

# Comment survivre à sa 1ère garde en gériatrie

Dr TERMINET Aurélie

PH soins aigus gériatriques

Centre Antonin Balmès, CHU Montpellier



- Vous êtes appelé au chevet de Mme MOR. 94 ans pour somnolence.
- A votre arrivée, elle a le teint cireux, elle est hypotherme et la tension est imprenable...
- Que faites vous?
  - a/ vous entamez un massage cardiaque et demandez à l'infirmière d'apporter le chariot d'urgence.
  - b/ vous partez en courant.
  - c/ vous déclarez le décès de la patiente.
  - d/ Vous faites appel à un ami.

# Désolé, vous arrivez trop tard...

- Pouls imprenable
- Absence de respiration spontanée
- Corps rigide et froid
- Mydriase aréactive
  
- Astuces :
  - au moindre doute faire un ECG qui va confirmer l'absence de rythme cardiaque.
  - Attendre... La rigidité cadavérique confirmera votre diagnostic.
  - Il n'y a pas d'urgence pour déclarer le décès





# Coma

- Vous êtes appelé auprès de Mme DOR. pour somnolence.
- A votre arrivée,
  - TA 13/6, pouls 80/min, FR 20/min,
  - Apyrétique
  - Glasgow 8 (V2, M4, Y2)
  - Auscultation cardiaque et pulmonaire normale, abdomen souple...
  - Examen neurologique difficile, hypotonie globale, réflexes normaux, RCP indifférent, mydriase réactive...

SCORE DE GLASGOW : 3 à 15		
<b>REPONSE VERBALE</b>	Orientée : 5	
	Confuse : 4	
	Incohérente : 3	
	Incompréhensible : 2	
	Aucune réponse : 1	
<b>COMA si glasgow &lt; 7</b>		
	<b>REPONSE MOTRICE</b>	A la demande : 6
		A la douleur :
	adaptée : 5	
	retrait : 4	
	flexion : 3	
extension : 2		
nulle : 1		
<b>OUVERTURE DES YEUX</b>	Spontanée : 4	
	A l'appel : 3	
	A la douleur : 2	
	Nulle : 1	

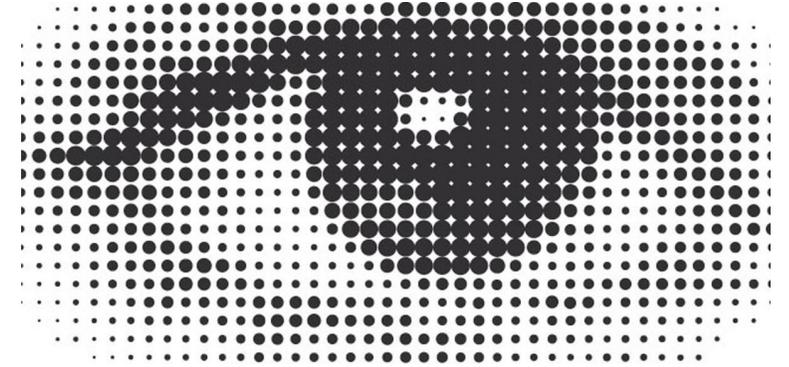
À la commande	<b>M 6</b>	Eveil Conscience	<b>GCS : 10 à 15</b>	
Orientée à la douleur	<b>M 5</b>	Connections cortico sous corticales	<b>GCS : 7 à 9</b>	
Evitement	<b>M 4</b>			GCS : 6 (E1 V1)
Flexion stéréotypée	<b>M 3</b>	Activité automatique du TC	<b>GCS : 5 (E1 V1)</b>	
Extension stéréotypée	<b>M 2</b>			<b>GCS : 4 (E1 V1)</b>
rien	<b>M 1</b>			<b>GCS : 3 (E1 V1)</b>
Importance du score moteur				

# Conduite à tenir?

- **DEXTRO avant toute chose!!!!**
  - L'hypoglycémie est une cause curable de coma.
- ECG
- Pose VVC (Glucosé) et bilan biologique en urgence :
  - GDS+++
  - NFS, CRP
  - Iono sg, urée créatinémie, calcémie, phosphore, albumine, bilan hépatique
  - CPK, tropo, ammoniémie, alcoolémie, toxiques
  - TP, TCA
- Si stabilité hémodynamique, imagerie cérébrale en urgence. Dans l'absolu, Transfert à l'UTEC pour IRM cérébrale.

