

GERIATRIE

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Sujet 1

Vous voyez un homme de 95 ans, qui consulte dans un contexte de chutes à répétition. Il signale également une difficulté nette à se relever de son fauteuil.

Il s'agit d'un patient avec une hypertension artérielle sous amlodipine, une fibrillation atriale paroxystique sous amiodarone et rivaroxaban.

Ce patient, ancien employé dans les transmissions de télégramme après un certificat d'études primaires, est marié et a 2 fils. Il vit à domicile

Il y a 6 mois, il a consulté un neurologue de ville pour un ralentissement global. Un traitement par LDopa a été introduit devant la suspicion d'une maladie de parkinson idiopathique.

De façon plus récente, une dysurie et une pollakiurie ont justifié l'introduction d'un traitement par alpha bloquant.

QUESTION 1 :

Concernant les chutes à répétition, quels mécanismes en terme de facteurs précipitants pouvez-vous évoquer chez ce patient ? Justifiez vos réponses.

Vous authentifiez une hypotension orthostatique sans accélération du pouls lors de la consultation.

QUESTION 2 :

Comment qualifiez-vous l'hypotension orthostatique de ce patient ?

Par ailleurs, le fils du patient vous signale qu'il le trouve très ralenti depuis environ 1 mois. Il a été obligé de s'occuper de ses papiers et de ses comptes pour la première fois avec plusieurs oublis d'échéances.

L'interrogatoire retrouve aussi la présence d'illusions et d'hallucinations visuelles vespérales. Il y a des alternances de moments de franche « lucidité » et d'autres de grande incohérence le plus souvent dans la même journée.

Votre examen neurologique confirme un syndrome parkinsonien prédominant à droite. L'évaluation cognitive de débrouillage en consultation montre un MMS à 24/30 (rappel 2/3, calcul 1/5, figure 0/1)

QUESTION 3 :

Devant les troubles cognitifs, vous vous posez la question d'une démence à corps de Lewy. Quels sont les arguments en faveur dans cette observation ?

QUESTION 4 :

Vous avez fait réaliser une IRM cérébrale. Expliquez ce que vous recherchez avec cet examen.

Après une évaluation neuro-psychologique complète et l'ensemble des examens complémentaires, vous vous orientez vers le diagnostic de démence à corps de Lewy.

On décide de mettre en place un traitement par inhibiteur de l'acétylcholinestérase.



QUESTION 5 :

Quelle prise en charge non médicamenteuse (médicale et sociale) allez-vous proposer ?

Vous mettez en œuvre l'ensemble de cette prise en charge.

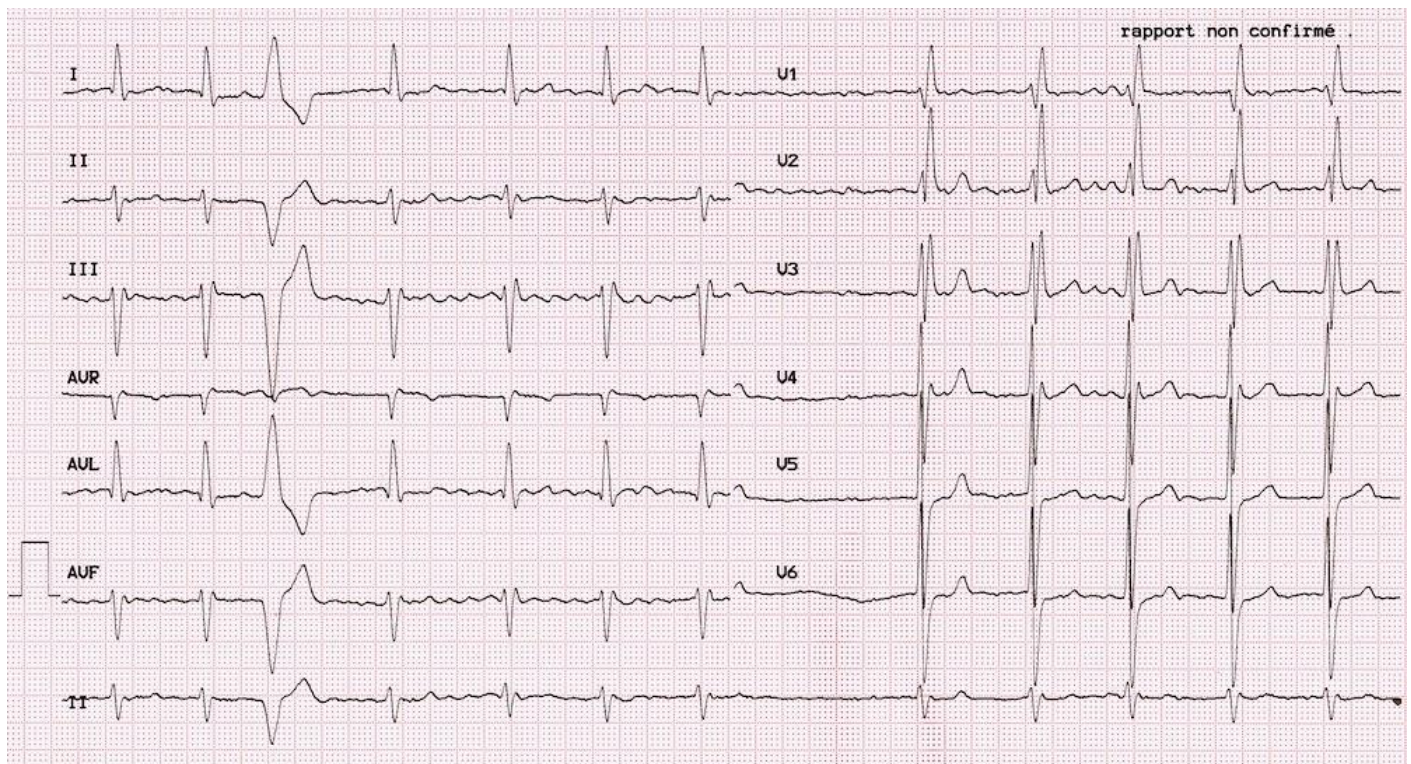
Quelques mois après, lors d'une consultation de suivi, l'épouse du patient se plaint de recevoir des coups de la part de son mari alors qu'il dort, ce qui la gêne terriblement.

