

# Cas cliniques Transversaux pour l'ECN

Collection dirigée par Jean-Jacques Lehot

## Psychiatrie

Liliane Daligand, Hervé Claudel, Cédric Gensollen,  
Guillaume Giret, Delphine Johannet, Marc Lavie

Frédéric Limosin, Claire-Lise Charrel,  
Valériu Fruntes, Bérengère Hübsch, Éric Tran

## Gériatrie

Régis Gonthier, Olivier Beauchet

50 cas cliniques  
transversaux  
avec iconographie

Grille de notation

Commentaires



Éditions Pradel

# Cas cliniques Transversaux pour l'ECN

Collection dirigée par **Jean-Jacques Lehot**

## Psychiatrie

Liliane Daligand, Hervé Claudel, Cédric Gensollen,  
Guillaume Giret, Delphine Johannet, Marc Lavie

Frédéric Limosin, Claire-Lise Charrel,  
Valériu Fruntes, Bérengère Hübsch, Éric Tran

## Gériatrie

Régis Gonthier, Olivier Beauchet



Éditions Pradel

# LES AUTEURS

## PSYCHIATRIE

### **Liliane Daligand**

Professeur des Universités, Patricien Hospitalier  
Service des Urgences Psychiatriques, Centre Hospitalier Lyon-Sud à Pierre-Bénite

### **Hervé Claudel**

Praticien Hospitalier  
Service Urgences Médicales d'Accueil, Centre Hospitalier Le Vinatier à Lyon-Bron

### **Cédric Gensollen**

Chef de Clinique-Assistant  
Service des Urgences Psychiatriques, Centre Hospitalier Lyon-Sud à Pierre-Bénite

### **Guillaume Giret**

Chef de Clinique-Assistant  
Service des Urgences Psychiatriques, Centre Hospitalier Lyon-Sud à Pierre-Bénite

### **Delphine Johannet**

Pédo-psychiatre, CHU de Lyon

### **Marc Lavie**

Praticien Hospitalier  
Service des Urgences Psychiatriques, Centre Hospitalier Lyon-Sud à Pierre-Bénite

### **Frédéric Limosin**

Professeur des Universités, Patricien Hospitalier  
Service de Psychiatrie des Adultes, CHU Robert-Debré à Reims

### **Claire-Lise Charrel**

Praticien Hospitalier  
Service de Psychiatrie des Adultes, CHU Robert-Debré à Reims

### **Valériu Fruntes**

Chef de Clinique-Assistant  
Service de Psychiatrie des Adultes, CHU Robert-Debré à Reims

### **Bérengère Hübsch**

Chef de Clinique-Assistant  
Service de Psychiatrie des Adultes, CHU Robert-Debré à Reims

### **Éric Tran**

Chef de Clinique-Assistant  
Service de Psychiatrie des Adultes, CHU Robert-Debré à Reims

## GÉRIATRIE

### **Régis Gonthier**

Professeur des Universités, Patricien Hospitalier  
Service de Médecine Interne-Gérontologie Clinique, Hôpital Charité à Saint-Étienne

### **Olivier Beauchet**

Maître de Conférence des Université, Praticien Hospitalier  
Service de Médecine Interne-Gérontologie Clinique, Hôpital Charité à Saint-Étienne

# PRÉFACE

Cette collection est pilotée par des enseignants titulaires habitués à faire partie des jurys de concours nationaux. Aussi, ils souhaitent ajouter des recommandations à celles du CICN :

- *sur le fond*, les questions font souvent appel à des données physiopathologiques diagnostiques, thérapeutiques, épidémiologiques, ainsi qu'à l'information des patients et aux aspects médicolégaux. Durant l'heure que le candidat consacre à chaque dossier, il faut commencer par lire l'ensemble des questions afin de sentir le fil conducteur de chaque dossier, et d'éviter les réponses doublons. Si besoin, plusieurs diagnostics doivent être évoqués, d'où il faut faire ressortir les plus fréquents ou les plus graves. Les jurys apprécient toujours les réponses argumentées se rapportant précisément au cas clinique. Pour la préparation du concours, les candidats peuvent avoir recours à des références émanant de la Haute Autorité de Santé, de l'AFSSAPS, du Centre national des concours d'Internat ([www.cnci.univ-paris5.fr](http://www.cnci.univ-paris5.fr)) des conférences de consensus et des conférences d'experts des sociétés savantes ([http://www.bmlweb.org/consensus\\_lien.html](http://www.bmlweb.org/consensus_lien.html)) ;
- *sur la forme*, il est conseillé d'écrire très lisiblement. Surtout ne pas oublier que les correcteurs auront des centaines de copies à corriger en quelques heures, et qu'une présentation claire améliorera significativement le résultat final.

Il n'est pas nécessaire de faire de longues phrases, mais il faut faire apparaître le maximum de mots-clés. À l'intérieur de chaque question, on peut commencer par les points les plus importants, ou suivre un ordre chronologique en modulant les items par des mots tels que « surtout ou éventuellement ». Il faut se méfier des abréviations, ne gardant que les plus courantes (ECG, EEG...).

Enfin, dans la présente collection, la correction des questions figure en encadré. Les parties situées hors cadre ne servent qu'à aider l'étudiant et à coter les difficultés relatives de chaque dossier de 1 à 3 lions (certains cas cliniques plus difficiles peuvent être proposés afin de départager les candidats). Néanmoins, il faut garder en mémoire que chaque jury est « souverain » et peut privilégier un aspect du cas clinique en modulant le nombre de points pour chaque question, ou au contraire en comptant zéro à une question en cas d'erreur manifeste.

Un concours se préparant comme un marathon, les auteurs de cette collection vous souhaitent bonne course !

*J.-J. Lehot et les enseignants responsables  
des différents volumes de la collection*



# CONSEILS PRATIQUES DONNÉS PAR DES CORRECTEURS

## INTERNAT EN MÉDECINE

### CE QU'IL FAUT FAIRE

- **Bien lire l'énoncé**
- Élaborer les mots-clés essentiels d'une réponse bien ciblée sur l'énoncé
- Rédiger la réponse en utilisant ces mêmes mots-clés avec des phrases courtes, en évitant à la fois le style télégraphique et le style trop littéraire
- Connaître une vingtaine de mots-clés par sujet. Ces mots-clés doivent être assez précis (ex. : parler de « masque » au lieu d'« isolement aérien » pour la tuberculose pulmonaire)
- Faire preuve de bon sens et d'adaptation au cas clinique
- Connaître les points médicolégaux (faciles à intégrer dans la grille)
- Connaître les vieux leitmotivs par cœur (ex : « tubage gastrique le matin à jeun 3 jours consécutifs »)
- Ne pas négliger l'analyse des clichés radiologiques dans la préparation de l'internat

### CE QU'IL FAUT ÉVITER

- **Phrases types, exemples :**
  - « Mise en condition avec voie veineuse périphérique »
  - « Kinésithérapie respiratoire, prévention des complications thromboemboliques par HBPM, nursing »
  - les phrases ne contenant aucun mot-clé
- Effets de mode qui peuvent agacer le correcteur à la 800<sup>e</sup> copie, *exemples* :
  - VIH dans toutes les questions
  - soutien psychologique dans la tuberculose en oubliant l'antibiothérapie
  - groupage sanguin et ACI systématiques
  - parler systématiquement d'« urgence » sans préciser les délais
- Donner les posologies si l'on n'en est pas certain
- Doser les  $\beta$ -HCG chez un homme de 88 ans avant de prescrire la rifampicine !
- Prescrire un arrêt de travail à un pensionnaire d'une maison de retraite !

### SUR LE FOND

### SUR LA FORME

- Écrire lisiblement
- Utiliser les abréviations courantes (ECG, NFP), préciser entre parenthèses le sens des abréviations moins courantes
- Faire 2 ou 3 colonnes augmente la lisibilité
- Dans le doute, on peut écrire « à discuter » ou « voire »

- Écriture minuscule pour remplir la copie au maximum
- Phrases longues
- Faire une pseudo-ordonnance avec nom du médecin, daté, signé...
- Répétitions à l'intérieur d'une même question

# MÉTHODOLOGIE DE RÉDACTION DES DOSSIERS CLINIQUES

## EXAMEN NATIONAL CLASSANT

Trois épreuves de cas cliniques attendent depuis 2004 les candidats de l'examen national classant. En parallèle des connaissances théoriques indispensables, la note finale va s'établir en fonction des capacités du candidat à organiser ses idées et à faire ressortir les points importants d'une manière concise et structurée. La « forme » devient alors aussi importante que le « fond ». C'est dans cet esprit qu'il faut travailler tout au long de l'année précédant l'examen, en s'entraînant en temps limité à rédiger de manière complète les dossiers. La méthodologie proposée ci-après reste une proposition, une « trame de travail », à adapter au cas par cas, en ayant pour objectif d'arriver le jour J avec sa propre méthode de rédaction, qui aura fait ses preuves tout au long des examens blancs et des séances d'entraînement...

Trois épreuves de 3 heures, trois dossiers cliniques par épreuve.

### ❶ **Survol rapide des trois dossiers : 3 minutes**

- Pendant la lecture par un membre du jury des dossiers
- Lecture en diagonale
- Pour repérer les mots-clés qui vont évoquer le diagnostic et se rassurer
- 1 minute par dossier

### ❷ **Une fois la lecture par le jury terminée, lire rapidement les trois dossiers (énoncé + questions) : objectif = choix de l'ordre dans lequel les sujets vont être traités**

- Énoncé : si des pièges apparaissent d'emblée, les surligner
- Questions : si des mots-clés semblent très importants les noter en face de la question correspondante ; attention, il ne s'agit en aucun cas de traiter le dossier au brouillon ni de réfléchir, il suffit juste de faire appel à sa « mémoire réflexe »
- Garder pour la fin le sujet sur lequel on semble le moins à l'aise
- Mais attention : s'imposer une heure par dossier, montre en main, et pas plus +++
- Durée : 5 minutes (phase 1 + 2 = 10 minutes en tout)

### ❸ **Phase de réflexion pour le premier dossier : 5 minutes minimum**

- Relire l'énoncé attentivement en traquant les pièges
- Répondre sur le sujet pour se faire un « guideline » avec les mots-clés principaux et les « NPO » de ses fiches
- Ne faire en aucun cas un brouillon ni même un soupçon de rédaction sur le sujet
- Cette phase doit durer au minimum 5 minutes, il est évident qu'en fonction des habitudes des candidats, les durées des deux phases de réflexion et de rédaction seront variables ; il faut cependant s'astreindre à un minimum de réflexion pour éviter de partir « tête baissée » dans un hors sujet magistral...

### ❹ **Vérification des concordances sujet/cahier couleur**

- Fondamental
- Inutile de risquer deux « zéros » aux dossiers en voulant gagner... 30 secondes !

### ❺ **Rédaction du premier dossier : 45 minutes**

- La triade gagnante à toujours avoir en tête
  - rester SIMPLE
  - STRUCTURER sa réponse : phrase d'introduction certes mais après tiret/mot-clé puis phrase de conclusion

- DISCUTER les questions à réponses « mitigées » en développant le pour, le contre et en adoptant une position finale claire

Concernant la forme :

- phrases courtes
- faire ressortir ce qu'on pense être un mot-clé en début de ligne
- une question par page (*si le cahier de rédaction reste aussi long que celui proposé en 2004 : 12 pages*) : aérer la réponse pour faciliter le travail du correcteur

Concernant le fond :

- éviter les détails : ils montrent l'étendue du savoir mais ils induisent une perte de temps, une dilution de l'information essentielle, et par conséquent un risque de perte de points non pas par points négatifs mais par non cotation du mot-clé attendu
- structurer vraiment sa réponse pour montrer la clarté du raisonnement sans pour autant entrer dans les stéréotypes « antibiothérapie double probabiliste large spectre après prélèvement bactériologique centrée sur tel germe... » si ce n'est pas vraiment la question posée
- ne pas réciter son cours bêtement mais appliquer son « tuyau » au patient présenté, cas particulier dont il est question

#### ⑥ Relecture du premier dossier : 5 minutes

- Vérification rapide et automatique de l'orthographe
- Éventuellement souligner le plan, les mots-clés ; souligner est une arme à double tranchant : si les mots soulignés ne sont pas les mots-clés attendus et même si ceux-ci sont présents dans la copie, le correcteur risque de ne pas les voir car son attention sera entièrement centrée sur les mots soulignés...
- Pendant ce temps, en profiter pour relâcher la pression et faire une coupure nette « mentale » entre deux dossiers

#### ⑦ Retour à la case n°3 pour le dossier 2 puis le 3

#### ⑧ Touche finale sur les 5 dernières minutes

- Relecture des trois dossiers en diagonale, surtout pour la mise en forme (deux couleurs autorisées : bleu et noir)
- Ne pas changer d'avis au dernier moment, la première impression est le plus souvent la bonne !

#### En somme pour le timing :

- 10 minutes de mise en condition + choix de l'ordre des sujets
- Par dossier : 55 minutes :
  - réflexion : 5 minutes minimum
  - rédaction : 45 minutes maximum
  - relecture : 5 minutes
- Touche finale : 5 minutes (l'annonce par le surveillant sert de repère...)
- Soit : 180 minutes...





# Psychiatrie\*

*\* Cas n° 1 à cas n° 10 rédigés par le Professeur L. Daligand et collaborateurs.  
Cas n° 10 à cas n° 25 rédigés par le Professeur F. Limosin et collaborateurs.*



# Cas clinique transversal n°1

Antoine, 18 ans, est accompagné par ses deux parents aux urgences psychiatriques sur les conseils de leur médecin de famille. Ils sont inquiets devant des propos et un comportement inhabituels, apparus brutalement depuis une dizaine de jours.

Antoine est étudiant en lettres. Il n'a pas d'antécédent psychiatrique. L'entretien avec ce jeune homme permet de retrouver un contact fortement altéré. Ses propos sont incohérents. Antoine a la conviction qu'il est chargé par Dieu d'une mission à réaliser sur terre ; il entend la voix de Dieu qui lui intime des ordres et paraît surpris qu'on l'interroge à ce sujet puisque : « Vous savez déjà tout... ». Son humeur est légèrement exaltée et euphorique. Antoine ne dort plus depuis plusieurs nuits. Il présente une tachypsychie notable avec une agitation psychomotrice.

Les parents d'Antoine confirment l'absence d'antériorité psychiatrique tant sur le plan personnel que familial. En revanche, Antoine est affecté d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin. Il a d'ailleurs présenté récemment une nouvelle crise traitée par anti-inflammatoire stéroïdien par voie générale. Les troubles psychiatriques constatés par les parents sont contemporains de cet épisode inflammatoire.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Faites l'analyse sémiologique du dossier.

**Question n°2 :** Quel diagnostic évoquez-vous et sur quels arguments ? Quels facteurs déclenchants peut-on supposer ?

**Question n°3 :** Antoine refuse une hospitalisation en psychiatrie. Quel type d'hospitalisation envisagez-vous ? Selon quelles modalités ?

**Question n°4 :** Détaillez votre prise en charge pour les premières 24 heures. Quelle surveillance est-elle nécessaire ?

**Question n°5 :** Quels sont les facteurs de bon pronostic retrouvés chez ce patient ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

Terrain : adulte jeune .....	2
Début brutal, aigu .....	2
<b>Syndrome délirant paranoïde :</b> .....	2
- mécanismes multiples :	
↳ intuitif .....	2
↳ hallucinatoire .....	2
- hallucinations intrapsychiques, automatisme mental .....	2
- thématique mystique .....	2
Participation thymique, affective .....	2
Signes physiques : insomnie .....	2
Conviction totale, inébranlable .....	2

## Question n°2

**20 points**

<b>Bouffée délirante aiguë</b> ou état psychotique aigu ou état délirant aigu : .....	2
↳ syndrome délirant .....	2
↳ d'apparition brutale .....	2
↳ de mécanismes et de thématiques polymorphes .....	2
↳ avec participation thymique ou affective .....	2
<b>Facteur déclenchant :</b> corticothérapie, traitement par corticoïdes	
→ BDA secondaire à la corticothérapie ou BDA iatrogène .....	10

## Question n°3

**20 points**

<b>Hospitalisation à la demande d'un tiers :</b> .....	5
↳ selon l'article L.3212-1 du Code de la santé publique .....	2
↳ justifiée par l'impossibilité de consentir .....	1
↳ et la nécessité de soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier habilité. ....	2
Modalités :	
- demande manuscrite par un tiers (parents) .....	3
- deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de 15 jours : .....	3
↳ rédigés par des médecins thésés, ni parents ni alliés au 4 <sup>e</sup> degré avec le patient, entre eux, avec le tiers, avec le directeur d'établissement d'accueil .....	3
↳ un des deux certificats doit être rédigé par un praticien n'exerçant pas dans l'établissement psychiatrique d'accueil .....	1

## Question n°4

**20 points**

Hospitalisation en psychiatrie, si nécessaire en HDT .....	2
Mise en chambre d'isolement éventuelle si agitation psychomotrice .....	2
Bilan clinique et paraclinique à la recherche d'un retentissement clinique et d'une organicité .....	2
<b>Scanner cérébral</b> si doute et systématique au premier accès .....	2
<b>Recherche toxique</b> .....	2

**Chimiothérapie :**

- neuroleptique ..... 2
- antipsychotique ..... 2
- et sédatif ..... 2

**Surveillance :**

- des paramètres (pouls, TA, température) ..... 2
- de l'efficacité ..... 2
- et de la tolérance du traitement ..... 2

**Question n°5**

**20 points**

- Début brutal ..... 4
- Bonne adaptation sociofamiliale ..... 3
- Pas de notion de personnalité pathologique prémorbide ..... 4
- Absence d'antécédents familiaux de trouble psychotique ..... 3
- Richesse et polymorphie du délire ..... 3
- Facteur déclenchant organique ..... 3



**RÉFÉRENCES**

**Modalités d'hospitalisation en psychiatrie.**

Cours du CNUF : [www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie\\_adulte/cours/cours-sommaire.htm](http://www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/cours/cours-sommaire.htm).

**Modalités de décision concernant l'indication en urgence d'hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux.**

HAS : [www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c\\_272435](http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272435).

**Agitation et délires aigus.**

Cours du CNUF : [www.univ-rouen.fr](http://www.univ-rouen.fr).

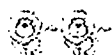


**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

N° 9 : Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office.

N° 177 : Prescription et surveillance des psychotropes.

N° 184 : Agitation et délire aigu.



**DIFFICULTÉ**

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°2

Vous recevez en consultation Mme K., 32 ans, hébergée dans un foyer pour demandeurs d'asile, à la demande des travailleurs sociaux de cette structure d'accueil.

En effet, Mme K., d'origine kosovarde, s'est réfugiée il y a un an en France après les agressions dont elle a été victime dans son pays. Sa famille a fait l'objet de persécutions régulières. Les membres de sa famille ont été tués dont certains sous ses yeux. Elle-même a été physiquement maltraitée à de nombreuses reprises.

Lors de l'entretien réalisé en présence d'un interprète, Mme K. exprime qu'elle a d'importants troubles du sommeil avec des cauchemars au cours desquels elle revit certaines scènes d'agressions. Elle est très angoissée, pleure souvent, est incapable de se concentrer et se sent en permanence sur le qui-vive. Au sein du foyer, elle a tendance à s'isoler, ne s'intéresse pas aux autres résidents et paraît peu en lien avec les autres.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quel diagnostic portez-vous ?

**Question n°2 :** Sur quels arguments cliniques ?

**Question n°3 :** Quelles sont les principales complications susceptibles d'apparaître en l'absence de prise en charge ?

**Question n°4 :** Quelle prise en charge proposez-vous ?

**Question n°5 :** Quelle prise en charge initiale, au décours immédiat des agressions, aurait pu éventuellement permettre d'éviter l'apparition du tableau clinique actuel ?

**Question n°6 :** En fin d'entretien, Mme K. vous confie qu'elle a également été violée lors de l'une de ses agressions. Décrivez les grands principes de l'accueil d'une victime d'agression sexuelle.

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

 État de **stress post-traumatique** ou syndrome psychotraumatique ..... 20

## Question n°2

**10 points**

Terrain : prédominance féminine ..... 2,5

Facteur déclenchant : agressions physiques répétées et agression sexuelle ..... 2,5

Symptomatologie typique : syndrome de répétition traumatique, réactivité neurovégétative (insomnie, cauchemars, trouble de la concentration), émoussement affectif (isolement, repli, détachement, désintérêt) ..... 2,5

Évolution des troubles : supérieure à un mois (à la différence des troubles aigus) ..... 2,5

## Question n°3

**10 points**

Apparition d'un état dépressif majeur avec risque suicidaire ..... 5

Évolution vers la chronicité des troubles ..... 5

## Question n°4

**20 points**

 Prise en charge **ambulatoire** ..... 4

 Recherche systématique de **comorbidités** psychiatriques ..... 4

 Prise en charge **psychothérapeutique individuelle** ..... 4

### Traitements médicamenteux :

◦ antidépresseur ..... 2

◦ anxiolytique (benzodiazépine) ..... 2

### Surveillance clinique régulière :

◦ de l'efficacité ..... 2

◦ et de la tolérance du traitement ..... 2

## Question n°5

**10 points**

 Prise en charge psychothérapeutique immédiate de type **débriefing**, ..... 5

visant à faire exprimer à la victime :

◦ le vécu des événements ..... 2,5

◦ et son ressenti émotionnel à proximité du fait traumatique ..... 2,5

## Question n°6

**30 points**

### Entretien

La victime doit être reçue rapidement, dans un cadre respectant son intimité et dans le calme

Elle peut être accueillie en tête à tête par le médecin ou bien, à sa demande ou avec son consentement, en présence d'une tierce personne

L'entretien doit impérativement précéder l'examen clinique, les examens spécialisés éventuels et les prélèvements ..... 3

 Le médecin devra évaluer si, pour des raisons médicales (état clinique préoccupant) ou techniques (l'impossibilité de réaliser un examen médico-légal dans des conditions de compétence et notamment de matériel suffisant), **la patiente doit être transférée vers un centre spécialisé** ..... 3



**Évaluation psychologique**

L'impact psychologique des violences sur la victime ne doit pas être négligé .....	1
Les antécédents psychiatriques et la prise de psychotropes doivent être demandés ....	1
Les réactions à l'agression doivent être notées :	
◦ signes de stress post-traumatique récent, .....	2,5
avec réaction de sursaut, anxiété, labilité thymique, obnubilation, anesthésie affective	
◦ puis signes de stress post-traumatique secondaire : .....	2,5
remémorations de l'agression, troubles du sommeil avec cauchemars, troubles des conduites alimentaires, anxiété, phénomènes de peur, conduites d'évitement, troubles de la thymie, troubles somatoformes, conduites phobiques, rituels obsessionnels	
Le comportement de la victime au moment de l'examen est important à signaler : ....	2
◦ agressivité verbale, repli sur soi, mutisme, inhibition, confusion, autoaccusation, culpabilité, honte, calme anormal, ainsi que sa présentation (faciès triste, ralentissement psychomoteur)	
Le trauma psychique avec symptômes immédiats ou différés doit conduire à une consultation spécialisée .....	1

**Examen clinique**

Il apporte les éléments de preuve « objectifs » et devra donc être détaillé et précis. L'examen est complet et ne se limite pas à l'examen des parties « intimes ». Les lésions éventuelles devront être décrites de manière très précise en mentionnant leur taille, leur aspect, leur localisation et leur ancienneté estimée .....

**Prélèvements** ..... 1

Ils seront effectués en même temps que l'examen. En cas d'agression récente (moins de 3 jours), ils seront réalisés dans un but :

- **médicolégal** pour identification génétique de l'agresseur
- mais également **médical** pour évaluer l'état de santé initial de la victime, servir de bilan de référence .....

**Recherche de spermatozoïdes** ..... 1

**Prélèvements en vue d'analyse génétique** ..... 1

**Recherche d'une éventuelle grossesse :** ..... 1

- au moindre doute, dosage plasmatique ou urinaire des bêta-HCG

**Recherche de maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH, après accord de la patiente** ..... 1

**Bilan sérologique et biologique** ..... 1

**Bilan préthérapeutique** ..... 1



**RÉFÉRENCES**

**Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles.**

*Cours du CNUP : [www.univ-rouen.fr](http://www.univ-rouen.fr).*

**La Revue du Praticien 2005 ; 55.**

**Troubles anxieux et troubles de l'adaptation.**

*Cours du CNUP : [www.univ-rouen.fr](http://www.univ-rouen.fr).*



**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

N° 41 : Troubles anxieux et troubles de l'adaptation.

N° 177 : Prescription et surveillance des psychotropes.

N° 183 : Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles.



**DIFFICULTÉ**

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°3

Vous recevez en consultation Fanny C., 15 ans, accompagnée de sa mère, Mme C. Cette dernière est inquiète pour sa fille, qui a perdu 8 kg en 2 mois. Elle pèse à présent 41 kg pour 1,65 m. Fanny ne se plaint pourtant pas, elle dit même se trouver « très bien ». Elle vous explique faire « seulement plus attention » qu'avant à son alimentation car elle est « dégoûtée » par « le gras ». De ce fait, elle « ne peut plus avaler » que des légumes et des yaourts nature. Elle reconnaît ne manger plus qu'une fois par jour car elle n'a, selon elle, « plus faim » le matin et n'a pas le temps de manger le midi car elle révise ses cours. Madame C. est « fière » de sa fille qui, malgré ses « problèmes digestifs », reste très active. Fanny est décrite comme une élève « sérieuse », appréciée de ses professeurs. Elle passe plusieurs heures le soir sur ses devoirs. Mme C. trouve d'ailleurs que c'est un peu « exagéré » car Fanny se couche de plus en plus tard. Mme C. ne rapporte cependant pas de difficulté relationnelle avec sa fille, qui est « toujours prête à rendre service » et qui aide à la maison, en particulier pour faire les courses et confectionner les repas. Fanny précise qu'elle ne comprend pas ses camarades de classe qui ne s'intéressent qu'à des choses « bêtes » et elle évite de faire des sorties avec eux. Elle préfère, en effet, occuper son temps libre à faire du sport ou à lire, notamment des livres de diététique et des biographies.

À l'examen clinique, Fanny est pâle, maigre. Ses mains sont froides et bleutées. Sa tension artérielle est mesurée à 80/60 mmHg et son pouls à 60/min. Elle n'a plus ses règles depuis un mois et demi. Sa peau est sèche et duveteuse.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.

**Question n°2 :** Quel diagnostic posez-vous à partir de votre analyse sémiologique ?

**Question n°3 :** Quelle(s) pathologie(s) associée(s) recherchez-vous ?

**Question n°4 :** Quel(s) est (sont) le(s) risque(s) évolutif(s) à court terme du trouble présenté par Fanny ?

**Question n°5 :** Quels sont les facteurs de bon pronostic repérés dans cette observation ?

**Question n°6 :** Citez les principes généraux de la prise en charge ambulatoire que vous mettez en place.

**Question n°7 :** Quel(s) est (sont) le(s) mode(s) évolutif(s) possible(s) de cette maladie ?

# RÉPONSES

<b>Question n°1</b>	<b>22 points</b>
<b>Anorexie :</b> .....	3
• restriction alimentaire volontaire .....	0,5
• diminution des quantités alimentaires ingérées (un repas par jour) .....	0,5
• diminution des apports caloriques, sélection des aliments (éviction des produits gras et sucrés) .....	0,5
• intérêt particulier pour la nourriture (lecture d'ouvrages diététiques, courses, confection des repas) .....	0,5
<b>Maigrissement :</b> .....	3
- perte de 8 kg en 2 mois	
- aspect maigre	
- conséquences somatiques :	
• hypotension artérielle .....	0,5
• bradycardie .....	0,5
• hypothermie (mains froides) .....	0,5
• troubles circulatoires ou syndrome de Raynaud ou cyanose des extrémités (mains bleutées) .....	0,5
• atteinte des phanères (peau sèche) .....	0,5
• augmentation de la pilosité ou hypertrichose ou lanugo .....	0,5
<b>Aménorrhée</b> [disparition des règles depuis un mois et demi] .....	3
<b>Hyperactivité psychomotrice :</b> .....	2
• pratique intensive du sport .....	0,5
• augmentation du temps consacré au travail scolaire .....	0,5
• réduction du temps de sommeil .....	0,5
• intérêt pour les activités intellectuelles (lecture)	
<b>Déni de la maigreur</b> (Fanny se trouve « très bien »), absence de plainte .....	2
<b>Isolement social</b> .....	1
<b>Adolescente</b> .....	1
<b>Sexe féminin</b> .....	1

<b>Question n°2</b>	<b>13 points</b>
<b>Anorexie mentale</b> .....	10
Chez une adolescente de 15 ans .....	3

<b>Question n°3</b>	<b>10 points</b>
<b>Conduites boulimiques</b> .....	3
<b>Troubles du comportement :</b>	
• vomissements .....	1,5
• prise de médicaments laxatifs et/ou diurétiques .....	1
• potomanie .....	0,5
<b>Pathologie organique</b> sous-jacente ou associée .....	2
<b>Pathologie psychiatrique</b> sous-jacente ou associée .....	2

**Question n°4****10 points**

Inefficacité du traitement ambulatoire .....	1
<b>Perte de poids trop importante</b> (BMI inférieur à 14) .....	4
Troubles hydroélectrolytiques (hypokaliémie) .....	2
Pathologie somatique associée ou secondaire (infection) .....	1
Risque suicidaire .....	2

**Question n°5****8 points**

Aspect typique de la symptomatologie .....	1
Âge de survenue du trouble (adolescence) .....	1
Absence de pathologie somatique .....	1
ou psychiatrique associée .....	1
Rapidité de la prise en charge .....	1
Absence d'opposition franche au soin .....	1
Isolement social modéré .....	1
Soutien familial .....	1

**Question n°6****25 points**

En <b>service de psychiatrie</b> .....	1
Avec <b>accord des parents</b> .....	2
<b>Mise en condition de la malade :</b>	
◦ <b>isolement</b> : .....	3
en chambre seule, pyjama, absence de tout objet personnel, absence de toute source de distraction, aucun contact avec la famille	
◦ <b>contrat de poids</b> .....	3
<b>Soins somatiques :</b>	
◦ pesées régulières .....	3
◦ bilans biologiques .....	1
◦ examens paracliniques si besoin (ECG notamment) .....	1
◦ traitement médicamenteux somatique symptomatique .....	0,5
◦ sondage nasogastrique si nécessaire .....	2
◦ surveillance de la tolérance clinique et de l'efficacité du traitement .....	0,5
<b>Soins psychiatriques :</b>	
◦ psychothérapie individuelle .....	2
◦ psychothérapie familiale .....	2
◦ traitement médicamenteux psychiatrique symptomatique .....	0,5
◦ surveillance de la tolérance clinique et de l'efficacité du traitement .....	0,5
<b>Prise en charge diététique</b> : information, rééducation .....	3

**Question n°7****12 points**

Décès (dénutrition, suicide) .....	3
Guérison : .....	3
◦ disparition des troubles des conduites alimentaires avec reprise de poids et réapparition des règles	
Chronicisation .....	3
Apparition d'un autre trouble psychiatrique après guérison .....	3



### RÉFÉRENCES

**Troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent.**

*P. Duverger. [www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/enseignement.htm](http://www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/enseignement.htm).*

**Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent.**

*P. Duverger. [www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/enseignement.htm](http://www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/enseignement.htm).*

**Risque suicidaire de l'enfant et de l'adolescent : identification et prise en charge.**

*P. Duverger [www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/enseignement.htm](http://www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/enseignement.htm)*



### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 39 : Troubles du comportement de l'adolescent.

N° 42 : Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte.

N° 44 : Risque suicidaire de l'enfant et de l'adulte : identification et prise en charge.

N° 189 : Conduite suicidaire chez l'adolescent et l'adulte.



### DIFFICULTÉ

3 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°4

Vous recevez en consultation Jérôme T., 16 ans, accompagné de sa mère, Mme T. Celle-ci vous explique qu'elle a besoin de votre avis concernant le comportement de son fils, qui a été surpris en train de se scarifier ce matin dans les toilettes du lycée. Les professeurs l'ont par ailleurs interpellée car ils ne « reconnaissent plus » Jérôme, qui est devenu irritable et se montre parfois insolent. Ses notes sont en « chute libre ». Mme T. est séparée du père de Jérôme depuis près d'un an car ce dernier a « des problèmes d'alcool ». Jérôme passe un week-end sur deux chez son père.

Seul en entretien, Jérôme se met à pleurer. Il est replié sur lui-même et évite votre regard. Son visage est peu expressif. Il vous dit alors que son père est parfois violent avec lui quand il est « saoul ». Il vous précise qu'il l'insulte et lui donne des coups de pieds. Jérôme vous demande de garder le secret sur ce qu'il vous a rapporté car il ne veut pas inquiéter sa mère, à qui il cause « déjà suffisamment de soucis ». L'adolescent reconnaît que, depuis plusieurs mois, il est moins actif qu'avant. Il n'a pas envie de sortir avec ses copains et ne se rend plus à son club de basket. Il passe donc l'essentiel de son temps libre devant la télévision ou à somnoler dans sa chambre. Il s'étonne car il est « toujours fatigué ». Il se réveille pourtant spontanément vers 6 h du matin sans pouvoir se rendormir. Il pense arrêter ses études car il « n'y arrive plus » et, selon lui, les professeurs ne l'« aiment pas ». Il avait le projet de devenir vétérinaire mais il estime, à présent, qu'il est « trop nul » pour y arriver. Enfin, Jérôme vous confie qu'il a fait une tentative de suicide médicamenteuse il y a 2 mois sans que personne ne s'en rende compte. Maintenant, il sait « comment faire pour que ça marche ». Il a accumulé des comprimés qu'il a volés dans la boîte à pharmacie de son père et pense les absorber lorsque sa mère ira passer la soirée chez ses collègues de travail.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.

**Question n°2 :** Quel diagnostic posez-vous à partir de votre analyse sémiologique ?

**Question n°3 :** Quel est le risque évolutif que vous redoutez ? Comment l'évaluez-vous ?

**Question n°4 :** Quelle est votre attitude par rapport à la violence dont est victime Jérôme de la part de son père ?

**Question n°5 :** Quelles mesures thérapeutiques non médicamenteuses mettez-vous en place ?

**Question n°6 :** Quelles mesures thérapeutiques médicamenteuses mettez-vous en place ?

**Question n°7 :** Quelle surveillance instaurez-vous ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**23 points**

<b>Tristesse de l'humeur :</b> .....	4
◦ pleurs .....	1
◦ anhédonie .....	2
◦ vision négative de soi-même ou culpabilité ou autoaccusations ou perte de l'estime de soi .....	2
◦ vision négative du futur ou pessimisme .....	1
◦ vision négative du monde extérieur (les professeurs ne l'« aiment pas ») .....	1
<b>Ralentissement psychomoteur :</b>	
- ralentissement moteur : .....	2
◦ faciès figé .....	0,5
◦ aboulie ou inertie ou apragmatisme .....	0,5
◦ clinophilie .....	0,5
- ralentissement psychique : .....	2
◦ baisse des résultats scolaires .....	0,5
<b>Symptômes associés :</b>	
◦ irritabilité .....	1
◦ troubles du sommeil avec réveils précoces, somnolence diurne .....	2
◦ idées suicidaires .....	1
Adolescent .....	1
Notion de maltraitance de la part du père .....	0,5
Notion d'un changement de comportement .....	0,5

## Question n°2

**8 points**

<b>Syndrome dépressif</b> .....	4
<b>majeur :</b> .....	1
◦ chez un adolescent de 16 ans .....	2
◦ probablement secondaire à des maltraitances de la part du père .....	1

## Question n°3

**15 points**

Risque de <b>passage à l'acte suicidaire</b> , sur : .....	4
◦ idéations suicidaires .....	1
◦ présence d'une pathologie psychiatrique à risque (syndrome dépressif) .....	1
◦ antécédent personnel de passage à l'acte suicidaire .....	2
◦ scénario suicidaire précis .....	2
◦ médicaments à disposition pouvant être utilisés dans un but suicidaire .....	1
◦ possibilité d'être seul .....	1
◦ entourage familial défaillant .....	1
◦ sexe masculin .....	1
◦ adolescent .....	1

## Question n°4

**13 points**

Obligation de levée du secret professionnel .....	3
<b>Informé l'adolescent</b> du signalement .....	0,5
<b>Signalement</b> auprès du procureur de la République .....	3
<b>Examen clinique</b> détaillé, .....	3
suivi de la rédaction d'un <b>certificat médical</b> précisant les dires de l'adolescent et les éventuelles constatations physiques .....	3
<b>Informé la mère</b> des révélations de son fils .....	0,5

**Question n°5****20 points**

<b>Hospitalisation :</b> .....	1
◦ avec accord des parents .....	2
◦ mise en condition du patient : .....	1
pyjama, soins de nursing éventuels, surveillance	
◦ mise en place d'un projet thérapeutique .....	0,5
<b>Prévention du risque suicidaire :</b> .....	2
◦ informer les parents du risque suicidaire .....	0,5
◦ éviction de tout élément susceptible d'être utilisé de manière autoagressive .....	1,5
◦ surveillance	
<b>Prise en charge psychiatrique individuelle :</b>	
◦ entretiens individuels .....	3
◦ entretiens familiaux .....	2
<b>Bilan biologique éventuel</b> .....	1
Examens paracliniques éventuels .....	0,5
<b>Vérification de la vaccination antitétanique</b> .....	3
<b>Soins locaux des plaies de scarification :</b> .....	1
◦ désinfection .....	0,5
◦ pansement .....	0,5

**Question n°6****12 points**

<b>Après élimination des contre-indications</b> .....	1
<b>Prescription d'un traitement antidépresseur</b> .....	4
Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement	
<b>Prescription d'un traitement associé psychotrope symptomatique si nécessaire : ....</b>	1,5
◦ anxiolytiques	
◦ hypnotiques	
Prescription d'un traitement somatique symptomatique si nécessaire .....	0,5
Prévention du tétanos si vaccination non à jour .....	4
Traitement antibiotique local et/ou général si risque d'infection .....	0,5
Suture des plaies de scarification si nécessaire .....	0,5

**Question n°7****9 points**

<b>Surveillance du risque suicidaire :</b> .....	3
◦ en milieu hospitalier	
◦ constantes	
◦ sur prescription médicale	
◦ mise en pyjama, éviction de tout objet susceptible d'être utilisé de manière autoagressive	
◦ informer l'ensemble de l'équipe soignante	
<b>Surveillance de l'efficacité du traitement :</b> .....	2
◦ amélioration de l'humeur .....	0,5
◦ reprise d'une activité psychomotrice habituelle .....	0,5
<b>Surveillance de la tolérance du traitement :</b> .....	2
◦ absence d'effet secondaire	
<b>Surveillance de la cicatrisation des plaies de scarification</b> .....	1





### RÉFÉRENCES

**Risque suicidaire de l'enfant et de l'adolescent : identification et prise en charge.**  
*P. Duverger. [www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/enseignement.htm](http://www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/enseignement.htm).*



### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 6 : Le dossier médical. L'information du malade. Le secret médical.  
N° 37 : Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile.  
N° 44 : Risque suicidaire de l'enfant et de l'adulte : identification et prise en charge.  
N° 177 : Prescription et surveillance des psychotropes.  
N° 189 : Conduite suicidaire chez l'adolescent et l'adulte.  
N° 285 : Trouble de l'humeur. Psychose maniacodépressive.



