

Revue générale

Pathologies cutanées de la personne âgée

RÉSUMÉ : La France, comme tous les autres pays industrialisés, connaît actuellement une augmentation importante et rapide du pourcentage de sa population âgée de plus de 75 ans. La prise en charge des patients âgés, en particulier de ceux présentant de multiples comorbidités, peut être complexe et l'équilibre entre excès et sous-médication difficile à atteindre. La richesse de sa spécialité va conduire le dermatologue à prendre en charge le patient âgé pour de multiples motifs. Cet article présente les spécificités diagnostiques et thérapeutiques des dermatoses fréquemment rencontrées chez le sujet âgé, tout en les intégrant au contexte gériatrique.



H. COLBOC

Service de Gériatrie, plaies et cicatrisation, Hôpital Rothschild, PARIS.

Prise en charge du patient âgé en dermatologie : quel besoin pour quel défi ?

La France, comme tous les autres pays industrialisés, connaît actuellement une augmentation importante et rapide du pourcentage de sa population âgée de plus de 75 ans. Ce phénomène est la conséquence naturelle de l'augmentation de l'espérance de vie et du baby-boom survenu au décours de la Seconde Guerre mondiale. Ainsi, il est estimé que la proportion de Français de plus de 65 ans atteindra 25 % en 2030 [1]. Le poids démographique des Français de plus de 85 ans augmentera encore plus rapidement, pour atteindre environ 2,5 millions en 2030 [1]. Avec de telles modifications de la structure démographique, tous les soignants, y compris les dermatologues, seront confrontés aux multiples défis que représente la prise en charge des patients âgés.

Pourtant, pour beaucoup de médecins, la prise en charge de ces patients, en particulier de ceux présentant de multiples comorbidités et/ou des syndromes gériatriques (confusion, chutes, escarres, déclin fonctionnel et cognitif,

incontinence...), est difficile. Le concept de fragilité du sujet âgé a été développé dans ce contexte : il oppose le sujet âgé "en forme", avec une bonne autonomie fonctionnelle au sujet âgé "fragile", vulnérable, avec des limitations fonctionnelles et une baisse des capacités d'adaptation. Chez le sujet âgé fragile, une pathologie, même mineure, risque d'entraîner une perte d'autonomie fonctionnelle et des conséquences en cascade. Pour ces patients en particulier, il peut être très difficile de trouver le bon équilibre entre excès de médication et sous-médication, justifiée par le fameux adage "*primum non nocere*". La difficulté décisionnelle dans ce contexte a été montrée en cancérologie où une association négative entre sous-médicalisation et pronostic du cancer a été montrée [2]. Ces décisions médicales difficiles doivent être guidées par une évaluation du contexte médical et social du patient âgé. Un exemple de questions pouvant être posées par le dermatologue pour réaliser cette évaluation est présenté dans la **tableau I**.

La richesse de sa spécialité va conduire le dermatologue à prendre en charge le patient âgé pour de multiples motifs : cancérologie, pathologies

Revue générale

1. Avez-vous besoin d'aide au domicile ?
2. Depuis le début des symptômes qui vous amènent à consulter, avez-vous eu plus besoin d'aide ?
3. Avez-vous été hospitalisé 1 ou plusieurs jours ces derniers mois ?
4. Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de vue ?
5. Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de mémoire ?
6. Prenez-vous plus de trois médicaments par jour ?

Tableau 1 : Exemple de questions simples pour dépister la fragilité.

inflammatoires, plaies, etc. L'objectif de cet article est de présenter les dermatoses les plus fréquemment rencontrées chez le sujet âgé, ainsi que leurs spécificités diagnostiques et thérapeutiques.

Viellissement cutané pathologique : la dermatoporose et ses complications

Le terme de dermatoporose, en analogie à l'ostéoporose, a été proposé par Saurat en 2007 pour définir l'ensemble des manifestations liées au vieillissement cutané entraînant une fragilité et une insuffisance cutanées [3].

Le diagnostic positif de dermatoporose repose sur l'association de trois lésions élémentaires, prédominant sur les zones photo-exposées : l'atrophie cutanée, le purpura de Bateman et les pseudo-cicatrices stellaires (fig. 1A). La littérature rapporte une prévalence de la dermatoporose atteignant plus de 30 % chez les patients de plus de 60 ans [4] ; les facteurs de risque identifiés sont l'âge, la corticothérapie locale ou systémique, les anticoagulants et l'insuffisance rénale chronique [5].

