

*Complexité du
diagnostic et de la
prise en charge de
la personne âgée
au SAU*

5ème Rendez-vous de l'Urgence
29 Mai 2008



Madame Amélie Hosseknoyf 88 ans

❖ Arrive au SAU le vendredi 30 mai à 18h30

❖ Lettre du médecin

- Cher confrère

J'ai vu à la demande de sa voisine Mde H,
88 ans qui présente
une Altération de l'Etat Général
rendant son maintien à domicile
impossible.

La TA est de 16/8, le pouls est régulier

Elle semble désorientée, déshydratée.

Une prise en charge hospitalière s'impose !!!



Madame Amélie Hossekopf 88 ans

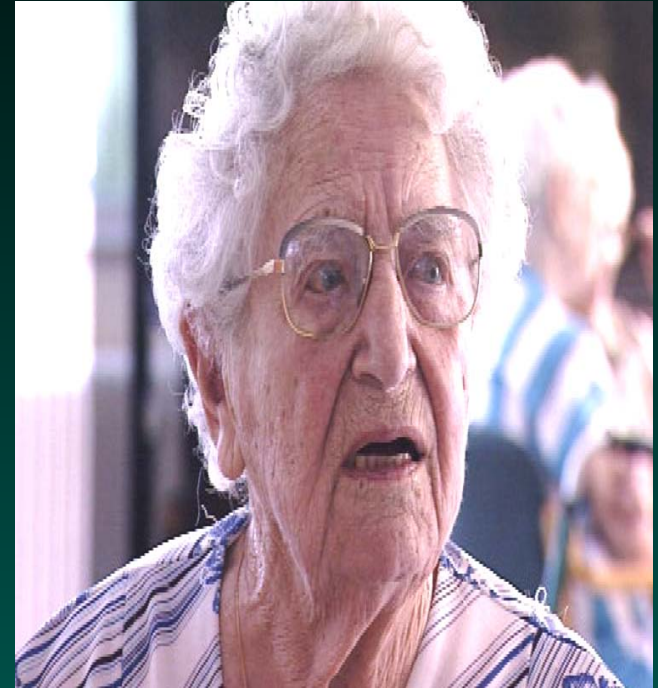
❖ Au service:

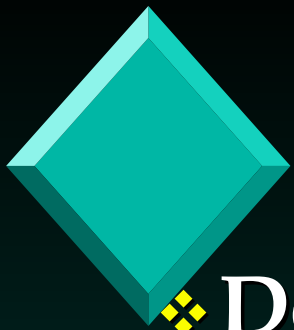
- Agitée
- Agressive
- Cachectique
- Dyspnéique
- Subfébrile
- Incohérente
- Incontinente
- Crépitante à la base gauche
- Seule à domicile
- Hématomes des deux genoux
- Poignet droit rouge et douloureux
- CRP 30
- GB 10 800



Madame Amélie Hosseknoyf 88 ans

- ❖ Pas de famille
- ❖ Pas de médecin traitant connu





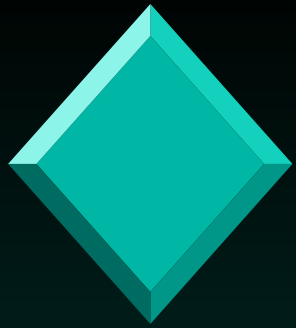
Proposition de plan

❖ **Détailler les problèmes**

- Pièges cliniques, séméiologiques
 - ◆ Difficultés pratiques
 - ◆ Polypathologie
 - ◆ Polymédication
- Intrication des Pb médicaux et psycho-sociaux
 - ◆ Orientation post SAU

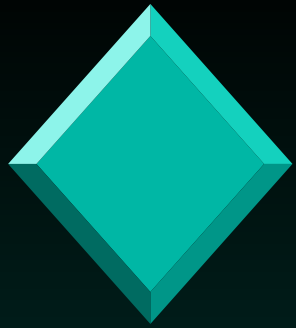
❖ **Proposition de réflexion**

- Analyse diagnostique
- Typologie des patients âgés



Pièges cliniques

- ❖ Pathologie neurologique
- ❖ Pathologie traumatologique
- ❖ Pathologie infectieuse et inflammatoire
- ❖ Pathologie cognitive
- ❖ Pathologie digestive



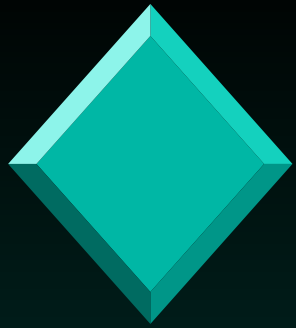
En pratique

❖ Difficultés de l'interrogatoire

- Surdité
- Troubles cognitifs
- Confusion
- Trouble de la conscience
- Précisions et fiabilité des réponses