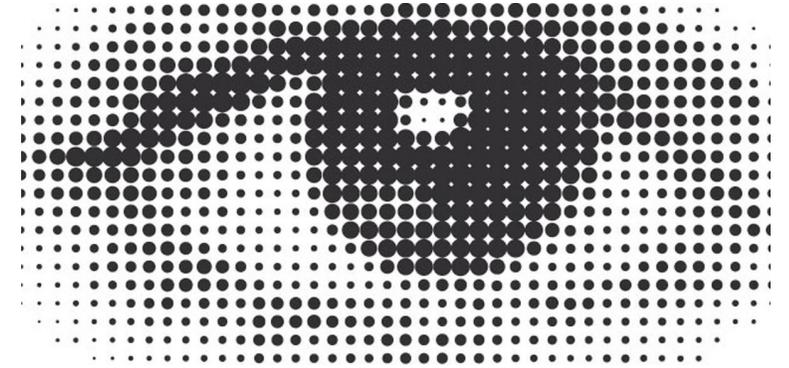


# Examen clinique plus poussé lors d'un coma : importance des YEUX



- Clignements réflexes :
  - Présent à la menace : activation corticale +
  - Abolition unilatérale : signe de localisation (VII, V)
  - Abolition bilatérale : lésionnelle, toxique ou métabolique
- Motricité oculaire intrinsèque :
  - Mydriase aréactive unilatérale : engagement temporal
  - Myosis aréactif : coma métabolique ou toxique, atteinte TC
  - Mydriase aréactive : mort encéphalique, encéphalopathie post anoxique, hypothermie, souffrance mésencéphalique, intoxication anticholinergique barbiturique ou imipraminique.

# Examen clinique plus poussé lors d'un coma : importance des YEUX



- Globe oculaire
  - déviation vers hémicorps sain : lésion hémisphérique
  - Déviation vers hémicorps lésé : lésion protubérantielle
  - Strabisme horizontal : atteinte oculomotricité (III, VI)
  - Skew deviation : lésion TC
- Mouvements d'errance oculaire conjugués horizontaux
  - Intégrité TC
  - Épilepsie, encéphalopathie..

# Examen clinique plus poussé lors d'un coma :

## Fonction respiratoire

- Cheynes stoke : souffrance hémisphérique ou mésencéphalique supérieur ou toxique..
- Hyperventilation neurogène centrale = hyperpnée : atteinte mésodiencéphalique ou mésencéphalique  
≠ hyperventilation compensatrice (acidose, hypoxie)
- Dyspnée de Kussmaul : souffrance TC, acidose

Respiration Normale



Cheyne-Stokes



Hyperventilation Neurogène centrale



Etiologies	Examen clinique	Examens complémentaires
<b>AVC sylvien</b>	Déficit moteur unilatéral Babinski + unilatéral Mydriase aréactive unilatérale si engagement Déviation oculaire vers hémicorps sain Respiration de Cheynes stoke	IRM Cérébrale ou TDM
<b>AVC tronc cérébral</b>	Déficit moteur unilatéral ou bilatéral Abolition réflexe clignement unilatéral Déviation oculaire vers hémicorps atteint Skew déviation Dyspnée de kussmaul	IRM cérébrale
<b>Méningite</b>	Fièvre, purpura Raideur méningée	Bilan biologique : inflammation TDM cérébrale après ATB PL
<b>Métabolique ou toxique</b> Anoxie   Morphine Hypogly   BZD Hyperosmol   CO IHep, IRen	Déficit moteur bilatéral / Syndrome EP Abolition réflexe clignement bilatéral Myosis ou mydriase aréactive Dyspnée de Kussmaul ou cheynes stoke	GDS Bilan biologique Toxique TDM Cérébral EEG
<b>épilepsie</b>	Hypotonie globale ou déficit focalisé Perte d'urine Morsure de langue Mouvements d'errance oculaire horizontaux Respiration stertoreuse	TDM Cérébral EEG

