

D. C. E. M. 3

MODULE 5 : VIEILLISSEMENT

Jeudi 17 Juin 2004

1^{ère} Session

Durée : Dossier Transversal d'1 heure

Vous êtes de garde aux urgences en hiver. Vous prenez en charge Augustine Char., patiente de 86 ans accompagnée d'une lettre de son médecin traitant.

« Cher confrère, merci de prendre en charge Mme C., 86 ans, pour agitation. Cette patiente a habituellement toute sa tête. Ses principaux antécédents sont :

- Arthrose traitée par antalgiques.
- Hypertension artérielle traitée par association AMLOR[®] 5 mg (amlodipine, inhibiteur calcique) 1 par jour et TRIATEC[®] 2.5 mg (ranipril, inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine) 1 par jour avec des valeurs habituelles de pression artérielle de 110/60 mmHg.
- Dépression traitée depuis 1 mois par DEROXAT[®] 20 mg (paroxétine, inhibiteur de recapture de la sérotonine) 1 par jour.
- Constipation chronique très ancienne.

Depuis 48 heures, elle est agitée, ne dort plus la nuit mais le jour, est désorientée et tient des propos incohérents. Cette situation devient trop difficile à gérer pour son époux et les aides. Elle doit être hospitalisée pour bilan, avant discussion pour un placement ».

Question n°1 :

Résumez l'observation, en précisant le motif d'hospitalisation.

A l'examen clinique :

PA 130/60 mmHg, FC 80 /min. Température 37.7 °C

BdC réguliers sans souffle cardiaque.

Pas de foyer pulmonaire.

Abdomen sensible de manière diffuse, sans défense ni contracture.

Pli cutané +

Examen neurologique : patiente obnubilée, désorientée, perplexe et anxieuse.

Question n°2 :

Quels éléments supplémentaires à l'examen clinique vous paraissent indispensables à recueillir ?

Question n°3 :

Le reste de votre examen clinique est normal. Citez les examens complémentaires qui vous semblent indispensables. Justifiez.

Question n°4 :

La natrémie est à 120 mmol/l. Parmi les examens obtenus, vous notez :

Kaliémie 4.5 mmol/l

HCO₃⁻ 23 mmol/l

Protidémie totale 54 g/l.

Glycémie 6.8 mmol/l.

Urée 4 mM/l

Créatinine 80 microM/l

Hémoglobine 120 g/l, VGM 88 µ³, GB 8.4 G/l, formule normale, plaquettes 256 G/l.

Quelles étiologies évoquez-vous et quel(s) traitement(s) prescrivez-vous pour cette hyponatrémie ?

Grâce à vos bons soins, la patiente a pu rentrer à domicile. Bravo !

Lors de son séjour à l'hôpital, vous avez interrogé la famille. Comme le disait le médecin traitant, la patiente a presque toute sa tête. Cependant, elle est maintenant aidée, depuis deux ans, pour des difficultés pour les choses de la vie quotidienne. Elle faisait seule les courses, la cuisine, et tenait les comptes, mais depuis qu'elle a fait de nombreuses erreurs, c'est un fils qui prend en charge la gestion financière. Récemment, elle s'est égarée en allant faire les courses, et sort maintenant accompagnée d'une voisine. Elle a même disposé de son chéquier pour faire des achats inconsidérés. Vous évoquez un syndrome démentiel de type maladie d'Alzheimer.

Question n°5 :

Quels sont les critères d'un syndrome démentiel selon le DSM IV ?

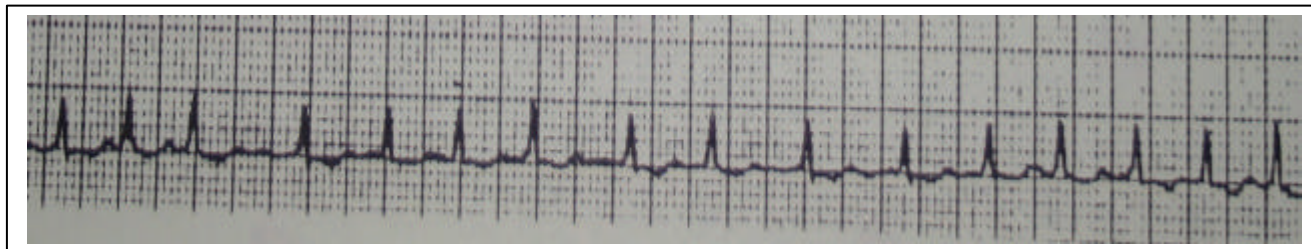
Question n°6 :

Quels signes recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique en faveur d'une autre étiologie de démence que la maladie d'Alzheimer (démence d'origine vasculaire ou démence à corps de Léwy) ?

