

# MALADIES DÉGÉNÉRATIVES LIÉES À L'ÂGE, FRAGILITÉ ET DÉCLIN FONCTIONNEL

CH. SWINE

---

Correspondance :  
Pr Ch. Swine  
Université catholique de Louvain  
Cliniques universitaires de Mont-Godinne  
Service de Médecine Gériatrique  
Avenue G. Thérasse 1  
B-5530 Yvoir

## INTRODUCTION

L'espérance de vie s'allonge et continuera de s'allonger dans les décennies à venir : de 78,3 ans en moyenne actuellement, cette espérance de vie atteindra 86,4 années en 2050, période à laquelle les femmes atteindront un âge de 89 ans en moyenne, les hommes de 84 ans soit une avancée de 7,5 ans pour les femmes et de 8,8 ans pour les hommes. Ce sont les tranches d'âge les plus élevées dont l'augmentation relative sera la plus importante. Ainsi, le nombre de centenaires sera multiplié par 7 à 9 durant cette période et celui des octogénaires par 3. L'intensité du vieillissement est donc également en augmentation. Cet indicateur représente la proportion des très âgés parmi la population âgée de plus de 65 ans. En 2050, près de 40 % des 65 ans et plus aura plus de 80 ans alors qu'aujourd'hui cette proportion est de 22 %. Ce double vieillissement influence fortement les données épidémiologiques et les projections dans les décennies futures. Il faudra donc prendre en considération non pas globalement les plus de 65 ans dont la proportion passera en Belgique de 17 % à 30 % à 2050 mais bien le nombre absolu d'octogénaires qui augmentera de façon beaucoup plus importante; ces personnes étant sujettes à l'apparition d'incapacités, de déclin fonctionnel et de pathologies invalidantes.

Ceci dit, à âge égal, le taux d'incapacités et de déclin fonctionnel continue de diminuer en relation avec l'amélioration de vitalité qui est à la base de l'allongement de l'espérance de vie.

Les personnes âgées en bonne santé seront donc plus nombreuses demain qu'aujourd'hui mais il faudra compter également avec un nombre croissant de personnes très âgées à risque.

Les modifications de l'organisme liées à l'âge sont dues d'une part à la sénescence (vieillissement biologique), d'autre part à l'effet des maladies et enfin aux facteurs contextuels et au style de vie adopté par les personnes. Ces modifications sont liées à des facteurs fortement intriqués. Dans de nombreuses études, lorsque les sujets sont sélectionnés pour l'absence de maladie et l'adoption d'un style de vie favorable, les modifications physiologiques et biologiques visibles et mesurables sont parfois négligeables même à des âges très avan-

cés. Certains indicateurs plus pointus comme la longueur des télomères sont cependant modifiés. La plupart des modifications qui ont un impact clinique sont donc plutôt liés à l'émergence des maladies chroniques qui font l'objet de cette discussion.

Physiologiquement, la réserve maximale de toutes les fonctions se réduit progressivement entraînant une réduction des possibilités d'adaptation à des perturbations ou à un stress interne ou externe. L'accumulation de ces pertes de réserve fonctionnelle dans des différents organes et fonctions entraîne une fragilité et augmente le risque de complications même pour une perturbation minime. Toutefois, on constate que ces modifications sont très variables d'un organe à l'autre, d'une fonction à l'autre, voire d'un individu à l'autre et que l'on ne peut donc extraire une règle générale par rapport à cette réduction fonctionnelle.

Un bon exemple d'une modification qui touche tous les individus, même en l'absence de maladie, est la réduction de la masse musculaire et de la masse osseuse. La réduction de la masse musculaire explique que la capacité aérobique maximale diminue progressivement avec l'âge à partir de 40 ans, même chez des sportifs entraînés qui gardent cependant un meilleur niveau que les personnes sédentaires.

## MORTALITÉ ET MORBIDITÉ

Si le vieillissement ne se définit pas par un mode de mortalité, aucun clinicien ne peut affirmer que l'un de ses patients soit mort d'extinction ou purement de vieillesse. Il y a toujours une maladie qui entraîne le décès. Dans les statistiques belges, ce sont les pathologies cardiovasculaires qui sont la première cause de mortalité tous âges confondus et encore plus aux âges avancés. Viennent ensuite les cancers puis les autres maladies chroniques respiratoire, rénale, hépatique et dégénérative cérébrale. Les infections viennent ensuite, de même que les morts violentes par suicide en particulier.

Les principales pathologies chroniques liées à l'âge qui vont avoir un impact sur la santé des individus et leur fonctionnement sont les maladies cérébrales dégénératives, les maladies circulatoires et particulièrement l'insuffisance cardiaque, les fractures du col fémoral, les déficiences sensorielles, visuelles et auditives et enfin les autres pathologies chroniques, ostéo-articulaires, rénales, hépatiques et pulmonaires.