❖ Difficultés de l'anamnèse

- Nécessite souvent le recours à un tiers
- Médecin traitant
- Fiabilité des réponses

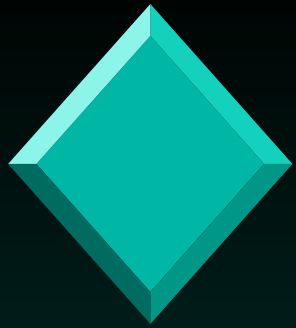


En pratique

❖ Difficultés de l'examen clinique

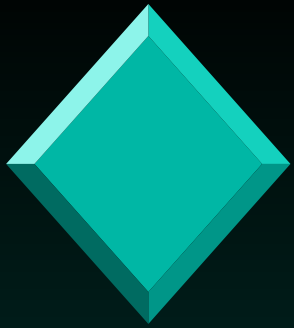
- Accessibilité
- Participation
- Troubles du comportement
- Particularités « physiologiques »
 - ◆ Musculature abdominale
 - ◆ Polyarthrose
 - ◆ Amyotrophie

❖ Solution: le TDM



Polypathologie

- ❖ Méningite et arthrose cervicale
- ❖ Souffle cardiaque et infection urinaire
- ❖ Infection pulmonaire et confusion



Polymédication

- ❖ **Les « Grands classiques »**
 - Hyponatrémie et Diurétique
 - Confusion et anticholinergique
 - Insuffisance rénale et AINS

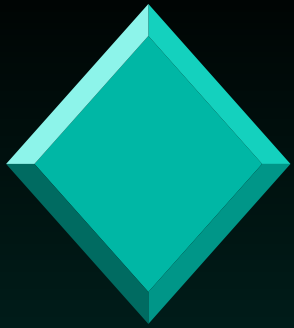
- ❖ **Les « Inavoués »**
 - AVK et argiles
 - Les conseils de la voisine

- ❖ **Les « Accidents »**
 - Gouttes et non voyance
 - 1/4 de cp et polyarthrose
 - Aidant naturel épuisé
 - Soignante étourdie



Intrication avec une problématique psychosociale

- ❖ Facteur de complexité de prise en charge
- ❖ Expertise chronophage
- ❖ Pas d'appétence des médecins pour le sujet
- ❖ Evaluation absolument nécessaire pour une décision d'orientation optimale.



Orientation post SAU

- ❖ Rôle central dans la régulation hospitalière
- ❖ Exercice difficile à la base
- ❖ Complexifié en cas d'engorgement hospitalier
- ❖ Ne pas céder à la facilité



Le 9 mai 2008 à l'UHTCD

- ❖ Madame Emilie Hosseschlitz 88 ans
 - Maladie d'Alzheimer évoluée
 - Grabataire rétractée, dénutrie
 - Pneumopathie basale droite sur fausse route
 - Nécessite une AB TTT IV

- ❖ Madame Albertine Hossedreyer , 77 ans
 - IMV médicamenteuse
 - Seule à domicile
 - Sans aide
 - Douleur des membres inférieurs
 - Autonome jusqu'à présent



Monsieur Célestin Bambelnass 92 ans

- ❖ Arrive avec son épouse
- ❖ Madame est en choc cardiogénique sur un IdM massif et part en réanimation
- ❖ Monsieur est atteint d'une maladie d'Alzheimer
 - Il est assis dans le service, calme et il attend !!!!



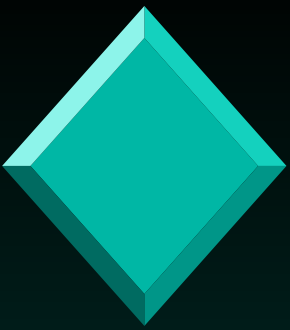
« *fracture du pilotis social* »

- ❖ Situation rare mais toujours délicate
- ❖ Arrivée au service des urgences d'un patient, sans aucun motif médical, en état stable, dépendant, dont l'aidant principal est brutalement défaillant (décès, hospitalisation).
- ❖ Rechercher rapidement et vigoureusement une alternative à l'hospitalisation classique.
- ❖ Une solution non hospitalière doit être privilégiée soit au domicile avec de nouvelles aides, soit une solution familiale.
- ❖ Cette organisation se fait plus facilement à partir d'un service des urgences qu'à partir d'un service d'hospitalisation classique.



