

ENSEIGNEMENT COORDONNE DES CAPACITES DE GERONTOLOGIE FRANCILIENNES

PSY ET DEMENCES

Conduite à tenir devant une agitation chez un malade ayant un déclin cognitif.
Critères diagnostiques d'une dépression grave.

GERONTOLOGIE ET SOCIETE

QUESTION REDACTIONNELLE

Décrire les modalités de fonctionnement respectives et les différences des hôpitaux de jour et des centres d'accueil de jour dans la prise en charge des malades âgés atteints de déclin cognitif.

CAS CLINIQUE

Mme Rose R, âgée de 81 ans, est hospitalisée dans votre unité de soins de suite et de réadaptation depuis 15 jours. Elle y a été admise à partir d'un service d'accueil d'Urgence pour une chute mécanique dans la rue. Elle faisait ses courses et a buté sur un trottoir. Comme elle semblait perdue à la suite de cette chute, les pompiers l'ont amenée aux Urgences. Elle a été admise pour surveillance au service Porte. La nuit s'est mal passée avec une agitation importante et une nouvelle chute par dessus les barrières de son lit.

Dans l'Unité de SSR la patiente n'a pas posé de problème particulier. Le bilan diagnostique montre une maladie d'Alzheimer débutante (MMS 21/30, perte au calcul, au rappel différé et au dessin de la figure géométrique). Il n'y a pas de troubles de la vigilance ni de fluctuation de ces troubles. Elle oublie régulièrement les consignes et demande l'heure très souvent à l'équipe. Elle n'a pas de troubles du comportement ni du sommeil. Elle ne prend aucun traitement. La patiente s'habille seule. Il faut la stimuler pour qu'elle fasse sa toilette. Mais elle accepte sans problème que l'on l'y encourage. Elle est d'ailleurs très accueillante lorsque l'équipe soignante vient la voir. Elle est continente et se déplace sans aide de marche

Il s'agit d'une ancienne institutrice célibataire sans enfant. On apprend de sa voisine qu'elle a des difficultés de mémoire depuis plusieurs mois et qu'elle se débrouillait seule à son domicile, sans aide. Sa seule famille consiste en des neveux qui vivent à 300 km de son domicile (elle même habite une petite ville de banlieue parisienne dans un pavillon dont elle est propriétaire). Ses revenus sont d'environ 2400 Euro par mois.

Quelles sont vos propositions pour la suite de la prise en charge sociale ?

Thérapeutique

Vous êtes amené à voir le 7 octobre 2009 en Hospitalisation de jour d'évaluation Madame B. âgée de 83 ans, lucide.

Cette patiente est divorcée et elle a une fille unique. Elle vit seule et habite à Paris dans le 13^e arrondissement. C'est une ancienne secrétaire.

Elle vous est adressée par son médecin qui la suit depuis 20 ans pour un avis gériatrique :

« besoin d'un regard neuf, car nettement moins bien ces derniers temps avec chutes récentes, l'aggravation est trop rapide pour être attribuée à l'avance en âge ».

Dans les antécédents on note :

- une hypertension artérielle depuis 30 ans,
- une coronaropathie avec deux angioplasties et un stent en 2005
- une artériopathie des membres inférieurs, diagnostiquée en 2008 et non opérée,
- une hernie hiatale avec une gastrite érosive en 1998
- une maladie de Horton depuis 10 ans
- une dépression très ancienne rattachée à la séparation avec son mari en 1968
- une hypothyroïdie en 1982

- une discopathie avec névralgie cervico-brachiale
- une gonarthrose bilatérale avec poussées inflammatoires
- un zona ophtalmique en 1987
- une incontinence urinaire d'effort (protection)
- la notion d'un AIT en septembre 2009.

Son traitement :

HYZAAR (Losartan 50 mg ; hydrochlorothiazide 12,5 mg, 1 par jour

TENORMINE 50 mg (atenolol), 1 par jour

KARDEGIC (acétylsalicylate de lysine)160 mg, 1 par jour

TAHOR (atorvastatine) 20 mg, 1 par jour

CORTANCYL (prednisone) 8 mg, 1 par jour

MOPRAL (oméprazole) 40 mg, 1 par jour

LEVOTHYROX (Lévothyroxine sodique) 75 µg, 1 par jour

CALPEROS D3 (calcium 500 mg, colécalciférol 400 unités), 2 par jour en alternance avec le

DIDRONEL (étidronate disodique) 1 par jour

FLUOXETINE 1 par jour

1^{ère} question :

Quelles sont les questions prioritaires à poser à cette patiente sur son évolution récente?