Question n°7 :

Après votre démarche diagnostique, votre diagnostic de maladie d'Alzheimer est considéré comme probable. Le MMS est à 20. Quelle(s) mesure(s) prenez-vous ? Quelle classe médicamenteuse choisissez-vous, et quel(s) en sont les effet(s) secondaire(s) ?

Vous revoyez la patiente en consultation à la demande urgente de son époux un an plus tard. La patiente est essoufflée d'après son mari. Vous notez à l'examen clinique un pouls rapide à 110/minute. La pression artérielle est à 145/85 mmHg. Le reste de l'examen est normal. Vous réalisez l'ECG suivant :



Question n°8 :

Quelles anomalies notez-vous sur l'ECG ? Quels examens demandez-vous ? Justifiez.

Question n°9 :

Deux ans après, la patiente vient en consultation accompagnée de son mari. Celui-ci, qui refusait jusqu'alors toute aide à domicile, vous demande de l'aider car il n'en peut plus. Que lui proposez-vous ?

MODULE 5 : VIEILLISSEMENT

Dossier Clinique n°1

Madame Marguerite BOT..., 80 ans, ancienne surveillante à l'AP - HP est adressée au SAU par les pompiers, pour chute secondaire à un malaise. La chute est survenue vers 15 heures et la patiente a été trouvée par sa fille, avec qui elle vit, rentrant du travail, vers 19 heures.

Antécédents :

Son seul antécédent important est une HTA «autour de 18 », traitée depuis 5 ans par 1 comprimé chaque matin de CO-RENITEC® (diurétique thiazidique + inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine). La dernière fois qu'elle a vu son généraliste, il y a 3 mois, il lui avait renouvelé son ordonnance pour 4 mois, après avoir vérifié que «ses examens étaient bons » (sur le carnet de santé il est inscrit : « bilan ionique OK → Traitement id. Poids 60 »)

A part cela, elle a d'assez grosses varices des M.I, non compliquées («j'ai travaillé debout toute ma vie») et elle a une «tendance à la constipation» pour laquelle elle prend de temps en temps des pruneaux.

Histoire récente :

Elle raconte s'être endormie dans son fauteuil, après déjeuner, vaincue par la tentative de lecture conseillée par sa fille, du dernier ouvrage de BHL. En se réveillant vers 15 heures elle s'est levée pour allumer sa télévision. C'est alors que le malaise s'est produit : «ma tête a tourné, une sorte de brouillard et je suis tombée. Je n'ai pas perdu connaissance mais je n'ai pas pu me relever. C'est ma fille qui m'a trouvée par terre et qui a appelé les Pompiers. Mais docteur depuis quelques temps j'étais fatiguée »

Examen clinique :

Il retrouve un hématome très peu important de la région trochantérienne droite. La mobilisation de la hanche est un peu douloureuse. On ne note pas de rotation externe, de raccourcissement du MI droit. Elle peut se tenir debout et arrive à marcher avec aide (elle a peur de retomber...)

Avant cela on lui a trouvé une TA à 140/80 mmHg, aux 2 bras, en position couchée et à 130/80 mmHg en position debout à 1 et 3 minutes, sans malaise.

A part les varices, le reste de l'examen est normal.

L'ECG est normal.

Question n°1 :

Demandez-vous une radiographie de la hanche droite ? Justifiez la réponse (Tout en sachant que si vous la faites, elle montrera l'intégrité osseuse)

Question n°2 :

Quel est le mécanisme probable du malaise ? Argumentez votre réponse.

