

76-GERIATRIE

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Sujet 1 :

Madame D., 82 ans, est admise aux urgences pour une douleur aiguë, inflammatoire et invalidante du genou droit évoluant depuis 48 heures. Elle décrit un gonflement, une rougeur et une impotence fonctionnelle majeure. Il n'y a pas eu de traumatisme récent.

Antécédents médicaux :

- Hypertension artérielle traitée par amlodipine
- Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (IC-FEp)
- Diabète de type 2 (HbA1c à 7,5%)
- Hypothyroïdie sous lévothyroxine
- Polyarthrose (hanches, genoux, mains)
- Insuffisance rénale chronique (DFG estimé à 40 mL/min)
- Dépression

Traitements en cours :

- Amlodipine 10 mg/j
- Metformine 1000 mg x2/j
- Escitalopram 10 mg x1/j
- Lévothyroxine 75 µg/j
- Paracétamol 1 g x3/j
- Tramadol 50 mg x2/j

Examen physique

Genou droit : Douleur à la palpation, choc rotulien, chaleur locale, gonflement et mobilisation impossible.

Autres articulations : Douleurs mécaniques des deux mains, avec déformations des interphalangiennes distales.

Signes généraux : Apyrexie, TA 140/80 mmHg, FC 88 bpm, pas de signe de choc.

Examen cardiopulmonaire : Auscultation cardio-pulmonaire normale, discrets œdèmes des chevilles ne prenant pas le godet.

Examens Complémentaires

Biologie :

- CRP : 85 mg/L (N < 5)
- Leucocytes : 10 500/mm³ (PNN 75%)
- Créatininé : 120 µmol/L (DFG 40 mL/min)
- Calcémie : 2,45 mmol/L, phosphatémie : 1,1 mmol/L
- TSH : 2,1 mUI/L

Imagerie :

- Radiographie du genou droit : A interpréter.



Question 1. Quel diagnostic retenez-vous en première hypothèse et quels sont les principaux diagnostics différentiels ?

Question 2. Quelles sont les deux principales pathologies associées à cette arthropathie ?

Question 3. Pour apporter une certitude diagnostique, quel examen réalisez-vous ? Dites le résultat attendu.

Question 4. Le traitement d'entrée de la patiente vous paraît-il adapté ? Sinon, quelles modifications thérapeutiques proposeriez-vous et pourquoi ?

Question 5. Votre première hypothèse étant confirmée, quelle prise en charge thérapeutique spécifique proposez-vous ? Ecrivez la prescription initiale.

Sujet 2 :

Madame D., 85 ans, est admise aux urgences pour une dyspnée aiguë, évoluant depuis 48 heures, associée à une toux sèche et une asthénie marquée. Elle vit seule à domicile, ne sort plus seule de chez elle, avec une auxiliaire de vie qui l'aide chaque matin pour la toilette et une aide-ménagère 2h x2/ semaine. Sa fille prépare le semainier (= pilulier), fait les courses. Son fils s'occupe des tâches administratives.

Antécédents médicaux

- Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (FEVG 55%, NYHA II)
- Diabète de type 2 (HbA1c 6,5%, sur le dernier bilan datant d'un mois)
- Insuffisance rénale chronique (DFG 55 mL/min)
- BPCO stade II modéré (VEMS 70% de la théorique)
- Ostéoporose sévère (fracture de hanche il y a 2 ans, traitée par acide zolédrone)
- Démence vasculaire (MMSE 22/30)

Traitements en cours

- Ramipril 2,5 mg/j
- Furosémide 20 mg/j
- Metformine 500 mg x2/j
- Répaglinide 2 mg x2/j
- Tiotropium 1 gélule/j
- Paracétamol 1 g x3/j
- Acide zolédrone 5 mg 1 perfusion x1/an
- Cholécalciferol 50 000 unités x1/mois

Examen clinique à l'admission

- Constantes : PA 100/60 mmHg, FC 110 bpm, FR 28/min, SpO₂ 88% en air ambiant, T° 37,2°C, poids 65 kg
- Signes généraux : Patiente confuse, désorientée dans le temps, sueurs froides
- Appareil respiratoire : Râles sous-crépitants bilatéraux, pas de sibilants
- Appareil cardiovasculaire : Bruits du cœur réguliers, pas de souffle
- Abdomen : Souple, indolore
- Membres inférieurs : Œdème bilatéral des membres inférieurs, douleur à la palpation du mollet gauche, signe de Homans positif à gauche