### DIFFICULTÉ

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°5

Guillaume C., 30 ans, est amené dans un service d'accueil d'urgence à 3 heures du matin par deux de ses amis, très inquiets de son comportement récent. Alors qu'ils étaient au restaurant, il s'est subitement levé, le regard fixe, insultant le serveur, puis a déambulé dans les cuisines en répétant sans raison : « Je sais maintenant, j'ai compris... » Puis : « Vous voulez m'empoisonner... » De retour au camping où ils séjournaient, il a été maîtrisé par ses camarades alors qu'il arrachait les tentes des campeurs. Sur l'autoroute qui mène à l'hôpital, ses amis doivent le retenir pour l'empêcher de sauter du véhicule en marche.

Dans la salle d'attente de l'hôpital, il est en sueurs, angoissé, alterne des phases de prostration, étant comme absent et indifférent à ce qui l'entoure avec des moments où il éclate de rire sans raison, marche en tous sens en parlant tout seul : « Je suis le fils de Dieu et je vais mourir... » Il passe également subitement de l'enthousiasme le plus franc à un état d'abattement et de tristesse profonde. À d'autres moments, il semble se concentrer dans des attitudes d'écoute alors que le plus grand silence règne parmi l'assistance consternée par ses comportements. Il regarde les infirmiers avec méfiance et refuse d'être examiné, disant, avec une mimique bizarre : « Vous savez déjà tout sur moi, je vais mourir... » Puis : « Vous êtes habillés en blanc comme mes fantômes... » Il menace à tout moment de fuguer de l'hôpital. Ses amis ne lui connaissent aucun antécédent psychiatrique, à l'exception d'une consommation régulière de stupéfiant. Ils décrivent Guillaume C. comme quelqu'un d'habituellement timide et renfermé.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Que faire en tant que médecin de garde en première intention dans cette situation ?

**Question n°2 :** Une fois le patient installé dans une salle d'examen, ses amis vous informent que Guillaume C. est diabétique de type I. Compte tenu des antécédents et de la clinique, quel diagnostic devez-vous évoquer en première intention ? Que faites-vous pour le confirmer ?

**Question n°3 :** Ce premier diagnostic est finalement éliminé. Quel est le diagnostic le plus probable ?

**Question n°4 :** Sur quels éléments de l'observation fondez-vous ce diagnostic ?

**Question n°5 :** Quels sont les pathologies non psychiatriques qui peuvent rendre compte d'un tel tableau clinique ?

**Question n°6 :** L'examen physique et les examens biologiques réalisés sont sans particularité. Que devez-vous prescrire en urgence au plan médicamenteux ?

**Question n°7 :** Le père de Guillaume, arrivé à l'hôpital, est très inquiet et vous interroge sur le pronostic à moyen et long terme. Que savez-vous à ce sujet ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**10 points**

Il s'agit d'une <b>urgence médicale</b> .....	1
Le patient doit être sans délai <b>isolé</b> dans un environnement : .....	1
- protecteur d'un éventuel passage à l'acte :	
◦ <b>auto-agressif</b> .....	1
◦ ou <b>hétéroagressif</b> .....	1
- où on pourra pratiquer un <b>examen clinique</b> .....	1
- et lui donner un <b>traitement</b> adéquat .....	1
Il est important de maintenir le <b>dialogue</b> , .....	1
même si une <b>contention</b> s'avère nécessaire : .....	1
◦ vu le risque de <b>fugue</b> .....	1
◦ ou de <b>passage à l'acte</b> .....	1

## Question n°2

**10 points**

Une agitation chez un diabétique de type I doit faire évoquer une <b>hypoglycémie</b> , .....	5
d'autant plus que le patient est en hypersudation	
On dosera la <b>glycémie</b> en urgence .....	5

## Question n°3

**10 points**

<b>Bouffée délirante aiguë</b> .....	10
--------------------------------------	----

*Réponse également acceptée : état délirant aigu ou état psychotique aigu.*

## Question n°4

**20 points**

Le début est typiquement <b> Brusque</b> .....	2
Le délire est <b> polymorphe</b> dans ses mécanismes et ses thèmes .....	2
Il présente :	
◦ des <b> hallucinations acousticoverbales</b> .....	2
◦ un <b> automatisme mental</b> .....	2
◦ des <b> intuitions délirantes</b> .....	1
◦ des interprétations délirantes .....	1
Les <b> thèmes du délire</b> sont divers : filiation, mystique, mégalomaniacque, hypochondriaque, persécutoire .....	2
Il présente :	
◦ une <b> angoisse de dépersonnalisation</b> .....	2
◦ des <b> troubles de l'humeur</b> , .....	2
marqués par une extrême variabilité .....	2
◦ et des <b> troubles du comportement</b> , marqués par l'imprévisibilité .....	2

**Question n°5****20 points**

- Causes toxiques :** ..... 5  
 alcool, cannabis, amphétamine, ecstasy, cocaïne, morphinique, LSD, isoniazide, corticoïdes, psychotropes, monoxyde de carbone, plomb
- Causes métaboliques et endocriniennes :** ..... 5  
 • hypoglycémie  
 • acidocétose diabétique  
 • urémie  
 • déshydratation  
 • perturbation de la natrémie ou de la calcémie  
 • hypocapnie  
 • hypercapnie  
 • hyperthyroïdie  
 • syndrome de Cushing  
 • hyperparathyroïdie
- Causes neuroméningées :** ..... 5  
 • hémorragie méningée  
 • méningite  
 • épilepsie  
 • encéphalite
- **tumeur cérébrale** ..... 5  
 • hypertension intracrânienne  
 • hématome sous-dural

**Question n°6****15 points**

- Une **sédation** est nécessaire en urgence ..... 5
- On utilise en première intention un traitement **neuroleptique** sédatif : ..... 5  
 • par voie intramusculaire  
 • exemple : loxapine (Loxapac®), 100 à 150 mg
- On surveillera la **tolérance** et l'**efficacité** du traitement en contrôlant régulièrement l'état de conscience, la tension artérielle, le pouls, la fréquence respiratoire ..... 5

**Question n°7****15 points**

- Dans un tiers des cas, la bouffée délirante reste un **accident unique** dans la vie du sujet ..... 5
- Dans un peu moins d'un tiers des cas, il y a évolution vers la **schizophrénie** ..... 5
- Dans un gros tiers restant, on observe une **évolution intermittente** : ..... 5  
 • soit sous la forme d'accès délirants du même type  
 • soit sous la forme d'accès maniaques récurrents

**RÉFÉRENCES**

**Agitation et délires aigus.**  
 Cours du CNUP : [www.univ-rouen.fr](http://www.univ-rouen.fr).

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

N° 177 : Prescription et surveillance des psychotropes.  
 N° 184 : Agitation et délire aigu.

**DIFFICULTÉ**

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°6

Mme M., 29 ans, arrive aux urgences accompagnée de son époux. C'est ce dernier qui est à l'initiative de la consultation. En effet, il vous explique, paniqué, que son épouse a tenté ce matin de sauter de la voiture en marche alors qu'il la conduisait à son travail et qu'il a eu toutes les difficultés pour l'en empêcher.

Il vous apprend lors de l'entretien qu'elle est secrétaire dans un cabinet d'avocat, et vous explique que les troubles de son épouse ont commencé il y a une vingtaine de jours, par des réveils matinaux vers 3 heures accompagnés de pleurs. Par ailleurs, il a noté depuis cette période une fatigue croissante et une tendance à passer la journée au lit, sans pour autant qu'elle dorme. Elle a perdu 5 kg, malgré ses efforts pour la faire manger, puisqu'elle prétend ne jamais avoir d'appétit. Il évoque enfin la mère de la patiente, qui a été hospitalisée à de nombreuses reprises pour des états de grande tristesse ou d'excitation euphorique.

Pendant que son mari parle, la patiente semble regarder dans le vide, indifférente à ce qui se passe autour d'elle. Elle est ralentie dans ses pensées et ses mouvements et a une expression figée de tristesse.

Vous l'interrogez sur les motifs du passage à l'acte de ce matin. Sur un ton monocorde, elle vous dit qu'elle a commis une faute professionnelle grave, qui pourrait mettre le cabinet dans des difficultés pouvant aller jusqu'à la faillite. Personne au travail ne mesurerait les conséquences de cette faute, qui aurait selon elle des répercussions géopolitiques internationales. Elle préfère se punir elle-même avant que la police ne la retrouve.

Elle pense donc qu'elle mérite la mort, qu'elle ne vaut plus rien (« Je suis une merde ! ») et que rien, même des soins médicaux, ne pourra changer sa situation.

Son mari vous apprend par ailleurs que c'est le deuxième épisode de ce type. De plus, elle a été hospitalisée à l'âge de 22 ans pour un état d'excitation avec insomnie totale, où elle avait dépensé des sommes d'argent inconsidérées.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Relevez les éléments sémiologiques de l'observation.

**Question n°2 :** Quel est le diagnostic complet que vous portez ? Justifiez.

**Question n°3 :** Quel traitement proposez-vous pour l'épisode actuel ?

**Question n°4 :** Un traitement préventif existe pour cette pathologie. Quelle est la classe thérapeutique de ce traitement ? Citez trois traitements susceptibles d'être prescrits dans cette indication.

**Question n°5 :** Pour la plus ancienne de ces molécules qui est la molécule de référence énoncéz le bilan préthérapeutique et les modalités de surveillance du traitement.

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

<b>Humeur dépressive ou triste :</b> .....	4
• mimique triste .....	
• idées <b>mélancoliques</b> délirantes de <b>ruine</b> , de <b>culpabilité</b> , d' <b>indignité</b> ou d' <b>autodévalorisation</b> , et d' <b>incurabilité</b> : triade mélancolique .....	4
• idées <b>suicidaires*</b> , avec <b>tentative de suicide</b> .....	2
<b>Ralentissement psychomoteur :</b> .....	2
• bradypsychie .....	1
• ralentissement moteur .....	1
• clinophilie .....	1
<b>Signes somatiques :</b> .....	2
• <b>anorexie</b> avec perte de poids .....	1
• <b>insomnie</b> matinale avec <b>réveils précoces</b> .....	1
• <b>asthénie</b> .....	1

\* 0 à la question si oublié.

## Question n°2

**20 points**

<b>Épisode dépressif</b> majeur de type <b>mélancolie délirante</b> .....	5
Entrant dans le cadre d'une <b>maladie maniacodépressive</b> ou <b>trouble bipolaire</b> de type I, car : .....	5
• symptômes dépressifs évoluant depuis <b>plus de 2 semaines</b> .....	2
• présence d' <b>idées mélancoliques</b> et d' <b>idées délirantes congruentes à l'humeur</b> ....	4
• existence d' <b>antécédents personnels d'épisode dépressif majeur et d'épisode maniaque</b> .....	2
• existence d'un <b>antécédent familial de maladie maniacodépressive</b> .....	2

## Question n°3

**20 points**

<b>Hospitalisation</b> en psychiatrie en <b>urgence</b> , en <b>hospitalisation à la demande d'un tiers</b> ....	5
<b>Traitement antidépresseur*</b> : .....	1
• de type tricyclique ou imipraminique .....	1
• par exemple, type <b>Anafranil®</b> ou <b>Laroxyl®</b> , .....	1
produits de référence dans les épisodes dépressifs majeurs, notamment en cas de syndrome mélancolique .....	1
• par voie intraveineuse pendant 1 à 2 semaines, puis relais par voie orale .....	1
<b>Traitement neuroleptique antipsychotique</b> , type <b>Haldol®</b> (halopéridol) <i>per os</i> , ou IM si refus .....	2
Associé à un <b>traitement sédatif</b> en prévention de la levée d'inhibition : neuroleptique sédatif type <b>Nozinan®</b> (lévomépromazine) <i>per os</i> ou IM si refus .....	2
Traitement <b>hypnotique</b> type <b>Théralène®</b> .....	2
<b>Psychothérapie de soutien</b> .....	2
<b>Surveillance</b> de la tolérance et de l'efficacité du traitement : pouls, pression artérielle, température, examen neurologique, <b>risque suicidaire*</b> .....	2

\* 0 à la question si oublié.



- Autres neuroleptiques antipsychotiques acceptés également : Risperdal<sup>®</sup> (rispéridone), Solian<sup>®</sup> (amisulpride), Zyprexa<sup>®</sup> (olanzapine)... mais surtout jamais de Leponex<sup>®</sup> (clozapine) en première intention, en raison du risque d'accident hématologique avec cette molécule.
- Autres neuroleptiques sédatifs acceptés également : Tercian<sup>®</sup>, Largactil<sup>®</sup>...
- Autres hypnotiques acceptés également : Imovane<sup>®</sup>, Stilnox<sup>®</sup>, Noctran<sup>®</sup>...

**Question n°4**

**20 points**

- Thymorégulateur :** ..... 10
- **Téralithe<sup>®</sup>** : carbonate de lithium ..... 10\*
  - **Dépamide<sup>®</sup>** : valpromide
  - **Tégrétol<sup>®</sup>** : carbamazépine
  - ou **Dépakote<sup>®</sup>** : divalproate de sodium

\* 10 points pour trois traitements cités.

**Question n°5**

**20 points**

- Il s'agit du **lithium** ..... 5
- Bilan préthérapeutique :**
- numération-formule sanguine ..... 1
  - **ionogramme sanguin**, glycémie ..... 2
  - **bilan rénal : créatininémie**, urémie, protéinurie des 24 heures ..... 2
  - bilan thyroïdien : **TSHus** ..... 2
  - **bêta-HCG** pour toute femme en âge de procréer ..... 1
  - **ECG** ..... 1
  - EEG si doute ou antécédent de comitialité ..... 1
- Surveillance :**
- **surveillance de la tolérance et de l'efficacité** ..... 1
  - **observance** ..... 1
  - **lithémie** tous les 3 à 5 jours jusqu'à obtention de la dose thérapeutique : **0,6 à 0,9 mEq/L**, puis **toutes les 2 semaines pendant les 2 premiers mois**, puis **tous les 3 mois** ..... 2
  - **créatinine et TSH ultrasensible** tous les ans ..... 1



**RÉFÉRENCES**

**Troubles de l'humeur.**  
Cours du CNUP : [www.univ-rouen.fr](http://www.univ-rouen.fr).



**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

N° 1 : La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale.  
N° 177 : Prescription et surveillance des psychotropes.  
N° 285 : Trouble de l'humeur. Psychose maniacodépressive.



**DIFFICULTÉ**

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°7

Monsieur G. est hospitalisé, via les urgences, en service d'ophtalmologie. En effet, il a tenté de se suicider en se tirant une balle dans la tête. Son geste n'a pas été fatal.

Le patient ne nécessite qu'une chirurgie relativement courte, si bien qu'après quelques jours d'hospitalisation à l'hôpital général, le patient serait à même de rentrer chez lui d'un point de vue somatique. En conséquence, après l'opération ophtalmologique réussie, les chirurgiens demandent un avis psychiatrique.

Le psychiatre consigne dans son observation médicale : « Patient âgé de 44 ans, marié et père de deux enfants, hospitalisé pour un geste suicidaire gravissime. Le patient présente un syndrome dépressif majeur avec une tristesse de l'humeur, une anhédonie et un ralentissement psychomoteur important. L'état clinique reste inquiétant car l'intention suicidaire est encore massive. La famille rencontrée décrit un homme taciturne et extrêmement triste depuis plusieurs semaines. Il est évoqué par l'épouse du patient que cet effondrement dépressif est en lien avec la récente annonce de la toxicomanie de leur fils aîné. Compte tenu de la situation clinique, de la persistance des idées suicidaires et du passage à l'acte grave récemment réalisé, une hospitalisation en psychiatrie est indispensable. »

En conséquence le psychiatre décide d'une procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT).

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Sur quel(s) élément(s) cliniques et médico-légaux la décision d'HDT repose-t-elle ?

**Question n°2 :** Quelles sont les pièces initiales nécessaires à cette procédure ?

**Question n°3 :** À quelles échéances la procédure d'HDT est-elle réévaluée médicalement ?

**Question n°4 :** Quinze jours après sa sortie d'hôpital psychiatrique, le patient demande à obtenir son dossier médical. Sous quel délai la loi relative à l'information des patients vous oblige-t-elle à répondre à cette demande ?

**Question n°5 :** À qui la demande peut-elle être adressée ?

**Question n°6 :** Quels éléments du dossier médical peuvent-ils être transmis ? L'observation du médecin psychiatre décrite dans l'énoncé peut-elle être transmise en l'état ? Justifiez vos réponses et ce qu'il convient de faire le cas échéant.

**Question n°7 :** Dans l'hypothèse selon laquelle le praticien hospitalier de l'hôpital psychiatrique ne pense pas souhaitable que le patient puisse accéder directement à son dossier, que prévoit la loi ?



# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

### Éléments cliniques :

- syndrome dépressif majeur (tristesse de l'humeur, anhédonie et ralentissement psychomoteur important) ..... 2
- risque suicidaire important ..... 4

### Éléments médicolégaux :

- consentement non recevable ..... 10
- nécessité de soins immédiats ..... 2
- nécessité d'une surveillance constante en milieu hospitalier ..... 2

## Question n°1

**10 points**

Deux certificats médicaux initiaux, ..... 4

dont l'un doit être fait par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil

Une demande d'admission par un tiers : ..... 3

rédigée par la personne de l'entourage qui demande le placement, manuscrite, sur papier libre, elle doit contenir l'identité du demandeur et du malade et leur lien de parenté

Une photocopie d'une pièce d'identité du demandeur ..... 3

## Question n°3

**10 points**

L'évaluation médicale d'HDT est réévaluée à chaque entretien avec le patient, idéalement chaque jour ..... 3

Les certificats médicaux obligatoires sont rédigés :

- **24 heures** après l'admission (**certificat dit des 24 heures**) ..... 2
- **15 jours** après l'admission (**certificat de quinzaine**) ..... 2
- puis **chaque mois** écoulé après la date d'admission (**certificats mensuels**) ..... 3

## Question n°4

**10 points**

Délai de 8 jours ..... 6

Après un délai de réflexion de 48 heures ..... 2

Car le dossier date de moins de 5 ans ..... 2

## Question n°5

**10 points**

Au médecin qui a pris en charge le patient ..... 3

Au chef de service concerné ..... 3

Au directeur de l'établissement ..... 3

Au service central des archives ..... 1

## Question n°6

20 points

Tous les éléments du dossier médical doivent être transmis, .....	4
exceptés ceux recueillis auprès de tiers .....	3
n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers ..	3
Non, l'observation du psychiatre ne peut pas être transmise en l'état, car : .....	3
◦ il fait référence à des <b>informations recueillies auprès de tiers</b> (« La famille rencontrée décrit... ») .....	2
◦ et à des <b>informations concernant un tel tiers</b> (« récente annonce de la toxicomanie de leur fils aîné ») .....	2
Il convient alors d' <b>effacer lesdites informations sur les photocopies</b> remises au demandeur .....	3

## Question n°7

20 points

À titre exceptionnel, le psychiatre peut estimer, en cas de risque d'une particulière gravité, que <b>la communication du dossier doit être subordonnée à la présence d'un médecin</b> désigné par le demandeur (article L.1111-7 du CSP, issu de la loi du 4 mars 2002) .....	5
Le médecin détenteur des informations en informe l'intéressé. Si celui-ci refuse de désigner un médecin intermédiaire, le détenteur des informations <b>saisit la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)</b> .....	10
(celle-ci peut également être saisie par le patient demandeur)	
<b>L'avis de la commission, rendu dans un délai maximal de 2 mois,</b> .....	2
est notifié au patient et au médecin détenteur de l'information	
<b>L'avis de la commission s'impose à l'un et l'autre</b> .....	3
Si dans l'intervalle le patient désigne un médecin intermédiaire, les informations sont immédiatement communiquées à ce médecin. Le détenteur des informations en informera alors la commission	



## RÉFÉRENCES

**Modalités d'hospitalisation en psychiatrie.**

Cours du CNUF : [www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie\\_adulte/cours/cours-sommaire.htm](http://www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/cours/cours-sommaire.htm).

**Le dossier médical. L'information du malade. Le secret médical.**

Montagne O, Roupie E, Lejonc JL. In : Apnet, ed. *Apprentissage de l'exercice médical et éthique médicale*. Paris : Med-Line Éditions, 2002 : 153-61.

## OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 6 : Le dossier médical. L'information du malade. Le secret médical.  
N° 9 : Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office.

## DIFFICULTÉ

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°8

Cinq policiers arrivent au service des urgences avec un homme menotté : M. V. a été interpellé dans la rue où il poursuivait sa femme avec un couteau.

M. V. hurle, explique à plusieurs reprises que nous faisons erreur, et qu'il a tout à fait le droit de tuer sa femme, puisqu'il a la certitude qu'elle le trompe avec le père de la petite amie de leur fils.

M. V. vous explique ensuite, avec calme et maîtrise, que tout a commencé par un regard entre son épouse et cet homme lors d'une soirée organisée par leurs enfants pour qu'ils fassent connaissance : « J'ai tout de suite compris... » Depuis, il suit régulièrement sa femme en cachette afin d'accumuler des preuves. Elle s'est d'ailleurs inscrite à des cours de gymnastique : il en a conclu que c'était un alibi pour voir son amant. Il a mis sur écoute le téléphone de la maison et a surpris, une fois, une conversation avec le suspect, soi-disant pour savoir si sa fille était chez eux puisqu'elle était en retard à un repas familial. Il affirme que cela constitue pour lui la preuve irréfutable de leur liaison, puisqu'elle a répondu au téléphone avant son mari justement cette fois-là.

Tout a basculé aujourd'hui lorsqu'en rentrant chez lui, il a aperçu une Peugeot 206 neuve garée près de chez lui. Or la petite amie de leur fils leur a parlé la semaine dernière d'un prochain achat de voiture par ses parents. Il a su immédiatement que l'amant était sous son toit, en compagnie de sa femme ! Ce dernier a eu le temps de fuir, puisqu'il ne l'a pas trouvé, mais sa femme était sous la douche, pour faire disparaître l'odeur de son rival ! C'est alors qu'il a décidé de les tuer tous les deux, et a pris un couteau dans la cuisine.

L'examen clinique ne relève aucune anomalie, en dehors d'un faciès érythrosique et d'une hypertrophie parotidienne bilatérale.

Le bilan biologique standard est normal, hormis un volume globulaire moyen à 108 fl et des gamma-GT à deux fois la normale.

Par ailleurs, vous apprenez par son épouse, jointe par téléphone, qu'avant ce passage à l'acte, la vie professionnelle et sociale de M. V. ne présentait pas de dysfonctionnement patent.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quel est le diagnostic des troubles présentés par M. V. ?

**Question n°2 :** Justifiez.

**Question n°3 :** Quel mode d'hospitalisation est indiqué ? Pourquoi ?

**Question n°4 :** À quel trouble de la personnalité est fréquemment associé ce type de pathologie ? Quels en sont les traits de caractère ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

<b>Délire chronique paranoïaque :</b> .....	5
▫ en secteur .....	5
▫ de type passionnel .....	5
▫ de jalousie .....	5

## Question n°2

**30 points**

<b>Syndrome délirant chronique systématisé</b> .....	7,5
<b>Mécanisme</b> intuitif et interprétatif .....	5
<b>Thématique</b> passionnelle de <b>jalousie</b> .....	5
<b>Organisation en secteur</b> .....	2,5
<b>Absence de dissociation</b> .....	2,5
<b>Homme d'âge supérieur à 35 ou 40 ans</b> .....	2,5
<b>Alcoolisme chronique</b> (VGM, gamma-GT et signes cliniques évocateurs) .....	2,5
<b>Passage à l'acte hétéroagressif</b> .....	2,5

## Question n°3

**20 points**

<b>Hospitalisation d'office</b> , car : .....	10
▫ trouble mental compromettant l' <b>ordre public</b> et la <b>sûreté des personnes</b> .....	5
▫ <b>HDT contre-indiquée</b> car <b>risque de passage à l'acte sur le tiers demandeur</b> .....	5

## Question n°4

**30 points**

<b>Personnalité paranoïaque :</b> .....	10
▫ hypertrophie du moi .....	5
▫ psychorigidité .....	5
▫ fausseté du jugement .....	5
▫ méfiance .....	5



### RÉFÉRENCES

#### Les délires chroniques non schizophréniques.

Cours du CNUP : [www.univ-rouen.fr](http://www.univ-rouen.fr) ; [www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie\\_adulte/cours/cours-sommaire.htm](http://www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/cours/cours-sommaire.htm).

#### Troubles de la personnalité.

Cours du CNUP : [www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie\\_adulte/cours/cours-sommaire.htm](http://www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/cours/cours-sommaire.htm).

#### Modalités d'hospitalisation en psychiatrie.

Cours du CNUP : [www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie\\_adulte/cours/cours-sommaire.htm](http://www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/cours/cours-sommaire.htm).

### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 9 : Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office.

N° 278 : Psychose et délire chronique.

N° 286 : Trouble de la personnalité.



### DIFFICULTÉ

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°9

Médecin de garde à l'accueil des urgences d'un centre hospitalo-universitaire, vous recevez Mlle D., âgée de 22 ans, accompagnée de ses parents et de la police.

La patiente avait disparu du domicile familial sans prévenir il y a 3 jours, et elle a été retrouvée à moitié dénudée, errant dans les bois avoisinant le village où elle habite.

Mlle D. est sans emploi ; ses parents vous expliquent qu'elle a arrêté ses études brutalement à l'âge de 17 ans.

D'après les parents, elle n'a bénéficié d'aucune prise en charge psychiatrique et n'a pas d'antécédent médicochirurgical majeur. Son frère aîné, qui souffrait de « psychose », s'est suicidé il y a 3 ans.

Pendant l'entretien, son attitude est étrange : elle reste dans un coin de la pièce, assise, les membres recroquevillés. Elle est affublée par ailleurs d'un casque de walkman, qui diffuse de la musique à fort volume. Elle crie par moments, en fixant les coins de la pièce, et profère des menaces incompréhensibles en fixant le mur, semblant répondre à des interlocuteurs invisibles.

Vous lui demandez les raisons de sa fugue ; elle fixe le plafond sans vous répondre puis se tourne brutalement vers vous : « Saha ! C'est le saha qui me sahadise !... Je voulais me promener, c'est tout... Saha ! Saha !... Et toi, t'as vu les caméras, là ! », dit-elle, en pointant les coins de la pièce. Le discours se poursuit en des propos incompréhensibles, dont le niveau sonore diminue progressivement jusqu'à devenir inaudibles, pour reprendre quelques secondes plus tard : « Je voulais être vétérinaire mais chez moi on dit que j'ai le rhume, car... », et elle s'arrête brusquement, en figeant son attitude, pour reprendre plusieurs secondes après, avec un grand sourire, sur l'évocation du décès de son frère.

Vous apprenez par ses parents que depuis plusieurs années, la vie de Mlle D. se réduit à passer toutes ses journées dans sa chambre, enfermée dans le noir, sans contact social.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Relevez, en les organisant, les éléments sémiologiques de cette première partie de l'observation.

**Question n°2 :** Une fois la patiente un peu apaisée par un traitement neuroleptique par voie intramusculaire, vous parvenez à établir un contact verbal plus adapté : elle dit ressentir depuis l'âge de 17 ans des sensations bizarres. Elle a l'impression par moment qu'elle s'échappe de son corps, et qu'il est vide, en creux. Elle ressent dans ces moments, de façon anxieuse, une modification de son corps et de son esprit. L'environnement se trouve parfois modifié : les êtres deviennent semblables à des robots sans vie, désarticulés, et les choses, comme les meubles par exemple, peuvent devenir menaçantes et inquiétantes, comme animées de vie. Quels sont les deux syndromes que vous relevez dans cette deuxième partie de l'observation ?

**Question n°3 :** Quel est, sans justifier, le diagnostic à long terme le plus probable ?

**Question n°4 :** Quelle est la prévalence de cette affection dans la population générale ?

**Question n°5 :** Énoncez les grands principes de la prise en charge thérapeutique à mettre en place à long terme.

**Question n°6 :** Dans la nuit, on vous réveille car la patiente se plaint d'une contracture cervicale qui s'apparente à un torticolis, qui semble très angoissante et l'empêche de se reposer. Quel est le nom de cette complication ? Quel en est votre traitement chimiothérapeutique ?

**Question n°7 :** La patiente est prise en charge dans le service psychiatrique de secteur, sous le régime de l'hospitalisation à la demande d'un tiers. Quelques jours plus tard, vous apprenez par votre collègue que la patiente, qui bénéficie d'un traitement neuroleptique antipsychotique depuis son admission, présente une fièvre à 41 °C, une légère somnolence, une hypertonie extrapyramidale, une pâleur, une pression artérielle à 80/50 mmHg et un pouls à 125 par minute. Quel est, sans justifier, le diagnostic de cette complication iatrogène ? Peut-on prévoir ce type de complication ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**30 points**

Contact bizarre ou étrange

**Hallucinations :** ..... 4

◦ visuelles ..... 2

◦ auditives ..... 2

◦ intrapsychiques

**Syndrome dissociatif :** ..... 4

 - dissociation affective avec **sourire immotivé** ..... 2

- dissociation idéoverbale avec troubles du cours de la pensée et du langage :

◦ discours incohérent

 ◦ **diffluence** ..... 2

 ◦ **néologismes** ..... 2

 • **fading** ..... 2

 • **barrages** ..... 2

**Syndrome autistique ou symptomatologie négative :** ..... 4

• repli ou isolement social ..... 2

• désinsertion scolaire ou professionnelle ..... 2

## Question n°2

**10 points**

 Syndrome de **dépersonnalisation** ..... 5

 Syndrome de **déréalisation** ..... 5

## Question n°3

**10 points**
**Schizophrénie** ..... 7

**paranoïde** ..... 3

## Question n°4

**5 points**

Prévalence de 1 %, ..... 5

quels que soient la culture ou le pays

## Question n°5

**20 points**

 Chimiothérapie par **neuroleptique antipsychotique** : ..... 5

 ◦ type **Haldol**®, **Solian**®, **Risperdal**® ou **Zyprexa**® ..... 3

◦ en monothérapie si possible

**Psychothérapie** ..... 5

de soutien

**Sociothérapie** : ..... 4

réinsertion socioprofessionnelle, hôpital de jour

**Hospitalisation**, si besoin en HDT, lors des décompensations aiguës ..... 3

Surveillance

**Question n°6****15 points**

Il s'agit de <b>dystonie</b> ou <b>dyskinésie aiguë</b> .....	5
Traitement <b>antiparkinsonien de synthèse</b> ou <b>anticholinergique*</b> .....	5
◦ type <b>Lepticur°</b> , <b>Artane°</b> ou <b>Parkinane°</b> .....	2
◦ par <b>voie intramusculaire</b> , .....	2
car il s'agit d'une urgence thérapeutique	
Traitement <b>anxiolytique</b> : .....	1
◦ par benzodiazépine type <b>Xanax°</b> , <b>Tranxène°</b> , <b>Lysanxia°</b> , <b>Rivotril°</b>	
◦ devant la symptomatologie anxieuse associée	

\* 2 points si uniquement terme correcteur.

**Question n°7****10 points**

<b>Hyperthermie maligne des neuroleptiques</b> ou <b>syndrome malin des neuroleptiques</b> .	5
Non, ce type de complication ne peut pas être prévu .....	5

**RÉFÉRENCES**

**La schizophrénie.**

Cours du CNUP : [www.univ-rouen.fr](http://www.univ-rouen.fr) ; [www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie\\_adulte/cours/coursommaire.htm](http://www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/cours/coursommaire.htm)

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

N° 177 : Prescription et surveillance des psychotropes.  
N° 278 : Psychose et délire chronique.

**DIFFICULTÉ**

2 LIONS/3



# Cas clinique transversal n°10

Vous recevez à l'accueil des urgences, pour malaise, Mlle C., 26 ans, accompagnée par ses parents. Elle est paniquée et présente une pâleur du visage, des sueurs, un regard hagard et affolé, et des accès de larmes. Sa respiration est superficielle et rapide. Elle dit avoir l'impression d'étouffer.

Elle était dans un supermarché lorsqu'elle a été subitement envahie par une sensation de peur intense et de douleurs dans la poitrine à type de serrement. Mlle C. dit avoir ressenti une impression de mort imminente, avoir eu peur de « devenir folle ». Elle semble un peu rassurée par sa présence aux urgences.

À l'examen clinique, vous notez un pouls à 120 par minute, une pression artérielle à 140/90 mmHg, et des tremblements des extrémités.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Devant ce tableau clinique, que faut-il éliminer ?

**Question n°2 :** Quel bilan paraclinique effectuez-vous ?

**Question n°3 :** En interrogeant les amis de Mlle C., vous apprenez que, depuis plusieurs mois, au moins dix crises de ce type se sont produites. Le bilan paraclinique s'avère sans anomalie. Quel diagnostic complet, sans justifier, portez-vous alors ?

**Question n°4 :** Quelle conduite à tenir proposez-vous dans l'immédiat ?

**Question n°5 :** Quelles sont les contre-indications du traitement médicamenteux proposé ?

**Question n°6 :** Détaillez la prise en charge complète à long terme de cette pathologie et notamment les modalités de prescription de la chimiothérapie.

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

- Une étiologie **organique** : ..... 4
- **causes toxiques** (alcool, cannabis, cocaïne, hallucinogène ou LSD, amphétamine, benzodiazépines ou opiacés) :
    - **prise de toxiques** ..... 2
    - ou **sevrage de toxiques** ..... 2
  - **causes cardiovasculaires** :
    - **angor** ou **infarctus du myocarde** ..... 3
    - **trouble du rythme** ..... 3
    - anémie
  - **causes pulmonaires** :
    - **embolie pulmonaire** ..... 3
    - **asthme** ..... 1
    - pneumothorax
  - **causes métaboliques et endocrinologiques** :
    - **hypoglycémie** ..... 2
    - phéochromocytome, dysthyroïdie, syndrome de Cushing
  - **cause neurologique** : épilepsie temporale

## Question n°2

**10 points**

Aucun examen paraclinique n'est systématique

Ici, on se contente d'un bilan standard :

- NFS** ..... 2
- **ionogramme sanguin** ..... 2
- **glycémie** ..... 2
- alcoolémie
- éventuellement toxiques urinaires

Radio thoracique à discuter selon la clinique

**ECG** ..... 4

0 à la question si scanner cérébral.

## Question n°3

**20 points**

- Attaque de panique** ou **crise d'angoisse aiguë** ..... 10
- Entrant dans le cadre d'un **trouble panique** ..... 10

## Question n°4

**15 points**

- Incitation à verbaliser/écoute ..... 2
- Réassurance ..... 2
- Installation de la patiente au calme ..... 3
- Anxiolytique : ..... 3
- benzodiazépine ..... 3
  - *per os*, IM ou IVL
  - type Tranxène®, Xanax®, Séresta® ..... 2

**Question n°5**

**10 points**

Hypersensibilité aux benzodiazépines .....	2
Insuffisance respiratoire .....	2
Insuffisance cardiaque .....	2
Myasthénie .....	2
Grossesse, .....	2
aux 1 <sup>er</sup> et 3 <sup>e</sup> trimestres	
Allaitement	

**Question n°6**

**25 points**

<b>Psychothérapie :</b> .....	4
◦ de type thérapie cognitivocomportementale (TCC) .....	2
◦ ou d'inspiration psychanalytique .....	2
<b>Traitement antidépresseur :</b> .....	3
◦ de type inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) .....	3
◦ notamment paroxétine [Deroxat <sup>®</sup> ], sertraline [Zoloft <sup>®</sup> ] .....	2
◦ durée du traitement prolongée, .....	1
au moins 1 an après la stabilisation des symptômes .....	1
<b>Traitement anxiolytique par benzodiazépines,</b> .....	1
de durée limitée .....	3
<b>Éviter les excitants</b> (café, thé, alcool) .....	3



**RÉFÉRENCES**

**Troubles anxieux et troubles de l'adaptation.**  
 Cours du CNUP : [www.univ-rouen.fr](http://www.univ-rouen.fr).  
**Crise d'angoisse aiguë et attaque de panique.**  
 Cours du CNUP : [www.univ-rouen.fr](http://www.univ-rouen.fr).



**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

N° 41 : Troubles anxieux et troubles de l'adaptation.  
 N° 177 : Prescription et surveillance des psychotropes.



**DIFFICULTÉ**

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°11

Mme M., 35 ans, est accompagnée au service d'accueil des urgences par son mari. Celui-ci est très inquiet car son épouse reste des journées entières sans sortir de leur chambre à coucher. Elle se réveille pourtant de bonne heure, vers 5 h du matin, et ne se lève que pour s'alimenter (« très peu »).

« Je n'ai plus d'estomac, docteur, mettez votre main sur mon ventre et vous verrez, je n'ai plus rien à l'intérieur. »

D'allure négligée, Mme M. vous apparaît triste, la mimique figée, les gestes lents et rares. Elle répond lentement d'une voix monotone et basse : « Tout ça c'est de ma faute car je suis une mauvaise mère. Mes filles sont adorables, mais je n'éprouve plus aucun sentiment pour elles. Je ne vaud plus rien et ma vie est foutue. De toute façon, vous ne pouvez rien pour moi, personne ne peut plus rien pour moi. »

Le mari de Mme M. vous apprendra que son épouse a été hospitalisée 4 ans auparavant pour un accès maniaque, et qu'elle ne prend plus aucun traitement depuis plus de 1 an.

En fin d'entretien, Mme M., d'un air anxieux, vous dit « qu'elle se sent déjà beaucoup mieux », pense que son médecin traitant pourra la soigner et souhaite quitter l'hôpital.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Faites l'analyse sémiologique du dossier.

**Question n°2 :** Quel est votre diagnostic ?

**Question n°3 :** Quel risque évolutif majeur redoutez-vous ? Sur quels critères l'évaluez-vous ?

**Question n°4 :** Quelle mesure allez-vous proposer dans l'immédiat ? Quels sont les documents nécessaires ?

**Question n°5 :** Détaillez votre prise en charge pour les 24 premières heures.

**Question n°6 :** Quelle surveillance est nécessaire ?

**Question n°7 :** Dans l'hypothèse d'un traitement antidépresseur tricyclique, quelles sont les contre-indications absolues ?

**Question n°8 :** En cas de telles contre-indications, quelle alternative thérapeutique biologique non médicamenteuse pouvez-vous proposer (principe et modalités pratiques) ?