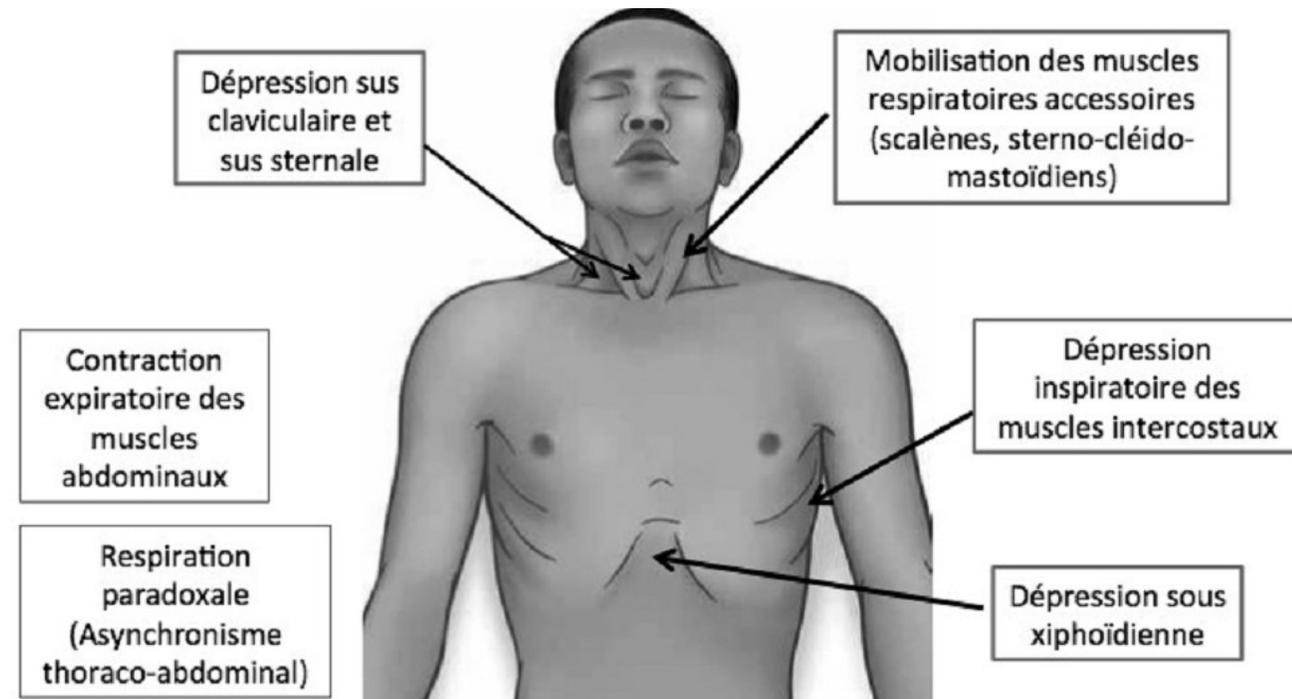
# Insuffisance respiratoire aigue



- Mme ESSOUF arrive dans votre service pour difficulté respiratoire.
  - Elle est polypnéique, saturation à 80% sous 5L O<sub>2</sub>.
- Quels signes recherchez vous à l'examen clinique pour juger de la sévérité de la détresse respiratoire?

# Critères de gravité d'une détresse respiratoire aiguë

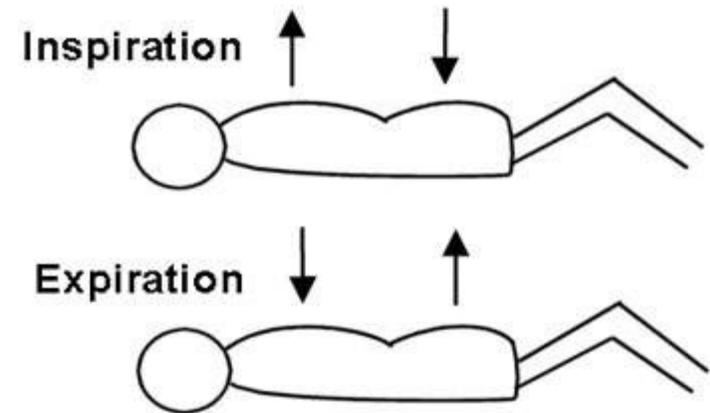
- Signes de lutte :
  - Polypnée superficielle avec difficulté à parler, toux inefficace  
FR > 30
  - Recrutement des muscles inspiratoires accessoires
    - Expiration abdominale active
    - Tirage des muscles sternocléidomastoidiens
    - Battement des ailes du nez
- Si Bradypnée : défaillance neurologique annonciateur arrêt respiratoire imminent



