

LA GAZETTE

DU JEUNE GÉRIATRE



NUMÉRO 14

Mars 2017

NUMÉRO GRATUIT

Modification des
recommandations
dans la **BPCO**



L'ACTU



FICHE GÉRIATRIQUE



ARTICLE
THÉMATIQUE



ANNONCES
DE RECRUTEMENT



COMPOSITION DU BUREAU 2016 - 2017

Président

Guillaume DUCHER

Vice président

Guillaume DUVAL

Présidents d'honneur

Guillaume DESCHASSE

Cédric ANNWEILER

Sophie MOULIAS

Trésorier

Gilles LOGGIA

Secrétaire

Elodie DAMIER

Chargé de mission site web

Gildas COUTU

Chargée de mission gazette

Sophie SAMSO

Chargé de mission communication

Arnaud CAUPENNE

Référents locaux

Antilles Guyane

Tatiana BASILEU

Ile de France

Elise FERCOT

Nord est

Dominique MENGUE

Nord ouest

Thierry DAN

Rhône Alpes Auvergne

Nathalie JOMARD

Sud est

Maxime COURTIAL

Sud ouest

Arnaud CAUPENNE

SOMMAIRE

PAGE
03

L'EDITO

PAGE
04

Evaluation gériatrique pré-TAVI

PAGE
08

Article thématique

► Dernières actualités sur la prise en charge de la BPCO

PAGE
14

Fiche gériatrique

► Hyponatrémie chez la personne âgée

PAGE
18

Zoom

► En route vers le DES ...

PAGE
21

Actualités AJGH

► Compte rendu réunion bureau AJGH

PAGE
22

ANNONCES

de recrutement

L'EDITO

N° 14 | Mars 2017

Chères Lectrices, Chers Lecteurs,

Ce 14^{ème} numéro de la gazette des jeunes gériatres est l'occasion d'accueillir une toute nouvelle équipe dirigeante, déterminée et engagée à magnifier et faire vivre notre belle association. Lors des dernières journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie a eu lieu le Conseil d'Administration dont vous retrouverez le compte rendu dans ces pages. A son issue, Guillaume DUVAL a bien voulu endosser le rôle de Vice-Président, Elodie DAMIER a (enfin) accepté le poste de Secrétaire, Sophie SAMSO est devenue la nouvelle responsable gazette, Arnaud CAUPENNE mettra ses nombreux talents à notre disposition pour améliorer la communication et Gildas COUTU s'emploiera à restaurer et mettre à jour le site web. Gilles LOGGIA et moi-même conservons nos postes respectifs de Trésorier et Président.

Cette nouvelle équipe, d'ores et déjà dynamique, va connaître une des années les plus chargées de l'AJGH, dans son rôle de représentation de la jeune génération de gériatre, avec l'arrivée en novembre prochain des premiers internes du DES. Les objectifs et les modalités de formation pratique (maquette) et théorique du DES de Gériatrie sont désormais connus et expliqués dans ce numéro de la gazette. L'AJGH et le Collège National des Enseignants de Gériatrie, représenté par le Professeur GAVAZZI, collaborent étroitement à la communication autour de ce DES pour que sa mise en œuvre à la prochaine rentrée académique se fasse sans difficulté. L'AJGH, endossant pleinement son rôle de représentant des jeunes gériatres, s'est rapproché de l'ISNI (Inter Syndicat National des Internes) et fait désormais parti de son « collège des spécialités » dans l'objectif de représenter les internes de gériatrie. D'ailleurs, les futurs internes pourront prochainement se faire une idée précise de l'internat et du métier de gériatre via « Le guide des villes et des spécialités » auquel nous collaborons. D'autres projets à l'initiative des internes seront élaborés et présentés dans la prochaine édition de la gazette.

Place maintenant à la médecine avec pour cette nouvelle édition de la gazette une revue des dernières recommandations sur la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO), une fiche rappel sur le bilan étiologique à entreprendre devant une hyponatrémie et un article sur l'évaluation gériatrique pré-TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) dont la technique est de plus en plus employée.

En fin de gazette sont détaillées les dernières actualités de l'AJGH.

Bonne lecture à tous et à très vite,

Guillaume DUCHER
Président AJGH



Evaluation gériatrique pré-TAVI

Rétrécissement aortique

Le rétrécissement aortique est la pathologie valvulaire la plus fréquente chez les sujets de plus de 65 ans.

Il est serré quand la surface aortique est $< 1 \text{ cm}^2$ ou $< 0,6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ de surface corporelle.

La principale étiologie est dégénérative, par calcification valvulaire¹.

Le pronostic de la maladie est déterminé par la survenue des symptômes (angor, syncope et dyspnée d'effort), qui entraînent une diminution de l'autonomie^{1,2}. La survie moyenne sans intervention de remplacement valvulaire après leur apparition est de 1 à 3 ans selon les séries^{3,4}.

Le traitement médical seul (incluant la dilatation aortique par ballonnet) ne modifie pas l'histoire naturelle de la maladie².

Le remplacement valvulaire est recommandé dès l'apparition des symptômes⁵. La technique de référence actuelle est le remplacement valvulaire chirurgical^{5,6}. Cependant, la décision opératoire est complexe chez les patients âgés, qui constituent une population hétérogène. Le risque opératoire et l'espérance de vie après intervention sont variables, selon les particularités de chaque patient^{5,7}. L'âge n'est pas en soi un facteur péjoratif de survie au décours d'une intervention chirurgicale de remplacement aortique, bien que les scores de risque habituellement utilisés pour évaluer le risque opératoire (EUROSCORE II et STS score) l'incluent comme facteur^{7,8}. C'est surtout la présence de comorbidités multiples chez les patients âgés qui peut rendre la balance bénéfice/risque défavorable⁸.



Le TAVI (ou TAVR)

Le TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) ou TAVR (Transcatheter Aortic Valve Replacement), technique développée depuis 2002⁹, s'est révélée être une alternative à la chirurgie pour les patients requérant un remplacement valvulaire, mais présentant trop de risques opératoires¹⁰.

La technique consiste en la mise en place d'une prothèse valvulaire par voie transartérielle (fémorale, sous-clavière voire transaortique), ou transapicale. En l'absence de contre-indications anatomiques, la voie transfémorale est habituellement privilégiée.

Le TAVR permet une amélioration de la survie par rapport au traitement médical seul. Celle-ci a été évaluée par une étude à 51 % à 1 an, contre 31 % en cas de poursuite d'un traitement médical seul (incluant la dilatation par ballonnet)¹¹.

Les principales complications sont l'AVC (1 à 5 %), la survenue de troubles conductifs avec nécessité d'implanter un pacemaker (7 % à 40 % selon les séries et le type de valve), les complications vasculaires diverses (20 %), et le risque anesthésique.

1 % à 2 % des interventions nécessitent la conversion en chirurgie cardiaque¹⁰.

Il n'y a pas actuellement de données fiables sur l'efficacité à long terme, en raison de son développement récent⁶. La mortalité à 1 an n'est pas significativement différente entre la chirurgie et le TAVR².

