

# Urgences en gériatrie :Quelques cas cliniques fréquents

Dr Anne SONNIC

Mme G. Patiente de 92 ans, GIR 1 en EPHAD, adressée par son MT pour un probable abcès de la fesse droite d'apparition récente, hyperalgique.

▶ **Antécédents :**

- ▶ anémie normochrome normocytaire
- ▶ Fracture col fémoral gauche sept 2016
- ▶ Infarctus du myocarde stenté
- ▶ ostéoporose
- ▶ Péritonite appendiculaire
- ▶ polyarthrite
- ▶ Prothèse de hanche droite et gauche
- ▶ syndrome dépressif
- ▶ trouble cognitif MMSE 23/30 (11/2017)
- ▶ Tuberculose dans l'enfance
- ▶ 3 césariennes .

▶ **Traitement habituel**

- ▶ corvasal 2mg 1.0.1
- ▶ deroxat 20 mg 1/2 le matin
- ▶ tanganyl 500 mg 1.0.1
- ▶ duphalac 1.0.0
- ▶ paracétamol si besoin
- ▶ eliquis 2.5 mg 1.0.1
- ▶ esomeprazole 20 mg 0.0.1
- ▶ vogalene lyoc 7.5 mg si besoin

# Mme G.

- ▶ Escarre sacré: Lésion indurée de 10 - 15 cm de longueur x 6 cm de largeur, de coloration violacée, collection sous cutanée palpée , au niveau du plis fessier. Dououreux à la palpation. Pas d'écoulement visualisé
- ▶ Avis chirurgical: arrêt eliquis, relais par lovenox, mise sous antibiothérapie par augmentin IV . Antalgie niveau 1 et 3 par skenan LP après titration par actiskenan . Pas d'indication chirurgicale dans un premier temps.
- ▶ Apparition de nausées qui ne cèdent pas sous Primperan , d'un syndrome infectieux avec syndrome inflammatoire biologique CRP 113 avec hyperleucocytose à PNN à 12 748/mm .PCR covid négative
- ▶ Evolution : Abscess inflammatoire et tendu, deux pertuis avec écoulement purulents. persistance des nausées , anorexie , prostration
- ▶ Prise en charge par incision au bloc pour lavage et méchage . Plaie propre au décours.
- ▶ Bonne évolution de l'abcès opéré, apyrétique , elle a moins de douleur mais persistance des nausées
- ▶ Avis EMSP pour les nausées : haldol 1 à 2 gouttes en si besoin 3 fois par jour plutôt que le primperan. Elle recommence à manger et à s'asseoir au fauteuil
- ▶ Transfert en SSR pour stabilisation post opératoire de la plaie consécutive à l'abcès drainé chirurgicalement , elle rentrera ensuite en Ehpad

## A retenir

- ▶ Patiente Gir 1 , stentée sous anticoagulant , dénutrie , comorbidités majeures
- ▶ Ne pas hésiter à demander un avis spécialisé et à hospitaliser pour évaluation globale
- ▶ Prise de décision thérapeutique de façon collégiale face à cette urgence cutanée infectieuse chirurgicale

## Mme L. Patiente de 98 ans GIR 1 vivant en Ehpad , connue pour faire des fausses routes, adressée par le 15 pour gêne respiratoire fébrile avec désaturation, suspicion Covid.

### ▶ Antécédents :

- ▶ hernie hiatale, angiocholite en 2014, diverticulose , cancer du colon opéré en 2009
- ▶ PTG droit
- ▶ 2 épisodes d'AIT
- ▶ Hemoglobine à 11.3 g/dL, leucocytes à 10 260/mm, lymphopénie à 246 / mm<sup>3</sup>, plaquettes à 133 000/mm,
- ▶ Fonction rénale conservée : créat à 46,0 µmol/l, DFG à 80.1 mL/min, Na à 141 mmol/L, 4,5 mmol/L
- ▶ RP: opacité lobaire inférieure droite
- ▶ PCR négative
- ▶ Traitement: aucun
- ▶ Cliniquement :Fièvre à 38.6°C; normotendue ; tachycarde,Désaturation à 91% sous 2 litres d'O<sub>2</sub>
- ▶ Sur le plan neurologique: Glasgow 13 (Y3 et V4);
- ▶ Sur le plan cardiovasculaire: bruits du coeur régulier mais rapide, pas de souffle audible, pas d'œdème des membres inférieurs. Mollets souple, crépitant surtout a droite.
- ▶ Sur le plan respiratoire: murmure vésiculaire symétrique, crépitants champ pulmonaire droit, tirage sus sternal, tirage intercostal, polypnée

