

# LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

MAI 2025 - NUMÉRO GRATUIT

#38



Association des Jeunes Gériatres

[www.assojeunesgeriatres.fr](http://www.assojeunesgeriatres.fr)



# LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE #38

## COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2025

### BUREAU

#### PRÉSIDENTE

Rafaëlle ROTH

#### VICE-PRÉSIDENTE

Lucrezia-Rita SEBASTE

#### SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Jérémie HUET

#### TRÉSORIER

Romain VAN OVERLOOP

#### VICE-PRÉSIDENT(E)S ADJOINT(E)S

Laure ALLAN, Amélie BOINET

et Florian MARONNAT

### CONSEIL D'ADMINISTRATION

Hazem BEN RAYANA

Nathan BLEU

Alexandre BOUSSUGE

Floriane BRIL

Sandra BRISSART

Guillaume CHAPELET

Nicolas DENIAU

Fanny DURIG

Antoine GARNIER-CRUSSARD

Bastien GENET

Florent GUERVILLE

Sylvana HO-BING-HUANG

Sophie MASSART

Marine OECHSLIN RIMET

Marie OTEKPO

Matthieu PICCOLI

Ludovic ROBBE

Sophie SAMSO

Thomas TANNOU

Julie TISSERAND

Justine TRISTRAM

N° ISSN : 2264-8607

### ÉDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE

Réseau Pro Santé

14, rue Commines | 75003 Paris

M. TABTAB Kamel, Directeur

reseauprosante.fr | contact@reseauprosante.fr



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES  
www.assojeunesgeriatres.fr

## SOMMAIRE

- 03 **ÉDITORIAL**
- 04 **ARTICLE THÉMATIQUE**  
L'imagerie En Gériatrie
- 09 **FOCUS GÉRIATRIQUE**  
Intérêt du TDM TAP en gériatrie devant une altération de l'état général
- 16 **FICHE MÉTIER**  
Gériatre avec DU d'échographie
- 19 **FICHE PRATIQUE**  
Décortiquer une échographie transthoracique (ETT)
- 22 **RETOUR DE CONGRÈS**  
Retour sur les JASFGG 2024  
  
Journées Francophones de Radiologie 2024 :  
Séance pédagogique dédiée à l'imagerie en Gériatrie sur l'ostéoporose
- 27 **FICHE DU MÉDICAMENT**  
Allergie vraie aux produits de contraste en imagerie :  
mythe ou réalité ?
- 29 **ACTUALITÉS AJG**
- 31 **BIBLIOGRAPHIE**  
Personne âgée, insuffisance rénale chronique et injection de produits de contraste iodés en imagerie diagnostique
- 35 **CAS CLINIQUE**  
Glioblastome : une clinique subtile justifiant l'importance de l'IRM
- 39 **ANNONCES DE RECRUTEMENT**



Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.



## La Radiologie en Gériatrie : Quand l'image parle !

### Chères lectrices, chers lecteurs,

Bienvenue dans cette nouvelle édition de notre gazette de gériatrie, où nous mettons en lumière une spécialité incontournable dans notre exercice : la **radiologie** !

L'AJG remercie d'ailleurs chaleureusement la Société Française de Radiologie pour sa contribution à cette gazette, hautement radioactive !

L'**article thématique** éclaire la place de l'imagerie en gériatrie en explorant les recommandations et les spécificités des sujets âgés.

Le **focus gériatrique** va nous permettre de scanner le terrain et la situation globale en discutant de l'intérêt du TDM TAP en gériatrie devant une AEG : « surutilisation » ou réalité de terrain ?

Les **fiches métier et pratique** se font écho en nous donnant les rudiments pour lire une ETT, examen que connaît bien notre gériatre échographiste interviewée dans ce numéro.

Le **retour de congrès** fait un arrêt sur image sur les dernières JASFGG et les journées francophones de radiologie.

La **fiche médicament** souhaite explorer l'allergie vraie aux produits de contraste : mythe ou réalité ?

La **bibliographie** nous éclaire telle un rayon X sur le risque d'injection chez les patients insuffisants rénaux.

Le **cas clinique** nous fait réaliser, en haute définition, l'importance de l'IRM, qui résonne dans la prise en charge de nos patients, en redressant des diagnostics passés inaperçus au scanner.

En conclusion, la radiologie est bien plus qu'un simple outil de diagnostic. C'est une alliée précieuse qui nous aide à prendre soin de nos patients avec précision et efficacité.

Alors, chers collègues, continuons à "rayonner" dans notre pratique et à "faire écho" à l'importance de cette discipline essentielle.

Enfin, un dernier mot pour tirer notre révérence avec Justine ! Il s'agit de notre dernière gazette à 2, mais nul doute que nos aventures en tandem ne sont pas finies !

Telles deux hirondelles qui font le printemps, Sylvana et Floriane, vont éclairer comme un rayon de soleil printanier les prochains numéros !

Merci de votre lecture et à très bientôt aux JAJG à Bordeaux autour d'un canelé et d'un verre de vin !

Pour l'AJG  
Vos 2 anciennes rédactrices en chef  
**Sophie MASSART et Justine TRISTRAM**



## L'IMAGERIE EN GÉRIATRIE

**Interview du Dr Evelyne Meyblum, qui dirige le service d'imagerie médicale de l'hôpital gériatrique Émile Roux (Limeil-Brevannes). Cet hôpital gériatrique constitue l'un des 5 sites du Groupe Hospitalier Universitaire AP-HP Henri Mondor (Créteil).**

Le Dr Evelyne Meyblum coanime le groupe SFR (Société Française de Radiologie) - Gériatrie avec le Pr Alain Luciani (Chef du pôle imagerie du CHU Henri Mondor et secrétaire générale de la SFR).

***Avec la participation de :***

Dr Kim-Diep Dang-Tran, praticien hospitalier de l'HEGP, l'hôpital européen Georges Pompidou (Paris) et responsable du service de radiologie de l'hôpital gériatrique Corentin Celton à Issy-les-Moulineaux.  
Pr Hicham Kobeiter, chef de service d'imagerie médicale du CHU Henri Mondor.

## Qu'est-ce qui a suscité votre intérêt pour la gériatrie dans le domaine de la radiologie ?

Nous nous y sommes intéressés lorsque nos collègues gériatres nous ont fait part de difficultés d'accès à l'imagerie pour leurs patients âgés ou très âgés, et plus particulièrement à l'imagerie moderne, dont l'imagerie en coupe, scanner et IRM. Ces difficultés peuvent en effet contribuer au retard diagnostique fréquemment observé chez les patients âgés même s'il n'en est pas la seule cause (Les patient âgés consultent plus tardivement par exemple, etc.).

Nous nous sommes donc interrogés, en radiologie, sur les raisons de ces difficultés d'accès et leurs implications. Et également sur les recommandations que nous pourrions proposer pour la prise en soins en radiologie des patients qui relèvent de la gériatrie.

C'est ainsi qu'un groupe de travail dédié aux particularités de l'imagerie en milieu gériatrique « le groupe SFR-Gériatrie » a été créé en 2016 par le Pr Alain Rahmouni qui malheureusement n'est plus de ce monde. Ce groupe « SFR-Gériatrie » fait partie du bureau de la SFR. C'est un groupe « transversal » qui réunit des radiologues, des gériatres, des sociologues, des éthiciens...

## Existe-t-il des recommandations spécifiques de la prise en soins en radiologie des patients qui relèvent de la gériatrie ? Comment ont-elles été établies ?

Pour répondre à ces questions, nous avons listé les situations cliniques les plus fréquemment rencontrées en gériatrie pour analyser, en regard de ces situations, les recommandations que nous pourrions formuler. Des groupes de travail associant des gériatres et des radiologues ont été constitués, en fonction des compétences de chacun.

Pour guider notre analyse et nos choix nous avons des prérequis :

- L'âge chronologique ne doit pas être le seul critère déterminant pour la prise en soins en imagerie gériatrique.
- Chez les patients âgés tout est urgent puisque les réserves fonctionnelles sont faibles avec une dégradation qui peut être rapidement fatale, d'où l'importance d'un diagnostic précoce pour la prise en charge d'affection durable.
- Les maladies qui affectent les patients âgés sont souvent évitables et réversibles.

Tout en nous assurant, comme toujours en radiologie, de la pertinence des examens d'imagerie proposés, des conséquences éventuelles sur la prise en soins des patients, sans oublier la gestion des produits de contraste que nous utilisons fréquemment, il est ressorti de ce travail que l'imagerie en coupe, au premier rang desquels le scanner, doit être proposée en première intention pour répondre aux questions les plus souvent exprimées en gériatrie.

Ces recommandations ont été intégrés dans le guide de référence d'appui à la demande des examens de radiologie et d'imagerie médicale (ADERIM ; <https://aderim.radiologie.fr>).

## Qu'est-ce que ce guide ?

L'ADERIM (Aide à la Demande des Examens de Radiologie et d'Imagerie Médicale) est porté par la Société Française de Radiologie. Il s'est construit comme une évolution du Guide du Bon Usage des examens d'imagerie médicale, porté suivant une méthodologie HAS. L'ADERIM a été co-construit par des médecins radiologues et des médecins généralistes, sous la coordination du Pr Anne Cotten, radiologue au sein de la SFR.

Le guide est en libre accès : <https://aderim.radiologie.fr>

Voici le visuel :



Ce guide fonctionne avec trois portes d'entrée possibles : « motif de consultation » « pathologie » « mot clé ».

Il n'y a pas d'item dédié à la gériatrie, mais dans les situations plus particulièrement rencontrées en gériatrie, il y a des recommandations spécifiques, je citerai par exemple « l'aggravation de l'état général », « la confusion », etc.

Le site est en accès libre sur internet.



## Reste-il des indications pour l'imagerie de projection et l'échographie ?

L'imagerie de projection (appelée auparavant « imagerie standard ») et l'échographie conservent bien sûr des indications (citons à titre d'exemple les traumatismes où la radiographie de projection reste recommandée en première intention, ou la recherche d'une cholécystite aiguë où l'échographie est au premier plan).

Mais il y a des limites à ces examens qui ont la réputation d'être « simples », mais ne le sont pas toujours. Ainsi l'échographie est souvent peu, voire non contributive : absence de coopération des patients, difficultés de placement, pas d'apnée possible, patients très maigres avec peu ou pas de contraste...

L'imagerie de projection présente également des limites : grandes difficultés de placement pour les incidences radiologiques (déformations des membres, douleurs lors de la mobilisation...).

Dans ce contexte, il y a une notion très importante à connaître maintenant en gériatrie : la notion d'« **imagerie de substitution** ».

### C'est-à-dire ?

Notre rôle de radiologue est d'orienter d'emblée vers le ou les examens les plus contributifs, sans perdre de temps avec les examens dits simples comme l'échographie ou l'imagerie de projection.

D'où la notion d'examens de substitution dont voici quelques exemples :

#### En traumatologie

Les difficultés de mobilisation du patient peuvent rendre la réalisation des examens d'imagerie extrêmement difficile voire impraticable. La déminéralisation osseuse fréquente gêne la lecture des radiographies avec des difficultés de détection de certaines fractures. Ainsi, un scanner du bassin par exemple, permet une meilleure détection des fractures et du suivi après traitement.

#### Thorax

Les clichés pris assis ou couché sont très souvent peu ou pas contributifs.

#### Scanner cérébral

Nous l'utilisons en cas de symptomatologie atypique pour guider vers l'IRM ou non. L'IRM reste l'examen de référence, mais peut s'avérer impraticable (durée de l'examen, tremblements).

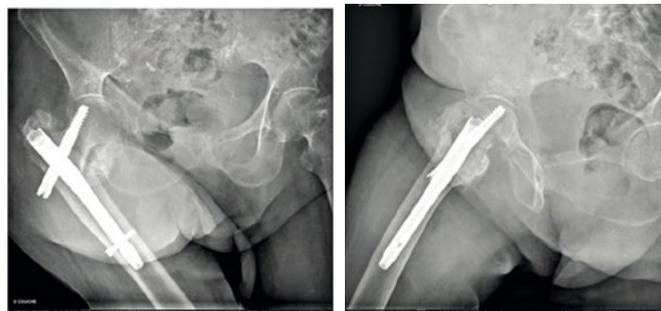
## Voici quelques exemples cliniques

### Cas clinique

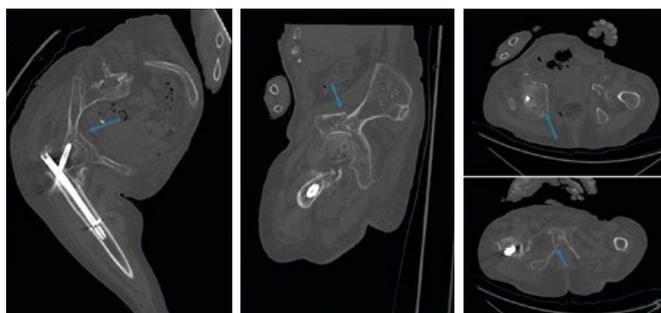
- Douleurs de la hanche persistantes malgré les antalgiques après une chute sans fracture visible en imagerie de projection.
- Scanner du bassin.
- Fracture transversale de la branche ischio-pubienne gauche.
- Pas de complication de la prothèse.



### Autre Exemple



- 92 ans, chute de son lit. Douleurs de la hanche droite anciennement ostéosynthésée.
- L'imagerie de projection effectuée dans des conditions difficiles ne permet pas de conclure quant à l'existence ou non d'une nouvelle fracture.



- Le scanner permet de montrer une fracture complexe du fond fu cotyle droit et de la branche ischio-pubienne droite. (flèche vertes)

## Mais comment assurer l'accès à cette imagerie de coupes ?

C'est une bonne et grande question ! Les services de radiologie des établissements dont l'activité principale est la gériatrie sont souvent équipés à « minima » avec une salle de radiologie de projection et une salle d'échographie. Nous avons proposé deux pistes pour remédier aux difficultés d'accès : équiper ces services de scanner voire d'IRM ou établir des circuits qui permettent d'assurer un accès à cette imagerie de coupe.

Nous avons ainsi pu équiper le service de radiologie de l'hôpital Emile Roux à Limeil Brévannes (Groupe Hospitalo-Universitaire Henri Mondor) d'un scanner de dernière génération et transformer ainsi la prise en soins des patients âgés, en conformité avec les recommandations nouvellement apparues.

Pour la seconde solution, nous travaillons activement avec nos collègues gériatres pour construire des filières fiables, faciles d'accès, visibles, etc. Cela pourrait se faire notamment au travers des filières gériatriques qui existent déjà.

### **Existe-t-il des protocoles et des grilles de lecture spécifiques de vos examens d'imagerie pour les patients âgés par rapport aux patients plus jeunes ?**

Les protocoles d'examen et les grilles de lecture sont les mêmes pour les patients âgés que pour les patients plus jeunes dans l'immense majorité des cas, avec quelques nuances.

Ainsi, une adaptation est nécessaire, liée essentiellement :

- À la fragilité des patients âgés (insuffisance rénale fréquente) ;
- À de nombreux artefacts liés au vieillissement des différents organes et systèmes, des prothèses ou autres corps étrangers.

D'ailleurs les « modifications physiologiques » liées au vieillissement peuvent parfois poser problème : une image anormale est-elle pathologique ou liée aux phénomènes du vieillissement ?

### **Comment ces particularités de la prise en soins radiologiques des patients âgés sont-elles partagées et diffusées ?**

À de nombreuses occasions, comme par exemple lors du congrès annuel de la Société Française de Radiologie : les « Journées Francophones de Radiologie (JFR) », nous élaborons chaque année une ou plusieurs séances dédiées à la radio-gériatrie, séances partagées avec des interventions de nos collègues gériatres.

Le thème des prochaines JFR en octobre 2025 sera d'ailleurs dédié à l'imagerie aux âges extrêmes de la vie : pédiatrie et gériatrie ! Notre groupe SFR-Gériatrie a été sollicité pour l'élaboration du programme en radio-gériatrie.

Des actions de FMC à l'échelle régionale sont également organisées par la SFR : la dernière séance en juin 2024 a concerné la « Place de la radiologie interventionnelle dans la prise en soins de la douleur en gériatrie » (un lien d'accès à la rediffusion de cette formation vous sera très prochainement proposé).

Des publications complètent ces actions de formation : Meyblum E, et al. Offre territoriale de soins en imagerie gériatrique. Journal d'imagerie diagnostique et interventionnelle (2022).

<https://doi.org/10.1016/j.jidi.2022.07.010>

Enfin, nous inaugurons cette année, en lien avec le Collège des Enseignants de Radiologie de France (CERF), une formation dédiée à l'imagerie gériatrique pour les internes de radiologie en année socle, avec un enseignement transversal qui comprend des vignettes en gériatrie, en radiologie, en sociologie et d'éthique.

### **L'utilisation de produits de contraste est souvent nécessaire lors de vos examens d'imagerie. Quelles sont les précautions ou recommandations éventuelles pour les patients âgés ?**

#### **Réponse du Dr Kim-Diep Dang-Tran**

Tout d'abord, il faut avoir en tête que l'âge n'est pas un facteur de risque isolé de maladie rénale induite par les produits de contraste (Gupta et al. AJR 2023).

Il faut considérer les patients gériatriques comme des personnes adultes « standard » avec certaines fragilités. De ce fait, comme pour tout examen d'imagerie, il faudra juger de sa pertinence et prendre en compte la dose d'irradiation reçue, la dose de produit de contraste injectée, les allergies éventuelles, et la fonction rénale du patient. La fonction rénale est appréciée par la mesure du Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) avec la formule CKD-EPI, la plus adaptée pour une population large.

Dans la population générale, les deux causes les plus fréquentes d'insuffisance rénale sont le diabète et l'HTA, deux pathologies qui sont très fréquentes chez la personne âgée. D'autres causes fréquentes chez la personne âgée sont la déshydratation et la polymédication/prise de médicaments néphrotoxiques.

S'il existe des facteurs de risque avec une altération préexistante de la fonction rénale, il faudra discuter de la mise en place d'une hydratation intra-veineuse après l'examen pour prévenir une toxicité rénale.

On peut proposer :

- NaCl à 0,9 % ou Bicarbonate de sodium 1,4 %.
- 500 mL à 2L sur 6H à 12H en encadrant l'injection de produit de contraste iodé.

Il faudra bien veiller au risque de surcharge cardiaque, limiter la durée de la voie IV (risque infectieux, risque de confusion, perte de repère) et favoriser dès que possible l'hydratation sous-cutanée.