De manière

opérationnelle



Proposition d'une grille de raisonnement

- ❖ **Présentation sous la forme de « décompensation d'une fonction »**
 - Exemple:
 - ◆ Trouble de la marche
 - ◆ Syndrome confusionnel

 - Nécessité absolue d'une démarche diagnostique étiologique
 - ◆ Clinique au départ
 - ◆ Rigoureuse
 - ◆ Renouvelée

 - Hiérarchisation nécessaire

 - Démarche thérapeutique.



Raisonnement clinique

- ❖ **Nécessite pour toutes les fonctions ou problèmes de raisonner selon 3 plans**
 - **Vieillesse physiologique**
 - **Maladies chroniques**
 - **Pathologies aiguës**

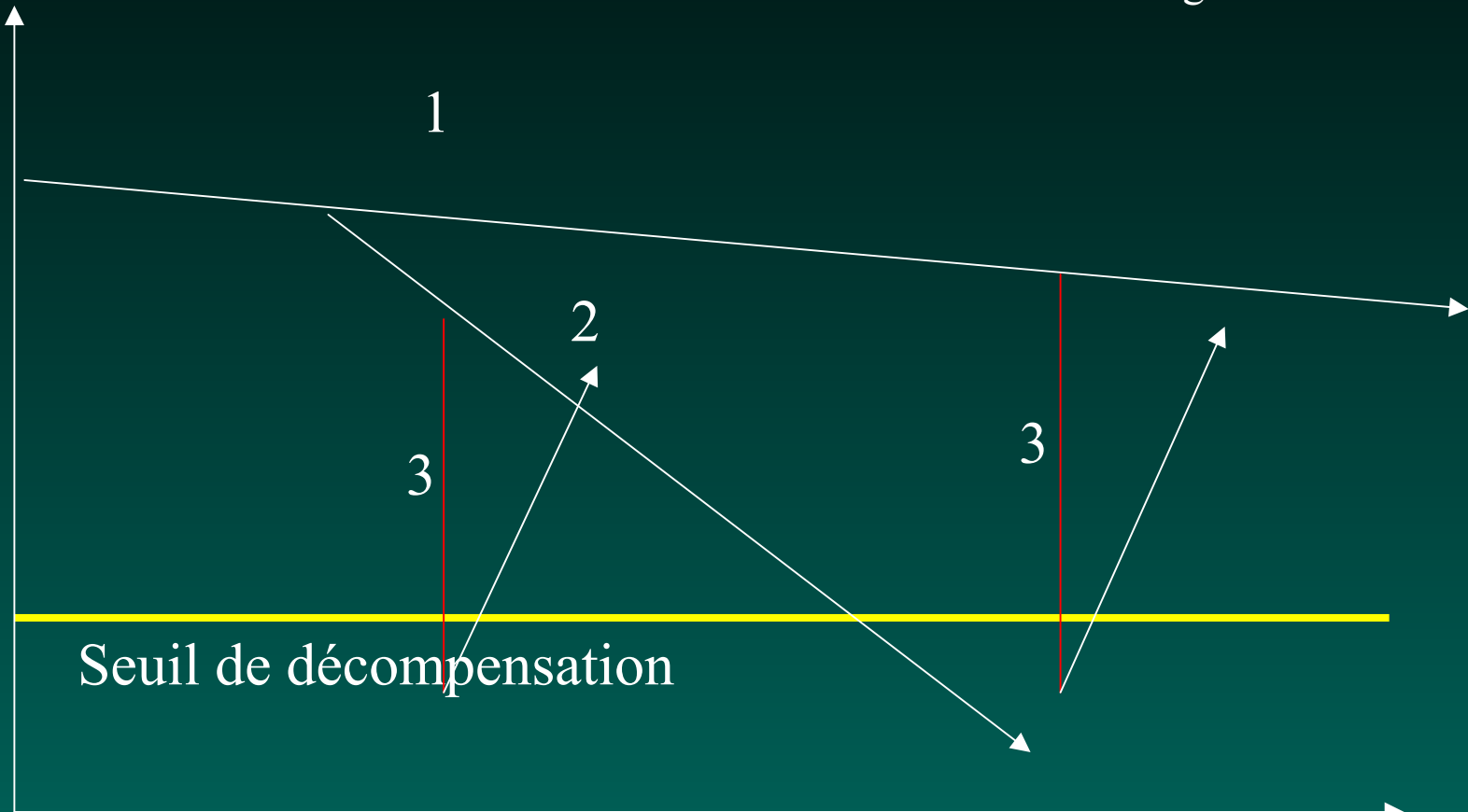
Concept 1+2+3

1: Vieillesse physiologique

2: Maladies chroniques

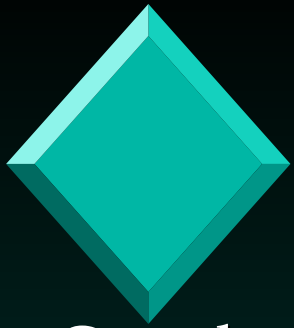
3: Maladies aiguës

Fonction



Seuil de décompensation

Age



Madame E, 77 ans

- ❖ **Consulte avec sa fille au retour d'un voyage en Israël**
- ❖ **Dentiste retraitée**
- ❖ **Artiste peintre**
- ❖ **Vie sociale et mondaine importante jusqu'à son veuvage il y a 3 ans.**
