

La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques. (voir item 322) IC-130

- Connaître la prise en charge globale du sujet âgé
- Connaître l'évaluation gériatrique standardisée
- Connaître le modèle du « 1 + 2 + 3 » ou « 1 + 3 » pour la décompensation en gériatrie
- Connaître les facteurs précipitants de décompensation
- Connaître la définition de la cascade gériatrique et du cercle vicieux gériatrique
- Connaître la définition du vieillissement pathologique
- Connaître la définition de la polypathologie
- Connaître les conséquences de la polypathologie sur la démarche diagnostique
- Connaître les spécificités sémiologiques du sujet âgé
- Connaître la définition de la polymédication (Polymédication)
- Connaître la définition de la fragilité en gériatrie
- Connaître la définition de l'évaluation gériatrique standardisée
- Connaître les outils d'évaluation globale du sujet âgé
- Connaître les spécificités de la prise en charge en gériatrie
- Connaître les critères de fragilité
- Connaître des exemples de spécificités sémiologiques avec l'âge ou de polypathologie

Connaître la prise en charge globale du sujet âgé OIC-130-01-A

La prise en charge de la personne âgée ne peut pas se résumer à la prise en charge de ses pathologies médicales qu'elles soient chroniques ou aiguës. Elle nécessite une approche globale et comprend les éléments suivants :

- Diagnostiquer et prendre en charge des pathologies aiguës et chroniques
- Prévenir les complications (dénutrition, confusion, chute, déclin fonctionnel...)
- Évaluer le retentissement fonctionnel de ces pathologies
- Conserver l'autonomie du patient
- Adapter au mieux l'environnement du patient (devenir social)
- Inclure dans cette prise en charge les volontés du patient

Connaître l'évaluation gériatrique standardisée OIC-130-02-B

Évaluation gériatrique standardisée = évaluation multidimensionnelle + proposition de prise en charge

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) est réalisée, au mieux, en dehors d'une situation aiguë, chez un patient stable. L'évaluation est médicale, sociale, fonctionnelle et comprend l'intervention de plusieurs métiers : médecin, infirmier/aide-soignant, kinésithérapeute, assistant social, ergothérapeute...

Elle permet de décrire le plus précisément possible le patient âgé dans ses différentes dimensions. Les principales dimensions évaluées sont les suivantes

- Fonctions cognitives (Mini-Mental State Examination - MMSE) et risque confusionnel (Confusion Assessment Method - CAM)
- Autonomie et indépendance fonctionnelle (Activities of Daily Living -ADL, Instrumental ADL IADL)
- Risque de chutes (appui unipodal, Timed Up & Go)
- État nutritionnel (Mini Nutritional Assessment - MNA)
- Dépression (Geriatric Depression Scale - GDS)
- Risque d'escarres (échelle de Norton ou de Braden)
- Comorbidités, fonction rénale et traitement (clairance de créatinine), conciliation
- Environnement social
- Dépistage des troubles sensoriels

cette étape d'évaluation est indissociable de propositions de prise en charge (conciliation médicamenteuse, optimisation de prise en charge de pathologies chroniques, de la dénutrition, adaptation de l'environnement et des aides....,)

Connaître le modèle du « 1 + 2 + 3 » ou « 1 + 3 » pour la décompensation en gériatrie OIC-130-03-B

Le modèle « 1 + 2 + 3 » ou « 1 + 3 » de Jean Pierre Bouchon a pour objectif d'être efficace en gériatrie afin d'optimiser la prise en charge du sujet âgé et représente la base du raisonnement à suivre devant un tableau de décompensation aigue en gériatrie.

- Ce raisonnement du 1+2+3 permet de mettre en place une **intervention structurée** : corriger le facteur précipitant (facteur 3), faire le bilan de la pathologie d'organe sous-jacente et revoir son traitement de fond (facteur 2), et mettre en place des mesures améliorant les conséquences du vieillissement (facteur 1).

Devant une pathologie aigue, il convient de

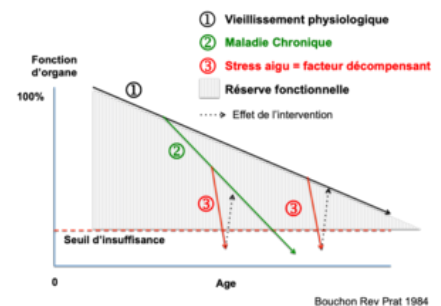
1. Détecter les situations de vulnérabilité

La fonction d'organe diminue progressivement avec le temps MAIS le vieillissement seul ne peut pas expliquer une défaillance d'organe (le vieillissement ne peut expliquer une dyspnée, une confusion ou une chute) – ligne 1. Cette perte progressive de fonction explique la diminution de la réserve de la fonction d'organe

2. Diagnostiquer les pathologies chroniques

La fonction d'organe est d'autant plus importante qu'il existe une pathologie chronique (maladie neurodégénérative, valvulopathie aortique....). La maladie chronique peut entraîner une défaillance d'organe, d'autant plus qu'elle n'est pas prise en charge de manière optimale. La réserve est encore plus diminuée en présence de pathologies chroniques

3. **TRAQUER le facteur précipitant** = évènement aigu responsable de la décompensation. Son traitement rend la défaillance d'organe réversible !