En cas d'insuffisance rénale sévère ( $DFG < 30 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ ) : l'utilisation de produit de contraste iodé est contre-indiquée sauf en cas de nécessité absolue. Il faudra alors rechercher des alternatives (examen sans injection de produit de contraste, technique d'imagerie alternative : IRM, Doppler).

À noter qu'il n'y a pas de toxicité rénale connue avec le Gadolinium. Il n'est donc pas utile de réaliser un dosage de créatinine avant une IRM.

Toutes les recommandations (allergie, insuffisance rénale, etc.) sont disponibles sur les sites du CIRTACI (**Comité Interdisciplinaire de Recherche et de Travail sur les Agents de Contraste en Imagerie**) et de l'ESUR (*European Society of Urogenital Radiology*). Ce site a été créé par le Pr Olivier Clément, Chef de service d'imagerie médicale de l'HEGP.

### **Quels seraient vos principaux messages à partager avec de jeunes (et moins jeunes) géiatres ?**

L'imagerie en géiatrie n'est pas une révolution technologique ou sémiologie en radiologie mais une indispensable adaptation aux particularités cliniques des patients âgés portées à notre connaissance par nos collègues géiatres.

C'est un changement de paradigme en radiologie par rapport aux patients plus jeunes.



Mais il faut savoir qu'il existe en radiologie des contraintes inhérentes à la réalisation de nos examens d'imagerie en termes de positionnement et de coopération des patients, que les médecins demandeurs d'examens d'imagerie doivent également apprendre à connaître. On peut citer l'exemple de la mammographie qui ne peut être réalisée en position allongée, la nécessité d'une immobilisation et d'une apnée même courte pour un scanner...

Je soulignerai l'importance de l'**ADERIM** qui permet un accès aux recommandations des bonnes pratiques en imagerie géiatrique et guider ainsi les choix des examens d'imagerie.

Nous avons vu que les recommandations actuelles accordent une large place à l'imagerie en coupes notamment au scanner, et la notion **d'imagerie de substitution** est très importante à connaître.

Le site **CIRTACI** peut répondre à toutes les questions que l'on peut se poser avant un examen d'imagerie qui nécessitera peut-être une injection de produit de contraste.

La radiologie a considérablement évolué ces dernières décennies passant d'une discipline essentiellement diagnostique à une spécialité intégrant des approches thérapeutiques, avec la radiologie interventionnelle. Les gestes mini-invasifs que propose la radiologie interventionnelle représentent une alternative précieuse à des traitements chirurgicaux et/ou médicaux habituels, pour les patients âgés souvent polypathologiques et fragiles.

Enfin, les nouveaux outils digitaux, appuyés par les dernières technologies *convolutionnelles* en intelligence artificielle s'intègrent peu à peu dans les explorations radiologiques du quotidien, et laissent entrevoir un rôle spécifique dans la prévention au travers de l'identification précoce d'altérations fonctionnelles à risque d'évolution – calcifications vasculaires, ostéopénie radiologique – y compris pour des examens indiqués pour des raisons spécifiques éloignées du champ de la prévention. Cette imagerie d'opportunité sera amenée à se développer dans les années à venir.

# INTÉRÊT DU TDM TAP EN GÉRIATRIE DEVANT UNE ALTÉRATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

**Mesure de l'impact du scanner thoraco-abdomino-pelvien dans la modification de prise en charge des patients admis en unité de gériatrie aiguë en post-urgence ou admission directe du lieu de vie sur affection médicale aiguë**

*Article issu de la Thèse pour le diplôme de docteur en médecine du Dr Q. SCHRAMM  
Soutenue publiquement le 08/07/22.*

## Contexte

En France, la population gériatrique se définit comme regroupant des patients âgés de 75 ans ou plus, comme défini par le plan personnalisé de soins des sujets âgés polypathologiques par la Haute Autorité de Santé en 2015 (1). Cette population regroupe nombre de spécificités qui lui sont propres.

Sur le plan nosologique, elle présente une plus grande prévalence des maladies chroniques, notamment cardiovasculaires ou neurodégénératives (2). À ce propos en 2018, la DREES mentionne un taux de pathologies chroniques chez les plus de 70 ans variant entre 60 et 80 % selon le niveau de ressources (les ménages dits « pauvres » étant plus touchés que les « non pauvres »), contre 50 à 68 % chez les 60 à 69 ans. Ces résultats sont également retrouvés dans des cohortes anglaises (4). L'évolution de ces maladies, même suivies, conduit à l'augmentation du risque de polymédication (8), de handicap et de dépendance (5), avec des conséquences multiples comme l'isolement social, la dépression, l'altération de la qualité de vie et un sur-risque de mortalité (6, 7).

Sur le plan sémiologique, la population gériatrique est caractérisée par son atypie clinique dans la symptomatologie d'affection aiguë ou chronique (9). On peut notamment citer le cas particulier de l'absence de fièvre en cas de syndrome infectieux ou du diagnostic différentiel entre syndrome dépressif et douleurs chroniques (10, 11). Enfin il est important de rappeler la difficulté fréquente d'expression des différents signes fonctionnels par ces patients chez qui la verbalisation peut être altérée par des pathologies comme des séquelles d'AVC ou des maladies neurodégénératives.

Sur le plan psychosocial, des facteurs indépendants de toute affection médicale ont un impact majeur sur la prise en charge des patients gériatriques. On y retrouve des événements de vie passés, les représentations psychologiques liées à la médecine et à l'hôpital, l'isolement social ou encore la précarité économique (12, 13).

La tomodensitométrie thoraco-abdominopelvienne, que nous noterons « scanner TAP » est une technique d'imagerie d'orientation diagnostique largement utilisée en pratique courante dans les services de gériatrie aiguë. Cet examen a fait la preuve de sa pertinence et est inscrit dans les recommandations de bonnes pratiques dans l'exploration de diverses affections comme la suspicion ou suivi de néoplasie ainsi que les maladies infectieuses (14). En situation aiguë, il est généralement plébiscité pour son information rapide dans le cadre d'un sepsis non contrôlé, par exemple. C'est donc un examen de choix pour étayer le raisonnement diagnostique dans notre population dont les problématiques ne permettent pas toujours d'être suffisamment orienté sur les éléments cliniques ou les examens biologiques.

Nous souhaitons apporter des éléments de réflexion autour de ce scanner dont on peut parfois entendre qu'il est « sur-utilisé ». L'objectif de ce travail a donc été de mesurer l'impact de la réalisation d'un scanner TAP la prise en charge des patients gériatriques admis en unité de gériatrie aiguë en admission post-urgence ou en admission directe du lieu de vie sur affection aiguë.

## Méthodologie

### Type d'étude

Cette étude est une cohorte rétrospective sur dossier de patients.

### Population

Tous les patients admis dans le service d'unité de gériatrie aiguë au CHU du Bicêtre et ayant bénéficié d'un scanner TAP entre mai et novembre 2019 ont été inclus. L'admission pouvait être en post-urgence immédiat ou directement du lieu vie. Les patients étaient exclus si :

- Ils n'avaient pas bénéficié de scanner TAP.
- Les scanners dont ils avaient bénéficié était autre qu'un TAP ou réalisé dans un contexte programmé en situation médicale non aiguë (scanner de suivi oncologique par exemple).

À noter que certains patients ont bénéficié à plusieurs reprises de scanner TAP durant un ou plusieurs séjours hospitaliers sur la période définie, nous n'avons comptabilisé que le premier réalisé dans le temps.

### Objectifs

L'objectif principal était de mesurer le taux de modification de prise en charge du fait des résultats du scanner TAP. L'objectif secondaire était d'observer l'impact du motif d'admission en unité de gériatrie aiguë sur le délai de réalisation du scanner et sur le taux de modification de la prise en charge.

### Recueil des données

Toutes les données démographiques, médicales et les traitements étaient issues du dossier ORBIS du patient. D'une part, nous avons reporté l'indication pour laquelle le scanner a été demandé. D'autre part le recueil des résultats du scanner ont été relevés comme suit :

- Le scanner est-il contributif, c'est-à-dire répond-il à la question posée ?
- Quelle est la nature du/des diagnostic(s) mis en évidence ?
- Le résultat du scanner a-t-il amené à une modification de la prise en charge ?

Nous avons classé les différents diagnostics positifs posés grâce au scanner comme suit :

- Présence d'une tumeur suspecte de malignité jusque-là inconnue ou progression d'une tumeur anciennement connue (indépendamment de son aspect suspect ou non antérieurement).

- Présence d'un foyer infectieux jusque-là non connu de par la pauvreté de l'examen clinique, ou majoration d'un foyer infectieux malgré traitement probabiliste en place.
- Présence d'une embolie pulmonaire jusque-là inconnue avec une suspicion clinique au moins équivalente à un autre diagnostic (foyer infectieux profond par exemple).
- Présence d'une occlusion digestive.
- Présence d'une fracture osseuse.
- Présence d'un hématome profond.

Nous avons classé les modifications thérapeutiques liées au scanner comme suit :

- Introduction/Arrêt/Modification d'une anticoagulation curative.
- Introduction/Modification (avec une sous-classe spécifique pour l'introduction de Pipéracilline-Tazobactam) /Arrêt d'une antibiothérapie.
- Introduction/Reprise d'une chimiothérapie.
- Prise en charge chirurgicale.
- Prise en charge endoscopique.
- Transfusion de produits sanguins labiles.
- Réorientation du projet thérapeutique en soins palliatifs exclusifs, après discussion collégiale.
- Prise en charge spécifique autre (fécalome haut évacué, complément d'imagerie par IRM et/ou échographie, ponction-biopsie, ...).

### Analyse statistique

Les statistiques réalisées étaient uniquement descriptives : description des variables qualitatives par effectif (pourcentage), quantitative écart type (min - max). Aucun test ou modèle statistique n'ont été réalisés au vu du faible effectif de l'échantillon.

## Résultats

### Caractéristiques de la population incluse

Sur la période de mai à novembre 2019 ont été recensés 291 patients parmi lesquels 101 ont bénéficié d'un scanner TAP, soit 30.93 %. Après application des critères d'exclusion, 90 patients ont été finalement inclus. Leur âge moyen était de 87 ans avec une prédominance féminine (63 %). Les pathologies chroniques cardiovasculaires étaient les plus fréquentes : hypertension artérielle chez 73 % des patients ; arythmies supraventriculaires chez 29 % des patients, cardiopathie ischémique et accident vasculaire cérébral chez 20 % des patients notamment.

Il y avait un antécédent de troubles neurocognitifs majeurs chez 41 % des patients, de tumeur solide chez 33 % des patients et d'insuffisance rénale (DFG CKD EPI < 45 mL/ min) de 23 %. 24 % des patients répondaient aux critères de la HAS 2007 de dénutrition modérée et 17 % à une dénutrition sévère. 30 % des patients avait plus de 10 médicaments par jour (19 % moins de 5 par jour).

Concernant les éléments biologiques, il existait une grande variabilité avec de forts écarts de valeurs, notamment : 87,56 mg/L (5 - 418) pour la C-Reactive Protein (CRP) ; 10,18 G/L (3,94 - 82,31) pour les leucocytes ; 61,98 µmol/ L (28 - 466) pour la créatinine et 5,02 mmol/L (125 - 149) pour la natrémie.

L'altération de l'état général représentait près d'un tiers des motifs d'admission (30 %). Venaient ensuite les chutes (13 %), les infections - indépendamment du point d'appel - (12 %), la confusion aiguë (10 %). Les autres patients avaient été admis pour décompensation cardiaque, rachialgie, radiculalgie, pancréatite, rétention aiguë d'urines, douleur abdominale, diarrhée, admission de patients en sortie d'unité de soins intensifs neuro-vasculaires ou de réanimation.

### Objectif principal (Tableau 1)

D'une manière générale, 57,78 % des patients chez qui a été réalisé un scanner TAP ont pu bénéficier d'une prise en charge spécifique liée aux résultats du scanner.

Les diagnostics positifs de tumeur ou image suspecte de malignité étaient en première place des étiologies représentées, intéressant 39 patients (soit 68,42 % de scanner TAP avec un diagnostic positif). Parmi eux, 29 patients (soit 79,34 %) ont vu leur prise en charge modifiée du fait de la réalisation du scanner TAP :

- 13 vers une prise en charge palliative exclusive.
- 12 vers un complément d'exploration par endoscopie (bronchique ou digestive).
- 4 vers un complément d'exploration autre (IRM, échographie, ponction-biopsie notamment).
- 3 vers une chimiothérapie (1 à visée curative, 1 à visée palliative, 1 proposée que la patiente n'a pas pu recevoir car décédée avant).
- 1 vers une chirurgie (pose de sonde double J sur obstacle urinaire tumoral).

TDM TAP	N = 90	%
Contributif	87	96,67
Diagnostic positif sur la TDM TAP	57	63,33
Prise en charge spécifique liée au scanner	52	57,78
<b>Tumeur/ image suspecte de malignité</b>		
PEC spécifique modifiée	29	74,36
Orientation palliative de la prise en charge	13	33,33
Exploration par endoscopie	12	30,77
Complément d'exploration (IRM, écho...)	4	10,26
Instauration d'une chimiothérapie	3	7,69
<b>Foyer infectieux</b>		
PEC modifiée	8	36,36
Antibiothérapie instaurée	5	22,73
Modification durée de l'antibiothérapie	3	13,64
Changement d'antibiotiques	2	9,09
Élargissement du spectre par Pipéracilline-Tazobactam	1	4,55
<b>Embolie pulmonaire</b>		
PEC modifiée	2	100
Instauration d'une anticoagulation curative	2	
<b>Occlusion digestive</b>		
PEC modifiée	2	100
Syndrome d'Ogilvie traité par colo-exsufflation	1	
Occlusion basse sur fécalome, traitement médical	1	
<b>Fracture osseuse</b>		
PEC modifiée	1	50
Fracture vertébrale ostéoporotique éligible à un traitement médical	1	
Fracture vertébrale ostéoporotique	1	
<b>Hématome profond</b>		
Transfusion de culot globulaire rouge	1	1,11

**Tableau 1 :** Prise en charge des patients inclus suite au scanner TAP. **TDM TAP :** tomodynamométrie thoraco-abdomino-pelvienne ; **IRM :** imagerie par résonnance magnétique ; **PEC :** prise en charge.

Les foyers infectieux représentaient la 2<sup>ème</sup> classe étiologique en importance de nombre, authentifiés chez 24,44 % des patients. Une modification de prise en charge a été relevée dans 36,36 % des cas :

- Vers l'introduction d'une antibiothérapie probabiliste pour 22,73 % d'entre eux.
- Vers une modification de la durée de l'antibiothérapie pour 13,64 % d'entre eux.
- Vers un changement de classe d'antibiotique pour 9 % d'entre eux (dont un par Pipéracil-line-Tazobactam après avis infectiologique et urologique dans le cadre d'un sepsis urinaire).

Nous avons également noté le diagnostic de :

- 2 embolies pulmonaires ayant motivé l'introduction d'une anticoagulation curative.
- 2 occlusions digestives radiologiques dont une étiquetée syndrome d'Ogilvie ayant bénéficié d'une exsufflation endoscopique.
- Une occlusion digestive basse sur fécalome haut situé ayant motivé une prise en charge médicale par grands lavements itératifs.
- Un hématome profond sur site opératoire qui a bénéficié d'une prise en charge médicale seule par transfusion de culots globulaires.

Enfin, il n'a été noté qu'un seul effet secondaire suite au scanner sur notre série qui était la diffusion de produit de contraste au point d'injection ayant favorablement évolué.

### Objectif secondaire (Tableau 2)

Dans la population incluse pour altération de l'état général (N = 27), 85 % d'entre eux ont bénéficié d'un scanner TAP dans les 7 jours suivant l'admission et 74 % ont bénéficié d'une prise en charge spécifique liée au résultat du scanner. Parmi les scanners réalisés après le 7<sup>e</sup> jour d'admission :

- 3 ont été réalisés au 8<sup>e</sup> jour dont 2 par nécessité de corriger une insuffisance rénale aiguë.
- 1 a été réalisé au 8<sup>e</sup> jour car l'acquisition réalisée à 72 h ne comprenait que les clichés thoraciques avec injection de produit de contraste.
- 1 a été réalisé au 12<sup>e</sup> jour après l'admission du fait d'une symptomatologie initiale à prédominance neurologique (troubles de déglutition et déficit moteur des membres supérieures) faisant réaliser une IRM cérébrale en premier lieu.

Dans la population incluse admise pour chute (N = 12), 58 % d'entre eux ont bénéficié d'un scanner TAP dans les 7 jours après l'admission et 50 % ont bénéficié

d'une prise en charge spécifique liée au résultat du scanner. Parmi les 5 scanners réalisés après le 7<sup>e</sup> jour d'admission :

- 3 ont été réalisés dans le cadre d'une suspicion de complication post-opératoire (2 hématomes et 1 surinfection de site opératoire).
- 1 scanner dans le cadre du bilan d'extension du diagnostic récent d'embolie pulmonaire.
- 1 scanner devant un syndrome inflammatoire prolongé.



Dans la population incluse admise pour infection (N = 12), 75 % d'entre eux ont bénéficié d'un scanner TAP dans les 7 jours après l'admission et 25 % d'une modification de prise en charge liée au résultat du scanner.

Parmi les 3 scanners réalisés après le 7<sup>e</sup> jour d'admission :

- 1 scanner a été réalisé devant une déglobulisation à 1 mois d'un lavage articulaire sur arthrite septique compliquée d'endocardite infectieuse.
- 1 scanner a été réalisé devant la persistance d'un syndrome inflammatoire malgré antibiothérapie bien conduite pour une pneumopathie documentée à pneumocoque.
- 1 scanner a été réalisé devant une aggravation respiratoire chez un patient initialement traité pour une bactériémie à *S. epidermidis* méticil-line-sensible sous bi-antibiothérapie adaptée.

Enfin, dans la population incluse des patients admis pour confusion aiguë (N = 6), 100 % ont bénéficié d'un scanner TAP dans les 7 premiers jours d'admission et 100 % ont bénéficié d'une prise en charge spécifique liée au scanner.

