Selles dures ou en morceaux
- Sensation d'exonération incomplète
- Sentiment de blocage anorectal ou d'obstruction
- Manœuvres manuelles ou digitales nécessaires pour faciliter la défécation
- Moins de trois défécations par semaine

dicale sur de courtes périodes. En cas de constipation terminale, il est préférable d'utiliser des laxatifs par voie rectale. Des lavements évacuateurs sont employés en cas de constipation distale opiniâtre ou fécalome, avec un protocole adapté en fonction de la mobilité et du statut cognitif du patient (sonde rectale/mélange laxatif et eau/anes-thésie locale/position/association à des laxatifs stimulants).

CONCLUSION

La constipation, comme les autres pathologies digestives, est fréquente mais insuffisamment évaluée du fait de la symptomatologie atypique. Elle se complique alors plus fréquemment de : fécalome, incontinence fécale, rétention aiguë d'urines, confusion, anorexie et perte d'autonomie. Dans 95 % des cas, l'incontinence fécale est une complication de la constipation.

Une aggravation récente de la constipation ou l'apparition récente d'un trouble du transit doit faire évoquer et rechercher une organicité.

Les laxatifs rectaux et per os osmotiques sont souvent associés dans la prise en charge de la constipation de la PA. Ceci s'explique par une association plus fréquente des différents mécanismes de la constipation (progression et distale).

L'EXPLORATION ENDOSCOPIQUE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

D'après une intervention de Geoffroy Vanbiervliet (Nice)

Nous abordons, ici, les deux techniques les plus fréquemment utilisées qui sont la gastroscopie et la coloscopie.

Quel que soit l'âge du patient, les indications sont identiques. L'endoscopie est indiquée si elle conduit à un changement dans la prise en charge thérapeutique, en cas d'échec d'un traitement initial symptomatique, en alternative à une technique d'imagerie et si un geste thérapeutique dans le même temps est envisagé. L'évaluation de la balance bénéfice-risque d'un tel geste reste primordiale. Chez la personne âgée, le risque anesthésique est majoré du fait d'une plus forte sensibilité pharmacologique et de la présence de comorbidités. Le risque de complication cardio-pulmonaire est majoré chez des patients présentant ce type de pathologie. En pratique, il est donc recommandé : une adaptation des doses (propofol, midazolam), un exercice par des équipes expérimentées et un monitoring pendant l'examen chez les patients à risque. Sur le risque lié aux antiagrégants plaquettaires, il est recommandé de les stopper si les gestes suivants

sont susceptibles d'être effectués : dissection sous-muqueuse, mucoséctomie.

LA GASTROSCOPIE

L'endoscopie digestive haute peut se faire sans sédation. L'absence de sédation permet une meilleure acceptation et un meilleur taux de succès chez les patients de plus de 75 ans. Il n'y a pas de risque spécifique de la gastroscopie chez la personne âgée.

Une étude nationale italienne montre qu'en cas de signes d'alarme (hémorragie, reflux, vomissements, perte de poids, dyspepsie, épigastalgies, dysphagie, anémie, ATCD de cancer gastrique), 50 % des gastroscopies sont contributives avec une prédominance de la pathologie ulcéreuse et cancéreuse, dans le sous-groupe des plus de 80 ans.

La gastroscopie thérapeutique, dans le cadre d'une hémorragie digestive haute, est aussi efficace chez la personne âgée sans majoration du risque.

LA COLOSCOPIE

On rappelle que la coloscopie de la

personne âgée implique une sédation avec une prise en charge anesthésique spécifique. Les risques de complications digestives, la perforation, les événements cardiopulmonaires et les hémorragies sont majorés chez les plus de 80 ans.

Elle doit être réalisée en cas d'anémie, d'hémorragie digestive et de diarrhée. Dans ce contexte, on retrouve 51 % d'anomalies significatives dont 55 % de cancers colorectaux ou adénomes avancés.

L'âge est un facteur indépendant de mauvaise préparation, quel que soit le produit utilisé. Il est donc recommandé de pratiquer le *split dosing*, à savoir partager en deux la prise de la préparation. Malgré cela, la coloscopie reste un examen très rentable.

L'incidence plus élevée des cancers colorectaux et adénomes avancés doit encourager la pratique du dépistage. Le rythme de surveillance endoscopique n'est pas modifié avec l'âge. La pertinence de la coloscopie au-delà de 80 ans et en cas de comorbidités est réduite, ce qui implique de ne pas la proposer de manière systématique.

