

Admission en médecine interne générale et après ?

Dr Judith Fournier, médecin adjointe, méd. interne, CHVR, Sion
Dr Jérôme Morisod, médecin chef, gériatrie, CHVR, St-Maurice

Monsieur M. 83 ans



Patient amené aux urgences en ambulance suite à une chute survenue durant la nuit à domicile, alors qu'il s'était levé pour ouvrir la fenêtre.

Atcd / comobidités :

Cardiopathie ischémique :

- NSTEMI avec s/p stent en 2007
- FE 55%

BPCO non stadée :

- Tabagisme actif 60UPA

Consommation d'alcool à risque (1 bt de vin/jour)

Traitement habituel :

Aspirine cardio – Tenormine mite - Spiriva 18 mcg – Symbicort 200/6 – Escitalopram 10 mg - Prostagutt - Dafalgan en R

Cadre de vie : divorcé, vit seul.

AVQ : autonome pour toutes ses AVQ.

AIVQ : conduit, gère ses médicaments, ses factures, fait ses courses. Aide privée pour le ménage et la lessive, courses.

⇒ Bilan traumatique : petite HSA parafalcique gauche

⇒ Fracture du processus transverse gauche de D12

⇒ Fracture-tassements de D10 et L2

⇒ Hospitalisée en médecine pour antalgie et bilan de chute

Liste des problèmes :

Chute de sa hauteur

Bilan traumatique :

- > HSA parafalcique gauche : disparue au CT de contrôle
- > Fracture du processus transverse gauche de D12
- > Fracture-tassements de D10 et L2

Troubles de la marche et de l'équilibre avec chute

Bilan de chute :

- > Facteurs de risque intrinsèques : carence en vitamine D, ostéoporose
- > Facteurs de risque extrinsèques : Escitalopram, Tenormin mite, alcool

Ostéoporose fracturaire (fracture vertébrale sur chute de sa hauteur)

- > début d'un traitement d'ostéoporose

=> Transfert en en gériatrie pour suite de prise en charge

Evolution

- Après quelques jours d'hospitalisation, le patient étant afébrile, sans douleur, avec des paramètres biologiques normalisés, difficultés de re-mobilisation du patient, incapacité et **refus** de faire les transferts, angoisse importante à la mobilisation.
- La mise en orthostatisme est particulièrement **angoissante** et mal vécue, le patient s'opposant au lever et à marcher : en position debout, flexum des genoux, retropulsion et tronc fléchi vers l'avant, tendance à l'agrippement