**Question n°9 :** Quels médicaments pourraient être prescrits sur le long cours ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**11 points**

<b>Humeur dépressive :</b> .....	0,5
• tristesse .....	0,5
• indignité .....	0,5
• autodévalorisation .....	0,5
• autodépréciation .....	0,5
• culpabilité .....	0,5
• anhédonie .....	0,5
• émoussement affectif .....	0,5
• sentiment d'incurabilité .....	0,5
• idées suicidaires .....	0,5
<b>Délire de négation d'organes (probable syndrome de Cotard) .....</b>	0,5
<b>Ralentissement psychomoteur :</b> .....	0,5
• inhibition motrice .....	0,5
• bradykinésie (gestes) .....	0,5
• aboulie (perte de la volonté), athymhormie (perte de l'élan vital) .....	0,5
• asthénie, incurie .....	0,5
• clinophilie .....	0,5
• bradypsychie .....	0,5
<b>Syndrome somatique :</b> .....	0,5
• insomnie de 2 <sup>e</sup> partie de nuit .....	0,5
• diminution de l'appétit .....	0,5
<b>Anxiété .....</b>	0,5

## Question n°2

**12 points**

Épisode dépressif majeur d'intensité sévère .....	4
Avec caractéristiques psychotiques (ou mélancolie délirante) .....	4
Dans le cadre d'un trouble bipolaire de type I .....	4

## Question n°3

**11 points**

<b>Passage à l'acte suicidaire .....</b>	1
<b>Le potentiel suicidaire est évalué en fonction de :</b>	
• désir de mort .....	1
• idées mélancoliques et/ou délirantes .....	1
• agitation anxieuse .....	1
• personnalité prémorbide, impulsivité .....	1
• isolement social et affectif (risque plus élevé chez célibataires, veufs, divorcés) ..	1
• âge supérieur à 40 ans .....	1
• sexe masculin .....	1
• pathologie somatique chronique associée .....	1
• mésusage d'alcool, consommation de toxiques .....	1
• scénario suicidaire établi, degré important de létalité du moyen choisi, facilité d'accès au moyen léthal .....	1

**Question n°4****11 points**

<b>Hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) (article L 32 12. 1 du Code de la santé publique)</b> .....	3
L'HDT se justifie quand les troubles mentaux rendent le consentement impossible et lorsque l'état du patient nécessite des soins immédiats et une prise en charge en milieu hospitalier .....	2
Documents nécessaires :	
◦ demande d'admission manuscrite par un tiers .....	2
◦ photocopie de la pièce d'identité du tiers et de celle du patient .....	2
◦ deux certificats médicaux circonstanciés : datant de moins de 15 jours, rédigés par des médecins thésés, non obligatoirement psychiatres, et inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins .....	2

**Question n°5****12 points**

Hospitalisation en urgence en service de psychiatrie .....	1
<b>Bilan clinique et paraclinique</b> pour appréciation du retentissement somatique, .....	1
recherche des pathologies organiques associées et recherche des contre- .....	1
indications au traitement .....	1
<b>Correction</b> des désordres hydroélectrolytiques et des carences nutritionnelles éventuels .....	1 + 1
<b>Chimiothérapie antidépressive :</b>	
◦ ex. : antidépresseur tricyclique de type clomipramine (Anafranil®) : .....	2
◦ posologie moyenne efficace = 150 mg/j, voie IV possible en début de traitement ..	1
◦ ou : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) : ex. : citalopram (Seropram®), 20-40 mg/j .....	1
± <b>neuroleptique sédatif</b> en début de prise en charge pour prévenir le passage .....	1
à l'acte suicidaire ; ex. : loxapine (Loxapac®) ou cyamémazine (Tercian®) .....	1

*Ne jamais prescrire de neuroleptique par voie IV*

**Question n°6****11 points**

<b>Surveillance du risque suicidaire</b> .....	1
<b>Surveillance clinique</b> : pouls, PA, température, conscience, état d'hydratation et .....	1
d'alimentation .....	1
<b>Tolérance du traitement antidépresseur :</b>	
◦ pression artérielle (hypotension orthostatique) .....	1
◦ transit intestinal (constipation) .....	1
◦ rétention urinaire .....	1
◦ hyposialorrhée .....	1
◦ somnolence .....	1
<b>Efficacité du traitement :</b>	
◦ amélioration de l'humeur (si virage maniaque arrêt de l'antidépresseur et .....	1
instauration d'un thymorégulateur) .....	1
◦ restauration du sommeil, de l'appétit .....	1
◦ diminution de l'anxiété .....	1

**Question n°7****12 Points**

<b>Glaucome à angle fermé</b> .....	3
<b>Obstacle prostatique</b> .....	3
<b>1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse, allaitement</b> .....	3
<b>Cardiaques</b> : insuffisance cardiaque, arythmie, bloc auriculoventriculaire, infarctus du myocarde récent .....	3

**Question n°8**

**10 points**

<b>Sismothérapie</b> .....	2
Déclenchement d'une crise convulsive généralisée .....	2
Chez un sujet sous anesthésie générale .....	2
Par application brève d'un courant électrique bitemporal selon un protocole défini .....	2
Cure de 10 chocs en moyenne, un choc par séance, 2 à 3 séances par semaine .....	2

**Question n°9**

**10 points**

Thymorégulateurs :

Sels de lithium : Téralithe® .....	2
Carbamazépine : Tégrétol® .....	2
Divalproate de sodium : Depakote® .....	2
Valpromide : Dépamide® .....	2
Olanzapine : Zyprexa® .....	2



**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

*Objectif principal :*

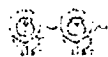
N° 9 : Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office.

*Objectifs secondaires :*

N° 44 : Risque suicidaire de l'enfant et de l'adulte : identification et prise en charge.

N° 177 : Prescription et surveillance des psychotropes.

N° 285 : Trouble de l'humeur. Psychose maniaco-dépressive.



**DIFFICULTÉ**

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°12

Vous êtes amené à voir aux urgences M. Obiwan K., âgé de 20 ans, accompagné par ses parents qui l'ont surpris alors qu'il tentait d'allumer un feu dans sa chambre.

À l'entretien, M. K. est agité, très anxieux et son discours est mal structuré, passant d'un sujet à un autre sans lien logique. M. K. vous déclare connaître la vraie nature de Dieu et être en communication directe avec Satan, qui lui aurait demandé de s'immoler, ce qu'il regrette de n'avoir pu réaliser. En finissant sa phrase, M. K. se met subitement à éclater de rire tout en ajoutant qu'il a le projet de réitérer l'expérience. M. K. a la conviction de ne plus être la même personne, et a l'impression que son corps se décompose et se divise. À plusieurs reprises, M. K. tapera son coude gauche avec l'index de sa main droite afin, dit-il, « de se protéger des mauvaises pensées des anges ». Brusquement, M. K. suspend son discours en tournant la tête vers un coin de la pièce avec un regard anxieux. M. K. vous expliquera finalement que depuis plusieurs semaines, lorsqu'il se trouve dans la rue, il a l'impression que les gens sont hostiles, qu'ils se moquent de lui, qu'ils « rient dans son dos ».

Selon ses parents, M. K. a toujours été solitaire et introverti, et a très peu d'amis. Ces derniers mois, il allait de moins en moins en cours et avait tendance à rester seul de longues heures allongé sur son lit en fumant, en écoutant « une musique zen » et en lisant des livres ésotériques. Les cigarettes avaient « une odeur bizarre ». Deux ans auparavant, M. K. a été hospitalisé en psychiatrie pour un épisode similaire. Il a arrêté son traitement et le suivi depuis 1 an environ.

M. K. refuse toute hospitalisation.

## QUESTIONS

**Question n°1** : Faites l'analyse sémiologique de l'observation.

**Question n°2** : Donnez un diagnostic aussi précis que possible.

**Question n°3** : Compte tenu du contexte, quel dosage urinaire prescrivez-vous ?

**Question n°4** : Quel bilan et quelles mesures thérapeutiques non médicamenteuses instaurez-vous ?

**Question n°5** : Quel traitement médicamenteux instaurez-vous aux urgences ?

**Question n°6** : Quelle surveillance est nécessaire ?

**Question n°7** : Vous êtes appelé pour une hyperthermie à 38,5 °C. Quelle complication grave redoutez-vous ? Comment l'éliminer ?

**Question n°8** : Décrivez la prise en charge au long cours.

**Question n°9** : M. K. se présente à votre consultation quelques mois plus tard. Il est triste, pleure souvent, a perdu tout espoir en l'avenir, pense au suicide. Les thèmes abordés lors de son passage aux urgences persistent, mais il commence à les critiquer. Son discours s'est appauvri. Depuis 3 semaines il ressent un « vide intérieur » et se sent angoissé. Quel est votre diagnostic ? Quel traitement médicamenteux préconisez-vous ?

**Question n°10** : En cas d'inefficacité de ce type de traitement, quelle alternative biologique non médicamenteuse pourrait être envisagée ?



# RÉPONSES

<b>Question n°1</b>	<b>10 points</b>
Terrain : homme, âge 20 ans .....	0,5
Ancienneté des troubles supérieure à 6 mois .....	0,5
Personnalité prémorbide de type schizoïde : .....	0,5
◦ froideur affective, isolement, appauvrissement des relations sociales sans syndrome autistique ni dissociatif .....	0,5
<b>Syndrome délirant paranoïde :</b>	
◦ mécanismes (hallucinatoires [hallucinations auditives, visuelles et intrapsychiques avec automatisme mental], intuitif, interprétatif) .....	1
◦ adhésion totale .....	0,5
◦ retentissement psychique (anxiété, agitation) et somatique (insomnie, anorexie) ..	0,5
◦ thèmes (mystique, influence, dépersonnalisation) .....	1
◦ organisation (floue, non systématisée) .....	0,5
<b>Syndrome dissociatif :</b> .....	0,5
◦ comportement : perte d'initiative, apragmatisme, clinophilie, .....	0,5
bizarrerie, discordance psychomotrice (stéréotypies motrices) .....	0,5
◦ affects : rires immotivés .....	0,5
◦ troubles du cours de la pensée : désorganisation, barrages .....	0,5
<b>Syndrome autistique :</b> .....	0,5
◦ repli sur soi, retrait, isolement .....	0,5
◦ consommation de substances psychoactives (cannabis) dont l'importance reste à évaluer .....	0,5
◦ acte médico-légal (incendie) .....	0,5
<b>Question n°2</b>	<b>10 points</b>
Décompensation délirante aiguë/épisode psychotique aigu .....	5
Émaillant l'évolution d'une schizophrénie paranoïde .....	5
<b>Question n°3</b>	<b>10 points</b>
Dosage urinaire du $\Delta$ -9-tétrahydrocannabinol .....	10
<b>Question n°4</b>	<b>10 points</b>
Hospitalisation en psychiatrie, compte tenu du refus d'hospitalisation : HDT, .....	1 + 1
éventuellement HO (compte tenu du potentiel de passage à l'acte agressif et du déclenchement de l'incendie) .....	1
Chambre d'isolement éventuellement en cas d'agitation .....	1
Bilan clinique et paraclinique pour appréciation du retentissement somatique, .....	1 + 1
recherche des pathologies organiques associées et recherche des contre- .....	1 + 1
indications au traitement .....	1
Correction des désordres hydroélectrolytiques .....	1

**Question n°5****10 points**

Traitement antipsychotique .....	4
Privilégier une monothérapie .....	2
Ex. : halopéridol (Haldol®), olanzapine (Zyprexa®), loxapine (Loxapac®), zuclopenthixol (Clopixol®) .....	2
Si refus de prise <i>per os</i> : voie injectable IM .....	2

**Question n°6****10 points**

<b>Surveillance hospitalière</b> avec prise pluriquotidienne des constantes : pouls, PA, température, évaluation du comportement, des apports hydriques et de l'alimentation	4
<b>Surveillance de la tolérance</b> : .....	4
◦ pression artérielle : recherche d'hypotension orthostatique	
◦ conscience	
◦ neurologique : symptômes extrapyramidaux (dyskinésies aiguës)	
◦ transit intestinal : constipation, occlusion intestinale	
◦ ECG	
<b>Évaluation de l'efficacité</b> .....	2

**Question n°7****10 points**

<b>Syndrome malin des neuroleptiques</b> .....	3
S'installe en 48 heures, après une période de fluctuation de la température corporelle, de tachycardie et de sueurs avec : .....	1
◦ hyperthermie importante (40-41 °C) .....	1
◦ déshydratation massive .....	1
◦ symptomatologie neurologique : rigidité, contractures, voire convulsions .....	1
◦ troubles de la conscience .....	1
◦ rhabdomyolyse consécutive à la contracture musculaire, avec augmentation massive du taux sérique des CPK .....	2



*Dans 10 à 20 % des cas, l'évolution peut être fatale, par collapsus cardiovasculaire, insuffisance rénale ou troubles du rythme cardiaque. La suspicion de syndrome malin impose l'arrêt immédiat du ou des neuroleptique(s) prescrit(s) et le transfert en service de réanimation avec réhydratation, correction des désordres hydroélectriques. Sur le plan médicamenteux, le dantrolène, voire d'autres molécules comme les anticholinergiques, les agonistes dopaminergiques ou les benzodiazépines peuvent être préconisés.*

**Question n°8****10 points**

<b>Prise en charge médicamenteuse</b> : .....	1
◦ traitement antipsychotique au long cours .....	1
◦ monothérapie souhaitable, dose minimale efficace, maintien au long cours de la posologie qui a été efficace en aigu .....	1
◦ en première intention : antipsychotique atypique, du fait d'un meilleur profil de tolérance .....	1
◦ forme retard en cas de mauvaise observance .....	1
◦ les effets secondaires nécessitent dans un premier temps une réévaluation des posologies et éventuellement la prescription de médicaments correcteurs [anticholinergiques...] .....	1
<b>Dépister et réduire les facteurs de risque de surmorbidity et surmortalité</b> : notamment surpoids, tabagisme, diabète, dyslipidémies .....	1

Mesures psychoéducatives et psychologiques : .....	2
◦ informer le patient sur sa maladie et ses traitements (psychoéducation)	
◦ psychothérapie individuelle et familiale	
◦ prise en charge de l'entourage, de la famille, associations destinées aux familles de patients (UNAFAM)	
<b>Mesures de réhabilitation sociale et de remédiation cognitive</b> : favoriser l'autonomie du patient et maintenir ses capacités d'intégration socioprofessionnelle .....	1

**Question n°9**

**10 points**

<b>Dépression post-psychotique</b> : .....	2
◦ le patient a présenté un épisode psychotique aigu au cours des 12 mois précédents .....	1
◦ les symptômes dépressifs sont au premier plan .....	1
◦ ils sont à l'origine d'un sentiment de détresse .....	1
◦ ils répondent aux critères d'un épisode dépressif majeur (tristesse, anhédonie, ralentissement psychomoteur, idées suicidaires) .....	1
◦ ils persistent depuis plus de 2 semaines .....	1
<b>Conduite à tenir</b> :	
◦ hospitalisation en psychiatrie .....	1
◦ surveillance du risque suicidaire .....	1
◦ traitement antidépresseur .....	1

**Question n°10**

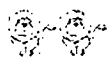
**10 points**

<b>Sismothérapie</b> : .....	2
◦ déclenchement d'une crise convulsive généralisée .....	2
◦ chez un sujet sous anesthésie générale .....	2
◦ par application brève d'un courant électrique bitemporal selon un protocole défini	2
◦ cure de 10 chocs en moyenne, un choc par séance, 2 à 3 séances par semaine ..	2



**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

*Objectif principal :*  
 N° 9 : Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office.  
*Objectifs secondaires :*  
 N° 177 : Prescription et surveillance des psychotropes.  
 N° 184 : Agitation et délire aigu.  
 N° 278 : Psychose et délire chronique.



**DIFFICULTÉ**

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°13

Mme M., 35 ans, est accompagnée par son mari aux urgences psychiatriques pour des troubles majeurs du comportement.

À l'entretien, Mme M. est exaltée, agitée, se montre d'emblée très familière, et esquisse des pas de danse. Son discours est décousu avec de nombreux jeux de mots : « Eh mon pote, ça dépotte... Ils m'ont dit qu'il y a des trucs dans ma tête, alouette... Toi et moi contre le monde entier, mon dentier... Mon cerveau est plastique, le plastique c'est magnifique... » À plusieurs reprises, Mme M. éclatera de rire. Mme M. vous annonce que grâce à elle, l'entreprise dans laquelle elle travaille va décrocher « le contrat du siècle ». Pour fêter l'événement, elle vient justement d'engager une importante somme d'argent dans un investissement immobilier.

Depuis une dizaine de jours, Mme M. ne dort quasiment plus, mais se sent néanmoins en pleine forme et se montre très active. Il n'est pas question pour elle d'être hospitalisée.

En discutant avec son mari, vous apprenez que Mme M. a présenté un accès d'excitation psychomotrice à l'âge de 26 ans, et un épisode dépressif avec tentative de suicide par pendaison à l'âge de 32 ans. Concernant ses antécédents familiaux, son père s'est suicidé à l'âge de 45 ans.

## QUESTIONS

**Question n°1** : Faites l'analyse sémiologique du dossier.

**Question n°2** : Quel est votre diagnostic ?

**Question n°3** : Quelle mesure de protection des biens doit être mise en place ?

**Question n°4** : Quelle est la prise en charge de l'épisode aigu ?

**Question n°5** : Vous revoyez Mme M. en consultation 6 semaines après sa sortie de l'hôpital. Depuis 2 semaines, Mme M. exprime une humeur sombre, passe presque toute la journée au lit, ne s'intéresse plus à aucun de ses loisirs habituels, présente des idées de culpabilité (« ma famille souffre à cause de mon état »), ainsi que des ruminations incessantes sur les erreurs qu'elle aurait commises dans le passé. Son dernier bilan montre qu'elle a pris correctement son traitement.

Quel est votre diagnostic ? Quelle est la conduite à tenir ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

### Antécédents psychiatriques personnels :

- accès maniaque probable, épisode mélancolique probable avec TS par pendaison ..... 3

**Antécédents psychiatriques familiaux :** suicide du père ..... 2

### Symptomatologie actuelle : accès maniaque franc avec :

- exaltation de l'humeur, euphorie ..... 2
- logorrhée ..... 2
- insomnie ..... 2
- hyperactivité, jeux de mots, fuite des idées ..... 2
- levée de l'inhibition, jovialité, familiarité ..... 2
- dépenses inconsidérées, projets inadaptes ..... 2
- mégalomanie ..... 2
- durée de l'épisode supérieure à 1 semaine ..... 1

## Question n°2

**20 points**

Accès maniaque ..... 10

Dans le cadre d'un trouble bipolaire de type I ..... 5 + 5

## Question n°3

**20 points**

Sauvegarde de justice ..... 20

## Question n°4

**20 points**

Urgence thérapeutique ..... 2

Hospitalisation en service de psychiatrie ..... 2

Hospitalisation à la demande d'un tiers en cas de refus du patient ..... 2

Isolement relatif, pour diminuer les stimulations de l'environnement ..... 2

Traitement médicamenteux : ..... 2

- traitement de l'accès maniaque par thymorégulateur (ex. : divalproate de sodium, Dépakote<sup>®</sup>, ou sels de lithium, Téralithe<sup>®</sup>) ..... 2 + 2

- en cas d'agitation importante, association, dans les premiers jours, à un traitement sédatif, ex. : loxapine (Loxapac<sup>®</sup>) ..... 2

- surveillance de l'alimentation et des apports hydriques ..... 2

Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement ..... 2

## Question n°5

**20 points**

**Diagnostic :** épisode dépressif majeur

**Conduite à tenir :** ..... 10

maintien du thymorégulateur (l'efficacité prophylactique des thymorégulateurs ne peut être jugée qu'après, au moins, 1 an de traitement) et instauration d'un traitement antidépresseur ..... 5 + 5



### **OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

*Objectif principal :*

N° 17 : Prescription et surveillance des psychotropes.

*Objectif secondaire :*

N° 285 : Trouble de l'humeur. Psychose maniaco-dépressive.



### **DIFFICULTÉ**

1 LION/3

# Cas clinique transversal n°14

Vous recevez aux urgences M. N., 48 ans, accompagné par la police. M. N. a été interpellé après avoir tiré avec un pistolet « 22 long rifle » en direction de sa femme, qui, indemne, a réussi à s'enfuir.

À l'entretien, M. N. est très agité et véhément. Pour justifier son acte, il met en avant les aventures extraconjugales de sa femme. M. N. vous explique qu'il a commencé à suivre sa femme il y a plusieurs mois, « pour en avoir le cœur net ». Selon lui, son épouse se serait rendue à la préfecture à deux reprises « pour rejoindre son amant ». Lorsque vous lui demandez s'il en est sûr, M. N. s'énerve : « Évidemment j'en suis sûr, elle s'était maquillée plus que d'habitude ! Je sais qui est son amant et j'aurai sa peau... Il s'est même acheté une voiture rouge pour critiquer mes opinions politiques et m'humilier aux yeux du voisinage ! »

Depuis environ 2 ans, M. N. pense que tous les événements se déroulant autour de lui font partie d'un vaste complot destiné à lui nuire. Il y a 6 mois environ, il a acheté un pistolet « pour se défendre ». Depuis 1 semaine, il ne dort quasiment plus et nourrissait le projet de piéger son appartement avec des grenades, « afin de se protéger ».

M. N. travaille dans une administration et, selon lui, est très apprécié par ses supérieurs. Son épouse le décrit comme quelqu'un de méfiant, d'autoritaire, très sévère avec ses enfants, très sensible aux échecs ou aux contrariétés, avec une tendance à surévaluer ses compétences.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Faites l'analyse sémiologique du dossier.

**Question n°2 :** Quel est votre diagnostic ?

**Question n°3 :** Une hospitalisation est-elle justifiée ? Selon quelles modalités ?

**Question n°4 :** Quel traitement médicamenteux préconisez-vous sur le long terme ?

**Question n°5 :** Quelle est la place de la psychothérapie ?

# RÉPONSES

## Question n°1 20 points

Terrain : homme, âgé de 48 ans .....	2
Personnalité prémorbide de type paranoïaque : méfiance, orgueil, hypertrophie du moi, psychorigidité, fausseté du jugement .....	2
Syndrome délirant paranoïaque : .....	2
• thématique de persécution, de préjudice et de jalousie, persécuté désigné .....	2
• mécanismes intuitif et interprétatif .....	2
• organisation : délire systématisé en réseau .....	2
• adhésion totale au délire, conviction absolue et inébranlable .....	2
• retentissement psychologique (agitation psychomotrice) et somatique (insomnie)	2
• pathologie d'évolution chronique, début insidieux, pas de facteur déclenchant clairement identifié, âge de survenue tardif .....	2
Acte médico-légal : passage à l'acte hétéroagressif .....	2

## Question n°2 20 points

Délire chronique interprétatif de Sérieux et Capgras OU .....	15
Délire chronique non dissociatif de type paranoïaque	
Personnalité prémorbide de type paranoïaque .....	5

## Question n°3 20 points

Hospitalisation en psychiatrie compte tenu de la dangerosité (passage à l'acte, persécuté désigné) .....	10
Hospitalisation d'office (éviter l'HDT du fait du risque que le tiers soit désigné comme persécuté) .....	10

## Question n°4 20 points

Traitement antipsychotique .....	10
Les antipsychotiques atypiques sont préconisés en première intention du fait de leur meilleure tolérance sur le plan neurologique .....	10



*Les délires paranoïaques sont moins sensibles aux effets des antipsychotiques du fait de la prépondérance des mécanismes interprétatifs. On constate fréquemment à moyen ou long terme une évolution dépressive qu'il conviendra de dépister et de prendre en charge.*

## Question n°5 20 points

La place de la psychothérapie chez ces patients est <b>restreinte</b> du fait de leur <b>faible capacité de remise en question et d'introspection (se voit comme victime et non pas comme malade)</b> .....	4
Face à un patient souffrant de délire paranoïaque, il est conseillé au médecin de savoir <b>garder ses distances</b> et de faire preuve d'honnêteté dans les soins proposés afin <b>d'établir un climat de confiance</b> , préalable indispensable à l'acceptation d'un traitement .....	4
Il faut <b>éviter d'affronter le patient et d'avoir des attitudes de rejet</b> .....	4





### RÉFÉRENCES

Psychoses et délires chroniques, les délires chroniques non schizophréniques, cours de psychiatrie du CNUP (Collège national des universitaires en psychiatrie), Question 278.  
Fouldrin G, Gourevitch R, Bayle F, Thibaut F ; [http://www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie\\_adulte/cours/278-delires.htm](http://www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/cours/278-delires.htm).



### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

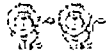
*Objectif principal :*

N° 177 : Prescription et surveillance des psychotropes.

*Objectifs secondaires :*

N° 184 : Agitation et délire aigu.

N° 278 : Psychose et délire chronique.



### DIFFICULTÉ

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°15

Mlle F., âgée de 20 ans, est accompagnée aux urgences par sa colocataire.

À son arrivée, Mlle F. est agitée, très anxieuse et se plaint de picotements dans les membres, ainsi que de « papillons devant les yeux » et « de bourdonnements dans les oreilles ». Mlle F. a l'impression qu'elle va s'évanouir : « Ça me serre dans la poitrine, j'étouffe, j'ai la tête qui tourne et ça me donne envie de vomir ». Mlle F. ne semble pas rassurée d'être à l'hôpital et exprime sa peur de mourir.

Tout a commencé il y a 2 mois, après ses examens de fin d'année, qu'elle a pourtant réussis brillamment. Au total, c'est la huitième fois que se produit ce type de crises. À chaque fois, les symptômes s'estompent en 10 à 20 minutes. Cette fois, la crise est survenue alors que Mlle F. venait juste de s'endormir : « Mon cœur battait tellement fort que je me suis réveillée. »

Depuis 2 semaines, Mlle F. ressent la crainte permanente que se produise une nouvelle crise de manière imprévisible. Mlle F. sort de moins en moins de son appartement, évitant tout particulièrement les lieux publics très fréquentés, ainsi que les transports en commun.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Faites l'analyse sémiologique du dossier.

**Question n°2 :** Quel est votre diagnostic ?

**Question n°3 :** Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?

**Question n°4 :** Quelle est votre attitude thérapeutique en urgence ?

**Question n°5 :** Quelle est votre attitude thérapeutique à long terme ?

**Question n°6 :** Sans traitement spécifique, quelle est l'évolution possible de cette pathologie ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**16 points**

Terrain : femme jeune .....	2
<b>Début brutal, attaques de panique récurrentes</b> .....	2
<b>Attaque de panique</b> : début brutal, durée brève (moins de 30 minutes), pas de facteur déclenchant identifié, survenue de symptômes physiques intenses : tachycardie, douleurs thoraciques, dyspnée, vertiges, paresthésies, sueurs .....	2
Ces symptômes s'accompagnent d'un sentiment de perte de contrôle et/ou de catastrophe imminente : peur de mourir, de perdre connaissance, de devenir fou, de tomber, de vomir .....	2
Le caractère subit de ces crises est d'ailleurs vérifié par la survenue d'une crise de panique nocturne, dont les symptômes physiques réveillent la patiente dans son premier sommeil, en dehors de toute activité onirique .....	2
La <b>répétition des crises</b> va entraîner l'apparition d'une <b>anxiété intercritique</b> et constituer le trouble panique .....	2
Cette anxiété intercritique prend la forme d'une <b>anticipation permanente (anxiété anticipatoire)</b> , la patiente vivant dans la crainte de voir se reproduire ses crises de manière inopinée, mais aussi la forme d'une <b>anxiété phobique</b> , la patiente évitant l'ensemble des situations dont elle ne pourrait pas facilement s'échapper et dans lesquelles elle ne pourrait être facilement secourue en cas de nouvelle attaque de panique .....	2
<b>Le facteur favorisant de l'attaque de panique</b> , dans ce dossier, est probablement le surmenage .....	2

## Question n°2

**20 points**

Trouble panique .....	10
Avec agoraphobie secondaire .....	10

## Question n°3

**16 points**

<b>Étiologie somatique</b> .....	4
Examen clinique somatique pour éliminer les étiologies organiques susceptibles de s'accompagner de symptômes anxieux aigus et particulièrement :	
· maladies cardiovasculaires et pulmonaires : troubles du rythme cardiaque, pathologie ischémique, insuffisance respiratoire, embolie pulmonaire .....	4
· maladies endocriniennes : du fait de sa fréquence et du terrain de survenue ..... similaire à celui des troubles anxieux (femme jeune), <b>l'hyperthyroïdie</b> sera ... systématiquement éliminée	2
· phéochromocytome, diabète (hypoglycémie) .....	2 + 2

## Question n°4

**16 points**

<b>Isoler la patiente</b> des stimulations anxiogènes, notamment l'inquiétude des proches	2
<b>La rassurer et dédramatiser</b> la situation par un examen physique rapide .....	2
<b>Éliminer un appoint organique</b> , notamment toxique .....	2 + 2
<b>Refocaliser l'attention</b> de la patiente sur autre chose que ses symptômes physiques en l'interrogeant sur ses antécédents, les circonstances d'apparition de sa crise .....	2
<b>Lutter contre les effets de l'hyperventilation et de l'hypocapnie</b> secondaire en lui faisant adopter une respiration physiologique .....	2 + 2

Si les mesures précédentes ne suffisent pas, **envisager l'administration par voie orale d'un anxiolytique d'absorption rapide** comme le diazepam (Valium®), le recours à une injection intramusculaire de benzodiazépine ayant le double inconvénient d'une absorption incomplète et lente et celui de renforcer les cognitions « catastrophiques » de la patiente ..... 2

**Question n°5****16 points**

<b>Psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC)</b> .....	2
Les TCC peuvent être utilisées en association avec les traitements psychotropes .....	2
Les principales techniques utilisées en TCC sont : la relaxation, la désensibilisation .. (par exposition <i>in vivo</i> ou en imagination), l'affirmation de soi, la restructuration cognitive. Toutes visent à assurer une meilleure autonomie et un contrôle accru du patient sur les divers aspects pathologiques de son anxiété .....	2
<b>Traitements psychotropes :</b> .....	1
· ils doivent toujours être associés à une approche psychoéducatrice associant ..... réassurance, explications sur les symptômes et information sur le caractère adaptatif de l'anxiété « normale » .....	1
Privilégier les antidépresseurs et notamment des inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (ISRS) : .....	1
· leur efficacité dans les troubles anxieux est indépendante de l'existence d'une symptomatologie dépressive associée .....	1
· Ex. : paroxétine (Deroxat®), la posologie recommandée est de 40 mg/j, le traitement doit être débuté à dose faible (10 mg/j), la dose sera augmentée par palier de 10 mg/semaine jusqu'à un maximum de 60 mg/j .....	1
· les antidépresseurs tricycliques peuvent être utilisés en seconde intention dans le traitement du trouble panique .....	1
· durée de traitement : au moins 1 à 2 ans après la stabilisation des troubles .....	1

**Question n°6****16 points**

Sans traitement, l'évolution du trouble panique peut être <b>résolutive</b> en quelques ..... semaines à quelques mois, même si la vulnérabilité du patient l'expose à des <b>rechutes ultérieures</b> .....	4
Une <b>chronicisation est possible</b> , malgré la disparition des crises d'attaque de ..... panique, du fait de l' <b>aggravation de l'agoraphobie</b> .....	4

**RÉFÉRENCES**

Cours de psychiatrie du CNUP (Collège national des universitaires en psychiatrie). Module 3 : Maturation et vulnérabilité. Question 41 : Troubles anxieux et troubles de l'adaptation. Boulenger JP, Piquet C, Corruble E, Hardy P. <http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils>.

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

**Objectif principal :**  
N° 41 : Troubles anxieux et troubles de l'adaptation.

**Objectif secondaire :**  
N° 177 : Prescription et surveillance des psychotropes.

**DIFFICULTÉ**

1 LION/3

# Cas clinique transversal n°16

Mme G., âgée de 35 ans, se présente à votre consultation adressée par son médecin traitant. Depuis quelques semaines, Mme G. se dit très fatiguée, se plaint de difficultés de concentration et d'un manque de motivation pour se rendre à son travail, qui pourtant l'a toujours passionnée. Son mari ne la reconnaît plus : « Avant, c'était une battante ! » Actuellement, Mme G. reste mutique et prostrée toute la journée, et pleure souvent. Mme G. vous confie se sentir responsable de la faillite de l'entreprise dans laquelle elle travaille, parce qu'elle aurait commis des « erreurs professionnelles irréparables ». Ses collègues de travail s'étonnent de ses auto-accusations non fondées. Malgré les tentatives de réassurance de son mari et le soutien de sa famille, aucun propos ne semble diminuer son sentiment de culpabilité et son angoisse.

Sur le plan somatique, elle est amaigrie (perte de 5 kg en 2 semaines), elle est pâle et présente une insomnie à type de réveils précoces vers 3 h du matin avec une recrudescence anxieuse matinale.

À l'entretien, son faciès est figé, triste, le discours lent et monotone. Elle exprime une crainte permanente d'une catastrophe imminente pour ses proches.

Dans ses antécédents psychiatriques, on note une hospitalisation pour un état d'excitation survenue à la suite de l'accouchement de son fils.

## QUESTIONS

**Question n°1** : Quel diagnostic évoquez-vous ?

**Question n°2** : Sur quels éléments sémiologiques ?

**Question n°3** : Mme G. refuse une hospitalisation. Quel type d'hospitalisation envisagez-vous ? Selon quelles modalités ?

**Question n°4** : Quel traitement de l'épisode actuel instaurez-vous ?

**Question n°5** : Quel traitement médicamenteux prophylactique proposez-vous à cette patiente ?

**Question n°6** : En quoi consiste la surveillance de ce traitement ?

**Question n°7** : En cas de contre-indication(s) à ce traitement, quelles autres molécules peut-on proposer ?

**Question n°8** : Quels éléments cliniques manquent dans cette observation pour poser le diagnostic de syndrome de Cotard ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**10 points**

Épisode dépressif majeur d'intensité sévère, de type mélancolique .....	5
Dans le cadre d'un trouble de l'humeur de type bipolaire .....	5

## Question n°2

**30 points**

Épisode dépressif majeur car : .....	15
<ul style="list-style-type: none"> <li>• humeur dépressive quotidienne : faciès triste, figé, pleurs, mutisme ; humeur congruente à ses idées de dévalorisation, de culpabilité</li> <li>• diminution marquée de l'intérêt, du plaisir, anhédonie : ne se rend plus à son travail</li> <li>• ralentissement psychomoteur : clinophilie, hypomimie, bradyphémie (lenteur de la parole)</li> <li>• isolement social, professionnel et affectif</li> <li>• troubles du sommeil à type d'insomnie de seconde partie de nuit</li> <li>• diminution de l'aptitude à se concentrer</li> <li>• pensées de mort récurrentes</li> <li>• symptomatologie évoluant depuis plusieurs semaines</li> </ul>	
Épisode dépressif majeur d'intensité mélancolique, car : .....	10
<ul style="list-style-type: none"> <li>• perte de poids importante</li> <li>• ralentissement psychomoteur marqué</li> <li>• sentiments de culpabilité, d'incurabilité, d'indignité</li> <li>• idées de catastrophe</li> </ul>	
Trouble bipolaire car : .....	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• antécédent d'un probable épisode maniaque ou hypomaniaque à la suite de l'accouchement de son fils, ayant nécessité une hospitalisation (donc de type I)</li> </ul>	

## Question n°3

**10 points**

Hospitalisation en service de psychiatrie .....	1
Hospitalisation à la demande d'un tiers .....	2
Selon l'article L 3212.1 du Code de la santé publique dans un établissement régi par la loi du 27 juin 1990 .....	0,5
L'HDT se justifie quand les troubles mentaux rendent le consentement impossible et lorsque l'état du patient nécessite des soins immédiats et une prise en charge en milieu hospitalier. ....	0,5
Une demande d'admission manuscrite par un tiers .....	1
Photocopie de la pièce d'identité du tiers et de celle du patient .....	0,5
Deux certificats médicaux circonstanciés : datant de moins de 15 jours, rédigés par des médecins thésés, non obligatoirement psychiatres, et inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins .....	1
Le premier certificat doit être rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil où le patient sera admis en HDT. Ce médecin ne peut être parent ou allié au 4 <sup>e</sup> degré inclus avec le patient, la tierce personne demandant l'hospitalisation, le directeur de l'établissement d'accueil ou le second médecin certificateur, s'il est connu. ....	1
Le médecin décrit dans ce certificat les particularités de la maladie et la nécessité de traiter et de maintenir hospitalisé le patient	
Le second certificat médical doit être rédigé par un médecin thésé, inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins, mais non obligatoirement psychiatre, et qui peut être attaché à l'établissement d'accueil. Il est à noter que les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au 4 <sup>e</sup> degré inclus, ni entre eux, ni des directeurs de l'établissement, ni du tiers demandeur, ni de la personne hospitalisée	

À titre exceptionnel et uniquement en cas de <b>péril imminent</b> pour la santé du patient, le directeur de l'établissement qui reçoit le patient peut prononcer son admission au vu d'un seul certificat [Art. L. 3212-3] .....	1
La mesure sera validée par des certificats ultérieurs : le certificat immédiat, dit « des 24 heures », rédigé par un médecin différent des 2 premiers, le certificat de quinzaine qui peut être rédigé dès le 12 <sup>e</sup> jour après l'admission, puis les certificats mensuels	1 0,5

**Question n°4**

**10 points**

Bilan clinique et paraclinique pour apprécier le retentissement somatique, rechercher des pathologies organiques associées et éliminer une contre-indication éventuelle au traitement .....	1
Correction des désordres hydroélectriques et des carences nutritionnelles éventuelles	1
Traitement médicamenteux antidépresseur .....	4
Discuter d'un traitement transitoire par neuroleptique sédatif en début de prise en charge, dans le cadre de la prévention d'un passage à l'acte, compte tenu du potentiel suicidaire .....	1
Surveillance clinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement .....	2
Surveillance aussi d'un éventuel passage à l'acte suicidaire .....	1



*À titre indicatif :*

- *traitement antidépresseur de type tricyclique : par exemple, clomipramine (Anafranil<sup>®</sup> ; posologie moyenne efficace = 150 mg/j), ou inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) : par exemple, paroxétine (Deroxat<sup>®</sup> ; posologie moyenne efficace = 20 à 40 mg/j) ; traitement à poursuivre de 6 mois à 1 an minimum après l'obtention de la rémission ;*
- *mesures psychoéducatives : importance d'informer la patiente sur l'objectif des traitements médicamenteux, sur leurs effets indésirables et sur l'intérêt d'éviter l'interruption du traitement.*

**Question n°5**

**12 points**

Traitement par un thymorégulateur à but prophylactique sur la prévention des récives thymiques .....	1
En l'absence de contre-indication : carbonate de lithium .....	3
Après un bilan préthérapeutique : .....	1
◦ examens de la fonction rénale et recherche d'une protéinurie. Il est recommandé de mesurer la clairance rénale de la créatinine .....	1
◦ test de grossesse : on s'assurera que la femme en âge de procréer n'est pas enceinte et on instaurera une méthode de contraception efficace avant la mise sous traitement .....	0,5
◦ ionogramme sanguin, numération-formule sanguine .....	0,5
◦ examen cardiaque, ECG : le lithium entraîne des modifications de repolarisation, surtout aux fortes doses ou en cas de surdosage. Il doit être utilisé avec prudence et après avis spécialisé chez les sujets ayant des troubles du rythme paroxystiques ou chroniques. Le lithium est à éviter en cas d'altération de la fonction ventriculaire .....	0,5
◦ thyroïde : dosage des hormones thyroïdiennes de la TSH ultrasensible plasmatique de l'iodémie. À éventuellement compléter par un bilan de iodémie protéique (PBI) et/ou de l'index de thyroxine libre (en cas d'hypothyroïdie, elle devra être corrigée avant le début du traitement) .....	0,5
◦ vérification de la glycémie à jeun : en cas de prise de poids, un autre contrôle devra être effectué en cours de traitement .....	0,5
◦ EEG : en cas d'antécédents comitiaux .....	0,5
Mode de mise en route : progressive, avec surveillance de la lithiémie .....	1
Surveillance au cours du traitement : .....	2
◦ assurer le maintien du taux sérique de lithium recommandé	
◦ ne pas modifier les apports sodés	
◦ il est indispensable d'expliquer le principe du traitement au malade car l'équilibration de la lithiémie est impossible sans la régularité des prises et la rigueur des contrôles	

**Question n°6****10 points**

Surveillance de la lithiémie : 2 fois par semaine jusqu'à atteindre la fourchette thérapeutique (qui est comprise entre 0,5 et 0,8 mEq/L, et entre 0,8 et 1,2 mEq/L pour la forme à libération prolongée), puis 1 fois par mois pendant 1 an .....	3
TSH ultrasensible : à la 2-3 <sup>e</sup> semaine, puis 1 fois/mois pendant 6 mois à 1 an, puis 1 fois/an .....	3
ECG tous les 6 mois à 1 an .....	3
Créatininémie/clairance rénale de la créatinine tous les 6 mois à 1 an .....	1

**Question n°7****10 points**

Carbamazépine (Tegretol <sup>®</sup> ) .....	3
Valpromide (Depamide <sup>®</sup> ) .....	3
Divalproate de sodium (Depakote <sup>®</sup> ) .....	3
Antipsychotique atypique (olanzapine, Zyprexa <sup>®</sup> ) .....	1

**Question n°8****8 points**

Syndrome de Cotard :	
◦ idées de négation d'organe ou de fonction physiologique .....	4
◦ idées délirantes d'immortalité .....	2
◦ idées de damnation .....	2

**RÉFÉRENCES**

Cours de psychiatrie du CNUP (Collège national des universitaires en psychiatrie) – Question 285 : Trouble de l'humeur.  
Fouldrin G, Baylé FJ, Dardennes R, Thibaut F.

