

**Docteur,
on appelle l'équipe mobile?!**

Formation médecine de la personne
âgée

9 novembre 2017

Drs Halfon et Vannotti

Situation initiale

- M. G., 90 ans
- Diabète depuis 25 ans, insulino-traité depuis 10 ans
- Cardiopathie ischémique dilatée, rythmique (PM pour BAV)
- BPCO gold III
- HTA
- Maladie d'Alzheimer à composante cérébro vasculaire (MMS 20/30)
- Chutes récidivantes (compliquées d'un hématome sous-dural chronique)

Traitement médicamenteux (n = 8)

- Lantus 26 Unités 1x/j (géré par CMS)
- Torasemid 2.5 mg 1x/j
- Losartan 25 mg 1x/j
- Simvastatine 20mg 1x/j
- Carvedilol 6.25 mg x2/j

- Spiriva 1x/j
- Seretide 500 2x/j
- Calcimagon 1x/j

Contexte

- Ancien entrepreneur du bâtiment, décrit comme tyrannique ; souffrance familiale
- Vit à domicile avec son épouse de 79 ans, opérée d'un cancer du pancréas ,rapidement défavorable
- Fils habitant dans le même immeuble et une fille
- CMS passe 7/7, l'insuline , 3/7 aide à la douche
- Perte d'autonomie pour la plupart des AIVQ
- Guidance pour les soins d'hygiène et habillage;

Mais :

- Patient décrit comme tyrannique, irritable et agressif (SCPD?) envers:
- Son épouse :
 - « urination » en dehors de la cuvette (comportement frontal ou maladresse?), refus d'alimentation, jette le contenu de son plat par la fenêtre ; sommeil fractionnée et comportement perturbateur nocturne
- Le CMS :
 - Agressivité verbale, refus des soins d'hygiène, renvoie la physiothérapeute, l'acceptation des glycémies et de l'insuline devient complexe
- L'entourage et le CMS sont épuisés et se sentent impuissants, ils demandent ... UN médicament!

Synthèse

- Homme âgé avec tissu social préservé, dépendant et en perte d'autonomie
- Co morbidités :
 - **Neuro- dégénérative chronique irréversible**
 - Cardio-vasculaire chronique
 - Pneumologique (dyspnée)
 - Syndromes gériatriques : chutes (non évitables et non réeducable)
 - Polymédicamentation
- Aide formelle en place (CMS)

Que faites-vous?

- a. Vous appelez le médecin de garde et (hop) en PLAFA à Céry!
- b. Vous alertez l'EM gériatrie pour qu'elle contacte l'EM de psychiatrie de l'âge avancé.
- c. Vous appelez directement l'EM de psychiatrie de l'âge avancé qui peut prescrire « LE médicament » demandé par la famille.
- d. Vous organisez un réseau : patient + CMS + famille + MT.
- e. Vous faites appel à la consultation des proches aidants.

Équipe de psychiatrie de l'âge avancé

Diagnostics différentiels :

trouble de la personnalité vs troubles du comportement lié à la démence vs
dépression larvée qui se manifeste avec de l'irritabilité

Prescription de (N=*):

- Cipralex[®] : 10 mg
- Distraneurine[®] : 5 ml le soir
- Quétiapine[®] XR : 50 mg le soir

- Et toujours (N=8):
- Lantus 26 Unités 1x/j (géré par CMS ???), Torasemid 2.5 mg 1x/j, Losartan 25 mg 1x/j, Simvastatine 20mg 1x/j, Carvedilol 6.25 mg x2/j, Spiriva 1x/j, Seretide 500 2x/j, Calcimagon 1x/j

Suivi (S 4)

- Il chute :
 - fracture du col fémoral ostéosynthésée
- Patient ne souhaite pas le CTR:
- Capacité de discernement préservée et une mobilité suffisante pour un RAD,
- il s'engage à collaborer avec CMS, famille et READOM

Suivi S 10

- Chute la nuit en voulant prendre son urinal
=> une fracture du fémur contro-latérale
- À l'hôpital: hémi-syndrome brachio-facial G sur accident thrombo-embolique artériel (FA).
- Plusieurs hypoglycémies graves symptomatiques
- Transfert en EMS, pas de ttt spécifique proposé

EMS gériatrique

- Refus des soins de base et de s'alimenter ; pleurs en évoquant son épouse
- Gémissements sans pouvoir préciser la nature de son inconfort ou de sa douleur
- Plaintes du voisin de chambre
- EMS demande d'appeler l'EM de psycho gériatrie

Que faites-vous?

- A. Vous le transférez aux urgences de l'hôpital le plus proche pour soins impossibles en EMS.
- B. Antalgie efficace avec 2 ampoules (20 mg) de morphine sc 6 x/j
- C. Vous adressez un courrier au BRIO pour le changer d'EMS
- D. Autre? Vous demandez un colloque d'équipe?

Merci pour votre attention!