INDICATION DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP) EN GÉRIATRIE

D'après une intervention de Nathalie Salles (Bordeaux)

Les IPP sont utilisés pour diminuer la production d'acide dans l'estomac. Ils sont parmi les médicaments les plus consommés au monde et leur prescription est inappropriée dans 25 à 70 % des cas. Il faut aussi souligner l'apparition d'effets secondaires significatifs dans le cadre d'une prescription au long cours, tels que : ostéoporose et fracture de l'extrémité supérieure du fémur, pneumonies, infection intestinale à *Clostridium difficile*, hyponatrémie. La HAS de 2009 fait le point sur les IPP disponibles avec leurs principales indications et posologies :

Les indications sont : l'ulcère gastro-duodéal évolutif, les lésions gastro-duodéales liées aux AINS, la prévention des lésions liées aux AINS chez des sujets à risque, le traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien (RGO), l'œsophagite liée au RGO, l'éradication de l'*Helicobacter pylori* (HP), le syndrome de Zollinger-Ellison.

Les IPP disponibles en France sont (DCI) : l'ésoméprazole (40 mg pleine dose/20 mg demi-dose), le lansoprazole (30/15 mg), l'oméprazole (20/40 mg), le pantoprazole (40/20 mg) et le rabéprazole (20/10 mg).

PLACE DES IPP DANS LA MALADIE ULCÉREUSE

La symptomatologie typique avec "épigastralgies" est rare. L'examen endoscopique est nécessaire au diagnostic et permet la pratique de biopsie.

La prévalence de l'infection à HP est plus importante chez le sujet âgé : elle touche 60 à 80 % des plus de 70 ans. Elle est un facteur de survenue d'UGD, de gastrite chronique et de cancer gastrique. Le traitement de l'éradication est indiqué en cas d'UGD et de lésions

de gastrite chronique atrophique.

• L'ulcère gastroduodéal (UGD) à HP

Il nécessite la mise en place d'une trithérapie par : amoxicilline (2 g/j), clarithromycine (1 g/j) et IPP double dose pendant 7 jours ; en cas d'allergie à un des deux antibiotiques, il est possible de le remplacer par un imidazole.

- Ulcère duodéal : trithérapie 7 jours et contrôle de l'éradication par un test respiratoire.

- Ulcère duodéal compliqué ou ulcère gastrique : trithérapie 7 jours puis poursuite IPP pleine dose 3 à 7 semaines et contrôle de l'éradication par endoscopie.

- En cas d'absence d'éradication : poursuivre des IPP en continu.

• L'ulcère gastroduodéal sans infection à HP

- Ulcère gastrique : IPP 4 à 8 semaines et contrôle endoscopique.

- Ulcère duodéal : IPP 4 semaines.

- Discuter de la poursuite de l'IPP en fonction des facteurs de risque de récurrence.

PLACE DES IPP DANS LE TRAITEMENT ET

LA PRÉVENTION DES LÉSIONS INDUITES PAR LES AINS

• Les lésions induites par AINS : 4 à 8 semaines d'IPP pleine dose, si AINS indispensable.

• La prévention des lésions induites par AINS : revoir l'indication des AINS puis analyse des facteurs de risque : âge > 65 ans, ATCD d'ulcère gastroduodéal, association AINS + antiagrégant plaquettaire ou anticoagulant ou corticoïdes : IPP demi-dose sauf oméprazole pleine dose.

PLACE DES IPP DANS LE RGO

Le RGO est un problème de santé publique chez la PA, avec une augmentation de ses complications

liée à l'âge : œsophagite, endobrachyœsophage, sténose peptique et inhalations bronchiques. Au-delà de 70 ans, le pyrosis est retrouvé dans moins de 15 % des cas.

En cas de suspicion de RGO, avec ou sans signe d'alarme (dysphagie, anémie/hémorragie, amaigrissement) chez le sujet d'âge supérieur à 60 ans, une endoscopie haute doit être pratiquée. En pratique, les IPP sont très souvent prescrits sans endoscopie.

Symptomatologie typique ou suspicion RGO :

- en cas de symptômes typiques et espacés (< 1 fois/semaine) : pas d'IPP en première intention ;
- en cas de symptômes typiques et rapprochés : IPP demi-dose 4 semaines.

En cas de rechutes fréquentes ou précoces, on peut proposer des IPP à dose minimale efficace en traitement d'entretien.

Œsophagite liée à un RGO :

• Œsophagite non sévère : IPP demi-dose 4 semaines sauf oméprazole pleine dose. En cas de récurrences fréquentes ou précoces : IPP dose minimale efficace.

• Œsophagite sévère (circonférentielle) : IPP pleine dose pendant 8 semaines puis poursuite à dose minimale efficace. Contrôle endoscopique.

La sténose peptique et l'EBO symptomatique doivent être traités par IPP pleine dose en continu. Il n'y a pas d'efficacité prouvée des IPP sur les symptômes extradiigestifs et ils ne sont donc pas indiqués dans ce contexte. ■

BIBLIOGRAPHIE

- Salles N. Pathologies du sujet âgé. EMC Gastro-entérologie 2012 ; 7 : 1-11 [article 9-090-A-16]