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES****Objectif principal :**

N° 9 : Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office.

**Objectifs secondaires :**

N° 177 : Prescription et surveillance des psychotropes.

N° 285 : Trouble de l'humeur. Psychose maniaco-dépressive.

**DIFFICULTÉ**

2 LIONS/3



# Cas clinique transversal n°17

Mme J., âgée de 29 ans, se présente à votre consultation, adressée par son médecin traitant pour des rituels de vérification devenus très invalidants dans sa vie quotidienne.

Mme J. est enseignante dans un lycée technique. Sur le plan personnel, Mme J. est mariée depuis 6 ans. Malgré de nombreuses stimulations ovariennes, Mme J. n'a pas encore pu avoir d'enfant.

Depuis environ 1 an se sont progressivement installés des doutes et des vérifications envahissantes sur ses capacités à être enseignante : elle vérifie par exemple de multiples fois les notes qu'elle attribue aux copies de ses élèves, ce qui lui prend de plus en plus de temps. À la fin des cours, elle se sent contrainte de vérifier à 3 reprises successives si tous les ordinateurs sont bien éteints, et regarde sous tous les bureaux et à l'intérieur de tous les placards, de peur d'enfermer un élève malencontreusement. Elle a conscience que ses craintes sont absurdes, mais elle ne parvient pas à stopper les vérifications, car cela génère une anxiété majeure.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quel est le diagnostic principal ?

**Question n°2 :** Sur quels arguments ?

**Question n°3 :** Quelle prise en charge du trouble proposez-vous ?

**Question n°4 :** Quelles sont les évolutions possibles du trouble diagnostiqué à la question n°1 ?

**Question n°5 :** Quelle personnalité prémorbide retrouve-t-on fréquemment dans cette pathologie ? Citez les principaux traits caractéristiques de cette personnalité. Depuis quelques semaines se sont surajoutés une difficulté à s'endormir et un manque d'appétit. Son mari lui reproche de se replier sur elle-même, de refuser presque systématiquement les invitations de leurs amis. On note dans son discours un sentiment de culpabilité, d'autodévalorisation, qu'elle exprime en se décrivant comme « incapable » de devenir mère.

**Question n°6 :** Quelle complication psychiatrique pouvez-vous évoquer chez cette patiente ? Sur quels arguments ? Quels sont les autres symptômes à rechercher pour étayer ce diagnostic ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

Trouble obsessionnel compulsif ..... 20

## Question n°2

**20 points**

Terrain : sujet jeune ..... 2

Présence d'obsessions idéatives : crainte de se tromper (notes des élèves), de ne pas éteindre les ordinateurs, d'enfermer un élève dans la classe ..... 5

Compulsions : rituels de vérification des notes, des ordinateurs, etc. .... 5

Conscience du caractère pathologique de ses troubles, mais impossibilité d'y surseoir ..... 3

Lutte anxieuse ..... 3

Caractère durable des symptômes et installation insidieuse et progressive ..... 2

## Question n°3

**10 points**

Un suivi psychiatrique ambulatoire ..... 3

Sur le plan thérapeutique :

◦ mise en route d'un traitement médicamenteux : antidépresseur sérotoninergique ..... 2

◦ on recommande, dans les troubles anxieux, de débiter le traitement antidépresseur à faible posologie et de l'augmenter progressivement jusqu'à la posologie minimale efficace ..... 1

À titre indicatif : ISRS : paroxétine, débiter à 1 cp de 20 mg, la posologie recommandée est de 40 mg/j

Surveillance clinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement ..... 1

Une prise en charge psychothérapeutique de type cognitivo-comportemental lui sera associée ..... 2

Le renouvellement de l'arrêt de travail sera réévalué en tenant compte de la nécessité de préserver l'insertion socioprofessionnelle ..... 1

## Question n°4

**15 points**

Chronicisation des symptômes ..... 2

Extension du trouble : des obsessions, des compulsions ..... 2

Épisode dépressif secondaire ..... 3

Retentissement socio-relationnel : invalidité professionnelle, sociale, retentissement familial et affectif ..... 3

Conduites addictives secondaires : alcool, toxiques, psychotropes ..... 3

Récidive ..... 2

## Question n°5

**20 points**

Personnalité obsessionnelle ou anankastique ..... 6

Traits de personnalité caractéristiques :

◦ préoccupation pour le détail, les règles ..... 1

◦ perfectionnisme ..... 1

◦ méticulosité ..... 1

◦ sens moral ..... 1

◦ rigidité, tendance au scrupule ..... 1

• entêtement .....	1
• obstination .....	1
• réticence à déléguer les tâches .....	1
• autoritarisme du sujet en position de force .....	1
• attachement excessif aux objets .....	1
• avarice pour soi-même et pour les autres .....	1
• ambivalence .....	1
• doute .....	1
• indécision .....	1

**Question n°6**

**15 points**

Épisode dépressif majeur .....	5
Les arguments cliniques retrouvés sont :	
• trouble de l'appétit .....	1
• trouble du sommeil .....	1
• isolement social, repli .....	1
• sentiment de culpabilité, d'autodévalorisation .....	1
• évolution des troubles depuis plus de 15 jours .....	1
Les éléments à rechercher seraient :	
• humeur dépressive, tristesse pathologique .....	1
• ralentissement psychomoteur .....	1
• perte de l'élan vital .....	0,5
• sa présentation : hypomimie, faciès figé .....	0,5
• son discours : bradyphémie, bradypsychie .....	0,5
• signes somatiques associés : connaître plus précisément le type d'insomnie (seconde partie de nuit), la perte de poids, l'existence d'un trouble sexuel .....	0,5
• rechercher la présence d'idées suicidaires .....	1

Ces éléments cliniques pourraient nous renseigner sur la sévérité de l'épisode dépressif majeur et nous orienter vers une prise en charge hospitalière, si nécessaire



**RÉFÉRENCES**

Cours de psychiatrie du CNUP (Collège national des universitaires en psychiatrie). Module 3 : Maturation et vulnérabilité. Question 41 : Troubles anxieux et troubles de l'adaptation. Boulenger JP, Piquet C, Corruble E, Hardy P. <http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utilis>.



**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

**Objectif principal :**  
N° 41 : Troubles anxieux et troubles de l'adaptation.  
**Objectifs secondaires :**  
N° 177 : Prescription et surveillance des psychotropes.  
N° 285 : Trouble de l'humeur. Psychose maniaco-dépressive.



**DIFFICULTÉ**  
3 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°18

M. P., âgé de 32 ans, suivi depuis 8 ans par le centre médico-psychologique de son secteur, est en rupture de suivi et de traitement (injections mensuelles de neuroleptique retard) depuis quelques mois. Une visite à domicile est organisée dans le but de comprendre cette rupture de soins. M. P. montre beaucoup de réticence à laisser rentrer les soignants chez lui. Il explique que depuis quelques semaines, « les gens le regardent dans la rue méchamment » et qu'il se sent en insécurité. « Il y a 1 mois, un automobiliste m'a laissé passer à un feu, puis il m'a suivi jusque chez moi, car il y avait la même voiture bleue garée devant l'immeuble. Il cherche à me tuer car le bleu, c'est la couleur de la mort. Il m'envoie même des décharges électriques et connaît toutes mes pensées. » À l'évocation de cet événement, M. P. éclate de rire. À deux reprises pendant l'entretien, M. P. tournera brutalement la tête derrière lui, sans raison manifeste.

Selon la famille du patient, M. P. a ce comportement depuis environ 1 mois et ne s'alimente plus depuis quelques jours. Depuis plusieurs années, le patient vit replié sur lui-même, sort peu et n'a quasiment plus aucune activité sociale, ni de relation amicale. Il n'a jamais travaillé et a interrompu brutalement ses études à l'âge de 18 ans.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Hypothèse diagnostique principale.

**Question n°2 :** Sur quels arguments sémiologiques ?

**Question n°3 :** Un ancien compte rendu d'hospitalisation fait état d'un diagnostic de « psychose chronique non dissociative de type paranoïaque ». Citez 2 arguments cliniques de l'observation clinique qui vont à l'encontre de cette hypothèse.

**Question n°4 :** Quels sont les arguments cliniques qui justifieraient l'hospitalisation ?

**Question n°5 :** M. P. refuse l'hospitalisation proposée. Que faites-vous ?

**Question n°6 :** M. P. justifie l'arrêt de son traitement par la survenue d'impatiences apparues peu de temps après sa dernière injection de neuroleptique. Citez 5 effets indésirables neurologiques susceptibles d'être provoqués par le traitement neuroleptique.

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

Décompensation délirante paranoïde chez un patient schizophrène en rupture de soins ..... 20

## Question n°2

**20 points**

Terrain : patient jeune (32 ans), début du suivi psychiatrique à l'âge de 24 ans .....	1
Évolution chronique/traitement par injections de neuroleptique retard .....	1
Symptomatologie chronique de type déficitaire : .....	1
• isolement .....	1
• pauvreté des relations sociales et des activités .....	1
• apragmatisme (n'a jamais travaillé) .....	1
Organisation du délire :	
• non systématisé .....	1
• sans lien cohérent, peu compréhensible .....	1
• avec adhésion totale au délire .....	2
Délire de thématique persécutive .....	1
Et de mécanismes :	
- interprétatif : couleur bleue de la voiture ; il interprète le regard des passants .....	2
- hallucinatoires :	
• cénesthésiques : « sent des décharges électriques » .....	1
• intrapsychiques avec un syndrome d'automatisme mental : devinement de la pensée : « il connaît toutes mes pensées », et acoustico-verbales : attitudes d'écoute .....	2
Syndrome dissociatif : .....	2
• au niveau intellectuel : explications pseudo-logiques ou rationalisme morbide : « il cherche à me tuer car le bleu c'est la couleur de la mort » .....	1
• discordance idéo-affective : « rit » de cette situation angoissante .....	1

## Question n°3

**20 points**

Contre cette hypothèse :	
• délire non systématisé, non structuré. Le délire structuré (systématisé), logique, cohérent est caractéristique du délire paranoïaque. ....	10
• syndrome dissociatif, absent dans le délire paranoïaque .....	10

## Question n°4

**10 points**

Les arguments cliniques sont :	
• vécu persécutif intense avec crainte que l'on puisse le tuer (favorisant un éventuel passage à l'acte) .....	3
• symptomatologie productive floride avec adhésion totale au délire avec une répercussion sur son comportement .....	3
• risque de complications somatiques par son refus de s'alimenter .....	4

**Question n°5****10 points**

Hospitalisation sur demande d'un tiers .....	5
Selon l'article L 3212.1 du Code de santé publique dans un établissement régi par la loi du 27 juin 1990 .....	1
Une demande d'admission par un tiers .....	1
Une pièce d'identité du demandeur .....	1
Un premier certificat médical d'hospitalisation, signé par un médecin ne travaillant pas dans l'établissement d'accueil et n'ayant aucun lien de parenté avec le patient ou le tiers .....	1
Un second certificat médical confirmant le premier, signé par un médecin qui peut appartenir à l'établissement d'accueil .....	1

**Question n°6****20 points**

<b>Dyskinésies et dystonies aiguës</b> .....	4
<b>Syndrome parkinsonien</b> : tremblements + akinésie + hypertonie .....	4
<b>Syndrome hyperkinétique</b> : akathisie (impossibilité à rester en place), tasinésie (tendance à déambuler) .....	4
<b>Dyskinésies tardives définitives</b> .....	4
<b>Crises d'épilepsie</b> .....	4

**RÉFÉRENCES**

Cours de psychiatrie du CNUP (Collège national des universitaires en psychiatrie).  
Module 1 : Apprentissage de l'exercice médical. Question 9 : Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office.

*Lépine JP, Arbahzadeh-Bouchez S, Lafay N, Senon JL.*

Cours de psychiatrie du CNUP (Collège national des universitaires en psychiatrie).  
Module 3 : Maturation et vulnérabilité. Question 278 : Psychoses et délires chroniques.

*Thibaut F, Baylé F.*

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

**Objectif principal :**

N° 9 : Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office.

**Objectif secondaire :**

N° 278 : Psychose et délire chronique.

**DIFFICULTÉ**

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°19

Vous recevez en consultation Mme G., âgée de 35 ans, d'origine srilankaise, arrivée en France avec ses deux enfants 4 mois plus tôt, à la suite de la catastrophe du Tsunami et de la disparition, sous ses yeux, de son mari. Depuis son arrivée en France, Mme G., qui est hébergée chez le frère de son mari, présente des troubles du sommeil à type d'insomnie quasi totale, avec cauchemars ; elle a tendance à se replier de plus en plus sur elle-même et à se désintéresser de ses enfants ; elle pleure souvent et présente des difficultés de concentration majeure. « Elle semble en état d'alerte permanent et sursaute au moindre bruit » vous confie son beau-frère. Mme G. a tendance à beaucoup ruminer sur les événements dramatiques qu'elle a vécus et ne supporte pas le moindre reportage à la télévision qui évoque la catastrophe. Même des images de paysages côtiers, quels qu'ils soient, déclenchent une réaction d'anxiété intense.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quel diagnostic portez-vous ?

**Question n°2 :** Sur quels arguments ?

**Question n°3 :** Quelles sont les deux complications évolutives les plus fréquentes en l'absence de prise en charge ?

**Question n°4 :** Quelle prise en charge proposez-vous ?

**Question n°5 :** Quelle prise en charge initiale, au décours immédiat de la catastrophe, aurait éventuellement pu éviter l'apparition du tableau clinique actuel ? Pouvez-vous expliquer en quoi cela consiste ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**30 points**

État de stress post-traumatique (ESPT) ..... 30

## Question n°2

**20 points**

Terrain : sexe-ratio (2 femmes/1 homme) ..... 2

Facteur traumatique déclenchant : catastrophe naturelle (tsunami) avec disparition de son mari ..... 2

Syndrome de répétition : l'événement traumatique est constamment revécu : ..... 2

Mme G. est « en état d'alerte permanent », avec hypervigilance, cauchemars, pleurs, ruminations envahissantes ..... 3

Forte réactivité à ce qui est susceptible de lui rappeler les circonstances de la catastrophe (paysages côtiers vus à la télévision) ..... 3

Symptômes évocateurs d'une activation neurovégétative : insomnie quasi totale, cauchemars, difficultés de concentration, sursauts ..... 4

Émoussement de la réactivité générale : réduction nette des activités avec un repli sur soi, restriction des affects, se détache de ses enfants ..... 2

Symptomatologie évoluant depuis plus de 1 mois ..... 2

## Question n°3

**10 points**

Évolution chronique du trouble (≈ 1/3 des cas) ..... 5

Survenue d'un épisode dépressif majeur ..... 5

## Question n°4

**10 points**

Prise en charge ambulatoire ..... 2

Recherche systématique de comorbidités psychiatriques éventuelles ..... 1

Mesures psychothérapeutiques (psychothérapie cognitivo-comportementale) ..... 1

Traitement médicamenteux :

▸ antidépresseurs, de type inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine ..... 2

▸ anxiolytique : benzodiazépine à débiter à faibles posologies, sur une courte durée, afin d'éviter tout risque de tolérance et de dépendance ..... 2

Surveillance clinique régulière de l'efficacité et de la tolérance du traitement ..... 1

Dépistage d'un état de stress post-traumatique chez ses deux enfants ..... 1

## Question n°5

**30 points**

 Possibilité d'une **prise en charge psychologique** au décours immédiat de la ..... 10

 catastrophe, la méthode de type « **débriefing** » est actuellement la plus utilisée : ..... 10

il s'agit d'une démarche cathartique, qui consiste à faire exprimer à la victime le vécu des événements et son ressenti émotionnel ..... 5

Cette prise en charge initiale est d'autant plus efficace dans la prévention de la survenue ultérieure d'un ESPT, qu'elle est personnalisée et s'inscrit dans le moyen terme, avec plusieurs consultations auprès du psychologue ou du psychiatre vu au décours immédiat du traumatisme. .... 5





### RÉFÉRENCES

Cours de psychiatrie du CNUP (Collège national des universitaires en psychiatrie).  
Module 3 : Maturation et vulnérabilité. Question 41 : Troubles anxieux et troubles de l'adaptation.  
Boulenger JP, Piquet C, Corruble E, Hardy P. <http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils>.



### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

*Objectif principal :*  
N° 41 : Troubles anxieux et troubles de l'adaptation.  
*Objectif secondaire :*  
N° 177 : Prescription et surveillance des psychotropes.



### DIFFICULTÉ

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°20

Vous êtes amené à voir en consultation Mlle T., une jeune femme âgée de 19 ans, accompagnée par ses parents qui s'inquiètent de la perte de poids de leur fille.

Les troubles ont commencé il y a 2 ans, suite à un régime que la patiente avait suivi pour perdre quelques kilos. Assez rapidement, les préoccupations concernant son poids sont devenues très envahissantes, et son régime de plus en plus restrictif. Malgré une perte de poids de plusieurs kilos, la patiente continuera à se trouver « trop grosse ». Depuis quelques semaines, Mlle T. ne s'alimente plus qu'avec des légumes cuits à la vapeur, et il lui arrive même de se faire vomir après ces repas frugaux. Le jour de l'entretien, Mlle T. pèse 42 kg pour 1 m 70.

Spontanément, la patiente n'exprime pas de souffrance ni de plainte particulière. Elle estime devoir encore perdre du poids, et n'envisage pas une reprise d'alimentation plus variée.

Vous apprendrez également que Mlle T. n'a plus ses règles depuis plus de 1 an.

Malgré sa maigreur et son alimentation carencée, Mlle T. continue ses études (elle suit actuellement des études universitaires), et est très investie dans des activités sportives (cours quotidiens de danse).

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quel est le diagnostic le plus probable ?

**Question n°2 :** Sur quels arguments cliniques ?

**Question n°3 :** Quelles sont les principales complications médicales de ce trouble ?

**Question n°4 :** Quel bilan biologique doit être pratiqué ?

**Question n°5 :** Quelle est votre prise en charge ?

**Question n°6 :** Quelles sont les principales évolutions de cette pathologie ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**10 points**

Anorexie mentale ..... 10

## Question n°2

**20 points**

Terrain : femme jeune, début des troubles à l'âge de 17 ans ..... 2

Hyperinvestissement intellectuel ..... 2

Et physique (cours quotidiens de danse) ..... 2

Perte de poids avec amaigrissement majeur ..... 2

Anorexie (ou restriction alimentaire) volontaire ..... 3

Vomissements provoqués ..... 2

Déni du trouble, anosognosie ..... 2

Perturbation de l'image du corps ..... 3

Absence de notion d'autre pathologie psychiatrique ou médicale associée ..... 2

## Question n°3

**20 points**

### En relation avec la perte de poids :

- cachexie : fonte musculaire et grasseuse, hypothyroïdie, frilosité, dysrégulation thermique ..... 2
- troubles cardiaques : hypotrophie myocardique, arythmies, extrasystoles, troubles de la conduction, bradycardie, tachycardie ventriculaire, mort subite ..... 2
- complications digestives : ballonnements, constipation, douleurs abdominales ..... 2
- complications gynécologiques : aménorrhée, déficience lutéale (baisse de LH) et folliculaire (FSH) ..... 2
- complications dermatologiques : lanugo (fin duvet), œdème ..... 2
- complications hématologiques : leucopénie ..... 1
- complications osseuses : ostéoporose ..... 1,5

### En relation avec les vomissements ou l'abus de laxatifs :

- complications métaboliques : désordres hydroélectrolytiques, notamment hypokaliémie, hypochlorémie, alcalose, hypomagnésémie ..... 2
- complications digestives : inflammation des glandes salivaires, hyperamylasémie, pancréatite, lésions gastroduodénales, dilatation gastrique et troubles fonctionnels intestinaux ..... 2
- complications dentaires : érosion et délabrement dentaires ..... 1,5
- complications neurologiques : crises convulsives (secondaires aux troubles électrolytiques) ..... 2

## Question n°4

**15 points**

### Bilan nutritionnel :

- ionogramme sanguin avec mesure de la fonction rénale (hypokaliémie, élévation de l'urée, hypochlorémie, hypophosphorémie) ..... 3
- protidémie ..... 2
- dosage des hormones thyroïdiennes ..... 2
- glycémie ..... 2
- bilan hépatique, amylasémie ..... 2
- NFS ..... 1
- cholestérol (hypercholestérolémie) ..... 1
- cortisolémie à 8 h ..... 1
- test à la dexaméthasone (non-suppression du cortisol après administration de dexaméthasone) ..... 1

**Question n°5****20 points**

Prise en charge hospitalière/hospitalisation en milieu spécialisé après accord de la patiente (ou hospitalisation libre contractuelle) .....	2
C'est une urgence médicopsychiatrique .....	2
Traitement des désordres hydroélectrolytiques, des carences nutritionnelles, des complications organiques éventuelles .....	2
Isolement de la patiente de son milieu familial .....	3
Mise en place d'un contrat thérapeutique (un contrat de poids sera discuté) .....	3
Suppression des éventuelles prises de diurétiques, laxatifs .....	2
Rééducation alimentaire/éducation diététique .....	2
Psychothérapie : .....	4
◦ le trouble ayant le plus souvent débuté dans l'adolescence, les thérapies familiales sont le plus souvent utiles au décours de l'hospitalisation	
◦ les psychothérapies individuelles d'inspiration analytique peuvent être utiles dans les formes cliniques stabilisées par le traitement	
◦ de nombreux cliniciens privilégient des techniques cognitivo-comportementales pour observer, évaluer et contrôler les variations de poids et les conduites alimentaires déviantes	

**Question n°6****15 points**

1/3 d'évolution favorable avec guérison définitive après prise en charge thérapeutique	5
1/3 de stabilisation avec « chronicisation » du trouble .....	5
1/3 d'évolution défavorable, avec : .....	5
◦ aggravation des troubles du comportement alimentaire : vomissements, crises de boulimie	
◦ complications psychiatriques, notamment troubles de l'humeur	
◦ décès dans environ 5 à 10 % des cas par suicide ou par complications médicales (cachexie)	

**RÉFÉRENCES**

Cours de psychiatrie du CNUP (Collège national des universitaires en psychiatrie).  
Module 3 : Maturation et vulnérabilité. Question 42 : Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte.

*Baylé F, Dardennes R, Guelfi JD, Loo H, Olié JP.*

Synopsis de psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte II.

*Kaplan HI, Sadock BJ - Paris : Masson, 2000.*

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

*Objectif principal :*

N° 42 : Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte.

**DIFFICULTÉ**

1 LION/3

# Cas clinique transversal n°21

M. V., âgé de 45 ans, est accompagné au service d'accueil des urgences par son épouse. Celle-ci, très inquiète, vous explique que les troubles de son mari ont débuté il y a environ 3 semaines. M. V. a perdu son emploi il y a 3 mois suite à la faillite de son entreprise. On ne relève pas d'antécédents psychiatriques personnels, mais la mort par suicide de son grand-père paternel.

Lors de l'entretien, vous constatez d'emblée que M. V. a une tenue négligée et qu'il se déplace et s'exprime lentement. Son expression faciale est figée et exprime une souffrance. M. V. vous exprime une tristesse et un sentiment d'indignité vis-à-vis de son épouse et de ses trois enfants, se reprochant de ne pas avoir été capable de retrouver un nouvel emploi. Depuis 3 semaines, M. V. n'exprime plus aucun désir, ne sort plus du domicile familial et s'alimente de moins en moins. Son sommeil est très perturbé, avec des réveils vers 3 ou 4 h tous les matins, sans pouvoir se rendormir. Depuis une dizaine de jours, M. V. exprime quotidiennement des idées suicidaires par arme à feu, lui apparaissant comme la seule issue possible. Son épouse vous signalera la présence d'un fusil de chasse au domicile.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quel est votre diagnostic principal ?

**Question n°2 :** Sur quels arguments sémiologiques ?

**Question n°3 :** Ce patient vous a exprimé des idées suicidaires. Faites une évaluation du potentiel suicidaire.

**Question n°4 :** Quel type de prise en charge thérapeutique proposez-vous ? Sur quels arguments ?

**Question n°5 :** Le patient refuse votre proposition. Il n'en voit pas l'utilité. Il préfère « sa solution ». Qu'envisagez-vous ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

Épisode dépressif majeur .....	15
D'intensité sévère .....	5

## Question n°2

**20 points**

Évolution depuis plus de 15 jours .....	2,5
Humeur triste .....	2,5
Perte de plaisir (anhédonie) .....	2,5
Ralentissement psychomoteur, hypomimie .....	2,5
Dévalorisation, sentiment d'indignité .....	2,5
Perte d'appétit .....	2,5
Insomnie de seconde partie de nuit .....	2,5
Idées suicidaires .....	2,5

## Question n°3

**25 points**

Risque élevé : .....	4
◦ sexe masculin .....	1
◦ antécédent familial de suicide .....	1
◦ épisode dépressif majeur .....	1
Urgence élevée : .....	4
◦ idées suicidaires quotidiennes .....	1
◦ n'envisage pas d'autre issue .....	1
◦ scénario suicidaire établi .....	1
Dangerosité élevée : .....	4
◦ moyen hautement létal .....	1
◦ facilité d'accès au moyen choisi .....	1
Au total, le patient a un potentiel suicidaire élevé .....	5

## Question n°4

**20 points**

Hospitalisation en urgence en psychiatrie .....	4
Bilan clinique et paraclinique pour appréciation du retentissement somatique, recherche de pathologies organiques associées et de contre-indications au traitement .....	2
Correction des désordres hydroélectrolytiques et des carences nutritionnelles éventuelles .....	2
Traitement médicamenteux antidépresseur .....	4
± neuroleptique sédatif en début de prise en charge, dans le cadre de la prévention d'un éventuel passage à l'acte suicidaire .....	1
Compte tenu du potentiel suicidaire élevé, surveillance particulière d'un éventuel passage à l'acte .....	2
Surveillance de l'efficacité et de la tolérance au traitement .....	1
	4

**Question n°5**

**15 points**

Hospitalisation à la demande d'un tiers .....	5
Selon l'article L 3212.1 du Code de santé publique dans un établissement régi par la loi du 27 juin 1990	
L'HDT se justifie quand les troubles mentaux rendent le consentement impossible et lorsque l'état du patient nécessite des soins immédiats et une prise en charge en milieu hospitalier. ....	3
Une demande d'admission manuscrite par un tiers (son mari) .....	3
Photocopie de la pièce d'identité du tiers et de celle du patient .....	1
Deux certificats médicaux circonstanciés : datant de moins de 15 jours, rédigés par des médecins thésés, non obligatoirement psychiatres, et inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins. ....	1
Le premier certificat doit être rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil où le patient sera admis en HDT. Ce médecin ne peut être parent ou allié au 4 <sup>e</sup> degré inclus avec le patient, la tierce personne demandant l'hospitalisation, le directeur de l'établissement d'accueil ou le second médecin certificateur, s'il est connu .....	1



**RÉFÉRENCES**

DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. American Psychiatric Association - Paris : Masson, 1996.  
 Cours de psychiatrie du CNUP (Collège national des universitaires en psychiatrie). Module 3 : Maturation et vulnérabilité. Question 285 : Troubles de l'humeur. Fouldrin G, Baylé FJ, Dardennes R, Thibaut F, Hardy-Baylé MC. <http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utilis>.



**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

**Objectif principal :**  
 N° 9 : Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office.  
**Objectifs secondaires :**  
 N° 44 : Risque suicidaire de l'enfant et de l'adulte : identification et prise en charge.  
 N° 285 : Trouble de l'humeur. Psychose maniaco-dépressive.



**DIFFICULTÉ**

1 LION/3

# Cas clinique transversal n°22

Mlle K., âgée de 25 ans, est hospitalisée pour un sevrage de l'alcool. Cette demande de sevrage n'est pas spontanée, mais l'indication du service des urgences qui l'a accueillie la veille suite à une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse volontaire (ingestion de six comprimés de bromazépam (Lexomil®) dans les suites d'une altercation avec son compagnon).

Depuis près de 1 an, Mlle K. consomme quotidiennement 1 à 2 bouteilles de vin rouge. Ces alcoolisations auraient débuté au décours d'une rupture sentimentale. Elle avait ressenti alors un intense « mal-être », avec une sensation récurrente d'étrangeté de son environnement, et des accès d'angoisse qu'elle avait tenté de soulager « à sa manière » (elle vous montre des scarifications, dont certaines apparaissent récentes, sur ses avant-bras). L'alcool lui permet de calmer ces angoisses et de moins ressentir ce qu'elle qualifie de « vide intérieur ».

Mlle K. vit actuellement en foyer, ne voit pas plus sa famille avec qui elle s'est disputée, a été renvoyée de deux sociétés d'intérim suite à des retards ou des altercations. Elle se sait « colérique et impulsive », mais affirme ne jamais se disputer si la personne en face ne l'a pas provoquée.

Lors de l'entretien, vous constatez que Mlle K. présente un tremblement des extrémités et est en sueurs.

Dans le dossier de la patiente, vous apprenez qu'elle est passée aux urgences sept fois en 2 ans pour ingestions médicamenteuses volontaires, toujours dans des contextes de rupture ou de dispute, et a été hospitalisée une fois en psychiatrie pour un épisode psychotique bref qui s'est rapidement amendé après quelques jours sous antipsychotique atypique. Mlle K. ne bénéficie d'aucun suivi psychiatrique régulier, mais s'automédie avec du bromazépam.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quelle prévention du syndrome de sevrage de l'alcool instaurez-vous ?

**Question n°2 :** Quelles peuvent être les complications du sevrage de l'alcool ?

**Question n°3 :** Cette patiente présente-t-elle un trouble de la personnalité ? Argumentez.

**Question n°4 :** Existe-t-il un lien entre ce trouble de la personnalité et les conduites d'alcoolisation ? Précisez.

**Question n°5 :** Introduisez-vous un traitement antidépresseur ? Pourquoi ?



# RÉPONSES

## Question n°1

**25 points**

Hydratation <i>per os</i> : 2 à 3 litres d'eau par 24 heures .....	5
Avec surveillance clinique régulière (pression artérielle, pli cutané, diurèse) ; les contrôles biologiques porteront essentiellement sur le ionogramme sanguin, la protidémie et l'hématocrite .....	3
Polyvitaminothérapie : .....	5
◦ vitamine B <sub>6</sub> et vitamine B <sub>1</sub> (1 g/j pendant au moins 8 jours <i>per os</i> ou IM) .....	2
◦ ± vitamine PP .....	1
Benzodiazépine <i>per os</i> à visée anxiolytique et anticonvulsivante .....	5
◦ décroissance progressive ; les benzodiazépines seront diminuées rapidement et interrompues en 1 à 2 semaines, sauf en cas d'usage chronique antérieur .....	2
◦ ex. : diazépam (Valium®) 10 mg : 6 cp/j	
◦ ou oxazépam (Séresta®) 50 mg : 2 à 6 cp/j	
◦ adaptation posologique en fonction du poids, de la fonction respiratoire et hépatique .....	2

## Question n°2

**25 points**

Syndrome de sevrage (index de gravité des états de sevrage, grille de Cushman) :	
◦ premier degré : tremblements, sueurs, nausées, vomissements, asthénie .....	5
◦ deuxième degré : <b>délire alcoolique subaigu</b> puis agitation, cauchemars et <b>accès confuso-onirique</b> .....	5
◦ troisième degré : <b>delirium tremens</b> , fièvre, déshydratation, sueurs, tachycardie, risque vital .....	5
Encéphalopathie de Gayet-Wernicke .....	5
Crises convulsives .....	5

## Question n°3

**25 points**

Trouble de personnalité borderline selon les critères du DSM-IV : .....	5
◦ impulsivité .....	2,5
◦ répétitions de gestes suicidaires et/ou d'automutilations .....	2,5
◦ sentiment chronique de vide .....	2,5
◦ colères intenses et inappropriées .....	2,5
◦ survenue d'épisodes de déréalisation et de trouble psychotique bref .....	2,5
◦ relations interpersonnelles instables .....	2,5
◦ instabilité affective .....	2,5
◦ modalités stables et durables dans le temps, entraînant une souffrance cliniquement significative .....	2,5

## Question n°4

**10 points**

Oui .....	5
Les abus de substances, au 1 <sup>er</sup> rang desquelles les conduites d'alcoolisation, sont les troubles de l'axe I les plus fréquents dans ce trouble de la personnalité .....	5

**Question n°5****15 points**

Non .....	5
Absence de critère d'épisode dépressif majeur .....	5
De plus, patiente en cours de sevrage de l'alcool .....	5
Pas d'indication actuelle à un antidépresseur	

À discuter, prescription d'un antidépresseur sérotoninergique au plus long cours.  
Par exemple, les ISRS ont un intérêt dans le traitement de la dimension impulsive

**RÉFÉRENCES**

DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.  
*American Psychiatric Association - Paris : Masson, 1996.*

Cours de psychiatrie du CNUP (Collège national des universitaires en psychiatrie).  
Module 3 : Maturation et vulnérabilité. Question 286 : Troubles de la personnalité.  
*Gales O, Guelfi JD, Baylé F, Hardy P. <http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utilis>.*

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES****Objectif principal :**

N° 45 : Addiction et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitements substitutifs et sevrage : alcool, tabac, psychoactifs et substances illicites.

**Objectif secondaire :**

N° 286 : Trouble de la personnalité.

**DIFFICULTÉ**

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°23

M. H., âgé de 70 ans, vous est adressé pour « état maniaque ».

M. H. a une présentation débraillée, il passe du rire aux larmes. À plusieurs reprises au cours de l'entretien, il cherche à quitter le bureau de consultation et tente de se saisir des objets à sa portée.

Sa fille vous explique que depuis 1 semaine il ne s'intéresse plus à son jardinage et à sa collection de timbres mais paraît jovial, qu'il ne cesse de répéter les mêmes choses pendant plusieurs minutes même quand on lui répond ou que sa demande ne peut être satisfaite. Il s'alimente davantage, cherchant sans cesse à grignoter. Il est incontinent urinaire depuis 3 jours. Il présente également depuis la même période une négligence de son état physique. Il a des difficultés à la marche, avec une tendance à la « rétropulsion ».

Ce patient ne présente aucun antécédent psychiatrique connu. Son seul antécédent médical est un adénocarcinome de la prostate opéré il y a 8 mois. Il a perdu son épouse l'année précédente et sa fille le trouvait plus triste, moins communicatif ces derniers temps.

Votre examen clinique ne retrouve rien de particulier. Le bilan sanguin (ionogramme, numération-formule sanguine, vitesse de sédimentation, taux de prothrombine et transaminases) ne retrouve aucune anomalie.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quelle est votre hypothèse syndromique ? Argumentez.

**Question n°2 :** Quelles sont vos principales hypothèses étiologiques ? Argumentez.

**Question n°3 :** Quel est l'examen que vous demandez en urgence ?

**Question n°4 :** La tomodensitométrie cérébrale montre une dilatation des 4 ventricules, les sillons sont peu visibles et une hypodensité périventriculaire prédominante sur les cornes frontales est observable. Quel diagnostic retenez-vous ?

**Question n°5 :** Quel test diagnostique pouvez-vous utiliser ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**25 points**

Syndrome frontal : .....	7
◦ désinhibition comportementale .....	3
• passage du rire aux larmes .....	3
• euphorie .....	3
• persévération idéique .....	3
◦ hyperphagie .....	3
◦ négligence physique (incurie) .....	3

## Question n°2

**25 points**

Hydrocéphalie à pression normale .....	5
Triade d'Adams et Hakim : .....	2,5
◦ syndrome frontal .....	1,5
◦ troubles de la marche .....	1,5
◦ incontinence urinaire .....	1,5
Processus expansif intracrânien frontal : .....	2
◦ syndrome frontal .....	1
◦ antécédent d'adénocarcinome prostatique (métastase) .....	1
Hématome sous-dural : .....	2
◦ personne âgée .....	1
◦ antécédent de chute non systématiquement retrouvé .....	1
Dépression à masque démentiel (pseudo-démence dépressive) : .....	2
◦ deuil récent .....	1
◦ syndrome démentiel .....	1
◦ tristesse objectivée par l'entourage .....	1

## Question n°3

**10 points**

Tomodensitométrie cérébrale .....	7,5
Sans injection de produit de contraste .....	2,5

## Question n°4

**20 points**

Hydrocéphalie à pression normale .....	10
Absence d'atrophie corticale .....	4
Résorption transépendymaire du liquide céphalorachidien .....	4
Clinique compatible .....	2

## Question n°5

**20 points**

Ponction lombaire évacuatrice .....	14
Quantité prélevée : 40 à 50 mL .....	2
Amélioration rapide de la marche et des troubles sphinctériens .....	4



### RÉFÉRENCES

Principes de médecine interne.  
*Harrison TR - Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 1993.*



### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

*Objectif principal :*  
N° 285 : Trouble de l'humeur. Psychose maniaco-dépressive.



### DIFFICULTÉ

3 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°24

Vous recevez aux urgences Mlle L., âgée de 22 ans, amenée par les pompiers pour des troubles majeurs du comportement.

Mlle L. est fille unique, étudiante en lettres, sans aucun antécédent psychiatrique, personnel ou familial. Cette jeune patiente habite en résidence universitaire et rentre chez ses parents tous les week-ends.

Dans la soirée, les parents de la jeune fille ont été alertés par une amie de leur fille inquiète de son comportement. Mlle L. arpentait les couloirs de la résidence vêtue de sa combinaison de ski, en plein été, et écrivait des phrases incohérentes sur les murs, faisant référence à Dieu, à des ennemis, à une mission céleste et à des pouvoirs incommensurables qu'elle posséderait.

Quand ses parents sont arrivés, Mlle L. s'est opposée à toute consultation médicale, les accusant de vouloir l'empêcher de mener à bien ses projets. Finalement, les pompiers ont dû intervenir.

Aux urgences, Mlle L. vous annonce qu'elle a été élue par Dieu pour accomplir une mission, que tous ses actes sont dictés par Dieu, dont elle entend les commentaires. Selon elle, vous faites partie des ennemis qui tentent de voler ses pensées et de la contrecarrer. Elle sait que certaines personnes peuvent percevoir ses pensées. Elle vous confie également avoir parfaitement compris le sens caché des cours de ses professeurs. À plusieurs reprises, elle se met subitement à rire, sans raison manifeste, puis quelques minutes après s'effondre en larmes. Après 15 minutes d'entretien, Mlle L. s'agite violemment, nécessitant un traitement sédatif par voie intramusculaire (100 mg de loxapine (Loxapac®)).

