

Énoncé

Mme P., 86 ans, vous est adressée aux urgences par son médecin traitant pour chute. Elle a été retrouvée au sol par son aide-ménagère à 8 heures le matin. Dans ses antécédents on note une hypertension artérielle, une FA, une cataracte bilatérale non opérée et de la gonarthrose bilatérale invalidante. Son traitement comprend du previscan, du tahor, de l'amlodipine, du perindopril et du lorazépam le soir. Son aide vous la décrit comme une personne autonome, veuve, ancienne libraire. Elle vous rapporte un épisode grippal il y a une semaine avec depuis 2 jours des crachats verts, une difficulté à respirer et une grande fatigue et des propos un peu bizarres. Elle a quitté Mme P. la veille à 20 heures et l'a retrouvée ce matin au sol avec une table renversée.

Les constantes à l'arrivée sont saturation à 90 % sous 5 litres par minute d'oxygène, fréquence respiratoire à 35/min, T° à 39 °C, tension artérielle à 95/65.

L'examen clinique retrouve une patiente agitée avec des propos incohérents, une désorientation spatio-temporelle, une somnolence, pas de signe de localisation, des points de compression au niveau de tout l'hémicorps droit, pas d'argument pour une fracture, une masse sus-pubienne, pas de signe de choc et un foyer de crépitations à droite.

1 Quel est votre diagnostic sur l'atteinte neurologique ?

- a. Confusion
- b. Démence
- c. Delirium
- d. Bouffée délirante aiguë
- e. Méningite

2 Quels sont les facteurs favorisants présents chez cette patiente ?

- a. Prise de benzodiazépines
- b. Facteur infectieux intercurrent
- c. Démence
- d. Veuvage
- e. FA

3 Quels sont les éléments qui sont dans la définition de la confusion selon le DSM- IV

- a. Début brutal
- b. Début lent et progressif
- c. Facteur favorisant retrouvé
- d. Pas de facteur favorisant
- e. Présence d'un trouble de la conscience


Le bilan biologique réalisé retrouve un syndrome inflammatoire avec CRP à 250, hyperleucocytose à 15 000 g/l dont 80 % de PNN et une insuffisance rénale avec créatinine à 250 $\mu\text{mol/l}$, urée à 60 $\mu\text{mol/l}$, Natrémie 130 mmol/l Kaliémie à 5 mmol/l, CPK à 10 000 UI/l et protidémie à 75 g/l, INR 2,2.

4 Quelles sont les étiologies possibles de cette insuffisance rénale ?

- a. La prise de statines
- b. La rhabdomyolyse
- c. La déshydratation
- d. Rétention aiguë d'urine
- e. La prise d'Inhibiteurs de l'enzyme de conversion

5 Une radiographie pulmonaire est réalisée, décrivez-la.



 Voir photo dossier 1, p. XXVII

- a. Radio de mauvaise qualité
- b. Opacité systématisée droite avec bronchogramme aérien
- c. Opacité systématisée gauche avec bronchogramme aérien
- d. Lobe inférieur droit
- e. Lobe moyen gauche

6 Quels traitements allez-vous mettre en place ?

- a. Restriction hydrique
- b. Remplis sage par sérum physiologique
- c. Loxapine 100 mg en Intra-musculaire
- d. Amoxicilline acide clavulanique 1 g x3/jour
- e. Pose de sonde urinaire

7 Quels sont les facteurs de gravité de la pneumopathie présents chez cette patiente ?

- a. L'âge
- b. La fréquence respiratoire
- c. L'urée
- d. La confusion
- e. La tension artérielle

8 La patiente évolue favorablement, un contrôle biologique retrouve à J2 d'hospitalisation un IRN à 10 sans hémorragie que faites-vous ?

- a. Arrêt des AVK
- b. Arrêt des AVK et relais par héparine
- c. Saut d'une prise et contrôle biologique dans 24 heures
- d. Vitamine K 1 mg per os
- e. Vitamine K 5 mg per os

9 Quels sont les facteurs de risque de chute chez cette patiente ?

- a. L'âge
- b. La cataracte non opérée
- c. L'arthrose
- d. Les médicaments
- e. La rétention d'urine

10 Quelle est la définition de l'hypotension orthostatique ?

- a. Pas d'accélération du rythme cardiaque debout
- b. Baisse de la systolique de 15 mmHg et de la diastolique de 10m mHg entre la position couché et debout
- c. Baisse de la systolique de 15 mmHg et/ou de la diastolique de 10m mHg entre la position couché et debout
- d. Baisse de la systolique de 20 mmHg et de la diastolique de 10m mHg entre la position couché et debout
- e. Baisse de la systolique de 20 mmHg et/ou de la diastolique de 10m mHg entre la position couché et debout

11 La recherche est positive, la patiente présente des tensions à 12/9 sous son traitement habituel quelle est votre prise en charge ?

- a. Maintien du traitement antihypertenseur
- b. Bas de contention
- c. Allègement du traitement antihypertenseur
- d. Abstention thérapeutique
- e. Vérifier le niveau d'hydratation de la patiente

Alors que l'état clinique de la patiente s'est amélioré, la rééducation est débutée mais la patiente présente une rétropulsion importante, une angoisse importante à la station debout et confinement dans son fauteuil.