# Mme L.

- ▶ Devant cette détresse respiratoire , une feuille LATA est signée aux urgences
- ▶ Elle est hospitalisée pour prise en charge palliative et fin de vie
- ▶ TTT: oxygénothérapie aux lunettes 2l/mn, Augmentin IV 1gr 3 fois par 24 h , hydratation par Nacl 500 cc/24 h
- ▶ Aucun bilan ou autre examen complémentaire prescrit
- ▶ Aucune douleur exprimée , la polypnée cède spontanément sous oxygène sans mise en place de morphine à la PSE
- ▶ Somnolente en début d'hospitalisation , elle reprend conscience , répond à des questions simples, réclame des compotes et sourit
- ▶ Nous concluons à une pneumopathie d'inhalation.
- ▶ Elle est transférée en SSR avant de retourner en Ehpad

# A retenir

- ▶ Qui va piano va sano
- ▶ Il faut prendre son temps en gériatrie
- ▶ Une LATA aux Urgences peut à tout moment être remis en cause
- ▶ Ne pas surmédicaliser mais ne pas sous médicaliser non plus
- ▶ Il faut être à l'écoute avec un grand E tout simplement

# Mme F. Patiente de 88 ans en Ehpad Gir 3 adressé pour tableau d'anasarque non fébrile avec OMI sans OAP

- ▶ **Antécédents** : HTA
- ▶ BPCO: Asthme et emphysème pulmonaire
- ▶ Troubles cognitifs moyens
- ▶ Douleurs thoraciques atypiques Explorées bloc de branche gauche complet à l'ECG depuis 2015
- ▶ Cardiopathie à FEVG altéré (40%)
- ▶ Traitement à l'entrée : Périndorpil 4mg 1-0-0  
Diffu k 600mg 0-1-0  
Cetirizine 10mg 1-0-0  
Paracétamol 1-1-1  
Seretide 250µg 2-0-2  
Tercian sol buv 40mg/ml 0-0-0-10 gouttes  
Bisoprolol 5mg 1-0-0  
Furosémide 20mg 2 le matin
- ▶ **Cliniquement**
- ▶ Poids habituel: 77 kg
- ▶ Poids à l'entrée : 82,15 kg
- ▶ ProBNP à l'entrée 8619
- ▶ ECG 12 dérivations: RSR axe gauche, BAV1, BBG sans perte de la discordance, QT corrigé
- ▶ **ETT**  
OG non dilatée mais dilatation du VG 62mm DTD  
Hypokinésie globale avec akinésie antero-septale  
Altération sévère de la fonction systolique du VG **FE 23%**  
Pas de valvulopathie mitrale ni aortique  
Élévation des pressions de remplissage avec un bas 2.8l/mn  
PAPS normale  
TAPSE 22mm  
Pas d'épanchement péricardique



# Mme F.

- ▶ Apyrétique , absence de signes infectieux clinique et biologique
- ▶ TTT: Lasilix IV 80 mg matin et midi pendant 3 jours puis Lasilix 60 mg IV matin et midi pendant 3 jours puis relais per os 80 mg 40 mg 0
- ▶ Supplémentation en Diffu K gélules 2gélules le matin 1 gélules le midi 2 gélules le soir
- ▶ Surveillance du poids et biologique tous les 48 h : Iono , fonction rénale
- ▶ Disparition de la sensation de dyspnée au bout du 4 ème jour
- ▶ Fonction rénale stable avec créatinine à 64,6 et DFG Ckd Epi 77,2
- ▶ Perte de poids de 5 kg en 7 jours
- ▶ Pro BNP à la sortie à 2482
- ▶ TTT de sortie Lasilix 80 mg le matin , 40 mg le midi + supplémentation Diffu K à 5 gélules /jours
- ▶ Diminution de moitié du Tercian à 5 gouttes avec recommandations d'aller vers un arrêt complet