L'amie de Mlle L. vous informera que depuis environ 2 semaines la patiente fumait régulièrement du cannabis.

## QUESTIONS

**Question n°1** : Faites l'analyse sémiologique de cette observation.

**Question n°2** : Quel diagnostic évoquez-vous ? Argumentez.

**Question n°3** : Quels sont les facteurs de pronostic favorable retrouvés chez cette patiente ?

**Question n°4** : Quel facteur déclenchant peut-on suspecter ? Quel examen permettrait d'étayer cette hypothèse ?

**Question n°5** : Peu de temps après l'injection de loxapine, Mlle L. présente une crispation des masséters, une immobilisation du regard vers le haut et une protrusion linguale. Quelle complication évoquez-vous ? Sur quels arguments ? Quelle est votre attitude thérapeutique ?

# RÉPONSES

## Question n°1

20 points

Délire aigu : .....	2
↳ mécanismes multiples : interprétatif, intuitif et hallucinatoire .....	2
↳ hallucinations intrapsychiques, automatisme mental .....	2
↳ thèmes multiples : mystique, persécutif, mégalomane et d'influence .....	2
↳ non systématisé .....	2
↳ conviction totale .....	2
↳ influe sur son comportement .....	2
Labilité émotionnelle .....	2
Opposition aux soins .....	2
Abus de substance .....	2

## Question n°2

20 points

Bouffée délirante aiguë (BDA) : .....	4
• syndrome délirant .....	4
↳ de mécanismes et de thématiques polymorphes .....	4
↳ d'apparition brutale .....	4
↳ participation thymique .....	4

## Question n°3

20 points

Début brutal .....	4
Bonne adaptation sociofamiliale .....	4
Pas de notion de personnalité pathologique prémorbide .....	4
Richesse du délire .....	4
Absence d'antécédents familiaux de troubles psychotiques .....	4

## Question n°4

20 points

BDA secondaire à la consommation de cannabis .....	10
Dosage urinaire du delta-9 tétrahydrocannabinol, dont la positivité urinaire dure plusieurs semaines .....	10

## Question n°5

20 points

Dystonie aiguë ou dyskinesie aiguë : .....	6
↳ plafonnement du regard .....	2
↳ trismus .....	2
↳ hypersalivation .....	2
Réassurance .....	2
Antiparkinsonien anticholinergique <i>per os</i> ou par voie intramusculaire si impossible <i>per os</i> : Ex : Lepticur® (trospatépine) un comprimé à 10 mg ou une injection intramusculaire de 10 mg en deuxième intention si administration <i>per os</i> impossible .....	3
Évaluation de la posologie de l'antipsychotique prescrit. Recherche de la dose minimale efficace. ....	3



### RÉFÉRENCES

DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.  
*American Psychiatric Association - Paris : Masson, 1996.*

Cours de psychiatrie du CNUP (Collège national des universitaires en psychiatrie).  
Module 11 : CSCT – Urgences. Question 184 : Agitation et délire aigus.  
*Lebain P, Dolfus S, Thibaut F. <http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utilis>.*



### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 184 : Agitation et délire aigu.



### DIFFICULTÉ

1 LION/3



# Cas clinique transversal n°25

M. J., âgé de 70 ans, suivi en psychiatrie depuis l'âge de 30 ans pour un trouble bipolaire de l'humeur, est accompagné aux urgences par ses deux fils et son épouse dans un contexte d'agitation, qui leur fait craindre une « rechute maniaque ».

M. J. a une présentation négligée, il est décoiffé, ses vêtements mal ajustés. Il est incapable de vous donner la date ni de vous dire où il se trouve, et apparaît anxieux, interrogateur, observant avec une grande tension son environnement. Il a des gestes désordonnés et tient des propos incohérents. Cet état évolue depuis 2 jours. Il n'a pas dormi la nuit dernière et a été somnolent ce jour.

Ce patient a présenté plusieurs accès maniaques ayant nécessité des hospitalisations en service spécialisé. La dernière date d'il y a 3 ans. Il a également présenté quatre épisodes dépressifs majeurs traités en ambulatoire, dont le dernier remonte à 5 ans.

Il prend régulièrement un traitement associant : paroxétine (Deroxat®) : 20 mg/j depuis 1 mois, période à laquelle son médecin généraliste a constaté une tristesse, et valproate de sodium (Dépakote®) à raison de 3 comprimés à 250 mg/j ce qui a permis d'équilibrer le patient depuis 3 ans.

L'examen clinique est normal. Le bilan sanguin retrouve :

- Na<sup>+</sup> : 122 mmol/L (138-142) ; K<sup>+</sup> : 4,5 mmol/L (3,5-4,9) ; Cl<sup>-</sup> : 100 mmol/L (100-110) ; Ca<sup>2+</sup> : 2,4 mmol/L (2,25-2,6) ; urée : 1,8 mmol/L (1,6-8,25) ; uricémie : 200 μmol/L (238-420) ; Créatininémie : 110 μmol/L (60-120) ;
- TSH : 3 mU/L (0,25 à 9) ;
- hématies : 4,5 M/μL (4,2- 5,7) ;
- Hb : 15 g/100 mL (13-18) ;
- GB : 6 000/μL (4 000-10 000) ;
- glycémie : 4,8 mmol/L (3,9-5,5) ;
- dépakinémie : 25 mg/L (50-200).

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quel sous-type de trouble bipolaire présente ce patient ? Quels sont les autres types ? Argumentez.

**Question n°2 :** Quel est votre diagnostic syndromique ? Argumentez.

**Question n°3 :** Quelle étiologie principale évoquez-vous ? Argumentez.

**Question n°4 :** Vous décidez d'hospitaliser ce patient. Quelles sont les deux principales mesures thérapeutiques à prendre ?

**Question n°5 :** Au terme de quelques jours d'hospitalisation et de prise en charge thérapeutique, M. J. se rétablit. Pendant une journée, vous constatez un contact meilleur, le patient est orienté dans le temps et dans l'espace, il a un comportement et des propos adaptés. Le lendemain matin, vous découvrez M. J. de nouveau agité, euphorique, plaisantant sur une thématique sexuelle, passant d'un sujet à un autre, ne cessant de parler, arpentant les couloirs depuis 4 h du matin sans fatigue apparente. Il dit ne pas avoir faim et refuse toute alimentation. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? Argumentez.

**Question n°6 :** Quels sont les grands principes de votre attitude thérapeutique ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

Trouble bipolaire de type I : .....	5
• au moins un accès maniaque .....	5
Autres types :	
• type II : survenue d'épisodes dépressifs alternant avec des épisodes d'hypomanie .....	5
• type III : présence d'épisodes dépressifs récurrents associés à des antécédents familiaux de bipolarité ou en cas d'épisode maniaque ou hypomaniaque pharmaco-induit .....	5

## Question n°2

**10 points**

Syndrome confusionnel : .....	5
• désorientation temporo-spatiale .....	1
• agitation psychomotrice .....	1
• perplexité anxieuse .....	1
• obnubilation de la conscience .....	1
• inversion du rythme nyctéméral .....	1

## Question n°3

**20 points**

Hyponatrémie .....	5
Par sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH) d'origine iatrogène (antidépresseur de type inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine) .....	5
Hyponatrémie à 122 mmol/L .....	5
Glycémie normale et osmolalité sérique abaissée, éliminant une fausse hyponatrémie .....	1
Examen clinique normal sans altération du secteur extracellulaire, pas d'œdème ni d'hypovolémie .....	2
Uricémie diminuée, urémie et créatininémie normales .....	1
Prise d'un médicament pouvant causer des hyponatrémies par SIADH, en particulier chez le sujet âgé .....	1

## Question n°4

**10 points**

Interruption du traitement antidépresseur par paroxétine .....	5
Restriction hydrique .....	5

## Question n°5

**20 points**

Épisode maniaque : .....	8
• euphorie .....	2
• désinhibition .....	2
• logorrhée .....	2
• coq-à-l'âne .....	2
• infatigabilité .....	2
• excitation psychomotrice .....	2



*L'épisode maniaque est généralement diagnostiqué après 1 semaine d'évolution des troubles mais peut être diagnostiqué après n'importe quelle durée si une hospitalisation a été nécessaire.*

**Question n°6****20 points**

Urgence thérapeutique .....	2,5
Hospitalisation en service de psychiatrie .....	2,5
Hospitalisation à la demande d'un tiers si refus du patient .....	2,5
Isolement relatif, pour diminuer les stimulations de l'environnement .....	2,5
Traitement médicamenteux :	
◦ le traitement de l'accès maniaque repose sur l'adaptation posologique du thymorégulateur, en l'occurrence ici, le valproate de sodium (Dépakote®) .....	2,5
En cas d'agitation importante, association, dans les premiers jours à un psychotrope à visée sédatrice ; ex : loxapine (Loxapac®) .....	2,5
Surveillance de l'alimentation et des apports hydriques .....	2,5
Surveillance de l'efficacité de la tolérance au traitement .....	2,5

**RÉFÉRENCES**

DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.  
*American Psychiatric Association - Paris : Masson, 1996.*

Cours de psychiatrie du CNUP (Collège national des universitaires en psychiatrie).

Module 3 : Maturation et vulnérabilité. Question 285 : Troubles de l'humeur.

Fouldrin G, Baylé FJ, Dardennes R, Thibaut F, Hardy-Baylé MC. <http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utilis>.

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

*Objectif principal :*

N° 177 : Prescription et surveillance des psychotropes.

*Objectif secondaire :*

N° 285 : Trouble de l'humeur. Psychose maniaco-dépressive.

**DIFFICULTÉ**

3 LIONS/3



# **Gériatrie**



# Cas clinique transversal n°1

Une femme de 87 ans est hospitalisée pour une pneumopathie droite révélée par une hyperthermie à 38,6 °C, une polypnée à 20/min et un foyer de crépitants en base droite. Le reste de l'examen clinique est normal. Dans ses antécédents, on note une fracture du col opérée il y a 5 ans. Elle réside en maison de retraite depuis 3 ans environ en raison d'une perte de l'autonomie dans le cadre de troubles de la marche et de l'équilibre depuis l'opération sur le col. Ces derniers temps, elle nécessitait une aide pour toutes les activités de la vie quotidienne et n'effectuait plus ses transferts. La communication était devenue difficile en raison de troubles cognitifs de niveau démentiel avérés attribués à une maladie d'Alzheimer diagnostiquée lors de son entrée en institution.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quels sont les moyens thérapeutiques à mettre en place dans l'immédiat ?

**Question n°2 :** Après 15 jours d'antibiothérapie, la guérison du tableau infectieux est obtenue. Mme B. présente cependant une anorexie et les apports alimentaires sont clairement insuffisants, car ils ne couvrent environ que 50 % des apports énergétiques requis ; son poids est de 49 kg pour 1 m 65. Quelle est votre attitude pratique d'un point de vue nutritionnel ?

**Question n°3 :** Les apports hydriques sont également insuffisants ; les constantes hémodynamiques sont bonnes, mais sur le ionogramme, il existe une élévation du taux d'urée à 12,8 mg/L avec un taux de créatinine à 85  $\mu$ mol/L et une natrémie à 154 mmol/L (N < 145). Que devez-vous faire ?

**Question n°4 :** Les tentatives de supplémentations orales se heurtent à un refus. Sa fille, très présente, elle-même infirmière, s'inquiète et fait pression pour la mise en place d'une sonde de gastrotomie percutanée. Quels sont les bénéfices potentiels de cette sonde ?

**Question n°5 :** D'une façon générale, devant la situation présente : est-ce que s'abstenir de poser une gastrotomie s'apparente à une carence en soins ? Argumentez votre réponse.



# RÉPONSES

## Question n°1

**35 points**

Antibiothérapie : .....	3
◦ probabiliste car absence de preuve bactériologique .....	1
◦ ciblant les germes des infections nosocomiales, car la patiente vit en maison de retraite de secteur médicalisé depuis 3 ans .....	1
◦ et les germes des pneumopathies d'inhalation, car pneumopathie basale droite ..	1
◦ en monothérapie en l'absence de signes de gravité .....	1
◦ à posologie efficace et adaptée .....	1
◦ de type Augmentin® (acide clavulanique + amoxicilline) .....	1
◦ efficacité à réévaluer après 48 heures de traitement .....	1
◦ kinésithérapie respiratoire pour prévenir l'encombrement bronchique .....	2
◦ oxygénothérapie en fonction de la SaO <sub>2</sub> surveillée par saturométrie au doigt .....	2
Traitement antipyrétique : .....	3
◦ car hyperthermie supérieure à 38 °C .....	1
◦ de type paracétamol .....	1
◦ par voie intraveineuse .....	1
Hydratation systématique : .....	3
◦ car l'augmentation des pertes insensibles dans le cadre de l'hyperthermie et de la polypnée .....	1
◦ par un sérum isotonique .....	1
◦ par voie intraveineuse ou sous-cutanée .....	1
Prévention des complications de décubitus : .....	3
◦ car la patiente est grabataire .....	1
◦ et souffre d'une pathologie aiguë infectieuse (risque élevé) .....	1
◦ par héparine de bas poids moléculaire à dose isocoagulante .....	1
◦ matelas antiescarre .....	1
◦ contention veineuse .....	1
Mise au fauteuil deux fois/jour .....	1

## Question n°2

**15 points**

Priorité à une renutrition par voie orale .....	3
Variation de l'alimentation en s'adaptant au souhait de la patiente .....	2
Fragmentation des repas .....	3
Augmentation de la proportion de protéines quotidiennes : .....	3
◦ dans l'alimentation .....	1
◦ par des collations hyperprotéinées .....	1
Éventuellement vitamine C .....	2

## Question n°3

**20 points**

Déshydratation intracellulaire imposant une correction en raison de l'importance du déficit en eau .....	5
Par voie parentérale .....	5
Avec du sérum glucosé (ou salé) hypotonique .....	5
Car hypernatrémie par déficit en eau prédominant .....	5

**Question n°4**

**15 points**

Réduction du risque de pneumopathie de déglutition .....	3
Assurer un apport en macro et micronutriments quotidien adapté .....	3
Réduire les complications cutanées de décubitus en améliorant l'état nutritionnel .....	3
Réduire le risque d'infection liée à l'utilisation d'un cathéter intraveineux .....	2
Permettre une reprise de la mobilité (transfert et marche) plus rapidement .....	2
Améliorer la qualité de vie .....	2

**Question n°5**

**15 points**

Non car la patiente est déjà en situation de perte d'autonomie sévère .....	5
Tenir compte du caractère irréversible des troubles cognitifs .....	5
Il existe une obligation du médecin à refuser toute obstination déraisonnable .....	5



**RÉFÉRENCES**

**Dénutrition des personnes âgées.**

*Constans T. Rev Prat 2003 ; 53 : 275-9.*

**Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère.**

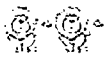
*Vellas B, Gauthier S, Allain H, Andrieu S, et al. Presse Méd 2005 ; 34 : 1545-55.*



**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

*Objectif principal :*

N° 61 : Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de l'évolution vis-à-vis d'un trouble nutritionnel chez le sujet âgé.



**DIFFICULTÉ**

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°2

Une femme de 84 ans, couturière à la retraite, vivant avec son mari âgé de 92 ans, est adressée pour désintérêt, négligence corporelle et perte d'initiative ; on apprend que son fils est décédé brutalement il y a 3 mois.

À l'examen, on confirme un ralentissement psychomoteur, avec une perte d'appétit (amaigrissement en 3 mois de 2 kg), une sensation de fatigue et un manque de courage pour se lever le matin.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quel est le premier diagnostic à évoquer ? Argumentez.

**Question n°2 :** L'existence d'une bradycardie sinusale à 42 bat/min motive un bilan thyroïdien : TSH : 28 UI/L ; T4 libre : 6,4 pmol/L (N 11,5-28 ; Ac antithyropéroxydase (TPO) 3 670 KU/L (N < 60). Quels sont le diagnostic et la prise en charge ?

**Question n°3 :** Le *Mini Mental State Examination* (MMS) initial en début d'hospitalisation était à 10/30 ; au bout de 8 semaines, celui-ci était à 18/30, sachant que la patiente prenait comme traitement 1 cp de paroxétine (antidépresseur de type IRS) et 1 cp de 25  $\gamma$  de lévothyroxine chaque jour. Comment interpréter le changement de score au MMS ?

**Question n°4 :** Le retour à domicile est envisagé ; un bilan plus complet montre une mémoire verbale et visuelle déficitaire avec des difficultés d'encodage, des fluences sémantiques altérées, un manque de mot, une apraxie réflexive. Que faut-il évoquer, sachant que le scanner ne montre pas d'anomalie en dehors d'une atrophie diffuse cortico-sous-corticale ?

**Question n°5 :** Son mari étant âgé, assez autonome, mais très peu impliqué dans le fonctionnement de la maison, que faut-il mettre en place pour le retour à domicile de cette patiente ?

Nom :                      Prénom :                      Âge :                      Date de l'examen :                      Niveau d'études :

**MINI MENTAL TEST DE FOLSTEIN (VERSION GRECO 1994) SCORE DE 0 À 30**

**ORIENTATION : TEMPS**

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? Posez pour noter les questions suivantes

Quelle année sommes-nous ?

En quelle saison sommes-nous ?

0 ou 1 pour chaque question

En quel mois sommes-nous ?

Quel jour de la semaine ?

Quelle date dans le mois ?

note de 0 à 5 =

**ESPACE :** Quelle est l'adresse de l'endroit où nous sommes ? Posez les questions suivantes

Quel est le nom de l'hôpital (ou cabinet du médecin) ?

Dans quelle ville ? S'il ne trouve pas, donner la réponse pour la suite, en notant 0

Dans quel département ? (le numéro n'est pas accepté)

Dans quelle région ? (au sens administratif : Rhône-Alpes...)

À quel étage sommes-nous ?

note de 0 à 5 =

**APPRENTISSAGE DE 3 MOTS ET RÉPÉTITION IMMÉDIATE**

Je vais dire 3 mots ensemble et il faudra les répéter tous les trois. Essayez de les retenir, car je vous les demanderai tout à l'heure.

GIGARE – FLEUR – PORTE

Notez 1 point par mot correctement répété au premier essai ; si échec, ne pas noter, mais répéter jusqu'à répétition correcte (5 essais maximum). Si on pratique plusieurs MMS consécutifs, prendre une série parallèle CITRON – CLÉ – BALLON.

note de 0 à 3 =

**ATTENTION ET CALCUL**

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

(épreuve difficile où on peut redire la consigne simplifiée 100 – 7 ? Si erreur, lui dire « êtes-vous sur ? » Et lui permettre de corriger en notant 1 point si la réponse est bonne ; stopper après 3 erreurs

100 – 7

93 – 7

86 – 7

79 – 7

72 – 7

65 – 7

0 à 5 =

Faire épeler MONDE à l'envers et noter la réponse sans point : EDNOM

**RAPPEL DES 3 NOMS**

Notez 1 point par nom restitué sans aide

CIGARE =  
(CITRON)

FLEUR =  
(CLÉ)

PORTE =  
(BALLON)

0 à 3 =

**LANGAGE**

Quel est le nom de cet objet ? Montrez un CRAYON =                      une MONTRE =                      0 à 2 =

Écoutez et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »

(notez 1 si la répétition est parfaite au premier essai)

0 ou 1 =

Poser une feuille de papier sur le bureau et dire au sujet en un seul temps sans répétition : écoutez bien et faites ce que je vais vous dire : PRENEZ CETTE FEUILLE AVEC LA MAIN DROITE, PLIEZ-LA EN DEUX ET JETÉZ-LA PAR TERRE (notez 1 point par action correctement réalisée)

0 à 3 =

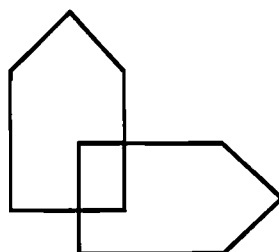
Tendre une feuille avec écrit en gras « FERMEZ LES YEUX » et dire faites ce qui est écrit

0 à 1 =

Donner une feuille vierge : écrivez une phrase entière, ce que vous voudrez

0 à 1 =

Voulez-vous recopier ce dessin



NOTE GLOBALE SUR 30

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

Dépression déclenchée par le décès de son fils : .....	5
◦ ralentissement idéomoteur .....	1
◦ désintérêt et désinvestissement .....	1
◦ perte d'appétit .....	1
◦ fatigue matinale .....	1
◦ notion de traumatisme psychique récent .....	1
Rechercher d'autres signes non exprimés spontanément, témoignant d'une souffrance morale .....	5
Et d'un vécu de culpabilité .....	5

## Question n°2

**25 points**

Hypothyroïdie clinique : .....	5
◦ tableau de ralentissement pseudodépressif .....	2
◦ bradycardie .....	2
◦ élévation TSH, effondrement T <sub>4</sub> .....	2
Mécanisme :	
◦ pathologie auto-immune chronique ayant atteint la glande thyroïde .....	3
(thyroïdite chronique de Hachimoto) .....	3
Traitement :	
◦ introduction d'hormone thyroïdienne de type lévothyroxine sodique (Lévothyrox®) .	3
◦ faible posologie .....	2
◦ augmentation par palier de plusieurs semaines .....	1
◦ surveillance systématique ECG .....	1
◦ contrôle du taux de TSH .....	1

## Question n°3

**20 points**

MMS = un test de dépistage des troubles cognitifs accessibles à tout praticien .....	5
Le score de 24/30 est le seuil admis devant faire suspecter une atteinte déficitaire ....	5
Hypothyroïdie = cause curable de démence et de confusion. L'introduction d'hormone thyroïdienne a permis une réduction partielle des troubles cognitifs .....	5
Dépression et démence = recouvrement sémiologique, d'où la recommandation d'introduire un traitement antidépresseur en cas de doute .....	5

## Question n°4

**15 points**

Démence corticale de type Alzheimer probable : .....	5
◦ récupération incomplète des troubles cognitifs .....	2
◦ caractère insidieux .....	2
◦ atteinte simultanée de plusieurs fonctions mentales : langage, mémoire, praxie .	2
◦ absence de trouble de la vigilance et de la motricité .....	2
◦ absence d'anomalie au scanner, atrophie difficile à quantifier .....	2

**Question n°5****20 points**

Mise en ALD (au titre de la maladie d'Alzheimer) .....	5
Étayer le retour à domicile par l'intervention de professionnels : .....	5
▸ 1 passage infirmier par jour pour prise médicamenteuse	
▸ aide-ménagère 3 fois/7 jours	
Organiser la surveillance de la tolérance du traitement : .....	5
▸ dosage de la TSH plasmatique tous les 2 à 3 mois	
▸ surveillance ECG surtout en cas introduction d'anticholinestérasiques (donépézil, rivastigmine, galantamine)	
En cas de perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne, faire une évaluation et discuter une demande de la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	5

**RÉFÉRENCES**

Confusion, dépression, démence chez le sujet âgé.  
 Martinaud O, Hannequin. *Rev Prat* 2005 ; 55 : 789-98.

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

*Objectif principal :*

N° 63 : Diagnostiquer un syndrome confusionnel, un état dépressif, un syndrome démentiel, une maladie d'Alzheimer chez une personne âgée. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de la patiente.

**DIFFICULTÉ**

1 LION/3

# Cas clinique transversal n°3

Un homme de 80 ans, retraité des chantiers navals pour lesquels il a travaillé pendant 40 ans, consulte pour des troubles de la mémoire évoluant depuis 3 ans. Son épouse l'accompagne et signale qu'il oublie tous ses rendez-vous. Par ailleurs, elle vous explique qu'il a arrêté de fréquenter son groupe d'amis avec lesquels il jouait régulièrement à la belote. En fait, il a cessé cette activité, car il trouvait que les règles étaient devenues trop compliquées.

À l'interrogatoire, vous retrouvez un désintérêt pour ses activités, une asthénie importante, ainsi qu'une anorexie associée à une perte de 6 kg en 6 mois. Vous observez que le patient a des difficultés pour finir ses phrases et trouver ses mots. Il ne prend aucun médicament régulièrement. Il éprouve par ailleurs de plus en plus de difficultés à s'habiller correctement et à boutonner sa veste. Il n'existe pas d'hallucination auditive, ni visuelle. L'examen clinique, et en particulier neurologique, est normal. Des examens complémentaires avaient été effectués en ville : ionogramme normal avec calcémie normale, TSH normale, NFP normale.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quels sont les diagnostics que vous évoquez pour ce patient ? Justifiez votre réponse.

**Question n°2 :** Quel traitement de première intention mettez-vous en place avant d'envisager toute exploration complémentaire ? Justifiez votre réponse.

**Question n°3 :** Vous revoyez ce patient en consultation après 3 mois de traitement. Ce dernier mange mieux et a d'ailleurs grossi de 3 kg et a retrouvé de l'intérêt pour des activités. En revanche, il présente toujours des difficultés pour finir ses phrases et un manque de mot. Quels examens complémentaires effectuez-vous pour confirmer le diagnostic que vous suspectez ? Justifiez votre réponse.

**Question n°4 :** Votre diagnostic est confirmé par votre bilan. Quelle prise en charge proposez-vous ?

**Question n°5 :** Un an plus tard, ce patient présente à nouveau un amaigrissement de 6 kg en 6 mois. Il présente une hémoptysie depuis 1 mois. Une radiographie pulmonaire retrouve une image sous-hilaire gauche (Fig. 1). Quelle est la comorbidité qui se rajoute à l'état antérieur ?

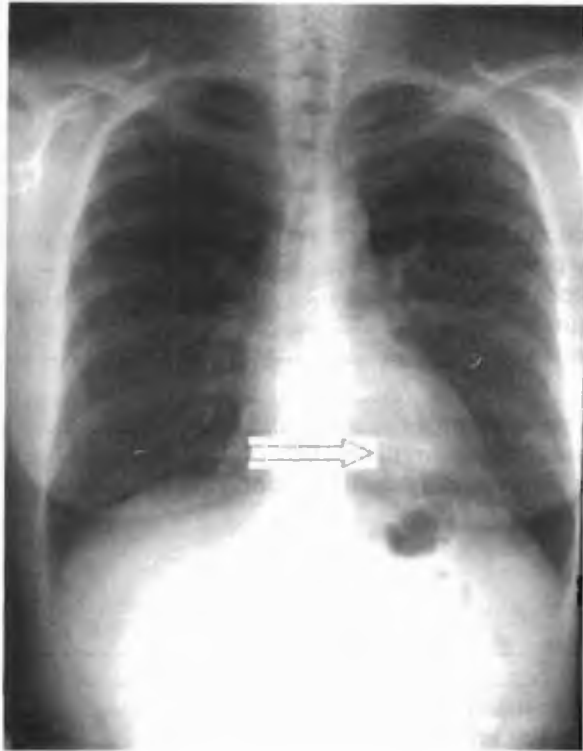


Figure 1 : Radio pulmonaire.

**Question n°6 :** Quel bilan programmez-vous pour confirmer le diagnostic ?



# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

Maladie d'Alzheimer à un stade de démence avérée : .....	4
• évolution chronique progressive .....	1
• syndrome aphaso-apraxo-agnosique .....	1 + 1 + 1
• examen neurologique normal .....	1
• absence d'hallucination .....	1
Dépression : .....	4
• asthénie, anorexie, perte de poids .....	2
• tristesse de l'humeur, labilité émotionnelle .....	2
• retrait de la vie sociale avec désinvestissement .....	2

## Question n°2

**10 points**

Traitement antidépresseur : .....	5
• à posologie adaptée .....	1
• pendant au moins 6 semaines .....	1
• de type sérotoninergique en première intention .....	2
• par voie orale .....	1

## Question n°3

**15 points**

Mini mental state examination (MMS) : .....	4
• bilan neuropsychologique (mémoire, langage, reconnaissances, praxies, fonctions exécutives) .....	4
TDM du crâne, éventuellement IRM pour éliminer une cause « curable » de démence	4
Étude du débit sanguin cérébral [hypodébit bipariéto-temporal évocateur d'une maladie d'Alzheimer] .....	1
Examen biologique pour éliminer un diagnostic différentiel (NF, CRP, glycémie, TSH, calcémie, vitamine B <sub>12</sub> et folates) .....	2

## Question n°4

**15 points**

Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase .....	4
En l'absence de contre-indication (ECG) .....	1
Maintien de la vie sociale (accueil de jour) .....	2
Aide à l'aidant par l'intervention d'un tiers .....	3
Et par un soutien psychologique et par une explication des symptômes de la maladie ..	5

## Question n°5

**20 points**

Cancer pulmonaire qui se surajoute à la démence : .....	5
• hémoptysie .....	4
• altération de l'état général, amaigrissement .....	2
• macronodule du lobe moyen à la radiographie pulmonaire .....	2
• exposition professionnelle à l'amiante .....	2
• pendant 40 ans .....	2
• pas de notion de tabagisme .....	3

**Question n°6****15 points**

TDM thoracique .....	5
Fibroscopie pulmonaire avec : .....	5
• cytologie à la recherche de cellules malignes .....	1
• lavage bronchoalvéolaire (recherche particules d'amiante) .....	1
• bactériologie .....	1
• biopsie pour anatomopathologie .....	2

**RÉFÉRENCES**

Diagnostic de la maladie d'Alzheimer.  
 Mérimin A. *Revue Gériatrie* 2005 ; 30 : Suppl A9-A17.

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

**Objectif principal :**

N°63 : Diagnostiquer un syndrome confusionnel, un état dépressif, un syndrome démentiel, une maladie d'Alzheimer chez une personne âgée. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de la patiente.

**Objectif secondaire :**

N°59 : Expliquer les concepts de polyopathie.

**DIFFICULTÉ**

1 LION/3

# Cas clinique transversal n°4

Une femme de 91 ans est amenée au pavillon d'urgence par sa famille pour dyspnée d'aggravation progressive depuis plusieurs semaines.

L'interrogatoire retrouve des ATCD de syndrome anxiodépressif traité par miansérine (Athytil<sup>®</sup>) et méprobamate (Equanil<sup>®</sup>), d'arthrose traitée par paracétamol et diclofénac (Voltarène<sup>®</sup>).

L'examen clinique retrouve un poids à 51 kg, une PA à 105/55 mmHg, un pouls 120/min, des bruits du cœur réguliers sans souffle. L'examen pulmonaire abdominal, neurologique et gynécologique est normal.

En outre, la famille vous apprend que, depuis quelques mois, elle présente de troubles de la mémoire importants avec retentissement sur sa vie de tous les jours. Ils ont d'ailleurs retrouvé de nombreux aliments périmés dans son frigo.

Votre bilan d'entrée retrouve :

- ionogramme : Na<sup>+</sup> : 140 mmol/L ; K<sup>+</sup> : 4,2 mmol/L ; urée : 7,5 mmol/L ; créat : 71 μmol/L ; glycémie : 4,1 mmol/L et une protidémie à 55 g/L ;
- NFP : GB : 4,74 G/L ; GR : 2,65 G/L ; Hg : 6,7 g/dL ; Hte : 21 % ; VGM : 71 μ<sup>3</sup> ; TCM : 25,2 pg ; CCMH : 30,7 ; plaquettes : 229 000/mm<sup>3</sup> ; réticulocytes : 1,6 % ;
- bilan ferrique : ferritinémie à 12 ng/mL ; fer sérique à 8 μmol/L ; CTF : 85 μmol/L ; coefficient de saturation à 6 %.

## QUESTIONS

**Question n°1** : Quel est le diagnostic le plus probable permettant d'expliquer la dyspnée ?

**Question n°2** : Quelle est votre prise en charge immédiate ?

**Question n°3** : La dyspnée ayant été améliorée par la prise en charge immédiate, quel bilan étiologique programmez-vous ?

**Question n°4** : La patiente refuse les examens que vous lui proposez, mais vous avez l'accord de la famille. Dans ce contexte, quels examens complémentaires effectuez-vous pour éventuellement passer outre son consentement ?

**Question n°5** : Finalement, la patiente est cliniquement stabilisée et la famille souhaite un retour à domicile. Que pouvez-vous leur proposer pour faciliter celui-ci ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**25 points**

Anémie : .....	5
◦ microcytaire .....	5
◦ hypochrome .....	5
◦ arégénérative .....	5
◦ par carence martiale .....	5

## Question n°2

**25 points**

Pose d'une voie veineuse de bon calibre .....	5
Compléter le bilan par groupage sanguin de la patiente et recherche de RAI .....	5
Transfusion de deux culots globulaires (minimum) .....	5
Compatible .....	3
Arrêt des anti-inflammatoires .....	5
Surveillance de la tolérance cardiaque (âge élevé) .....	2

## Question n°3

**15 points**

Bilan étiologique à la recherche d'un saignement digestif haut : .....	5
◦ gastroscopie (ulcère ? hernie hiatale ?) .....	5
◦ coloscopie non systématique, car prise AINS (examen de 2 <sup>e</sup> intention) .....	3
◦ sous anesthésie générale .....	2

## Question n°4

**15 points**

Il faudra rechercher une maladie neurodégénérative à un stade avancé. Le bilan minimum comportera :	
◦ un MMS .....	5
◦ un bilan neuropsychologique .....	5
Ce bilan permettra d'évaluer les capacités cognitives de la patiente et d'évaluer ainsi si un consentement éclairé est possible ou non pour cette patiente .....	5

## Question n°5

**20 points**

Pour permettre un retour à domicile dans les meilleures conditions possibles, on pourra proposer :	
◦ passage de l'IDE à domicile matin et soir .....	5
◦ portage des repas à domicile .....	5
◦ passage d'une auxiliaire de vie et d'une aide-ménagère .....	5
Pour permettre le financement de toutes ces aides, on conseillera à la famille de faire une demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) auprès du conseil général .....	5

### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

#### Objectif principal :

N° 59 : Décrire les particularités sémiologiques, physiques et psychiques, de la personne âgée malade.

### DIFFICULTÉ

1 LION/3

# Cas clinique transversal n°5

Une femme de 78 ans est amenée aux urgences par sa fille pour un traumatisme du poignet gauche. Dans les ATCD, vous notez une HTA traitée par amlodipine (Amlor®), un syndrome dépressif traité par paroxétine (Déroxat®). À l'interrogatoire, vous apprenez que la patiente est tombée il y a 6 jours en glissant par maladresse sur le carrelage mouillé de sa salle de bain. Lors de cette chute, elle s'est cognée la tête contre le lavabo sans perdre connaissance et s'est relevée immédiatement par ses propres moyens. Depuis, elle se plaint de céphalées inhabituelles et de plusieurs épisodes vertigineux, brefs, rotatoires, de survenue brutale, et toujours déclenchés par un mouvement de la tête.

L'examen clinique retrouve un vertige rotatoire franc associé à des nausées, une déviation des index vers la gauche au test de Romberg et un nystagmus unidirectionnel horizontorotatoire avec secousse lente vers la gauche et un poignet gauche déformé, douloureux spontanément et à la mobilisation. Le reste de l'examen neurologique est normal. La pression artérielle est à 130/70 mmHg, la saturation à 96 % ; l'ECG montre un rythme sinusal. La radiographie pulmonaire et l'abdomen sans préparation sont sans particularité. Il n'y a pas de tassement vertébral visible sur les clichés du rachis.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quel(s) diagnostic(s) faut-il suspecter en urgence ? Comme peut-on le(s) confirmer ?

**Question n°2 :** Vous constatez en interrogeant la patiente que les vertiges sont intenses, systématiquement déclenchés par des mouvements brusques de la tête vers la gauche. Quel diagnostic étiologique faites-vous ? Sur quels arguments ?

**Question n°3 :** Comment le confirmer et le traiter ?

**Question n°4 :** Expliquez brièvement le mécanisme physiopathologique de ce vertige.

**Question n°5 :** À l'examen, vous constatez une déformation de la main qui est d'ailleurs trop antérieure par rapport au plan de l'avant-bras et une douleur exquise au niveau de la partie inférieure du radius gauche. Les examens neurologiques, vasculaire et cutané, étaient sans particularité. Quel diagnostic évoquez-vous devant ce tableau et quels sont les signes radiologiques à rechercher ?

**Question n°6 :** En raison d'une fracture déclenchée par un traumatisme de faible énergie [chute de sa hauteur], vous suspectez une fracture ostéoporotique. Comment pouvez-vous confirmer ce diagnostic ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**15 points**

Deux diagnostics doivent être évoqués :

- une hémorragie cérébro-méningée post-traumatique ..... 5
- un hématome sous ou extradural post-traumatique ..... 5

Confirmation par un scanner cérébral sans injection en urgence ..... 3

± associé à une ponction lombaire en fonction des données du scanner ..... 2

## Question n°2

**25 points**

Vertige positionnel paroxystique bénin post-traumatique sur les arguments suivants :

- terrain : sujet âgé de plus de 65 ans ..... 2
- facteur déclenchant : chute avec traumatisme crânien ..... 2
- description d'un vertige rotatoire ..... 2
- bref ..... 2
- de survenue brutale ..... 2
- reproductible lors des mouvements de la tête (vers la gauche dans le cas du sujet concerné) ..... 2
- sans hypoacousie ..... 2
- clinique de syndrome vestibulaire périphérique complet et harmonieux ..... 3
- absence d'autres signes d'atteinte neurologique ..... 3

## Question n°3

**10 points**

Confirmation par une manœuvre clinique type de Dix-Hallpike qui, lors du mouvement de la tête dans l'une ou l'autre direction, un nystagmus rotatoire reproduit le vertige du patient ..... 5

Traitement par une manœuvre clinique inverse de la manœuvre de Dix-Hallpike ..... 5

## Question n°4

**10 points**

Vertige provoqué par une cupulolithiase du canal semi-circulaire (ici postérieur gauche), entraînant une stimulation des cellules ciliées ..... 5

Hyperstimulation des cellules ciliées déclenchée par le mouvement ..... 5

## Question n°5

**25 points**

Fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche sus-articulaire (de type Goyrand-Smith) sur les arguments suivants : ..... 5

- terrain : fragilité osseuse postménopausique (facteur âge) ..... 2

- mécanisme de la chute sur la main ..... 2

- signes cliniques associant :

- une impotence fonctionnelle totale de la main gauche ..... 2
- des douleurs spontanées et à la mobilisation de l'extrémité inférieure du poignet ..... 2
- une déformation antérieure de la main gauche, en « ventre de fourchette » ..... 2

Radiographie de face à la recherche : ..... 2

◦ d'un trait de fracture sus-articulaire (environ 2 cm de l'articulation) ..... 2

◦ d'une ascension de l'épiphyse radiale impactée dans la métaphyse proximale ..... 2

◦ d'une horizontalisation de la ligne bistyloïdienne

Radiographie de profil à la recherche : ..... 2

◦ d'une bascule antérieure de l'épiphyse radiale, la surface articulaire regardant en bas en avant ..... 2

**Question n°6**

**15 points**

Par densitométrie par absorptiométrie biphotonique à rayons X = technique de référence pour estimer la résistance osseuse ..... 10  
Un T score  $\leq - 2,5$  traduit l'ostéoporose ..... 5



**RÉFÉRENCES**

Traitement médicamenteux de l'ostéoporose postménopausique.  
AFSSAPS. Actualisation 2006. Presse Méd 2006 ; 35 : 1529-39.