Définition du syndrome post-chute

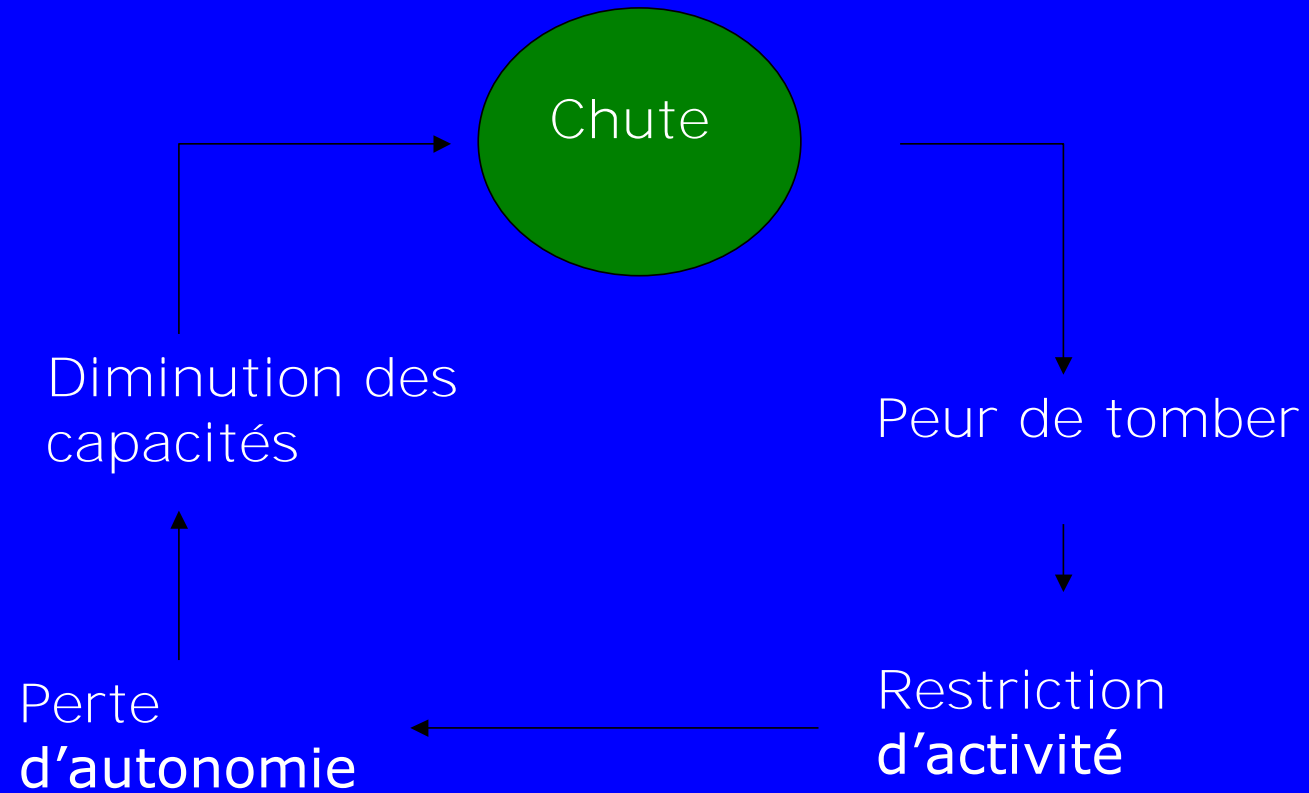
Le syndrome post-chute se définit par l'apparition dans les jours suivant une chute chez une personne âgée d'une diminution des activités et de l'autonomie physique, alors que l'examen clinique et si besoin le bilan radiologique ne décèlent pas de cause neurologique ou mécanique ou de complication traumatique (*Murphy, Gerontology, 1982, 265*)

Plus généralement, on entend par syndrome post-chute un ensemble de troubles psychologiques, de l'équilibre et de la marche observés après une chute.

Particularités du syndrome

- Désadaptation posturale marquée
- Peur de tomber exprimée
- Angoisse de la verticalisation et de la marche
- Phobie du vide antérieur
- Sidération des automatismes (disparition des réactions de protection)

Le syndrome post-chute



Syndrome post-chute

- Touche 15-30% des patients qui chutent
- Peur de retomber constamment associée (fear of falling)
- Mesurable par un questionnaire (FES-I p.ex.)
- Entraîne une perte d'autonomie et isolement social (Evitt, Rehab Nurs, 207,2004)
- Augmente le risque de re-chuter (Bourdessol, Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, 2005)
- La réadaptation est une urgence !

Syndrome post-chute : facteurs de risque

- le fait que le sujet n'ait pas pu se relever seul de sa chute
- le fait qu'il ait passé plus d'une heure à terre
- le fait qu'il ait vécu plus de trois chutes dans l'année

(L'année gériatrique, Paris, Serdi, 1995, 423-36)

- 40% des patients restés à terre > 3 heures sont décédés à 6 mois

(Debray, 2005)

Fear of falling

- Augmente le risque de chuter
- Entraîne une restriction des activités
- Entraîne un déclin fonctionnel
- Diminue la qualité de vie
- Augmente le risque d'institutionnalisation