- ❖ **A présenté à l'aéroport de Tel Aviv un épisode d'agitation anxieuse ayant nécessité la prise de tranquillisant**





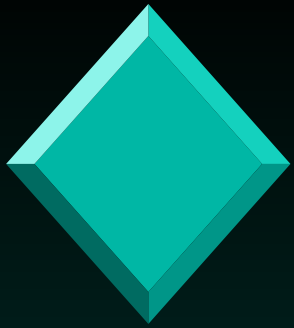
Madame E, 77 ans

❖ ATCD

- PTH bilatérale il y a 15 ans
- Prothèse de genou G il y a 5 ans
- Cataracte opérée en 2002. A présenté un épisode de désorientation de quelques heures dans les suites immédiates. Le dg d'AVC a été évoqué mais pas confirmé malgré un bilan complet.

- ❖ Examen clinique est normal
- ❖ Tests psychométriques de dépistage sont normaux
- ❖ Scanner cérébral montre la présence d'une atrophie cortico-sous-corticale modérée qualifiée de normale vu l'âge





$$1 + 2 + 3$$

1 Vieillissement cérébral normal

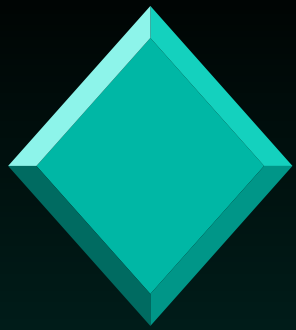
+

2 Maladie d'Alzheimer

+

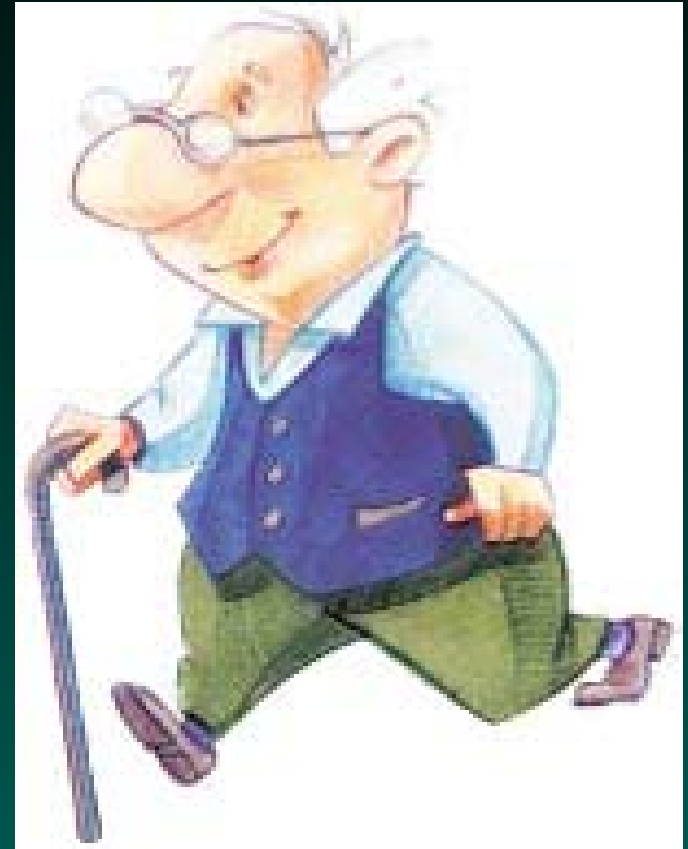
3 Voyage

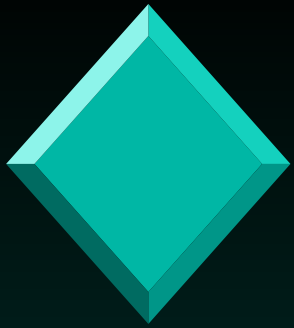
= Syndrome confusionnel



Monsieur W, 85 ans

- ❖ Ancien représentant en lingerie
- ❖ Veuf, seul à domicile
- ❖ Admis pour somnolence liée à un surdosage médicamenteux involontaire
- ❖ Réversion sous Anexate
- ❖ Grabatisation