Indications du TAVI

L'indication actuellement retenue dans les recommandations de l'ESC (European Society of Cardiology) est le traitement du rétrécissement aortique symptomatique, pour les patients présentant des contre-indications à la chirurgie ou un risque chirurgical important, si l'espérance de vie estimée est supérieure à 1 an⁵.

Il existe donc une marge d'appréciation importante laissée aux médecins qui vont la proposer...

En pratique, la procédure s'adresse à des patients âgés, présentant un risque péri-opératoire potentiel trop important.

Scores de risque

Il n'existe pas à l'heure actuelle de score de risque développé spécifiquement pour le TAVR. Les scores habituellement utilisés avant une chirurgie cardiaque, comme l'EUROSCORE II ou le STS score (Society of Thoracic Surgeons) sont employés, bien qu'ils n'aient pas été évalués dans cette indication¹².

Intérêt de l'avis gériatrique avant le TAVI

La technique ne s'adresse pas à l'ensemble des patients récusés pour la chirurgie, non seulement en raison des risques qu'elle présente, mais encore en raison de l'absence de bénéfice fonctionnel et de retentissement sur la qualité de vie pour certains d'entre eux.

Ainsi, la proposer à quelqu'un pouvant supporter l'intervention mais qui présentait avant l'apparition des symptômes de rétrécissement aortique serré une autonomie déjà limitée n'a pas grand intérêt au vu des complications potentielles.

Une évaluation multidisciplinaire est donc recommandée avant la procédure, avec plusieurs intervenants : cardiologues, radiologues, chirurgiens cardiaques... mais également gériatres !

En effet, la fragilité dépistée par l'évaluation gériatrique standardisée est un facteur pronostique de surmortalité dans l'année suivant le TAVI, de survenue d'effets indésirables cardio-vasculaires graves, et de déclin fonctionnel¹²⁻¹⁵.

Il n'y a pas actuellement de consensus sur les éléments que doit comporter cette évaluation. La notion même de fragilité dans ce contexte fait débat : les paramètres qui reviennent le plus dans diverses études sont les troubles cognitifs (MMS) ; la dépendance mesurée par les échelles ADL et IADL ; le Timed Up and Go test et la vitesse de marche ; l'état nutritionnel (échelle MNA, dosage d'albumine et de pré-albumine).

Focus gériatrique

L'avis gériatrique systématique avant TAVI a plusieurs avantages :

- La réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée à des patients qui n'en auraient pas forcément bénéficié.
- Le repérage de patients qui n'en auraient pas retiré un bénéfice fonctionnel.

- La discussion de l'indication des différentes techniques d'intervention, entre le TAVI et la chirurgie. Ainsi, des patients évalués pour TAVI ont pu, après réévaluation multidisciplinaire, bénéficier d'une chirurgie de valve biologique. Il apparaît là que l'âge, indépendamment du reste, les avait fait d'emblée récusar pour ce qui reste encore la technique de référence⁷...