	Altération de l'état général (N = 27)	Chute (N = 12)	Infection (N = 12)	Confusion aiguë (N = 6)
<b>Indication du scanner</b>				
Recherche de foyer infectieux *	10 (37 %)	9 (75 %)	6 (50 %)	3 (50 %)
Recherche de néoplasie évolutive	19 (70 %)	5 (42 %)	6 (50 %)	4 (67 %)
Exploration d'une altération de l'état général	20 (74 %)	4 (33 %)	3 (25 %)	4 (67 %)
Recherche d'un hématome profond	2 (7 %)	3 (25 %)	1 (8 %)	2 (33 %)
<b>Délai réalisation scanner</b>				
≤ J7	<b>23 (85 %)</b>	<b>7 (58 %)</b>	<b>9 (75 %)</b>	<b>6 (100 %)</b>
> J7	4 (15 %)	5 (42 %)	3 (25 %)	0
<b>Résultats du scanner</b>				
Foyer infectieux nouveau ou majoré	6 (22 %)	3 (25 %)	5 (42 %)	1 (16 %)
Tumeur non connue ou en progression	16 (59 %)	5 (42 %)	4 (33 %)	3 (50 %)
Embolie pulmonaire	1 (4 %)	0	0	1 (16 %)
Occlusion digestive radiologique	0	0	1 (8 %)	0
Hématome profond	0	1 (8 %)	0	0
Modification de prise en charge liée au scanner	20 (74 %)	6 (50 %)	3 (25 %)	6 (100 %)

**Tableau 2 :** Modification de la prise en charge liée au scanner TAP selon le motif d'admission et relevé des délais de réalisation du scanner.  
\* Fièvre et/ou syndrome inflammatoire biologique persistant malgré antibiothérapie probabiliste et/ou adaptée bien conduite.

## Discussion

Après analyses des différents cas, il semble y avoir des modifications de prise en charge relativement significatives suite à la réalisation du scanner TAP sur la série de patients étudiés.

Comme montré plus haut, la prise en charge oncologique a été modifiée chez 74.36 % des patients. Il est à noter que ces patients ont pu par ailleurs bénéficier d'une évaluation oncogériatrique sur leur séjour du fait de ces scanners. Les patients chez qui la situation palliative exclusive a été décidée ont pu bénéficier d'un suivi personnalisé par des soins à domicile oncologiques comme "Onco94".

Concernant les foyers infectieux, le scanner n'a pas modifié la prise en charge chez 59,1 % des patients pour plusieurs raisons. Ces scanners ont surtout été motivés soit par la persistance d'un syndrome inflammatoire biologique malgré une antibiothérapie probabiliste bien conduite, soit une discordance entre l'examen physique et une altération profonde de l'état général. Ils étaient ainsi principalement réalisés pour ne pas méconnaître une pathologie

surajoutée qu'elle soit infectieuse, néoplasique ou thromboembolique. De plus infirmer la présence d'un foyer infectieux profond permet d'éviter l'élargissement trop fréquent des antibiothérapies probabilistes, source de iatrogénie et de sélection de souches résistantes notamment.

Enfin, les autres diagnostics obtenus : embolie pulmonaire, occlusion digestive, hématome profond et fractures vertébrales représentent un total de 7.78 % et ont tous motivé une prise en charge spécifique (à l'exception d'une fracture vertébrale ancienne). Ces diagnostics sont le plus souvent posés à l'occasion de scanner plus ciblés : l'angiogramme des artères pulmonaires pour l'embolie pulmonaire, le scanner abdomino-pelvien pour l'occlusion ou les hématomes profonds comme au niveau du psoas. Là encore est montrée la problématique de l'atypie clinique des patients gériatriques (9) trompant le clinicien et ne permettant pas toujours d'avoir un point d'appel clinique clair motivant un examen plus ciblé. Hormis les fractures vertébrales, les autres diagnostics posés amènent tous à un degré divers à l'engagement du pronostic vital à court terme.

En ce sens, le scanner TAP a permis de “rattraper” ces diagnostics et de limiter le délai de prise en charge thérapeutique (et ce dans plus de 1 cas sur 10).

Quand on s'intéresse aux raisons de la réalisation des scanners TAP, **l'altération de l'état général et la confusion aiguë rendent compte d'un taux très important de modification de prise en charge, majoritairement dans la semaine suivant l'admission.** Ces résultats amènent à discuter autour de l'idée d'une éventuelle intégration du scanner TAP dans le bilan d'entrée des patients admis en unité de gériatrie aiguë pour ces deux motifs. **La réalisation systématique d'un scanner TAP à l'entrée dans les populations admises pour chute ou infection semblent d'un intérêt moindre.**

Cette étude présente plusieurs forces. La population recrutée est représentative de la population admise en gériatrie aiguë sur le plan de l'autonomie, des facteurs de fragilité et de l'importance des comorbidités. La description large des caractéristiques cliniques et biologiques des patients à l'admission a étayé l'hétérogénéité très souvent présentée par nos patients, minimisant le biais d'analyser un sous-groupe trop restreint. Enfin, le scanner TAP étant un outil peu invasif et relativement accessible, les résultats suggérés par notre travail nous semblent donc pouvoir avoir un impact en pratique clinique courante dans les services de gériatrie aiguë.



Elle présente également plusieurs limites. Son analyse uniquement descriptive ne peut apporter le même niveau de preuve qu'une étude comparative. Son caractère monocentrique a également pu amener un possible effet-centre, même si nous pensons que le profil des patients inclus rend ce biais moins probable (représentatifs et hétérogènes). De plus le suivi s'est uniquement arrêté au séjour, mais étant donnée la faible espérance de vie des patients encore plus minorée par l'épisode de COVID-19, il aurait été complexe de réaliser un suivi sur le long terme.

## Conclusion

Cette étude a permis d'attirer l'attention sur le fait que le scanner TAP est un outil qui permet dans la majorité des cas de modifier la prise en charge des patients admis en unité de gériatrie aiguë pour une affection médicale aiguë (venant du domicile ou des urgences). **Son utilisation large ne nous semble donc pas relever d'une « surutilisation » mais comme un potentiel atout permettant d'orienter la prise en charge des patients de manière plus adaptée et plus précoce.** Nous pensons ainsi qu'il peut permettre de limiter le risque de décompensation en **cascade** des différentes pathologies chroniques des patients gériatriques, de dépendance iatrogène et qu'il aide à l'optimisation du confort et de la qualité de vie de nos patients.

L'observation du lien entre les motifs d'hospitalisation, le délai de réalisation du scanner et le taux de modification de prise en charge nous amène à poser la question de la réalisation systématique de cet examen à l'admission en gériatrie aiguë, notamment dans les populations admises pour altération de l'état général et pour confusion aiguë. D'autres études multicentriques avec un nombre plus important de patients seraient intéressantes pour confirmer ces résultats.

Pour l'Association des Jeunes Gériatres  
**Dr Quentin SCHRAMM**  
Chef de Clinique en Gériatrie, Hôpital de Bicêtre

## Références

1. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 28 avr 2021]. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires).
2. Ameli.fr - Prévalence [Internet]. [cité 19 août 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>
3. État de Santé de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797612?sommaire=4928952>
4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*. 7 juill 2012;380(9836):37-43.
5. Enquête Handicap Santé 2008-2009 – Les personnes en situation de handicap en Ile-de-France | Insee [Internet]. [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1894263?sommaire=1894266>
6. Rapportmonalisa.pdf [Internet]. [cité 9 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.monalisa-asso.fr/images/pdf/rapportmonalisa.pdf>
7. Pan Ké Shon JL. Isolement relationnel et mal-être. nov 2003 [cité 9 févr 2021]; Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr:80/jspui/handle/1/347>
8. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gerontologie et societe*. 2002;25 / n° 103(4):93-106.
9. Bouchon JP. Particularités diagnostiques et grands principes thérapeutiques en gériatrie. *EMC - Médecine*. 1 déc 2004;1(6):513-9.
10. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *The Lancet*. 4 juin 2005;365(9475):1961-70.
11. Blazer D. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM198901193200306>. Massachusetts Medical Society; 2010 [cité 9 févr 2021]. Depression in the Elderly. Disponible sur : <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM198901193200306>
12. Ouvrard C, Meillon C, Dartigues JF, Ávila-Funes JA, Amieva H. Psychosocioeconomic Precariousness, Cognitive Decline and Risk of Developing Dementia: A 25-Year Study. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2016;41(3-4):137-45.
13. Sass C, Guéguen R, Moulin JJ, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. *Sante Publique*. 2006;Vol. 18(4):513-22.
14. Rapport\_rx\_thorax.pdf [Internet]. [cité 3 avr 2022]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-03/rapport\\_rx\\_thorax.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-03/rapport_rx_thorax.pdf)

## GÉRIATRE AVEC DU D'ÉCHOGRAPHIE

Aujourd'hui, les diplômes complémentaires d'ultrasons se multiplient et beaucoup de spécialités ont intégré la pratique de l'échographie dans leur cursus.

Pour nous, gériatre, quelle est la place de l'échographie ponctuelle ou « pocket écho » dans notre pratique quotidienne ?

Quels bénéfices apporte-t-elle pour nos patients ?

Nous nous intéressons à la pratique du Dr Sonia Fauvet, gériatre au CH de Douai et utilisant l'échographie dans sa pratique.

### **Sonia, peux-tu nous expliquer quels cursus existent et lequel as-tu choisi pour ta formation ?**

Ça fait 5 ans maintenant que je pratique l'échographie.

En effet, aujourd'hui de multiples formations existent pour se former à l'échographie, sur une durée d'un an en moyenne.

J'ai découvert l'échographie clinique aux urgences ce qui a facilité mon choix de la formation "L'échographie clinique appliquée à l'urgence".

Elle me paraît dans son ensemble globalement adaptée à notre pratique en gériatrie quel que soit notre mode exercice (aigü, SMR ou EHPAD), hormis certaines spécificités des urgences gynéco-obstétriques ou pédiatriques bien évidemment.

J'ai décidé de poursuivre l'aventure par la formation en échographie générale pour approfondir notamment la pratique, car en réalité en faisant seulement quelques plages d'écho, on ne devient pas expert.

C'était 3 ans de formation supplémentaire avec la nécessité de valider 4 modules de spécialités différents (échographie abdominale, urologie, vasculaire et endocrino/thyroïde).

Les modules sont très spécialisés et clairement moins adaptés à notre exercice quotidien.

La formation était certes très longue mais elle m'a permis d'acquérir de la pratique encadrée par les spécialistes pour avoir plus d'autonomie aujourd'hui.

*Si j'ai un message à faire passer pour les gériatres en formation qui souhaitent se former à l'écho : N'hésitez pas à prendre la sonde pendant vos stages !*

En DES de gériatrie avec la maquette actuelle, beaucoup de services permettent de pratiquer de l'écho.

La Réanimation, la cardiologie, les urgences et même certains services de gériatrie ont accès à l'échographie portable aujourd'hui.

Quelle que soit la formation que vous choisissez, la pratique régulière de l'échographie, encadrée par les spécialistes (cardiologue ou radiologue) au début reste le meilleur moyen pour progresser en écho.

Qui sait, un jour il y aura peut-être la possibilité de se former à « L'échographie clinique appliquée à la gériatrie ».

### **Actuellement, quelle est la place de l'échographie dans ta pratique quotidienne ?**

L'échographie clinique au lit du malade reste l'activité que je préfère. Allier l'examen clinique et l'échographie peut faciliter la prise en charge dans certaines situations, notamment quand la clinique n'est pas trop parlante ou trompeuse.

*Elle permet d'optimiser le traitement en attendant un examen ou un avis spécialisé.*

*L'échographie clinique reste un examen de débrouillage et ne remplace pas l'échographie spécialisée qui reste souvent indispensable pour poser le bon diagnostic, notamment pour l'échographie cardiaque.*

Avec l'échographie clinique, on arrive à évaluer la volémie, la FEVG, repérer un épanchement péricardique. Pour le reste, on a besoin de l'œil d'expert d'un cardiologue.

Pour mettre à profit ma formation longue, je continue de réaliser des examens d'échographie vasculaire, notamment de dépistage d'artériopathie dans le cadre du diabète, cardiopathies ischémiques ou des suspicions de TVP des patients hospitalisés.

Je pratique dans le service d'explorations vasculaires avec des confrères angiologues que je peux solliciter si besoin.

Je ne fais pas exclusivement des patients âgés de 75 ans et plus.

Même si, avec le vieillissement de la population, la proportion des patients âgés est de plus en plus importante, l'échographie spécialisée doit à mon sens rester le domaine des spécialistes.

J'arrive toutefois à garder ma casquette de gériatre pour faire de la prévention pour un vieillissement réussi des personnes de 60-70 ans que je rencontre en écho, ce qui me semble tout aussi important.

### **Peux-tu nous expliquer en quoi l'écho « révolutionne » la pratique clinique du gériatre ?**

L'échographie est un examen peu invasif et facilement réalisable au lit du malade, elle nous permet

d'être plus pertinent, notamment chez nos patients fragiles avec un examen clinique qui peut rester très pauvre.

On a tous déjà été confrontés à un patient Insuffisant cardiaque en insuffisance rénale aiguë, pour lequel on hésite à dépléter par Furosémide ou remplir avec du SSI.

L'évaluation de volémie pour l'adaptation de traitement diurétique en attendant une échographie spécialisée par les cardiologues est très intéressante.

Par ailleurs, on peut aussi réévaluer des épanchements pleuraux ou articulaires, faire un diagnostic ou repérage de l'ascite, voire même aider aux ponctions écho-guidées.

*L'aide au quotidien peut être variée, tout dépend des compétences de chacun car on est « bon » seulement dans ce que l'on fait tous les jours.*

*Il faut adapter votre pratique à l'offre de soins de votre lieu d'exercice. C'est sûr que si vous exercez dans une structure avec un accès très facile à l'imagerie, vous êtes moins tentés de faire l'écho vous-même.*

Si l'accès à échographie est plus difficile, l'échographie clinique a beaucoup d'intérêt.

### **Quel est le type d'appareil que tu utilises ? Comment faire pour l'obtenir ?**

Pour l'échographie au lit du malade, j'ai récupéré un vieil appareil de la réanimation.

Ce n'est pas un appareil dernière génération mais pour l'examen de débrouillage, c'est largement suffisant.

Il est équipé des 3 sondes (cardio, abdo et vasculaire) selon les besoins et l'organe ciblé.

Par ailleurs, il existe même des sondes qu'on peut brancher directement sur portable/tablette utilisé pour le FAST écho, suffisantes pour voir la veine cave, les épanchements ou repérer une rétention d'urine.

Il y a certains services des urgences qui préfèrent investir dans ce type de sonde qu'acheter un bladder-scan avec un coût à peu de chose près équivalent, avec une possibilité d'utilisation plus large.

Pour vous équiper, n'hésitez pas à solliciter votre direction/responsable du biomédical. Il peut y avoir un appareil qui dort dans un coin, non utilisé et qui peut vous rendre service.

## FICHE MÉTIER

Aussi, partager des appareils qui ne sont pas utilisés tous les jours peut avoir un sens selon vos besoins.

Pour l'achat d'un nouvel équipement, tout dépend de l'utilisation que vous souhaitez en faire.

L'achat d'une sonde est un budget très acceptable.

Acheter un nouvel appareil de qualité reste un investissement important qu'il faut mettre en balance avec la fréquence d'utilisation.

Pour résumer,

L'échographie est un outil précieux, facile à utiliser et non invasif qui permet de compléter notre examen clinique de manière à apporter la réponse thérapeutique dans beaucoup de situations, d'être moins iatrogène et je suis convaincue que pour les futures générations, grâce à l'innovation des appareils de plus en plus portables, l'échographie remplacera le stéthoscope.

Le meilleur moyen de faire de l'échographie notre alliée, c'est la pratique régulière encadrée initialement par les spécialistes.

Nous ne perdons jamais notre temps à nous former pour apporter des soins de qualité.

Intégrer la pratique de l'échographie dans notre quotidien de gériatre a du sens avec toujours un objectif de garder au cœur la qualité et la pertinence des soins adaptés à nos patients âgés.

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

**Dr Sonia FAUVET**

PH de gériatrie au Centre Hospitalier de Douai

Service SSR et Equipe Mobile de Gériatrie



## DÉCORTIQUER UNE ÉCHOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE (ETT)

Voici une fiche pratique afin de vous donner quelques clés sur l'utilisation de l'ETT et de ses résultats. L'ETT est un examen complémentaire de cardiologie visant à diagnostiquer mais également suivre l'évolution d'une pathologie cardiologique.

Elle se réalise dans la majeure partie des cas au laboratoire d'échographie du service de cardiologie mais peut également être réalisée à l'arrivée aux urgences ou au lit du patient suivant son état clinique et l'échographe choisi. Cependant, en fonction de l'appareil choisi, nous n'aurons pas accès au même type de résultats, selon les paramètres et la qualité des images.

L'ETT est en effet un examen non invasif, mais il n'en reste pas moins un examen supplémentaire pour nos patients, qui présentent parfois des troubles neurocognitifs. Et même s'il n'est pas invasif, il est parfois désagréable à supporter pour eux (poitrines chez nos patientes féminines, contact avec les côtes, ...).

De plus, il ne faut pas oublier que la clinique primera toujours sur le paraclinique : en effet, si certaines informations peuvent nous orienter vers une prise en charge ou une autre, en cas de discordance ETT/clinique, il faudra privilégier la clinique, quitte à réitérer l'examen quelques jours plus tard si possible.

Elle est rarement indiquée en première intention dans le bilan de chute hormis en cas de syncope et/ou de souffle non suivi.

Il existe de nombreux paramètres, mais nous allons tenter de lister ensemble les paramètres qui peuvent servir en pratique.

## Que recherchez-vous en demandant une échographie transthoracique ?

- Informations sur le **ventricule gauche (VG)** : Fraction d'éjection (FEVG), adaptation du traitement cardioprotecteur et du pronostic, cinétique segmentaire.
- Informations sur le **ventricule droit (VD)** : fonction du VD (FVD), impact d'une embolie pulmonaire, présence d'une hypertension pulmonaire.
- Informations sur les **valves** : recherche de fuites, rétrécissements, ruptures de piliers/cordages, présence d'image d'addition (endocardite, calcification).
- Informations sur la **volémie** : pressions de remplissage (PRVG) : Quand doute clinique, aide à la prise en charge thérapeutique.
- Autre : aspect évocateur d'amylose, distinction syndrome cardio-rénal/hypovolémie, recherche d'épanchement péricardique.