# Critères de gravité d'une détresse respiratoire aiguë

- Signes de faillite

- Respiration paradoxale abdominale
- Cyanose (Sat < 80%, SPO2 < 50mmHg)
- Neurologie : asterixis, trouble de la vigilance, Glasgow < 9



- Atteinte appareil circulatoire

- Cœur pulmonaire aiguë : TJ, RHJ, Hépatomégalie douloureuse, Harzer
- Pouls paradoxal (diminution pression artérielle à l'inspiration)
- Hypercapnie : céphalées, hypervascularisation conjonctive / tremblements, sueurs, tachycardie, HTA /trouble de la conscience
- Etat de choc : marbrures, hypoTA < 90, FC > 120, FR > 25, oligurie, altération conscience.

En cas de Bradypnée inspiratoire, de stridor ou d'hypersalivation..Que faut il suspecter?



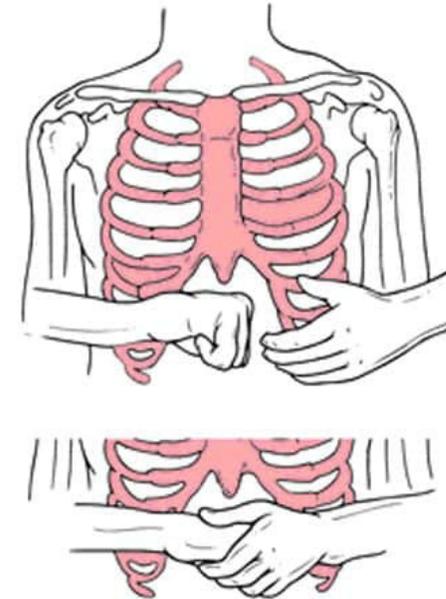
**Un corps étranger intra trachéal**

# Conduite à tenir?

Oxygénothérapie



Aspiration oro trachéale



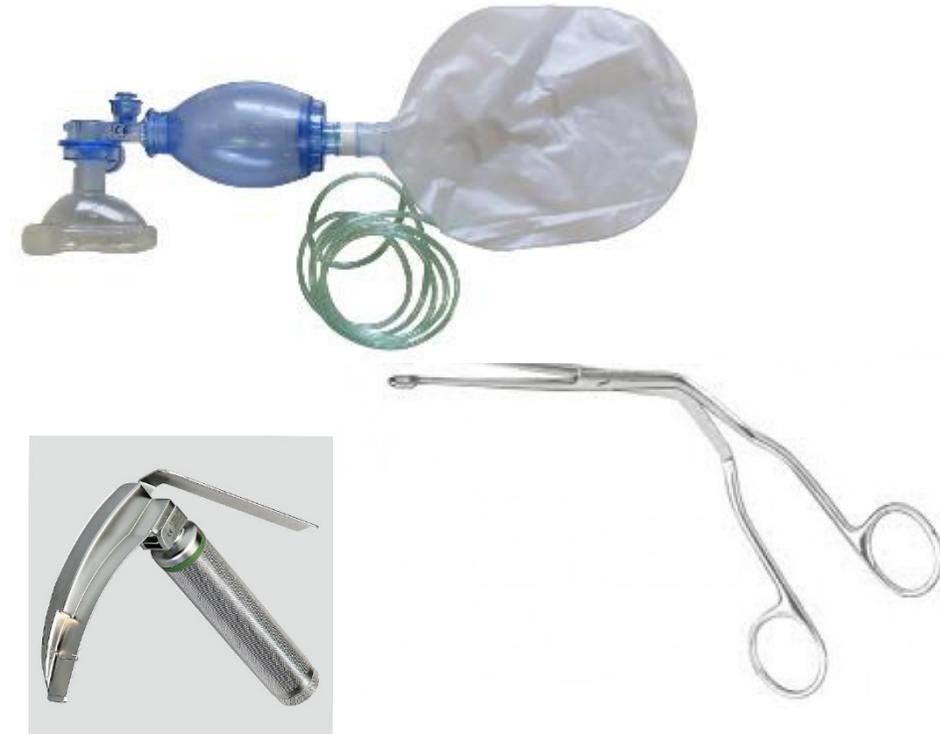
# Conduite à tenir?

