

Médecine interne générale

Cours de revue

- novembre 2020
- Dr Tiffany Priester
- Cardiologue du personnel, VA Loma Linda Healthcare System
- Professeur adjoint de médecine, Loma Linda University
- Professeur agrégé de médecine, University of California at Riverside





Thèmes dans la prise en charge des patients gériatriques

- Les diapositives suivantes sont sélectionnées à partir d'une présentation trouvée en ligne. Je ne suis pas l'auteur, les auteurs sont indiqués dans la diapositive suivante

CDR Dodd Denton, MD MPH

CDR Greg Pugh, MD

COL Brian Unwin, MD

▼ Aperçu de la gériatrie

Buts :

- Après avoir examiné ce module, l'étudiant sera capable de :
 - Discuter de la démographie clinique et de l'épidémiologie de la médecine gériatrique
 - Comparer et contraster les changements normaux et anormaux avec le vieillissement
 - Discuter de l'impact de l'hétérogénéité dans la prise en charge des patients âgés
 - Définir le concept de gériatrie « maillon faible »

Hétérogénéité

À mesure que les gens vieillissent, ils deviennent plus dissemblables que similaires en termes de physiologie individuelle. Par exemple:

Avec cette hétérogénéité de fonction, il faut savoir ce qui est normal pour reconnaître la maladie

Un groupe de 30 ans a une endurance cardiovasculaire, une capacité pulmonaire et une capacité cognitive similaires

Un groupe de 80 ans peut différer beaucoup plus en physiologie de base

Ce qui est courant comparé au normal

- Ce n'est pas parce qu'une découverte est courante chez les personnes âgées que c'est normal
 - L'hypertension, l'arthrose et la démence sont courantes chez les personnes âgées mais pas normales
- Les patients ne discutent avec vous que de choses qu'ils jugent anormales
 - Si votre patient considère l'incontinence comme un élément « normal » du vieillissement, il n'en parlera pas lors d'une visite à la clinique.
- Les attentes des patients sont souvent fausses

Handicap et maladie

- Les troubles gériatriques sont généralement des incapacités plutôt que des maladies définies de manière discrète
- Les difficultés AVA (Activités de la vie quotidienne) et AIVQ (Activités instrumentales de la vie quotidienne) augmentent avec l'âge
 - Moins de 10 pour cent des personnes âgées de 65 à 69 ans ont besoin d'aide avec AIVQ / AVQ
 - 60 % des femmes de plus de 85 ans vivant dans la communauté avaient besoin d'aide pour les AVQ et 40 % avaient besoin d'aide pour les AVQ

Activités de la vie quotidienne (AVQ)

- Les activités de la vie quotidienne (AVQ) comprennent
 - S'habiller
 - Manger
 - Marcher
 - Aller aux toilettes
 - Se laver
- Ce sont des incapacités fonctionnelles sévères et définissent la dépendance

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

- AIVQ comprend :
 - Acheter
 - Faire le ménage
 - Comptabilité / payer des factures
 - Préparer des aliments / repas
 - Voyager / conduire
- Celles-ci sont moins sévères que les AVQ, mais provoquent clairement un dysfonctionnement et conduisent à une dépendance

Concept du lien faible

- De nombreuses personnes âgées ont un système qui est leur « maillon faible ». Exemples :
 - SNC - démence, histoire des accidents vasculaires cérébraux, etc.
 - Neuromusculaire - neuropathie, arthrose, déconditionnement, etc.
 - Génito-urinaire - incontinence, prostatisme, etc.
- Ce maillon faible influence l'apparition des maladies

La maladie se présente différemment

- Un être humain de 90 ans atteint de démence qui développe une pneumonie
 - peut avoir un délire
- Un être humain de 90 ans souffrant d'arthrose et de neuropathie qui développe une pneumonie
 - peut faire une chute
- Un être humain de 90 ans sans « maillon faible » qui développe une pneumonie
 - peut présenter « typiquement » - fièvre, frissons, toux productive, etc.

