

Auteur : Dr Aurélie DAUMAS Hôpital de la Timone, Aix-Marseille Université

Relecture par : Dr Farid Benzerouk CHU Reims, Pr Éric TOUSSIROT UFR SMP Besançon,  
Dr Eric SALVAT CHU Strasbourg

Principaux items testés:

**N° 116. Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge**

**N° 126. La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques**

- Expliquer les concepts de vieillissement pathologique, de poly-pathologie et de vulnérabilité en gériatrie.
- Décrire les particularités sémiologiques, physiques et psychiques de la personne âgée malade.
- Définir le raisonnement thérapeutique en gériatrie et citer les principales règles générales de prescription chez le sujet âgé.
- Polymédication et iatrogénèse chez la personne âgée (voir [item 319](#)).
- Syndrome de fragilité.

**N° 128. Troubles de la marche et de l'équilibre (voir item 107)**

- Particularités chez le sujet âgé et argumenter le caractère de gravité des chutes et décrire la prise en charge.

**N° 130. Autonomie et dépendance chez le sujet âgé**

- Évaluer le niveau d'autonomie et de dépendance du sujet âgé.
- Dépister les facteurs de risque de perte d'autonomie et argumenter les mesures préventives à mettre en œuvre.

**N° 326. Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant. Connaître pour chacune les mécanismes d'action de classe et des produits individuels, les principes du bon usage, les critères de choix d'un médicament en première intention, les causes d'échec, les principaux effets indésirables et interactions**

Mme A, 82 ans est admise aux urgences après avoir été retrouvée par les pompiers au sol suite à l'appel de sa voisine inquiète de ne pas voir les volets ouverts. Elle vous explique qu'elle pense avoir trébuché avec le tapis en allant aux toilettes dans la nuit. Elle n'a pas été en mesure de se relever du fait de vives douleurs à la hanche gauche. Elle aurait donc passé environ 10h au sol jusqu'à l'arrivée des secours. Dans ses antécédents on note une FA permanente sous anticoagulant de type fluindione, un diabète de type 2 sous metformine et glicazide, une HTA sous atenolol et l'association ramipril+hydrochlorothiazide et un début de parkinson sous L-dopa. Elle prend également régulièrement du paracétamol codéiné depuis une fracture vertébrale il y a 5 mois suite à une précédente chute mais ce n'était pas la première, elle fait toujours tout trop vite alors qu'elle n'y voit pas clair. Enfin, elle prend du lorazepam au coucher pour dormir.

Mme A est veuve sans enfant. Elle vit seule et était autonome jusqu'à présent. Elle gère son traitement.

A son arrivée aux urgences, la TA est à 100/60mmHg, le pouls est irrégulier à 86/min, la température est à 36°C et la SPO2 est à 95% en air ambiant. Elle pèse 48kgs pour 1 m65 (IMC 17.6). La patiente est orientée et cohérente. Elle dit être essoufflée malgré une auscultation pulmonaire parfaitement normale. L'examen retrouve un hématome en regard de la hanche gauche avec une flexion spontanée, douloureuse de la hanche. L'examen neurologique montre une raideur extrapyramidale bilatérale sans autre signe de focalisation évident. Les muqueuses sont sèches avec une langue rôtie. Elle présente un érythème permanent en regard de chaque omoplate et au niveau du talon gauche.

**Question 1 - Question à réponses multiples**

Quelle(s) complication(s) de la chute redoutez-vous ?

A -

Rhabdomyolyse avec insuffisance rénale aigue

B -

Désadaptation posturale

C -

Fracture vertébrale

D -

Escarres

E -

Pneumopathie d'inhalation

APNET

**Question 2 - Question à réponses multiples**

Quel(s) facteur(s) de gravité des chutes répétées identifiez-vous chez Mme A ?

A -

Traitement anticoagulant

B -

Age

C - 

Polymédication

D - 

Le fait qu'elle vive seule

E - 

Impossibilité de se relever

**Question 3 - Question à réponses multiples**

Quel(s) facteur(s) prédisposant(s) aux chutes retrouvez-vous chez la patiente ?

A - 

Age

B - 

Troubles visuels

C - 

Tapis au sol

D - 

Polymédication

E - 

Traitement anticoagulant

**Question 4 - Question à réponses multiples**

Comment interprétez-vous le bilan sanguin ci-dessous ?