La dermatoporose se complique volontiers de déchirures cutanées (fig. 1B) et plus rarement d'hématome disséquant (fig. 1C).

La déchirure cutanée est généralement causée par un traumatisme mineur, qui peut survenir au cours de l'habillage ou de la mobilisation assistée, entraînant la formation d'un lambeau, pouvant

secondairement se nécroser. Lorsqu'elles sont localisées aux membres inférieurs et associées à des comorbidités souvent présentes chez le sujet âgé (artériopathie oblitérante des membres inférieurs, insuffisance veineuse), les déchirures cutanées peuvent évoluer vers l'ulcère de jambe. Il convient d'appliquer des pansements non adhésifs, avec une flèche indiquant le sens de retrait du pansement afin d'éviter de décoller le lambeau à chaque réalisation du soin (fig. 2).

L'hématome disséquant constitue une complication plus rare mais grave de la



Fig. 1 : A : Lésions élémentaires typiques de la dermatoporose. B : Déchirure cutanée avec perte partielle du lambeau cutané. C : Hématome disséquant du membre inférieur avec nécrose cutanée étendue en regard.

dermatoporose [6]. Il est la conséquence d'un saignement entre l'hypoderme et le fascia musculaire. Il se constitue rapidement et peut être de volume très important. Il est en général associé, dans les jours suivant sa constitution, à l'apparition d'une nécrose cutanée du toit de l'hématome. Par ailleurs, par son volume, il peut entraîner des conséquences hémodynamiques, engageant le pronostic vital du patient. Le traitement consiste en une mise à plat, avec décaillotage, déterision éventuellement associée à un geste hémostatique si le saignement reste actif. Pour obtenir au fond de ces plaies un tissu



Fig. 2 : A : Patient présentant une dermatoporose très évoluée, avec application à tort de pansement adhésif. B : Apparition des nouvelles plaies consécutivement à l'ablation des pansements. C : Type de pansement à préférer : non adhésif, flèche indiquant le sens de retrait du pansement.



Fig. 3 : A : Dispositif lavable et réutilisable, permettant de protéger les membres. B : Protège ridelle sur lit médicalisé.

de granulation satisfaisant, il est souvent nécessaire d'utiliser un dispositif de thérapie par pression négative avant d'envisager, dans un deuxième temps, une greffe de peau.

La prise en charge des patients présentant une dermatoporse doit donc reposer sur la prévention des traumatismes, y compris minimes, pouvant causer ces complications : éducation du personnel soignant, protection des membres (**fig. 3A**), protection du mobilier pouvant blesser (**fig. 3B**) prévention des risques de chute avec adaptation du mobilier au domicile et correction des troubles visuels.

Les plaies aiguës et chroniques du sujet âgé

La prise en charge des plaies est une problématique récurrente en gériatrie. Les plaies aiguës peuvent survenir dans de nombreuses situations : postopératoires, post-traumatiques (en particulier dans les contextes de troubles du comportement avec chutes et déambulations), iatrogène (en particulier chez les patients présentant une dermatoporse) ou auto-induites, en particulier chez le patient présentant des troubles cognitifs avec stéréotypie gestuelle (ensemble de



Fig. 4 : Pyoderma gangrenosum du dos du pied satellite d'une polyarthrite rhumatoïde chez une patiente de 90 ans.

gestes sans signification évidente, reproduits de façon répétitive, jusqu'à entraîner des lésions). En outre, le patient âgé présente souvent de multiples comorbidités favorisant la survenue de plaies chroniques, ulcères de jambe, escarres et plaies du pied diabétique. La prévalence de ces plaies est plus importante dans la population gériatrique, atteignant par exemple, pour l'ulcère de jambe,

5 % chez les plus de 80 ans [7]. Bien que l'insuffisance veineuse et/ou artérielle soient les causes les plus fréquentes d'ulcères de jambe chez le sujet âgé, le contexte gériatrique ne doit pas faire exclure une plaie d'étiologie plus rare, et la biopsie cutanée doit être considérée dans certaines situations (**fig. 4**).