Syndromes difficiles à guérir

- Les syndromes gériatriques peuvent être perçus comme difficiles ou impossibles à traiter et à guérir.
- Cependant, une évaluation approfondie révèle souvent de nombreux troubles mineurs contributifs qui peuvent être améliorés, entraînant un traitement globalement efficace.
- Notre travail n'est peut-être pas de guérir la maladie chez les personnes âgées, mais d'améliorer la fonction

Par exemple...

- Chez un patient se plaignant de nycturie x3 qui a une hypertrophie de la prostate, un interniste peut commencer un alpha bloquant
- Un gériatre
 - Évaluez sa liste de médicaments et déplacez le diurétique au dosage du matin ou éliminez-le
 - Résoudre les problèmes d'hygiène du sommeil (pas de caféine avant le coucher, pas d'eau dans les 2 heures, etc.)
 - Discuter de la miction chronométrée
- Plusieurs « ajustements » peuvent améliorer le fonctionnement

Gestion anticipative

- L'identification d'un syndrome gériatrique peut conduire à l'anticipation et à l'évitement de complications
 - Après le diagnostic de démence, anticipez le délire avec des médicaments psychoactifs ou des infections
 - Après le diagnostic de neuropathie, anticipez les chutes ou les fractures de la hanche.
 - Rechercher une carence en vitamine D
 - Démarrer le bisphosphonate
 - Conseiller le soignant
- On ne peut peut-être pas complètement les éviter, mais peut au moins préparer le patient et sa famille

Changements de l'état mental

- La démence est une maladie du vieillissement, mais pas une conséquence normale du vieillissement
 - Il existe de nombreux sous-types (voir le module sur la démence sur le CD-ROM pour plus de détails)
- Le délire est une complication de nombreux états pathologiques chez les personnes âgées
- Les changements de l'état mental sont la marque de la démence et du délire
 - La connaissance du mini-examen de l'état mental est essentielle pour pouvoir évaluer l'état mental !

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Note: The MMSE is a required part of this dementia assessment.

Maximum
Score Score

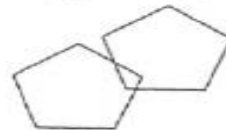
***Scoring:**
24-30 Uncertain
Cognitive
Impairment

18-23 Mild to
Moderate
Cognitive
Impairment

0-17 Severe
Cognitive
Impairment

*The score ranges
listed here are
widely used, but
it should be noted
that an MMSE
score is only an
initial indicator of
cognitive status,
and norms for the
MMSE vary
greatly depending
on a person's age,
education level,
and race.

- Orientation**
- 5 () What is the (year) (season) (day) (date) (month)?
- 5 () Where are we: (state) (county) (town) (hospital) (floor)?
- Registration**
- 3 () Name three unrelated objects. Allow one second to say each. Then ask the patient to repeat all three after you have said them. Give one point for each correct answer. Repeat them until he or she learns all three. Count trials and record. Trials: _____
- Attention and Calculation**
- 5 () Ask patient to count backwards from 100 by sevens. Give one point for each correct answer. Stop after five answers. Alternatively, spell *world* backwards.
- Recall**
- 3 () Ask patient to recall the three objects previously stated. Give one point for each correct answer.
- Language**
- 9 () • Show patient a wrist watch; ask patient what it is. Repeat for a pencil. (2 points)
- () • Ask patient to repeat the following: "No ifs, ands, or buts." (1 point)
- () • Ask patient to follow a three-stage command: "Take a paper in your right hand, fold it in half, and put it on the floor." (3 points)
- () • Ask patient to read and obey the following sentence which you have written on a piece of paper: "Close your eyes." (1 point)
- () • Ask patient to write a sentence. (1 point)
- () • Ask patient to copy a design. (1 point)



Total Score: _____ Assess level of consciousness along a continuum:
Alert Drowsy Stupor Coma

Sources:

Crum, R. M., J. C. Anthony, S. S. Bassett, and M. F. Folstein. 1993. "Population-Based Norms for the Mini-Mental State Examination by Age and Educational Level." *J. Am. Med. Assoc.* 269:2386-91.