2^{ème} question :

Faites un tableau confrontant les pathologies et les traitements de cette patiente et identifiez d'éventuelles prescriptions inappropriées (underuse, misuse, overuse) en les définissant et en justifiant votre réponse.

3^{ème} question :

Comment abordez-vous l'observance des traitements médicamenteux chez cette patiente polymédiquée, sur un plan clinique et biologique?

4^{ème} question :

Précisez pour chaque médicament les critères de suivi d'efficacité et de tolérance.

5^{ème} question :

Quels sont les signes d'alerte et les situations à risque qui peuvent déstabiliser le traitement de cette patiente sur lesquels vous feriez porter l'éducation thérapeutique de Mme B. ?

Pathologie

Citez les 5 marqueurs de fragilité de Fried

Cas clinique

Un homme de 79 ans est admis en unité de court séjour d'un service de gériatrie pour confusion mentale. Depuis environ une semaine, sont apparus une asthénie, une désorientation temporo-spatiale, une anorexie. Il n'y a pas eu de fièvre, de toux, de douleurs de troubles digestifs ou urinaires. Ses antécédents comportent une bronchite chronique simple d'origine tabagique depuis plusieurs années, un zona thoracique l'année précédente n'ayant pas laissé de séquelles, et une gonarthrose bilatérale gênant la marche et les déplacements. Son traitement habituel n'a pas été modifié aux cours des 2 derniers mois. L'entretien avec sa fille apprend que 2 semaines auparavant le patient était bien cohérent et bien orienté, parfaitement autonome et sa santé ne posait aucun problème.

L'examen d'entrée montre une température à 37°1, une pression artérielle à 120/70 mmHg, une fréquence cardiaque à 90/mn, et un ralentissement psychomoteur. Il existe une désorientation temporo-spatiale et des troubles attentionnels. Il n'y a pas de déficit moteur ou

sensitif, nit de troubles du tonus ou d'anomalies des paires crâniennes. La muqueuse buccale est sèche. Le reste de l'examen est sans particularité. Le toucher rectal est normal. L'ECG est normal, hormis une tachycardie sinusale. L'examen échographique de la vessie par Bladder-scan ne montre pas de résidu pos-mictionnel. Le bilan biologique est le suivant : Hb : 13,3 g/dL, leucocytes : 8200/mm³ dont 80% de neutrophiles, plaquettes : 180 000/mm³, Na : 138 mmol/L, K : 4,1 mmol/L, protides 78 g/L, créat 159 μmol/L, glycémie : 6,4 mmol/L, calcémie : 3,01 mmol/L, bilan hépatique normal, CRP 12, TP, TCA normal. Le score MNA est 17/30, et l'albumine plasmatique est à 31 g/L. Le score MMSE est à 12/30. La radiographie thoracique et le scanner cérébral sans injection sont normaux

Question 1 : Quelle est la cause la plus vraisemblable de la confusion mentale de ce patient ? Analyser l'ensemble du tableau clinique et biologique en fonction de cette étiologie.

Question 2 : Quelle est la gravité de ce tableau (justifier votre réponse).

Question 3 : Rédiger l'ordonnance (traitement et surveillance) pour les premières 24 heures.

Question 4 : Après 10 jours de traitement, l'état du patient s'améliore, la confusion régresse progressivement. Toutefois il reste ralenti et amaigri, avec un faible appétit. Le bilan biologique montre : Hb : 12,3 g/dL, Leucocytes : 8700/mm³ dont 83% de neutrophiles, Plaquettes : 210 000/mm³, Na : 140 mmol/L, K : 3,9 mmol/L, protides 71 g/L, créat 112 μmol/L, glycémie : 5,8 mmol/L, calcémie : 2,80 mmol/L, CRP 2, albumine 30 g/L. Les autres examens pratiqués montrent : électrophorèse des protides sanguins normale, PSA 2 ng/mL, pas de protéinurie, 25OHvitD normale, échographie abdominale normale, phosphorémie 0,70 mmol/L, PTH : 72 ng/L (nle 10-65 ng/L). Comment interprétez-vous ce tableau clinique et biologique ?

Question 5 : Quel traitement vous semble-t-il le plus approprié pour ce patient ? Quels examens faut-il réaliser pour savoir si ce type de traitement est possible ?