**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

*Objectif principal :*  
N° 62 : Diagnostiquer les troubles de la marche et de l'équilibre chez le sujet âgé.



**DIFFICULTÉ**

1 LION/3

# Cas clinique transversal n°6

Un homme diabétique de 85 ans vient en consultation avec sa femme car, le matin même, cette dernière a retrouvé son mari allongé sur le sol de la chambre. Cet homme dit avoir ressenti lors du lever du lit une sensation de mal-être avec une bouffée de chaleur et un voile noir devant les yeux. Il affirme ne pas avoir perdu connaissance. Sa femme signale que ses propos étaient cohérents lorsqu'elle l'a retrouvé sur le sol et qu'elle a accouru juste après l'avoir entendu tomber sur le sol. Elle signale par ailleurs que la glycémie capillaire qu'elle a faite dans la minute qui a suivi cet épisode était normale.

Son traitement actuel comporte en plus de l'insuline et de l'énalapril (Renitec®) 10 mg/j donné pour son diabète, du furosémide (Lasilix®) 60 mg/j et du donépézil (Aricept®) à la dose de 10 mg/j pour une maladie d'Alzheimer à un stade de démence débutante à modérée.

L'examen clinique retrouve une muqueuse buccale sèche, un pli cutané, une tachycardie à 92 bat/min sinusale sur l'ECG, une dermatite ocre des membres inférieurs avec de nombreux paquets variqueux, une cyphoscoliose, une déformation des deux pieds en halux valgus, une abolition des réflexes des membres inférieurs avec une hypoesthésie à tous les modes en chaussettes, une acuité visuelle de près et de loin réduite de 50 % par rapport à la normale. La marche de M. B. est instable avec des latéro-déviation non systématisées et le réflexe de posture antéropostérieur est aboli. La pression artérielle, allongé, est à 100/60 mmHg. Vous constatez par ailleurs, sur le ionogramme sanguin, réalisé le matin de la consultation une hypernatrémie à 152 mmol/L, une créatinémie à 100 µmol/L et une urée à 12 mmol/L.

## QUESTIONS

**Question n°1** : Comment définissez-vous le motif de consultation ? Justifiez votre réponse.

**Question n°2** : Quelle est l'étiologie la plus probable ? Justifiez votre réponse.

**Question n°3** : Quel examen réalisez-vous pour confirmer votre diagnostic. Quel(s) est (sont) le (les) critère(s) qui permet(tent) de valider votre diagnostic ?

**Question n°4** : Quelle attitude thérapeutique non médicamenteuse préconisez-vous pour prévenir une nouvelle chute ?

**Question n°5** : Quelles sont les causes possibles du trouble de la marche ?

**Question n°6** : Quels sont les grands principes de la prise en charge de ce trouble de la marche ?



# RÉPONSES

## Question n°1

**15 points**

Malaise : .....	5
◦ car sensation subjective de « mal-être » .....	2
◦ aigu .....	1
◦ lipothymique car pas de perte de connaissance .....	2
◦ survenu à l'orthostatisme .....	1
◦ compliqué d'une chute .....	2
◦ car le sujet s'est retrouvé involontairement au sol .....	2

## Question n°2

**20 points**

Hypotension artérielle orthostatique car : .....	8
◦ caractéristiques du malaise compatible (survenu au lever, sensation subjective de « mal-être », spontanément réversible) .....	3
◦ contexte de déshydratation (sécheresse muqueuse, tachycardie, hypotension artérielle systolique et natrémie à 152 mmol/L) .....	2
◦ association de médicaments hypotenseurs (diurétique et inhibiteur de l'enzyme de conversion) .....	3
◦ insuffisance veineuse .....	2
◦ glycémie normale lors du malaise .....	2

## Question n°3

**20 points**

Test d'hypotension orthostatique .....	5
Recherchant une chute de la pression artérielle : .....	2
◦ systolique de plus de 20 mmHg .....	2
◦ et/ou diastolique de plus de 10 mmHg .....	2
Après un coucher d'au moins 5 minutes .....	2
Au lever, à 2 et à 5 minutes .....	2
Recherchant une variation du pouls lors du changement de position .....	5

## Question n°4

**10 points**

Règles d'hygiène posturale lors du lever associant les différents points suivants : .....	5
◦ surélever la tête de lit de 20° .....	1
◦ boire 1/4 de litre d'eau avant le lever .....	1
◦ lever progressif en plusieurs étapes .....	1
Bandes de contention force 2 des membres inférieurs .....	2

## Question n°5

**15 points**

Troubles de la marche chroniques d'origine polyfactorielle associant : .....	5
◦ trouble de la statique rachidienne (attitude cyphoscoliotique) .....	2
◦ déformation des deux pieds en hallux valgus .....	2
◦ polyneuropathie diabétique .....	2
◦ baisse de l'acuité visuelle .....	2
◦ démence modérée .....	2

**Question n°6****20 points**

Contrôle du diabète (glycémie itérative, hémoglobine glyquée) .....	3
Ajustement du traitement hypotenseur (baisse des diurétiques) .....	3
Correction du déficit visuel .....	2
Port de chaussures adaptées et consultation chez un podologue .....	3
Substitution en calcium et vitamine D .....	2
Exercices physiques : .....	2
◦ d'intensité faible à modérée .....	1
◦ avec travail de posture .....	1
◦ pratiquer régulièrement .....	1
Aménagement du domicile (éclairage, tapis, encombrement espace de déplacement lié au mobilier) .....	2

**RÉFÉRENCES**

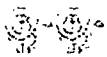
Référentiel de bonnes pratiques : prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile.

Paris : Éditions INPES ; 2005 : 155 p. [www.inpes.santé.fr](http://www.inpes.santé.fr)

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

*Objectif principal :*

N° 62 : Diagnostiquer les troubles de la marche et de l'équilibre chez le sujet âgé.

**DIFFICULTÉ**

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°7

Une femme de 83 ans est adressée par son médecin pour altération de l'état général, asthénie et épisode de désorientation, après une chute banale de sa hauteur qui a provoqué des fractures multiples de côtes (K4 – K5 – K6 – K7 à gauche et K9 – K 10 à droite).

Auparavant, elle vivait seule à son domicile au rez-de-chaussée d'une maison individuelle, veuve, mais entourée de 7 enfants. Son traitement était 1 demi-comprimé amiloride-hydrochlorothiazide (Modurétic®) pour une HTA d'allure essentielle avec du métoprolol 1 cp (Lopressor® 200 mg) et paracétamol-dextro-propoxyphène (Diantalvic®) 6 cp pour les douleurs.

À l'examen, la patiente est désorientée et somnolente (elle demande si l'interne est de la police, car il y a des « indicis » partout). Elle ne sait pas où elle se trouve. L'infirmière signale qu'elle a été agitée durant la nuit. Il n'y a pas de température, ni de signe de déshydratation. La tension couchée est à 115/65 mmHg sans hypotension orthostatique. L'examen neurologique est normal.

Après un dosage de la créatinine qui est à 62  $\mu\text{mol/L}$ , un scanner cérébral est réalisé en urgence sans et après injection de produit de contraste. Il ne montre aucun processus expansif intracrânien, ni de prise de contraste anormale, pas d'hématome intracérébral ; il existe des microlacunes de la capsule externe gauche.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quel est le tableau clinique neurologique probable en tenant compte des données du scanner ? Argumentez.

**Question n°2 :** Le bilan biologique complémentaire montre : GR  $3,95 \times 10^{12}/\text{L}$  ; Hb 12,8 g/dL ; Hct 38 % ; GB  $5,80 \times 10^9/\text{L}$  ; plaq  $272 \times 10^9/\text{L}$  ; CRP 4,5 mg/L (N < 10) ; fer sérique 24,6  $\mu\text{mol/L}$  (N > 9) ; glycémie 4,8 mmol/L ; Na 138 mmol/L ; K 4 mmol/L ;  $\gamma\text{GT}$  44 UI/L (N < 60) ; Ph Alc 107 UI/L (N < 126) ; protidémie 62 g/L ; bilirubine totale 11,7  $\mu\text{mol/L}$  (N < 17) ; urée 8,2 mmol/L ; Ac urique 369  $\mu\text{mol/L}$  (N < 360) ; calcémie 3,30 mmol/L (N < 2,50) ; phosphore 0,96 mmol/L (N < 1,50).

Quel diagnostic syndromique les anomalies du bilan biologique vous permettent-elles d'évoquer ?

**Question n°3 :** La prescription médicamenteuse peut-elle expliquer le tableau clinique ?

**Question n°4 :** L'électrophorèse des protéines ne montre pas de pic monoclonal ; la PTH est 8 ng/L (N < 20) ; la vitamine 25 OH D3 est à 38  $\mu\text{g/L}$  (N < 44). La scintigraphie osseuse montre de multiples foyers de remodelages osseux costaux disséminés sur l'ensemble du gril avec une répartition aléatoire au niveau des têtes humérales et des tassements vertébraux (Fig. 1). Quel est le diagnostic à évoquer ?

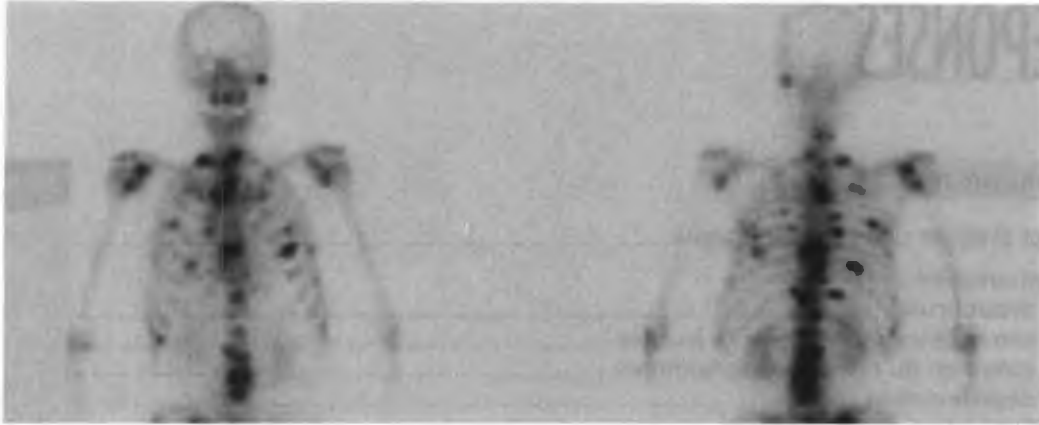


Figure 1 : Scintigraphie osseuse.

**Question n°5 :** La mammographie ne montre pas d'anomalie ; la gastroscopie montre une malposition cardiotubérositaire sans œsophagite ; l'estomac est macroscopiquement normal ; la radiographie thoracique est normale ; l'échographie abdominale est normale. Doit-on faire une scintigraphie thyroïdienne à l'iode radioactif pour rechercher un nodule froid ? Argumentez.

**Question n°6 :** Quel traitement proposer, sachant que la patiente souffre de douleurs costales dès qu'elle est mobilisée ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

Il faut évoquer une confusion aiguë .....	5
Argumentation :	
◦ début brutal .....	2
◦ somnolence au cours de la journée .....	2
◦ inversion du rythme veille-sommeil .....	2
◦ désorientation .....	2
◦ fluctuation des symptômes .....	2
L'absence d'anomalie au scanner renforce l'hypothèse diagnostique .....	5

0 à la question si la confusion n'est pas évoquée.

## Question n°2

**20 points**

L'hypercalcémie, car elle est importante .....	10
Argumentation :	
◦ pas de trouble glycémique .....	2
◦ pas d'anémie .....	2
◦ pas de syndrome inflammatoire .....	2
◦ ou pas de déshydratation importante .....	2
◦ pas d'hyponatrémie .....	2

## Question n°3

**10 points**

Les thiazidiques favorisent une hypercalcémie modérée par augmentation de la réabsorption tubulaire du calcium .....	5
Le Modurétic <sup>®</sup> contient un thiazidique, mais il n'explique pas une hypercalcémie aussi importante .....	5

## Question n°4

**20 points**

Il n'y a pas de pic monoclonal, d'où pas de myélome .....	5
Pas d'hyperparathyroïdie (PTH normale) .....	5
Pas d'hypervitaminose D .....	5
La scintigraphie osseuse montre des lésions disséminées ostéolytiques .....	5

## Question n°5

**10 points**

L'ingestion d'iode récente rend la scintigraphie thyroïdienne à l'iode radioactif ininterprétable, l'examen est donc inutile .....	5
Un nodule suspect peut être détecté par échographie thyroïdienne .....	5

**Question n°6****20 points**

Le repos est nécessaire : pas de portage de poids, ceinture de contention pour faciliter les transferts .....	5
Le contrôle de la douleur est une priorité : niveau III de l'OMS, prescription par palier de morphine, traitement préventif de la constipation .....	5
Arrêt des thiazidiques, hydrater la patiente .....	5
Introduire les biphosphonates sous forme de perfusion	
Acide zolédronique (Zométa®) IV 4 mg/mois	
Acide clodronique (Clastoban®) IV 300 mg .....	5
2 à 5 jours de suite	
Relais <i>per os</i>	
Clastoban® 400 mg × 4/j en fonction de la douleur et de la calcémie	

**RÉFÉRENCES**

La Confusion mentale chez les sujets âgés.  
*Chassagne P, Druesne L, Bentot C, Kadri N. Presse Med 2005 ; 34 : 363-8.*

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

*Objectif principal :*  
 N° 63 : Diagnostiquer un syndrome confusionnel, un état dépressif, un syndrome démentiel, une maladie d'Alzheimer chez une personne âgée. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de la patiente.

**DIFFICULTÉ**

1 LION/3

**L'instrument CAM (*Confusional Assessment Method*) de dépistage de la confusion aiguë**

Trouble clinique recherché	
1	Début soudain
2	Inattention*
3	Désorganisation de la pensée
4	Altération de l'état de conscience
5	Désorientation temporo-spatiale et absence de reconnaissance des personnes de l'entourage
6	Troubles mnésiques
7	Anomalies de la perception
8a	Augmentation de l'activité psychomotrice
8b	Diminution de l'activité psychomotrice
9	Perturbation du rythme veille-sommeil

**Algorithme diagnostique de CAM**

Pour obtenir un diagnostic de l'état confusionnel aigu, les critères 1 et 2, ainsi que 3 et 4 sont requis.

\*Exemple de question :

a) Est-ce que le patient a de la difficulté à maintenir son attention, par exemple, est-il facilement distrait ou a-t-il de la difficulté à se rappeler les informations qui viennent d'être dites ? :

- n'a pas été observé lors de l'entrevue ;
- observé à quelques moments lors de l'entrevue, de façon légère ;
- observé à quelques moments lors de l'entrevue, de façon marquée.

b) (si présent ou anormal). Est-ce que ce comportement a fluctué lors de l'entrevue, c'est-à-dire qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou encore à augmenter et diminuer en termes de sévérité ?

c) (si présent ou anormal), prière de décrire ce comportement.

Source : Inouye SK *et al.* Clarifying confusion: the confusion assessment method. *Ann Intern Med* 1990 ; 113 : 941-8.

# Cas clinique transversal n°8

Un homme de 84 ans est hospitalisé pour chute avec hématome de la cuisse gauche.

Dans ses antécédents, on note un adénome prostatique opéré par voie basse (résection endo-urétrale asymptomatique, actuellement PSA : 1,5 UI/L). Un triple pontage coronarien il y a 7 ans avec secondairement un passage en FA qui nécessite la prise de wafarine (Coumadine®). Une ostéoporose traitée par calcium + vitamine D (Cacit D3®) avec une coxarthrose gauche modérée. Un glaucome chronique bilatéral avec une cataracte à un stade non chirurgical traité par un collyre au bêtabloquant (Timoptol® 0,5 : 1 goutte 2 fois par jour dans les 2 yeux) et par un inhibiteur de l'anhydrase carbonique par voie locale (Trusopt® : 1 goutte 2 fois par jour).

À domicile, il vivait avec son épouse qui souffre d'une démence de type Alzheimer avérée (MMS 16/30) dans un appartement avec ascenseur. Il a 3 enfants qui vivent à distance.

À l'examen, il existe un hématome volumineux de la hanche. Le transfert couché-debout est lent, douloureux et hésitant, en position debout, il est rétropulsif et il souffre de la région lombaire avec une boiterie. Il ne peut faire que quelques pas avec une déambulation et à condition d'être à côté de lui. La tension est à 110/65 mmHg couché sans chute à la 3<sup>e</sup> minute. L'INR à l'entrée est à 2,3. Il n'y a pas d'anémie. La créatinémie sérique est à 98  $\mu$ moles/L.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** D'après l'histoire clinique, comment expliquer les difficultés de mobilisation constatées après la chute ?

**Question n°2 :** Les radiographies osseuses de la colonne lombaire et du bassin montrent une arthrose. Il existe un tassement D11-D12 dont l'ancienneté est difficile à apprécier (Fig. 1). Quels sont les examens complémentaires à réaliser pour ne pas laisser passer une fracture récente ?

**Question n°3 :** L'ECG montre une AC/FA lente avec BBDC avec un axe de QRS à 30. Le holter rythmique de 24 heures donne une fréquence moyenne à 80 avec 143 accès de bradycardie atteignant 28 bpm. Il existe 30 pauses de 2 à 3 secondes. Le taux de digoxinémie est à 0,5  $\mu$ g/L ; N 0,9 à 2,2) sous Hémigoxine® : 1 cp 5 j/7 j. Que proposez-vous ?

**Question n°4 :** Finalement, malgré le changement de traitement, le patient est toujours en bradyarythmie. On décide de mettre en place un pacemaker. Que faire avant une mutation en cardiologie, sachant qu'il est sous coumadine ?

**Question n°5 :** Il souhaite retourner à domicile ; son MMS est 19/30. Comment préparer la sortie ?





Figure 1. Radiographie de la colonne dorsolombaire de profil.

**Question n°6 :** Faut-il envisager une mesure de protection juridique ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

Le patient a <i>a priori</i> un hématome des parties molles favorisé par le traitement anticoagulant .....	5
Il n'y a pas d'impotence complète, mais une grande appréhension à la marche avec un déséquilibre postérieur .....	5
Cela provoque un syndrome de désadaptation posturale post-traumatique (ou syndrome de régression psychomotrice) .....	10

## Question n°2

**10 points**

Il est parfois difficile d'apprécier le caractère récent ou ancien d'une fracture, notamment au niveau de la colonne, surtout dans un contexte d'arthrose ± ostéoporose .....	5
D'où l'intérêt de faire pratiquer une scintigraphie osseuse au technétium 99 m. Dans ce cas particulier, les chutes précoces ont montré un aspect hypervasculaire dans les tissus mous externes au niveau du grand trochanter sans anomalie de fixation fémorale. Sur les clichés tardifs, il existait une hyperfixation antéro-externe du cotyle compatible avec une coxarthrose .....	5

## Question n°3

**20 points**

Avant de discuter la mise en place d'un pacemaker, il faut vérifier l'absence d'interaction médicamenteuse. Il convient :	
▫ de discuter le remplacement du collyre aux bêtabloquants par un analogue de la prostaglandine (latanoprost) après avoir vérifié la pression oculaire et la sévérité de la cataracte .....	5
▫ de vérifier la clairance de la créatinémie pour s'assurer en plus du dosage du taux résiduel de digoxinémie de l'absence de surdosage .....	5
Parallèlement, il convient de vérifier :	
▫ l'absence d'hypothyroïdie .....	5
▫ l'absence de troubles ioniques : hypokaliémie, hypomagnésémie, hyperkaliémie, hypercalcémie .....	5

## Question n°4

**15 points**

Il faut arrêter la wafarine au moins 4 jours avant la date de mise en place du pacemaker .....	5
Faire un relais avec calciparine 500 UI/kg × 2, en surveillant le temps du TCA (6 heures après l'injection) pour maintenir le malade à 2 fois le témoin .....	10

## Question n°5

**20 points**

Compte tenu de la situation du couple, les aides professionnelles sont indispensables	5
Prévoir un réapprentissage de la marche avec utilisation du déambulateur par la prescription de 15 séances de kinésithérapie au domicile pour réadaptation à la marche et travail de l'équilibre .....	5
Prévoir le passage à domicile d'une infirmière diplômée pour préparation et surveillance de la prise des médicaments, supervision de la toilette et de l'habillage, et aide à la douche 3 fois/7 jours .....	5
Aide pour le ménage et les repas (portage des repas) .....	5

**Question n°6****15 points**

- Il convient de demander au patient s'il souhaite impliquer un de ses enfants comme personne de confiance et lui donner une procuration ..... 5
- En l'absence de proximité des enfants ou en cas de conflit, une mesure de protection juridique doit être demandée en effectuant un signalement auprès du procureur de la République du lieu de résidence ..... 5
- Son épouse ne peut apporter une assistance fiable compte tenu de sa maladie ..... 5

**RÉFÉRENCES**

Recommandations pour la prévention de la maladie thromboembolique veineuse chez le patient âgé hospitalisé en service de soins de suite et réadaptation fonctionnelle.  
*Bosson JL, Labarere J, Barrellier MT, Belmin J. Revue Gériatrie 2004 ; 29 : 25-40.*

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES****Objectif principal :**

N° 59 : 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.

**DIFFICULTÉ**

1 LION/3

# Cas clinique transversal n°9

Une patiente de 82 ans, veuve depuis 23 ans, sans enfant, vivant seule dans un appartement au 2<sup>e</sup> étage sans ascenseur, est adressée par son médecin traitant pour réduction rapide de ses possibilités de marche sur une période de 6 mois (elle ne se déplace pratiquement plus que dans son appartement), avec une douleur d'allure mécanique (en position debout ou au changement de position) au niveau de la face antérieure de la cuisse jusqu'au genou. Ces douleurs surviennent dans un contexte dépressif majeur, le tout aggravé par un isolement important.

Un traitement par la tianeptine (Stablon®) a été instauré il y a 6 mois. Elle prend en plus un traitement pour la tension (furosémide 20 mg et Atacand® 16 mg (Sartan®) 1 comprimé.

À l'examen, l'impotence fonctionnelle est quasi complète ; elle boite pour éviter l'appui sur la jambe droite ; elle n'arrive plus à se coucher ; on retient une amyotrophie du quadriceps droit par rapport au gauche ; la hanche est légèrement fléchie. L'EVA est à 9/10. Il n'y a pas de température. La CRP est à 19 mg/L. Les globules blancs sont à  $8,280 \times 10^9/L$ .

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Argumentez.

**Question n°2 :** La radiographie du bassin montre une disparition quasi complète de la tête fémorale droite. La ponction de l'articulation de hanche sous échographie est stérile. Le scanner montre des déformations du contour de la tête fémorale avec de multiples plages géodiques au fond du cotyle. La scintigraphie osseuse montre un aspect inflammatoire aspécifique de la hanche droite sans argument pour une dissémination métastatique. Quel est votre diagnostic ?

**Question n°3 :** Il a été réalisé une prothèse totale de hanche. Les différents prélèvements bactériologiques opératoires ont été stériles. Au 4<sup>e</sup> jour postopératoire, la patiente devient somnolente avec des périodes de désorientation (elle ne se souvient pas d'être opérée) et des propos surprenants sur les infirmières qui la maltraitent ou sur d'autres soignants qui se moquent d'elle en la voyant toute nue. L'examen neurologique est normal. Comment expliquer les suites opératoires ?

**Question n°4 :** Les glycémies postopératoires sont entre 9 mmol/L et 12,1 mmol/L. Le bilan préopératoire montrait une glycémie à jeun à 5,7 mmol/L et une HbA1c à 6,3 %. Comment interprétez-vous les résultats postopératoires ? Que faites-vous ?

**Question n°5 :** Le chirurgien a demandé d'éviter les mouvements associant l'hyperflexion forcée - adduction - la rotation interne forcée. Que craint-il ? Que faites-vous pour prévenir ces mouvements durant la période postopératoire immédiate ?

**Question n°6 :** Peut-on envisager au bout de 2 semaines après l'intervention un retour à domicile ? Argumentez.

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

Pathologie subaiguë ou chronique de la hanche : .....	5
▫ douleur d'allure mécanique .....	3
▫ boiterie .....	3
▫ réduction de la déambulation .....	3
▫ atteinte antalgique fléchie .....	2
▫ amyotrophie du quadriceps .....	2
▫ douleurs ressenties cadrent avec une pathologie de hanche sévère .....	2

## Question n°2

**20 points**

Hypothèses diagnostiques :	
▫ une artérite septique de hanche est éliminée par l'absence de température, le taux de CRP et le résultat de la ponction .....	5
▫ une atteinte métastatique est improbable en raison de données de la scintigraphie osseuse .....	5
▫ deux diagnostics : une ostéonécrose de la hanche ou une coxarthrose déstructurée rapide sont possibles. Le scanner plaide plutôt pour une coxarthrose très évoluée .....	10

## Question n°3

**20 points**

Arguments :	
▫ la notion de DTS, de somnolence, les propos incohérents après un intervalle libre, sont pathologiques .....	5
▫ elle développe probablement un état confusionnel postopératoire avec des propos délirants sur le thème du préjudice .....	10
▫ un bilan étiologique est nécessaire malgré la fréquence de ce syndrome après chirurgie de la hanche .....	5

## Question n°4

**10 points**

Il s'agit probablement d'une hyperglycémie de stress .....	5
Il convient de faire une simple surveillance .....	5

## Question n°5

**10 points**

Le chirurgien craint une luxation de prothèse .....	5
Il convient de mettre en place une attelle de Zimmer et un coussin d'abduction .....	5

## Question n°6

**20 points**

La patiente est seule sans enfant .....	5
L'appartement est inadapté .....	5
L'amyotrophie doit récupérer grâce à une rééducation intensive .....	5
Une rééducation en établissement paraît indispensable .....	5



### **OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

**Objectif principal :**

N° 57 : Diagnostiquer les principales localisations de l'arthrose.

**Objectif secondaire :**

N° 63 : Diagnostiquer un syndrome confusionnel, un état dépressif, un syndrome démentiel, une maladie d'Alzheimer chez une personne âgée. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de la patiente.



### **DIFFICULTÉ**

1 LION/3

# Cas clinique transversal n°10

Une femme de 91 ans, vivant à domicile avec son mari de 92 ans, qui lui-même souffre d'une maladie d'Alzheimer et avec une fille unique paraplégique de naissance (aide à la mobilisation, aide à la toilette, sondage), est adressée par son médecin traitant pour une chute après avoir trébuché sur un trottoir en faisant des courses en ville.

Il y a 22 ans, elle a été opérée d'une mastectomie gauche pour cancer du sein, suivie d'une radiothérapie. Il y a 12 ans, elle a eu une colectomie transverse avec rétablissement de la continuité pour un cancer colique (adénocarcinome stade C de Dukes). Les coloscopies de contrôle faites tous les 2 ans sont normales. Parallèlement, elle est traitée pour une HTA d'allure essentielle, une ostéoporose et une DMLA (forme atrophique) bilatérale.

À l'examen, les transferts sont possibles, mais ils déclenchent des douleurs dorsolombaires ; allongée, la patiente ne souffre pas ; il n'y a pas d'hypotension orthostatique. L'examen cardiopulmonaire est normal. L'abdomen est souple ; il n'y a pas de signe fonctionnel urinaire, ni de trouble du transit. Au niveau neurologique, pas de désorientation temporo-spatiale, pas de syndrome extrapyramidal, pas de signe de focalisation ; les paires crâniennes sont normales. Les radiographies simples de la colonne vertébrale montrent de profil deux tassements cunéiformes de vertèbre sur D12 et L2.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quels sont les facteurs précipitants de la chute et quelles sont ses conséquences ?

**Question n°2 :** Devant la persistance des douleurs dorsales, une scintigraphie osseuse est réalisée. Elle montre une hyperfixation L3, L2, D12, D11 et au niveau du rachis cervical haut, un foyer hyperfixant sur l'hémibassin gauche et au tiers supérieur de la diaphyse fémorale droite, une hyperfixation au niveau du crâne, du gril costal droit et gauche. Quel est votre diagnostic ?

**Question n°3 :** Le bilan complémentaire montre une CRP à 3 mg/L (N < 10), une calcémie à 2,27 mmol/L, une créatinine sérique à 70 µmol/L avec un poids à 58 kg, une élévation modérée des γGT à 101 (N : 10-60) et des phosphatases alcalines à 233 (N 35-126). L'échographie abdominale ne retrouve pas d'anomalie. La mammographie de contrôle ne montre pas d'image mammaire d'allure évolutive. Au niveau des marqueurs tumoraux, l'antigène CA 19-9 est à 11 kU/L (N < 35), l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) à 3,5 µg/L (N < 5), l'alphafoetoprotéine (AFP) à 6,9 µg/L (N < 6), le CA 125 à 20,1 kU/L (N < 35), le CA 15-3 à 368 kU/L (N < 30). Comment expliquer ce bilan complémentaire ?

**Question n°4 :** Sachant que la patiente prend du calcium avec de la vitamine D [Cacit D3® : 2 sachets/jour] avec un antalgique de niveau II [dextropropoxyphène, paracétamol, Diantalvic®], faut-il envisager un traitement complémentaire à visée osseuse pour réduire les douleurs ?

**Question n°5 :** Avant sa chute, la patiente était autonome à domicile et s'occupait de son mari et de sa fille ; faut-il prévoir un retour à domicile ?

**Question n°6 :** Quelles sont les dispositions pratiques indispensables à mettre en place ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**25 points**

Liée à des facteurs extrinsèques (ou environnementaux) : obstacle sur le trottoir .....	5
Lié à des facteurs intrinsèques par une déficience visuelle secondaire à la DMLA .....	5
Les conséquences traumatiques immédiates sont les fractures-tassements de vertèbres .....	5
Il faut toujours apprécier les conséquences psychomotrices (syndrome postchute) ....	5
et les conséquences psychologiques (perte de confiance en soi) .....	5

## Question n°2

**15 points**

Tenir compte à la scintigraphie osseuse :	
◦ de l'aspect disséminé et multiple des foyers d'hyperfixation (rachis cervical, bassin, fémur) .....	5
◦ de la présence des foyers sur des zones non portantes du squelette (crâne, gril costal) .....	5
Cela plaide pour des localisations osseuses métastatiques d'un cancer .....	5

## Question n°3

**10 points**

La récurrence colique est improbable (échographie abdominale-coloscopies régulières négatives) .....	5
L'existence d'un CA 15-3 élevé, malgré l'absence de récurrence locale, plaide pour une ostéose métastatique d'origine mammaire (il est possible de constater des métastases d'un cancer du sein plusieurs années par une tumorectomie) .....	5

## Question n°4

**20 points**

La calcémie est normale, mais il faut se méfier de l'hypercalcémie en cas de prescription de calcium-vitamine D .....	5
Le traitement antalgique sera renforcé par l'action inhibitrice sur le remodelage osseux des biphosphonates (ex. : 1 à 3 perfusions mensuelles) après vérifier la filtration glomérulaire :	
◦ du Zometa®, puis relais par :	
◦ du Clastoban® <i>per os</i> 800 mg/L .....	5
Un antalgique de niveau III de l'OMS doit se discuter (type Skénan®) .....	5
Une hormonothérapie par antiaromatase Arimidex® est associée (il n'y a pas d'indication actuelle de radiothérapie à visée antalgique) .....	5

## Question n°5

**10 points**

Son mari et sa fille ont besoin d'elle .....	5
Le retour à domicile est prioritaire malgré la « fragilité » de la situation .....	5



## Question n°6

20 points

Le retour à domicile est complexe (le médecin ne doit pas se contenter d'une prescription médicamenteuse !) .....	5
Un étayage important nécessite une coordination des soins : .....	3
• soit dans le cadre d'un réseau gérontologique, soit d'un service de soins à domicile (SSIAD) .....	2
• prescription d'infirmière matin et soir pour toilette, habillage et distribution des médicaments .....	3
• aide-ménagère plusieurs fois par semaine, éventuellement portage de repas .....	2
Il faut tenir compte de la situation de son mari et de sa fille handicapée .....	5

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES***Objectif principal :*

N° 62 : Argumenter le caractère de gravité des chutes et décrire la prise en charge.

*Objectif secondaire :*

N° 64 : Dépister les facteurs de risque de perte d'autonomie et argumenter les mesures préventives à mettre en œuvre.

**DIFFICULTÉ**

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°11

Un homme de 80 ans est adressé par son médecin traitant pour une perte d'autonomie motrice et une désorientation d'aggravation rapide. Six mois auparavant, il a été victime d'un traumatisme crânien avec fractures de côtes sur la voie publique (renversé sur un passage piéton par une voiture), compliqué d'un hématome sous-dural droit occipital avec petit hématome cérébelleux droit.

Il avait récupéré toute son autonomie, sans intervention, grâce au repos et à la prise de corticoïdes. Alors qu'il ne prenait plus aucun médicament, il y a 2 mois, il a présenté un malaise avec chute sans témoin, puis à nouveau une deuxième chute il y a 1 mois. Depuis 15 jours, il présente une somnolence diurne fluctuante, une position debout très instable avec marche quasi impossible, une lenteur des mouvements et une incontinence urinaire.

À l'examen, le patient est désorienté, il manque de mots, il souffre d'une somnolence diurne fluctuante, il se met difficilement debout en étant rétropropulsif. La marche est devenue impossible. Les gestes sont lents. On retient un Babinski gauche avec un signe de Romberg latéralisé à gauche.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Sur les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique, quels diagnostics évoquez-vous ?

**Question n°2 :** Quel est l'examen radiologique le plus justifié ? Argumentez.

**Question n°3 :** Un scanner cérébral montre à droite et à gauche une lame hypodense en quartier de lune, hémisphérique. Il n'existe pas d'hyperdensité spontanée d'allure hémorragique récente en intraparenchymateux. Il n'existe pas de déviation de la ligne médiane associée, mais un effacement des sillons, signe d'un certain syndrome de masse. Quel est votre diagnostic final ?

**Question n°4 :** Un drainage neurochirurgical est réalisé. Quel traitement complémentaire doit-on discuter ?

**Question n°5 :** Dans les suites, il persiste une grande appréhension de la marche avec hypertonie oppositionnelle et marche à petits pas. Que faut-il proposer ?

**Question n°6 :** Quelles mesures médico-sociales complémentaires envisagez-vous ?

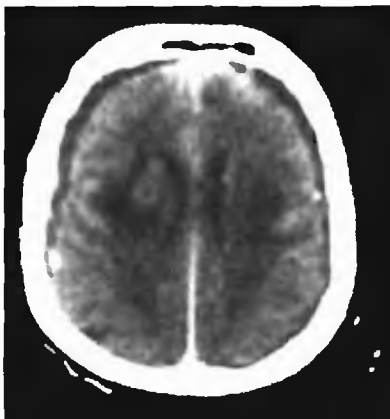


Figure 1 : Scanner cérébral.

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

La notion de plusieurs chutes avec antécédent d'un hématome sous-dural régressif traité médicalement .....	5
Le ralentissement psychomoteur et idéatoire .....	5
La désorientation temporo-spatiale .....	5
On évoque une confusion subaiguë .....	5

## Question n°2

**15 points**

L'association confusion subaiguë avec des signes neurologiques en foyer (BBK-Romberg) .....	5
L'antécédent d'hématome et de récurrence de chute .....	5
Cela justifie un scanner crânien sans injection d'iode .....	5

## Question n°3

**15 points**

Hématome chronique de la convexité cérébrale .....	5
Sous-dural .....	5
Compressif .....	5

## Question n°4

**15 points**

Le drainage est curatif .....	5
Pas d'indication de corticoïdes .....	5
Le traitement neuroprotecteur n'est pas obligatoire .....	5

## Question n°5

**20 points**

Il existe une peur de chuter .....	5
Avec un syndrome de désadaptation psychomotrice (syndrome postchute) .....	5
Une rééducation avec réponse progressive de la marche grâce à des séances de kinésithérapie (si possible chaque jour) .....	5
Une aide psychologique est nécessaire pour la reprise des activités quotidiennes compte tenu des antécédents traumatiques .....	5

## Question n°6

**15 points**

La mise en place d'une téléalarme .....	5
L'équipement du domicile pour prévenir la récurrence des chutes (barres d'appui, réhausse WC) .....	5
La mise en place d'aide professionnelle en fonction d'une évaluation gériatrique faite avant la sortie .....	5



### **OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

*Objectif principal :*

N° 63 : Diagnostiquer un syndrome confusionnel, un état dépressif, un syndrome démentiel, une maladie d'Alzheimer chez une personne âgée. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de la patiente.



### **DIFFICULTÉ**

1 LION/3

# Cas clinique transversal n°12

Un homme de 93 ans est adressé pour une chute par maladresse en essayant de relever son épouse il y a 3 semaines et ayant provoqué un tassement vertébral D7-D8. Depuis, on assiste à un syndrome de glissement avec perte de mobilité, anorexie, incontinence urinaire et douleurs lombaires au moindre mouvement. Il vit en appartement avec ascenseur ; il s'agit d'un magasinier à la retraite ; il n'a pas d'enfant ; il est suivi pour un diabète non insulino-dépendant traité par régime, biguanide (Stagid® = metformine 2 cp) et sulfamide hypoglycémiant (Diamicron® = gliclazide 2 cp).

Depuis la chute, il est sous paracétamol-dextropropoxyphène (= Diantalvic® 6 cp) avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (Voltarène® 50 2 cp/j), des inhibiteurs de la pompe à protons (Inipomp® 40).

À l'entrée, on constate que le patient a besoin pour s'asseoir au bord du lit d'une aide ; il se met debout, mais n'arrive pas à marcher ; il existe des douleurs augmentées par la palpation de l'aile iliaque droite avec une contracture des muscles paravertébraux ; le cœur est irrégulier et rapide avec des crépitements bilatéraux des bases pulmonaires ; la pression artérielle est à 145/70 mmHg ; la température centrale est à 37 °C ; il est devenu incontinent ; au TR, la prostate est lisse, régulière, non augmentée de volume.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Après avoir défini le phénomène de la cascade en gériatrie, décrivez la pathologie en cascade constatée chez ce patient après sa chute par maladresse.

**Question n°2 :** L'examen radiographique réalisé avant l'hospitalisation de la colonne cervico-dorsale face et profil montre une déminéralisation diffuse avec un tassement accompagné d'une agrafe ostéophytique D11-D12. En revanche, il existe des tassements d'allure récente des plateaux supérieurs de D7 et de D8. Quel bilan préconisez-vous pour analyser les conséquences osseuses de la chute ?

**Question n°3 :** La glycémie à jeun à l'entrée était à 8,9 mmol/L (N = 4 à 6) avec un taux d'hémoglobine A1C à 8,6 % (N < 6,0) sans protéinurie ou de corps cétonique décelable à la bandelette urinaire. Le diabète a-t-il favorisé la chute par le biais d'un déséquilibre transitoire ? Argumentez.

**Question n°4 :** Malgré la douleur de mobilisation, il a pu être pesé à 57 kg ; parallèlement, l'albuminémie est à 28 g/L avec une CRP à 18 mg/L ; le cholestérol total à 2,75 mmol (N = 4,4 à 5,3) ; le périmètre du mollet est à 28 cm de chaque côté ; le taux de vitamine 25 OH D3 < 5,0 µg (N > 10). Que peut-on dire de la situation nutritionnelle ?

**Question n°5 :** Le taux de créatinine sérique est à 90 µmol/L. En utilisant la formule de Cockcroft pour calculer la clairance de la créatinine, estimez-vous qu'il existe une insuffisance rénale ?