Gildas COUTU

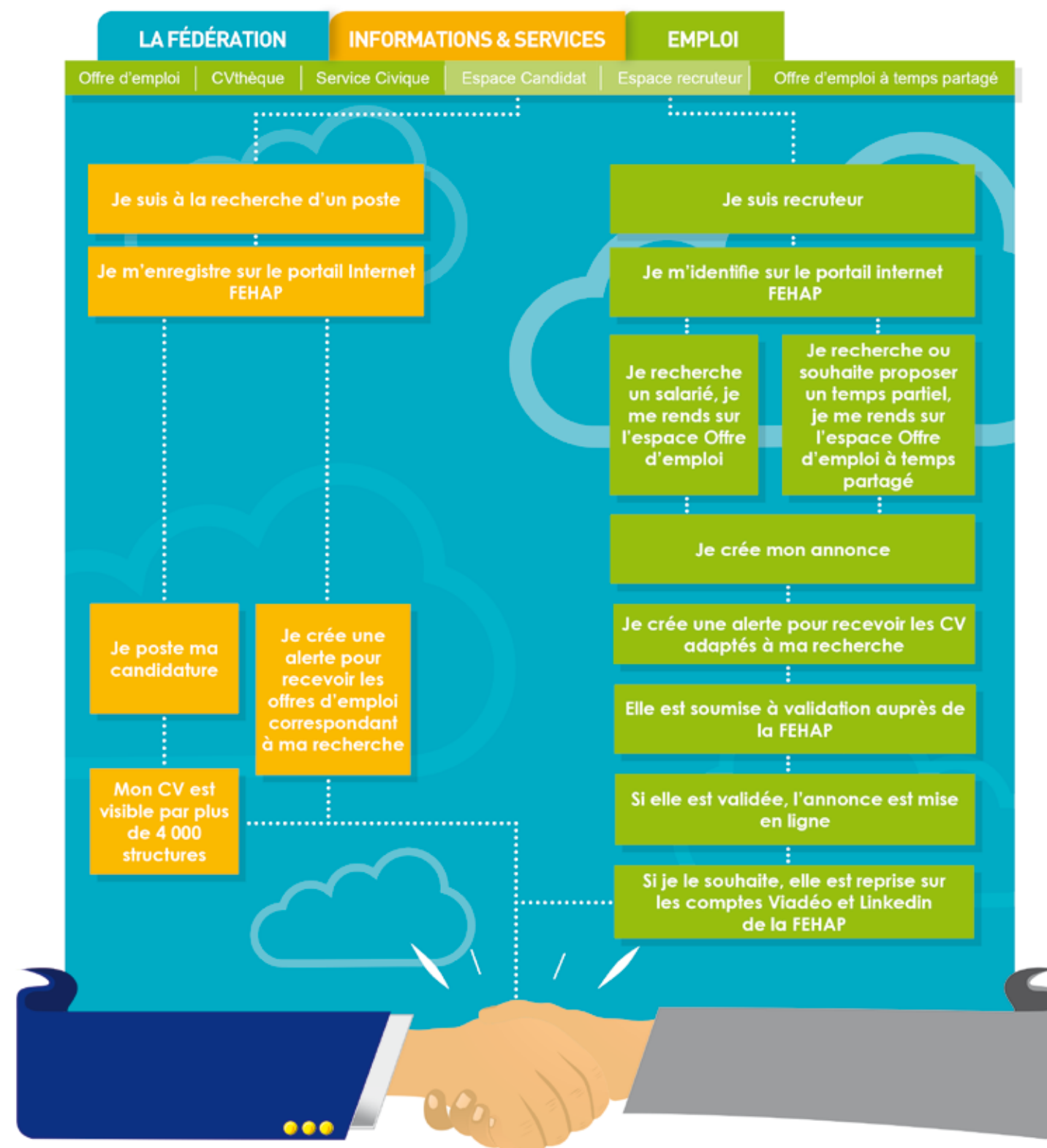
CHU Clermont-Ferrand

Bibliographie

1. Carabello BA, Paulus WJ. Aortic stenosis. Lancet 2009 ; 373 : 956-966
2. Smith CR, Leon MB, Mack MJ, et al. Transcatheter versus surgical aortic-valve replacement in high-risk patients. N Engl J Med 2011 ; 364 : 2187-2198
3. Braunwald's heart disease : a textbook of cardiovascular medicine, 9th edition. Braunwald E, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Elsevier, 2012
4. Bach DS, Siao D, Girard SE, et al. Evaluation of patients with severe asymptomatic aortic stenosis who do not undergo aortic valve replacement : the potential role of subjectively overestimated operative risk. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2009 ; 2 : 533-539
5. Vahanian A, Alfieri D, Andreotti F, et al. Guidelines on the management of vascular heart disease (version 2012). The joint task force on the management of vascular heart disease of the european society of cardiology (ESC) and the european association for cardio-thoracic surgeons (EACTS). Eur Heart J 2012 ; 33 : 2451-2496
6. Bonow RO, Leon MB, Doshi D, Moat N. Management strategies and future challenges for aortic valve disease. Lancet 2016 ; 387 : 1312-1323
7. Iung B, Cachier A, Baron G, et al. Decision-making in elderly patients with severe aortic stenosis : why are so many denied surgery ? Eur Heart J 2005 ; 26 : 2714-2720
8. Wenaweser P, Pilgrim T, Kadner A et al. Clinical outcomes of patients with severe aortic stenosis at increased surgical risk according to treatment modality. J Am Coll Cardiol 2011 ; 58(21) : 2151-2162
9. Cribier A, Eltchaninoff H, Bash A, et al. Percutaneous transcatheter implantation of an aortic valve prosthesis for calcific aortic stenosis : first human case description. Circulation 2002 ; 106 : 3006-3008
10. Agarwal S, Tuzcu EM, Krishnaswamy A, et al. Transcatheter aortic valve replacement : current perspectives and future implications. Heart 2015 ; 101 : 169-177
11. Leon MB, Smith CR, Mack M, et al., for the PARTNER trial investigators. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery. N Engl J Med 2010 ; 363 : 1597-1607
12. Stortecky S, Schoenenberger AW, Moser A, et al. Evaluation of multidimensional geriatric assessment as a predictor of mortality and cardiovascular events after transcatheter aortic valve implantation. JACC 2012 ; 5(5) : 489-496
13. Green P, Woglom AE, Genereux P, et al. The impact of frailty status on survival after transcatheter aortic valve replacement in older adults with severe aortic stenosis. JACC 2012 ; 5(9) : 974-981
14. Schoenenberger AW, Stortecky S, Neumann S, et al. Predictors of functional decline in elderly patients undergoing transcatheter aortic valve implantation (TAVI). Eur Heart J 2013 ; 34 : 684-692
15. Lindman BR, Alexander KP, O'Gara PT et al. Futility, benefit, and transcatheter aortic valve replacement. JACC : Cardiovascular Interventions 2014 ; 7(7) : 707-716

RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet www.fehap.fr





Dernières actualités sur la prise en charge de la BPCO

Introduction

La BPCO (BronchoPneumopathie Chronique Obstructive) est une pathologie chronique fréquente dont l'incidence augmente avec l'âge^{1,2} pour atteindre jusqu'à 10 % des plus de 75 ans³. Caractérisée par une inflammation des voies aériennes responsable de leur obstruction lente et progressive associée à une distension des alvéoles pulmonaires avec à terme destruction de leur paroi, il s'agit d'une pathologie mortelle chez le sujet âgé⁴, fortement pourvoyeuse de dépendance et altérant sévèrement la qualité de vie⁵.

En 2011, de nouvelles recommandations diagnostiques et thérapeutiques ont été proposées par le comité Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), modifiant fortement les référentiels antérieurs⁶. Depuis, les études ILLUMINATE⁷ et FLAME⁸ ont remis en cause l'utilisation des corticostéroïdes inhalés dans la BPCO, y compris pour les formes sévères avec exacerbations fréquentes.

Retour sur ces données qui ont modifié la prise en charge d'une pathologie encore sous diagnostiquée malgré une incidence croissante et un retentissement médico-économique important¹.

Nouvelles recommandations diagnostiques GOLD⁶

Un diagnostic spirométrique appréciant le degré de sévérité (stades GOLD) :

Le diagnostic de BPCO doit être posé chez tout patient qui se plaint de dyspnée, de toux, d'expectoration chronique et/ou qui a une histoire personnelle d'exposition aux facteurs de risques de la maladie, en particulier la fumée de tabac, les fumées domestiques ou industrielles, et l'exposition professionnelle aux poussières ou à des dérivés chimiques.

Si ces signes cliniques sont présents chez un patient de plus de 40 ans, **une spirométrie doit être effectuée afin d'établir formellement le diagnostic** et évaluer la sévérité de la BPCO.

Le critère retenu par l'alliance GOLD est la présence en post-dilatation d'un rapport volume expiratoire maximal seconde sur capacité vitale (VEMS/CV) inférieur à 0,70.



Stades	Obstruction bronchique	EFR
0	à risque	EFR normale symptômes chroniques (toux, expectoration)
Obstruction		VEMS/CVF < 70 %
I	Légère	VEMS = 80 % avec/sans symptômes chroniques (toux, expectoration)
II	Modérée	50 % ≤ VEMS < 80 % avec/sans symptômes chroniques (toux, expectoration, dyspnée)
III	Sévère	30 % ≤ VEMS < 50 % avec/sans symptômes chroniques (toux, expectoration, dyspnée)
IV	Très sévère	VEMS < 30 % ou VEMS ≤ 50 % plus insuffisance respiratoire (PaO ₂ < 60mmHg avec/sans PaCO ₂ > 50mmHg) ou insuffisance cardiaque droite clinique

Nouvelles recommandations : catégories de risque combiné de BPCO

L'étude ECLIPSE (Evaluation of COPD Longitudinally to Identify Predictive Surrogate Endpoints)⁹ a montré que l'âge et le nombre de paquet-années ne différaient pas selon les stades GOLD et que dans chaque stade une proportion importante de malades ne rapportait aucune plainte, qu'il s'agisse d'exacerbation ou de limite à l'exercice, y compris dans les formes sévères. De plus, l'obstruction bronchique ne paraît que peu liée à la dyspnée, à l'état de santé, au test de marche de 6 minutes et au nombre d'exacerbations rapportées sur un an. De même, les comorbidités apparaissent indépendantes du degré d'obstruction bronchique.

L'ensemble de ces constats semble donc souligner que le VEMS ne reflète pas la complexité de la maladie et que la prise en charge ne doit pas prendre en compte uniquement les critères spirométriques, d'où la considération

d'autres critères dans les nouvelles recommandations de 2011, considérant l'impact de la maladie en plus de la sévérité de l'obstruction bronchique.

Ainsi depuis fin 2011, outre les résultats spirométriques, sont pris en compte :

- Les symptômes par la considération de l'ampleur de la dyspnée selon l'échelle modifiée du Medical Research Council (MRC) ou par l'impact sur l'état de santé général évalué par le COPD Assessment Test (CAT) ;
- Et le risque d'exacerbation fondé sur l'analyse du nombre d'épisodes au cours de l'année précédente.

Désormais, les patients sont individualisés en 4 catégories qui prennent en compte les risques d'exacerbations et les symptômes.