1 + 2 + 3

1 Vieillesse musculo-articulaire

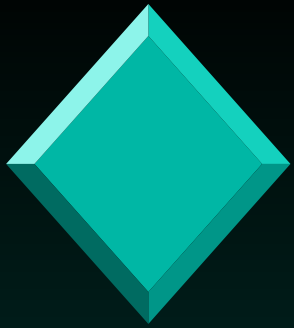
+

2 Maladie de Paget du tibia

+

3 Immobilisation

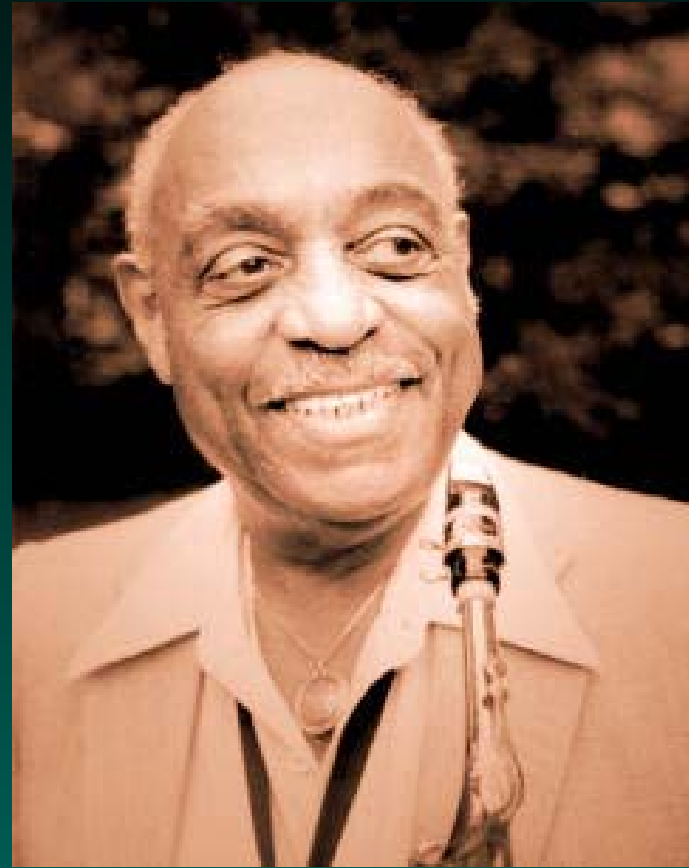
= Désadaptation posturale



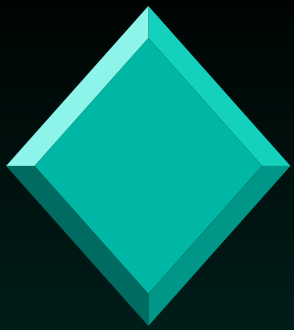
Typologie des sujets âgés



A peine 60 ans



Plus de 80 ans

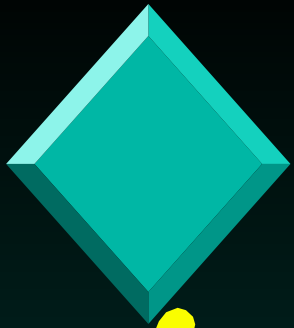


Monsieur D, 99 ans

- ❖ Ancien professeur de lettres
- ❖ Sans antécédents

- ❖ Hospitalisé pour Infarctus du Myocarde
- ❖ Tri-tronculaire
 - Sténose complète coronaire droite
 - Stent posé sur IVA et la Circonflexe
- ❖ Évolution favorable
 - Pas de dépendance pour les actes de la vie quotidienne
 - Fonctions cognitives préservées