Salked, BMJ,2000:341 – Suzuki, Nurs Health Sci. 2002:155

Syndrome post-chute

- « Le sujet ralenti, mais rarement dément, ne démontre **aucun intérêt** pour trouver un niveau de fonctionnement antérieur; sur le plan moteur, il reste assis, refuse de se lever ou de se mobiliser. En orthostatisme, il présente de sévères troubles de l'adaptation posturale avec une appréhension et une **peur du vide antérieur**. Il se tient le tronc rejeté en arrière, dans la **position du véliplanchiste**. »

Gaudet, Med&Hyg, 1986;1332





Historique

- 1982 Murphy : troubles de la marche et de la posture survenant dans les suites d'une chute (Gerontology, 1982;265) =« **post-fall syndrome** »
- 1986 Gaudet : « **Syndrome de Régression psycho-motrice** » (Med&Hyg, 1986;1332)
- **Forme aiguë** survenant principalement après une chute (symptomatologie motrice au premier plan)
- **Forme chronique** révélée plutôt par une affection médicale (symptomatologie motrice et psycho-comportementale au premier plan, d'installation insidieuse, souvent masquée par la pathologie de base).
- Actuellement, le syndrome post-chute est considéré comme la **forme aiguë** du syndrome dénommé **Syndrome de désadaptation psycho-motrice** (Pfitzenmeyer, 2004)

Prise en charge du syndrome post-chute

- Surtout basé sur une physiothérapie spécifique et précoce
- Utilisation empirique de médicaments anxiolytiques (SSRI, NL, benzodiazépines, ...)

Principes de physiothérapie

- Retournement et passage assis au bord du lit
- Reprogrammation sensori-motrice, lutte contre la rétro-pulsion
- Réactivation des stratégies de posture
- Rééducation à la marche
- **Relever du sol** (se retourner sur le ventre, se mettre à quatre pattes, puis sur les genoux, et se hisser en se tenant à un meuble fixe en s'aidant avec les membres supérieurs, chaise surtout, ou fauteuil, lit, autre meuble)

Mourey, Kinésithérapie scientifique 2001, 23-27

Interventions utiles en cas de peur de tomber

- **Thérapies cognitivo-comportementales** (*Tennstedt S, J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 1998;53B:P384–P392*) : effet durable (amélioration du FES) mais faibles gains en terme de mobilité
- **Programmes éducatifs (identification et réduction des facteurs de risques)** : amélioration modeste de la mobilité mais amélioration psychologique (moins de peur)
- **Programmes d'activité physique (physio)** : amélioration compétences physiques surtout (*Brouwer, JAGS, 2003:829*)
- → nécessité d'une approche multidisciplinaire

















Dépistage des syndromes gériatriques

- TME : Chutes dans les 6 derniers mois ?, peur de tomber?
- Troubles cognitifs ? MMS; MOCA
- Etat confusionnel : CAM
- Troubles thymiques : mini GDS
- Dénutrition/sarcopénie : MNA SF
- Désafférentation sensorielle
- Polypharmacie (y.c médicaments inappropriés)
- Douleurs chroniques
- Incontinence urinaire

Identifier le type de patient

4 groupes :

- 1-déficit mineur (tassement vertébral) : récupération complète
- 2-déficit moyen (fracture col fémoral) : probable récupération complète (majorité des cas)
- 3-déficit fonctionnel (incapacité) potentiellement permanent mais stable (AVC, amputations)
- 4-déficit fonctionnel (incapacité) s'aggravant progressivement (mal. Parkinson, démences, cardiopathies avancées..)

L 'équipe multidisciplinaire

- physiothérapeute
- ergothérapeute
- un assistant social (inf. de liaison)
- neuropsychologue
- équipe infirmière
- médecin
- (consultant médecine physique, logopédiste)
- + le patient !