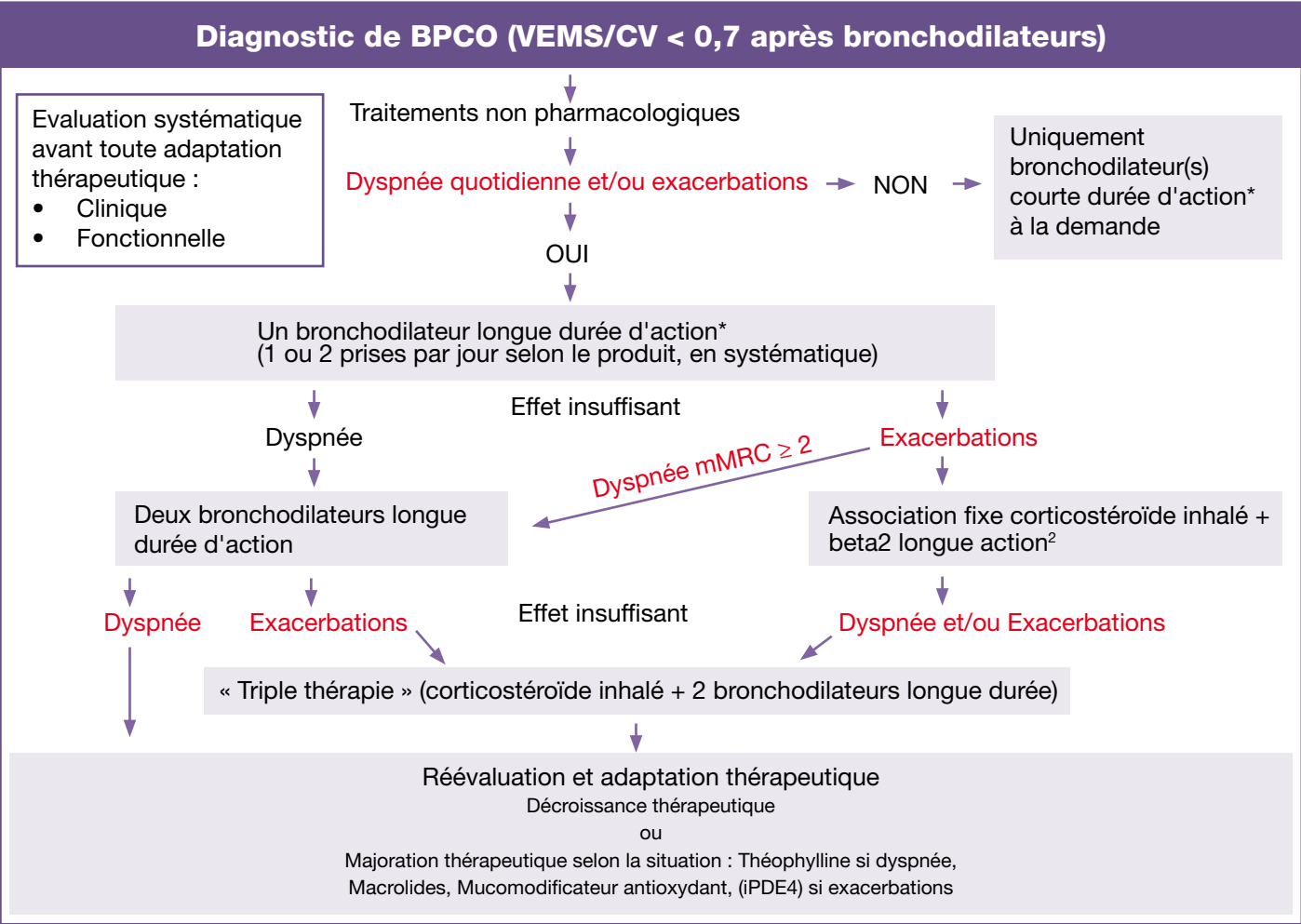


Patient	Caractéristiques	Classification spirométrique	Exacerbations par an	mMRC	CAT
A	Risque faible Peu de symptômes	GOLD 1-2	≤ 1	0-1	< 10
B	Risque faible Symptômes importants	GOLD 1-2	≤ 1	≥ 2	≥ 10
C	Haut risque Peu de symptômes	GOLD3-4	≥ 2	0-1	< 10
D	Haut risque Symptômes importants	GOLD3 -4	≥ 2	≥ 2	> 10

Malgré d’indiscutables avancées, cette nouvelle classification GOLD a été sujette à d’importantes réserves de la part de la communauté scientifique internationale. Sa relative complexité d’utilisation du fait du nombre de critères pris en compte limite son utilisation en pratique courante¹⁰. Cette classification devrait donc changer prochainement.

Recommandations thérapeutiques

En novembre 2016, se basant sur les recommandations GOLD de 2011 et les différentes études publiées récemment, la Société de Pneumologie de Langue Française a publié l’algorithme thérapeutique suivant¹¹ :



Les nouvelles propositions du comité GOLD tenant compte non seulement du VEMS mais aussi et surtout des symptômes (dyspnée via l’échelle mMRC et/ou la qualité de vie via le CAT) et des exacerbations, l’attitude thérapeutique intègre désormais des critères cliniques et non plus seulement spirométriques⁶.

Traitements non médicamenteux

Dans tous les cas, quel que soit le stade GOLD et les symptômes présents, une prise en charge non médicamenteuse devra être mise en place, comportant une aide au sevrage tabagique, l’application des vaccinations grippe et pneumocoque, des conseils d’activité physique, l’obtention d’un équilibre diététique avec surtout lutte contre la dénutrition et la proposition d’une réhabilitation respiratoire si nécessaire.

Bêta-2 agoniste de longue durée d'action

L’arbre décisionnel présenté ci-dessus propose de débiter la prise en charge par une monothérapie plutôt qu’une association de bronchodilatateurs du fait d’une balance bénéfice-risque-coût incertaine d’une double bronchodilatation d’emblée.

Comparé au placebo chez des patients atteints de BPCO et naïfs de tout traitement, le salmeterol, molécule de référence, améliore de façon statistiquement significative et cliniquement pertinente le VEMS, la qualité de vie et la dyspnée¹².

Comparé à cette molécule de référence, l’indacatarol améliore significativement mais modestement le VEMS à 12 semaines, la qualité de vie et la dyspnée¹³. Cette molécule récente a cependant l’avantage de n’être administrée qu’une fois dans la journée contre deux pour le salmeterol.

Anticholinergiques de longue durée d'action

Concernant cette classe thérapeutique, le tiotropium a largement démontré son utilité en comparaison au placebo, grâce à plusieurs études de grande ampleur^{14,15}. Ce dernier s’est même avéré supérieur au salmeterol pour la prévention des exacerbations¹⁶.

Une nouvelle molécule, le glycopyrronium, s’est quant à elle montrée non inférieure au tiotropium sur le VEMS, la dyspnée, la qualité de vie et le risque d’exacerbation¹⁷, venant alors enrichir l’arsenal thérapeutique à disposition.

Corticostéroïdes inhalés

Si les études récentes n’ont pas apporté de réel nouvel élément concernant l’utilisation des bronchodilatateurs, il en est tout autre pour les corticostéroïdes inhalés. Deux études d’envergure^{7,8} sont en effet venues remettre en question les dogmes thérapeutiques qui jusqu’à présent considéraient les corticoïdes inhalés comme nécessaires dans les stades sévères à très sévères de BPCO, notamment en prévention des exacerbations.