# A retenir

- ▶ **La surveillance du poids ++++ essentielle en Ehpad pour les résidents insuffisant cardiaque**
- ▶ HAS : mesure du poids notée au moins 1-2 fois/semaine chez les patients stables, au moins 2-3 fois/semaine chez les patients en stade III-IV de la NYHA.
- ▶ Une prise de poids de 2-3 kg sur quelques jours doit conduire à une initiation ou une augmentation du traitement diurétique et à une consultation médicale rapide.
- ▶ Si absence d'amélioration hospitalisation en service de cardiologie ou médecine

# Mme B. 92 ans GIR 3 hospitalisée pour bilan de chute avec douleur persistante hanche droite

- ▶ **Antécédents** :HTA
- ▶ appendicectomie
- ▶ opérée du canal lombaire retreci
- ▶ PTH gauche
- ▶ ACFA paroxystique
- ▶ **TTT habituel**: Xarelto 20 mg 1.0.0  
Telmisartan 40 mg 1.0.0  
Bisoce 1.25 mg 1.0.1  
Esomeprazole 20 mg 0.0.1  
Amiodarone 200 mg 1.0.0  
Esidrex 25 mg 1.0.0  
Eupressyl 30 mg 1.0.1  
Fumafer 66 mg 1.0.0  
Vesicare 1/j  
Bromazepam 6 mg 1/2 cp le soir  
Macrogol 1 le matin  
Doliprane si besoin
- ▶ **Chute le soir** en voulant aller aux toilettes. Ne sait pas décrire le mécanisme de la chute. Pas de malaise, pas de perte de connaissance. Pas de TC, patiente sous anticoagulant. Chute sur le côté droit, a réussi à se relever puis a pu marcher. Douleur depuis 48 heures prédominant à la marche, douleur localisée au pli de l'aîne à droite
- ▶ **A droite**: douleur à la mobilisation active de la hanche avec douleur localisée au niveau du versant interne de la cuisse et au niveau du bas fessier + pli inguinal, pas de douleur lors de la mobilisation passive de la hanche, pas de douleur à la rotation externe, douleur rotation interne  
Pas de raccourcissement du membre
- ▶ **A gauche**: pas de douleurs

# Mme B.

- ▶ **Radiographie du fémur droit face profil, Radiographie du bassin de face couché:** Pas de lésion osseuse post-traumatique visible au niveau du bassin, au niveau du col fémoral droit, du trou obturateur droit et du fémur droit.
- ▶ ECG normal , RHO négative
- ▶ Persistance de la douleur à la marche malgré un traitement par skenan Lp 10 1 0 1 et interdose actiskenan 5 mg
- ▶ **TDM du bassin :**Fracture des branches ilio et ischio-pubienne droites. Absence de lésions traumatiques décelées au niveau du col fémoral. Arthrose coxofémorale.
- ▶ **TDM cérébral :**Structures médianes en place. Pas de saignement intra ou extra-axial. Lacune frontale gauche et lenticulaire droite. Pas d'argument pour une lésion ischémique constituée récente. Leucopathie périventriculaire et périphérique, probablement d'origine vasculaire. Calcifications athéromateuses des siphons carotidiens de la portion V4 des artères vertébrales. Pas d'hydrocéphalie. Structures médiane et amygdales cérébelleuses en place. En fenêtre osseuse : Pas de trait de fracture décelable. Les sinus sont libres
- ▶ **Avis orthopédiste:** Transfert lit fauteuil autorisé  
Pas de verticalisation avant 10 jours, puis verticalisation selon la douleur autorisée  
Consultation avec radiographie dans 4 semaines
- ▶ Arrêt des thiazidiques sur la découverte d'une insuffisance rénale aiguë avec créatinine à 125,7 et DFG à 32 dans un contexte d'insuffisance rénale chronique avec créatinine à 85,8 et DFG à 52 .amélioration sous Glucosé avec NaCl 1l/24h pendant
- ▶ Diminution de moitié du Bromazepam à 3 mg

# A retenir

- ▶ Aucune chute n'est rassurante par le simple fait que la personne âgée se relève , marche et dit que « ca va , j'ai juste glissé »
- ▶ La persistance d'une douleur à la marche doit conduire à une hospitalisation
- ▶ Elle doit faire l'objet d'une consultation médicale à minima pour trouver une étiologie
- ▶ Iatrogénie : attention diurétiques , antihypertenseurs , psychotropes en tout genre
- ▶ Recherche d'hypotension orthostatique systématique
- ▶ Chute avec traumatisme cranien et /ou sous kardegic , clopidogrel , anticoagulants : hospitalisation aux urgences pour réalisation d'un TDM cérébral