Folstein, M. F., S. E. Folstein, and P. R. McHugh. 1975. "Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician." *J. Psych. Res.* 12:196-8.



Une autre série de diapositives d'un autre
auteur trouvée sur Internet

INTRODUCTION À LA MÉDECINE GÉRIATRIQUE

Dr VINOD KUMAR

Professeur émérite, hôpital St Stephens, Delhi

Anciennement, professeur de médecine et chef des
services gériatriques, AIIMS, New Delhi et

Groupe consultatif de l'OMS sur le vieillissement et la
santé

APPROCHER LE PATIENT PLUS ÂGÉ

- N'ayez pas de préjudice envers les personnes âgées
- Ayez de la patience en prenant l'histoire
- Optimisez la communication
- Rendez le patient sûr et confortable
- Obtenez une liste complète de médicaments utilisés
- Évaluez la coopération et l'attitude de la famille
- Évaluez le stress du soignant

CHANGEMENTS PHYSIOLOGIQUES ET LEUR IMPACT

CHANGEMENT : DIMINUTION DE

- • Le taux métabolique basal
- • Fonction pulmonaire
- • Fonction rénale
- • Minéral osseux
- • Fonction gastro-intestinale
- • Vue
- • Dentition
- • Goût

IMPACT : DIMINUTION DE

- Besoins en calories
- Capacité d'exercice
- Capacité à concentrer / diluer l'urine
- Résistance à la fracture
- Motilité intestinale
- Indépendance
- Capacité d'alimentation
- Appétit

TROUBLES GÉRIATRIQUES COURANTS

- **CVS** : hypertension, maladie coronarienne, insuffisance cardiaque, maladie vasculaire périphérique, syncope
- **Resp** : pneumonie, tuberculose, asthme, BPCO
- **SNC** : accident vasculaire cérébral, démence, méningite, encéphalopathie
- **Endocrine** : diabète, thyroïde, maladies sexuelles, métaboliques
- **Appareil locomoteur** : ostéoporose, arthrose, PR, chutes, fracture
- **Appareil gastro-intestinal** : dyspepsie, constipation, gastro-pathie AINS, RGO
- **Appareil génito-urinaire** : infection urinaire, hypertension, ménopause, incontinence, prolapsus
- **Cancers** : sein, poumon, prostate, utérus, du sang
- **Des sens & iatrogènes** : yeux, oreilles, goût, peau, effets indésirables

SYMPTÔMES NON CLASSIFIÉS DANS LA VIEILLESSE

- **faiblesse**
- **Fatigue**
- **Anorexie**
- **Constipation**
- **Goût altéré**
- **Essoufflement**
- **Faible force musculaire**
- **Courbatures**
- **Confusion**
- **Insomnie**
- **Impuissance**
- **Évanouissements / chutes**



Gériatrie

- Avertissement : Les diapositives précédentes ont été sélectionnées à partir de présentations trouvées en ligne

Gériatrie - Points pratiques



■ Demandez toujours « Qu'est-ce qui vous dérange le plus? »

■ Demandez toujours « Si je pouvais vous aider sur une chose, qu'est-ce que ce serait? »

■ Réduisez activement la polypharmacie à chaque visite si vous le pouvez

■ Essayez toujours d'abord les médicaments alternatifs

■ Suivez la directive éthique « d'abord ne pas nuire »

■ Ne leur faites jamais confiance pour se souvenir de vos instructions, notez-les

■ Impliquez toujours la famille si vous le pouvez

■ Parlez des objectifs et des attentes

■ La meilleure réponse est souvent : ne rien faire !

■ Rappelez à la famille que « ne rien faire » = c'est éviter le mal, pas abandonner