Decryptage de l'étude FLAME⁸

Publiée en mai 2016 dans le New England Journal of Medicine, cette étude avait pour objectif de démontrer que l'association fixe de deux bronchodilatateurs de longue durée d'action (indacaterol 85µg/ glycopyrronium 43µg, 1 fois par jour) était au moins non inférieure à l'association fluticasone/salmeterol (500µg/50µg, 2 fois par jour) sur la prévention des exacerbations des patients atteints de BPCO ayant des antécédents d'exacerbation.

Cette étude de non infériorité, multicentrique, randomisée en double aveugle et double placebo en groupes parallèles, a été menée de juillet 2013 à septembre 2015 (52 semaines) dans 356 centres et 43 pays. Sur les 5328 patients initialement screenés, 3362 ont été finalement randomisés avec 1680 patients dans le groupe indacaterol/glycopyrronium contre 1682 dans le groupe fluticasone/salmétérol.

Les principaux critères d'inclusion étaient les suivants : âge ≥ 40 ans, fumeur ou ancien fumeur avec ≥ 10 paquets-années, BPCO stable avec un VEMS post-bronchodilatateur ≥ 25 % et < 60 % de la valeur prédite (obstruction bronchique modérée à sévère) avec un rapport VEMS/CVF < 0.7 , et au moins une exacerbation nécessitant un traitement par corticothérapie systémique et/ou antibiotiques dans l'année précédente.

Concernant le critère d'évaluation principal de cette étude, portant sur la non-infériorité du taux d'exacerbations totales (légères, modérées ou sévères) sur 52 semaines de suivi, l'analyse per-protocole a permis de le vérifier. Mieux qu'une non infériorité, cette analyse semble montrer la supériorité de l'association de bronchodilatateur de longue durée d'action (indacaterol/glycopyrronium) puisqu'elle a permis de réduire le taux annuel d'exacerbation de 11 % (RR0.89 (0.83-0.96), $p < 0.003$) et celui des exacerbations modérées à sévères de 17 % (RR 0.83 (0.75-0.91), $p = 0.001$) par rapport à l'association salmétérol/fluticasone.

Concernant les critères secondaires, le délai d'apparition de la première exacerbation quel qu'en soit la sévérité était de 71 jours (IC 95 % : 60-82) dans le groupe indacaterol/glycopyrronium contre 51 jours dans le groupe fluticasone/salmeterol soit une réduction significative du risque de 16 % (HR 0.84, IC 95 % 0.78-0.91, $p < 0.001$). De plus, une amélioration statistiquement significative mais cliniquement non pertinente du VEMS et de la qualité de vie a été observée avec l'association des deux bronchodilatateurs comparativement à celle du béta-2 agoniste de longue durée d'action + corticostéroïde inhalé.

Concernant le profil de tolérance, l'incidence des événements indésirables, y compris les graves, était similaire entre les deux groupes de traitement avec cependant une incidence des pneumonies plus élevée dans le bras salmétérol/fluticasone (4.8 % versus 3.2 % , $p = 0.02$, soit une augmentation relative de 50 %). Le nombre de décès était de 24 (1.4 %) dans les deux groupes, les causes respiratoires ou cardiovasculaires étant les plus fréquentes.

Quelles conséquences en pratique ?

Les résultats de l'étude FLAME plaident donc en faveur d'un rapport bénéfice/risque plus favorable des associations fixes de deux bronchodilatateurs chez des patients éligibles à un traitement par corticoïdes inhalés (antécédent d'exacerbation). Ces nouvelles données pourraient amener à reconsidérer les dogmes thérapeutiques qui jusqu'à présent recommandaient l'utilisation d'un corticostéroïde inhalé chez des patients BPCO dont le VEMS était < 50 % de la valeur prédite (stade sévère) en pré- ou post-bronchodilatation.

Néanmoins, en l'absence d'autre étude d'envergure comparant une association fixe de deux bronchodilatateurs de longue durée d'action à une association corticoïde inhalé/bronchodilatateur de longue durée d'action, il paraît difficile d'exclure les corticoïdes inhalés de l'arsenal thérapeutique. Il est important que d'autres études randomisées et en vie réelle confirment les résultats de cet essai et renforcent ainsi la possibilité de les généraliser.

Conclusion :

Les recommandations GOLD de 2011 ont apporté d'indiscutables avancées dans l'évaluation de l'impact de la maladie en considérant désormais, en plus de l'obstruction bronchique établie sur le VEMS, des critères symptomatiques (ampleur de la dyspnée, impact sur l'état de santé général) et le nombre d'exacerbations antérieures.

De ces nouvelles considérations découlent de nouvelles propositions thérapeutiques renforçant le rôle des bronchodilatateurs et commençant à remettre en doute l'utilisation des corticoïdes inhalés, jusqu'à présent utilisés à partir des stades sévères de la BPCO (VEMS < 50 %).

D'autres études apporteront sans doute des réponses quant à la place des corticoïdes inhalés dans l'arsenal thérapeutique de la BPCO.

Guillaume DUCHER
CHU Clermont-Ferrand

Bibliographie

01. Fuhrman C, Delmas M-C, pour le groupe épidémiologie et recherche clinique de la SPLF. [Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease in France]. Rev Mal Respir 2010;27(2):160-8.
02. Bridevaux P-O, Probst-Hensch NM, Schindler C, et al. Prevalence of airflow obstruction in smokers and never-smokers in Switzerland. Eur Respir J 2010;36(6):1259-69.
03. Akinbami LJ, Liu X. Chronic obstructive pulmonary disease among adults aged 18 and over in the United States, 1998-2009. NCHS Data Brief 2011;(63):1-8.
04. Fuhrman C, Delmas M-C, pour le groupe épidémiologie et recherche clinique de la SPLF. [Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease in France]. Rev Mal Respir 2010;27(2):160-8.
05. Homma T. [Reduced ADL, QOL and musculoskeletal dysfunction associated with respiratory disease.]. Clin Calcium 2016;26(10):1451-8.
06. Vestbo J, Hurd SS, Rodriguez-Roisin R. The 2011 revision of the global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD (GOLD)--why and what? Clin Respir J 2012;6(4):208-14.
07. Vogelmeier CF, Bateman ED, Pallante J, et al. Efficacy and safety of once-daily QVA149 compared with twice-daily salmeterol-fluticasone in patients with chronic obstructive pulmonary disease (ILLUMINATE): a randomised, double-blind, parallel group study. Lancet Respir Med 2013;1(1):51-60.
08. Wedzicha JA, Banerji D, Chapman KR, et al. Indacaterol-Glycopyrronium versus Salmeterol-Fluticasone for COPD. N Engl J Med 2016;374(23):2222-34.
09. Vestbo J, Anderson W, Coxson HO, et al. Evaluation of COPD Longitudinally to Identify Predictive Surrogate End-points (ECLIPSE). Eur Respir J 2008;31(4):869-73.
10. Roche N. [Position of the French Language Society of Pulmonology regarding the 2011 version of the GOLD document]. Rev Mal Respir 2012;29(5):637-9.
11. Zysman M, Chabot F, Devillier P, et al. Pharmacological treatment optimization for stable chronic obstructive pulmonary disease. Proposals from the Société de Pneumologie de Langue Française. Rev Mal Respir 2016;33(10):911-36.
12. Montuschi P, Ciabattini G. Bronchodilating drugs for chronic obstructive pulmonary disease: current status and future trends. J Med Chem 2015;58(10):4131-64.
13. Kornmann O, Dahl R, Centanni S, et al. Once-daily indacaterol versus twice-daily salmeterol for COPD: a placebo-controlled comparison. Eur Respir J 2011;37(2):273-9.
14. Troosters T, Celli B, Lystig T, et al. Tiotropium as a first maintenance drug in COPD: secondary analysis of the UPLIFT trial. Eur Respir J 2010;36(1):65-73.
15. Antoniu SA. UPLIFT Study: the effects of long-term therapy with inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. Evaluation of: Tashkin DP, Celli B, Senn S et al.: a 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med (2008) 359(15):1543-1554. Expert Opin Pharmacother 2009;10(4):719-22.
16. Decramer ML, Chapman KR, Dahl R, et al. Once-daily indacaterol versus tiotropium for patients with severe chronic obstructive pulmonary disease (INVIGORATE): a randomised, blinded, parallel-group study. Lancet Respir Med 2013;1(7):524-33.
17. Kerwin E, Hébert J, Gallagher N, et al. Efficacy and safety of NVA237 versus placebo and tiotropium in patients with COPD: the GLOW2 study. Eur Respir J 2012;40(5):1106-14.