12 Quel est votre diagnostic ?

- a. Dépression
- b. Anxiété
- c. Syndrome post-chute
- d. AVC
- e. Confusion

La patiente poursuit la kinésithérapie avec reprise de la marche mais il persiste toujours des douleurs importantes des genoux à la marche avec une autonomie réduite, elle vous rapporte alors des soucis pour faire ses courses et monter dans sa baignoire.

13 Quelles sont les aides dont elle va pouvoir bénéficier ?

- a. Kinésithérapie
- b. Portage des repas
- c. Auxiliaire de vie
- d. Téléalarme
- e. Adaptation du domicile

14 Quelle est l'aide financière dont la patiente va pouvoir bénéficier pour financer ces mesures ?

- a. APA
- b. AAH
- c. ADL
- d. IADL
- e. ALD

15 Avant son départ du service un MMSE est réalisé celui-ci est à 22/30, comment l'interprétez-vous ?

- a. Il s'agit d'une démence
- b. Il s'agit d'une confusion
- c. Normal pour l'âge
- d. Elle a la moyenne, il n'y a pas de trouble cognitif
- e. Aucun diagnostic ne peut être retenu, une évaluation cognitive devra être faite à distance

■ **Question n° 1 (5 points)**

Exacte : A

■ **Question n° 2 (5 points)**

Exactes : A-B

Inadmissible : C

■ **Question n° 3 (10 points)**

Exactes : A-C-E

Commentaires La confusion mentale est un sujet majeur à maîtriser, l'installation rapide et la fluctuation au cours de la journée sont les arguments principaux en défaveur d'une démence. Ici le tableau est typique avec troubles de la vigilance, début brutal, troubles cognitifs (désorientation) et facteur déclenchant identifié (pneumopathie). Le caractère réversible confirmera le diagnostic.

Néanmoins l'association avec une démence est fréquente, il convient donc de bien différencier les deux d'une part sur la cinétique (installation rapide versus début progressif), d'autre part sur les troubles de vigilance qui ne sont pas associés à une démence et enfin sur le caractère réversible en lien avec des facteurs déclenchants à identifier.

Enfin ici, le globe vésical décrit dans l'examen clinique est un facteur de confusion classique de même que le fécalome.

■ **Question n° 4 (10 points)**

Exactes : B-C-D-E

Indispensable : D

Commentaires La patiente présente ici clairement des facteurs de déshydratation liée à la station au sol prolongé et à la fièvre, l'examen clinique retrouve un globe vésical et des points de compression. La biologie est en faveur d'une atteinte fonctionnelle avec une urée très augmentée même avec l'intensité de la rhabdomyolyse. Les statines bien que pourvoyeur de rhabdomyolyse ne peuvent pas être impliqués ici chez une personne les prenant au long cours avec une étiologie à la rhabdomyolyse évidente.

Attention ne pas sonder une rétention aiguë d'urine est une faute !

■ **Question n° 5 (6 points)**

Exactes : B-D

Commentaires La radio est de bonne qualité tout le parenchyme est visualisé, elle est bien centrée et bien pénétrée, les culs de sacs sont libres.

Pour mémoire il n'y a que deux lobes à gauche.

■ **Question n° 6 (10 points)**

Indispensable : B-D-E

Inadmissibles : A-C

Commentaires La patiente présente un sepsis sévère à point de départ une pneumopathie (hypotension chez une hypertendue connue, insuffisance rénale aiguë, détresse respiratoire aiguë). Ce sepsis est compliqué de confusion et de rhabdomyolyse avec insuffisance rénale aiguë.

Il y a donc nécessité d'effectuer un remplissage à visée hémodynamique et de protection rénale, le sondage urinaire est indispensable devant un globe vésical, l'hyponatrémie est secondaire

aux pertes cutanées sur la fièvre non compensées avec un secteur extra-cellulaire diminué (hypotension et hyperprotidémie).

L'agitation de la confusion ne doit pas être traitée par du loxapac mais par des mesures non médicamenteuses (réassurance, pas de contention) et surtout pas administré en IM chez une patiente sous AVK.

L'Augmentin est le traitement de première intention chez le sujet de plus de 65 ans.

■ **Question n° 7 (5 points)**

Exactes : A-B-C-D

Commentaires Il s'agit des critères CURB-65 (confusion, urée > 7 mmol/l, FR > 30/min, TA < 90/60, âge > 65 ans).

■ **Question n° 8 (5 points)**

Indispensables : A-E

Inadmissibles : B-C-D

Commentaires Recommandation de bonne pratique sur un surdosage asymptomatique avec INR supérieur ou égal à 10 à connaître par cœur.

■ **Question n° 9 (10 points)**

Exactes : B-C-D

Commentaires L'âge n'est pas un facteur de chute il est confondant avec les comorbidités et la sarcopénie qui sont des facteurs de risque.

La rétention d'urines n'est pas non plus un facteur de risque mais il est un facteur de risque de confusion qui est un facteur de risque de chute. L'arthrose et toute pathologie handicapant la marche sont évidemment des facteurs de risque de même que les troubles visuels et les troubles sensitifs.