Examens complémentaires initiaux

- ECG : Rythme sinusal rapide, onde S en D1, onde Q et inversion de l'onde T en D3
- Gaz du sang (sous O₂ 3 L/min) : pH 7,48, PaO₂ 60 mmHg, PaCO₂ 32 mmHg, HCO₃ 24 mmol/L
- Bilan biologique :
 - Troponine ultrasensible : 45 ng/L (N < 14)
 - BNP : 800 pg/mL (N < 100)
 - D-dimères : 1200 ng/mL (N < 500)
 - Créatinine : 85 µmol/L
 - Hb : 11,5 g/dL, leucocytes : 12 000/mm³

Question 1 :

Concernant le traitement quotidien de la patiente et sans tenir compte de l'épisode récent, quelles modifications proposeriez-vous ?

Question 2 :

Quels éléments cliniques et paracliniques évoquent une embolie pulmonaire ?

Question 3 :

Citez deux outils cliniques d'aide au diagnostic d'embolie pulmonaire et dîtes comment les utiliser ?

Question 4 :

Quels diagnostics différentiels devez-vous évoquer chez cette patiente ?

Question 5 :

Comment interprétez-vous le dosage des D-dimères dans ce contexte ?

Question 6 :

Quel examen demandez-vous pour confirmer le diagnostic d'embolie pulmonaire ?

Question 7 :

Citez un score pronostique de gravité pour l'embolie pulmonaire et 3 marqueurs de gravité que présente effectivement la patiente.

Question 8 :

Vous décidez d'introduire un traitement anticoagulant par apixaban. Faites la prescription d'apixaban pour les 10 premiers jours :

Question 9 :

Quelles mesures non médicamenteuses proposez-vous pour prévenir les complications de l'hospitalisation chez cette personne ?

Sujet 3 :

Vous êtes médecin dans un service de médecine gériatrique et recevez Mme S., 90 ans, pour une dyspnée fébrile, en novembre, alors que débute l'épidémie grippale. Elle est adressée par son médecin traitant directement dans le service sans passer par les urgences.

Mme S. vit dans une résidence pour personnes âgées (RPA), elle est indépendante pour les gestes élémentaires de la vie quotidienne (ADL 6/6). Elle gère ses traitements, prépare ses repas mais son fils assure les courses car elle sort très peu de son domicile en raison d'une arthrose de la hanche gauche responsable de douleurs importantes. Elle se déplace habituellement avec une canne.

Les antécédents sont les suivants : un diabète de type 2 sous metformine 500 mg (1 comprimé matin et soir), une hypertension artérielle sous lercanidipine 10 mg / enalapril 20 mg par jour, une insuffisance rénale chronique, un antécédent de thrombose veineuse profonde au décours du post opératoire d'une prothèse de hanche droite, une anxiété chronique pour laquelle Mme S prend de l'oxazepam depuis plusieurs dizaines d'années. Il n'existe pas d'allergie médicamenteuse.

A son arrivée dans le service, Mme S est fébrile (38,8°C) la saturation est à 89 % en air ambiant. Elle pèse 61 kg. Le reste des paramètres comprend : TA 135/65 mmHg, fréquence cardiaque à 100 bpm, une glycémie capillaire à 1,25 g/L. L'auscultation pulmonaire retrouve un foyer de crépitants en base droite. Les bruits du cœur sont réguliers. La patiente ne présente pas d'œdèmes des membres inférieurs. L'abdomen est souple, indolore. Absence de nausée et de vomissement. La palpation des fosses lombaires est indolore. La patiente ne rapporte pas de signe fonctionnel urinaire. Elle est asthénique, orientée dans le temps et l'espace, elle répond de manière cohérente à vos questions. Elle ne présente pas de déficit moteur.

Question 1. Quels sont les facteurs de risque de mortalité dans ce contexte clinique ?

Vous obtenez rapidement les résultats suivants :

La CRP est à 115 mg/L. Il y a une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles (respectivement : 15 500 G/L dont 8 900 PNN G/L). La créatinine plasmatique est à 152 µmol/L avec un CKD-EPI à 25 ml/min/1,73m². Il s'agit de la créatinine habituelle de la patiente. Mme S arrive fébrile dans le service. La natrémie est à 149 mmol/L. La kaliémie est normale

Une PCR virale à la recherche de grippe/COVID et VRS est en attente.

La radiographie pulmonaire est présentée en figure 1.

Question 2. Quel est votre diagnostic ?

Question 3. L'infirmière vous demande si elle prélève un examen cytobactériologique des urines devant la fièvre, que lui répondez-vous ? Justifiez votre réponse.