Hyponatrémie chez la personne âgée

Définition

L'hyponatrémie se définit par une natrémie inférieure à 135 mmol/L.

Il s'agit du désordre hydro-électrolytique le plus fréquent : 7 % en ambulatoire, 15 à 30 % chez des patients hospitalisés, 15 à 22 % des résidents en EHPAD. La prévalence augmente avec l'âge, et l'incidence augmente l'été.

L'hyponatrémie est la conséquence d'une anomalie de régulation du bilan de l'eau et du sel, conduisant à un excès d'eau par rapport à la quantité de sodium, aboutissant à une hyperhydratation intracellulaire relative.

Clinique de l'hyponatrémie

Les signes sont bien souvent aspécifiques. Ils sont corrélés au degré de l'hyponatrémie et à sa rapidité d'installation. On retrouve souvent une altération de l'état général, ou une confusion. Des troubles digestifs (nausées, vomissements) et des troubles de la conscience peuvent apparaître, généralement si la natrémie est inférieure à 120 mmol/L ; des crises convulsives jusqu'au décès devant une hyponatrémie inférieure à 110 mmol/L.

On notera que le risque de chute, et les complications qu'il implique, est majoré dès que la natrémie est inférieure à 132 mmol/L.

Conduite à tenir devant une hyponatrémie

Deux étapes devant une hyponatrémie :

Confirmer l'hyponatrémie vraie

Evaluer l'état volémique du patient



Confirmer l'hyponatrémie hypo-osmolaire (ou hypotonique) et éliminer une fausse hyponatrémie ou une pseudo-hyponatrémie

Par l'évaluation de l'osmolarité, idéalement mesurée ou bien calculée avec la formule simplifiée (qui ne prend cependant pas en compte toutes les situations) :

Osmolarité sanguine = $2(\text{Na}) + \text{glycémie}$ (en mmol/L).

Une hyper-osmolarité (osmolarité > 290 mmol/kg) se retrouve dans l'hyperglycémie brutale, les intoxications, mais aussi dans le contexte de perfusion de solutés hypertoniques (mannitol par exemple).

Une iso-osmolarité (osmolarité entre 280 et 290 mmol/kg) se retrouve dans l'hyperlipidémie (> 30g/l) ou l'hyperprotidémie (> 90 g/l).

En pratique, ces situations sont rares chez les patients âgés, et le plus souvent, il s'agit d'une hyponatrémie hypo-osmolaire avec osmolarité < 280 mmol/kg.

Evaluer l'état volémique du patient

L'examen physique a toute son importance, il permet d'évaluer le secteur extra-cellulaire.

◊ Etat d'hypo-volémie (patient déshydraté) :

L'hyperhydratation intra-cellulaire est associée à une déshydratation extra-cellulaire, la perte de sodium est supérieure à la perte d'eau. Biologiquement, on retrouve une augmentation de l'acide urique, de l'urée, de l'hématocrite et des protides.

On peut s'aider d'une analyse biochimique urinaire avec la natriurèse pour déterminer l'origine de la déshydratation extra-cellulaire.

→ Ces pertes peuvent être extra-rénales : digestives, cutanées, ou par formation d'un troisième secteur (occlusion, brûlures, pancréatite). La natriurèse sera alors effondrée (<20-30mmol/L).

→ Elles peuvent aussi être rénales : diurétiques (hypokaliémie fréquemment associée), tubulopathies, syndrome de levée d'obstacle. La natriurèse est alors inadaptée (>20-30mmol/L).

L'insuffisance surrénalienne primaire (maladie d'Addison) est relativement rare chez la personne âgée. La déshydratation est alors importante et symptomatique. S'y associe une hyperkaliémie dans 50 % des cas.

Traitement : réhydratation avec sérum salé isotonique 0,9 %, associé à un traitement étiologique, sans oublier l'arrêt des diurétiques.

◊ Etat d'euvolémie (patient normalement hydraté) :

Le secteur extra-cellulaire est alors normal, il s'agit d'une hyperhydratation cellulaire pure avec un excès d'eau libre. Biologiquement, l'acide urique est fréquemment abaissé.

Deux étiologies seront distinguées par le calcul de l'osmolarité urinaire (sur échantillon urinaire) avec la formule :

Osmolarité urinaire = $(\text{Na} + \text{K}) \times 2 + \text{glucose} + \text{urée}$.

Dans le cas d'une hyponatrémie, l'osmolarité est adaptée si elle est < 100-200 mOsm (en fonction des capacités rénales, propres à chaque patient, à évaluer avec les néphrologues).

La prise en compte de l'osmolarité urinaire implique le recueil des urines, qui peut s'avérer difficile chez les patients gériatriques.

→ Si la réponse rénale est inadaptée, on parle de SIADH.

Le syndrome de sécrétion inapproprié d'hormone antidiurétique (SIADH) est l'étiologie la plus fréquente.

Chez les patients âgés hospitalisés, l'étiologie des SIADH n'est retrouvée que dans 50 % des cas. Mêmes si elles sont fréquentes, les causes idiopathiques et médicamenteuses doivent rester des diagnostics d'exclusion.