## PRINCIPALES PATHOLOGIES CHRONIQUES LIÉES À L'ÂGE

Les syndromes démentiels dégénératifs de type Alzheimer et apparentés ont une prévalence fortement liée à l'âge avec environ 5 à 6 % des personnes de plus de 65 ans et jusqu'à 30 % des personnes de 85 ans et plus. Ces maladies neurologiques incurables conduisent à une perte progressive de l'indépendance et réduisent l'espérance de vie. Une personne âgée de 75 ans qui en est atteinte aura une espérance de vie de 6 ans plus courte qu'une personne non atteinte (6 ans au lieu de 12 ans).

L'insuffisance cardiaque congestive a également une prévalence qui augmente de façon exponentielle avec l'âge pour atteindre de 8 à 10 % des hommes et des femmes âgés de plus de 80 ans. Il s'agit d'une pathologie chronique qui a également un impact tant sur la fonctionnalité que sur la survie. Les traitements bien conduits et l'approche multidisciplinaire permettent heureusement d'améliorer la fonctionnalité, de contrôler les symptômes et d'améliorer la qualité de vie et la survie des patients. Si l'on projette dans les décennies futures le nombre d'octogénaires atteints d'insuffisance cardiaque - actuellement de 35.000 - on devrait arriver à un nombre de 75.000 en 2030 et de 115.000 en 2050. Si l'on compte sur une compression de cette morbidité, ce qui est raisonnable, la projection se réduit à 60.000 en 2030 et 80.000 en 2050, ce qui représentera quand même plus du double du nombre d'octogénaires atteints actuellement d'insuffisance cardiaque.

Le problème des fractures fémorales sur chute est également fortement lié à l'âge et de manière exponentielle avec une incidence de 3 % par an après l'âge de 80 ans. Heureusement, le pronostic vital et fonctionnel après une fracture du col fémoral et après chirurgie est en constante amélioration mais la pathologie reste sévère et s'accompagne souvent de limitations fonctionnelles chez les patients âgés fragiles.

Les problèmes sensoriels sont malheureusement très fréquents également chez les personnes âgées qui restent en bonne santé et la cécité, par exemple, atteindra 4 % des nonagénaires. Les limitations significatives de la vision qui ne vont pas jusqu'à la cécité atteignent 10 % des nonagénaires et 24 % des nonagénaires. Ces déficiences influencent la fragilité et le risque de complications gériatriques (chutes par exemple).

## LA POLYMÉDICATION

L'accumulation de maladies chroniques (entre 3 et 5 différentes après 65 ans pour la moitié des sujets) entraîne souvent une polymédication qui est influencée également par la présence de symptômes chroniques et par un nombre croissant de prescripteurs différents.

Pour les personnes âgées vivant à domicile, la prise moyenne est entre 5 et 7 médicaments différents à l'âge de 80 ans et après. Pour les personnes vivant en maison de repos et de soins, la moyenne est de 8 médicaments différents avec une prévalence très importante de personnes qui prennent un ou plusieurs médicaments psychotropes (65 %).

La polymédication, on le sait, augmente le risque de réactions inappropriées aux médicaments pour des raisons d'interactions et de compliance. Cette polymédication est souvent associée à la prescription en cascade : l'effet secondaire lié à un nouveau médicament est traité par un médicament supplémentaire lorsque le lien entre le nouveau symptôme et le nouveau médicament n'est pas établi formellement. Dans la mesure où les manifestations chez les personnes âgées sont atypiques, même celles liées aux médicaments, la relation n'est pas spontanément établie. La prescription appropriée chez la personne âgée est possible mais est un défi majeur puisqu'il y a à la fois les prescriptions excessives et inutiles, les prescriptions non conformes en dosage ou en durée, et enfin, des pathologies non traitées alors que des évidences y invitent.

## VIEILLISSEMENT, PATHOLOGIE ET DÉCLIN FONCTIONNEL

Les problèmes de santé ont un impact sur le fonctionnement de l'organisme mais également sur les activités de la personne et sur sa participation dans la vie sociale. C'est le fonctionnement de la personne dans ses activités et dans ses interactions sociales qui est central dans les préoccupations de la médecine gériatrique, d'où l'intérêt des évaluations fonctionnelles et les efforts orientés sur la prévention du déclin fonctionnel. Les relations entre santé, altération organique et fonctionnement sont fortement influencés par les facteurs contextuels qui sont liés à l'environnement et aux ressources propres de la personne.

Si l'espérance de vie s'allonge, la question posée est de voir si l'espérance de vie sans maladie et l'espérance de vie sans incapacité s'allon-

gent dans la même proportion. Des observations longitudinales montrent qu'effectivement, avec l'allongement de l'espérance de vie, il y a une compression de la morbidité et des incapacités qui surviennent plus tard à mesure que l'espérance de vie s'allonge. Il existe toutefois une période de vie vécue avec des symptômes et des maladies, suivie d'une période vécue avec des symptômes et des incapacités fonctionnelles. Le but est de prévenir ces incapacités fonctionnelles ou au moins de les réduire en importance.