Typologie des PA



... **VIGOUREUX:**

E.G. conservé, une pathologie aiguë



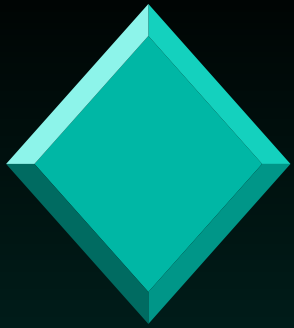
... **SANTE DETERIOREE :**

PC vital engagé, Autonomie fonctionnelle ➤

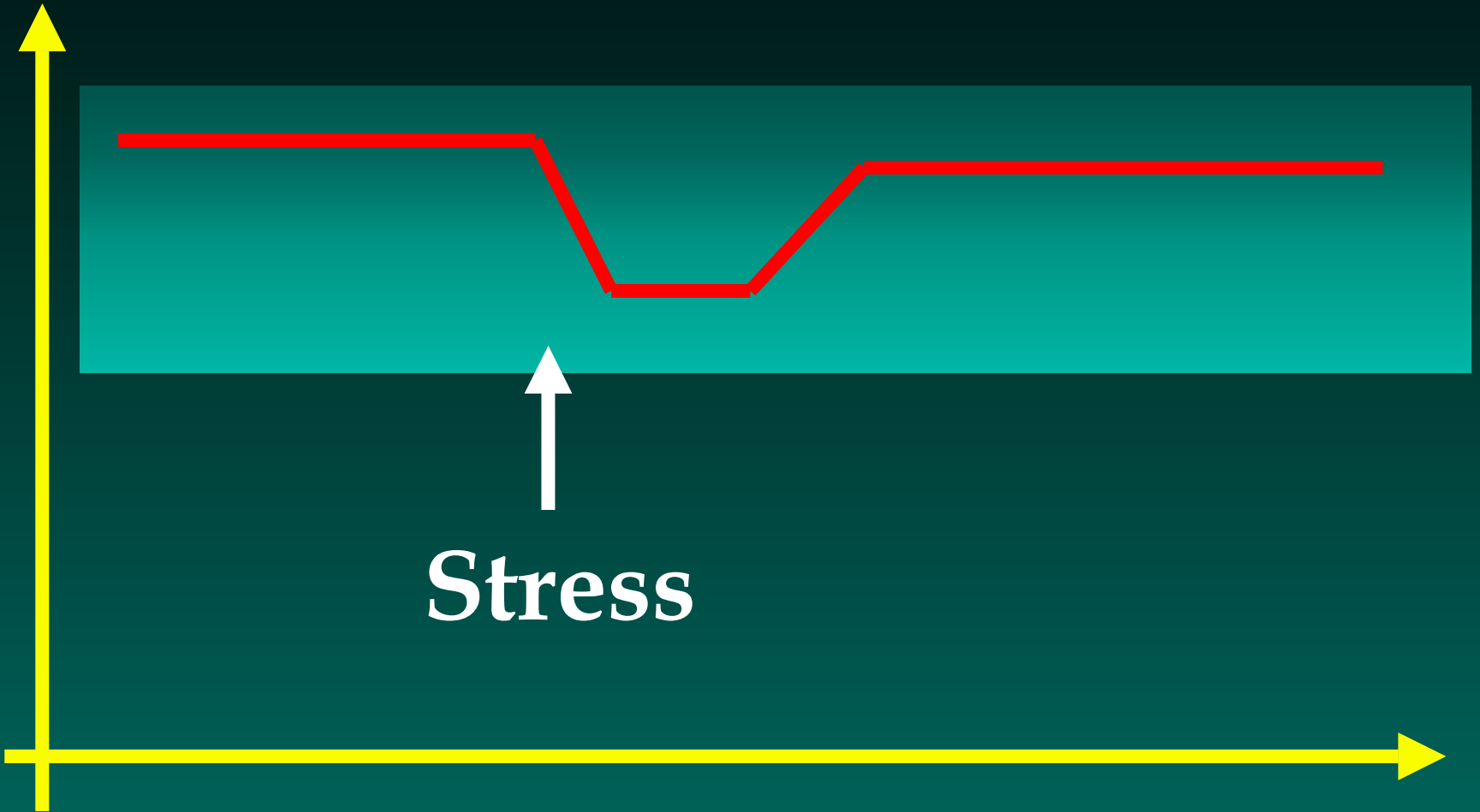


...

FRAGILES



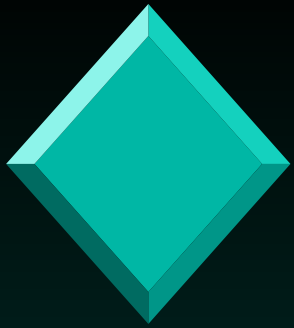
Le sujet âgé « en forme »