QUESTION 6 : Quelle hypothèse diagnostique formulez-vous pour ce trouble?

Vous continuez à suivre ce patient et sur l'année passée, son état reste stable de son avis et celui de son épouse.

Environ 3 mois après votre dernière consultation, il est hospitalisé aux urgences.

A l'arrivée aux urgences, un ECG est réalisé par l'infirmière



QUESTION 7 :

Interprétez cet ECG

Votre interne a beaucoup de mal à examiner le patient qui ne se laisse pas faire mais il lui semble que la mobilité de l'hémicorps droit est globalement moins bonne. Il obtient un scanner cérébral en urgence, pensant à un accident vasculaire cérébral ischémique potentiellement d'origine embolique compte tenu de la fibrillation atriale connue. Le radiologue appelle avant même que le patient revienne dans le service pour vous demander de regarder les images du scanner sur le logiciel d'imagerie partagé dans l'hôpital. Voici une des coupes de ce scanner.





QUESTION 8 :

Interprétez cette image de scanner cérébral

Sujet 2

Vous hospitalisez en urgence en unité de court séjour gériatrique une patiente de 80 ans, amenée par son mari sur la demande de SOS médecin avec la lettre suivante :

« Cher confrère, merci de voir Mme A. pour altération de l'état général. Ce matin, son mari nous a appelés car elle n'arrivait pas à se réveiller. La glycémie capillaire était à 0,3 g/l. Elle a reçu 3 ampoules de G30% en IV. La glycémie est remontée à 2 g/l. Merci de ce que vous pourrez faire pour elle »

Son mari vous indique ses antécédents :

- diabète depuis 10 ans
- hypertension artérielle depuis 10 ans également, avec une cardiopathie hypertensive
- chirurgie de la cataracte des 2 yeux il y a 10 ans (c'est dans le bilan préopératoire qu'ont été découverts le diabète et l'HTA)
- artériopathie oblitérante des membres inférieurs
- coxarthrose droite pour laquelle elle a refusé l'intervention chirurgicale proposée il y a quelques années. Pendant les crises douloureuses, elle prend d'elle-même du diclofénac qui lui avait été prescrit il y a plusieurs années et c'est d'ailleurs le cas en ce moment.

Il vous confie la dernière ordonnance du médecin généraliste :

- gliclazide 30 LM : 3 cp le matin
- hydrochlorothiazide : 12,5 mg/j
- losartan : 50 mg/j
- clopidogrel : 75mg/j

et la dernière biologie, effectuée il y a 2 mois : HbA1C = 7,5%, créatinine = 110 μ moles/L (Clairance de la créatinine selon Cockcroft à 28ml/mn)

A l'arrivée : poids = 50 kg, PA = 140 / 70 mmHg, apyrétique, glycémie capillaire = 1,4 g/L, Na = 140 mEq/l, K = 4,2 mEq/L, Créatininémie = 160 μ moles/L (Clairance de la créatinine selon Cockcroft à 19 mL/mn)



QUESTION 1 :

Quelle mesure thérapeutique prescrivez-vous immédiatement et pourquoi ? Que décidez-vous de faire concernant les traitements habituels de la patiente ?