Question 4. Quelle prise en charge thérapeutique initiez-vous à l'admission ?

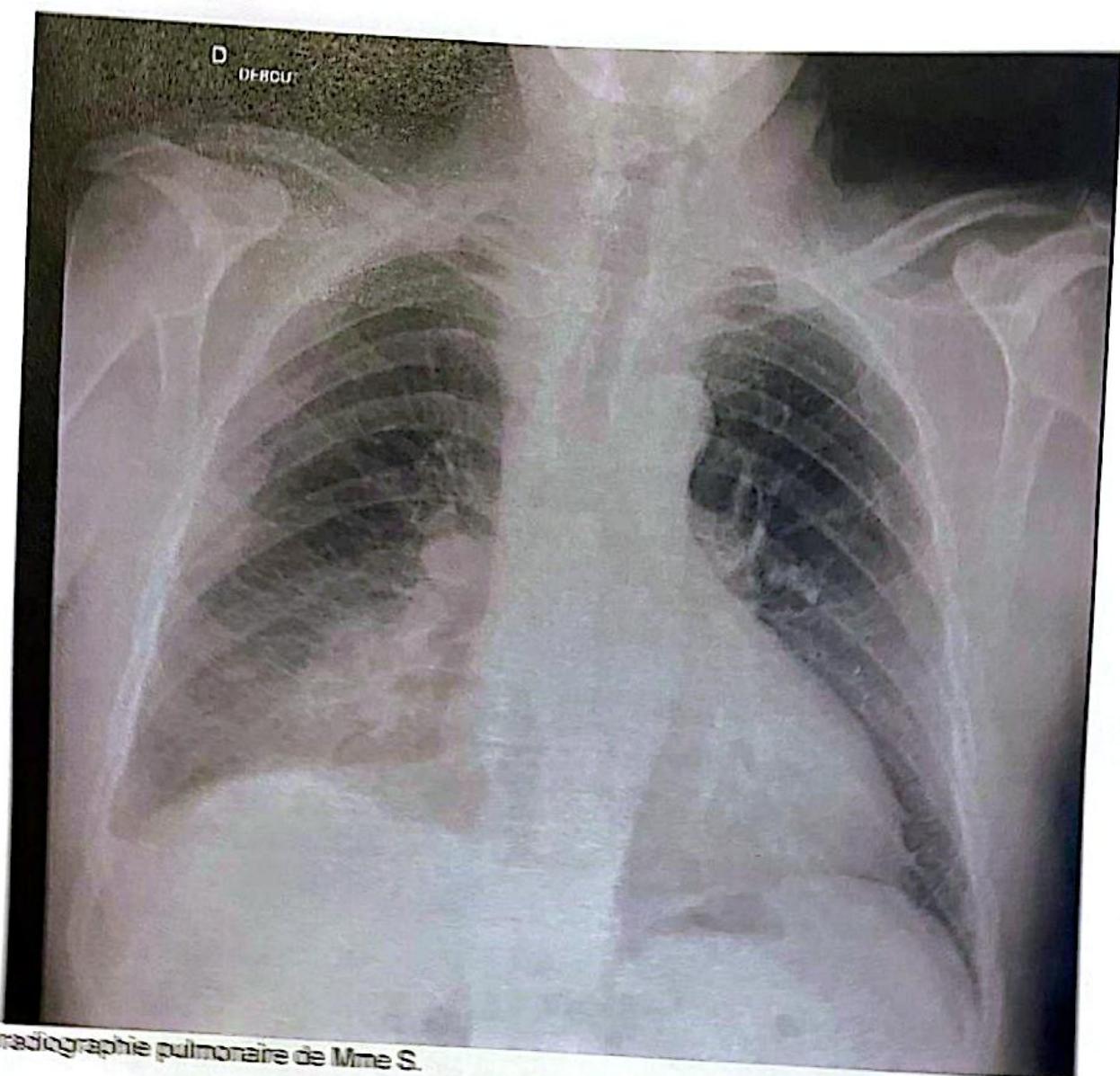
Au deuxième jour d'hospitalisation, Mme S présente un test positif pour *Influenza A*. Elle vous dit qu'elle a un peu attendu avant de venir à l'hôpital, les premiers symptômes respiratoires ayant commencé 5 jours avant son arrivée aux urgences. La saturation en air ambiant est à 95 % et l'état hémodynamique est stable.

Question 5. Au vu de ces résultats infectieux, changez-vous votre stratégie thérapeutique ? Pursuivez-vous l'antibiothérapie à l'identique et quelle durée de traitement prévoyez-vous ? Argumentez.