## Lecture d'une ETT en pratique gériatrique

<b>Morphologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypertrophie ventriculaire : Septum interventriculaire (SIV) &gt; 10 mm</li> <li>• Dilatation de l'OG : volume indexé &gt; 34 mL /m<sup>2</sup> → évocateur d'une cardiopathie rythmique type FA</li> <li>• Aorte ascendante proximale ≈ 30 mm ± 4</li> </ul>
<b>VG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FEVG : différentes méthodes : visuelles (variabilité inter-opérateur ++), Simpson bi-plan (mesures sur deux coupes différentes), strain (analyse de la déformation des fibres myocardiques longitudinal, radial et circonférentiel) → peu utilisé chez la personne âgée</li> <li>Préservée &gt; 50 % Modérément altérée 41-49 % Altérée ≤ 40 %</li> <li>• Cinétique segmentaire : une hypokinésie voire une akinésie totale d'un ou de plusieurs segments du cœur est évocatrice d'une séquelle ischémique type infarctus du myocarde → <b>Discuter la nécessité de la réalisation d'une coronarographie avec l'avis cardio en fonction de l'anamnèse</b></li> </ul>
<b>VD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diamètre basal : 25-41 mm / Diamètre médian 19-35 mm</li> <li>• FVD : normale si TAPSE ≥ 17 mm (mouvement de l'anneau tricuspide) Onde S &gt; 9 mm</li> <li>• PAPs : Vmax IT &lt; 2,8 m/s → <b>HTAP si &gt; 2,8 m/s</b></li> <li>• Cœur pulmonaire (séquelle EP) : dilatation si DTDVD / DTDVG &gt; 0,6</li> </ul>
<b>Valves</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rétrécissement aortique : Attention aux pressions de remplissage (haut gradient : Vmax ≥ 4 m/s, Gmoy ≥ 40 mmHg) Surface &gt; 1 cm<sup>2</sup> non serré</li> <li>• Si serré ET symptomatique → <b>Discuter une intervention : TAVI ou autre avec avis cardio</b></li> <li>• Insuffisance aortique : <b>Sur avis cardio</b></li> <li>• Insuffisance mitrale : se définit avec SOR et VR</li> <li>• Si sévère ET symptomatique → <b>Discuter Mitraclip avec avis cardiologique</b></li> <li>• Endocardite : présence d'une « image d'addition mobile » visible dans plusieurs coupes, associée à une anamnèse compatible (syndrome inflammatoire biologique, voire hémocultures positives) – Complications visibles : abcès ou fuites majeures</li> </ul>
<b>Volémie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PRVG : Définies par le E/A (remplissage passif / contraction OG), le E/E' quand le rythme est sinusal, mais pas que ! Élevées = il faut dépléter Normales = pas de modification Zone grise = non évaluables L'aspect de la contraction peut aussi faire évoquer une hypovolémie (« kissing heart »)</li> <li>⊕ <b>Retenez que l'échographiste vous donnera la classification, apprendre les valeurs n'a que peu d'intérêt</b></li> </ul>
<b>Péricarde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Épanchement de faible abondance &lt; 10 mm</li> <li>Épanchement de moyenne abondance 10 – 20 mm</li> <li>Épanchement de grande abondance &gt; 20 mm</li> <li>⊕ <b>Mesure en télédiastole</b></li> <li>Critères de tamponnade : Diminution de la vitesse max des ondes E mitrale et tricuspide</li> </ul>

## Petits points de prise en charge

- Pensez aux traitements de l'insuffisance cardiaque à FEVG altérée (« 4 fantastiques ») pour une FEVG  $\leq$  40 %.
- Diurétiques en cas de fuite mitrale ou d'HTP/HTAP.
- Surveillance du poids primordiale en cas de doute clinique – Évitez le sondage urinaire des patients à visée de « surveillance de la diurèse », la balance bénéfices/risques étant souvent défavorable.
- En cas d'hémocultures positives, réitérer le contrôle toutes les 48h tant que positives – Début de la durée des antibiotiques à partir de la première hémoculture positive.
- Privilégier le suivi par le cardiologue référent en cas de suivi chronique, permettant une comparaison avec des examens anciens (excepté en cas de délais trop longs).

Une ETT (et donc l'échographiste) est censée vous apporter des informations sur la prise en charge, notamment adaptation des thérapeutiques. Il ne faut pas hésiter à contacter la personne ayant réalisé l'examen pour préciser les informations. De la même manière, il est possible de réitérer l'examen dans un délai rapproché, notamment pour contrôler des pressions de remplissage et adapter les traitements diurétiques.

Pour l'Association des Jeunes Gériatres  
**Marine OECHSLIN**  
Assistante spécialisée Médecine Gériatrique - CHU Carémieu NÎMES (30)



## RETOUR SUR LES JASFGG 2024

Du 25 au 27 novembre 2024, avaient lieu à Paris les 44<sup>e</sup> journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Voici les résumés d'une sélection de sessions, par un groupe d'internes et un jeune gériatre bordelais !

### Immunothérapie dans la maladie d'Alzheimer : recommandations FCM/SFGG en pratique

En introduction, le Pr SOTO MARTIN (Toulouse) nous a annoncé que l'agence européenne du médicament est revenue sur sa décision et recommande d'accorder une AMM au Lecanemab dans le traitement de la maladie d'Alzheimer (MA) à un stade débutant.

Le Dr DELRIEU (Toulouse) nous a présenté les recommandations émises par la fédération des centres mémoires (FCM) pour l'utilisation du Lecanemab dans la MA. Ils préconisent une utilisation chez les patients atteints de troubles neurocognitifs (TNC) mineurs ou majeurs d'intensité légère (MMSE > 22), de réaliser systématiquement une ponction lombaire pour la recherche des biomarqueurs ainsi qu'un génotypage ApoE. Ils déconseillent d'utiliser le Lecanemab chez les patients homozygotes ApoE4 ou traités par anticoagulant ou présentant des lésions vasculaires à l'imagerie cérébrale.

Le Pr LILAMAND (Paris) a réalisé un focus sur les patients âgés atteints d'une MA : les patients âgés et très âgés atteints de MA sont et seront de plus

en plus nombreux. Dans les essais cliniques, le Lecanemab n'est pas moins efficace chez le sujet âgé même si nous manquons de données de vie réelle.

Le Dr VILLAIN (Paris) nous a ensuite expliqué comment gérer les Amyloid-related imaging abnormalities (ARIA) en pratique. Elles représentent l'effet indésirable principal des immunothérapies. Elles sont le plus souvent asymptomatiques mais 1 % d'entre elles sont sévères (confusion, convulsion, troubles de la vigilance, pouvant entraîner des séquelles à long terme voire le décès). Leur incidence est maximale entre le 3<sup>e</sup> et le 12<sup>e</sup> mois de traitement. La FCM recommande la réalisation d'une IRM avant la 3<sup>e</sup>, la 5<sup>e</sup>, la 7<sup>e</sup>, la 14<sup>e</sup> et la 27<sup>e</sup> perfusion.

Enfin, le Pr SACCO (Nice) a traité du parcours de soin des patients âgés, et notamment tous les défis qui nous attendent du diagnostic jusqu'au suivi des patients.

## Prise en charge des symptômes psycho-comportementaux des maladies neurocognitives : nouvelles recommandations nationales

Le Pr Maria SOTO (Toulouse) a rappelé l'ampleur du travail accompli pour l'élaboration des nouvelles recommandations, publiées le 21 septembre 2024 (Journée mondiale de la maladie d'Alzheimer !). Les symptômes psycho-comportementaux (SPC) sont fréquents dans les maladies neuro-cognitives (Alzheimer, Parkinson, Corps de Lewy), impactant la qualité de vie des patients et des aidants. Leur évaluation repose sur des outils comme l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) et l'échelle Cohen-Mansfield (CMAI). Les SPC les plus fréquents sont l'apathie (49 %), la dépression (42 %) et l'agitation (40 %).

Les interventions non médicamenteuses restent la première ligne thérapeutique : musicothérapie, activité physique adaptée (réduction de l'agitation), thérapies multisensorielles (stimulation cognitive) et surtout la formation des aidants, démontrée plus efficace que les psychotropes.

En deuxième intention, les traitements pharmacologiques sont utilisés avec prudence. Pour l'agressivité, les antipsychotiques atypiques sont recommandés : Aripiprazole (meilleure tolérance), Risperidone (seul ayant l'AMM dans la maladie d'Alzheimer), Olanzapine (en dernier recours) et Quétiapine. Les ISRS (Citalopram, Escitalopram) sont privilégiés pour l'agitation anxieuse, avec des benzodiazépines en

complément si nécessaire. En cas d'échec, la Sertraline ou un antipsychotique atypique peuvent être envisagés. L'acide valproïque et la gabapentine sont utilisés pour la déambulation sévère.

Le Dr Pascal SAIDLITZ (Toulouse) a abordé la gestion des crises comportementales, en insistant sur l'approche non médicamenteuse. En cas de crise sévère, les benzodiazépines (Midazolam : demi-vie la plus courte, Lorazépam) sont à privilégier, le Diazépam étant à éviter. Certains antipsychotiques (Risperidone, Loxapine, Halopéridol) peuvent être utilisés en cas d'échec et la Clozapine et la Quétiapine peuvent être utilisés par extension dans les cas de trouble du comportement majeur.

Enfin, le Pr Frédéric Blanc (Strasbourg) a détaillé la prise en charge des symptômes de la maladie à Corps de Lewy et apparentés : réduction des agonistes dopaminergiques, recours au Donépézil, Rivastigmine ou Clozapine pour la prise en charge des hallucinations et des délires. En cas de troubles du sommeil paradoxal, la mélatonine à libération immédiate ou le Clonazépam sont indiqués. Pour la dépression, la Sertraline ou la Venlafaxine sont recommandées, tandis que la catatonie répond au Lorazépam.

## Insuffisance cardiaque en gériatrie, enjeux diagnostiques et traitements

Les Dr Amaury Broussier (Paris) et Anne Sophie Boureau (Nantes), ont ensuite fait un point sur les traitements de l'IC chez le sujet âgé.

Dans l'IC à FEVG préservée, ils nous ont rappelé l'importance des inhibiteurs du SGLT2 qui préviennent les réhospitalisations des plus de 75 ans. Un mot a été dit sur la finerenone, mais pour le moment on dispose de trop peu de données chez les sujets âgés.

Concernant l'IC à FEVG réduite, ils nous ont rappelé l'importance de la **titration progressive à dose maximale tolérée des « 4 fantastiques »** à un mois de l'événement cardiaque (bisoprolol, spironolactone, inhibiteurs de SGLT2 et IEC/sartan ou sacubitril-val-sartan). La tolérance est toujours à rechercher,

notamment tensionnelle, avec une nécessité de réaliser une décroissance des posologies des traitements si la systolique est < 100-110 mmHg.

Puis les Dr Cécile Bernard (Marseille) et Emmanuelle Berthelot (Paris) nous ont parlé d'IC et soins palliatifs. Il a été mis en lumière que trop peu de patients insuffisants cardiaques ont accès aux soins palliatifs et sont au courant que leur pathologie est grave. Il est donc important de communiquer entre spécialités, avec les patients et familles, intégrer les soins palliatifs dans l'IC du sujet âgé, et ne pas hésiter à les contacter dès que les hospitalisations viennent à se répéter ou que les symptômes deviennent réfractaires aux traitements, pour aider à établir le projet de fin de vie.

## Néphro-gériatrie – Maladies rénales et cardiaques : liaisons dangereuses

En introduction, la Dr Marion Pépin (Paris) a rappelé la difficulté que représente l'évaluation clinique de la volémie en gériatrie. Elle a donc mentionné l'existence d'outils paracliniques pouvant aider le clinicien dans sa démarche, et notamment l'arrivée de l'échoscopie pleuro-pulmonaire, qui semble prometteuse, pour l'évaluation de la congestion pulmonaire. Avec pour avantages la rapidité de formation pour les cliniciens, la rapidité de réalisation au lit du malade (de l'ordre de 3-4 minutes !), et l'amélioration du délai diagnostique et ainsi la rapidité de prise en charge. Il manque encore des essais pour établir l'impact que l'échoscopie a réellement en pratique sur des critères comme la mortalité et la durée d'hospitalisation.

Le Dr Cédric Villain (Caen) a ensuite fait un état des lieux sur l'anticoagulation en situation de maladie rénale chronique (MRC) sévère à terminale, rappelant la fréquence de cette situation chez nos patients ainsi que celle des événements cardio-vasculaires liés. Il a cité les dernières recommandations amé-

ricaines des sociétés savantes faisant évoluer les seuils-limites de débit de filtration glomérulaire (DFG) permettant l'utilisation (à posologie adaptée) des anticoagulants oraux directs avec un DFG < 30 ml/min, en faisant un choix "raisonnable" dans l'anticoagulation de ces patients. D'autres essais sont en cours de réalisation, visant à valider leur utilisation pour les DFG < 15 ml/min.

Pour terminer, le Dr Nans Florens (Strasbourg) a traité des syndromes cardio-rénaux, rappelant que les deux organes partagent des similitudes physiopathologiques (mécanismes inflammatoires, dysfonctionnement endothélial, ...) résultant de facteurs de risque communs (hypertension, diabète, sédentarité, ...), et des traitements concordants (inhibiteurs du SGLT2, du système rénine-angiotensine-aldostérone, ...). De ce fait, chaque épisode de décompensation aiguë d'un des deux organes, doit nous faire évoquer un potentiel impact chronique sur l'autre.

## Intelligence artificielle – Quels enjeux pour la gériatrie ?

En introduction, le Pr Jean-Baptiste Beuscart (Lille) a rappelé quelques définitions pour ne pas confondre : big data (quand le nombre de variables multiplié par le nombre d'individus étudiés est supérieur à 10 millions), réutilisation de données (faire des statistiques sur beaucoup d'individus, mais avec peu de variables) et intelligence artificielle (IA). Cette dernière est définie comme « la recherche sur les moyens de doter les systèmes informatiques de capacités intellectuelles comparables à celles des êtres humains, ou de les imiter. Mais il a rappelé que : « *le gazon artificiel, c'est pas du gazon !* ». Il a ainsi décrit plusieurs écueils, dont le fait que tout système, même très perfectionné, donnera toujours des résultats de mauvaise qualité si on lui fournit des données de mauvaise qualité (« *garbage in, garbage out !* »). Il a également évoqué les enjeux éthiques, de responsabilité et de sens critique des utilisateurs : quand elle n'est pas contrôlée, l'IA attaque systématiquement les droits fondamentaux humains. Rappelons aussi son impact environnemental massif, qui devrait inciter à une utilisation raisonnée.

Charlotte Havreng-Thery (Paris) a ensuite décrit l'apport des méthodes de *machine learning* pour la médecine préventive en gériatrie, en citant par exemple une étude de prédiction de la progression de la maladie d'Alzheimer par analyse du langage (Amini et al, Alzheimer's and Dementia 2024).

Enfin le Pr Joel Belmin (Paris) a traité des défis de l'IA générative pour la rédaction de documents scientifiques, et sa supervision. Actuellement, les étudiants utilisent l'IA pour la rédaction de leurs documents (mémoires, etc.) dans plus de 50 % des cas (Enquête Compilatio 2023). Ceci pose des questions fondamentales autour de la potentielle réduction de l'esprit critique et des capacités rédactionnelles, avec un risque jugé fort pour les étudiants et jeunes professionnels. Et nécessite une prise de conscience et une formation spécifique de leurs encadrants.

**Oriane ACKAH-MIEZAN, Claire CORBINEAU, Adélaïde COTHENET,  
Chloé ETCHEGOYEN, Florent GUERVILLE, Nicolas LAMARQUE,  
Apolline MANSEAU & Marie POUSSEAU**  
Pôle de Gériatrie Clinique, CHU de Bordeaux

# JOURNÉES FRANCOPHONES DE RADIOLOGIE 2024

## SÉANCE PÉDAGOGIQUE DÉDIÉE À L'IMAGERIE EN GÉRIATRIE SUR L'OSTÉOPOROSE

L'ostéoporose est une maladie fréquente et essentiellement liée au vieillissement et, comme beaucoup de maladies liées au vieillissement, le nombre de patients concernés va considérablement augmenter dans les années à venir. En France, 39 % des femmes de 65 ans souffriraient d'ostéoporose ; cette proportion monterait à 70 % chez les patientes âgées de 80 ans et plus (1). Même si elle reste longtemps silencieuse et méconnue, elle entraîne pourtant de graves conséquences. Elle a d'ailleurs été reconnue comme problème de Santé Publique en 2004 (2).



Un des moyens pour lutter efficacement contre cette maladie est probablement une meilleure collaboration pluridisciplinaire.

À partir d'une imagerie réalisée pour une autre indication, les radiologues pourraient dans certaines situations alerter sur cette problématique. C'est l'idée de l'**imagerie opportuniste** qui pourrait être l'occasion de dépister une ostéoporose ou une fracture ostéoporotique, sans supplément de coûts, de temps ou d'exposition aux rayons X pour le patient.

La mesure de la densité mesurée (en unités Hounsfield) en scanner au niveau de la partie antérieure du tiers supérieur du corps vertébral de L1 semble bien corrélée à la densité minérale osseuse (en g/cm<sup>3</sup>) obtenue en ostéodensitométrie. Si elle est basse, elle devrait

conduire à la réalisation d'une ostéodensitométrie pour confirmer le diagnostic d'ostéoporose !

Un dépistage opportuniste d'une fracture vertébrale pourrait même être facilité par des outils d'intelligence artificielle qui permettraient leur détection automatique.

Une meilleure communication entre professionnels est un élément essentiel. C'est pourquoi il a été rappelé que le GRIO propose d'utiliser préférentiellement le terme de « fracture vertébrale » plutôt que celui de « tassement vertébral » car il rend mieux compte de sa gravité.

Les « **filières fractures** » sont probablement, selon l'International Osteoporosis Foundation, le meilleur moyen de lutter contre les fractures secondaires (3).

Il faut bien avoir à l'esprit qu'en plus du « simple » lien de causalité [ostéoporose + chute = fracture], l'ostéoporose et la survenue de chutes sont particulièrement associées notamment parce que certains facteurs de risque leur sont communs (un âge avancé, une masse musculaire basse, un faible poids corporel, une force musculaire faible, une faible activité physique, une mobilité diminuée)... il est donc primordial si on veut éviter une fracture de les prendre en charge simultanément.