Question n°3 :

Une « petite biologie » a été faite aux urgences. Les résultats en sont les suivants :

- Urée : 6 mM/l
- Créatinine : 80 μ M/l
- Sodium : 142 mEq/l, Potassium : 3.2 mEq/l
- Glucose : 5.5 mM/l
- Protides totaux : 71 g/l
- Hémoglobine : 9,5 g/100 ml, VGM : 101 μ^3
- Plaquettes : 90 000
- GB : 4150 (PN 1200, PE 100, PB 50, L 1300, M 1500)
- Réticulocytes 10 000

Quels renseignements retirez-vous de cette biologie hors NFS ?

Question n 4 :

La surprise vient de la NFS. Quelle analyse en faites-vous, quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous, que proposez-vous à partir de là ?

Question n°5 :

Les chiffres de pression artérielle d'il y a 5 ans justifiaient-ils un traitement médicamenteux ?

Question n° 6 :

Elle est gardée aux lits - porte. Le lendemain matin elle se plaint de douleur hypogastrique et l'examen retrouve un globe urinaire. A priori pourquoi ?

MODULE 5 : VIEILLISSEMENT

Dossier Clinique n°2

Monsieur Alfred Vin... 85ans , ex ingénieur chimiste est adressé au SAU par son médecin traitant (MT) pour des difficultés respiratoires inhabituelles chez lui depuis 48 heures. La gêne étant croissante, le MT préfère l'adresser au SAU.

Dans son courrier, il précise qu'il s'agit d'un patient ayant depuis environ 10 ans un diabète de type II (surcharge pondérale) qui n'a jamais posé beaucoup de problèmes, et ne présente pas de complications sur le dernier bilan datant de 8 mois (dernière HbA1c à 7%). Il est aussi hypertendu (HTA découverte en même temps). Il n'y a aucun autre antécédent marquant chez ce patient tout à fait autonome, vivant seul, surveillant lui-même son diabète et « très bien pour son âge ». Il est traité par GLUCOPHAGE® 850 2 cp/j (biguanide), DAONIL® 5 1 cp/j (sulfamide hypoglycémiant), RENITEC® 5 1 cp/j (inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine), LIPANTHYL® 160 mg LP 1cp/j (fibrate hypolipémiant) et du DOLIPRANE® 500 2 cp en cas de douleurs jusqu'à 6cp/j au maximum.

L'épisode récent a débuté il y a 2 jours par un essoufflement accompagné rapidement d'une toux productive avec expectorations jaunâtres. Le patient s'est senti un peu chaud. Il n'a pas pu aller faire ses courses. Depuis, les choses se sont dégradées assez rapidement d'où l'appel du MT, d'autant que la nuit dernière a été très pénible avec une sensation d'étouffement.

A l'examen au SAU, le patient a 38,5 °C avec une pression artérielle à 105/50, un pouls à 110/min régulier. Il ne peut rester allongé et est très polypnéique. La saturation est à 88%. L'auscultation pulmonaire révèle des crépitations jusqu'à mi-champ pulmonaire de manière bilatérale ainsi que des ronchi diffus. Lors de la palpation abdominale, vous déclenchez une douleur dans l'hypochondre droit. Il y a aussi des « chevilles enflées » que le patient n'avait pas auparavant. Le reste de l'examen est sans particularité.

Question 1 :

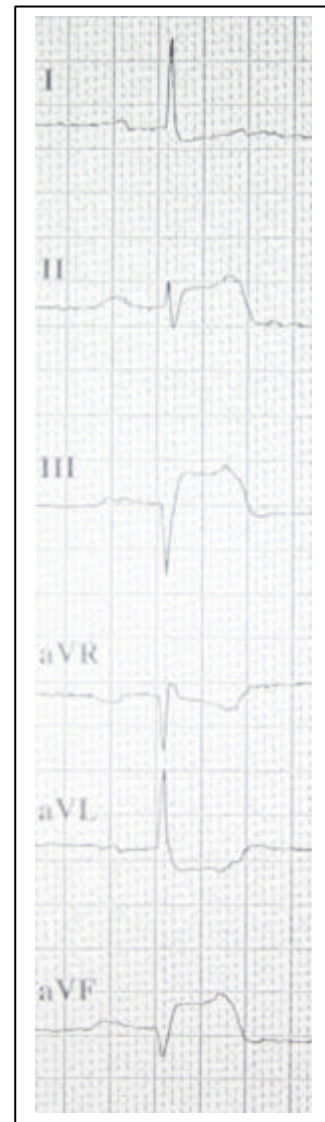
Quelles sont les pathologies que vous identifiez dans l'épisode récent ? Quelle(s) hypothèse(s) faites-vous quant à l'enchaînement de ces pathologies en terme de raisonnement 1+2+3 ?

