

Pathologie 1

Initiation d'un traitement anti-vitaminique K par WARFARINE chez une personne âgée de 80 ans et plus pour thrombo-phlébite d'un membre inférieur en relais d'un traitement curatif par HBPM (héparine de bas poids moléculaire) initié 3 jours plus tôt : posologie, surveillance et ajustement pendant les 5-8 premiers jours et conseils ultérieurs.

Un homme de 83 ans, diabétique et hypertendu connu, vit en EHPAD depuis le décès de sa femme il y a 2 ans.

Vous êtes depuis peu médecin coordonnateur de cet EHPAD et appelé car son médecin traitant ne peut pas venir avant le lendemain. L'infirmière le trouve très fatigué depuis des vomissements il y a 48 heures, mis sur le compte d'une « gastro-entérite » après appel téléphonique au médecin traitant. Ces vomissements ne se sont pas reproduits mais il n'a plus d'appétit depuis hier. De plus, l'infirmière le trouve aujourd'hui un peu dyspnéique. Il a demandé deux oreillers supplémentaires pour dormir. Ses pieds lui paraissent un peu gonflés. Ce matin, il a failli tomber à 2 reprises en se levant. Sa fréquence cardiaque est à 88 (habituellement 70) et sa tension artérielle couché est à 120-80 (habituellement 130-85). Elle lui a repris sa tension artérielle debout malgré son sentiment d'instabilité. Elle était à 95-70 avec un pouls à 108.

A l'examen, température 37°, tachycardie régulière avec un possible 3^e bruit, quelques râles crépitants bilatéraux et discrète matité de la base gauche. Pas de pli cutané, pas de pâleur conjonctivale. Hypochondre droit un peu sensible. Mollets souples, chevilles légèrement oedématisées. Réflexes ostéo-tendineux présents aux 4 membres. Pas de trouble trophique des pieds.

Le patient est parfaitement coopérant, il se dit fatigué et un peu inquiet de la dégradation récente de son état. Il préférerait être soigné sur place (et sa fille est du même avis que lui) car sa femme est morte à l'hôpital le plus proche, mais il fera ce que vous lui conseillerez.

L'examen du dossier montre :

- Poids habituel 85 kg pour 1,75 m.
- GIR 4 pour basse vision depuis plusieurs années (diagnostic : glaucome chronique).
- Pas de détérioration intellectuelle évidente. Était dépressif à l'entrée mais ne l'est plus. Sa fille vient le voir 2 fois par semaine.
- A besoin d'être un peu aidé du fait de ses problèmes visuels mais est schématiquement presque autonome pour les gestes de la vie courante.
- Son traitement est stable depuis plus d'un an :
 - . INSULINE LANTUS, 1 injection sous-cutanée de 20 unités le soir (dose réduite par le médecin traitant au téléphone depuis les vomissements). Les HGT au bout du doigt depuis 48 h sont entre 1,10 et 1,40 g.
 - . Collyre beta-bloquant.
 - . CO-APROVEL, 1 comprimé par jour (irbesatan 150 mg + hydrochlorothiazide 12,5 mg).
 - . TAHOR 10, 1 comprimé par jour.
 - . KARDEGIC 75, 1 sachet par jour.
 - . DEROXAT 20 mg, 1 comprimé par jour.
 - . STILNOX, ½ comprimé le soir.

Les dernières analyses biologiques datent d'il y a 2 mois et montrent une créatinine à 60 μmol , une natrémie à 139, une kaliémie à 3,9, un bilan lipidique normal.

1° Nommez le ou les syndrome(s) présent(s) chez ce patient depuis 48 h.

2° Quels diagnostics évoquez-vous pour relier ces syndromes entre eux ?

3° Essayez-vous de le soigner sur place (son médecin traitant et/ou son cardiologue peut passer demain matin) ou insistez-vous auprès de lui pour une hospitalisation ? Si oui, où l'envoyez-vous (dans un service de gériatrie avec lequel l'EHPAD est en convention ou aux urgences) ? Donnez le ou les motif(s) de votre décision, notamment sous forme de rapport bénéfique/risque.

4° Avez-vous des critiques sur la façon dont il a été pris en charge jusque là, notamment sur son traitement ? Si oui, lesquelles ?

MODULE DE GERONTOLOGIE SOCIALE

QUESTION REDACTIONNELLE

Définir les différentes espérances de vie utiles à la réflexion gériatrique. Indiquez comment elles ont évolué au cours des 50 dernières années et donner leurs valeurs actuelles en France ?