Connaître les facteurs précipitants de décompensation OIC-130-04-B

Les facteurs précipitants (3 sur la Figure du 1+2+3) sont les événements aigus qui provoquent une rupture par rapport à l'état antérieur et une décompensation d'organe (OAP, confusion, déclin fonctionnel brutal, chute...).

Parmi les premiers reflexes, **la IATROGENIE** doit être recherchée (très rentable, 1 patient âgé sur 5 vient aux urgences à cause de ses traitements).

Liste non exhaustives des facteurs précipitants:

1-Iatrogénie+++:

Ces deux questions sont systématiques: "Dans la semaine qui a précédé la situation actuelle, avez-vous modifié ou suspendu un de vos traitements, avez-vous commencé un nouveau médicament ?"

- Introduction de nouveau traitement
- Sevrage de traitement
- Modification de posologie
- Toxiques (CO, alcool...)

2-Pathologies aiguës intercurrentes:

Se recherchent par l'interrogatoire (s'est il passé quelque chose de nouveau avant la situation actuelle ?") et surtout par l'examen clinique qui doit être très rigoureux:

- Infection
- Anémie
- Globe urinaire
- Fécalome
- Déshydratation et troubles ioniques (dysnatrémie, hypercalcémie)
- Hypoglycémie
- Trouble du rythme

- Infarctus du myocarde
- Accident vasculaire cérébral

3- Traumatismes physiques:

Se recherchent à l'interrogatoire mais aussi par leurs conséquences à l'examen clinique.

- Chutes
- Fractures
- Canicule
- DOULEUR

4-Traumatismes psychologiques

A considérer comme des diagnostics d'élimination.

- Conflit
- Deuil
- Déménagement, changement de chambre ou de personnels soignants en institution

Pour chacun de ces facteurs précipitants, la séquence chronologique doit être précisée et doit être cohérente pour en retenir la responsabilité et le diagnostic.

Connaître la définition de la cascade gériatrique et du cercle vicieux gériatrique OIC-130-05-A

La « cascade gériatrique » est la succession d'événements médicaux secondaires à un facteur précipitant (les décompensations d'organes s'enchainent en domino).

Exemple :

Une patiente est hospitalisée pour une fracture de l'extrémité supérieure du fémur, nécessitant une chirurgie. En lien avec l'intervention, elle fait une anémie sur les pertes sanguines chirurgicales et l'hématome périfracturaire. Cette anémie est mal tolérée sur le plan cardiaque, et la patiente fait un œdème pulmonaire. Conséquence de l'hypoxie et de la détresse respiratoire liée à son OAP, la patiente développe un syndrome confusionnel. Dans le cadre de son syndrome confusionnel, la patiente est agitée, et l'équipe qui la prend en charge lui prescrit des neuroleptiques pour contrôler les signes comportementaux. Conséquence des neuroleptiques, la patiente est somnolente, essaye de se lever, et chute. Et déplace son matériel chirurgical, nécessitant une nouvelle chirurgie. Elle fait aussi des fausses-routes alimentaires dans le cadre de son hypovigilance, et fait une pneumonie d'inhalation. L'ensemble retarde la reprise d'appui, et la patiente développe une escarre talonnière, ainsi qu'un déclin fonctionnel, avec une nécessité de réhabilitation prolongée et risque de besoin d'institutionnalisation au décours.

Elle concerne souvent les fonctions suivantes :

- cérébrale (confusion, dépression, désadaptation psychomotrice),
- cardiaque (insuffisance cardiaque),
- rénale (insuffisance rénale),
- alimentation (déshydratation, dénutrition).

Il faut ANTICIPER +++

Patient confus --> hydratation (incitation à la boisson ou perfusion) car le patient risque de ne pas boire spontanément

Patient hospitalisé --> mobilisation précoce (la mobilisation précoce prévient le déclin fonctionnel et la confusion)

Fracture du bassin --> prévenir la constipation et le globe urinaire (favorisé par la diminution de la mobilisation et les traitements antalgiques paliers 2 ou 3)

Cette cascade gériatrique peut devenir un **cercle vicieux**.