L 'équipe et le colloque multidisciplinaire

- Utile dans la réunion et la confrontation des idées
- Informations déterminantes pour le patient
- Correction des données individuelles par le groupe
- Adhésion à un modèle de prise en charge
- Participation interactive
- Développement d 'idées nouvelles
- Garantie d 'un respect du malade (dimension éthique)
- Laminage (temporaire !) des hiérarchies
- Ligne directrice

Définition

Processus structuré d 'évaluation et d 'intervention permettant de diminuer ou de pallier les déficiences, les incapacités et les handicaps. Son objectif est la restauration des capacités individuelles pour atteindre et permettre la meilleure qualité de vie possible, tenant compte des possibilités et limites du patient.

Modèle du déclin fonctionnel

(selon Verbrugge et Jette, 1994)

Pathologie → Déficience → Incapacité → Handicap
(organe) (fonction) (rôle)

Gonarthrose → raideur → boiterie → Isolement
douleur tr. praxiques placement

Principes de réadaptation gériatrique

- Comment informer ? Que dire ?
- Utiliser des mots simples, des objectifs concrets, liés aux activités de la vie de tous les jours : « nous nous rendons aux WC puis à la cafeteria retrouver vos enfants »
- Feed-back régulier donné au patient
- Vérifier les connaissances du patient
- Aborder les difficultés sous forme de potentialités et non sous forme de pertes : « vous pouvez encore faire ceci »
- Adhésion et motivation meilleures si objectifs appropriés, négociés, clairement communiqués et réalistes (qualité de vie)

Index de Barthel = AVQ

<i>Item</i>	<i>Description</i>	<i>Score</i>	<i>Dates</i>	
1.Alimentation	Autonome. Capable de se servir des instruments nécessaires. Prend ses repas en un temps raisonnable A besoin d'aide, par exemple pour couper	10 5		
2.Bain	Possible sans aide	5		
3.Continence rectale	Aucun accident Accidents occasionnels	10 5		
4.Continence urinaire	Aucun accident Accidents occasionnels	10 5		
5.Déplacements	N'a pas besoin de fauteuil roulant. Autonome sur une distance de 50 m, éventuellement avec des cannes. Peut faire 50 mètres avec aide. Autonome dans un fauteuil roulant, si incapable de marcher.	15 10 5		
6.Escaliers	Autonome. Peut se servir de rampes. A besoin d'aide et de surveillance.	10 5		
7.Habillage	Autonome. Attache ses chaussures. Attache ses boutons. Met ses bretelles. A besoin d'aide, mais fait au moins la moitié de la tâche dans un temps raisonnable.	10 5		
8.Soins personnels	Se lave le visage, se coiffe, se brosse les dents, se rase. Peut brancher un rasoir électrique.	5		
9.Usage des WC	Autonome. Se sert seul du papier hygiénique, de la chasse d'eau. A besoin d'aide pour l'équilibre, pour ajuster ses vêtements et se servir du papier hygiénique.	10 5		
10.Transfert du lit au fauteuil	Autonome, y compris pour faire fonctionner un fauteuil roulant. Surveillance ou aide minime. Capable de s'asseoir, mais a besoin d'une aide maximum pour le transfert.	15 10 5		

Score : _____

Lawton = AIVQ

Lawton Gerontologist 1969;
9:179-86

EVALUATION FONCTIONNELLE

ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE - IADL



Lessive



Course



Ménage



Argent



Cuisine



Transport



Traitement



Téléphone

Test d'équilibre

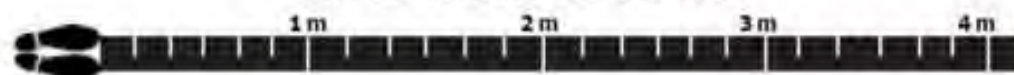


Temps de maintien de chaque position (jusqu'à 10 secondes)

Stopper le test si le patient est incapable de maintenir 10 secondes la position.