**Question n°6 :** L'ECG montre un AC/FA autour de 110 bat/min ; le taux de BNP (peptide natriurétique de type B) est à 390 mg/L (N < 100) ; la TSH est à 1,0 mUI/L (N 0,18-4) ; l'échographie cardiaque montre un ventricule gauche de taille normale (diamètre télé-diastolique du ventricule gauche est à 46 mm (N < 56 mm) avec fraction de raccourcissement à 33 % (N > 30), sans dysfonctionnement valvulaire, avec une dilatation de l'oreillette gauche (diamètre de l'OG : 48 mm ; N < 40). Quel est votre diagnostic et quels sont les principes du traitement ?

**Question n°7 :** La douleur disparaît en 4 semaines. Le patient reprend la marche et se réautonomise pour la toilette, le lever du lit et la continence. Sachant que son épouse est âgée de 90 ans avec polyarthrose invalidante, quelles sont les prescriptions à réaliser pour assurer un retour à domicile ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

- Le phénomène de la « cascade » est la décompensation organique en série déclenchée par un traumatisme aigu ou une affection aiguë ..... 5
- Ce phénomène de cascade en gériatrie est d'autant plus dangereux qu'il constitue un véritable cercle vicieux où les éléments pathologiques retentissent les uns sur les autres et s'aggravent réciproquement ..... 5
- La chute a entraîné une fracture avec douleur lors du moindre mouvement, ce qui entraîne une grabatisation ..... 5
- La grabatisation favorise l'incontinence urinaire et la perte d'appétit  
L'anorexie aggrave la dénutrition et entretient la perte d'autonomie ..... 5

## Question n°2

**10 points**

- Les radiographies sont incomplètes ; elles n'explorent pas le bassin, les hanches et la colonne lombaire ; il ne faut pas hésiter à faire une scintigraphie osseuse ..... 5
- La scintigraphie osseuse est à demander pour faire un bilan plus complet (dans ce cas, elle a confirmé la fracture récente de D11-D12, mais elle a montré trois foyers de fractures sur l'hémibassin et l'hémisacrum droit [aileron sacré, branche iliopubienne, branche ischiopubienne]) ..... 5

## Question n°3

**10 points**

- Le diabète n'intervient pas dans sa chute ; le taux d'hémoglobine glyquée plaide pour une glycémie moyenne élevée ; il n'y a pas d'acidocétose dans les urines ..... 5
- Il n'y a pas de raison d'évoquer un malaise avec chute par hypoglycémie (pas de traitement à l'insuline) ..... 5

## Question n°4

**15 points**

- Le patient développe une dénutrition protéino-énergétique avec hypoalbuminémie ..... 5
- Et une sarcopénie (baisse du périmètre des mollets) ..... 5
- Il s'agit d'un argument pour introduire l'insuline (rôle anabolisant et stimulant de l'appétit joué par l'insuline) ..... 5

## Question n°5

**15 points**

- La formule de Cockcroft qui permet d'estimer la clairance est ..... 5
- $$\frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids}(\text{kg})}{\text{créatininémie} (\mu\text{mol/L})} \times F$$
 avec : ..... 5
- F = 1,23 chez l'homme et 1,04 chez la femme
- Il existe bien une insuffisance rénale, car l'estimation par la formule trouve une clairance autour de 35 mL/mm ..... 5

## Question n°6

**15 points**

- Le diagnostic est celui d'une FA idiopathique avec décompensation cardiaque modérée (fréquente > 100/min, crépitations des bases, BNP élevée, dilatation de l'OG avec bon VG à l'échographie). ..... 5
- Le traitement digitalodiurétique est à introduire ..... 5
- La mise sous AVK est à discuter (pas de contre-indication, car chute par maladresse) ..... 5

**Question n°7**

**15 points**

Le retour à domicile nécessite des aides professionnelles : IDE 1 fois/j, aide-ménagère	5
Prescription d'une kinésithérapie pour les transferts, l'équilibre et la marche .....	5
Supplémentation nutritionnelle : complément protéique par voie orale, calcium avec vitamine D .....	3
Assouplir le régime pour le diabète avec arrêt des biguanides .....	2



**RÉFÉRENCES**

**Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé.**  
*Société française de gériatrie et gérontologie. Société française de cardiologie. Revue Gériatrie 2004 ; 29 : 577-94.*

**Élévation de la créatininémie, orientation diagnostique.**  
*Houillier P, Froissart M. Rev Prat 2005 ; 55 : 91-6.*



**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

N° 59 : Décrire les particularités sémiologiques, physiques, psychiques, de la personne âgée malade. Définir le raisonnement thérapeutique en gériatrie et citer les principales règles générales de prescription chez le sujet âgé.



**DIFFICULTÉ**  
 2 LIONS/3

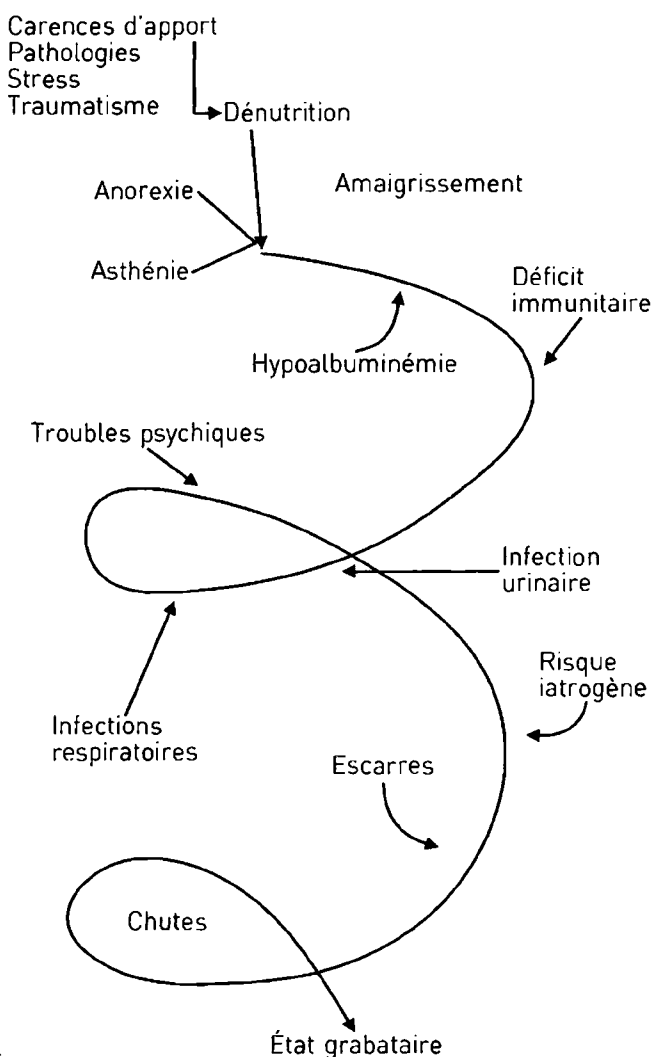


Figure 1 : Exemple de phénomène en cascade.



# Cas clinique transversal n°13

Une femme de 86 ans, veuve depuis 10 ans, est hospitalisée sur la demande de sa fille pour une grande fatigue survenue 5 à 6 jours après un état grippal. Depuis 48 heures, elle ne se lève plus et ne peut plus aller aux toilettes avec son déambulateur.

Il y a 5 ans, elle avait fait une hémiparésie gauche d'origine carotidienne. Après rééducation, elle avait pu reprendre la marche, mais en fauchant légèrement. Elle avait gardé une maladresse de la main gauche, mais s'étant disputée avec son kinésithérapeute, elle avait abandonné toute rééducation d'entretien. Elle ne sortait plus de chez elle ; elle avait de plus en plus de difficultés à se déplacer dans son appartement. Elle passait toutes ses journées à attendre sa fille unique en lui reprochant de l'abandonner.

À l'examen clinique, la température est à 37,1 °C ; pas de polypnée ou de cyanose ; il persiste quelques ronchi avec une toux sèche sans expectoration. L'auscultation cardiaque est apparemment normale. La pression artérielle couchée est à 155/70 mmHg. Les réflexes rotuliens et achilléens gauches sont vifs. Il existe une spasticité réductible sans rétraction tendineuse compatible avec une séquelle d'hémiparésie. Le réflexe de Babinski est indifférent à gauche. Le toucher rectal montre des selles dures (elle se plaint de constipation). Une protection est nécessaire la nuit, car elle est incontinente depuis 48 heures. Il existe une rougeur ne cédant pas à la pression au niveau du sacrum.

Il faut aider la patiente pour se lever de son lit. Son poids est de 46 kg. Elle nous assure qu'elle mesure 1 m 62. La station debout ne tient que quelques secondes et on est frappé par une amyotrophie diffuse. Il n'y a pas d'hypotension orthostatique. Le périmètre du mollet est à 26 cm à gauche et 28 cm à droite.

Le MMS réalisé après quelques jours d'hospitalisation est à 19/30.

La semaine suivante, sa fille vient vous voir pour faire le point de la situation : elle est en larmes, car elle culpabilise de ne pouvoir prendre sa mère chez elle, car elle travaille et doit s'occuper de son mari en invalidité à la suite d'un accident de travail et de son fils étudiant. Elle envisage un placement pour sa maman, mais elle se rend compte que les ressources de sa mère sont insuffisantes pour payer un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de qualité.

# QUESTIONS

**Question n°1 :** Quels sont les principaux critères cliniques illustrant chez cette patiente un terrain « fragile » ? Argumentez.

**Question n°2 :** Comment expliquer la perte d'autonomie brutale observée depuis 8 à 10 jours ?

**Question n°3 :** Comment prévenir dans la période actuelle les principales complications de décubitus ?

**Question n°4 :** Quels sont les éléments à prendre en compte pour redémarrer une rééducation ?

**Question n°5 :** Malgré 3 semaines de rééducation, en utilisant les variables discriminantes de la grille AGGIR, vous obtenez un niveau de besoin d'aide à 4 (GIR 4) ; que faut-il faire comme démarches pour obtenir une aide financière pour entrer en EHPAD (argumentez les conditions d'obtention) ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

La fragilité est la résultante d'une baisse des réserves fonctionnelles de l'organisme et d'une vulnérabilité pour faire face aux changements .....	5
Cette patiente souffre :	
• d'une séquelle motrice d'hémiplégie gauche avec réduction de la marche et confinement à domicile .....	3
• d'une dénutrition avérée .....	3
• d'un ralentissement intellectuel avec démotivation (baisse de la thymie probable) .....	3
• d'isolement, car sa fille a des obligations, d'une insuffisance rénale .....	3
• et accessoirement d'une réduction de la filtration glomérulaire (cl : estimée, selon la formule Cockcroft, à 26 mL/min) .....	3

## Question n°2

**10 points**

Effet du vieillissement + terrain fragile (séquelles d'AVC, dénutrition, troubles cognitifs) + épisode aigu = perte d'autonomie brutale .....	5
Effet seuil selon le schéma 1 + 2 + 3 de J.-P. Bouchon (Fig. 1) .....	5

## Question n°3

**30 points**

Prévention d'escarre : changement régulier de position, matelas antiescarre, surveillance des points d'appui .....	4
Prévention de phlébite : héparine non fractionnée, car la clairance de la créatinine < 30 mL/min (héparine calcique 0,2 mL SC × 2 fois/j) .....	4
Prévention de la confusion : lever précoce au fauteuil et stimulation pour les actes de la vie quotidienne .....	4
Prévention fécalome : laxatif + surveillance de la fréquence des selles .....	4
Prévention de la rétention urinaire et de la cystite : bandelette urinaire et recherche d'un résidu postmictionnel (bladderscan ou sondages intermittents) .....	4
Prévention de la désadaptation cardiovasculaire : lever au fauteuil, rééducation à la marche précoce .....	4
Prévention des troubles thymiques : écoute et stimulation .....	4
Prévention de l'amyotrophie secondaire à l'hypercatabolisme musculaire : supplémentation protidique .....	2

## Question n°4

**20 points**

Refaire une évaluation kinésithérapique avec analyse du passage couché-assis et assis-debout, analyse des capacités à se tenir debout, analyse de la marche .....	4
Tenir compte de l'évaluation globale multicritère, notamment du bilan cognitif (motivation-compréhension) et du bilan nutrition (complément nutritionnel prévu) .....	4
Reprendre l'avis de la patiente → remotivation, rajout d'un traitement antidépresseur (si dépression) .....	4
Rééducation par palier centrée sur les transferts et la reprise de la marche .....	4
Apprendre à la patiente à bien utiliser les aides techniques : déambulateur .....	4

**Question n°5**

**20 points**

Compte tenu de son niveau de perte d'autonomie, la patiente peut bénéficier d'une allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour financer son établissement d'accueil, car elle est française ; elle a plus de 60 ans et elle est de GIR 4 .....	5
L'allocation prend en charge le tarif dépendance de l'établissement correspondant au GIR à condition que cet établissement soit agréé (par convention tripartite) .....	3
Le retrait du dossier APA peut s'effectuer soit directement auprès de l'établissement, soit auprès d'une mairie ou d'un centre communal d'action sociale (CCAS). Le délai d'instruction du dossier est de 2 mois maximum .....	3
La prestation est gérée par le département ; elle n'est pas subordonnée à l'obligation alimentaire et ne fait l'objet d'aucun recours sur succession .....	3
En revanche, d'autres prestations comme l'allocation logement dépendent des revenus .....	3
L'aide sociale permet un complément d'aide en cas de non-solvabilité de la personne, mais elle fait l'objet d'un recours sur succession et d'une obligation alimentaire pour les enfants et les petits-enfants .....	3



**RÉFÉRENCES**

**Viellissement normal. Aspects biologiques, fonctionnels et relationnels. Données épidémiologiques et sociologiques. Prévention du vieillissement pathologique.**  
 Blain H, Jeandel C. *Rev Prat* 2003 ; 53 : 97-106.  
**Autonomie et dépendance chez le sujet âgé.**  
 Franco A, Couturier P. *Rev Prat* 2002 ; 52 : 1599-604.



**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

**Objectif principal :**  
 N° 64 : Dépister les facteurs de risque de perte d'autonomie et argumenter les mesures préventives à mettre en œuvre.



**DIFFICULTÉ**

3 LIONS/3

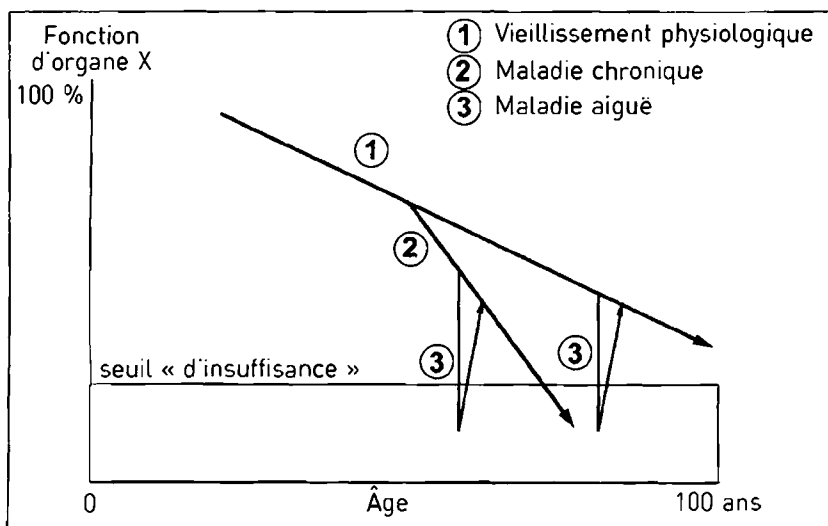


Figure 1 : 1 + 2 + 3 en gériatrie (d'après J.-P. Bouchon).

# Cas clinique transversal n°14

Un homme de 83 ans est hospitalisé pour des troubles de la marche. Dans les ATCD, on note : une HTA essentielle traitée par nifédipine (Adalate LP®), une séquelle d'infarctus du myocarde traitée par 1 patch à 10 mg de trinitrine et 250 mg d'aspirine par jour, une dépression récente traitée par 20 mg de paroxétine (Déroxat®) par jour et une cataracte bilatérale non opérée avec acuité visuelle de loin estimée à 1/10<sup>e</sup>.

L'interrogatoire retrouve la notion de difficulté à la marche évoluant progressivement depuis 1 an, avec une tendance rétropropulsive responsable de 3 épisodes de chutes sans perte de connaissance dans les 4 derniers mois. Le patient se plaint par ailleurs de troubles mictionnels à type de pollakiurie et miction impérieuse. L'entourage signale que la symptomatologie est variable dans le temps.

L'examen clinique retrouve un pouls à 80/min, une PA à 170/90 mmHg et une température à 37,2 °C. L'examen cardiovasculaire ne note qu'un discret souffle carotidien gauche. L'examen pleuropulmonaire et abdominal est normal. Le TR trouve une prostate modérément augmentée de volume. L'examen neurologique note un aspect apathique, presque indifférent, avec un ralentissement intellectuel, des difficultés d'attention et du raisonnement. Il existe aussi des troubles de la mémoire portant sur les faits récents corrigés par l'indiciage. Il n'y a pas de céphalée. La démarche est hésitante, instable, avec un certain degré d'élargissement du polygone de sustentation. Les ROT sont vifs et symétriques. Il n'y a pas de signe cérébelleux ou vestibulaire, ni de déficit sensitivomoteur, ni de syndrome extrapyramidal. Le bilan biologique est normal.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quel diagnostic étiologique évoquez-vous ? Sur quels arguments ?

**Question n°2 :** Quels sont les deux autres diagnostics à évoquer ?

**Question n°3 :** Quels examens complémentaires demandez-vous ? Justifiez.

**Question n°4 :** Que devez-vous faire préciser par l'interrogatoire ?

**Question n°5 :** Quelle est votre attitude thérapeutique à court terme si les examens complémentaires argumentent votre diagnostic ?

**Question n°6 :** Au décours de votre attitude thérapeutique, le patient est très nettement amélioré. Il désire rentrer à domicile rapidement, sachant qu'il vit seul dans un appartement. Quelles mesures devez-vous prendre pour ce retour à domicile ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

Hydrocéphalie à pression normale du sujet âgé : .....	5
- installation progressive des troubles .....	2
- triade clinique associant des troubles : .....	3
◦ de la marche .....	1
◦ sphinctériens .....	1
◦ cognitifs dont le profil évoque un dysfonctionnement frontal sur les arguments suivants : bradypsychie, apathie, troubles de la mémoire épisodique avec rappel amélioré par l'indigage .....	3
- troubles moteurs au premier plan .....	2
- fluctuation des troubles .....	2
- pas d'argument pour un autre diagnostic .....	1

## Question n°2

**10 points**

Encéphalopathie vasculaire .....	5
Syndrome extrapyramidal neurodégénératif : maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens .....	5

## Question n°3

**30 points**

Scanner cérébral pour : .....	5
◦ confirmer la dilatation du système ventriculaire et ainsi éliminer un autre diagnostic .....	2
◦ préciser son type (tri ou tétraventriculaire), afin de déterminer la nature du geste thérapeutique réalisé .....	2
◦ rechercher des arguments, autres que la dilatation ventriculaire, en faveur de l'HPN : résorption transépendymaire du LCR au niveau des cornes ventriculaires .....	2
◦ l'absence ou la présence d'une atrophie cortico-sous-corticale discrète .....	2
Un bilan neuropsychologique pour : .....	5
◦ affirmer, apprécier la nature et l'importance du déclin cognitif .....	2
◦ avoir un examen de référence avant la ponction lombaire, afin d'apprécier la réversibilité du déclin cognitif .....	2
Un FO : pour éliminer des signes HIC en cas de ponction lombaire .....	2
Un écho-Doppler artériel des vaisseaux du cou en raison de la présence d'un souffle carotidien gauche et du terrain vasculaire devant faire rechercher un athérome carotidien plus ou moins sténosant .....	3
BU et ECBU si BU positive : pollakiurie devant faire éliminer une infection urinaire ....	3

## Question n°4

**5 points**

Rechercher des arguments pour une HPN secondaire liée à : .....	1
◦ un traumatisme crânien .....	1
◦ une hémorragie méningée .....	1
◦ une méningite .....	1
◦ une intervention neurochirurgicale .....	1

**Question n°5****15 points**

Réalisation d'une ponction lombaire évacuatrice avec retrait de 50 mL de LCR après vérification du bilan de coagulation .....	5
Réalisation d'un MMS pour quantifier l'importance des troubles cognitifs .....	5
Comptage du nombre de pas réalisés sur une distance préétablie avant la PL pour pouvoir apprécier l'efficacité sur la marche du retrait de LCR .....	3
Arrêt de l'aspirine 6 jours auparavant .....	2

**Question n°6****20 points**

Détermination d'un plan de soin médico-social adapté au patient et à son environnement pour assurer une continuité et une coordination de la prise en charge à domicile avec : .....	5
intervention quotidienne programmable d'un ou de plusieurs professionnels de la santé (IDE, aide-ménagère, auxiliaire de vie, portage des repas) .....	3
◦ contrôle de la prise médicamenteuse .....	2
◦ visites de suivi périodique par un médecin .....	2
◦ évaluation de la situation sociofamiliale par une assistante sociale pour faciliter la mise à disposition d'aide financière en fonction des revenus du patient .....	3
Consultation de suivi pour apprécier l'évolution des troubles et, si nécessaire, en cas de dégradation clinique, proposer une dérivation ventriculaire .....	5

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES***Objectif principal :*

N°62 : Diagnostiquer les troubles de la marche et de l'équilibre chez le sujet âgé.

**DIFFICULTÉ**

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°15

Une patiente âgée de 88 ans est admise aux urgences vers 9 heures à la suite d'une chute survenue dans la nuit vers 2 heures avec impossibilité de se relever du sol. La patiente présente une amnésie des circonstances de la chute. Dans les ATCD, on note des lombalgies chroniques favorisées par des tassements vertébraux étagés du rachis dorsal à l'origine d'une déformation en cyphoscoliose, des chutes à répétition depuis 1 an non traumatisantes, une dépression traitée, une dégénérescence maculaire sénile compliquée d'une baisse de l'acuité visuelle et une ischémie aiguë du membre inférieur droit n'ayant laissé aucune séquelle.

Son traitement actuel comprend : amitriptyline (Laroxyl®) 50 mg (1 cp/j), zopiclone (Imovane®) 7,5 mg (1 cp au coucher), tiapride (Tiapridal®) 50 mg (3 cp/j) et clorzébate (Tranxène®) 10 mg (3 cp/j).

Cette patiente vit seule à domicile. Elle est asthénique et a maigri depuis 1 an. L'examen clinique retrouve un poids de 45 kg pour une taille de 1 m 65, un pouls irrégulier à 90/min, une PA à 120/80 de mmHg en position assise et à 90/60 mmHg en position debout après 3 min avec accélération du pouls à 105 mm, une température à 37,3 °C, une conscience normale, un discours cohérent et adapté. Le reste de l'examen est normal. Le médecin traitant contacté par téléphone signale que sa patiente suit scrupuleusement son traitement et que son état de santé est stable depuis 1 an, mais que la marche de sa patiente est anormale depuis 2 ans avec une évolution vers une dégradation progressive. L'albuminémie est à 31 g/L avec une CRP à 20 mg/L. L'ECG met en évidence une AC/FA. La radiographie pulmonaire est normale. Les radiographies des membres et du rachis éliminent une fracture.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quelles sont les conséquences de la chute en dehors des conséquences traumatiques ?

**Question n°2 :** Quelle est l'étiologie la plus probable des chutes à répétition ?

**Question n°3 :** Quel est le facteur précipitant le plus probable de la dernière chute ?

**Question n°4 :** Quel serait l'antidépresseur le plus adapté chez cette patiente ? Justifier le changement de l'amitriptyline.

**Question n°5 :** Quel traitement faut-il instaurer ? Dans quel but ? Avec quelles précautions ?



# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

En dehors de la morbidité traumatique, la chute entraîne :	
• perte de la maîtrise à pouvoir se relever du sol .....	5
• désadaptation psychomotrice (syndrome postchute)	
Rétropulsion avec impossibilité de passage en antéropulsion en position assise ou debout .....	3
Marche à petits pas – genoux fléchis .....	3
Hypertonie segmentaire .....	3
Perte des réactions d'adaptation posturale : .....	3
• peur de tomber, anxiété, sentiment d'insécurité .....	3

## Question n°2

**25 points**

Étiologie polyfactorielle associant : .....	5
• polymédication favorisant une hypotension orthostatique .....	2
• prise de psychotropes associant la prise .....	2
De plus 3 classes thérapeutiques .....	2
Et un tricyclique .....	2
Dénutrition .....	2
IMC à 16,5 kg/m <sup>2</sup> .....	1
Albumine à 31 g/L avec CRP normale .....	1
Baisse acuité visuelle .....	2
ATCD de chute .....	2
Déformation du rachis cyphoscoliotique .....	2
Âge > 85 ans .....	2

## Question n°3

**20 points**

Hypotension orthostatique nocturne : .....	5
- chute au lever du lit .....	2
- baisse après 3 minutes de lever de la pression artérielle : .....	3
• systolique de 30 mmHg .....	2
• diastolique de 20 mmHg .....	2
Iatrogénique, car prise de plusieurs médicaments psychotropes : .....	2
• antidépresseur tricyclique, neuroleptique .....	2
Absence d'arguments pour une autre étiologie .....	2

## Question n°4

**15 points**

Antidépresseur de la classe des IRS .....	5
L'amitriptyline doit être utilisée avec prudence chez le sujet âgé :	
- car effet adrénolytique favorisant une hypotension orthostatique .....	3
- car effet anticholinergique agissant sur : .....	3
• la cognition. ....	2
• la motricité intestinale (constipation) .....	1
• la motricité vésicale (rétention) .....	1

**Question n°5****20 points**

Traitement par AVK au long cours (indication théorique) .....	3
En prévention des complications cardio-emboliques de l'AC/FA .....	2
Après avoir éliminé une contre-indication pharmacologique .....	2
En raison de l'absence d'ATCD de chutes traumatisantes .....	3
Et de l'absence de risque d'INR supratherapeutique (moins de 5 médicaments/jour, état de santé stable, bonne adhérence thérapeutique) .....	2
Après s'être assuré de la modification du traitement psychotrope .....	3
Et de la correction de l'hypotension orthostatique .....	2
Et d'une bonne observance et d'une surveillance du traitement par mise en place d'un suivi régulier et coordonné des soins médicaux et paramédicaux, à domicile, adaptés au niveau de dépendance .....	3

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES***Objectif principal :*

N° 62 : Argumenter le caractère de gravité des chutes et décrire la prise en charge.

**DIFFICULTÉ**

1 LION/3

*Évaluation de l'état nutritionnel n°  
(Mini Nutritional Assessment (MNA))*

Nom :	Prénom :	Sexe :	Date :
Âge :	Poids (kg) :	Taille (cm) :	Hauteur du genou (cm) : (si mesure de la taille impossible)

<p><b>I. Indices anthropométriques</b></p> <p>1. Indice de masse corporelle (IMC = poids/(taille)<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>) 0 = IMC &lt; 19 1 = 19 ≤ IMC &lt; 21 2 = 21 ≤ IMC &lt; 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB &lt; 21 0,5 = 21 ≤ CB &lt; 22 1 = CB ≥ 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM &lt; 31      1 = CM ≥ 31 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Perte récente de poids (&lt; 3 mois) 0 = perte de poids &gt; 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids <input type="checkbox"/></p> <p><b>II. Évaluation globale</b></p> <p>5. Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 0 = non      1 = oui <input type="checkbox"/></p> <p>6. Prend plus de 3 médicaments ? 0 = oui      1 = non <input type="checkbox"/></p> <p>7. Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ? 0 = oui      1 = non <input type="checkbox"/></p> <p>8. Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile <input type="checkbox"/></p> <p>9. Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique <input type="checkbox"/></p> <p>10. Escarres ou plaies cutanées ? 0 = oui      1 = non <input type="checkbox"/></p> <p><b>III. Indices diététiques</b></p> <p>11. Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? (petit-déjeuner, déjeuner, dîner &gt; à deux plats) 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas <input type="checkbox"/></p>	<p>12. Consomme-t-il ?</p> <p>◦ une fois par jour au moins des produits laitiers ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>◦ une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>◦ chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1 = si 3 oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>13. Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes ? 0 = oui      1 = non <input type="checkbox"/></p> <p>14. Présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie <input type="checkbox"/></p> <p>15. Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1 = plus de 5 verres <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>16. Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté <input type="checkbox"/></p> <p><b>IV. Évaluation subjective</b></p> <p>17. Le patient se considère-t-il bien nourri ? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition <input type="checkbox"/></p> <p>18. Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1 = aussi bonne 2 = meilleure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>TOTAL (max. 30 points)</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Score</b> ≥ 24 : état nutritionnel satisfaisant. 17-23,5 points : risque de malnutrition. &lt; 17 points : mauvais état nutritionnel</p>
--	--

Source : Guigoz et al. Mini Nutritional Assessment. Facts Res Gerontol, suppl. 2, 1994.

# Cas clinique transversal n°16

Une femme de 89 ans est hospitalisée pour une perte d'autonomie progressive. Dans les ATCD, on note une surdité non appareillée, une cataracte bilatérale, deux infarctus du myocarde, une hypertension artérielle essentielle, un diabète non insulino-dépendant, un accident vasculaire cérébral ischémique sylvien droit superficiel il y a 3 ans ayant laissé pour s qu le une discrète hémiparésie gauche.

Elle est veuve, sans enfant, ni famille proche. Depuis 1 an, elle reste confinée dans son appartement. Elle marche très difficilement avec une canne. Les repas sont livrés à domicile. Le ménage est assuré par une voisine qui contrôle la prise des médicaments. La voisine qui l'accompagne signale des troubles du comportement avec inversion du rythme nycthéméral, une agitation à type de déambulation nocturne, un comportement addictif vis-à-vis des sucreries et une libération vis-à-vis des conduites sociales. Il existe par ailleurs une désorientation temporo-spatiale, des troubles de la mémoire diffus et des troubles praxiques. L'ensemble de la symptomatologie est apparu depuis l'accident vasculaire cérébral et est d'aggravation irrégulière. Son appartement, situé au 2  étage sans ascenseur, est négligé.

Son traitement comporte : furosémide (Lasilix® 40) : 1 cp/j, ramipril (Triatec® 1,25) : 1 cp/j, lorazépam (T mesta® 2,5) : 1 cp/j, halopéridol (Haldol® faible) : 35 gouttes/j. Le scanner cérébral réalisé sans injection retrouve les s qu les d'un accident vasculaire cérébral sylvien droit superficiel antérieur, de multiples lacunes hémisphériques et une leucoaraiose importante. Le MMS est à 18/30.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quelle est l'étiologie la plus probable du syndrome démentiel ? Sur quels arguments ?

**Question n°2 :** Quinze jours après son entrée à l'hôpital, un retour à domicile est programmé. Quelles sont les conditions requises pour un retour domicile et pour éviter une réhospitalisation ?

**Question n°3 :** Sachant que le groupe GIR (appelé groupe iso-ressource) calculé est de 3, citez au moins 6 variables discriminantes de la grille AGGIR servant de base pour le calcul du groupe GIR. Donnez le nombre des groupes iso-ressources.

**Question n°4 :** Quels sont les arguments pour conseiller un placement en maison de retraite ?

**Question n°5 :** Donnez les principaux critères qui permettent l'obtention d'une allocation personnalisée d'autonomie.

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

Démence vasculaire probable par infarctus multiples .....	5
Terrain vasculaire : HTA, diabète, mycardiopathie ischémique .....	3
Aspects radiologiques évocateurs : lacunes hémisphériques multiples, séquelle radiologique d'un AVC ischémique sylvien superficiel droit, leucoaraiose .....	3
Détérioration cognitive de niveau démentiel associée à des troubles du comportement de nature frontale : comportement addictif, libération des conduites sociales .....	3
Détérioration cognitive apparue après l'AVC (argument chronologique) .....	3
Évolution fluctuante vers l'aggravation irréversible .....	3

## Question n°2

**20 points**

Détermination d'un plan de soin médico-social adapté au patient pour assurer une continuité et une coordination de la prise en charge à domicile : .....	5
• intervention quotidienne programmable d'un ou de plusieurs professionnels de la santé (IDE, aide-ménagère, auxiliaire de vie, portage des repas) .....	3
• prise en compte des aides non professionnelles (voisine) .....	2
• contrôle de la prise médicamenteuse .....	2
• visite de suivi périodique par le médecin traitant .....	3
• évaluation de la situation financière par une assistante sociale pour faciliter la mise à disposition d'aides en fonction des revenus du patient (allocation personnalisée d'autonomie, allocation logement, aide sociale) .....	3
• visite de l'appartement par une ergothérapeute pour aménagement éventuel .....	2

## Question n°3

**20 points**

Il existe 10 variables discriminantes à évaluer pour définir le profil de dépendance d'un sujet âgé .....	5
Les variables sont : cohérence, orientation, toilette, habillement, alimentation, élimination urinaire et fécale, transfert, déplacement intérieur et extérieur, communication à distance .....	5
Il existe 6 groupes iso-ressources .....	5
Allant du groupe 1 (qui correspond aux personnes les plus dépendantes) au groupe 6 qui regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie .....	5

## Question n°4

**25 points**

Le déclin des fonctions supérieures de niveau démentiel .....	5
La perte d'autonomie et la dépendance (GIR 3) .....	5
L'isolement sociofamilial .....	5
La nécessité d'une surveillance médicale régulière .....	5
L'habitat inadapté au niveau de dépendance .....	5

## Question n°5

**15 points**

Tous sujets de plus de 60 ans résidant en France .....	3
Dossier disponible dans les CCAS .....	2
Après évaluation médicosociale .....	3
Niveau de dépendance de GIR 1 à 4 .....	3
Gestion faite par le conseil général de chaque département .....	2
D'un montant plus élevé à domicile qu'en institution .....	2



**RÉFÉRENCES**

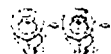
Grille AGGIR et groupe GIR



**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

*Objectif principal :*

N°64 : Évaluer le niveau d'autonomie et de dépendance du sujet âgé.



**DIFFICULTÉ**

2 LIONS/3

Figure 1 : Grille nationale AGGIR.

**DEGRE D'AUTONOMIE ET BESOIN D'ASSISTANCE**

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne ; on ne doit pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et les soignants : en revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, fauteuil roulant, prothèses auditives...)

Grille à remplir en utilisant :

- A = fait seul(e) totalement, habituellement, correctement
- B = fait partiellement
- C = ne fait pas

		A	B	C	Motivation de la réponse
1	<b>COHERENCE :</b> converser et/ou se comporter de façon sensée				
2	<b>ORIENTATION :</b> se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux				
3	<b>TOILETTE :</b> haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage.				
	bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes				
4	<b>HABILLAGE :</b> haut : vêtements passés par le bras et/ou la tête				
	moyen : fermetures des vêtements, boutonnage, fermetures éclair, ceintures, bretelles, pressions				
	bas : vêtements passés par le bas du corps y compris chaussettes, bas, chaussures.				
5	<b>ALIMENTATION :</b> se servir				
	manger les aliments préparés				
6	<b>ELIMINATION :</b> assurer l'hygiène de l'élimination urinaire				
	assurer l'hygiène de l'élimination fécale				
7	<b>TRANSFERTS :</b> se lever, se coucher, s'asseoir				
8	<b>DEPLACEMENT A L'INTERIEUR :</b> avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant				
9	<b>DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR :</b> à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport				
10	<b>COMMUNICATION A DISTANCE :</b> utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...				

**Groupes Iso-Ressources**

Les personnes dépendantes ont été classées selon des profils de perte d'autonomie. Six groupes (Groupe Iso-Ressources ou GIR) ont été ainsi constitués :

**GIR 1** : Il correspond essentiellement aux personnes âgées ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent les personnes en fin de vie.

**GIR 2** : Il correspond essentiellement à deux groupes de personnes âgées :  
- celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;  
- celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices (souvent dénommés les « déments ambulants »).

**GIR 3** : Il correspond essentiellement aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assurent pas seules l'hygiène et l'élimination tant anale qu'urinaire.

**GIR 4** : Il comprend essentiellement deux groupes de personnes :  
- celles qui n'assurent pas seules leur transfert (se lever, se coucher, s'asseoir) mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimente seule ;  
- celles qui n'ont pas de problème locomoteur mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.

**GIR 5** : Ils comprend des personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

**GIR 6** : Il regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Les GIR 1 à 4 sont éligibles pour l'allocation prestation autonomie (APA).

# Cas clinique transversal n°17

Une femme de 83 ans, seule à domicile depuis 15 ans, sans famille proche, est suivie par un cardiologue pour une MCNO ischémique sévère (fraction d'éjection entre 25 et 30 %). Elle est hospitalisée pour des œdèmes des membres inférieurs.

L'examen initial retient une dyspnée au moindre effort, des œdèmes mous, non douloureux, gardant le godet des membres inférieurs avec B4, souffle systolique de pointe de faible intensité (2/6) avec une bradycardie à 45-50 bat/min, une matité droite, un reflux hépatojugulaire.

L'ECG de repos confirme un cœur régulier avec QRS fin, onde P non visible, un QTC = 0,38. La radiographie pulmonaire montre un épanchement pleural droit des deux tiers du poumon droit avec une cardiomégalie stade III. Le bilan enzymatique montre : ASAT 25 UI/L (N < 45) ; ALAT 17 UI/L (N < 45) ; CPK 98 UI/L (N < 120) ; troponine < 0,15 µg/L (N < 1,5) ; créatinine sérique 145 µmol/L. La TSH sérique est à 1,7 mUI/L (N < 4).

Le traitement prescrit est : furosémide 40 mg 1 cp (Lasilix®) ; ramipril 1,25 × 2 (IEC : Triatec®) ; wafarine 2 mg selon le taux d'INR à maintenir entre 2 et 3 (Coumadine® 2 mg) ; patch de trinitrine (Diafusor® 1 patch de 10 mg) ; amiodarone 200 mg 1 cp (Cordarone®) ; aténolol 100 mg (bêtabloquant : Ténormine®).

## QUESTIONS

**Question n°1** : Quel diagnostic clinique doit-on faire ?

**Question n°2** : Existe-t-il une participation iatrogénique à discuter ? Argumentez votre réponse.

**Question n°3** : Après une perte de poids de 6 kg sous l'action du repos et du furosémide, le holter ne montre pas de pause ou de bradycardie après arrêt de l'amiodarone. Il persiste un épanchement pleural quasi inchangé. Après arrêt des AVK, une ponction permet une évacuation de 800 mL. Le CA 125 est 708 kU/L (N < 35). Il n'y a pas de cellule maligne. La numération cellulaire est 2 260 hématies/mm<sup>3</sup> et de 10 éléments nucléés/mm<sup>3</sup>. Existe-t-il une pathologie pleurale surajoutée ?

**Question n°4** : Au cours des entretiens, elle se plaint de sa mémoire ; elle cherche ses mots ; elle a des difficultés d'attention, ainsi qu'un comportement d'initiation, une tendance à l'écholalie. Les tests montrent une baisse des fluences verbales. Le raisonnement abstrait est déficitaire avec de nombreuses persévérations verbales. Le MMS est à 19/30. Que faut-il évoquer ?