La fréquence et la multiplicité de ces plaies n'est pas la seule problématique à laquelle se trouve confronté le dermatologue. Ces plaies s'intègrent en effet volontiers dans un contexte compliquant la prise en charge : trouble cognitif, isolement social, dénutrition, psychose (**fig. 5**), comorbidités cardiovasculaires, insuffisance rénale... Une étude a ainsi montré une association entre ulcère artériel et démence vasculaire [8]. Ces troubles cognitifs sont à l'origine de difficultés de réalisation des pansements mais aussi de manipulation des pansements et/ou des plaies par le patient.



Fig. 5 : Cuisine et salle de bain d'une patiente prise en charge pour ulcère veineux de jambe et présentant, par ailleurs, un syndrome de Diogène. L'état du domicile, et particulièrement de la salle de bain et de la cuisine, rend impossible la réalisation des soins d'ulcère et un apport nutritionnel satisfaisant.

Revue générale



Fig. 6 : Incurie, onychogriphose et déformation ostéo-articulaire entraînant un risque majeur de survenue de plaies.

L'isolement social de certains patients peut être associé à des états d'incurie pouvant générer des plaies, aiguës ou chroniques. Citons ainsi les plaies des pieds induites par une absence de soins de pédicurie, potentiellement aggravées par une onychogriphose, fréquente chez le sujet âgé (fig. 6).

Les challenges de cette prise en charge nécessitent souvent la mobilisation d'une équipe multidisciplinaire spécialisée au sein d'un environnement adapté. Limiter "l'accès à la plaie" est tout particulièrement utile chez ces patients, en utilisant, par exemple, des bandages cohésifs et des dispositifs couvrants, comme les "grenouillères", tenue une pièce dont la fermeture éclair dans le dos n'est pas accessible au patient.

Néoplasies cutanées et sujet âgé

Tout comme les plaies, la prévalence des cancers de la peau augmente avec l'âge. Dans les situations gériatriques

complexes, où se pose la question d'un traitement oncologique optimum ou non, la prise en charge doit toujours être encadrée par une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) (fig. 7). Celle-ci se fera de préférence en présence du patient et de son aidant principal, en particulier si le patient présente des troubles cognitifs, et tiendra compte de ses comorbidités. La présence d'un gériatre ou oncogériatre peut alors être d'une aide précieuse.

Cette RCP permettra de répondre aux questions suivantes : le patient va-t-il mourir de cette néoplasie cutanée ? L'évolution de cette néoplasie risque-t-elle d'avoir des conséquences fonctionnelles pour le patient ? Le patient est-il capable de supporter un traitement oncologique optimum, et si non quelles sont les autres options thérapeutiques ? [9]

Un exemple de prise en charge non chirurgicale chez un patient âgé serait



Fig. 7 : Deux exemples de prise en charge oncodermatologique complexe chez des patients âgés. **A :** Patiente en bon état général, ayant pour seul antécédent des troubles cognitifs non explorés, présentant une lésion de la pommette droite extrêmement suspecte de mélanome de Dubreuilh. La patiente refusera toute prise en charge. **B :** Patiente adressée dans le service pour prise en charge d'ulcère artériel de la jambe gauche. À l'admission, découverte d'une lésion pigmentée de la plante du pied conduisant au diagnostic de mélanome homolatéral, dont la prise en charge postopératoire a été compliquée par l'artériopathie sous-jacente.



Fig. 8 : Tumeur dite "historique" du pli inguinal chez un homme de 87 ans : maladie de Paget extra-mammaire. Après RCP, il est décidé la réalisation de radiothérapie palliative à visée hémostatique.

ainsi, pour un carcinome épidermoïde cutané, de la radiothérapie externe, de la curiethérapie ou encore de la radiochimiothérapie.

Le caractère inopérable de la néoplasie peut aussi être dû à une localisation complexe ou au caractère très évolué de celle-ci. En effet, il n'est pas rare de voir chez le patient âgé des tumeurs "historiques", pouvant atteindre un stade très évolué pour de multiples raisons : localisation, isolement social, trouble cognitif ou psychiatrique, déni (fig. 8).