Sodium	172	mmol/L
--------	-----	--------

Potassium	3,94	mmol/L
Chlorures	135	mmol/L
Glucose	16,51	mmol/L
Urée	30,11	mmol/L
Créatinine	173,0	μmol/L
Protéines	68,9	g/L
Bicarbonates	21,6	mmol/L
Protéine C-réactive	29,5	mg/L
GLOBULES ROUGES	3,18	Tera/L
Hémoglobine	93,0	g/L
Hématocrite	0,28	L/L
VGM	88,4	fL
TCMH	29,2	pg
CCMH	331	g/L
PLAQUETTES	198	Giga/L
GLOBULES BLANCS	12	Giga/L
Poly Neutrophiles	81,6	%
Soit	9,8	Giga/L
Poly Eosinophiles	4,4	%
Soit	0,52	Giga/L
Poly Basophiles	0,3	%
Soit	0,03	Giga/L
Lymphocytes	9,9	%
Soit	1,2	Giga/L
Monocytes	3,8	%
Soit	0,45	Giga/L
Tx PROTHROMBINE	28	%
INR	2,58	
TCA Patient	37	s
TCA Témoin	33	s
Ratio P/T	1,1	

FIBRINOGENE	4,06	g/L
-------------	------	-----

A -

Anémie microcytaire

B -

Syndrome inflammatoire biologique

C -

Insuffisance rénale à participation fonctionnelle

D -

Surdosage en AVK

E -

Déshydratation intracellulaire

### Question 5 - Question à réponses multiples

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous dans le contexte ?

A -

Radiographie du bassin

B -

Radiographie rachis dorso-lombaire

C -

Radiographies de la hanche gauche face et profil

D -

Réticulocytes

E -

Scanner cérébral avec injection de produit de contraste

Commentaires

Pas d'injection de produit de contraste du fait de l'insuffisance rénale mais aussi pas d'indication pour rechercher saignement intra-crânien post-traumatique éventuel

### Question 6 - Question à réponses multiples

Le bilan radiologique est sans particularité dont le scanner cérébral qui ne retrouve pas de complication hémorragique. Les réticulocytes sont à 170G/L.

Quel(s) diagnostic(s) suspectez- vous ?

A -

Drépanocytose

B -

Anémie hémolytique corpusculaire

C -

Hémorragie digestive

D -

Hématome du psoas gauche

E -

Syndrome myélodysplasique

### Commentaire de correction de la question :

Drépanocytose : autosomique récessive, c'est la plus fréquente des hémoglobinopathies. Elle touche principalement les sujets originaires d'Afrique noire et est liée à mutation de la chaîne bêta de la globine. Seuls les homozygotes sont symptomatiques et présentent une hémolyse dès l'enfance associée à des manifestations thrombotiques sous forme de douleurs articulaires ou abdominales (crises vaso-occlusives).

Une hémolyse peut être due à :

- une cause extra-corpusculaire, c'est-à-dire extérieure à l'hématie, comme par exemple la présence d'anticorps anti-hématies. C'est la plus fréquente,

- une cause corpusculaire, la destruction de l'hématie provenant de sa fragilité :
  - anomalies de la membrane de l'hématie
  - anomalies du système enzymatique de l'hématie
  - anomalies de l'hémoglobine.

Ces causes corpusculaires sont quasi-exclusivement d'origine constitutionnelle

### Question 7 - Question à réponses multiples

Vous confirmez le diagnostic d'hématome du psoas gauche responsable du psoitisme de la patiente. Quelle prise en charge proposez-vous ?

A -

Administration de 1mg de vitamine K en IV lente

B -

Administration de concentré de complexes prothrombiniques

C -

Transfusion de CGR

D -

Administration de 10 mg de vitamine K par voie orale

E -

Surveillance des réticulocytes

---

Commentaires

Recos HAS prise en charge hémorragie sous AVK

Et recos HAS seuils transfusionnels sujets âgés

### Question 8 - Question à réponses multiples

Quelle(s) modification(s) thérapeutique(s) apportez-vous également à l'ordonnance de la patiente au vue de la fonction rénale ?

A -

Arrêt ramipril

B - 

Arrêt hydrochlorothiazide

C - 

Arrêt gliclazide

D - 

Arrêt metformine

E - 

Arrêt lorazepam

**Commentaire de correction de la question :**

Ramipril risque aggravation fonction rénale et d'hyperkaliémie

Hydrochlorothiazide va aggraver la déshydratation et du coup la part fonctionnelle de l'IR

Metformine car risque acidose lactique

Gliclazide accumulation hypoglycémie

Lorazepam allongement demi-vie et accumulation risque somnolence et autres EI

**Question 9 - Question à réponses multiples**

La patiente est hospitalisée en gériatrie au vue de la stabilité de son état clinique. Le lendemain, lors de la visite vous la retrouver ainsi. Que suspectez-vous avant même de l'examiner ?





A - 

Confusion

B - 

Douleurs

C - 

Syndrome post-chute

D - 

Hypotension orthostatique

E - 

Fracture vertébrale

**Commentaire de correction de la question :**

Le syndrome post-chute ou de désadaptation psychomotrice (SDPM) est une complication fonctionnelle aiguë des chutes à l'origine d'une incapacité motrice et/ou cognitive totale ou partielle. Il s'agit d'une urgence gériatrique car tout retard dans son diagnostic et sa prise en charge peut entraîner une cascade pathologique souvent dramatique pour la personne âgée

une hypertonie extrapyramidale ou oppositionnelle le plus souvent axiale ;  
une abolition voire une absence des réflexes de posture ;  
un syndrome dysexécutif.