Ex :

Confusion --> agitation --> prescription de psychotrope --> confusion

Dénutrition --> infection --> hypercatabolisme --> dénutriton

Chute --> syndrome post chute --> chute

Connaître la définition du vieillissement pathologique OIC-130-06-A

Il est plus facile de définir un vieillissement réussi qu'un vieillissement pathologique (dont le terme est impropre puisque le vieillissement est un processus physiologique et non pathologique).

Chez les personnes ayant une faible diminution des capacités fonctionnelles et qui conservent des capacités de réserve importantes, on parle de « vieillissement réussi ». Ces individus sont capables de faire face à des stress importants, et leurs problématiques de santé sont le plus souvent assez proches de celles d'adultes moins âgés.

Le vieillissement dit pathologique répond à toute forme de vieillissement qui n'est pas réussi, avec une très grande hétérogénéité selon les sujets. Il s'agit de personnes âgées qui cumulent à des degrés divers,

- les conséquences des phénomènes biologiques liés au vieillissement et ainsi une vulnérabilité à la réponse à tout stress liée à la diminution des capacités de réserve fonctionnelle,
- les conséquences sur le fonctionnement d'organe des pathologies (d'autant plus qu'elles ne sont pas prises en charge correctement), de la polymédication liée aux pathologies,
- pour aboutir à une perte d'indépendance fonctionnelle, d'autonomie, de qualité de vie.

Connaître la définition de la polypathologie OIC-130-07-A

Le nombre de pathologies augmente avec l'âge, et la définition de poly pathologie est variable selon les sources. Pour certains, dès qu'il existe plus d'une comorbidité, pour d'autre arbitrairement dès qu'il y a présence concomitante de 5 pathologies chroniques, ce qui correspond au nombre moyens de pathologies chez les patients en Gériatrie.

La polypathologie est associée à une polymédication et une augmentation du risque de iatrogénie.

Connaître les conséquences de la polypathologie sur la démarche diagnostique OIC-130-08-A

Certaines maladies peuvent être plus difficile à diagnostiquer en cas de polypathologie, qui représente un bruit de fond permanent dans la vie des patients. Ainsi, le patient parlera de ses douleurs chroniques d'arthrose, de sa dyspnée ou toux chronique en lien avec sa BPCO, etc... Il est donc essentiel de recentrer d'emblée l'interrogatoire sur le motif de consultation ou d'hospitalisation. "Pour quelle raison venez-vous consulter ce jour ?". "Quel élément médical nouveau me vaut le plaisir de vous voir en consultation ce jour ?".

Au sein de la polypathologie, la présence de troubles neurocognitifs représente une difficulté supplémentaire, nécessitant l'interrogatoire des proches.

La polypathologie nécessite donc de:

- lister l'ensemble des pathologies
- cibler les pathologies impliquées dans le motif de consultation ou d'hospitalisation;
- cibler les pathologies mal cadrées qu'il faudra rapidement également prendre en charge
- lister les pathologies quiescentes (connues, bien prises en charge, stable dans le contexte aigu actuel
- lister l'ensemble des traitements prescrits, anticiper les nouveaux traitements nécessaires au vu des traitements habituels, et appliquer une démarche systématique d'évaluation du risque d'Evènement indésirable Médicamenteux.

Seule cette approche systématique permet de hiérarchiser la prise en charge des pathologies, leurs explorations et leurs traitements.

Connaître les spécificités sémiologiques du sujet âgé OIC-130-09-A

La présentation clinique des pathologies est **hétérogène** dans la population âgée. La sémiologie est le plus souvent identique à celle des patients jeunes, mais peut parfois être « atypique », en particulier chez les patients polypathologiques et/ou avec troubles neurocognitifs majeurs, c'est-à-dire caractérisée par :

- **L'absence de signe spécifique :**
 - o moindre fréquence de la douleur thoracique dans l'infarctus du myocarde ou de la fièvre dans les infections,
 - o absence de défense musculaire ou de contracture en cas de péritonite;
 - o absence de foyer de crépitations pulmonaires en raison de la déshydratation, foyer qui deviendra audible avec la réhydratation.
- **La présence de signes non spécifiques :**
 - o chute favorisée par l'asthénie et/ou la deshydratation dans un contexte de pneumonie,
 - o confusion et/ou déclin fonctionnel comme principal symptôme de tout évènement aigu chez un patient avec TNCM: seule la rigueur de l'examen clinique systématique permet de trouver le facteur précipitant,
- La présence de signes en lien avec une décompensation d'organe (« **sémiologie d'emprunt** »):
 - o OAP sur une anémie : les signes d'OAP prédominent sur ceux de l'anémie
 - o confusion sur pyélonéphrite

L'atypie sémiologique peut ainsi être responsable d'un retard diagnostique et nécessite de redoubler d'effort en examinant les patients âgés. La plupart des patients ont un tableau sémiologique « mixte » : présence de signes non spécifiques et spécifiques

nécessitant un examen clinique rigoureux.