C'est justement le modèle que propose ces « filières fractures » (4) : identifier les patients à risque, poser le diagnostic d'ostéoporose par la mesure de la DMO et la prendre en charge tout en réalisant une prévention des chutes en parallèle. Ces filières fractures permettraient d'améliorer le taux de diagnostic de l'ostéoporose et celui de l'initiation d'un traitement, de réduire la fréquence de survenue d'une nouvelle fracture, de réduire les coûts et d'augmenter l'espérance de vie (5, 6). Elles sont malheureusement encore trop peu nombreuses sur le territoire national (7).

**Alexandre BOUSSUGE**  
Service de gériatrie aiguë et SMR  
CHU Strasbourg

## Références bibliographiques

1. Inserm [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Ostéoporose · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/osteoporose/>
2. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Santé Publique août 9, 2004.
3. Akesson K, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan AR, Stenmark J, Pierroz DD, et al. Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA*. août 2013;24(8):2135-52.
4. Langridge CR, McQuillan C, Watson WS, Walker B, Mitchell L, Gallacher SJ. Refracture following fracture liaison service assessment illustrates the requirement for integrated falls and fracture services. *Calcif Tissue Int*. août 2007;81(2):85-91.
5. Morrish DW, Beaupre LA, Bell NR, Cinats JG, Hanley DA, Harley CH, et al. Facilitated bone mineral density testing versus hospital-based case management to improve osteoporosis treatment for hip fracture patients: additional results from a randomized trial. *Arthritis Rheum*. 15 févr 2009;61(2):209-15.
6. Lih A, Nandapalan H, Kim M, Yap C, Lee P, Ganda K, et al. Targeted intervention reduces refracture rates in patients with incident non-vertebral osteoporotic fractures: a 4-year prospective controlled study. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA*. mars 2011;22(3):849-58.
7. Home | Capture the Fracture [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.capturethefracture.org/>

## ALLERGIE VRAIE AUX PRODUITS DE CONTRASTE EN IMAGERIE : MYTHE OU RÉALITÉ ?



Beaucoup de patients rapportent une allergie lors d'un examen d'imagerie médicale avec utilisation d'un produit de contraste ou bien une allergie à « l'iode ». Les demandes d'examen radiologique demandent systématiquement ce type d'antécédent avec proposition de protocoles de « préparation » à base d'anti-histaminiques. Ainsi, la présence d'un médecin est toujours obligatoire en service d'imagerie lors de la réalisation d'examens dits « injectés ».

Mais qu'en est-il vraiment ? Peut-on être allergique aux produits de contraste ? Comment réagir face à un antécédent d'allergie ?

Les jeunes gériatres se sont penchés pour vous sur la question...

### Mise au point

#### « Êtes-vous allergique à l'iode ? »

C'est la question à oublier !

L'iode est un élément chimique indispensable à la vie et au métabolisme. Il participe notamment à la synthèse des hormones thyroïdiennes. On le trouve également dans des produits alimentaires du quotidien comme le sel de table (iodé). Personne n'a jamais fait de réaction allergique au sel !

Il n'y a aucune relation directe avec une allergie aux produits de la mer (un allergène étant une protéine), ni avec la povidone iodée (l'allergène étant la povidone).

Il en sera de même pour les produits de contraste utilisés en imagerie médicale. Ce ne sont pas l'iode ou le gadolinium qui sont allergènes mais les ligands protéiques associés.

### Définitions

#### Types de produits de contraste

Il existe deux types de produits de contrastes utilisés pour les examens radiologiques :

- **Produits de contraste iodés (PCI)**, utilisés pour le scanner. L'iode a une forte opacité aux rayons X, ce qui les arrête et donne une hyperdensité (comme l'os) sur le scanner.
- **Produits de contraste à base de gadolinium (PCG)**.

### Types d'allergies

Tous les produits de contraste peuvent être à l'origine de réactions mineures ou parfois graves (choc anaphylactique) [1].

Il est tout d'abord nécessaire de différencier :

- Une réaction urticarienne par histamino-libération non spécifique (pouvant survenir pour n'importe quel produit) : elle est liée à la dégranulation des mastocytes et basophiles lors de l'injection de produit de contraste à forte osmolarité avec une injection rapide.
- Les allergies vraies, appelées aussi « réactions d'hypersensibilité immédiate », sont souvent imprévisibles et rares mais peuvent survenir immédiatement après l'injection. Ce sont des réactions d'hypersensibilité IgE-médiée d'apparition immédiate ou retardée. Elles peuvent se manifester par une urticaire, un œdème, une crise d'asthme, voire une réaction anaphylactique dans l'heure qui suit l'injection.

Une réaction allergique ne doit donc pas être confondue avec une réaction urticarienne non spécifique.

### Prévalence

Les réactions allergiques vraies sont rares [2].

La prévalence de l'anaphylaxie est évaluée entre 0,01 % à 0,2 % des réactions pour les PCI et entre

0,07 % à 2,4 % pour les PCG. Des valeurs plus élevées étaient observées auparavant, dans les années 1980, en raison de l'utilisation de produits à forte osmolarité. Les produits actuellement utilisés sont des PCI à faible osmolarité comme l'iohexol et l'iodixanol.

Selon une étude multicentrique prospective nationale du Comité interdisciplinaire de recherche et de travail sur les agents de contraste en imagerie sur 245 cas d'hypersensibilité répertoriés en 5 ans, 20 % des 209 sujets réagissant aux produits de contraste iodés avaient une allergie immédiate, ainsi que les 27,8 % des 36 personnes réactives au gadolinium [3].

Le CIRTACI met à la disposition des médecins des fiches de recommandations sur les injections de produits de contrastes iodés et de gadolinium (allergies, posologie et mode d'emploi selon les indications, effets secondaires, etc.) [4].

### Diagnostic

Pour poser le diagnostic de réaction allergique aux produits de contrastes, il est nécessaire de s'appuyer sur plusieurs arguments :

- Interrogatoire/clinique : type de réaction, déroulement, chronologie. Plus la réaction est sévère, plus l'origine allergique est à évoquer.
- Produit utilisé.
- Dosage de la tryptase au moment de la réaction cutanée.

En cas de suspicion de réaction allergique aux PCI ou PCG, il est nécessaire de réaliser des tests cutanés allergologiques pour discuter une alternative au produit de contraste incriminé.

Il s'agit de prick-tests du produit pur et d'intra-dermoréactions (IDR) à différentes concentrations, idéalement réalisés entre 6 semaines et 6 mois post-réaction.

Les tests sont à faire le plus rapidement possible pour ne pas se retrouver démuné en cas de nécessité d'un nouvel examen avec injection.

Toute réaction liée à l'injection de produit de contraste doit faire l'objet d'une **déclaration en pharmacovigilance sur le site de l'ANSM**.

L'ANSM propose d'ailleurs un **guide de bonnes pratiques** sur les PDC et le risque allergène [5].

Rédaction

**Dr Rafaele ROTH**

CCA Hôpital Broca APHP (gériatrie)

Relecture

**Dr Florian MARONNAT**

PHC au CHRU de Brest (gériatrie)

## Bibliographie

1. Société française de Radiologie, Comité Interdisciplinaire de Recherche et de Travail sur les Agents de Contraste en Imagerie. Produits de contraste et Allergie : Hypersensibilité de type immédiat. 2009;1.
2. Bansie RD, Karim AF, van Maaren MS, Hermans MA, van Daele PL, Gerth van Wijk R, et al. Assessment of immediate and non-immediate hypersensitivity contrast reactions by skin tests and provocation tests: A review. Int J Immunopathol Pharmacol. 31 mai 2021;35:20587384211015061.
3. Clement O, Dewachter P, Mouton-Faivre C, Nevoret C, Guilloux L, Bloch Morot E, et al. Immediate Hypersensitivity to Contrast Agents: The French 5-year CIRTACI Study. EclinicalMedicine. juill 2018;1:51-61.
4. Produits de contraste IODES /GADOLINIUM – Dernières recommandations [Internet]. SFR. [cité 10 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.radiologie.fr/pratiques-professionnelles/sfr-actu/produits-contraste-iodes-gadolinium-dernieres-recommandations>
5. Produits de contraste et risques de réactions d'hypersensibilité immédiate : l'ANSM rappelle les précautions à prendre [Internet]. ANSM. [cité 10 janv 2025]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/produits-de-contraste-et-risques-de-reactions-dhypersensibilite-immEDIATE-lansm-rappelle-les-precautions-a-prendre>

Les prochaines Journées Annuelles des Jeunes Gériatres auront lieu à Bordeaux les **05 et 06 Juin 2025**. Le programme final est disponible ci-dessous et les inscriptions sont encore **ouvertes**, vous n'avez que le QR code à flasher ! On espère vous y voir nombreuses et nombreux !

Nous vous rappelons que les JAJG sont organisées par l'AJG (d'où leur nom) mais sont ouvertes à toutes les amoureux de la gériatrie.



## Programme JAJG 2025

### Jeudi 5 juin

13h30 : accueil - 13h45 : allocations inaugurales

**14h - 15 h30 : L'infectio, dans la peau !**

- Tout savoir sur l'antibiothérapie sous cutanée : Pr C. ROUBAUD (Bordeaux)
- Personnes vieillissant avec le VIH : quels défis en 2025 et au delà ? : Pr M. HENTZIEN (Reims)
- Infections urinaires du sujet âgé : entre pièges diagnostiques et défis thérapeutiques : Dr A. FOURMY (Poitiers)

15h30-16h : pause café et visite des stands

**16h - 17h30 : The Girls from IPAnema**

- From frailty to recovery : l'IPA, au cœur de l'optimisation du parcours chirurgical gériatrique : A. BERGEOT (Paris)
- IPA : acteurs et actrices clé du parcours de soins mémoire en amont et en aval de la consultation : E. COUSAERT (Bordeaux)
- IPA en ville : un nouveau maillon indispensable de l'équipe, avec des activités variées : C. RENAUX (Saint-Nazaire)

18h : Intervention artistique surprise

**Soirée festive**

### 5<sup>èmes</sup>

journées annuelles  
des **jeunes gériatres**

BORDEAUX

Domaine du Haut Carré, 43 rue Pierre Noailles, 33400 Talence

### Vendredi 6 juin

8h30 : accueil et café

**9h - 10h30 : Please don't stop the dialyse**

- Communication orale d'un.e Jeune Gériatre
- Table ronde : l'art d'arrêter un traitement maintenant la vie  
Dr M-B. NOGIER (Toulouse), Dr F. GUERVILLE (Bordeaux), Dr T. MARTINET (Reims), Dr L. MOKRI (Reims)

10h30-11h : pause café et visite des stands

**11h - 12h30 : Est-ce que tu m'entends, écho ?**

- Introduction par la Société Française de Radiologie : Pr N. GRENIER (Bordeaux)
- Evaluation de la volémie chez le sujet âgé, place de l'échographie clinique : Dr M. PEPIN (Paris)
- Echographie en extra-hospitalier : Dr A-S. BOUREAU (Nantes)
- Communication orale d'un.e Jeune Gériatre

12h30-13h30 : pause déjeuner et visite des stands

**13h30-14h30 : Assemblée Générale AJG**

**14h30 - 15h30 : Like a Health machine**

- L'engagement digital des personnes âgées : enjeux et perspectives pour le gériatre : Dr A. CHANTECLAIR (Bordeaux)
- Optimiser les soins primaires et secondaires hospitaliers grâce aux outils numériques : Dr B. GENET (Paris)
- Communication orale d'un.e Jeune Gériatre

15h30-16h : pause café et visite des stands

**16h - 17h30 : Confessions nocturnes**

Table ronde : prévention de la maltraitance en gériatrie

- L. GARCIA – lanceur d'alerte « les Fossoyeurs », président de l'Observatoire du Grand Age
- F. CARRIER – fondateur de GreyPRIDE et co-fondateur du Conseil National autopromulgué de la Vieillesse (CNaV)
- Olympe de Ge – autrice et réalisatrice notamment du podcast « le serment d'Augusta »
- Dr R. ROTH (Paris)

## La BD "Élémentaire mon cher gériatre !"

Faites découvrir la BD de l'AJG autour de vous : aux personnes âgées, aux personnes aidantes ou encore à vos collègues professionnels de santé non formés à la gériatrie. La bande dessinée est gratuite (hors frais de port) et toujours disponible à la commande (sur notre site [assojeunesgeriatres.fr](http://assojeunesgeriatres.fr)).



## Renouvelez votre adhésion pour l'année 2025

Si ce n'est pas déjà fait il est temps d'adhérer ou de mettre à jour votre adhésion pour l'année 2025 (QR code dispo !) pour continuer à profiter des avantages : bibliographies, newsletter, Journées Annuelles des Jeunes Gériatres, gazette, diffusion d'informations, GPNV...



## Bye Bye X

L'Association des Jeunes Gériatres, fidèle à ses valeurs d'inclusion et d'humanisme, attachée au respect de la liberté d'expression mais défendant la sagesse de la science, a décidé de **quitter le réseau social X** (ex-Twitter).

En ce sens, nous rejoignons beaucoup de nos confrères : la conférence des Doyens, l'AP-HP, la SFGG, etc. Nous constatons en effet que le réseau social X est devenu « un espace de propagande où la désinformation se propage désormais sans modération ». Il n'est donc plus adapté pour les contenus scientifiques, raisonnables et raisonnés que nous essayons de partager.

L'Association des Jeunes Gériatres poursuit sa présence sur les réseaux sociaux LinkedIn et Instagram, et envisage sa présence à court terme sur le réseau BlueSky.

Nous avons été ravis de croiser certain.e.s d'entre vous aux JASFGG cette année. L'AJG et la gériatrie se dynamisent avec vous !



**L'AJG vous réserve encore bien des surprises...  
rejoignez-nous !**



# **PERSONNE ÂGÉE, INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE ET INJECTION DE PRODUITS DE CONTRASTE IODÉS EN IMAGERIE DIAGNOSTIQUE**

Le risque de développer une néphropathie après l'injection de produit de contraste (PDC) dans les imageries par rayons X est reconnu depuis plusieurs décennies. Son utilisation est souvent retardée voire non retenue chez les patients ayant une fonction rénale réduite, au risque de retarder des diagnostics sévères ou d'avoir recours à des examens moins performants entraînant un risque d'erreur [1].

Cependant, sur les 10-15 dernières années, les études ayant évalué l'impact du produit de contraste (PDC) sur l'apparition d'une néphropathie sont remises en question car elles semblent avoir surévalué ce risque [2, 3].

En effet, la réduction progressive de leur osmolarité depuis 50 ans explique la meilleure tolérance des agents de contraste actuels devenus iso-osmotique au plasma. Plusieurs études contradictoires concernant l'impact réel des PCI sur la fonction rénale et les conséquences qui en découlent à moyen et long terme, ont vu le jour ces dernières années. Faisons ensemble un point sur ces données.

Tout d'abord, le terme le plus communément admis est aujourd'hui « post-contrast acute kidney injury » ou « insuffisance rénale aiguë post-contraste » (IRA-PC) (Van der Molen et al., 2018). La définition a beaucoup varié dans les études historiques mais elle s'harmonise désormais en rejoignant celles de l'IRA du KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes), c'est-à-dire une augmentation de la créatinine d'au moins 50 % ou  $\geq 0.3$  mg/dL 48h après l'injection du PCI [4].

Des études observationnelles plus récentes, avec un meilleur contrôle, ont montré qu'une grande proportion d'IRA survenant post-injection de PDC, était plutôt réactionnelle à la présence de multiples facteurs que directement liée à celui-ci [5, 6]. Il est

donc important de **différencier l'IRA dite « induite » au PDC (CI-AKI, contrast-induced akute kidney injury) et l'IRA dite « associée » au PDC (CA-AKI, contrast-associated akute kidney injury)**, définis en 2015 par le Collège Américain de Radiology, en accord avec la Fondation Nationale du Rein. Dans le premier cas, cela implique une relation causale directe entre l'injection intra-veineuse du PDC et le développement d'une IRA. Tandis que dans le deuxième cas, cela correspond à toute apparition d'une IRA dans les 48h post-injection de PDC quel qu'en soit la cause [1]. Il est donc plus difficile de mettre en évidence les CI-AKI [7, 8].

L'incidence de l'IRA-PC est forcément intrinsèquement liée à sa définition mais il semblerait qu'elle gravite globalement autour de 5 % [9]. Elle serait d'ailleurs plus élevée dans le cas d'injections intra-artérielles, par exemple lors des coronarographies [10]. L'incidence de la dialyse, lorsqu'elle est réalisable, est en revanche beaucoup plus rare, difficile à estimer mais bien inférieure à 1 % [11].

Les facteurs de risque les plus communément identifiés sont l'insuffisance rénale chronique surtout, **mais aussi le diabète, le volume de PCI, l'administration concomitante de molécules néphrotoxiques et l'âge** [12, 13]. En effet, dans une méta-analyse de 2014, l'OR associé à un âge de plus de 65 ans était de 2,55 [14]. Néanmoins, l'effet croisé de l'insuffisance rénale chronique et de l'âge est débattu car, dans une étude rétrospective récente de 2024 qui évaluait l'incidence et les facteurs de risque de IRA-PC chez les plus de 85 ans, ni l'âge ni la fonction rénale n'étaient significativement associés à son incidence. À noter que l'incidence de l'IRA-PC était de 6,2 % dans cette étude, contre 5 % chez les patients non injectés ( $p=0,002$ ) [15].

L'effet péjoratif à moyen et long terme d'une IRA-PC est en revanche bien décrite et rejoint celle de l'IRA. Dans une méta-analyse, James et al. ont montré une augmentation de la durée d'hospitalisation moyenne de 0,5 à 8,3 jours sur plus de 19 000 participants sur 10 études différentes, même si les études incluses présentaient une grande hétérogénéité [16]. Dans une étude rétrospective observationnelle récente sur 290 patients, en comparaison aux patients ayant souffert d'une IRA transitoire d'origine quelconque, l'IRA-PC persistante augmentait de manière significative le risque de mortalité (RR= 3.8) ainsi qu'un critère composite associant mortalité, insuffisance rénale chronique terminale à 90 jours et 1 an après l'épisode (OR=4) [17].

Cependant, comme il est à la fois difficile de faire la part des choses entre une IRA d'origine quelconque et une IRA-PC (d'autant que lorsqu'on injecte en urgence, un diagnostic grave est souvent suspecté, lui-même à risque d'IRA par plusieurs autres mécanismes), et qu'une grande majorité des études anciennes n'incluaient pas de groupe contrôle, le risque réel d'IRA-PC semble bien plus faible qu'estimé, comme le rapporte les études plus récentes et certaines méta-analyses [18, 19].