## La manœuvre de la table ( ou du comptoir... )



- Prescrire Juillet 2012 Tome 32 p 345
- Repères en gériatrie Juin 2016 N° 146

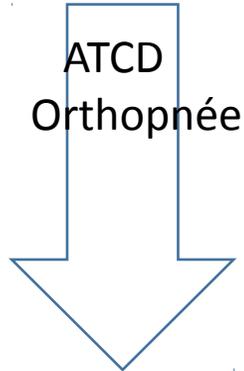
Chariot d'urgence :  
Ventilation par BAVU  
Laryngoscope +Pince Magill



# Détresse respiratoire aigue sans obstruction des voies aériennes supérieures

## 1/=>EXAMEN CLINIQUE

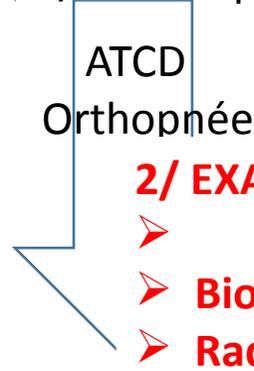
Crépitants bilatéraux



**-OAP**  
-SDRA **Hypercapnie**  
-Lymphangite  
carcinomateuse



Sibilants bilatéraux  
Silence/ frein expiratoire



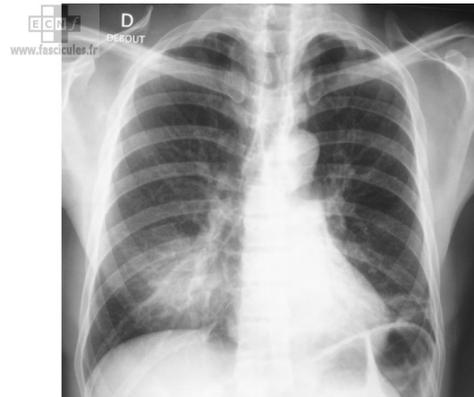
**-OAP** **Hypercapnie**  
**-BPCO**  
-Asthme



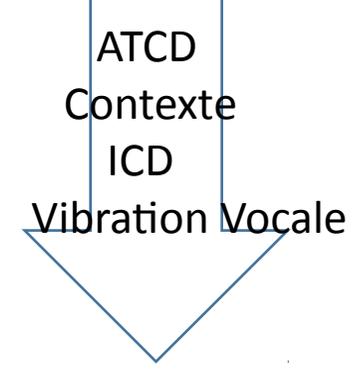
Crépitants unilatéraux



**-Pneumopathie**



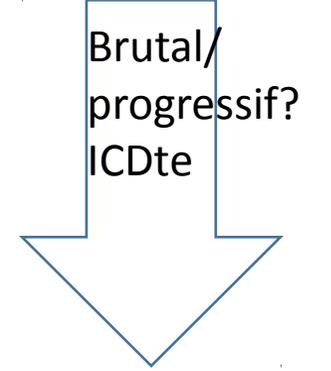
Abolition MV



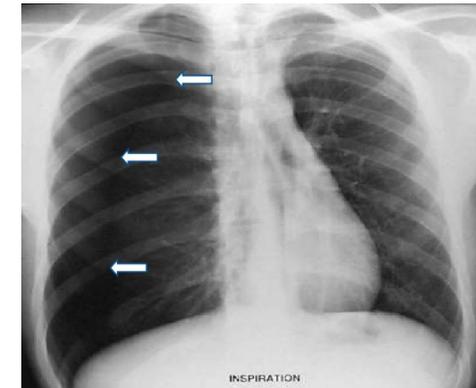
**-Épanchement pleural**  
-pneumothorax