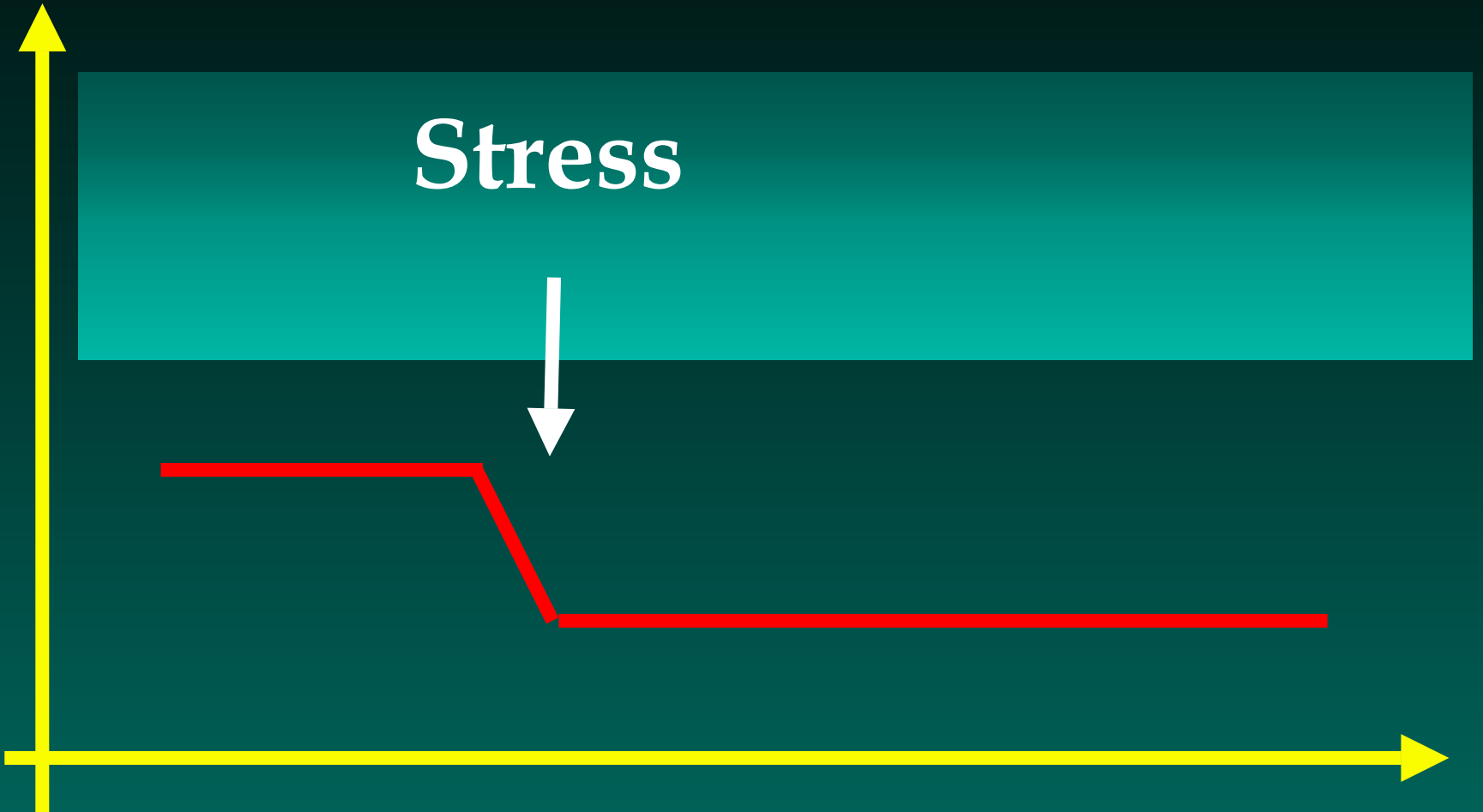


Le sujet âgé en forme.

- ❖ Pas atteint de pathologie chronique
- ❖ Pas de traitement au long cours.
- ❖ Il est autonome
- ❖ Son état musculaire et nutritionnel est conservé.
- ❖ Relativement « jeune », mais....
- ❖ En dehors de la pathologie qui l'amène à consulter aux urgences, il est en bonne santé. Son orientation dans la filière hospitalière va surtout dépendre de sa pathologie. Il doit bénéficier de toute la technicité hospitalière. Son pronostic fonctionnel dépendra principalement de sa pathologie immédiate.