Tableau des étiologies courantes de SIADH en gériatrie d'après les références Miller, Liamis, Janicic	
1.	SIADH idiopathique de la personne âgée
2.	Cancers
a.	Cancers pulmonaires à petites cellules
b.	Carcinome gastrique
c.	Carcinome pancréatique
d.	Carcinome oesophagien
e.	Lymphomes, leucémies
3.	Pathologies pulmonaires non néoplasiques
a.	Infections
b.	Tuberculose
c.	Pneumonie
d.	Bronchiectasies
e.	Abcès pulmonaires
f.	Insuffisance respiratoire aiguë
4.	Pathologies neurologiques
a.	Maladies vasculaires (thromboses, hémorragies, vasculites)
b.	Traumatisme
c.	Tumeur cérébrale
d.	Infections
5.	Médicaments
a.	Antidépresseurs
	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) (paroxétine, citalopram, escitalopram, fluoxétine, etc...)
	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) (venlafaxine, duloxétine)
	Autres antidépresseurs (mirtazapine)
	Inhibiteurs de la mono amino-oxydases
b.	Antipsychotiques (cyamémazine, halopéridol, olanzapine, etc...)
c.	Antiépileptiques (carbamazépine, oxcarbazine, acide valproïque, etc...)
d.	Agents anticancéreux (vincristine, vinblastine, agents alkylants, etc...)
e.	Antidiabétiques oraux (chorpropamide tolbutamine)
f.	Opiacés
g.	Agents antihypertenseurs
	Inhibiteurs système rénine-angiotensine-aldostérone
	Amlodipine
h.	Antiarythmiques
	Amiodarone
	Lorcaïnide
i.	Hypolipémiants (clofibrate)
j.	Inhibiteurs de la pompe à protons (oméprazole, ésoméprazole, etc...)
k.	Théophylline

Concernant les antidépresseurs, médicaments les plus pourvoyeurs d'hyponatrémie, le délai moyen d'apparition est de 13 jours, justifiant une surveillance biologique à une semaine puis à un mois de l'introduction.

Certaines endocrinopathies : l'hypothyroïdie sévère ou l'insuffisance cortico-surrénalienne peuvent aussi être à l'origine d'une hyponatrémie vraie, avec une réponse rénale inadaptée.

→ Si la réponse rénale est adaptée, ce sont les apports qui sont déséquilibrés :
La polydipsie primaire, ou potomanie. Le syndrome « des buveurs de bière » peut se retrouver chez des patients âgés. De par le même mécanisme, les patients ayant une alimentation pauvre en sel et en protéines peuvent présenter des hyponatrémies significatives, malgré une consommation d'eau relativement faible (2-3 litres par jour). C'est ce que les Anglais appellent le « Tea and toast syndrom ».

En pratique, le bilan de débrouillage si suspicion de SIADH comprend :

- Lonogramme complet,
- Urémie,
- Protidémie,
- Acide urique,
- TSH et éventuellement cortisol à 8h,
- Sur échantillon urinaire : Na, K, Cl, urée, glucose, créatinine,
- Imagerie pour éliminer une étiologie néoplasique : radiographie thoracique, éventuellement TDM cérébrale.

Traitement : la restriction hydrique est la mesure principale, associée à un régime normo-sodé et si possible à un traitement étiologique (SIADH). Le sérum salé isotonique peut avoir un intérêt pour s'affranchir d'une déshydratation associée ou pour ne pas aggraver l'hyponatrémie si une perfusion est nécessaire.

○ **Etat d'hyper-volémie (patient en surcharge) :**
L'hyper-hydratation intra-cellulaire est associée à une hyper-hydratation extra-cellulaire, l'excès d'eau est supérieur à l'excès de sodium. On parle d'hypovolémie efficace.

Les quatre étiologies principales sont :

- L'insuffisance cardiaque,
- L'insuffisance hépatique au stade de cirrhose ou de décompensation oedémato-ascitique,
- Le syndrome néphrotique,
- L'hypoalbuminémie.

Traitement : diurétiques de l'anse, restriction hydrique, apports sodés faibles de l'ordre de 4g par jour.

Prise en charge thérapeutique

La difficulté chez les patients gériatriques réside dans le fait que, souvent, plusieurs mécanismes sont intriqués. Le traitement de l'hyponatrémie ne sera pas le même selon l'étiologie. Il faudra avant tout corriger l'état volémique du patient.

Si l'état hypervolémique (syndrome œdémateux) peut paraître évident, il est parfois difficile de distinguer l'état euvolémique d'un état hypovolémique chez la personne âgée.

On peut alors réaliser un test thérapeutique à base de perfusion de sérum salé isotonique 0,9 % de 500 à 1000 ml par 24 heures, qui n'améliorera peu ou pas la natrémie des patients euvolémiques.

Dans tous les cas : traitement rapide si symptômes sévères, lent dans les autres cas (8 à 12 mmol/24h).



Sophie SAMSO
CH Angoulême



En route vers le DES ...

Historique

Partant du constat que la formation théorique et pratique des internes était à améliorer, l'internat présentant des capacités de formation d'une part saturées par le nombre croissant d'internes et d'autre part inadaptées à une formation complète et efficace à l'exercice médical à l'issue de l'internat, une rénovation de l'organisation du troisième cycle des études médicales a été réfléchie.

En 2010, l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) établissait un rapport dressant le bilan de l'organisation du troisième cycle des études médicales et du post-internat et se concluait par plusieurs propositions de la CNIPI (**Commission Nationale de l'Internat et du Post Internat**), installée par Mme Roselyne BACHELOT en décembre 2009.

Poursuivant sur les travaux de la CNIPI, les Professeurs Couraud et Pruvot ont remis, en avril 2014, aux Ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur le rapport « Propositions pour une restructuration du 3^e cycle des études médicales » qui propose plusieurs points clés :

- Reconnaissance du DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) comme étant le diplôme nécessaire et suffisant à l'exercice de la spécialité, excluant de fait les DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire) ;
- Mise en place d'une progression dans le contenu pédagogique des DES sous la forme de trois phases successives (phase socle, phase intermédiaire et phase de mise en responsabilité) ;
- Mise en place d'une évaluation des compétences acquises tout au long du cursus.

Les objectifs annoncés de cette restructuration du troisième cycle sont d'offrir une meilleure formation aux internes, à la fois théorique et pratique, en instaurant la notion de progression dans les apprentissages et en contrôlant les compétences acquises ; répondre au problème de démographie médicale en supprimant les DESC et les capacités qui rendent flou le devenir des futurs praticiens ; et introduire la notion d'interdisciplinarité en permettant que l'enseignement d'une discipline soit réalisée par le professeur de cette discipline.



Quel projet pour la gériatrie ?

Les DESC étant amenés à disparaître pour des raisons de démographie médicale, le rapport Couraud-Pruvot acte donc la création d'un DES de Gériatrie, conférant à la discipline un statut de spécialité reconnue.

Paru fin 2016 au Journal Officiel, 250 internes en Gériatrie sont attendus pour la rentrée universitaire 2017.

Depuis plusieurs mois, le Collège National des Enseignants de Gériatrie, sous la direction des Professeurs Chassagne puis Gavazzi, travaille sur ce projet de DES. Un rapport complet détaillant les objectifs de formation, la maquette, et les critères d'évaluation et validation du parcours universitaire, a alors été construit.