Question 2 :

Une partie du bilan biologique que vous avez demandé revient et montre :

NFS : Hb 13,5 g/dl VGM 85 μ^3
GB 14000 (PNN 87%, PNE 0%, PNB 2%, L 10%, M 1%)
Plaquettes 400 000
Glycémie : 11,5 mMol/l
Na 142 mMol/l, K 3,8 mMol/l
Créatinine : 70 μ Mol/l, Urée : 6 mMol/l
Troponine : 2

L'ECG est le suivant :



Comment analysez vous ces résultats ?

Confirment-ils vos hypothèses ?

Permettent-ils d'en faire de nouvelles et si oui lesquelles ?

Question 3 :

Y a-t-il des modifications qui vous paraissent indispensable à faire dans les traitements que recevait ce patient jusqu'à présent ? Justifiez votre réponse pour chaque médicament.

Question 4 :

Grâce à vos bons soins, le patient s'est franchement amélioré et il est revenu à son niveau d'autonomie antérieur ? Se pose la question de l'avenir à sa sortie de court séjour. Que peut-on lui proposer sachant qu'il souhaite vivement rentrer à domicile ? Que souhaiteriez avoir comme renseignements supplémentaires ?

CORRIGES

Dossier Transversal

Solution Q1

Patiente de 86 ans

Autonome

Hypertendue

Objectif tensionnel dépassé (risque de chute sur hypotension orthostatique)

Traitée par IEC et Ica2+

Dépression traitée par IRS

Présentant un syndrome confusionnel avec

Tableau aigu

Désorientation temporo-spatiale

Inversion du rythme nyctéméral

Solution Q 2

Examen des muqueuses pour l'état d'hydratation.

Recherche d'un globe urinaire.

Toucher rectal :

Fécalome

Hémorragie digestive

Recherche douleur localisée :

Contusion, fracture

Recherche zones de point d'appui pour un décubitus prolongé

Recherche d'escarres témoignant d'un EG plus précaire qu'annoncé.

1. Pathologie iatrogène
 - Hyponatrémie aux IRS car introduction récente
 - Insuffisance rénale car IEC et automédication pour arthrose
2. Complication d'une chute
 - Par HO(hypotension orthostatique)
 - Hématome sous-dural
 - Fracture
3. Accident vasculaire cérébral
 - Car HTA
4. Fécalome,
5. rétention aiguë d'urines

Solution Q 3

Glycémie capillaire

Ionogramme

Na + pour IRS

K + pour IEC

Urée, créatinine pour IEC

Calcium, albuminémie

NFS, plaquettes

ECG :

Fibrillation atriale,
insuffisance coronaire,
signes d'hyperK.

Bilan hépatique car ttt d'introduction récente

Troponine

CRP

TDM cérébral sans injection

Solution Q 4

Secteur extra-cellulaire normal.

Hyperhydratation intra-cellulaire.

SIADH

Hématome intra-crânien ?

Surtout IRS

Hospitalisation

Restriction hydrique < 750 cc par jour.

Arrêt des IRS

Solution Q 5

Altération de la mémoire.

Une ou plusieurs atteintes cognitives parmi :

Aphasie

Apraxie

Agnosie

Syndrome dyséxecutif

Retentissement sur l'autonomie

Début progressif et déclin continu

A l'exclusion d'une autre étiologie

D'un syndrome confusionnel

D'une pathologie psychiatrique (dépression, schizophrénie)

Solution Q 6

Démence vasculaire déclin par à coups

Signes de localisation neurologique

Souffle carotidien

ECG insuffisance coronaire, fibrillation atriale

DCL Syndrome parkinsonien

Hallucinations

Dysautonomie (HO, syncopes)

Solution Q 7

Affection de Longue Durée.

Sauvegarde de justice en attendant discussion pour mise sous curatelle simple.

Inhibiteur de l'acétyl choline estérase.

Anorexie

Nausées, vomissements

Diarrhée

Trouble de la conduction cardiaque.

Solution Q 8

Fibrillation atriale.