Côte à côte < 10 sec	0 pt
Semi-tandem < 10 sec	1 pt
Tandem < 3 sec	2 pt
Tandem 3-9,99 sec	3 pt
Tandem 10 sec	4 pt

Test de vitesse de marche



Temps requis pour marcher 4 mètres à vitesse confortable
(temps des deux tests le plus court)

L'utilisation d'un moyen auxiliaire est autorisée

Incapable	0 pt
> 8,7 sec	1 pt
6,21-8,7 sec	2 pt
4,82-6,2 sec	3 pt
< 4,82 sec	4 pt

Test de lever de chaise



Prétest: le patient essaie de se lever une fois de la chaise
avec les bras croisés sur la poitrine

Test: temps requis pour se lever cinq fois de la chaise
aussi rapidement que possible et sans l'aide des bras

> 60 sec ou incapable	0 pt
> 16,7 sec	1 pt
16,69-13,7 sec	2 pt
13,69-11,20 sec	3 pt
≤ 11,19 sec	4 pt

Score total	Performance
0-6	Faible
7-9	Intermédiaire
10-12	Haute

*Timed Up
& Go test*

Temps requis pour se lever d'une chaise avec accoudoirs, marcher trois mètres jusqu' à un repère, se retourner de 180°, puis revenir vers la chaise pour y reprendre place. L'utilisation d'un moyen auxiliaire est autorisée

Temps < 14 sec
(si temps ≥ 20 sec → envisager
la prescription d'une
réhabilitation/d'un moyen
auxiliaire)

*Test de
Tinetti
simplifié*

Cotation à deux niveaux (0: non; 1: oui) de 7 items

Evaluation de l'équilibre :

- ☒ Instabilité lors du passage debout-assis
- ☒ Incapacité à se tenir sur un pied sans aide (5 secondes)
- ☒ Instabilité lors d'un tour complet de 360°
- ☒ Instabilité lors d'une légère poussée déséquilibrante sur le sternum

Evaluation de la marche :

- ☒ Augmentation du balancement du tronc
- ☒ Incapacité à augmenter la vitesse de marche
- ☒ Anomalie de la trajectoire (augmentation des écarts)

Score total ≤ 2

Interprétation des tests (LS)

Nom	Evaluation	Score
TUG (Timed Up and Go)	Équilibre, risque de chute	<p>< 14 s : normal</p> <p>15 – 19 : risque faible</p> <p>>19 sec : risque modéré, ad moyen auxiliaire</p> <p>>30 sec : dépendance, risque important</p>
SPPS : Sit-to-stand, vitesse de marche/4m, équilibre	Niveau de performance, dépistage de sarcopénie	<p>0-6 : performance faible</p> <p>7-9 : performance intermédiaire</p> <p>10-12 : performance haute</p>
Tinetti simplifié	Évaluation de l'équilibre, de la marche, du risque de chute	<p>0-2 : pas de risque</p> <p>3-5 : risque présent</p> <p>> 5 : risque avéré</p>

Les facteurs de la motivation

$$\text{Motivation} = \frac{\text{volonté} \times \text{confiance} \times \text{gains}}{\text{coûts}}$$

- volonté de travailler, d'accomplir des progrès
- confiance dans l'efficacité de la prise en charge
- gains attendus
- coûts (investissements personnels)

(J. Kemp, Designing Effective Instruction, 2010)

Spécificités gériatriques : barrières

Les troubles cognitifs :

- difficultés de réadaptation
- aussi la cause de la réadaptation
- qualités particulières de l'équipe de réadaptation
- gains se font, mais difficultés à conserver les acquis
- impliquent des objectifs rationnels, adaptés, en visant essentiellement un objectif de qualité de vie

Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials

BMJ 2010;340:c1718

Stefan Bachmann, Andreas E Stuck, Université de Berne

Revue de 17 études, 4780 patients étudiés, end-point : amélioration fonctionnelle, admission en long séjour, mortalité