Penser aux dermatoses fréquentes

De nombreuses dermatoses, infectieuses ou inflammatoires, touchent le sujet âgé. Leur présentation peut être typique, ou non, rendant le diagnostic parfois difficile. On peut ainsi citer le psoriasis inversé, souvent pris à tort pour un intertrigo candidosique ou pour une dermatite associée à l'incontinence chez le patient âgé (fig. 9A). L'absence de réponse au traitement antifongique adapté est un élément devant faire évoquer le diagnostic et conduire à une corticothérapie locale.

Le patient âgé peut aussi être sujet à des poussées d'eczéma atopique ou à des eczemas de contact. Citons l'eczéma



Fig. 9 : A: Psoriasis inversé chez un patient incontinent et grabataire. B: "Lucky Luke syndrome". C: Dermite associée à l'incontinence.

de contact, parfois observé chez les patients incontinents, responsable de lésions bilatérales en regard des hanches ("Lucky Luke syndrome") et parfois sur le bas du dos et le bas du ventre, zones en contact direct avec la partie plastifiée des protections (**fig. 9B**).

Le terme de dermite associée à l'incontinence désigne des dermatites d'irritation non spécifiques, chez les patients incontinents, survenant volontiers au cours des épisodes diarrhéiques (**fig. 9C**). La prise en charge de celle-ci repose sur des soins d'hygiène fréquents et adaptés (changes réguliers, lavage à l'eau et au savon, séchage en tamponnant) ainsi que sur l'utilisation d'une crème barrière.

POINTS FORTS

- La France connaît une augmentation importante et rapide du pourcentage de sa population de plus de 75 ans.
- La richesse de sa spécialité conduit le dermatologue à prendre en charge les personnes âgées dans de multiples situations.
- Une prise en charge collaborative, multidisciplinaire et adaptée est essentielle chez le sujet âgé comorbide.
- L'évaluation rigoureuse médicale, mais également sociale et psychique est la clef d'une prise en charge réussie du sujet âgé fragile.

Les infections fongiques sont fréquemment rencontrées chez le sujet âgé. La prise en charge de l'intertrigo interorteil ne doit pas être négligée, car celui-ci constitue volontiers une porte d'entrée infectieuse bactérienne. Là encore, la prescription dermatologique doit prendre en compte les comorbidités du patient. Ainsi, les antifongiques azolés, même topiques, peuvent déséquilibrer un traitement par antivitamine K.

■ Prurit

Le prurit est une plainte très fréquente dans la population gériatrique. Yalçin *et al.* rapportent ainsi une prévalence de près de 20 % chez les patients de plus de 85 ans [10].

Les causes du prurit du sujet âgé sont multiples ; certaines sont à évoquer plus particulièrement sur ce terrain comme les pédiculoses, la gale, la pemphigoïde bulleuse, les lymphomes cutanés, etc.

La pemphigoïde bulleuse, pathologie dermato-gériatrique par excellence, doit être évoquée facilement, y compris en cas de lésions de topographie atypique (**fig. 10A**) ou en cas de prurit sur lésion urticaire sans bulle (**fig. 10B**). Il convient alors de réaliser une biopsie cutanée avec immunofluorescence.

La xérose, touchant jusqu'à 50 % de ces patients, aggrave le prurit, quelle

que soit sa cause ; sa prise en charge est donc essentielle [11] mais ne doit pas se substituer au diagnostic et à la prise en charge spécifique des dermatoses. Chez ces patients souvent polymédiqués, il convient également de reprendre la liste des traitements et de rechercher une imputabilité médicamenteuse au prurit (inhibiteur de l'enzyme de conversion, inhibiteur calcique).

Outre la prise en charge étiologique et la prise en charge de la xérose, une prise



Fig. 10 : A: Pemphigoïde bulleuse dysidrosique des mains. B: Pemphigoïde bulleuse se présentant sous forme de placard urticaire avec multiples excoriations et quelques érosions post-bulleuses.

Revue générale

en charge médicamenteuse du prurit peut être proposée. Celle-ci devra, bien entendu, être adaptée à la fonction rénale et sa tolérance devra être surveillée de près, certains de ces traitements pouvant être sédatifs et responsables de chutes chez les patients âgés fragiles.