Auscultation normale



**- EP** **Effet shunt**  
-Pathologie neuromusculaire



## 2/ EXAMENS COMPLEMENTAIRES

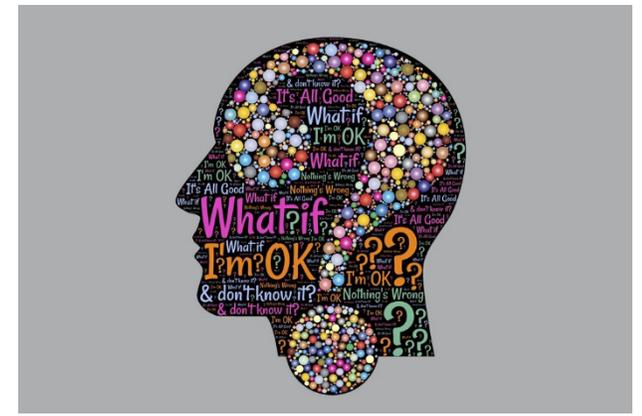
- **GDS**
- **Biologie : NFS, CRP, PCT, BNP, Ac Lactique**
- **Radiographie Thoracique**

# Prise en charge :

- Désobstruction des voies respiratoires
- Oxygénothérapie.
  - Sat > 92% si cardiopathie ; Sat < 92% si Ins Resp Chronique.
  - Lunette à O2 max 6L, masque haute concentration FiO2 80%
- VNI : si hypercapnie ou signe d'épuisement respiratoire
  - AI, PEP
- Traitement de la cause :
  - OAP : O2, **dérivés nitrés**, diurétiques, morphine
  - Décompensation BPCO : O2 contrôlé, **bronchodilatateurs**, ATB si purulence, corticothérapie
  - EP : **anticoagulation curative**, AngioTDM thoracique,
  - Pneumopathie : antigénurie legionnelle, **ATBTh probabiliste** (C3G, macrolide)



# Confusion



- Vous êtes appelez à 3 heure du matin auprès de Mme FOL. 92 ans pour déambulation et désorientation temporo spatiale.
- Est elle confuse?
- Elle présente quelques troubles cognitifs habituellement mais c'est la 1<sup>ère</sup> fois qu'elle se comporte ainsi..Elle ne vous écoute pas quand vous lui parlez, elle parle de son père qui l'attend à la maison puis de son chien... Elle est très anxieuse et rentre dans toutes les chambres en criant au voleur!
- **Elle est bien CONFUSE!!**

# Confusion Assessment Méthod

## 1 Début soudain et fluctuation des symptômes

- Le patient présente-t-il un changement de l'état mental de base?
- Ce comportement fluctue-t-il au cours de la journée (présence/absence ou intensité)?

## 2 Inattention

- Le patient présente-t-il des difficultés à focaliser son attention?
  - Perd-il le fil du discours?
  - Est-il facilement distrait?

## 3 Désorganisation de la pensée

- Le discours du patient est-il incohérent et désorganisé?
  - La suite d'idées est-elle illogique/imprévisible?
  - Le patient passe-t-il du coq à l'âne?

## 4 Trouble de la vigilance

- Globalement, comment évalueriez-vous l'état général de votre patient?
  - Alerte (normal)
  - Vigile
  - Léthargique
  - Stuporeux
  - Comateux

Critère présent si le patient n'est pas alerte

**Le diagnostic de delirium requiert la présence de 3 des 4 critères. Les critères 1 et 2 sont toujours requis, accompagnés du critère 3 ou 4**

## CONFUSION MENTALE

### Echelle CAM (Confusion assessment method)

**CAM : (1 + 2) + (3)**

<b>1</b>	Début soudain et fluctuation des symptômes
----------	--

<b>2</b>	+ Inattention
----------	---------------

+

	désorganisation de la pensée
--	------------------------------

<b>3</b>	OU
----------	----

	altération de la conscience
--	-----------------------------

- Les infirmières vous proposent d'attacher la patiente dans son lit pour que tout le monde passe une nuit tranquille..Que faites vous?