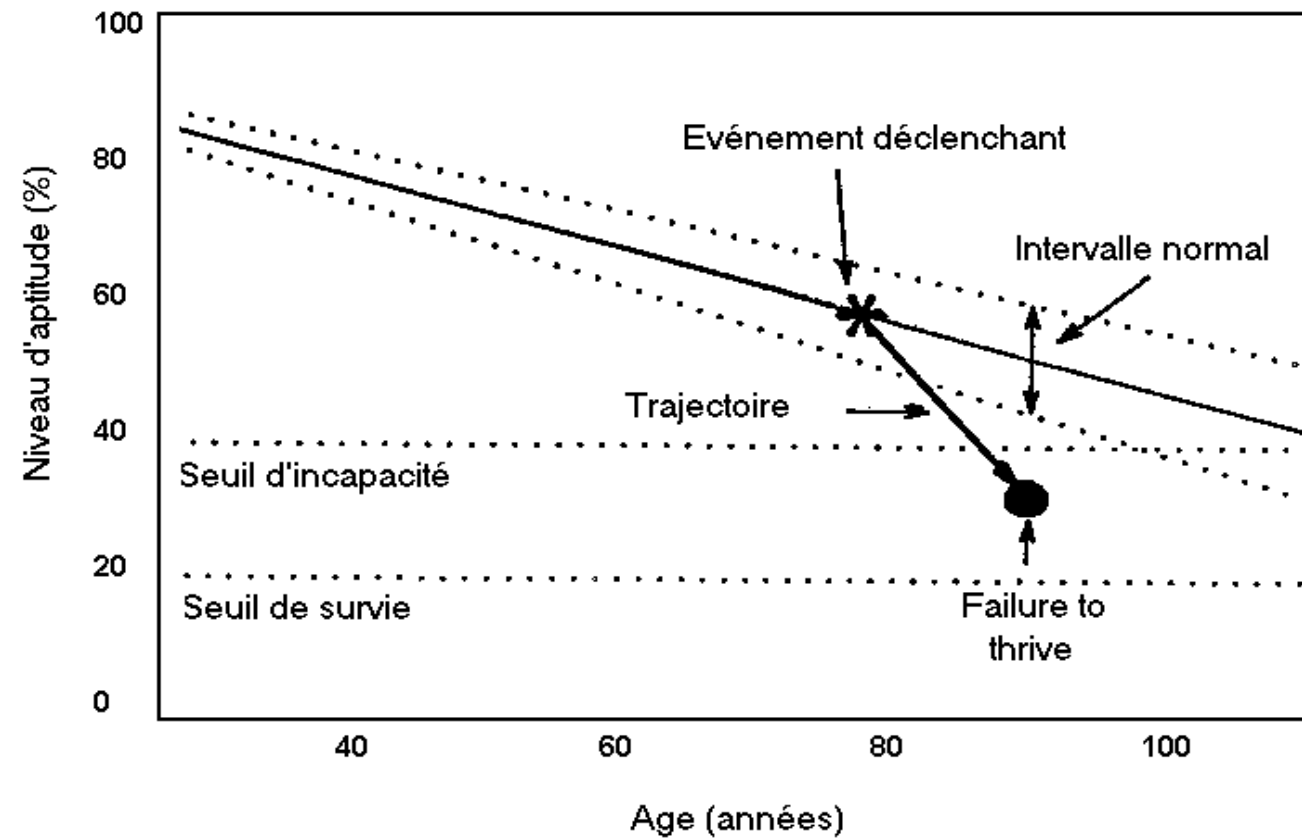
	À la sortie de l'hôpital	Fin du follow-up (3 -12 mois)
Amélioration des capacités fonctionnelles	OR : 1.75 (1.31 to 2.35)	OR : 1.36 (1.07 to 1.71)
Diminution du risque d'admission en long séjour	OR : 0.64 (0.51 to 0.81)	OR : 0.84 (0.72 to 0.99)
Baisse de la mortalité	OR : 0.72 (0.55 to 0.95)	OR : 0.87 (0.77 to 0.97)

Bachman S et al. BMJ, 2010

Conclusion

- les principes généraux de réadaptation restent prioritaires en réadaptation gériatrique
- Eléments particuliers qui se surajoutent:
- co-morbidités, les troubles psychiatriques (dépression), les troubles cognitifs, la démotivation et la fragilité
- évaluation nécessaire des critères de qualité de vie
- nécessité de l'équipe multidisciplinaire
- précocité de la prise en charge
- connaissance et intérêt pour la personne âgée dans sa dimension bio-psycho-sociale
- une prise en charge spécifiquement dédiée aux patients gériatriques améliore le statut fonctionnel, retarde l'entrée en EMS et diminue la mortalité.