Depuis 2013, les résultats des études sont contradictoires sur le sujet. Davenport et al. (2013) indiquent un effet significatif des PCI sur l'IRA, avec un risque croissant à mesure que le débit de filtration glomérulaire diminue [5] sur une cohorte rétrospective de 16000 patients. De même, Su et al. (2021) [20] rapportent un risque accru d'IRA et de dialyse chez les patients avec un DFGe < 30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>. Dans une population de 11000 patients admis aux urgences, Kene et al. (2021) trouvent également un risque relatif accru (1.60) d'IRA chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique sévère ayant reçu une injection de PCI, bien que les initiations de dialyse restent très rares et non significatives [21].

En revanche, McDonald, dans une méta-analyse incluant jusqu'à 25000 patients de 75 ans d'âge moyen [22] et autres études rétrospectives en soins courant [6] ou en soins intensifs [23], ne retrouve pas d'augmentation significative du risque d'IRA, de dialyse ou de mortalité après ajustement par score de propension, même chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique sévère (DFGe < 30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>).

Enfin, une autre méta-analyse de 2022 sur 170 000 patients conclut que le risque global d'IRA n'est pas augmenté après l'injection de PCI. Néanmoins, il semblerait que dans le sous-groupe de patients avec un DFGe < 30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, le risque de IRA-PC soit plus élevé ( $p<0.001$ ) [24].

La société européenne de radiologie urogénitale notait en 2018, sur la base des études disponibles, que « lorsqu'elle est correctement ajustée pour les nombreuses autres causes possibles d'IRA chez les patients atteints de maladie rénale chronique, le risque de IRA-PC lors de l'administration de produits de contraste modernes à faible osmolarité est faible » [25].

En conclusion, il est certain que **le risque d'injection de produit de contraste est très faible voire non augmenté chez les patients sans IRC sévère. Chez les patients souffrant d'IRC sévère (DFG estimé par CKD-EPI < 30 mL/min/1.73m<sup>2</sup>), le sur-risque de développer une IRA est probable (même s'il reste débattu) mais semble néanmoins faible.** Ce risque est à mettre en balance avec un retard diagnostique voire un mauvais diagnostic. Ainsi, par exemple dans le cas des syndromes abdominaux aux urgences, le scanner injecté permet de changer le diagnostic et la prise en charge chez un quart des patients [26], ce qui semble bien supérieur au sur-risque d'IRA et à ses conséquences. Par ailleurs, il paraît difficile aujourd'hui de conduire, sur le plan éthique et méthodologique, des études fiables pour établir un lien direct entre l'injection de PDC et le développement d'une IRA. Il serait néanmoins profitable d'élaborer des protocoles standardisés d'évaluation du risque et de prophylaxie pré-, per- et post-injection de PDC.

Pour FAJG

**Dr Jérémie HUET, CHU Nantes**

**Dr Claire GRIGNON-DUMOULIN, CHU Nantes**

## Références

- [1] Davenport MS, Perazella MA, Yee J, Dillman JR, Fine D, McDonald RJ, et al. Use of Intravenous Iodinated Contrast Media in Patients With Kidney Disease: Consensus Statements from the American College of Radiology and the National Kidney Foundation. *Kidney Medicine* 2020;2:85–93. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2020.01.001>.
- [2] Katzberg RW, Newhouse JH. Intravenous Contrast Medium–induced Nephrotoxicity: Is the Medical Risk Really as Great as We Have Come to Believe? *Radiology* 2010;256:21–8. <https://doi.org/10.1148/radiol.10092000>.
- [3] Luk L, Steinman J, Newhouse JH. Intravenous Contrast-Induced Nephropathy—The Rise and Fall of a Threatening Idea. *Advances in Chronic Kidney Disease* 2017;24:169–75. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2017.03.001>.
- [4] Ad-hoc working group of ERBP, Fliser D, Laville M, Covic A, Fouque D, Vanholder R, et al. A European Renal Best Practice (ERBP) position statement on the Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) clinical practice guidelines on acute kidney injury: part 1: definitions, conservative management and contrast-induced nephropathy. *Nephrol Dial Transplant* 2012;27:4263–72. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfs375>.
- [5] Davenport MS, Khalatbari S, Cohan RH, Dillman JR, Myles JD, Ellis JH. Contrast Material–induced Nephrotoxicity and Intravenous Low-Osmolality Iodinated Contrast Material: Risk Stratification by Using Estimated Glomerular Filtration Rate. *Radiology* 2013. <https://doi.org/10.1148/radiol.13122276>.
- [6] McDonald JS, McDonald RJ, Carter RE, Katzberg RW, Kallmes DF, Williamson EE. Risk of Intravenous Contrast Material–mediated Acute Kidney Injury: A Propensity Score–matched Study Stratified by Baseline-estimated Glomerular Filtration Rate. *Radiology* 2014. <https://doi.org/10.1148/radiol.13130775>.
- [7] Dekkers IA, Van Der Molen AJ. Propensity Score Matching as a Substitute for Randomized Controlled Trials on Acute Kidney Injury After Contrast Media Administration: A Systematic Review. *American Journal of Roentgenology* 2018;211:822–6. <https://doi.org/10.2214/AJR.17.19499>.
- [8] Rao QA, Newhouse JH. Risk of Nephropathy after Intravenous Administration of Contrast Material: A Critical Literature Analysis. *Radiology* 2006;239:392–7. <https://doi.org/10.1148/radiol.2392050413>.
- [9] Chalikias G, Drosos I, Tziakas DN. Contrast-Induced Acute Kidney Injury: An Update. *Cardiovasc Drugs Ther* 2016;30:215–28. <https://doi.org/10.1007/s10557-015-6635-0>.
- [10] Rudnick MR, Leonberg-Yoo AK, Litt HI, Cohen RM, Hilton S, Reese PP. The Controversy of Contrast-Induced Nephropathy With Intravenous Contrast: What Is the Risk? *Am J Kidney Dis* 2020;75:105–13. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.05.022>.
- [11] Gruberg L, Mehran R, Dangas G, Mintz GS, Waksman R, Kent KM, et al. Acute renal failure requiring dialysis after percutaneous coronary interventions. *Catheter Cardiovasc Interv* 2001;52:409–16. <https://doi.org/10.1002/ccd.1093>.
- [12] Faucon A-L, Bobrie G, Clément O. Nephrotoxicity of iodinated contrast media: From pathophysiology to prevention strategies. *European Journal of Radiology* 2019;116:231–41. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2019.03.008>.
- [13] Toprak O. Risk markers for contrast-induced nephropathy. *Am J Med Sci* 2007;334:283–90. <https://doi.org/10.1097/MAJ.0b013e318068ddf9>.

## BIBLIOGRAPHIE

- [14] Song W, Zhang T, Pu J, Shen L, He B. Incidence and risk of developing contrast-induced acute kidney injury following intravascular contrast administration in elderly patients. *Clinical Interventions in Aging* 2014.
- [15] Fraenkel Y, Bogot NR, Kuint RC, Ben-Shalom E, Benjaminov O, Bnaya A. Post-contrast acute kidney injury in the super-elder patients: a CT-scan perspective. *Jpn J Radiol* 2024. <https://doi.org/10.1007/s11604-024-01656-7>.
- [16] James MT, Samuel SM, Manning MA, Tonelli M, Ghali WA, Faris P, et al. Contrast-induced acute kidney injury and risk of adverse clinical outcomes after coronary angiography: a systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovasc Interv* 2013;6:37–43. <https://doi.org/10.1161/CIRCINTERVENTIONS.112.974493>.
- [17] Cheng W, Wu X, Liu Q, Wang H-S, Zhang N-Y, Xiao Y-Q, et al. Post-contrast acute kidney injury in a hospitalized population: short-, mid-, and long-term outcome and risk factors for adverse events. *Eur Radiol* 2020;30:3516–27. <https://doi.org/10.1007/s00330-020-06690-3>.
- [18] Ehrmann S, Quartin A, Hobbs BP, Robert-Edan V, Cely C, Bell C, et al. Contrast-associated acute kidney injury in the critically ill: systematic review and Bayesian meta-analysis. *Intensive Care Med* 2017;43:785–94. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4700-9>.
- [19] Lee Y-C, Hsieh C-C, Chang T-T, Li C-Y. Contrast-Induced Acute Kidney Injury Among Patients With Chronic Kidney Disease Undergoing Imaging Studies: A Meta-Analysis. *American Journal of Roentgenology* 2019;213:728–35. <https://doi.org/10.2214/AJR.19.21309>.
- [20] Su T-H, Hsieh C-H, Chan Y-L, Wong Y-C, Kuo C-F, Li C-H, et al. Intravenous CT Contrast Media and Acute Kidney Injury: A Multicenter Emergency Department–based Study. *Radiology* 2021. <https://doi.org/10.1148/radiol.2021204446>.
- [21] Kene M, Arasu VA, Mahapatra AK, Huang J, Reed ME. Acute Kidney Injury After CT in Emergency Patients with Chronic Kidney Disease: A Propensity Score-matched Analysis. *Western Journal of Emergency Medicine* 2021;22:614. <https://doi.org/10.5811/westjem.2021.1.50246>.
- [22] McDonald JS, McDonald RJ, Comin J, Williamson EE, Katzberg RW, Murad MH, et al. Frequency of Acute Kidney Injury Following Intravenous Contrast Medium Administration: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Radiology* 2013.
- [23] McDonald JS, McDonald RJ, Williamson EE, Kallmes DF, Kashani K. Post-contrast acute kidney injury in intensive care unit patients: a propensity score-adjusted study. *Intensive Care Med* 2017;43:774–84. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4699-y>.
- [24] Obed M, Gabriel MM, Dumann E, Vollmer Barbosa C, Weißenborn K, Schmidt BMW. Risk of acute kidney injury after contrast-enhanced computerized tomography: a systematic review and meta-analysis of 21 propensity score-matched cohort studies. *Eur Radiol* 2022;32:8432–42. <https://doi.org/10.1007/s00330-022-08916-y>.
- [25] Van der Molen AJ, Reimer P, Dekkers IA, Bongartz G, Bellin M-F, Bertolotto M, et al. Post-contrast acute kidney injury – Part 1: Definition, clinical features, incidence, role of contrast medium and risk factors. *Eur Radiol* 2018;28:2845–55. <https://doi.org/10.1007/s00330-017-5246-5>.
- [26] Tsushima Y, Yamada S, Aoki J, Motojima T, Endo K. Effect of Contrast-enhanced Computed Tomography on Diagnosis and Management of Acute Abdomen in Adults. *Clinical Radiology* 2002;57:507–13. <https://doi.org/10.1053/crad.2001.0925>.

# GLIOBLASTOME : UNE CLINIQUE SUBTILE JUSTIFIANT L'IMPORTANCE DE L'IRM

Vous recevez dans vos lits de MCO un patient de 85 ans, admis aux urgences pour chute avec traumatisme crânien, a priori sans perte de connaissance initiale. La chute est survenue de manière inexplicable le 3 mars : il est retrouvé au sol par son épouse. Elle le décrit éveillé à son arrivée, grimaçant, sans décortication ni décérébration. Il aurait chuté en arrière au regard des plaies retrouvées au niveau occipital gauche, mais présente une totale amnésie des faits.

### Anamnèse récente

L'épouse mentionne un déclin cognitif fluctuant depuis 9 mois environ, avec un diagnostic de trouble neurocognitif mixte d'Alzheimer et vasculaire (MMSE à 23/30 en janvier).

Il présente aussi un déficit progressif neurologique à type de faiblesse des membres supérieur et inférieur droits, avec un déficit de proprioception prédominant à droite depuis 2 mois, ainsi que des troubles de la vision, avec probables hémiparésie et dysmétrie.

Fin décembre, on note un changement important dans le comportement du patient coïncidant avec la majoration de la MEMANTINE : altération de l'état général, régression psychomotrice, désorientation, somnolence, instabilité à la marche avec traumatismes des membres, difficultés d'habillage, problèmes d'inattention et lenteur. Tout ceci entraînant des chutes à répétition.

Dans ses antécédents, on note un méningiome temporal droit traité en 2000, opéré par Gamma Knife en 2011, et persistant en temporal interne droit avec des signes de leucoaraïose modérée sur une IRM 6 mois auparavant ; un diabète de type 2 ; une cardiopathie ischémique stentée et hypertensive ; un mélanome du coude gauche pris en charge chirurgicalement ; un cancer de prostate traité par prostatectomie et radiothérapie. Une néphrectomie droite en contexte de néoplasie est aussi rapportée.

En termes d'autonomie :

ADL : 4/6 - Autonome pour : Transferts, Aller aux WC, Alimentation - Doit être aidé pour : Toilette 0.5, Habillage 0.5, Continence 0

IADL : 2/8 - Autonome pour : téléphone et budget - Doit être aidé pour : ne conduit pas depuis 4-5 mois quand il allait faire un accident ; n'a jamais fait cuisine, lessive ou ménage, fait les courses avec son épouse car ne peut plus conduire.

## Aux urgences

Le patient est Glasgow 15, hypertendu à 188/81 mmHg, normocarde à 91 bpm, sature à 95 % en air ambiant. La glycémie capillaire est à 1,35 g/l.

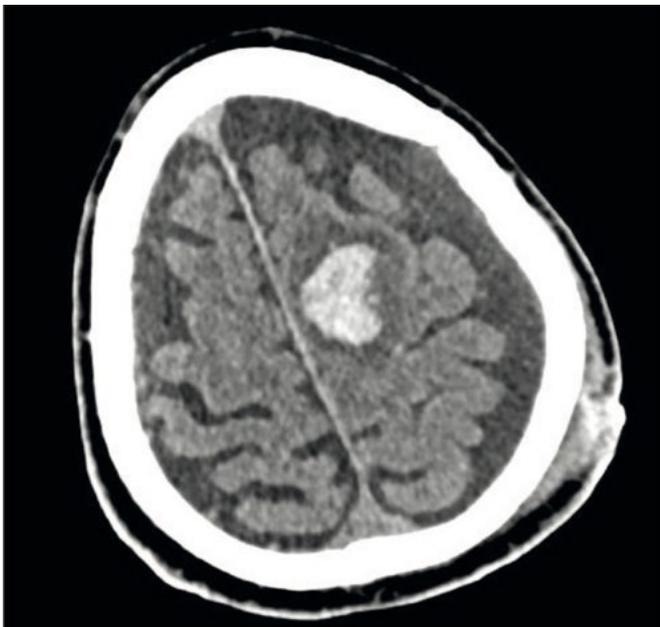
Cliniquement, il est orienté dans le temps et dans l'espace, présente un déficit hémicorporel droit avec une hémiparésie de la main droite, une hémiplégié complète du bras et du membre inférieur droits, avec un réflexe cutané-plantaire indifférent et des céphalées modérées. Il existe une plaie occipitale gauche. Le reste de l'examen est sans particularité.

Le bilan biologique ne retrouve pas de syndrome inflammatoire biologique, pas d'anémie, plaquettes à 156 G/l, troponines à 10ng/mL.

L'ECG est sinusal, le TROD COVID est négatif et le Quick test est positif.

Un scanner cérébral est réalisé retrouvant :

- Un hématome intra-parenchymateux frontal gauche pré-central, mesurant 25 x 16 mm, entourée d'un liseré d'œdème péri-lésionnel.
- Une hémorragie sous arachnoïdienne pariétale bilatérale.
- Un hématome sous-cutané pariétal gauche de 7 mm d'épaisseur.



On note l'apparition d'un syndrome de masse pariéto-occipital droit, mesurant environ 4,8 x 4,2 cm, prenant le contraste après injection, montrant des signes d'hyperperfusion, associé à de multiples prises de contraste avoisinante pariéto-occipitale nodulaires centimétriques et infracentimétriques et un œdème péri-lésionnel minime en regard.

Enfin, il existe un minime effet de masse sur le ventricule latéral droit ainsi qu'une lésion temporo-polaire droite de 13 mm, prenant le contraste.

Un avis neurochirurgical est pris : métastases cérébrales diffuses, saignement d'une métastase frontale gauche. Pas d'indication neurochirurgicale.

Un avis neurologique est pris : lit strict avec contrôle tensionnel par protocole d'Urapidil pour une TAS maximale à 150 mmHg. Indication à un scanner de contrôle à 48h et une IRM complémentaire sans urgence. Pas d'anticoagulation préventive dans l'intervalle. Pas de nécessité d'hospitalisation en neurologie.

La plaie est suturée et le patient est transféré dans le service de médecine gériatrique pour la suite de la prise en charge.

En médecine gériatrique, l'examen neurologique retrouve un score de Glasgow à 15/15 : patient orienté dans le temps et dans l'espace, faiblesse musculaire aux membres supérieur 3/5 et inférieur droits 1/5, champ visuel gauche imperceptible, nerfs crâniens III, IV et VI intacts, nerf accessoire droit en déficit (le patient n'a pas pu relever l'épaule droite). Il reste capable de dévier la tête à gauche mais sans résistance, avec notion d'une difficulté chronique préexistant au niveau C5.

La prise en charge regroupe : optimisation des ACSOS en phase aiguë, tentative de mobilisation pas kinésithérapie fonctionnelle et adaptation de l'environnement par ergothérapeute.

Absence de progression clinique, favorable ou non.

## À quoi pensez-vous ?

Compte-tenu de ses antécédents et des métastases décrites, recherche d'un cancer primitif métastatique d'emblée ? Probable atteinte cognitive et troubles du comportement dans ce contexte d'évolution de lésions cérébrales ? Évaluation gériatrique standardisée afin d'évaluer la pertinence d'un futur traitement par le prisme de l'oncogériatrie ?

Voici les examens complémentaires déjà prévus par l'équipe des urgences :

**Contrôle du scanner cérébral à 48h :** Apparition d'un hématome sous-dural fronto-pariétal gauche mesurant 12 mm en épaisseur maximale d'allure non chronique. Absence de signe d'engagement ou d'hydrocéphalie. Stabilité de l'hématome intraparenchymateux frontal supérieur gauche pré-central, mesurant 25 x 16 x 19 mm et de l'hémorragie sous arachnoïdienne frontal bilatérale.