- 1/ Vous sautez sur l'occasion, c'est si gentiment demandé.
- 2/ vous fermez même la porte pour plus de sécurité
- 3/ Vous sortez votre vaseline de votre poche et retournez au combat



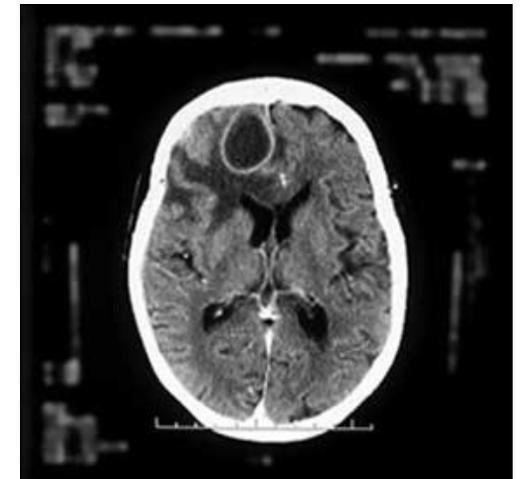
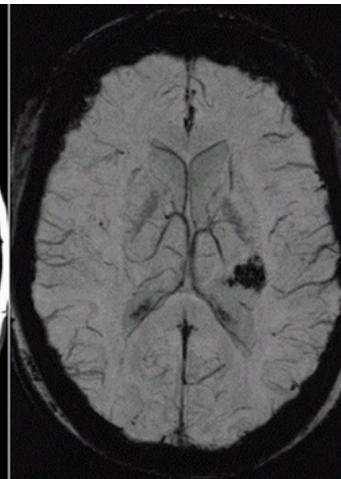
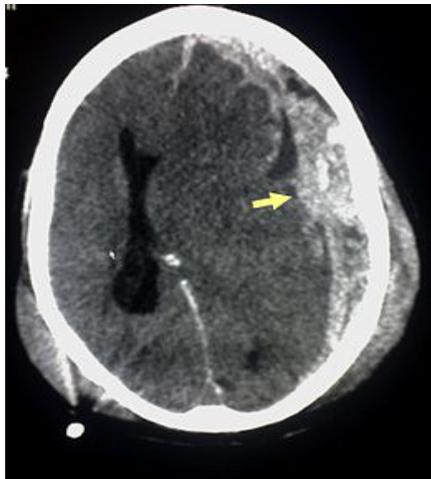
- Ambiance feutrée, voix calme, mouvements doux, on remmène la patiente tranquillement dans sa chambre.
- Il faut prendre son temps!!
- On s'assoit et on commence à lui poser des questions sur sa vie et lui expliquer pourquoi elle est à l'hôpital.
- Là enfin on commence l'examen clinique en demandant l'accord de la patiente
- Examen clinique aussi rigoureux que possible...
  - TA, Glycémie capillaire, saturation en O2, température
  - Recherche globe et fécalome+++
  - Processus infectieux pulmonaire, urinaire, vésicule biliaire...
  - Recherche traumatisme +/- douleur.
  - Examen neurologique.
  - ECG
- On laisse la patiente se reposer et
  - On regarde son ordonnance
  - On appellera sa famille au matin pour trouver un facteur déclenchant.
  - Prescrivez vous des examens complémentaires?



© CanStockPhoto.com - csp54432270

# Examens complémentaires en urgence..

- Biologie : NFS, iono sg, urée, créatinémie, calcémie couplée à l'albumine, bilan hépatique, CRP, TSH, CPK.
- GDS si dyspnée.
- TDM cérébral impératif si signes neurologiques mais aussi si pas d'autre cause évidente.
- EEG si biologie et TDM normaux.
- Au moindre doute, si fièvre sans point d'appel clinique : PL après TDM



Cou: goitre et recherche  
d'un méningisme

Signe de traumatisme crânien  
Otorragie, épistaxis

Pupilles fixées ou dilatées  
en cas de lésion du tronc ou  
d'HTIC  
Myosis intox  
opiacés/Mydriase intox  
anticholinergique

Mouvements oculo moteurs  
Paralysie du E Gayet Wernicke ou  
HTIC  
Nystagmus: alcool et toxique  
Mouvement verticaux possibles:  
Locked in Sd

**Étiologies multiples**  
 **multiples étiologies**

Abdomen  
Sensibilité indique  
globe vésical,  
urgences chir  
appendicite,  
diverticulite  
cholécystite

Pelvien  
Abcès péri rectal et péri anal  
TR pour méléna fécalome

Peau: patchs  
fentanyl ou  
scopoderm,  
érysipèle,  
escarre,  
pétéchies,  
signes d'insuf  
hépatocellulaire