En première intention, il sera proposé un traitement antihistaminique et en seconde intention un traitement par prégabaline ou gabapentine. En cas d'échec, d'autres options peuvent être discutées au cas par cas, comme la paroxétine ou la photothérapie [12].

Dermatoses carencielles

La dénutrition représente une problématique fréquente chez le sujet âgé. Elle



Fig. 11 : Scorbut. **A :** Kératose folliculaire avec “poils en tire-bouchon”, hémorragie péri-folliculaire, purpura. **B :** Gingivite avec déchaussement dentaire. **C :** Plaies des membres inférieurs ne cicatrisant pas.

s'accompagne généralement de carence en oligo-élément et en vitamines. Ainsi, les carences en zinc et en folate touchent jusqu'à 50 % des patients âgés, alors que la carence en vitamine C peut atteindre 70 % [13].

Les manifestations dermatologiques des dermatoses carencielles sont multiples et variées, il faut donc savoir les évoquer facilement, en particulier chez un patient dénutri et isolé socialement. On peut ainsi citer les manifestations suivantes : dermatose péri-orificielle bipolaire et acrale, érosive, retard de cicatrisation dans les carences en zinc ; gingivite, kératose folliculaire avec “poils en tire-bouchon”, hémorragie péri-folliculaire, purpura, plaies chroniques pour le scorbut (carence en vitamine C) (**fig. 11**) ; éruption érosive et œdémateuse, décollement bulleux, peau fine craquelée pour la pellagre (carence en vitamine PP) [14].

Conclusion

Les pathologies dermatologiques du sujet âgé sont fréquentes et multiples. La dermato-gériatrie comporte de nombreux défis, diagnostiques et thérapeutiques, conséquences directes des comorbidités et de l'environnement social et psychique du patient âgé fragile. Dans ce contexte, une prise en charge collaborative, multidisciplinaire et adaptée est essentielle. Cette stratégie permettra aux dermatologues de couvrir les besoins d'une population vieillissante dont la proportion ne fera qu'augmenter dans les décennies à venir.

BIBLIOGRAPHIE

1. BÉLAND D, VIRIOT DURANDAL JP. Aging in France: population trends, policy issues, and research institutions. *The Gerontologist*, 2013;53:191-197.
2. DALE DC. Poor prognosis in elderly patients with cancer: the role of bias and undertreatment. *The Journal of Supportive Oncology*, 2003;1:11-17.

3. KAYA G. Dermatoporosis: an emerging syndrome. *Rev Med Suisse*, 2008;4: 1078-1079.
4. MENGEAUD V, DAUTEZAC-VIEU C, JOSSE G *et al.* Prevalence of dermatoporosis in elderly French hospital in-patients: a cross-sectional study. *Br J Dermatol*, 2012;166:442-443.
5. KLUGER N, IMPIVAARA S. Prevalence of and risk factors for dermatoporosis: a prospective observational study of dermatology outpatients in a Finnish tertiary care hospital. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2019;33:447-450.
6. KAYA G, JACOBS F, PRINS C *et al.* Deep dissecting hematoma: an emerging severe complication of dermatoporosis. *Arch Dermatol*, 2008;144:1303-1308.
7. HAS. Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement. Recommandation de bonne pratique. Juin 2006.
8. SENAMAUD R, DESORMAIS I, KASSIANOFF U *et al.* Prévalence des troubles cognitifs dans le registre COPART: étude préliminaire. *Journal des Maladies Vasculaires*, 2013;38:315.
9. RICHARD MA. Is it always necessary to treat skin cancer in the elderly? *Ann Dermatol Venereol*, 2008;135:641-643
10. YALÇIN B, TAMER E, TOY GG *et al.* The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. *Int J Dermatol*, 2006;45:672-676.
11. BERGER TG, SHIVE M, HARPER GM. Pruritus in the older patient: a clinical review. *JAMA*, 2013;310:2443-2450.
12. STÄNDER S, ZEIDLER C, AUGUSTIN M *et al.* Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic pruritus—update—short version. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 2017;15:860-872.
13. FERRY M. Nutrition de la personne âgée, Berger-Levrault, 1996.
14. RYBOJAD M. Dermatologie et maladie de la nutrition, Elsevier Masson.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.