Connaître la définition de la polymédication (Polymédication) OIC-130-10-A

La polymédication est la prise de plusieurs médicaments de manière quotidienne. On parle de polymédication au delà de 5 classes thérapeutiques. Cependant si la polymédication est un facteur de risque d'évènement indésirable médicamenteux, ce sont surtout les classes thérapeutiques utilisées (en particulier les antithrombotiques, les antidiabétiques, les antihypertenseurs) ou la présence de prescription médicamenteuse inappropriée au sein de l'ordonnance qui posent problème (overuse, misuse, underuse).

Connaître la définition de la fragilité en gériatrie OIC-130-11-A

La fragilité est un syndrome gériatrique mesurable qui permet d'appréhender de manière plus globale la vulnérabilité de la personne âgée. Sa définition repose sur la présence d'au moins trois critères de Fried sur cinq.

La fragilité est un syndrome clinique caractérisé par une baisse des capacités physiologiques de réserve altérant les mécanismes d'adaptation au stress. Cet état potentiellement réversible est un facteur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs (chute, hospitalisation, entrée en institution).

Connaître la définition de l'évaluation gériatrique standardisée OIC-130-12-A

Évaluation gériatrique standardisée = évaluation multidimensionnelle + proposition de prise en charge

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) est réalisée, au mieux, en dehors d'une situation aiguë, chez un patient stable. L'évaluation est médicale, sociale, fonctionnelle et comprend l'intervention de plusieurs métiers : médecin, infirmier/aide-soignant, kinésithérapeute, assistant social, ergothérapeute...

Elle permet de décrire le plus précisément possible le patient âgé dans ses différentes dimensions. Les principales dimensions évaluées sont les suivantes

- Fonctions cognitives (Mini-Mental State Examination - MMSE) et risque confusionnel (Confusion Assessment Method - CAM)
 - Autonomie et indépendance fonctionnelle (Activities of Daily Living -ADL, Instrumental ADL IADL)
 - Risque de chutes (appui unipodal, Timed Up & Go)
 - État nutritionnel (Mini Nutritional Assessment - MNA)
 - Dépression (Geriatric Depression Scale - GDS)
 - Risque d'escarres (échelle de Norton ou de Braden)
 - Comorbidités, fonction rénale et traitement (clairance de créatinine)
-

Connaître les outils d'évaluation globale du sujet âgé OIC-130-13-B

- Fonctions cognitives (Mini-Mental State Examination - MMSE) et risque confusionnel (Confusion Assessment Method - CAM)
 - Autonomie et indépendance fonctionnelle (Activities of Daily Living ADL, Instrumental ADL IADL)
 - Risque de chutes (appui unipodal, Timed Up & Go)
 - État nutritionnel (Mini Nutritional Assessment - MNA, poids et IMC)
 - Dépression (Geriatric Depression Scale - GDS)
 - Risque d'escarres (échelle de Norton ou de Braden)
 - Comorbidités, fonction rénale et traitement (clairance de créatinine)
-

Connaître les spécificités de la prise en charge en gériatrie OIC-130-14-A

La prise en charge en gériatrie doit intégrer la dimension somatique, mais aussi psychologique, fonctionnelle et sociale. Elle intègre la prévention. Elle prend en considération la/les pathologies aiguës, leur répercussions sur les pathologies chroniques, évite les pathologies en cascade et la dépendance iatrogène.

C'est une médecine exigeante qui nécessite d'établir la meilleure prise en charge possible tenant compte des données de la science, des souhaits du patients et de son entourage, de l'évaluation des bénéfices et des risques en fonction de l'évaluation gériatrique multidimensionnelle réalisée.

Connaître les critères de fragilité OIC-130-15-B

Critères de Fried

La personne est robuste en l'absence de critère, elle est préfragile en présence d'1 ou de 2 critères et enfin elle est qualifiée de fragile en présence d'au moins 3 critères.

1. **Perte de poids**
 2. **Fatigue subjective**
 3. **Activité physique diminuée**
 4. **Vitesse de marche diminuée**
 5. **Force de préhension diminuée**
-

Connaître des exemples de spécificités sémiologiques avec l'âge ou de polypathologie OIC-130-16-B

- Absence de fièvre dans les infections
 - Anorexie sans douleur isolée d'un ulcère gastroduodéal
 - Absence d'humeur dépressive dans un état dépressif majeur
 - Absence de contracture abdominale dans une péritonite
 - Absence de douleur thoracique lors d'un infarctus du myocarde
 - ...
-