NFS, plaquettes anémie
 Polynucléose neutrophile
 éosinopénie

Kaliémie

TSH

Gazométrie hypoxie
 Effet shunt

Troponine

CRP

Solution Q 10

Allocation personnalisée à l'autonomie pour le financement

Aide ménagère

pour accompagner le patient dehors

pour courses, ménage, préparation des repas

Auxiliaire de vie

Idem

toilette, change, protections.

Portage des repas à domicile

Aménagement du domicile pour renforcer la sécurité et prévenir les chutes

Téléalarme

Centre de jour

CORRIGES

Dossier n° 1

Q 1 : Oui ! Le fait de se tenir debout et de marcher n'élimine pas une fracture du col et il y a eu un traumatisme direct trochantérien.

Q 2 : Hypotension orthostatique

- Fréquente à cet âge, chez l'hypertendu encore plus.
- Période post-prandiale.
- Varices.
- Traitement hypotenseur (même si celui choisi n'est pas le plus souvent en cause dans l'hypotension orthostatique)
- Malaise au lever après repos prolongé.
- Le fait qu'on en constate pas au SAU n'élimine en rien le diagnostic.

Q 3 : Hypokaliémie favorisée par la composante Thiazidique du médicament.

Clairance de la créatinine calculée suivant la formule (simplifiée) de Cockroft :

$$\frac{(140-80) \times 60}{80} \times 1 = 45 \text{ ml/min}$$

donc un peu basse pour l'âge.

Q 4 : Pancytopenie, macrocytose, monocytose (l'anémie est peut-être un peu majorée par l'hématome mais il est petit) et elle est arégénérative.

La monocytose vraie dans ce tableau oriente vers une myélodysplasie (découverte par hasard, mais l'anémie a pu jouer un rôle aggravant dans la genèse de l'hypotension orthostatique), de type leucémie myélomonocytaire chronique plutôt que vers une anémie de Biermer. Un dosage de B12, de folates seront probablement normaux et le myélogramme sera systématiquement demandé.

La bonne tolérance de cette anémie ne nécessite pas qu'elle soit transfusée.

Q 5 : Oui

Les chiffres OMS de définition de l'HTA à risque modéré mais certains s'appliquent à cet âge et il n'y avait pas de contre indication à la traiter (et la traiter de cette manière) si 3 prises ont confirmé les chiffres.

Q 6 : Alitement + hypokaliémie + terrain de constipation ont favorisé la rétention avec probable fécalome.

CORRIGES

Dossier n° 2

Q1 :

pathologie infectieuse probablement d'origine bronchique ou pulmonaire associée à une décompensation cardiaque globale (signes d'OAP et d'IVD).

- 1) âge de 87 ans diminuant la capacité d'adaptation myocardique
- 2) cardiopathie hypertensive (HTA connue) voire ischémique potentiellement (association de facteur de risque –diabète et HTA)
- 3) infection avec passage en insuffisance cardiaque globale et risque de décompensation du diabète

Q2 :

hyperleucocytose à PNN avec disparition des PNE en faveur d'une infection bactérienne ; hyperglycémie en rapport avec la situation de « stress » due à l'infection et à l'insuffisance cardiaque ; pas de déshydratation ; infarctus du myocarde (préciser avec le tracé !)

Q3 :

Glucophage 850 2 cp/j (biguanide) : arrêt immédiat car risque d'acidose lactique

Daonil 5 1 cp/j (sulfamide hypoglycémiant) : arrêt car inadapté dans l'immédiat avec passage à l'insuline

Renitec 5 1 cp/j (inhibiteur de l'ECA) : arrêt car TA trop basses ; à reprendre dès stabilisation de la situation

Lipanthyl 160 mg LP 1cp/j et Doliprane 500 2 cp : pas de nécessité absolue de changement mais revoir l'indication pour l'instant

Q4 :

Retour à domicile avec des aides : aide ménagère, auxiliaire de vie, voire kinésithérapeute pour favoriser la reprise d'une mobilité normale comme auparavant. IDE si reste sous insuline et s'il ne fait pas seul ses injections (ce qui paraît peu en accord avec le profil du patient).

Entourage (familial ou non) ; habite en appartement ? avec ou sans ascenseur ? commerçants à proximité ou pas ?