**IRM cérébrale du 10/03 :** Prise de contraste anfractueuse, développée aux dépens de la région pariétale droite, notamment une lésion de 30 x 34 mm, associant multiples prises de contraste satellite du même lobe, nette atteinte corticale notamment cingulaire postérieur, net infiltrat hyper FLAIR adjacent aux prises de contraste, associant atteinte corticale et sous-corticale, non en faveur d'un œdème vasogénique, plutôt de nature tumorale, gliome de haut grade multifocal ? Lésion secondaire en deuxième intention.

Perte de substance cortico-sous-corticale, en région temporo-polaire droite, sur site opératoire, associant une prise de contraste d'11 mm, non en faveur d'une dilatation anévrysmale, récurrence locale ? Lésion de novo ?

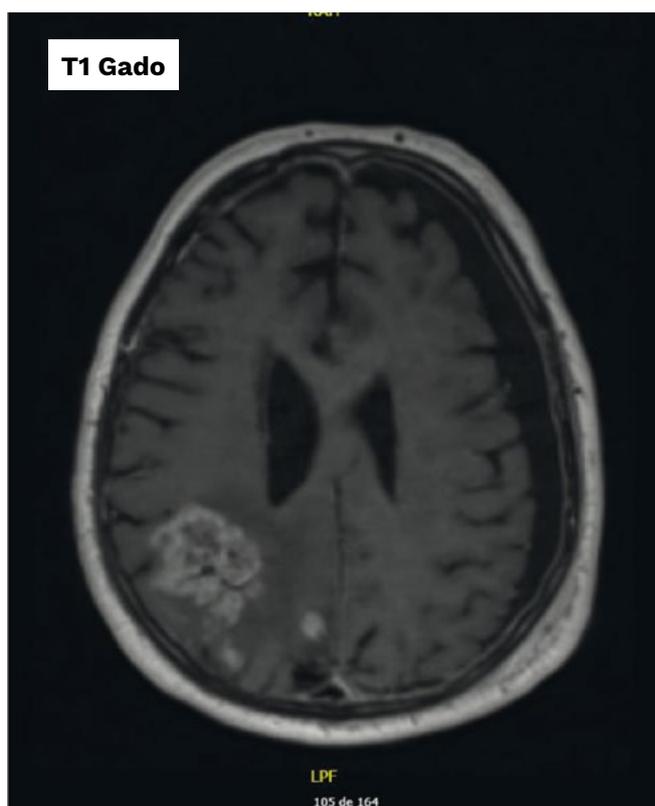
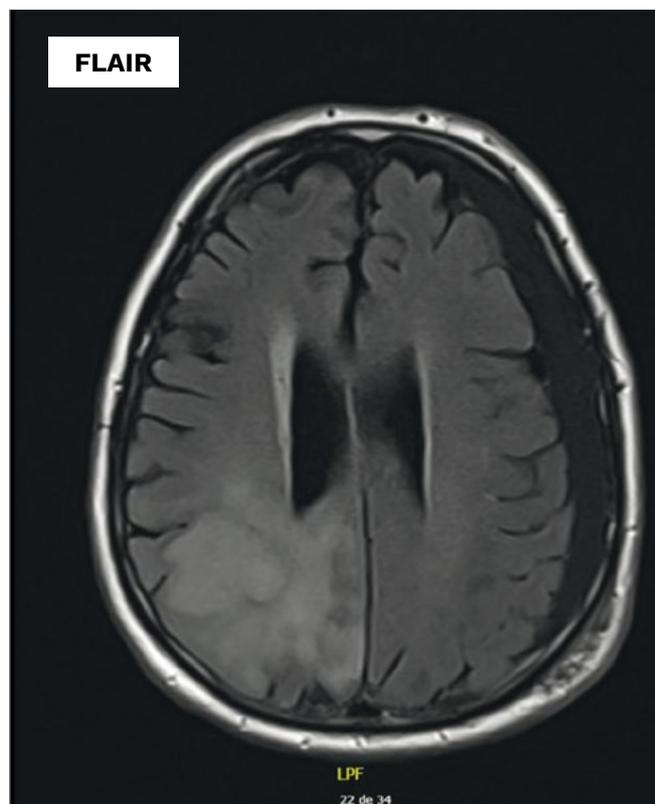
Par ailleurs, évolution naturelle d'un hématome subaigu précoce, sans traduction suspecte formelle, frontal supérieur / cingulaire antérieure gauche.

Lame d'hémorragie sous-arachnoïdiennes frontales supérieures bilatérales.

Contamination hémorragique intraventriculaire déclive à minima.

Réalisation d'une RCP avec neurologues et neurochirurgiens le 14/03/2024 suite aux résultats de l'IRM :

- ➔ Diagnostic d'un glioblastome de haut grade, sévère, et à risque de progression rapide. Risque de complication à type d'épilepsie, de troubles de la vigilance, de troubles de la déglutition, ...
- ➔ Décision collégiale d'un passage en soins palliatifs devant l'absence de sanction thérapeutique envisageable.



Entretien auprès de la famille, avec annonce diagnostique et explication du projet établi avec soins de confort exclusifs. Décision commune d'organiser un retour à domicile avec mise en place d'une HAD Soins Palliatifs pour permettre un accompagnement adapté.

Décès à domicile le 25 mai.

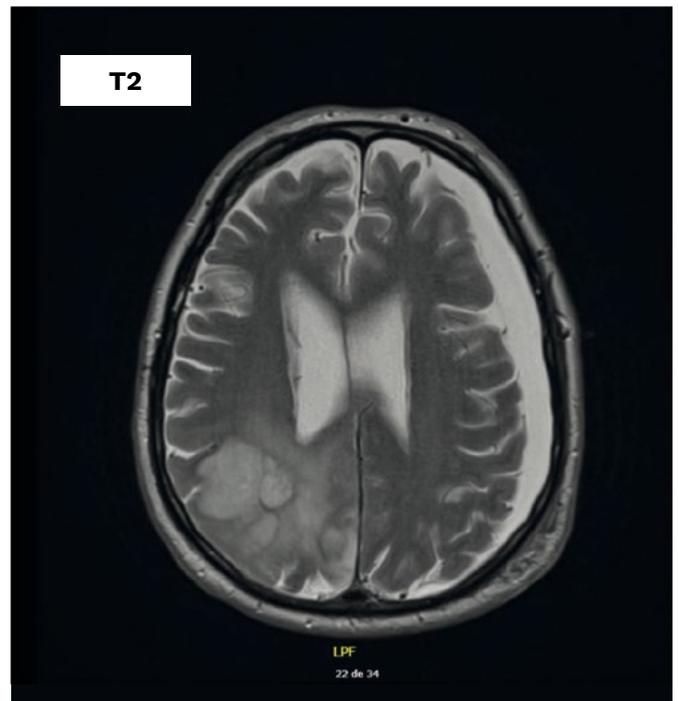
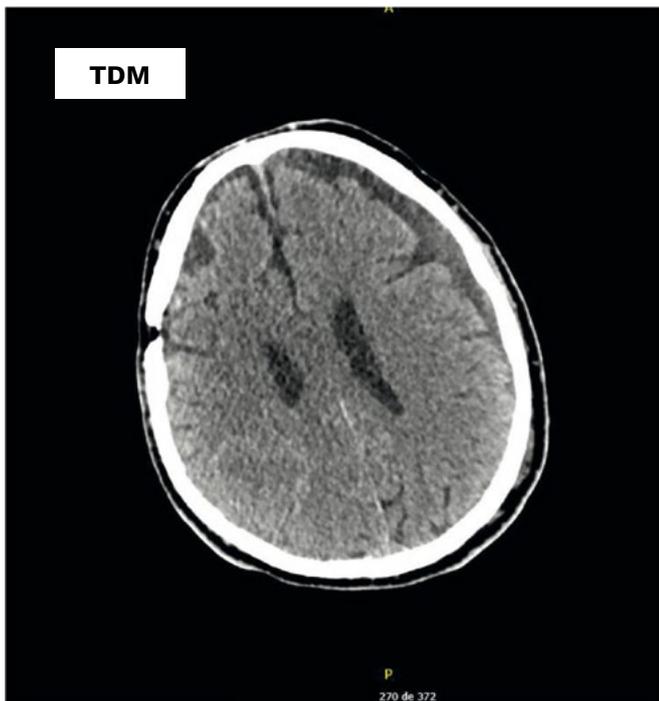
## Points de réflexion

Ce patient, de haut niveau socio-culturel et ancien historien, a présenté un déclin cognitif rapidement progressif associé à des troubles locomoteurs mis sur le compte de troubles neurocognitifs mixtes évolutifs.

A priori, l'IRM cérébrale de septembre ainsi que le scanner cérébral réalisé aux urgences n'objectivaient pas de lésion responsable du tableau clinique.

Cependant, 6 mois plus tard, en mars, on mettait en évidence un glioblastome à l'IRM cérébrale. Le délai pour une prise en charge thérapeutique active était malheureusement dépassé.

Ce type de patient bénéficie souvent d'un contrôle scannographique cérébral car demandé par les équipes de neurologie/neurochirurgie, mais plus rarement d'une IRM de par la difficulté d'accessibilité, les délais de réalisation et la priorisation vers d'autres patients estimés parfois plus éligibles. Néanmoins, dans cette situation, le scanner (et son interprétation) ne mettait pas du tout en évidence cette lésion, pourtant extrêmement grave, engageant malheureusement le pronostic vital à court terme.



Ce cas clinique met ainsi en évidence l'importance de prendre en plus considération la place de l'IRM cérébrale dans la prise en charge de nos patients, malgré de fréquentes difficultés d'accès et disponibilité.

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

**Dr Marine Oechslin**

Assistante spécialisée Médecine Gériatrique - CHU Carémieu NÎMES (30)

Relecture par

**Dr Floriane Brill**

Avec plus de 4000 professionnels représentant plus de 200 métiers au service du patient, les Hôpitaux La Rochelle-Ré-Aunis sont le premier employeur du département. Établissement public de santé de recours sur son territoire, l'établissement accueille les patients dans toutes les disciplines de chirurgie, de médecine, de gynécologie-obstétrique, de psychiatrie et de gériatrie. Il dispose d'une maternité, nommée Pernelle Aufrédy, au sein du Pôle Femme Enfant, et d'un plateau technique de qualité.

Une Direction commune a été instaurée entre le Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, le Centre Hospitalier de Rochefort, le Centre Hospitalier de Marennes, l'EHPAD Val de Gères de Surgères et le Centre Hospitalier de l'île d'Oléron. Ils constituent le Groupe Hospitalier Littoral Atlantique.

## LE PÔLE DE GÉRIATRIE DU GHLRRA

# RECRUTE

Au sein du **Pôle de Gériatrie**, qui comprend les services suivants : Médecine Aiguë Gériatrique, Médecine Ortho-gériatrique, SMR, HDJ SMR, USLD, EHPAD, UHR, Équipes mobiles de Gériatrie intra-hospitalière et de Psychiatrie-Gériatrie, Consultations de Gériatrie et d'Onco-Gériatrie.

### ● 1 Poste de PRATICIEN TEMPS PLEIN EN SMR - HOSPITALISATION COMPLÈTE

#### Missions (SSR / USLD)

##### ► EN SSR

Prise en charge en hospitalisation complète de patients de plus de 75 ans poly-pathologiques, fragiles, à risque de décompensation, à l'issue d'un séjour en MCO afin d'optimiser le potentiel de récupération fonctionnelle en vue du retour à domicile.

##### ► EN USLD

Prise en charge en lieu de vie sanitaire de patients adultes présentant des pathologies chroniques nécessitant des soins médicaux techniques importants et ne pouvant vivre à domicile en HAD ou en EHPAD.

#### Profil

##### Temps plein

Poste à pourvoir immédiatement.

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins Français.

**Médecin généraliste ou médecin gériatre.**

Recrutement sous statut PH Contractuel. Reprise d'ancienneté.

Participation à la permanence de soins du Pôle de Gériatrie.

### ● 1 Poste de PRATICIEN À TEMPS PARTIEL EN SMR - HOPITAL DE JOUR

#### Missions

Plateau technique de 5 places de rééducation motrice et cognitive. Consultations d'évaluations pré et post prise en charge.

Gestion des demandes Via Trajectoire, communication avec la ville (CPTS, médecins généralistes).

Rédaction des comptes rendus médicaux par le secrétariat.

Coordination d'équipe et dynamique de projets (kinésithérapeute, ergothérapeute, infirmière, orthophoniste, secrétaire).

#### Profil

**Temps partiel : 50 %.**

Poste à pourvoir en juin 2025.

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins Français.

**Médecin généraliste ou médecin gériatre.**

Recrutement sous statut PH Contractuel. Reprise d'ancienneté.

Participation à la permanence de soins du Pôle de Gériatrie proratisée à la quotité de temps de travail.

### Envie de mobilité ?

**L'Équipe Mobile et de Liaison de Psychogériatrie est conventionnée avec 55 EHPAD du Nord de la Charente Maritime (La Rochelle, Pays d'Aunis, Bassin de Marennes - Île d'Oléron, Île de Ré).**

Elle a pour mission l'évaluation des problématiques psychiatriques et/ou gériatriques des résidents des EHPAD pour lesquelles le médecin généraliste sollicite un avis diagnostic et/ou thérapeutique. Elle assure également des formations ponctuelles auprès des équipes soignantes. Participation au staff hebdomadaire de planification des interventions de la semaine par le gériatre ou psychiatre.

Gestion des demandes et dossiers en cours / lien avec le médecin demandeur.

Le médecin intervient systématiquement avec une infirmière pour une évaluation multimodale. Un véhicule de l'hôpital est dédié à cette activité.

### ● 2 postes sont à pourvoir en EMLPG

#### ► PRATICIEN TEMPS PLEIN (50 % EMLPG - 50 % HDJ SMR)

**Temps plein : 100 % (50 % Hôpital de jour SMR + 50 % EMLPG).**

Poste à pourvoir en juin 2025.

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins Français.

**Médecin généraliste ou médecin gériatre.**

Recrutement sous statut PH Contractuel. Reprise d'ancienneté.

Prime d'exercice territorial (EMLPG).

Participation à la permanence de soins du Pôle de Gériatrie proratisée à la quotité de temps de travail.

#### ► PRATICIEN TEMPS PARTIEL EN EMLPG

**Temps partiel : 50 %.**

Poste à pourvoir immédiatement.

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins Français.

**Médecin généraliste avec compétences en gériatrie ou médecin gériatre.**

Recrutement sous statut PH Contractuel.

Reprise d'ancienneté avec perspective rapide de titularisation.

Mutation possible.

Prime d'exercice territorial.



Les équipes du Groupe Hospitalier  
La Rochelle-Ré-Aunis vous attendent !



### POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE, VOUS POUVEZ PRENDRE CONTACT AVEC :

Dr Bruno GROSSIN – Chef de Pôle

05 46 45 69 29 – bruno.grossin@ght-atlantique17.fr

Mme POITEVIN Sandra – Directrice adjointe des Affaires Médicales

05 46 03 44 40 – sandra.poitevin@ght-atlantique17.fr



# Le CH de Rochefort RECRUTE UN PRATICIEN REMPLAÇANT

Pour son pôle  
gériatrie  
(Pérennisation possible  
après l'été 2025).



## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Établissement récent, second hôpital MCO du Groupe Hospitalier Littoral Atlantique (Ré-La Rochelle-Rochefort-Marennes-Oléron), situé dans une agglomération touristique et thermale de 40 000 habitants sur l'estuaire de la Charente, à deux pas de l'océan et 20 minutes de La Rochelle (2X2 voies gratuites). Hôpital de recours pour les îles charentaises d'Aix et Madame, la presqu'île de Fouras, le bassin de Marennes-Oléron. Royan à 45 minutes, Bordeaux 1h30 (autoroute), Paris 3h30 (TGV à La Rochelle ou Surgères).

## POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE, VOUS POUVEZ PRENDRE CONTACT AVEC :

Dr Sylvie YVONNET, Chef de Pôle et Responsable de l'HDJ  
sylvie.yvonnnet@ght-atlantique17.fr  
Madame Sandra POITEVIN, Directrice Adjointe des Affaires Médicales  
05 46 03 44 40 - sandra.poitevin@ght-atlantique17.fr

## PRÉSENTATION DU SERVICE ET DE L'ACTIVITÉ

### PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE

#### 1. Actuellement 10 praticiens hospitaliers gériatres :

- Il existe un certain degré de roulement sur les différents services pour que chacun puisse être polyvalent sur le plan gériatrique.
- Participation au tour des astreintes, qui sont des astreintes opérationnelles sur le périmètre des services du pôle de gériatrie de Rochefort.

### SITUATION DU PÔLE PAR RAPPORT L'HÔPITAL

**Le pôle de gériatrie est dans l'enceinte de l'hôpital de Rochefort avec un accès :**

- Au plateau technique d'imagerie de laboratoire, d'une pharmacie hospitalière interne.
- À des avis médicaux sur place (psychiatrie, neurologie, cardiologie, dermatologie, gastrologie, pneumologie, orthopédie, chirurgie digestive, ORL).

## PROFIL RECHERCHÉ

Médecin gériatre ou généraliste avec une expérience en gériatrie. Seules les candidatures de praticiens inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins français seront étudiées. Recrutement sur statut contractuel (motif 1 – échelon 6).  
**Quotité de temps :** Poste à temps plein.  
Recrutement pour une mission de remplacement pouvant ouvrir à une proposition de poste pérenne après l'été 2025.



La Fondation de Rothschild gère 14 établissements sociaux et médico-sociaux, accompagnant des publics dans les domaines de l'enfance, du handicap et du grand âge en Île-de-France et dans l'Oise.

## Elle recrute :



### 1. MÉDECIN COORDONNATEUR

(EHPAD Résidence Diane Benvenuti, Montreuil - 93100 - 80 résidents).

**POSTE :** CDI à temps partiel (0,60 ETP, 21h/semaine).

**TRANSPORT :** Métro 9.

**MISSIONS :** Vous serez responsable de la coordination médicale, de l'élaboration du projet de soins, du suivi médical des résidents, de la formation de l'équipe soignante et de la communication avec les familles. Vous développerez également des partenariats externes pour améliorer la qualité des soins.

**PROFIL :** Docteur en Médecine, spécialisé en gériatrie ou gériatrie, avec une expérience en EHPAD ou en milieu hospitalier gériatrique.