Mme S. évolue favorablement sur le plan clinique, mais reste asthénique et nécessite une aide pour la toilette. Elle présente une instabilité du schéma de marche se corrigent avec les séances de kinésithérapie motrice dans le service. Elle a perdu 2 kg durant l'hospitalisation, en lien notamment avec une baisse des ingestions.

Vous rencontrez Mme S et sa fille, à 2 jours de la sortie. Ces dernières souhaitent un retour à domicile.

Question 6. Quels sont vos arguments en faveur d'un séjour en SMR (soins médicaux et de réadaptation) ?



Radiographie pulmonaire de Mme S.

Figure n° 1

Sujet 4 :

Mme L., 84 ans, célibataire, est admise dans votre service de médecine aiguë gériatrique après une chute à domicile survenue en se levant la nuit pour aller aux toilettes. Elle ne se souvient pas précisément des circonstances de la chute. Son auxiliaire de vie l'a retrouvée au sol à domicile.

Ses antécédents médicaux comportent : hypertension artérielle, ostéoporose, arthrose invalidante des genoux, diabète de type 2 non insulino-requérant, troubles neurocognitifs légers diagnostiqués il y a 2 ans (MMS 26/30 à l'époque).

Ses traitements habituels sont les suivants : Amlodipine 10 mg/j, Metformine 850 mg × 2/j, Tramadol 50 mg × 3/j (prescrit par son médecin traitant il y a 6 mois pour douleurs chroniques), Zolpidem 10 mg au coucher, Calcium + vitamine D, Ibuprofène 400 mg depuis 2 semaines (prise quotidienne récente selon la fille).

À son arrivée aux urgences : TA : 105/60 mmHg, FC : 98 bpm, température : 37,8°C, pli cutané, glycémie capillaire : 1,4 g/L, FR : 20/min, Saturation : 95 % à l'air ambiant.

Mme L. est désorientée, agitée par moments et somnolente à d'autres. Elle ne reconnaît pas l'hôpital et répond à côté aux questions. L'interrogatoire des proches rapporte que l'état de la patiente est tout à fait inhabituel. Par ailleurs, on retrouve les éléments suivants : Perte de poids : 8 kg en 6 mois (poids actuel 52 Kg), diminution de l'appétit depuis 6 mois. Elle a fait deux chutes dans l'année écoulée. Elle marche en intérieur avec une canne. Elle rapporte plusieurs épisodes de vertiges et un sommeil perturbé. Mme L. vit seule, aidée par une auxiliaire de vie qui vient 3 fois/semaine. Poids habituel 60 kg, taille 1m62. Il y a une petite plaie de l'arcade sourcilière gauche.

Le bilan biologique retrouve les éléments suivants : CRP = 6 mg/L, sodium = 133 mmol/L, créatininémie à 67 µmol/L (0,76 mg/dL) (DFG = 77 mL/min selon CKD-EPI), hémoglobine = 11,2 g/dL, albumine = 29 g/L.

La radiographie du bassin ne retrouve pas de fracture et le scanner cérébral ne retrouve pas de saignement ni de signe d'ischémie mais uniquement une atrophie cortico-sous corticale diffuse.

Question 1 : Sur quels éléments cliniques et biologiques pouvez-vous retenir le diagnostic de dénutrition et quelle en est la sévérité (justifiez votre réponse) ?

Question 2 : Parmi les traitements de Mme L., identifiez les médicaments potentiellement inappropriés ou à risque dans ce contexte de fragilité, et explicitez leur rôle possible dans la survenue de chutes ou d'un syndrome confusionnel.

Question 3 : Citez les facteurs de risque de chute et les facteurs de gravité en cas de chute déjà repérés chez Mme L., en distinguant les facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques.

Question 4 : En rappelant les critères diagnostiques du syndrome confusionnel (delirium) du DSM 5, dites pourquoi on peut retenir pour Mme L le diagnostic de syndrome confusionnel. Dites quels sont les facteurs précipitants et favorisants qui ont contribué à l'apparition de ce syndrome confusionnel.

Question 5 : Trois mois après la résolution du syndrome confusionnel, vous recevez Mme L. en consultation. Quelles tests/outils utilisez-vous pour l'évaluation des fonctions cognitives et l'évaluation fonctionnelle à l'occasion de votre consultation ? Quelles explorations complémentaires demandez-vous dans le cadre de l'évaluation initiale des troubles neurocognitifs ?