

Eva Kaiser, Martin Conzelmann

Urgences gériatriques

Compte-rendu d'un séminaire organisé dans le cadre du congrès du CMPR le 16 juin 2011

Ce séminaire a été l'occasion de discuter quelques situations d'urgence. Il s'agissait notamment de répondre à la question du degré d'urgence d'une série de cas cliniques et, le cas échéant, de décider des mesures à prendre en priorité et poser éventuellement l'indication à une hospitalisation. Une discussion portait ensuite sur le contexte médical et sur le fait de savoir si des mesures préventives appropriées auraient pu éviter cette situation.

Malaise orthostatique nocturne avec chute

Une patiente démente de 86 ans, souffrant de maladie coronarienne, fait une chute une nuit en se rendant aux toilettes. Son mari appelle le lendemain en expliquant qu'il a trouvé sa femme livide et sans réactions pendant une dizaine de minutes. A quelques vertiges près, elle semble à nouveau se porter très bien. Elle n'a apparemment pas été blessée. Son traitement habituel: carvédilol 2 x 12,5 mg, amiloride/hydrochlorothiazide 2,5/25 mg, donézépil 10 mg et acétylsalicylate 100 mg.

Et maintenant? Bien que la patiente se sente à nouveau assez bien, nous décidons de lui rendre visite après la consultation du matin.

Nous trouvons une fréquence cardiaque à 45 pulsations/min et une TA de 150/80 mm Hg en position couchée, chutant à 90/70 mm Hg en position debout. L'ECG montre un bloc AV du 3^e degré.

Nous apprenons que l'association d'un inhibiteur de la cholinestérase avec un alphabloquant peut provoquer des troubles orthostatiques et que son association avec un bêtabloquant peut induire un bloc AV. Le carvédilol qui produit des effets alpha- et bêtabloquants peut donc entraîner les complications évoquées ci-dessus lorsqu'il est combiné avec le donézépil. Un médicament tel que le donézépil doit donc être utilisé avec une prudence particulière, en raison de ses effets indésirables potentiels.

Nous discutons de ce qu'il y a lieu de faire. Hospitalisation en urgence? Pacemaker? Ou pouvons-nous suivre cette patiente à domicile en la confiant aux bons soins de son mari âgé? Cette dernière attitude a été jugée la plus raisonnable. Ce qui importe surtout dans cette situation, c'est de retirer tous les médicaments, à l'exception de l'Aspirine et de réfléchir à une autre forme de traitement. L'implantation d'un pacemaker temporaire est cependant requise dans certaines circonstances. Pour terminer la discussion à propos de ce cas, nous avons évoqué les mesures de prévention générale des chutes, notamment l'élimination de tous les obstacles susceptibles de faire trébucher, la lutte contre la nycturie, etc.

Etat confusionnel et somnolence sous fentanyl transdermique

Une femme appelle pour son père, un veuf de 90 ans atteint d'un cancer de la prostate avec métastases osseuses diagnostiqué six ans plus tôt et qu'elle voit tous les jours à l'occasion d'un petit passage à son domicile. Son traitement: metformine 850 mg deux fois par jour, ramipril 5 mg, torasémide 20 mg et pisoprolol 5 mg, paracétamol et novaminsulfone 500 mg trois fois par jour et, depuis trois jours, un patch transdermique de fentanyl 25 µg.

La fille raconte qu'elle a trouvé son père somnolent et confus, raison pour laquelle elle lui a fait une glycémie, qui s'est avérée normale, et elle demande ce qu'elle pourrait encore faire.

Question: Quelle est ici le degré d'urgence? Hospitalisation oui ou non?

Nous devons admettre l'existence d'une insuffisance rénale chez ce patient âgé. Trois jours de patch transdermique peuvent donc suffire à produire une accumulation de l'opiacé. L'attitude pragmatique: retirer le patch contenant la substance active, puis surveiller le patient jusqu'à ce que son état se soit normalisé.

A propos des opiacés transdermiques, nous apprenons que les patients doivent être surveillés au cours des trois ou quatre premiers jours d'applications, soit jusqu'à ce que la substance ait développé tout son effet. Nous ne devrions pas instaurer de tels systèmes chez des patients naïfs aux opiacés sans un essai/titrage préalable par des gouttes de morphine ou par une forme de codéine. Veiller aux interactions: les inhibiteurs du CYP3A4 augmentent son action, les inducteurs du CYP3A4 la diminuent. La buprénorphine est à privilégier en cas d'insuffisance rénale, parce qu'elle n'est pas éliminée par voie rénale. Il existe pour cela des tables de conversion mises à disposition par les fabricants.

Les questions posées:
quel est le degré d'urgence? hospitalisation oui ou non?

Etat confusionnel, vertiges et troubles de la parole sous diurétiques

Mme S. a 83 ans. Malgré un début de syndrome de démence et deux AIT dans ses antécédents, elle vit encore seule à la maison avec le soutien du CMS de son quartier. Elle souffre en outre de lombalgies chroniques dans le cadre d'un canal étroit et d'une ostéoporose. Elle présente aussi une cardiopathie hypertensive avec insuffisance cardiaque et on note encore quelques épisodes dépressifs. Ses médicaments: citalopram, paracétamol, clopidogrel 75 mg, amlodipine 5 mg, ramipril 7,5 mg et métoprolol 50 mg. Depuis une semaine, elle reçoit de plus un comprimé d'amiloride/hydrochlorothiazide 2,5/25 mg le matin.

Le CMS vous appelle après avoir trouvé Mme S. plus désorientée que d'habitude, à peine capable de marcher en raison de vertiges intenses et éprouvant d'évidentes troubles de la parole sous forme de difficultés d'élocution.

Et maintenant? Quelle est le degré d'urgence? Nous décidons de faire une visite à domicile pour nous faire une meilleure idée de la situation. Nous confirmons la description du CMS. Nous n'observons pas de déficits neurologiques à l'examen clinique grossier; nous ne mettons pas de foyer infectieux en évidence; l'auscultation cardiaque est normale et le status vasculaire est sans particularité (TA 130/90 mm Hg, FC 62/min, veines jugulaires visibles en position couchée). Labo? Lequel? Les principaux paramètres utiles pour établir le diagnostic dans ce cas sont les électrolytes et la créatinine. Le problème de l'hypokaliémie sous diurétiques thiazidiques est bien connu (8,5%), mais l'hyponatrémie est en fait bien plus fréquente à cet âge (13%)! Et ce trouble électrolytique ne se rencontre pas seulement avec les diurétiques thiazidiques, mais aussi avec les SSRI (0,5–32%)! Les facteurs de risque sont les diurétiques, l'âge avancé et le sexe féminin, mais aussi un petit poids de corps et une hyponatrémie préexistante. Chez Mme S., la natrémie mesurée une semaine après l'instauration du diurétique thiazidique avait passé de 131 à 118 mmol/l. C'est elle qui est à l'origine de la symptomatologie.

L'enseignement à tirer de cette situation est donc que nous devons penser à l'éventualité d'une hyponatrémie et ne pas oublier de monitorer soigneusement les électrolytes lorsque nous démarrons un traitement par des diurétiques thiazidiques chez toute femme âgée de petit poids.

Correspondance:

Dr Eva Kaiser, MD, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin
Hauptstrasse 125, 4102 Binningen
ekaiser[at]hin.ch