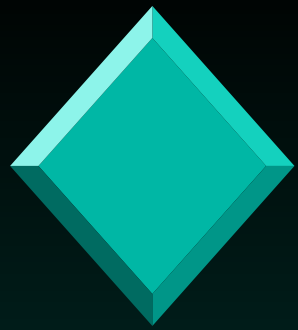
Le sujet âgé très malade



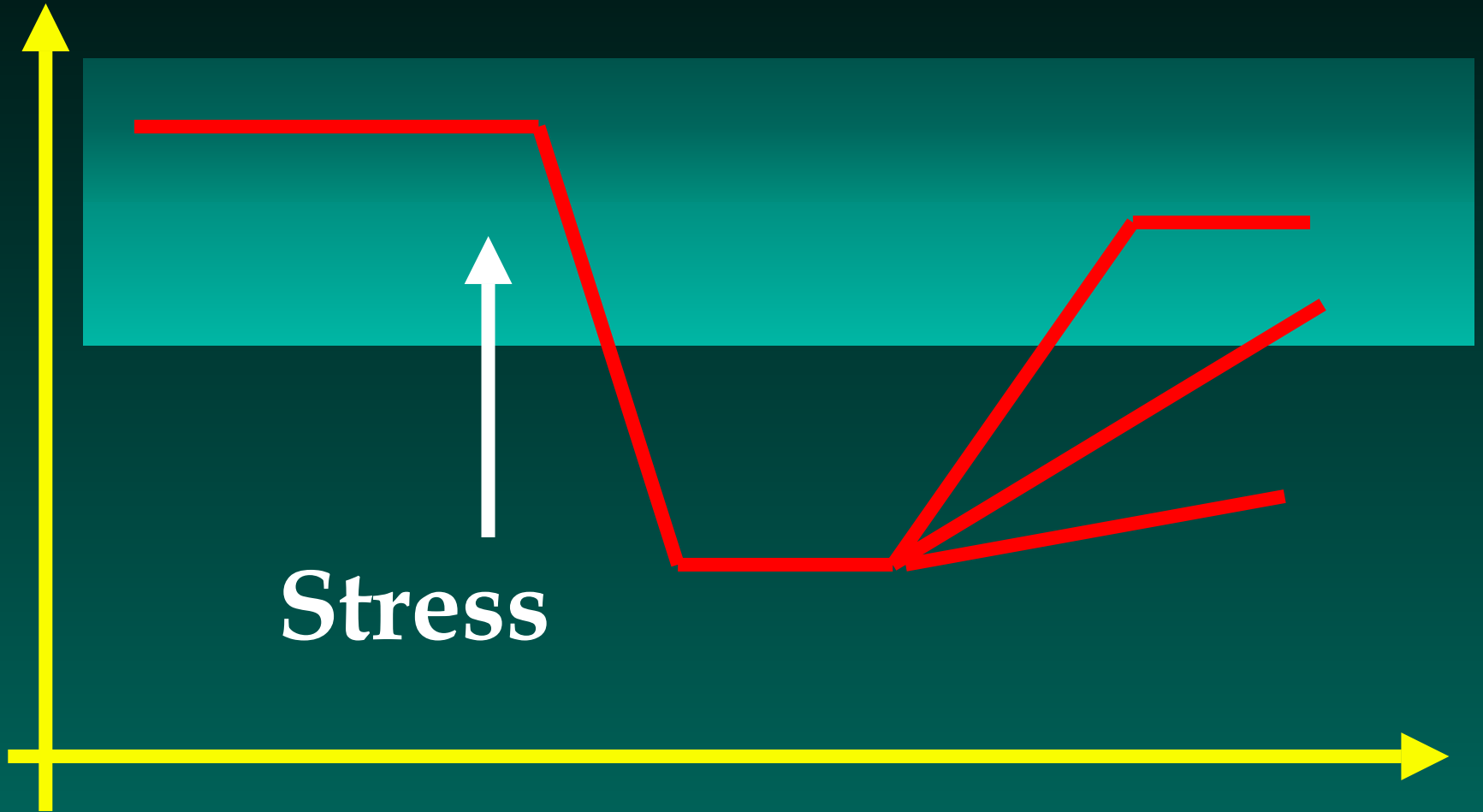


Le sujet âgé très malade.

- ❖ Multiples pathologies chroniques
- ❖ Répercussions fonctionnelles déjà importantes.
- ❖ Dépendant parfois grabataire
- ❖ Pronostic fonctionnel est peu engagé car il est déjà dépendant.
- ❖ Son orientation dans la filière hospitalière dépendra de sa pathologie aiguë ou chronique mais aussi des disponibilités dans les services en terme de place. Le plus souvent une prise en charge de haute technicité n'est pas adaptée.
- ❖ Le pronostic fonctionnel ne dépend pas de son orientation hospitalière, le patient est déjà dépendant.



Le sujet âgé « fragile »





Le sujet âgé vulnérable ou fragile

- ❖ Groupe relativement hétérogène, mal défini, mono ou paucipathologique.
- ❖ Risque important d'entrée ou d'aggravation de la dépendance. Cet état est instable.
- ❖ Nécessite une technicité de type gériatrique assurant les soins mais veillant aussi à privilégier au maximum l'autonomie des patients.
- ❖ Cette fragilité n'est pas toujours facilement identifiable aux urgences. Il est important de la dépister afin d'en tenir compte dans l'orientation en aval des urgences tant en milieu hospitalier qu'en ambulatoire.