QUESTION 2 :

Quels sont les 2 mécanismes possibles de l'hypoglycémie initiale ?

QUESTION 3 :

Le traitement antidiabétique était-il adapté chez cette patiente et pourquoi ?

QUESTION 4 :

De quel trouble hydroélectrolytique souffre-t-elle et quel en est le mécanisme le plus probable ?

Après quelques jours, l'état de la patiente s'est amélioré. Vous commencez à préparer la sortie. La créatininémie est à 110 $\mu\text{moles/L}$ (Clairance de la créatinine selon Cockcroft 28 mL/min). Les glycémies sont entre 1,8 et 2,5 g/L.

QUESTION 5 :

Sans entrer dans les détails, quel type de traitement antidiabétique allez-vous prescrire. Justifiez votre choix. Comment encadrez-vous cette prescription ?

QUESTION 6 :

La pression artérielle est en permanence entre 160 / 60 et 180 / 90 mmHg. Vous décidez de réintroduire l'ARA2. Quelle surveillance allez-vous prescrire ?



Sujet 3

Un homme de 94 ans est amené aux urgences par les pompiers après avoir été retrouvé au sol à son domicile par son aide-ménagère le matin même (elle était sans nouvelle de lui depuis 48 heures). Veuf sans enfant, il vit seul en pavillon, marche avec 1 canne quand il sort du domicile, car il est déjà tombé dehors à 3 reprises ces dernières années. Autonome pour les activités de la vie quotidienne, il bénéficie d'une aide-ménagère 3 heures/semaine pour le ménage uniquement.

Vous notez dans ses antécédents :

- notion de troubles cognitifs légers non explorés
- diabète de type 2 traité par metformine avec adjonction récente de repaglinide
- hypertension artérielle traitée par ramipril et hydrochlorothiazide
- fibrillation atriale sous rivaroxaban
- gonarthrose gauche pour laquelle il prend régulièrement du tramadol
- cataracte bilatérale non opérée
- tabagisme sevré à 70 PA, exogénose non sevrée (4 verres de vin/ jour)
- difficultés de sommeil depuis plusieurs années expliquant la prise régulière de zopiclone

A l'examen:

- température 38,3 °C, TA 110/70 mmHg
- bruits du cœur irréguliers, ECG : fibrillation atriale connue, fréquence cardiaque 100/min
- score de Glasgow 12, confus et agité
- réflexes rotuliens et achilléens non retrouvés
- foyer de crépitants en base droite, saturation en oxygène 90% en air ambiant
- sensibilité et matité à la percussion hypogastrique
- rougeurs des 2 talons et dermabrasions diffuses

Le scanner cérébral est normal.

Dans le bilan biologique, vous notez :

hémoglobine 17 g/dL, leucocytes 18 Giga/mm³ dont polynucléaires 15 Giga/mm³, plaquettes 480 Giga/mm³, LDH à 4 fois la normale (4N), CPK 15N, urée 20 mmol/L, créatininémie 150 µmol/L (clairance de créatinine évaluée à 21 mL/min avec la formule de Cockcroft), CRP 120 mg/L, protides plasmatiques 80 g/L, natrémie 149 mmol/L, kaliémie 4,2 mmol/L, glycémie 6 mmol/L, calcémie 2,35 mmol/L.

QUESTION 1 :

Quels sont les facteurs prédisposants de chute que vous notez chez ce patient ?

QUESTION 2 :

Quels médicaments ont pu jouer un rôle dans la chute en tant que facteurs précipitants ? Précisez le ou les mécanisme(s) pour chacun.

QUESTION 3 :

En prenant en compte l'ensemble des informations cliniques et paracliniques, quelles complications immédiates de la chute identifiez-vous chez ce patient ?

QUESTION 4 :

Interprétez les résultats donnés de la numération formule sanguine. Si vous notez une ou des anomalies, donnez pour chacune l'explication qui vous paraît la plus probable

QUESTION 5 :

Quelle est votre attitude pour chacun des médicaments du patient pour les 24 premières heures ?

QUESTION 6 :

Comment allez-vous réhydrater ce patient ? Détaillez (voie, type de soluté et principe pour déterminer le volume).