# Mme G. GIR 3 hospitalisée pour AEG ,confusion hyponatrémie à 127 et hyperkaliémie à 5,2

- ▶ **Antécédents :HTA**
- ▶ **syndrome anxio dépressif**
- ▶ **Cataracte, césarienne, Ostéoporose**
- ▶ **pupille gauche déformée (synéchies)**
- ▶ **troubles neuro-cognitifs mixtes:** vasculaires+ psychiatrique et possible troubles neurodégénératifs)  
MMS 11/30 en 09/2020
- ▶ **TT Habituel:** Bisoprolol 2,5 mg : 1-0-0  
Depamide 300 mg : 1-1-1  
Zopiclone 7,5 mg : 0-0-1  
Ramipril 5 mg : 1-0-1  
Orocal 500 mg : 1-1-0  
Seresta 10 mg : 0-0-1  
Risperdal : 0-0-0-6 gouttes au coucher
- ▶ La patiente serait confuse depuis plusieurs semaines avec un ralentissement et des chutes à répétition.
- ▶ Elle n'a plus de médecin traitant depuis deux mois
- ▶ Contact avec l'IDE de l'Ehpad :
  - ▶ tendance constipation, a régulièrement des laxatif
  - ▶ notion de chute en juin, juillet et aout avec traumatisme crânien au moins en juillet
  - ▶ notion de 2 pics fébriles début aout, non bilantés
  - ▶ notion d'un vomissement début septembre
  - ▶ Elle décrit une dégradation cognitive rapide sur les 2-3 derniers mois (concomitante des chutes selon elle)
  - ▶ plusieurs épisodes de somnolence, difficilement réveillable
  - ▶ marche avec déambulateur, va manger en salle
  - ▶ tendance HTA malgré augmentation IEC en juillet 2020
  - ▶ sous tutelle

# Mme G.

- ▶ TDM Cérébral : Absence de lésion hémorragique ou ischémique d'allure récente, Atrophie à prédominance fronto-temporale à MTA 4. Atrophie calleuse, Atrophie sous corticale responsable d'une dilatation passive de la filière ventriculaire.
- ▶ Apyrétique , leucocytes et CRP normale , ECBU négatif , ECG normal, QT corrigé à 348 , bilan hépatique normal
- ▶ Pas de globe (bladder scann normal ), pas de fécalome , Iono urinaire normal
- ▶ Calcémie corrigée normale , magnésémie normale , fonction rénale normale
- ▶ Cortisolémie à la recherche d'une insuffisance surrénalienne normal
- ▶ Kaliémie normalisée par une dose de kayexalate
- ▶ Iatrogénie :
  - ▶ arrêt du tramadol (somnolence )
  - ▶ arrêt du ramipril (hyperkaliémie) switch par Amlor 5 mg , TA à 13/5 pas d'hypotension orthostatique
  - ▶ Arrêt du risperdal switch par zopiclone 3,75 mg
  - ▶ Diminution de la dépamide à sa dose habituelle de deux comprimés , en attente du dosage de la depamide
- ▶ Mme G est plus réveillée , normalisation spontanée de la natrémie
- ▶ Avis à distance de l'équipe du CMP qui la suit régulièrement
- ▶ PCR covid de principe avant retour en Ehpad

# A retenir

- ▶ Tout trouble ionique de par ses conséquences cliniques doit faire l'objet d'une évaluation médicale
- ▶ L'étiologie est souvent iatrogénique
- ▶ En Ehpad , nécessité d' avoir un bladder scann et un ECG dans l'établissement
- ▶ En cas d'urgence appeler le 15 bien évidemment
- ▶ Sinon rapprochez vous de l'hôpital périphérique le plus proche ou du CHU afin d'avoir un avis pour avoir une consultation , une hospitalisation en HDJ ou si besoin une hospitalisation en entrée directe
- ▶ Par exemple sur le territoire de Chateaubriant il existe un téléphone d'avis gériatrique à destination des Ehpad et des médecins traitants :

07 61 71 27 00



Merci pour votre attention