**Question 10 - Question à réponses multiples**

Quelle(s) mesure(s) prenez-vous dans le cadre de la prévention des complications de l'immobilisation ?

A - 

Héparinothérapie à dose préventive

B - 

Prise en charge antalgique

C - 

Laxatifs

D - 

Mobilisation/reprise de la marche

E - 

Bas de contention

**Question 11 - Question à réponses multiples**

Quel était le score d'autonomie de la patiente avant son hospitalisation selon l'échelle des activités de la vie quotidienne - Indice de KATZ ?

A - 

1

B - 

2

C - 

3

D - 

5

E - 

6

**Commentaire de correction de la question :**

Echelle des activités de la vie quotidienne

But

Evaluer de manière objective les activités de la vie quotidienne.

Description

L'autonomie pour une activité de vie quotidienne est coté 1. Un score de 6 indique une autonomie complète. Un sujet âgé dont le score est  $< 3$  est considéré comme dépendant.

**Question 12 - Question à réponses multiples**

Un bilan de contrôle retrouve les chiffres suivants :

Hb 11.8g/L, VGM 90, GB 4G/L, plaquettes 289G/L, NA 138mmol/L, créatinine 115micromol/L, urée 14mmol/L, glycémie 6.6mmol/L, protéines 63g/L, albuminémie 31g/L, calcémie 2.10mmol/L, PTH 120ng, vitamine D 10ng.

Quelle(s) est(sont) votre(vos) diagnostic(s) ?

A -

Ostéoporose due à l'immobilisation

B -

Hyperparathyroïdie primaire

C -

Hyperparathyroïdie secondaire à hypovitaminose D

D -

Hypocalcémie sur insuffisance rénale chronique

E -

Lyse osseuse

**Commentaire de correction de la question :**

Calcémie basse mais hypoalbuminémie. Calcémie corrigée 2.28

Par contre il y a une carence en vit D responsable d'une hyperparathyroïdie secondaire qui peut aussi être en partie liée à la probable insuffisance rénale chronique sous-jacente.

**Question 13 - Question à réponses multiples**

Malgré 3 semaines de rééducation, en utilisant les variables discriminantes de la grille AGGIR, le groupe GIR de la patiente est GIR 4. A quelle(s) prestation(s) pensez-vous pour pouvoir faciliter le retour à domicile ?

A - 

Allocation personnalisée d'autonomie

B - 

Livraison des repas à domicile

C - 

Aménagement du domicile suite à évaluation par ergothérapeute

D - 

Infirmier à domicile

E - 

Tutelle

**Commentaire de correction de la question :**

APA

**Condition d'âge**

Vous devez être âgé d'au moins 60 ans.

**Condition de dépendance**

Vous devez, du fait de votre dépendance, être rattaché à l'un des groupes 1 à 4 de la grille Aggir.

**Condition de résidence**

Vous devez résider :

- soit à votre domicile ;
- soit au domicile d'un proche qui vous héberge ;
- soit chez un accueillant familial ;
- soit dans un établissement dont la capacité d'accueil est inférieure à 25 places ;
- soit dans une résidence autonomie (anciennement "foyer-logement").

Vous devez habiter en France de manière stable et régulière.

Si, au terme de l'instruction, vous êtes classé dans l'un des groupes 1 à 4 de la grille Aggir, un plan d'aide vous est proposé. Celui-ci recense vos besoins et l'ensemble des dépenses nécessaires pour votre maintien à domicile. Le plan d'aide peut prévoir, par exemple :

- la rémunération d'une aide à domicile ou d'un accueillant familial ;
- des aides concernant le transport ou la livraison de repas ;
- des aides techniques et des mesures d'adaptation du logement ;
- le recours à un ou des dispositifs de répit : accueil temporaire (en établissement ou famille d'accueil), relais à domicile, etc.

Le montant de l'Apa à domicile est égal au montant de la fraction du plan d'aide que vous utilisez, auquel on soustrait une certaine somme restant à votre charge.

#### Question 14 - Question à réponses multiples

Dans le compte rendu d'hospitalisation de la patiente, vous parlez de fragilité. Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles fait(font) partie(s) des critères de fragilité de Fried ?

A -

MMSE anormal

B -

Sédentarité

C -

vitesse de marche ralentie

D -

amaigrissement récent

E -

incontinence urinaire

#### Commentaire de correction de la question :

5 critères – Perte de poids involontaire au cours de la dernière année >5% – Vitesse de marche lente – Force de préhension abaissée – Faiblesse/fatigue – Activités physiques réduites

Trois états facilement repérables : – non fragile (pas de critères) – pré-fragile ou intermédiaire (1 à 2 critères) – fragile (3 ou plus)