Objectifs de la formation :

- **Maîtriser** la démarche diagnostique, étiologique, pronostique propre à chaque patient,
- **Évaluer** le patient âgé dans sa globalité sur le plan médico-psycho-social,
- **Coordonner** un parcours de soins adapté au patient âgé polypathologique ou fragile en privilégiant à chaque étape une approche multidimensionnelle/interprofessionnelle et la structure gériatrique la plus adaptée,
- Dispenser une évaluation gérontologique globale,
- Évaluer et limiter le **risque iatrogène** compte tenu d'une polymédication fréquente,
- Évaluer le **rapport bénéfice – risque** de thérapeutiques ou d'explorations paracliniques invasives,
- Identifier le **risque de dépendance** d'un sujet âgé et coordonner une réadaptation fonctionnelle pluridisciplinaire pour maintenir ou améliorer l'autonomie,
- **Gérer** en équipe et connaître le contexte médico-légal et éthique des situations complexes fréquentes en gériatrie (troubles du comportement, le refus de soins, douleur, fin de vie...),
- Connaître, participer et utiliser à bon escient la **coordination des soins** gériatriques, en recourant aux acteurs de la filière gériatrique, hospitaliers ou non, pour les patients âgés et/ou à la demande des autres spécialités,

- Maîtriser l'**information scientifique** applicable aux patients âgés,
- Maîtriser les outils de la **communication scientifique** : communications orales ou affichées, rédaction d'articles,

Maquette

Durée totale du DES :

8 semestres dont 2 en CHU obligatoires.

Phase socle :

→ **Durée** : 2 semestres

→ **Stages à réaliser** : Deux stages de six mois en milieu académique (service universitaire ou avec convention formalisée avec l'UFR) dont un stage obligatoire dans un service de Court Séjour Gériatrique agréé de niveau 1 pour la gériatrie, et un stage obligatoire dans un service de médecine d'urgence (agrément de niveau 1) ou de spécialité médicale (agrément de niveau 1 pour la médecine interne, cardiologie, pneumologie, neurologie, rhumatologie).

→ **Agrément de niveau 1** : recrutement de patients couvrant un éventail suffisant des pathologies les plus fréquentes prises en charge en Gériatrie et niveau d'encadrement permettant une supervision directe des prescriptions et une présence quotidienne du sénior.





Phase d'approfondissement :

→ **Durée** : 4 semestres

→ **Stages à réaliser** :

- Stages à réaliser dans la spécialité : au moins deux semestres obligatoires en stages de gériatrie agréés de niveau 2 dont un en Court Séjour Gériatrique et un en Soins de Suite et de Réadaptation. Un stage peut être réalisé en inter-CHU.
 - Stages à réaliser dans d'autres spécialités : Deux stages maximum de spécialité médicale agréés de niveau 2, comprenant en priorité la médecine interne, cardiologie, pneumologie, neurologie, réanimation, rhumatologie. En accord avec le coordonnateur régional/interrégional.
- **Agrément de niveau 2** : faire partie d'une filière gériatrique formalisée, avoir un niveau d'encadrement suffisant pour une supervision différée et proposer à l'interne la prise en charge supervisée d'au moins 10 lits pour les services de CSG et d'au moins 15-20 lits pour les services de SSR.

Phase de consolidation :

→ **Durée** : 2 semestres

→ **Stages à réaliser et agrément niveau 3** faire partie d'une filière gériatrique formalisée pour faire participer l'étudiant à cette filière, permettre une activité ambulatoire (consultations, hôpital de jour, réseau de soins...). Le stage concernera le court séjour, les services avec orientation privilégiée (unités thématiques de type ortho-gériatrie, onco-gériatrie), le SSR, les unités d'activités ambulatoires (ex : consultations mémoire/CMRR, d'évaluation gériatrique, hôpital de jour, équipe mobile).

Critères d'évaluation et validation du parcours universitaire :

A chaque étape, les modalités d'évaluation des compétences et des connaissances sont détaillées pour un encadrement supervisé optimal. Les enseignements s'effectueront sous forme de séminaires présentiels, d'exercices supervisés de mise en situation et de e-learning permettant un suivi individualisé étroit.



Compte rendu réunion bureau AJGH

Le bureau de l'AJGH s'est réuni le 11 janvier 2017 pour un faire le point sur l'association et ses projets, voici un résumé de cette réunion.

Le point sur la communication de l'AJGH, gérée par notre chargé de mission Communication, Arnaud Caupenne :

Le compte **twitter**, qui est ancien, est en cours de mise à jour. N'hésitez pas à le suivre !

Le groupe AJGH sur **Facebook** est désormais ouvert à tous, rejoignez-le !

Le **site web** de l'AJGH, facile à trouver sur internet, vous permet de retrouver toutes les informations importantes sur l'association, de vous y inscrire, ou de rejoindre Facebook ou Twitter. Le site est en train d'être repris en main par Gildas Coutu.

L'AJGH maintient son statut d'association avec l'arrivée du DES de gériatrie, elle ne souhaite pas devenir un syndicat représentant les internes ou les assistants.

Concernant le DES de Gériatrie, 250 postes sont ouverts pour la première promotion d'internes en gériatrie. Les différentes subdivisions sont en train de s'organiser pour faire agréer les stages en niveaux 1, 2 et 3 selon le référentiel du CNEG.

Les **agréments** de chaque niveau correspondent à une phase de l'internat :

- **Niveau 1** pour la phase socle (1^{er} et 2^{ème} semestre) : service permettant un encadrement important de l'interne et couvrant un large éventail de pathologies.
- **Niveau 2** pour la phase intermédiaire (3^{ème} à 6^{ème} semestre) : service intégré dans une filière gériatrique formalisée et encadrement permettant une supervision différée de l'interne.
- **Niveau 3** pour la phase d'autonomie supervisée (7^{ème} et 8^{ème} semestre) : service permettant de proposer à l'interne une activité ambulatoire et de rédiger des courriers de synthèse.

L'AJGH est désormais inscrite au collège des spécialités de l'ISNI : l'AJGH représentera donc les internes au sein de l'ISNI.

Notre vice-président, Guillaume Duval, se renseigne sur les modalités de formation pratique et théorique des internes en Europe, afin de s'en inspirer et éventuellement d'adapter ces modalités à la France en les suggérant au Collège National des Enseignants Gériatres.



Pour rappel, la **SFGG** propose des bourses pour favoriser l'accès aux congrès internationaux des jeunes gériatres. 6 bourses ont été proposées pour le congrès IAGG (International Association of Gerontology and Geriatrics) qui a lieu en juillet à San Fransisco. 10 bourses sont proposées pour le congrès de l'**EUGMS** (European Union Geriatric Medicine Society) qui aura lieu à Nice en septembre 2017 : les candidatures sont toujours ouvertes, pensez à présenter vos projets !

Elodie DAMIER



ANNONCES DE RECRUTEMENT

Rejoignez la communauté des Gériatres

Réseau
PR Santé

Sur
Reseauprosante.fr



www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - contact@reseauprosante.fr



APPEL À PARTICIPATION



Et maintenant
à vous de jouer !

Si vous êtes un Jeune Gériatre Hospitalier :



Adhérez gratuitement à l'AJGH.

Pour adhérer, rien de plus simple :

Faites-vous connaître en nous envoyant votre adresse Email via notre site Internet.

NB : ces données sont strictement personnelles et ne seront communiquées qu'à Maceo éditions pour la distribution de la GJG

**Vous connaissez dans votre entourage des Jeunes Gériatres intéressés par l'AJGH ?
Communiquez-leur nos coordonnées !**

**Vous avez des articles, des messages,
des idées ou des coups de gueule à nous faire partager ?**

COMMUNIQUEZ le nous via notre site Internet

www.ajgh.fr



**FAITES VIVRE votre
site INTERNET !!**