CAS CLINIQUE

Après une admission en urgence parce qu'il a été trouvé errant sur la voie publique, Monsieur STAYMAN a été hospitalisé au service porte d'un CHU puis en service d'ORL faute de place dans une autre unité. Au terme d'une hospitalisation de 10 jours, il a été transféré dans votre unité de soins de suite et de rééducation. Il s'agit d'un patient de 85 ans, physiquement valide mais atteint d'une maladie d'Alzheimer. Le MMS est à 20/30. Le bilan biologique montre une discrète dénutrition (Albumine plasmatique 31 gr/l). Le reste du bilan est normal. Le patient est continent le jour sans problème, mais il y a des accidents nocturnes (une fois le malade a uriné par terre, une autre fois il a souillé le lit). Il mange seul les plateaux repas qu'on lui apporte. Il se trompe souvent dans l'habillage et doit être supervisé dans la réalisation de la toilette. Il déambule dans le service sans chercher à s'enfuir. Il est disert, parle volontiers avec l'équipe qu'il accompagne souvent dans sa tournée de soins. Il va dans d'autres chambres que la sienne pour tenir des discussions mal structurées avec les autres malades. Il n'y a pas de troubles du comportement permanents. Un seul incident a émaillé l'hospitalisation : un conflit avec un soignant lorsqu'il a touché au flacon de transfusion de son voisin de chambre. Sa seule famille est une fille qui vit à 10 mn en transport en commun de son domicile. Elle travaille dans une société de voyage et est absente 50 % du temps car elle accompagne des groupes de médecins pour des congrès lointains et exotiques.

Le malade est un ancien professeur de mathématiques et dispose de revenus mensuels de 3500€. Il vit depuis 4 ans dans une résidence-foyer pour personnes âgées de bon standing. Dans cette résidence il anime le comité des résidents et le club de jeux de cartes. Sa fugue semble liée au fait que le directeur de la résidence lui a retiré la clé de la salle de jeux de cartes, lui disant, selon sa fille revenue de voyage, « qu'il n'était plus capable de s'en occuper et qu'il fallait qu'il aille se laver ».

Quelles sont vos propositions pour la poursuite de la prise en charge de ce malade ? Justifiez-les. Décrivez la mise en œuvre pratique des solutions possibles ainsi que leur financement.

Psy et démences

Les troubles psycho-comportementaux sont très fréquents tout au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer.

Enumérez les 12 troubles du comportement les plus fréquemment observés.

Quelle échelle de diagnostic et d'évaluation des fréquences et de gravité utiliserez-vous ?

Quels sont les traitements médicamenteux et non médicamenteux adaptés à chacun de ces troubles ?

THERAPEUTIQUE 1

Question 1

Définissez ce qu'est l'« underuse » dans le contexte de la thérapeutique en gériatrie et donnez trois exemples

Question 2

Définir une interaction pharmacocinétique et une interaction pharmacodynamique.

Quelles sont les principales interactions médicamenteuses avec un antivitamine K, en précisant si possible le mécanisme ?.

Question 3

Vous suivez Mr Z ; âgé de 83 ans, marié et lucide en consultation une fois par an.

Vous le voyez le 3 juin 2010.

Cet ancien commerçant est bon vivant ce qui explique son surpoids.

Il a plusieurs maladies :

- une insuffisance veineuse ancienne avec des oedèmes des membres inférieurs importants, il porte des bas de contention
- une hypertension artérielle ancienne traitée par Co-Rénitec 1cp/j (enalapril 20 mg et hydrochlorothiazide 12,5 mg) ;
- une maladie de Parkinson découverte en 2008 traitée par MODOPAR 3x 125 mg/j avec une bonne efficacité (autonome dans les activités de la vie quotidienne) ;
- une constipation, pour laquelle il prend quotidiennement un suppositoire de Eductyl et du Lansoyl.

Il vient de faire une deuxième poussée de chondrocalcinose du genou. Il a appelé SOS médecin qui lui a prescrit 10 jours de Profenid 2 cps à 100 mg/j.

On vient de lui découvrir une carence en Vitamine D. Il est vrai que depuis le début de sa maladie de Parkinson il a pris l'habitude de sortir de moins en moins (bien qu'il habite au rez de chaussée de son immeuble)

Il a toute confiance en vous car vous le suivez depuis 5 ans il vous demande votre avis sur ses traitements, les examens nécessaires pour le suivi et s'il peut reprendre le Profenid lors de la prochaine poussée.

Il part à la campagne en Auvergne en août avec sa femme et ses 4 petits-enfants.

Quelles sont vos principales préoccupations ?

Quels examens demandez vous ?

Que lui conseillez vous en terme de traitements et de thérapeutiques non médicamenteuses ?