Modèle général du “ Failure to thrive ” dans une perspective gériatrique (adapté de Verdery RB : Failure to thrive in the elderly, Clin Ger Med, Nov 1995,11 : 653 – 659).



Madame G. 88 ans

Patiente souffrant d'une démence type Alzheimer, amenée aux urgences par son mari pour une fatigue inhabituelle et une confusion plus marquée.

Atcd / comobidités :

- Démence de type Alzheimer
- HTA
- Dyslipidémie
- Polyarthrose
- Malnutrition protéino-énergétique sévère
- Trouble de la marche et de l'équilibre

Traitement habituel :

Haldol 0,5 mg 2x/j - Distraneurine 192 mg 3x/j + en R - Movicol en R - Dafalgan en R

Cadre de vie : vit avec son mari

AVQ : besoin d'aide pour la toilette, l'habillage, se mobilise avec un rollator de manière non sécuritaire, mange seule, est continente

AIVQ : son mari gère médicaments, transports, factures, ménage, lessive, courses. Aide privée pour ménage et lessive. N'utilise pas le téléphone.

⇒ Hospitalisée en médecine pour infection urinaire basse et ECA hyperactif.

⇒ J3 : fin du traitement antibiotique mais persistance de l'ECA hyperactif.



Liste des problèmes :

Infection urinaire basse

-> Traitée par antibiothérapie pendant 3 jours

ECA hyperactif

-> persistant malgré le traitement de l'infection urinaire

-> pas d'autres causes identifiées au cours d'un bilan exhaustif (labo, CT cérébral,...)

-> adaptation du traitement neuroleptique avec peu d'amélioration

=> Transfert en en gériatrie pour suite de prise en charge

Madame P. 76 ans

Amenée aux urgences par son mari pour dyspnée stade III depuis 2 jours, au décours d'un ttt de pneumonie.

Atcd / comobidités : BPCO stade III (ancien tabagisme)
HTA
Dyslipidémie
Troubles dégénératifs lombaires étagés
S/p hospitalisation de 2 mois (mars-mai 2018) pour syndrome de choc toxique à *Strepto. pyogenes* sur phlegmon de la main, avec multiples opérations
S/p hospitalisation de 5 semaines (juin-juillet 2018) pour ERCP compliquée d'une perforation duodénale et d'une pancréatite

Traitement habituel : Co-lisinopril 20/12.5 – Simvastatine - Maltofer – Ultibro - Halcion et Tranxilium le soir - Pregabaline - Ressource 3x/j

Cadre de vie : vit avec son mari, autonome dans les AVQ

⇒ Hospitalisée aux soins continus pour insuffisance respiratoire globale sur exacerbation de BPCO sur pneumonie

⇒ J10 : transfert à l'étage de médecine après stabilisation respiratoire

Liste des problèmes :

Insuffisance respiratoire globale sur exacerbation de BPCO sur pneumonie

-> bonne évolution avec VNI et antibiothérapie
-> normalisation de la gazométrie
-> dyspnée stade II persistante

Malnutrition protéino-énergétique sévère

-> appétit diminué
-> couvre ses besoins protéino-caloriques avec des demi-portions et Ressource 3x/j

Suspicion de tumeur intra-canaulaire et mucineuse du pancréas

-> stable à l'IRM pancréatique
-> il est convenu de procéder à une nouvelle tentative de biopsie par ERCP une fois l'état nutritionnel amélioré

=> Transfert en gériatrie pour suite de prise en charge