Enfin les médicaments sont d'importants pourvoyeurs de chute surtout les antihypertenseurs et les traitements neurotropes.

■ **Question n° 10 (5 points)**

Indispensable : E

Commentaires Question de cours, l'absence d'accélération ne fait pas partie de la définition, au cours d'une hypotension orthostatique elle peut être secondaire à la prise de bradycardisant mais aussi à la présence d'une dysautonomie dans le cadre d'un diabète ou d'une pathologie neurologique.

■ **Question n° 11 (10 points)**

Exactes : B-C-E

Commentaires La première cause d'hypotension à rechercher est une déshydratation surtout chez cette patiente qui en a présentée une initialement, ensuite la balance bénéfice risque entre une tension plus élevée et une chute est en faveur de la prévention des chutes à cet âge (risque de fracture +++), enfin les bas de contention en favorisant le retour veineux en position debout sont le traitement de référence, malgré l'absence de preuve de bon niveau scientifique.

■ **Question 12 (5 points)**

Exacte : C

Commentaires Problématique fréquente après une chute du sujet âgé avec description clinique typique.

■ **Question 13 (5 points)**

Exactes : B-C-D-E

Commentaires Les aides peuvent être techniques ou humaines et dépendent de plusieurs organismes (APA par le conseil général, téléalarme et portage de repas par la mairie).

La prescription de kinésithérapie n'est pas une aide mais bien une prescription qui n'a pas pour but de pallier une perte d'autonomie mais de traiter ou corriger la cause de la perte d'autonomie.

■ **Question 14 (5 points)**

Exacte : A (aide pour l'autonomie)

Commentaires Et non pas aide à la personne âgée, destinée au plus de 60 ans avec un besoin d'aide pour accomplir les tâches de la vie quotidienne, classifié selon les GIR (groupe iso-ressources).

■ **Question 15 (5 points)**

Indispensable : E

Commentaires Le diagnostic de démence nécessite du recul pour évaluer l'atteinte progressive et irréversible, le MMSE est un outil de dépistage et de suivi mais pas de diagnostic, enfin toute évaluation cognitive doit être réalisée à distance d'un épisode aigu pour éliminer un facteur confondant.

Nb : la confusion est un diagnostic clinique et le MMSE n'est pas un outil pour diagnostiquer une confusion.

Nb2 les seuils de MMSE sont discutés mais un score inférieur à 26 est pathologique.

Sujet classique traitant des grandes thématiques de gériatrie les chutes et la confusion avec des pathologies intercurrentes souvent au second plan.

ITEMS TRAITÉS

- N° 106 Confusion, démences
- N° 129 Troubles cognitifs du sujet âgé
- N° 130 Autonomie et dépendance chez le sujet âgé
- N° 128 Troubles de la marche et de l'équilibre
- N° 107 Troubles de la marche et de l'équilibre
- N° 248 Dénutrition chez l'adulte et l'enfant
- N° 151 Infections broncho pulmonaires communautaires de l'adulte et de l'enfant

RECOMMANDATIONS ET CONFÉRENCE DE CONSENSUS

HAS-Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation

Collège de gériatrie

ECN-pilly

HAS-Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier.

ANTÉRIORITÉ

Confusion 2013 cas n° 8, 2008 cas n° 9

AVK 2011 cas n° 6, 2013 cas n° 4, 2009 cas n° 3

Chute 2013 cas n° 2, 2008 cas n° 1, 2007 cas n° 3

Dossier 2

Un sifflement rapide

Énoncé


Mme P. 92 ans consulte son médecin généraliste pour renouvellement d'ordonnance dans le cadre d'un diabète de type 2 sous metformine. Elle présente par ailleurs une HTA sous amlor et triatec, et un antécédent de phlébite pour lequel elle porte des bas de contention.

Lors de son examen le médecin généraliste la trouve plus essoufflée que d'habitude avec des sibilants bilatéraux jusqu'à mi-champ à l'auscultation et une tachycardie à 170/min.

Il vous l'adresse aux urgences pour prise en charge.



1 Une radiographie est réalisée, décrivez-la ?

 Voir photo dossier 2-1, p. XVIII

- a. Il existe une cardiomégalie
- b. Il existe un foyer pulmonaire
- c. Il existe un syndrome interstitiel
- d. Il existe une atélectasie
- e. Il existe un épanchement pleural

2 Quel est le diagnostic ?

- a. Pneumopathie
- b. Œdème aigu du poumon
- c. Pleurésie
- d. Embolie pulmonaire
- e. Asthme aigu

L'examen à l'arrivée aux urgences retrouve une saturation à 94 % sous 9 l/min, une tachycardie à 165/min, une tension à 10/4, une glycémie à 20 mmol/l, une patiente est consciente, vigilante, assise au bord du lit, il n'existe pas d'œdème des membres inférieurs.

3 Quels sont les signes de gravité ?

- a. La saturation
- b. La tachycardie
- c. La tension
- d. La glycémie
- e. L'absence d'œdème des membres inférieurs