Auscultation cardio respiratoire  
Crépitant focaux ou diffus: pneumopathie ou OAP  
Souffle d'une endocardite

# Les MEDICAMENTS



	Classe thérapeutique	DCI (exemples)	Spécialités
Neurologie	Antiparkinsoniens anticholinergiques	trihexyphénidyle tropatépine bipéridène	Artane® Lepticur® Akineton®
Psychiatrie	Antidépresseurs imipraminiques		
	Neuroleptiques phénothiaziniques		
	Neuroleptique atypique	clozapine	Leponex®
Gastro-entérologie	Hypnotiques (neuroleptique)	acépromazine+acéprométazine méprobamate + acéprométazine	Noctran® Mépronizine®
	Antiémétiques (neuroleptique)	métoclopramide métopimazine	Primpéran® Vogalène®
Urologie	Antispasmodiques dans l'instabilité vésicale	oxybutynine, trospium, toltérodine, solifénacine,	Ditropan® Céris® Détrusitol® Vésicare®
Immuno-allergologie	Antihistaminiques phénothiaziniques	prométhazine alimémazine	Phénergan® Théralène®
	Antihistaminiques H1	hydroxyzine dexchlorphéniramine cyproheptadine	Atarax® Polaramine® Périactine®
Pneumologie	Antitussifs antihistaminiques H1	pimétixène oxomémazine	Calmixène® Toplexil®
	Bronchodilatateurs anticholinergiques	ipratropium tiotropium	Atrovent® Spiriva®
Antimigraineux	Neuroleptique	flunarizine	Sibélium®
Cardiologie	Troubles du rythme	disopyramide	Rythmodan®
Divers	Antispasmodiques anticholinergiques	atropine tiémonium scopolamine	Viscéralgine®

## Principales classes médicamenteuses non anticholinergiques pouvant entraîner une confusion (liste non exhaustive)

	Classe thérapeutique ou DCI
Psychiatrie	benzodiazépines et apparentés
	antidépresseurs (IRSS, IRSNa, etc.)
Neurologie	antiparkinsoniens dopaminergiques
	antiépileptiques
Gastro-entérologie (anti-ulcéreux)	inhibiteurs de la pompe à protons
Infectiologie (antibiotiques)	fluoroquinolones
Cardiologie	digoxine bêtabloquant amiodarone
Antalgie	morphine, codéine dextropropoxyphène tramadol
Divers	corticoïdes à fortes doses collyres mydriatiques



**SEVRAGE EN BENZODIAZEPINE**

# Prise en charge :

- **NON MEDICAMENTEUSE en 1<sup>ère</sup> intention.**

- Prothèses sensorielles
- Chambre seule
- Déambulation autorisée
- Autant que possible : ablation SAD, ablation VVP...



- Si persistance de troubles du comportement malgré PEC :

- Si anxiété au 1<sup>er</sup> plan : BENZODIAZEPINE de courte durée.  
SERESTA PO MIDAZOLAM SC.
- Si hallucination ou idées délirantes : RISPERDAL en goutte,  
OLANZAPINE, TIAPRIDAL IM si ingérable...

- Si nécessité de contention :

- Prescription médicale obligatoire + surveillance, même pour les barrières..
- Grenouillère, securidrap
- Contention pelvienne
- **Contention poignet à éviter**





ASTUCES

# Autres astuces pour sa 1<sup>ère</sup> garde

- Si insuffisance rénale aiguë → Sonde urinaire + écho rénale
- Si Sepsis sévère : fièvre, frissons, hypotension, tachycardie → ATBthérapie large + Aminoside
- Si hypoglycémie sévère : G30%, penser au glucagon si pas de VVP!
- Chaque patient même âgé a droit à la même prise en charge qu'un patient plus jeune si un bénéfice pour sa qualité de vie est attendu
  - Avis réanimateur si urgence vitale
  - Avis cardiologue si trouble de conduction ou IDM
  - Avis chirurgien...
- Tous les problèmes ne peuvent pas être résolus en 1 nuit : PRIORISER
- Internet peut être ton meilleur ami...Et le gériatre d'astreinte ton sauveur!



# Bravo, tu as survécu à ta 1<sup>ère</sup> garde!!



© Can Stock Photo - csp43290357



© CanStockPhoto.com - csp49240462