Les limitations fonctionnelles sont liées aux comorbidités puisque lorsqu'il y a deux pathologies chroniques importantes, 28 % des sujets ont des limitations fonctionnelles, lorsqu'il y en a 5 ou plus, 70 % des sujets ont des limitations fonctionnelles. Les principales pathologies qui vont entraîner une dépendance fonctionnelle sont l'arthrose et l'ostéoporose, l'accident vasculaire cérébral, les pathologies cardiovasculaires liées à l'hypertension artérielle, les troubles de vision, les troubles cognitifs, la maladie coronarienne, le diabète et la maladie de Parkinson.

## LES PROBLÈMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES À LA PERSONNE ÂGÉE

### LES SYNDROMES GÉRIATRIQUES

Contrairement aux syndromes classiquement décrits en médecine, (ex. le syndrome de Cushing), les syndromes gériatriques ont une manifestation précise dont l'étiologie est multiple et la physiopathologie est intriquée. Les modèles de syndrome gériatrique sont le delirium ou confusion aiguë et la chute. Ces événements sont bien caractérisés, leur définition est bien standardisée, et ils entraînent des complications sévères lorsqu'ils ne sont pas gérés correctement. Les facteurs qui y conduisent et les causes en sont presque toujours multiples, ce qui entraîne des stratégies de prévention primaire ou secondaire, des stratégies de traitement multidimensionnel. Il est intéressant d'observer que les différents syndromes gériatriques auxquels s'ajoutent la dénutrition, la mobilité réduite, les complications iatrogènes, partagent des facteurs de risque communs que sont les troubles cognitifs, la perte de force, les troubles sensoriels et certaines comorbidités. La présence d'un ou plusieurs syndromes gériatriques survenus chez une personne âgée est associée également à un taux croissant d'incapacité. Ainsi, lorsqu'il y a deux syndromes gériatriques, le risque d'incapacité est multiplié par 3, quand il y a en 3 ou plus, ce risque est multiplié

par 7. Il est donc très important de reconnaître ces syndromes, de les traiter et d'élaborer des stratégies de prévention à leur égard.

## LA PRÉVENTION

La prévention des effets indésirables liés au vieillissement commence par de bonnes habitudes de vie au niveau nutrition, exercices, sommeil, tabac, alcool. Vient ensuite la prévention des infections par la vaccination (influenza, tétanos, pneumocoque). L'accent est mis également sur la prévention des accidents même iatrogènes, la prévention des chutes et le traitement de l'ostéoporose. Lorsque la personne est à risque d'incapacité et présente déjà plusieurs maladies chroniques et qu'elle est fragile, on orientera les efforts vers une prévention secondaire. Pour les groupes de personnes qui sont en incapacité parce qu'elles ont plus de maladies chroniques encore et qu'elles sont devenues très fragiles, c'est la prévention tertiaire qui sera de rigueur.

Afin de différencier les groupes à risque, le concept de fragilité est très intéressant. Il s'agit d'un état physiologique de vulnérabilité accrue à des agressions, lié à une diminution des réserves physiologiques et dysrégulation de plusieurs systèmes. Cet état augmente le risque de développer des incapacités fonctionnelles et des complications comme les syndromes gériatriques et est associé à

un taux accru d'hospitalisations, d'institutionnalisations et de décès. Environ 20 % des personnes de plus de 85 ans sont fragiles mais 60 % d'entre elles sont à risque d'évoluer vers la fragilité tandis que 20 % seulement sont franchement robustes.

Les efforts consentis doivent être orientés tant vers la réversibilité de la fragilité lorsqu'elle est présente, que sur la prévention de la transition de l'état pré-fragile vers l'état fragile. Il s'agit d'améliorer la force musculaire, de corriger les troubles sensoriels, de soigner l'anxiété, la dépression et de gérer les troubles cognitifs.

Dans la pratique quotidienne en médecine générale, les indicateurs d'un risque de déclin fonctionnel chez les personnes âgées sont les comorbidités, les troubles cognitifs, l'anxiété et la dépression, les troubles sensoriels, la perte de poids, la faiblesse musculaire, un niveau d'activités physiques peu important, la polymédication et l'isolement social. Ces facteurs peuvent être repérés et permettent d'entreprendre une stratégie de prévention en agissant sur les facteurs de fragilité ciblés chez le patient.

L'approche centrée sur les maladies reste nécessaire (traitement des facteurs de risque, traitement EBM des pathologies) et doit être complétée par une approche fonctionnelle qui tient compte des ressources de la personne, de son environnement, de son mode de vie, mais également de ces préférences.