**CONDITIONS :** Rémunération à négocier, logement de fonction, horaires flexibles.

**CANDIDATURES :** [m.spindler@f-d-r.org](mailto:m.spindler@f-d-r.org)

### 2. MÉDECIN GÉRIATRE

Chef de pôle (EHPAD Maison de Gériatrie, Paris 12<sup>ème</sup> - 510 résidents)

**POSTE :** CDI à temps plein.

**TRANSPORT :** Métro 1, 6, 8 ou RER A.

**MISSIONS :** Vous serez responsable de la coordination médicale, de l'élaboration du projet de soins, du suivi médical des résidents, de la formation de l'équipe soignante et de la communication avec les familles. Vous développerez également des partenariats externes pour améliorer la qualité des soins.

**PROFIL :** Docteur en Médecine, spécialisé en gériatrie ou gériatrie, avec une expérience en EHPAD ou en milieu hospitalier gériatrique.



**CANDIDATURES :** [talents-mrg@f-d-r.org](mailto:talents-mrg@f-d-r.org)

## Le Centre Hospitalier de Rambouillet

RECHERCHE

Médecin

Coordonnateur/  
Médecin traitant

pour son EHPAD Les Patios d'Angennes.

L'établissement est accessible par le Transilien et relie la gare Montparnasse en 35 minutes.



### PROFIL REQUIS

- Diplôme d'État de Docteur en médecine, spécialité de gériatrie, DESC ou DES de gériatrie, capacité en gériatrie ou DU médecin coordonnateur.
- Formation aux troubles de la mémoire de la personne âgée (si participation à la consultation mémoire).
- Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins en France.

### PRÉSENTATION DU POSTE

Trois missions sont proposées pour ce poste de PH à temps plein :

- **Médecin Coordonnateur :** organiser et coordonner l'activité des professionnels de santé au sein de l'établissement.
- **Médecin traitant d'une partie des résidents** (2 unités soit 72 résidents) : assurer la prise en charge médicale des résidents de 2 unités sur 5 ; collaboration et remplacements mutuels avec un collègue médecin gériatre à temps plein qui assure la prise en charge des résidents des 3 autres unités et participe à certaines missions de coordination comme les visites de préadmission, l'évaluation GIR et PATHOS ; remplacements mutuels pour assurer une permanence des prises en charge médicales.
- **Consultation d'évaluation gériatrique et consultation mémoire** (sur une plage hebdomadaire). Cette troisième mission est facultative (possibilité de réorganisation).

**Lettre de candidature + CV à adresser à :**

Madame Florence MARTIN-BEHIER, Chargée des Affaires Médicales, de la Gouvernance et des Coopération : [f.martinbehier@ch-rambouillet.fr](mailto:f.martinbehier@ch-rambouillet.fr) - 01 34 83 78 25





## L'EPSM DES FLANDRES RECRUTE MÉDECIN GÉRIATRE ou GÉNÉRALISTE (H/F)

Unité Cognitivo-Comportementale – Bailleul

Poste à pourvoir  
au plus vite à l'unité  
cognitivo-comportementale  
du Centre Médical des Monts de  
Flandre de Bailleul, situé à 20 minutes  
de Lille en voiture ou en train.

### DESCRIPTION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DU SECTEUR

L'EPSM des Flandres recrute pour son établissement  
psychogériatrique, le Centre Médical des Monts de Flandres  
(CMMF), un Médecin Gériatre ou Généraliste à orientation  
gériatrique chargé notamment d'assurer la prise en charge des  
patients de l'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) atteints d'une  
maladie d'Alzheimer ou apparentée souffrant de troubles du comportement.

### PRÉSENTATION DU CMMF

- Un Centre de la Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR), antenne du CHU de LILLE.
- Une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC), structure SMR de 15 lits.
- Un EHPAD de 65 places (4 unités) accueillant exclusivement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées, dont 12 lits qui deviendront à terme une UHR.

### CONTACTS

Dr LEBERT, Responsable UCC • [florence.lebert@ghtpsyp-npdc.fr](mailto:florence.lebert@ghtpsyp-npdc.fr)  
Bureau des Affaires Médicales : 03 28 43 46 00 • [diram.fl@ghtpsyp-npdc.fr](mailto:diram.fl@ghtpsyp-npdc.fr)

### DESCRIPTION DU POSTE

**Statut :** Praticien hospitalier ou contractuel, intra hospitalier.

- Poste à temps partiel (0.5 ETP).
- Intégration dans une équipe pluriprofessionnelle expérimentée dont une psychogériatre, un neurologue, une gériatre, un neuropsychologue, une assistante sociale, un animateur, une ergothérapeute, une orthophoniste, des kinésithérapeutes, possibilité de faire appel aussi à un diététicien, un cardiologue, un dentiste.
- Participation à la permanence des soins la semaine et le samedi matin (en moyenne une fois par mois). Pas de garde de nuit ou de week-end exigées.
- Rémunération selon statut.

### MISSIONS

- La prise en charge des patients de l'UCC atteints d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée avec des troubles du comportement.
- Les consultations de préadmission.
- Le suivi post-hospitalisation en coordination avec l'équipe paramédicale.
- La participation à la permanence médicale.
- Possibilité de réaliser des consultations d'évaluation gériatrique à orientation psychogériatrique.

### QUALITÉS REQUISES

Diplôme d'État de Docteur en médecine, spécialité gériatrie/capacité de gérontologie/DU de psychogériatrie ou généraliste avec expérience en Gériatrie.

Expérience en psychogériatrie souhaitée.  
Inscription à l'Ordre des médecins.

### PERSPECTIVES DE CARRIÈRE

Le cas échéant, accompagnement au concours de Praticien Hospitalier : le praticien pourra se former au niveau du service et prétendre au concours national de praticien hospitalier.



**vyv<sup>3</sup>** | Terres d'Oc

**VYV<sup>3</sup> Terres d'Oc est un organisme à but non lucratif qui assure une présence de soins et d'accompagnement déployés sur le Tarn, l'Ariège, le Lot, les Hautes-Pyrénées et le Tarn-et-Garonne en région Occitanie.**

Nous accompagnons les personnes dans les champs suivants : Petite Enfance, Optique, Dentaire, Audition, Services d'Aide à Domicile, Soins Infirmiers à Domicile, Centres de rééducation et de réadaptation et Ehpad.

**Quelques chiffres :** Plus de 900 salariés, 104 délégués élus, 50 métiers de la santé et près de 130 actions de prévention chaque année.

En rejoignant nos équipes, vous porterez nos orientations et nos valeurs humanistes, afin de favoriser l'accès pour tous à des soins de qualité, créer du lien et répondre aux nouveaux besoins sur notre territoire.

**Le Centre de Réadaptation pour Personnes Âgées est un SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation) situé dans le Tarn Nord, à 20 km d'Albi.**

Notre établissement, actuellement doté de 72 lits, dont 10 lits en Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) et 5 lits en soins palliatifs, s'engage dans un projet ambitieux visant à renforcer son offre de soins. À terme, nous prévoyons d'augmenter notre capacité à 92 lits dont 12 lits dans une unité Alzheimer SMR et d'ajouter 17 places en hôpital de jour. Ce projet a pour objectif de faire de notre structure le plus grand SMR gériatrique du Tarn.

### Vos missions

Validation des admissions et des sorties, et prise en charge des personnes âgées de son service.  
Suivi médical des résidents, élaboration de projets thérapeutiques personnalisés.  
Participation à l'organisation et au développement des soins dans le cadre de notre projet d'extension.  
Collaboration étroite avec l'équipe soignante et les autres praticiens.  
Possibilité de développer des consultations externes.  
Participations aux astreintes de l'établissement.

### Nous vous offrons

Un cadre de travail agréable, au cœur du Tarn, à proximité d'Albi.  
Des conditions de travail attractives et évolutives (forfait jours, CET forfait jours, formation professionnelle, etc.).  
La possibilité d'intégrer une équipe pluriprofessionnelle dynamique et en pleine croissance.

### Profil recherché

Titulaire du diplôme de médecin gériatre ou généraliste souhaitant se former.  
Expérience en gériatrie, en soins palliatifs et/ou en soins complexes.  
Sens du travail en équipe et capacité à s'adapter à un environnement en évolution.  
Motivation à rejoindre un projet d'extension ambitieux.

Dans ce cadre, nous recrutons

## UN(E) MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU GÉRIATRE

*Pour développer notre projet d'hôpital de jour gériatrique et compléter notre équipe médicale dynamique et motivée, composée actuellement de 3 médecins. L'équipe offre une forte polyvalence, un environnement de travail collaboratif, ainsi qu'une excellente dynamique de groupe.*



**Personne à contacter**

Mme Stéphanie RUELLE,  
Directrice  
06 83 73 00 08  
[stephanie.ruelle@vyv3.fr](mailto:stephanie.ruelle@vyv3.fr)




**Vous êtes médecin Gériatre ou Généraliste ?**

*Vous cherchez un environnement de travail stimulant et agréable ?*

*Ne cherchez plus, nous avons l'opportunité parfaite pour vous !*

**Pourquoi choisir notre établissement ?**

**Un cadre idyllique :** Imaginez-vous travailler, entouré de paysages magnifiques, entre mer et montagne sur la Côte d'Azur ! En plus de votre travail, vous pourrez profiter de la mer, la montagne en été ainsi qu'en hiver pour skier, profiter du soleil et de nombreuses activités sportives, culturelles, ainsi que des infrastructures à destination des enfants.

**Un environnement médical attractif :** Au sein de notre Court Séjour Gériatrique, vous ferez partie d'une équipe dédiée et passionnée. Les unités de Court Séjour Gériatrique comportent 30 lits à orientation cardiogériatrique, nutrition du sujet âgé, unité post-chirurgicale et 30 lits à orientation multi-pathologique, neurologie du sujet âgé et filière AVC, oncogériatrique.

Le pôle de gériatrie, pôle de référence du Var-Est, comporte une filière complète avec Court Séjour, équipe mobile gériatrique intra et extra hospitalière, SSR, USLD, EHPAD, consultations externes, consultations d'oncogériatrie et consultations mémoire de territoire labellisée.

Situé au sein d'un hôpital équipé d'un plateau technique polyvalent et proposant une offre de soins techniques et de spécialités de qualité.

**Vous aurez l'occasion de travailler avec des équipements modernes et de participer à des projets innovants, et tout ça dans une ambiance conviviale !**






**CONTACTS :** Dr PINELLI Karine – Cheffe de Service Court Séjour Gériatrique – karine.pinelli@chi-fsr.fr  
Mme S. DE TADDEO – Direction des affaires médicales – sandrine.detaddeo@chi-fsr.fr



**Vous souhaitez mettre vos compétences au service des autres et travailler dans un environnement où le patient est au centre de l'attention ?**

**Rejoignez un acteur de santé reconnu !**

**L'établissement est situé à proximité d'Avignon et au cœur d'un environnement géographique varié qui bénéficie du climat méditerranéen.**

**L'UGECAM PACA ET CORSE, organisme de l'Assurance Maladie, recherche un Médecin Gériatre (H/F)**

**au sein du CSMR LE MYLORD basé à Carpentras, dans le Vaucluse (CDI à temps plein / temps partiel).**

**Le Centre de Soins Médicaux et de Réadaptation Le MYLORD,** implanté au sein du Pôle Santé de Carpentras, dispose de 60 lits d'hospitalisation complète et de 10 places d'hôpital de jour. Il prend en charge environ 500 patients par an dans des locaux modernes et adaptés à une prise en charge de qualité.

De nombreuses synergies existent au sein du Pôle Santé, notamment avec le Centre Hospitalier de Carpentras et la Clinique Synergia, ce qui contribue à un exercice professionnel pluridisciplinaire avec l'ensemble des équipes médicales du pôle.




ADRESSEZ VOTRE CANDIDATURE PAR MAIL À L'ADRESSE SUIVANTE : [grp.recrutement.pacac@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:grp.recrutement.pacac@ugecam.assurance-maladie.fr)

**L'établissement CMCR des Massues, ESPIC de la Croix-Rouge française,** situé dans le 5<sup>ème</sup> arrondissement lyonnais, recherche pour son service de médecine gériatrique de 31 lits, au sein de son pôle gériatrique :



**un Médecin Généraliste ou Médecin Gériatre**

- Poste en CDI temps complet dans l'idéal.
- Organisation en forfait-jour.
- Rémunération selon ancienneté et spécialisations.



**CROIX-ROUGE FRANÇAISE**  
**CENTRE DES MASSUES**

PLUS D'INFORMATIONS SUR L'ÉTABLISSEMENT EN CONSULTANT NOTRE SITE INTERNET  
<https://cmcr-massues.croix-rouge.fr>

Dossier de candidature (CV et lettre de motivation) à envoyer à Direction des Ressources Humaines : 04 72 38 18 41 [recrutement.massues@croix-rouge.fr](mailto:recrutement.massues@croix-rouge.fr)

# UN MÉDECIN GÉRIATRE H/F

Pour renforcer l'équipe médicale du service de médecine gériatrique (court séjour).

Ce service de 24 lits s'intègre dans une filière spécifique comprenant consultation, hôpital de jour, SSR polyvalent à orientation gériatrique.

CDI à temps plein ou temps partiel.  
Rémunération selon expérience.

**À POURVOIR  
DÈS QUE  
POSSIBLE !**

## MISSIONS PRINCIPALES

- La prise en soins du suivi médical des patients (10 à 12 patients pour 1 ETP).
- Un travail en collaboration avec des professionnels partenaires de l'établissement et du territoire (médecins spécialistes de la clinique, médecins de ville...).
- La participation à la permanence des soins (astreintes avec présence d'un interne sur place la nuit).

**Poste évolutif avec possible participation à des activités complémentaires (HDJ, consultations, recherche médicale...).**

## PROFIL RECHERCHÉ

- Docteur en médecine, vous êtes inscrit-e au Conseil National de l'Ordre des Médecins, un DESC en gériatrie ou une capacité de gériatrie seraient appréciés.
- Vous avez un réel souhait de vous investir dans un établissement aux valeurs humaines fortes, soucieux de traiter la personne âgée dans sa globalité.
- Vous savez vous intégrer au sein d'un groupe et aimez travailler en collaboration avec des interlocuteurs divers.
- Doté(e) d'un fort relationnel, diplomate et investi(e), vous saurez être reconnu(e) comme un véritable référent en étant garant des bonnes pratiques médicales au sein de l'établissement médico-chirurgical.



La Clinique Mutualiste est un Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) à but non lucratif participant au service public hospitalier. D'une capacité de 220 lits et places, il dispose d'un bloc opératoire de 16 salles, dont un bloc d'endoscopie dédié datant de mai 2018, d'une unité de réanimation et de soins continus (16 lits).

La Clinique a récemment développé des activités de médecine gériatrique et du sommeil.

**Rejoignez-nous !**

### CONTACT

Mme Amélie Sanchez [a1sanchez@mutualite-loire.com](mailto:a1sanchez@mutualite-loire.com)



*Vous souhaitez vous investir dans un établissement où l'humain est au centre de nos préoccupations ?*

**NOUS RECHERCHONS**

## UN MÉDECIN H/F

Pour les EHPAD du CHIVI

### VOS MISSIONS

L'activité de médecin traitant proposée est au cœur du parcours patient, en lien avec une équipe pluridisciplinaire selon les sites d'intervention. Liens facilités avec le secteur sanitaire et son plateau de consultations de spécialistes.

### INFORMATIONS SUR LE POSTE

**Niveau requis :** Docteur en médecine. Expérience de la prise en charge des personnes âgées polypathologiques.

**Salaires Net mensuel :** Salaire Brut annuel Max : 112 500€.

**Contrat :** CDD de trois ans renouvelable une fois.

**Temps de travail :** Temps plein, temps partiel possible.

**Prise de fonction :** Poste est à pourvoir rapidement dans une résidence Ehpad du CHIVI, structure dynamique à forte composante médico-sociale, porteuse de valeurs et de projets pour son territoire et sa population en proximité.

### LE PETIT +

Possibilité d'hébergement en colocation au sein d'une villa située à Saint-Marcellin en face du Centre Hospitalier ou sur le Site du Perron à Saint-Sauveur (loyer modéré).

**POSTULEZ SUR :**  
[emploi@chivi.fr](mailto:emploi@chivi.fr)

**OU PAR COURRIER POSTAL :**

CHIVI - Service RH  
2830 Route d'Izeron  
38160 SAINT-SAUVEUR



## NOS EHPAD ASSOCIATIFS RECRUTENT

CDI Temps partiel (20 % à 60 %)

## DES MÉDECINS COORDONNATEURS

Postes disponibles en Île-de-France (77), Normandie (61), Bretagne (56, 35), Pays de la Loire (44), Centre-Val de Loire (37), Grand-Est (54) et Bourgogne-Franche-Comté (21).

Engagez-vous humainement auprès de nos seniors pour contribuer à leur prise en charge gériatrique et favoriser la coordination des soins.



Visionnez le portrait de l'un de nos Médecins Coordinateurs chez LBA

Notre page carrière : [www.asso-lesbruyeres.com/les-offres-demploi/](http://www.asso-lesbruyeres.com/les-offres-demploi/)



Le sens de l'engagement, le sens de la vie

L'humain est au centre de toutes nos actions.



# DÉCOUVREZ LE QUOTIDIEN DU MÉDECIN, N°1 DE LA PRESSE MÉDICALE

Accédez au meilleur de l'information médicale, analysée et décryptée chaque jour par plus de 40 journalistes experts.

## TARIF EXCLUSIF

**-40%**  
sur l'abonnement  
annuel

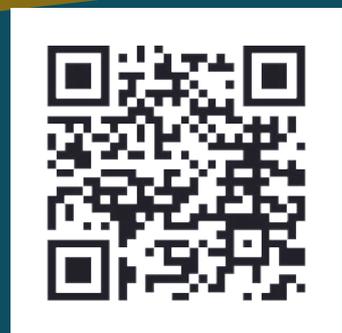


## COMMENT EN PROFITER ?

Saisissez le code coupon

**RPS-40**

au moment du paiement



SCANNEZ-MOI

[www.lequotidiendumedecin.fr/  
abonnement](http://www.lequotidiendumedecin.fr/abonnement)

\*Offre en partenariat avec Réseau Pro Santé. Promotion réservée aux non abonnés au Quotidien du Médecin. Coupon applicable sur les formules annuelles et valable la première année. La deuxième année, l'abonnement sera reconduit au tarif plein sauf en cas de résiliation avant l'échéance.