**Question n°5** : Quelles précautions à prendre pour le retour à domicile ?



# RÉPONSES

## Question n°1

**25 points**

Rechute de l'insuffisance cardiaque : .....	5
◦ globale biventriculaire en raison des œdèmes .....	4
◦ dyspnée stade III .....	4
◦ insuffisance mitrale fonctionnelle avec B4 .....	4
◦ reflux hépatojugulaire .....	4
◦ épanchement pleural droit .....	4

## Question n°2

**20 points**

1 <sup>re</sup> cause de rechute est la mauvaise observance par isolement : .....	5
◦ régime mal fait .....	2
◦ oubli involontaire des médicaments .....	2
La bradycardie est inhabituelle pour une poussée d'insuffisance cardiaque : .....	5
◦ évoquer une hypothyroïdie sous amiodarone, mais TSH normale .....	3
◦ évoquer une bradycardie avec effet inotrope de l'aténolol .....	3

## Question n°3

**15 points**

Une pathologie pleurale surajoutée existe : .....	5
◦ pas de résorption avec la réduction des œdèmes et du poids .....	3
◦ liquide hématurique .....	3
◦ CA 125 élevé .....	2
Il faut compléter le bilan : scanner thoracique après évacuation, biopsie de plèvre .....	2

## Question n°4

**15 points**

La plainte de mémoire est pathologique et témoigne d'une démence probable avec : ..	5
◦ troublesphasiques : cherche ses mots, baisse des fluences .....	3
◦ dysfonctionnement frontal : baisse du raisonnement, baisse de l'initiation .....	2
◦ troubles de l'attention .....	2
Le MMS est pathologique (N > 24/30) .....	3

## Question n°5

**25 points**

Le retour à domicile est complexe à organiser : .....	5
◦ tenir compte de l'isolement et des troubles cognitifs .....	3
◦ tenir compte de la rigueur de suivi pour éviter une rechute et prévenir un accident AVK .....	2
Mise en place d'une infirmière domicile : prise de médicaments, surveillance du poids, du pouls et de la tension .....	5
Surveillance rapprochée de l'INR .....	2
Mise en place d'une aide à la vie quotidienne : aide-ménagère (préparation des repas, entretien maison) .....	3
Réévaluation régulière du traitement de fond à visée cardiologique .....	3
Surveillance de l'ECG et éventuellement échographie cardiaque de contrôle .....	2



### RÉFÉRENCES

**Le diagnostic de l'insuffisance cardiaque chez le sujet âgé en 2005.**

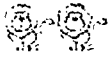
*Friocourt P, Coigneau E, Lafosse-Marin M, Leloup C, Gelfroy CE. Revue Gériatrie 2005 ; 30 : 475-83.*



### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

*Objectif principal :*

N° 59 : Définir le raisonnement thérapeutique en gériatrie et citer les principales règles générales de prescription chez le sujet âgé.



### DIFFICULTÉ

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°18

Un homme de 84 ans est un ancien footballeur amateur et ancien cadre commercial ; il a abandonné toute activité physique depuis sa retraite ; il vit seul ; il continue à fumer et à boire du whisky et du beaujolais quotidiennement. Il vient vous voir pour des douleurs à la marche. Il se plaint pour rester assis et craint de se coucher en raison de crampes nocturnes ! Depuis 3 mois, il se sent fatigué. Il ne fait plus que quelques mètres autour de la maison.

L'examen montre une limitation douloureuse de la flexion de la cuisse droite, une abolition des poulx tibiaux postérieurs et pédioux, sans souffle vasculaire sur les gros troncs, des réflexes achilléens et rotuliens abolis avec un steppage et une diminution de la force musculaire de la loge antéro-externe des deux jambes. Il pèse 100 kg pour 1 m 75. Pas de notion de diabète (glycémie à jeun normale il y a 2 mois). Son périmètre de mollet est symétrique à 28 cm.

Il prend un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS : Voltarène® 75 LP le soir) pour ses douleurs de façon quasi permanente depuis plusieurs mois.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Analysez les données issues de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

**Question n°2 :** Analysez et hiérarchisez les données issues de l'examen clinique.

**Question n°3 :** Formulez des hypothèses diagnostiques et en déduire les examens complémentaires pertinents.

**Question n°4 :** Précisez l'attitude immédiate à adopter.

**Question n°5 :** Planifiez le suivi thérapeutique à moyen terme. Justifiez le bénéfice-risque des attitudes thérapeutiques possibles.

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

Réduction progressive du périmètre de marche .....	4
Claudication d'effort .....	4
Douleur de repos nocturne → crampes .....	4
Pas activité physique .....	2
Tabagisme et abus d'alcool .....	4
Asthénie .....	2

## Question n°2

**20 points**

Pathologie intriquée :

• surpoids sans diabète .....	4
• amyotrophie symétrique .....	4
• limitation douloureuse de la hanche .....	4
• abolition des réflexes .....	4
• abolition des pouls périphériques .....	4

## Question n°3

**30 points**

Radio des hanches face et profil avec bassin de face : coxarthrose ? .....	5
Doppler des MI avec échographie aorte abdominale : artériopathie des MI ? .....	5
EMG, VGM, $\gamma$ GT polynévrite à l'alcool avec macrocytose et hépatite chronique ? .....	5
NFP : anémie sous AINS ? .....	5
Évaluation de la thymie par un entretien (utilisation d'échelle de dépression) : dépression réactionnelle ? .....	5
Évaluation de la douleur : échelle visuelle analogique (EVA) : douleur chronique .....	5

## Question n°4

**15 points**

Contrôle du surpoids et des facteurs de risque .....	3
Rééducation à la marche par palier .....	5
Optimisation du traitement antalgique .....	5
Stimulation par antidépresseurs de type IRS si nécessaire .....	2

## Question n°5

**15 points**

Vérifier abstinence alcool et tabac .....	3
Suivi du poids à domicile .....	3
Aide à domicile pour la vie quotidienne (aide-ménagère) .....	3
Vérifier l'efficacité du traitement antalgique .....	3
Si pas de reprise de l'autonomie motrice : chirurgie à discuter .....	3



### RÉFÉRENCES

Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie.  
*Revel M. Rev Prat 2003 ; 53 : 1931-6.*



### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

*Objectif principal :*

N° 59 : Décrire les particularités sémiologiques, physiques et psychiques, de la personne âgée malade.



### DIFFICULTÉ

1 LION/3

# Cas clinique transversal n°19

Une femme de 92 ans est adressée directement à l'hôpital pour dégradation psychique progressive depuis quelques mois, perte de mémoire et d'autonomie, confusion de plus en plus importante avec agitation.

Elle est veuve, vivant seule chez elle, autonome, avec un fils proche. Elle a déjà été hospitalisée l'année dernière pour des douleurs en ceinture avec dorsalgies. Le diagnostic d'ostéoporose avec tassement de vertèbres avait été admis à l'origine de la douleur.

À son traitement habituel, qui était calcium 500 mg 2 cp, ergocalciférol (Stérogyl®) 3 gouttes, zopiclone (Imovane®) 1 cp, son médecin a rajouté depuis 5 jours de la clomipramine (Anafranil® = tricyclique) 25 mg × 2 et du clorazépine (Tranxène® = benzodiazépine à demi-vie longue) 20 mg × 2.

À l'entrée, la patiente est désorientée avec discours incohérent, logorrhéique. Elle fugue ; elle a des errances avec des périodes d'excitation surtout en fin de journée évoquant un comportement hypomaniaque. L'examen somatique est normal : PA 120/80 mmHg couchée, température normale, pas de déficit moteur, pas d'anomalie des réflexes ostéotendineux.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Détaillez le tableau clinique d'entrée.

**Question n°2 :** Formulez des hypothèses diagnostiques et déduisez-en les examens complémentaires pertinents.

**Question n°3 :** Précisez l'attitude immédiate à adopter, sachant quel bilan biologique est sans particularité.

**Question n°4 :** Au bout de 15 jours, l'agitation a disparu, la patiente n'est plus somnolente et s'oriente facilement en retrouvant sa chambre. Quel bilan envisager ?

**Question n°5 :** Planifiez le suivi thérapeutique à moyen terme. Justifiez le bénéfice-risque des attitudes thérapeutiques possibles.

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

Le tableau est celui d'une confusion aiguë : .....	5
◦ hyperactivité car agitation psychomotrice .....	3
◦ discours incohérent avec logorrhée .....	3
◦ désorientation .....	3
◦ majoration en fin de journée .....	3
◦ absence de repère → fugues .....	3

## Question n°2

**25 points**

Un surdosage médicamenteux : association clomipramine-clorazépatate .....	5
Se méfier tout de même d'un trouble métabolique toujours possible : hyponatrémie, hypercalcémie (prise de calcium), glycémie élevée .....	5
Se méfier de l'impact sur la cognition d'une douleur chronique provoquée par une rétention aiguë d'urine (effet anticholinergique de la clomipramine), par un fécalome .....	5
Si doute comitialité : EEG utile .....	5
Si notion de chute avec signe neurologique en foyer : scanner de principe .....	5

## Question n°3

**25 points**

Arrêter le tricyclique-benzodiazépine à longue demi-vie .....	5
Rassurer : lieu calme avec lumière douce .....	4
Présence de la famille : effet « déstressant » .....	4
Réafférenter (lunettes, appareil auditif) .....	4
Hydrater si nécessaire ; lever la patiente .....	4
Si anxiété : poursuite anxiolytique : méprobamate .....	4

## Question n°4

**15 points**

Il convient de rechercher une maladie neurodégénérative sous-jacente de type démence d'Alzheimer .....	5
Caractère progressif des difficultés avant l'hospitalisation .....	3
Notion de confusion aiguë .....	2
Pratiquer un bilan neuropsychologique avec au minimum un MMS .....	5

## Question n°5

**15 points**

Discuter en fonction du niveau du MMS. Traitement anticholinestérasique .....	5
Isolement : discuter une mise en institution .....	5
Protection juridique si nécessaire. Prévenir la maltraitance. Traitement ostéoporose à reprendre .....	5



### **OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

*Objectif principal :*

N° 63 : Diagnostiquer un syndrome confusionnel, un état dépressif, un syndrome démentiel, une maladie d'Alzheimer chez une personne âgée. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de la patiente.



### **DIFFICULTÉ**

1 LION/3



# Cas clinique transversal n°20

Une femme de 88 ans a fait, il y a 2 ans, une hémiparésie gauche d'origine cardio-vasculaire. Tout geste chirurgical a été refusé. Le déficit avait partiellement récupéré. Après rééducation, elle avait pu reprendre la marche, mais en fauchant. Elle a gardé une rétraction de l'avant-bras gauche. S'étant disputée avec son kinésithérapeute, elle avait abandonné toute rééducation d'entretien.

Sa fille vous raconte que sa mère ne faisait plus grand-chose chez elle et ne trouvait personne pour l'aider. Elle passait toutes ses journées à attendre sa fille en lui reprochant de l'abandonner.

Quinze jours auparavant, sa mère a eu une grippe qui l'a beaucoup fatiguée. Depuis, elle ne se lève plus et elle ne peut plus aller aux toilettes avec un déambulateur. Sa fille a alors décidé de la prendre chez elle.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Comment expliquer la perte d'autonomie fonctionnelle actuelle ?

**Question n°2 :** Quels sont les objectifs réalistes d'une rééducation si celle-ci était à nouveau acceptée ?

**Question n°3 :** Votre examen confirme un syndrome pyramidal gauche (Babinski et réflexes polycinétiques) avec un déficit musculaire notable prédominant sur les releveurs du pied, une spasticité sans rétraction tendineuse non réductible. Il n'y a pas de fibrillation auriculaire, pas d'hypertension. Elle se plaint de constipation, de nausées, de brûlures urinaires. Il existe une rougeur du sacrum. La station debout ne tient que quelques secondes. Quelles sont les complications de décubitus à prévenir ?

**Question n°4 :** Sa fille ne peut pas prendre sa mère chez elle, sachant qu'elle doit s'occuper de son mari et de son dernier fils étudiant. Cependant, elle se refuse au « placement » de sa mère à la fois pour des raisons affectives et pour des raisons financières. Comment soutenir la fille et que dire à la patiente ?

**Question n°5 :** Les ressources de sa mère sont insuffisantes pour payer la prise d'un EHPAD de qualité. Elle sait que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) participe partiellement aux frais de séjour en EHPAD. Comment obtenir cette APA ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**15 points**

La perte d'autonomie s'explique par un facteur précipitant aigu d'origine grippale .....	5
Sur un état antérieur avec déficience motrice par séquelle d'AVC .....	5
Avec un effet surajouté au vieillissement (modèle 1 + 2 + 3) .....	5

## Question n°2

**20 points**

La rééducation vise à retrouver l'état antérieur .....	4
C'est-à-dire la possibilité de faire les transferts lit-fauteuil .....	4
De marcher avec une aide technique (cane tripode car l'utilisation d'un déambulateur suppose d'avoir ses deux bras fonctionnels) .....	4
Récupération par palier progressif .....	4
Résultat qui dépend en partie de la motivation .....	4

## Question n°3

**25 points**

Prévention des complications de décubitus :

- lutte contre l'escarre : matelas spécifique, retournement, surveillance de la peau ...	4
- lutte contre la thrombose : HBPN si la fonction rénale le permet, contention veineuse	4
- lutte contre la rétention urinaire : surveillance résidu, recherche d'une surinfection bactérienne .....	4
- lutte contre la constipation : surveillance fréquente des selles, ASP de référence à la recherche d'un fécalome, produit à action osmotique (éventuellement massage abdominal) .....	4
- lever précoce au fauteuil pour : .....	4
• réduction du risque de fausses routes	
• réduction du risque de désadaptation cardiovasculaire avec hypotension orthostatique	
• amélioration des capacités relationnelles et de la vigilance	
- lutte contre l'amyotrophie et les rétractions tendineuses par une kinésithérapie passive et active .....	5

## Question n°4

**20 points**

Respecter le choix initial de sa fille .....	5
Réévaluer à court et à moyen terme la situation .....	5
Se méfier de l'épuisement et d'un comportement maltraitant .....	5
Acceptation des aides professionnelles de la part de la fille et de la mère .....	5

## Question n°5

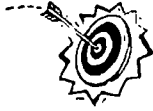
**20 points**

L'APA est une prestation universelle pour les résidents français .....	4
Nécessitant une demande volontaire d'un dossier .....	3
Conditionnée par une évaluation médicosociale faite au domicile .....	3
Gérée par le conseil général du département .....	3
Offre des prestations en nature .....	3
Suppose une perte d'autonomie de niveau GIR 1 à 4 .....	4



### RÉFÉRENCES

Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé (Conférence de consensus).  
ANAES novembre 2001 ; [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr).



### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

*Objectif principal :*

N° 64 : Dépister les facteurs de risque de perte d'autonomie et argumenter les mesures préventives à mettre en œuvre.



### DIFFICULTÉ

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°21

La patiente est une femme âgée de 87 ans, ancien professeur de physique, veuve. Elle vit seule, mais entourée par ses enfants. Sa fille vous fait part de ses inquiétudes vis-à-vis de sa maman et vis-à-vis de ses médicaments.

Actuellement, la patiente n'est pas très vaillante : elle se plaint de fatigue, d'anorexie, de jambes qui gonflent, de mal dormir la nuit. Elle a de plus mal à l'estomac et des lombalgies tenaces. Elle se plaint que les médicaments ne lui font pas d'effet, ce qui vous étonne, car votre dernière prescription date de 6 mois et ne comportait qu'un *placebo* anxiolytique anodin (euphytose).

Votre examen ne constate pas de grande anomalie : la PA systolique descend de 30 mmHg lors du passage de la position couchée à la position debout. Il existe une somnolence, ainsi que quelques dyskinésies buccofaciales. Elle décrit une douleur au niveau D12-4.

Le bilan biologique montre une kaliémie à 2,8  $\mu\text{g/L}$  et une créatinine sérique légèrement élevée à 125  $\mu\text{mol/L}$ .

Interrogée sur les prises médicamenteuses, la patiente vous avoue qu'elle va voir régulièrement plusieurs confrères, chacun ignorant l'ordonnance de l'autre.

Son cardiologue soigne sa tension et une angine de poitrine ; il a prescrit un patch nitré, un bêtabloquant cardiosélectif, un thiazidique et un inhibiteur calcique.

Un gastroentérologue lui donne un pansement gastrique antiacide et une argile antidiarrhéique.

Elle a consulté pour son dos un rhumatologue qui a constaté une arthrose et une ostéoporose rachidienne : il a prescrit un AINS, un inhibiteur de la pompe à protons (IPP), un biphosphonate, du calcium et des gouttes de vitamine D.

Elle est suivie aussi pour une névrose anxieuse par un psychiatre qui lui prescrit un neuroleptique en gouttes ( $\times 3$ ), un zopiclone (Imovane<sup>®</sup>) et une BZD à action prolongée.

Elle a été mise au Timoptol<sup>®</sup> collyre par un ophtalmologue, mais elle ne sait pas pourquoi. Enfin, elle voit un homéopathe qui lui a donné Homéogène<sup>®</sup> 46 six fois par jour.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quel est le contexte clinique à évoquer ?

**Question n°2 :** Définissez le raisonnement à avoir pour réduire le risque iatrogène.

**Question n°3 :** Comment interpréter la chute de tension lors du changement de position ?

**Question n°4 :** Comment interpréter les dyskinésies buccofaciales ?

**Question n°5 :** Donnez les règles de prescription dans ce cas précis.

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

La patiente souffre de symptômes de somatisation avec plaintes multiples fluctuantes, peu systématisées .....	5
L'isolement et le veuvage favorisent la somatisation .....	5
Il faut rechercher un état dépressif atypique .....	5
La somatisation favorise une automédication .....	5

## Question n°2

**25 points**

Pour réduire le risque iatrogène, il faut : <ul style="list-style-type: none"> <li>· connaître tous les médicaments prescrits .....</li> <li>· connaître l'existence de plusieurs prescripteurs indépendants .....</li> </ul>	 3 2
Rechercher l'automédication et y remédier : <ul style="list-style-type: none"> <li>· faire adhérer la patiente à l'idée d'une coordination par le médecin référent .....</li> <li>· éduquer la patiente surtout en cas d'utilisation quotidienne de plus de 3 médicaments .....</li> <li>· évaluer la capacité de la patiente à prendre seule correctement son traitement ..</li> <li>· réévaluer régulièrement l'intérêt de tous les traitements .....</li> </ul>	 5 5 5 5

## Question n°3

**20 points**

Hypotension orthostatique probablement d'origine médicamenteuse : <ul style="list-style-type: none"> <li>· notion de prise de thiazidique avec hypokaliémie .....</li> <li>· association patch nitré - inhibiteur calcique .....</li> <li>· pôle adrénolytique des neuroleptiques .....</li> <li>· double prescription de bêtabloquants (ophtalmologue + cardiologue) .....</li> </ul>	 5 5 5 5
--	----------------------

## Question n°4

**15 points**

Dyskinésies induites par les neuroleptiques : .....	5
· après avoir vérifié l'absence de rigidité extrapyramidale .....	5
· 60 à 70 % des dyskinésies sont réversibles à l'arrêt des neuroleptiques .....	5

## Question n°5

**20 points**

Avant de prescrire, vérifier le poids pour l'ajustement des posologies .....	5
Et faire l'estimation de la fonction rénale par la formule de Cockcroft (ici, il existe une insuffisance rénale, car créatinine sérique à 125 µmoles/L)	
Hiérarchiser les thérapeutiques dans le souci d'alléger l'ordonnance (ici, arrêt neuroleptique, homéopathie, AINS, IPP, patch nitré, thiazidique, benzodiazépine) .....	5
Éviter la culpabilisation vis-à-vis de l'automédication, mais aboutir à une seule ordonnance simple, lisible et comprise .....	5
En cas d'état anxiodépressif, donner un antidépresseur de type IRS en monothérapie	5



## RÉFÉRENCES

Iatrogénie, diagnostic et prévention.  
Soubrié C, Lebrun-Vignes B. *Rev Prat* 2005 ; 55 : 209-16.



## OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

*Objectif principal :*

N° 59 : Définir le raisonnement thérapeutique en gériatrie et citer les principales règles générales de prescription chez le sujet âgé.



## DIFFICULTÉ

1 LION/3

# Cas clinique transversal n°22

Une femme âgée de 87 ans vivant seule n'a plus d'intérêt pour ses affaires personnelles depuis la mort soudaine de son mari de 92 ans, il y a 3 mois.

Elle se dit terrassée par la mort de celui-ci, pleure fréquemment et est incapable de dormir. Elle a perdu 5 kg en 3 mois. Elle se sent responsable de sa mort (son mari a fait une chute mortelle en sortant pour les courses un jour où il y avait du verglas sur les trottoirs), sans espoir en ce qui concerne le futur et dit qu'elle voudrait « le rejoindre ». Elle a eu une dépression nerveuse quand elle avait environ 60 ans (départ à la retraite) et elle a par ailleurs toujours été en bonne santé. À l'examen clinique, elle semble bouger et penser lentement et prend un temps considérable pour répondre aux questions.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Quels sont les symptômes évoquant une dépression ?

**Question n°2 :** Pourquoi peut-on éliminer chez cette patiente un deuil physiologique ?

**Question n°3 :** Après avoir prescrit du Stablon® (tianeptine) 2 cp/j, vous revoyez la patiente à 2 reprises en 6 semaines : elle continue à maigrir ; elle ne sort pas de chez elle. Son aide-ménagère doit maintenant faire les courses. Elle s'exprime difficilement et ses propos sont cohérents, mais elle voudrait prendre une boîte entière de médicaments pour en finir !

**Question n°4 :** Doit-on éliminer une cause organique ?

**Question n°5 :** Quelles nouvelles propositions thérapeutiques doit-on faire ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**20 points**

Le syndrome dépressif se caractérise par :

- un ralentissement psychomoteur ..... 5
- un sentiment de dévalorisation avec des idées tristes (rejoindre son mari) ..... 5
- une culpabilité (responsable de la mort de son mari) ..... 5
- des symptômes somatiques : anorexie, amaigrissement, asthénie, insomnie ..... 5

## Question n°2

**20 points**

Il est difficile de distinguer d'emblée réaction de deuil physiologique et dépression : .. 5

- néanmoins, les symptômes s'estompent dans les 3 mois après le deuil ..... 5
- pas d'antécédent de dépression ..... 5
- intensité des symptômes moins forte ..... 5

## Question n°3

**20 points**

Elle n'exprime pas d'idée délirante interprétative et persécutive : ..... 5

- elle n'a pas d'incohérence du cours de la pensée ..... 5
- elle ne présente pas de geste stéréotypé ou de fonctionnement automatisé ..... 5
- elle n'a pas de perte de contact avec son environnement ..... 5

## Question n°4

**20 points**

La gravité des symptômes somatiques impose une hospitalisation ..... 10

Un bilan minimum infectieux, métabolique, oncologique, est justifié ..... 10

## Question n°5

**20 points**

Risque suicidaire nécessitant une surveillance spécialisée ..... 5

Prévoir un traitement antidépresseur par voie IV ..... 5

Rajouter des anxiolytiques ..... 4

Psychothérapie de soutien ..... 4

Complément nutritionnel ..... 2



### RÉFÉRENCES

Deuil normal et pathologique.  
Angladette L, Consoli S. *Rev Prat* 2004 ; 54 : 911-7.

### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

*Objectif principal :*

N° 63 : Diagnostiquer un syndrome confusionnel, un état dépressif, un syndrome démentiel, une maladie d'Alzheimer chez une personne âgée. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de la patiente.



### DIFFICULTÉ

1 LION/3



# Cas clinique transversal n°23

Une femme de 84 ans est hospitalisée à la suite d'une chute à domicile avec impossibilité de se relever.

Depuis sa retraite, veuve, sans enfant, elle vivait seule chez elle avec un confort limité (pas de chauffage automatique, pas de salle de bains). Elle sortait rarement.

Le début de l'hospitalisation est difficile avec une désorientation importante (oubli du scénario ayant conduit à l'hospitalisation), avec une agitation et surtout des périodes d'agressivité verbale. Il a été nécessaire de prescrire systématiquement une association tiapride-méprobamate répartie sur les 24 heures. L'examen montre une marche à petits pas sans signe d'atteinte pyramidale ; il existe des fuites urinaires nécessitant une protection.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Donnez les principaux syndromes gériatriques dont souffre la patiente.

**Question n°2 :** Le scanner montre une importante dilatation des cavités ventriculaires sans atrophie corticale importante. Le ralentissement intellectuel paraît certain, car après plusieurs jours d'observation dans le service, une fois moins agressive, on constate qu'elle ne comprend pas facilement les explications, qu'elle a des oublis à mesure, des difficultés dans le calcul mental simple (alors qu'elle était fleuriste). Quel diagnostic doit-on évoquer ?

**Question n°3 :** Une indication de PL soustractive est posée. Elle refuse ce traitement. Que faut-il faire ?

**Question n°4 :** En tenant compte de ce refus, on se demande si un retour à domicile est envisageable et on demande à la neuropsychologue du service de faire un bilan des fonctions congestives ; elle refuse les tests. Peut-on se contenter de la situation ?

**Question n°5 :** Après 4 semaines d'hospitalisation, elle se rend compte de ses difficultés et elle envisage de rentrer dans une maison de retraite, mais elle ne connaît personne qui vit dans un établissement et ce projet lui fait peur. Il n'y a pas d'entourage proche pour pouvoir l'aider sur le plan administratif et financier. Par moment, elle réclame de rentrer chez elle, sachant qu'auparavant elle n'avait jamais accepté les aides professionnelles que voulait mettre en place son médecin de famille. Quelle conduite adopter ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**25 points**

Impossibilité de se relever du sol après une chute (syndrome de la tortue) .....	5
Confusion aiguë déclenchée par le stress de l'hospitalisation .....	5
Soutien à domicile inadéquat avec précarité .....	5
Fuites urinaires .....	5
Confinement progressif à domicile .....	5

## Question n°2

**20 points**

Le tableau est compatible avec une HPN (hydrocéphalie à pression normale) : .....	5
◦ troubles de la marche : à petits pas .....	5
◦ fuites urinaires .....	5
◦ ralentissement intellectuel .....	5

## Question n°3

**20 points**

Une PL est un geste invasif : .....	5
◦ le consentement est nécessaire .....	5
◦ il doit être éclairé .....	5
◦ lorsqu'il existe des troubles, il faut solliciter la personne de confiance .....	5

## Question n°4

**15 points**

Il faut tout de même évaluer l'importance des troubles cognitifs pour organiser le retour à domicile .....	5
Le refus d'examen neuropsychologique pose un problème éthique, car ce refus gêne la qualité de la prise en soin .....	5
Il est possible d'évaluer indirectement les capacités instrumentales par le biais d'une ergothérapeute .....	5

## Question n°5

**20 points**

On ne peut s'opposer formellement à un retour à domicile .....	10
Une épreuve de réalité est souvent la seule solution devant un refus de rentrer en établissement .....	5
Une mesure de protection juridique n'apporte pas de solution pour le refus d'aide .....	5



### RÉFÉRENCES

La personne âgée malade. Particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques.  
Debray M, Broteau C. Rev Prat 2005 ; 55 : 217-23.



### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

*Objectif principal :*

N° 59 : Décrire les particularités sémiologiques physiques et psychiques de la personne âgée malade.



### DIFFICULTÉ

2 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°24

Un homme de 78 ans, veuf, sans enfant, a été hospitalisé pour une hémiplégie droite d'origine ischémique (de siège capsulo-lenticulaire gauche au scanner) dans le contexte d'une AC/FA. Lors de la prise en charge en rééducation, il était désorienté avec une plégie importante proportionnelle, une incontinence et des troubles intermittents de l'alimentation (alimentation mixée).

Trois mois après, sur le plan fonctionnel, il a de la difficulté à assurer ses transferts et une spasticité du membre supérieur oblige le port régulier d'une attelle au membre supérieur.

Il est gêné par une surdité de perception bilatérale et surtout une baisse de l'acuité visuelle associant une DMLA avec cataracte. Le MMS est à 24/30.

## QUESTIONS

**Question n°1 :** Évaluer le niveau d'autonomie fonctionnelle.

**Question n°2 :** Il développe un mal psychique avec une agressivité avec l'équipe (agressivité gestuelle lors de la toilette, critique sur les soignants avec vision dichotomique entre les bons et les méchants soignants, sentiment d'être malmené et incompris), désintérêt, pleurs. Il se dit « foutu » en raison de la perte de son autonomie. Quel diagnostic évoquer ?

**Question n°3 :** La mise sous AVK a déclenché des mélénas qui ont fait découvrir un adénocarcinome de la charnière rectosigmoïdienne (Hartmann dans un premier temps, puis rétablissement de la continuité 3 mois après). L'échographie cardiaque montre une hypokinésie segmentaire (latérale) avec une dilatation de l'oreillette gauche qui justifie le maintien des AVK au long cours. Faut-il dans ce cas particulier maintenir les AVK ?

**Question n°4 :** On dit se résoudre à une entrée en USLD (long séjour) ; il se met à chuter plusieurs fois par semaine en voulant aller seul aux toilettes à partir de son fauteuil roulant ou en sortant de son lit ; il dit vouloir faire attention et appeler pour se faire aider, mais concrètement, il se met systématiquement en danger et fait des chutes. Fallait-il mettre une contention pour éviter une fracture ?

**Question n°5 :** Aucune conduite stricte n'est mise en place et lors d'une nouvelle chute, il se fracture le col fémoral droit ; il est mis en place une prothèse totale de la hanche droite. Le MMS postopératoire est à 19/30. Malgré toutes nos recommandations de prudence qu'il semble comprendre, il continue à vouloir faire quelques pas et à tomber. Que faut-il envisager ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**25 points**

Ce patient a une perte d'autonomie persistante non totalement réversible après rééducation :

.....	5
• transfert lit-fauteuil, transfert assis-debout non faits .....	4
• besoin d'aide pour la toilette, l'habillage .....	4
• besoin d'aide pour les déplacements intérieurs et extérieurs .....	4
• communications à distance gênées par une déficience auditive et visuelle .....	4
• cohérence et orientation à vérifier, car MMS à 24/30 .....	4

## Question n°2

**20 points**

On évoque un état dépressif :

• souffrance morale .....	5
dévalorisation de soi .....	5
• désinvestissement pour le présent et le futur .....	5
• agressivité réactionnelle, car il se croit incompris .....	5

## Question n°3

**20 points**

Oui, le traitement par AVK est formellement indiqué en prévention secondaire, car il y a déjà eu un embol (un scanner de contrôle est justifié) .....	5
Il persiste un risque élevé avec la dilatation cardiaque trouvée à l'échographie .....	5
En période de mélénas, arrêt transitoire après avoir vérifié l'absence de surdosage ...	5
Après le traitement chirurgical, maintenir un INR entre 2 et 3 .....	5

## Question n°4

**15 points**

Non, une contention pour prévenir des chutes est une mauvaise solution .....	5
On ne peut éviter totalement une prise de risque par le patient .....	5
Il faut réfléchir à l'aménagement de son environnement : barres de maintien, mousse de protection .....	3
On peut prescrire des protecteurs de hanche .....	2

## Question n°5

**20 points**

Le patient a des difficultés de compréhension [MMS 19/30] qui gêne l'observance des consignes .....	5
La période postopératoire est critique pour éviter une luxation de prothèse ou même une nouvelle fracture .....	5
La réflexion éthique doit être menée en équipe .....	5
Une contention prescrite par le médecin par écrit, avec des horaires précis lorsqu'il est sous surveillance, est justifiée .....	5

### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 64 : Dépister les facteurs de risques de perte d'autonomie et argumenter les mesures préventives à mettre en œuvre.

### DIFFICULTÉ

3 LIONS/3

# Cas clinique transversal n°25

Un homme de 87 ans est suivi pour une insuffisance respiratoire obstructive sévère corticodépendante depuis 25 ans. Il est réhospitalisé pour une température à 38,5 °C avec expectorations sales. À l'entrée, la fréquence respiratoire est à 18 avec des ronchi et des sibilances dans les 2 champs pulmonaires. La saturation sous air est à 85 %.

Son traitement habituel est prednisolone 10 mg/j (Solupred®) ; solmétérol 50 µg 2 fois/j (Serevent diskus® = β-2 stimulant d'action prolongée) ; théophylline LP 200 mg × 2/j (Théostat®) - digoxine 0,25 mg 1 cp/j.

Le bilan d'entrée est : GB 11 500/mm<sup>3</sup> (86 % neutrophiles) ; GR 4 600 000/mm<sup>3</sup> ; hémoglobine 13,5 g/dL ; protéine C réactive 86 mg/L ; urée 12,5 mmol/L ; créatinine 85 µmol/L ; uricémie 520 µmol/L ; glycémie à jeun 5,2 mmol/L ; K 4,1 mmol/L ; Na 142 mmol/L.

## QUESTIONS

**Question n°1** : Quelle est la conduite à tenir immédiate ?

**Question n°2** : La station debout est devenue impossible ; il existe une amyotrophie majeure diffuse avec un périmètre des mollets à 26 cm de chaque côté. Comment explique-t-on la perte d'autonomie, sachant que son poids est de 51 kg pour 1,70 m ?

**Question n°3** : Le patient est très anorexique ; il se plaint de nausées ; les apports alimentaires estimés couvrent 60 % des apports énergétiques requis ; les apports complémentaires faits à l'entrée vous arrivent au bout de quelques jours avec une théophyllinémie à 47 mg/L (N 10-20 mg/L), une digoxinémie 2,5 µg/L (N < 1,2), une cortisolémie à 8 h < 25 mmol/L (N 190-690) et à 20 h = 52 mmol/L (56 à 248), une TSH à 3,5 mUI/L. Comment peut-on expliquer l'anorexie ?

**Question n°4** : Faut-il ajuster la posologie des médicaments en tenant compte de la corpulence, de son état rénal et surrénalien ?

**Question n°5** : Au 5<sup>e</sup> jour, la température s'élève à nouveau à 38,2 C° ; la cheville gauche est douloureuse ; le patient a des antécédents de goutte et l'allopurinol avait été arrêté à l'entrée. Que faut-il entreprendre ?

**Question n°6** : Le patient ne souffre pas de troubles cognitifs (MM 28/30). La famille s'inquiète de sa maigreur et les tentatives de suppléments oraux se heurtent à un refus en raison de son dégoût pour les aliments. Faut-il envisager la mise en place d'une sonde de gastrostomie (argumenter) ?

# RÉPONSES

## Question n°1

**15 points**

Poussée de surinfection bronchique nécessitant :

- antibiothérapie de type amoxicilline-acide clavulanique (Augmentin®) 3 g/j IV ..... 3
- aérosol de sérum physiologique ± avec bronchodilatateur 2 à 3 fois/j ..... 2
- intensification de la corticothérapie : ..... 3
  - de type méthylprednisolone (Solumédrol®) 60 mg/j dégressif
- kinésithérapie pour aider l'expectoration ..... 3
- hydratation IV avec apport en sel ..... 2
- oxygénothérapie à faible débit 2 L/min avec surveillance de saturation d'oxygène avec un saturomètre au doigt ..... 2
- Surveillance itérative de la gazométrie à la recherche d'une poussée d'hypercapnie ... 5

## Question n°2

**15 points**

- Dénutrition chronique ..... 5
- Amyotrophie cortisonique ..... 5
- Rôle surajouté de l'hypercatabolisme musculaire dans le cadre du tableau infectieux aigu ..... 5

## Question n°3

**10 points**

Anorexie multifactorielle :

- hyperthermie ..... 2
- immobilisation au lit ..... 2
- antibiothérapie (dyspepsie) ..... 2
- rôle anorexigène du surdosage en digoxine ..... 2
- nausées sous l'action de la théophylline ..... 2

## Question n°4

**15 points**

- L'amyotrophie contribue à abaisser la créatinine sérique. Avec la formule de Cockcroft, l'estimation de la filtration glomérulaire est < 40/min ; il faut réduire la posologie de digoxine ..... 5
- De même, il faut réduire la posologie de la théophylline au vu du taux résiduel (métabolisme hépatique avec variation importante de la vitesse de métabolisme d'un individu à l'autre) ..... 5
- Compte tenu du taux bas de la cortisolémie, ajuster l'apport en sel et rajouter de l'hydrocortisone 20 mg à 30 mg/j répartie au cours de la journée pour éviter une poussée d'insuffisance surrénale ..... 5

## Question n°5

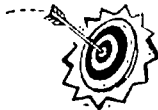
**15 points**

- L'arthrite microcristalline aiguë nécessite un traitement car : ..... 5
  - ATCD de goutte ..... 2
  - notion d'hyperuricémie importante ..... 2
  - colchicine (2 cp 2 jours, puis 1 cp 7 jours par exemple). ..... 3
  - reprise allopurinol (Zyloric®) 100 mg dès le 3<sup>e</sup> jour ..... 3

**Question n°6**

**25 points**

La sonde de gastrostomie paraît éthiquement justifiée : .....	5
↳ l'apport oral ne suffit pas à corriger la dénutrition – la dénutrition est curable ....	5
↳ le patient est capable de donner son consentement éclairé .....	5
↳ la reprise d'autonomie est possible après l'épisode aigu. Elle sera aidée par un meilleur équilibre nutritionnel .....	5
↳ la décision de poser la sonde nécessite une concertation (avantage – inconvénient – durée) avec le patient et sa famille .....	5



**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

*Objectif principal :*

N° 59 : Définir le raisonnement thérapeutique en gériatrie et citer les principales règles générales de prescription chez le sujet âgé.



**DIFFICULTÉ**

3 LIONS/3

# Psychiatrie – Gériatrie

## 50 questions

### SPÉCIALITÉS

#### Psychiatrie

	NUMÉROS DES CAS CLINIQUES	PAGES
• Addiction et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage	22	81
• Agitation et délire aigu	24	87
• Dossier médical. L'information du malade. Le secret médical	4, 7	23, 33
• Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office	1, 8, 11, 12, 16, 18, 21	13, 36, 45, 49, 62, 69, 78
• Prescription et surveillance des psychotropes	5, 9, 13, 14, 25	27, 38, 53, 56, 90
• Relation médecin-malade	6	30
• Trouble de l'humeur. Psychose maniaco-dépressive	23	84
• Troubles anxieux et troubles de l'adaptation	2, 10, 15, 17, 19	16, 42, 59, 66, 72
• Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte	20	75
• Troubles du comportement de l'adolescent	3	19

#### Gériatrie

• Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de l'évolution vis-à-vis d'un trouble nutritionnel chez le sujet âgé	1	97
• Argumenter le caractère de gravité des chutes et décrire la prise en charge	10, 15	128, 145
• Décrire les particularités sémiologiques physiques et psychiques de la personne âgée malade	4, 8, 12, 18, 23	108, 121, 134, 156, 170
• Définir le raisonnement thérapeutique en gériatrie et citer les principales règles générales de prescription chez le sujet âgé	17, 21, 25	153, 165, 174
• Dépister les facteurs de risque de perte d'autonomie et argumenter les mesures préventives à mettre en œuvre	13, 20, 24	138, 162, 172
• Diagnostiquer les principales localisations de l'arthrose	9	125
• Diagnostiquer les troubles de la marche et de l'équilibre chez le sujet âgé	5, 6, 14	110, 113, 142
• Diagnostiquer un syndrome confusionnel, un état dépressif, un syndrome démentiel, une maladie d'Alzheimer chez une personne âgée.	2, 3, 7, 11, 19, 22	100, 104, 116, 131, 159, 168
• Évaluer le niveau d'autonomie et de dépendance du sujet âgé	16	149

*Les questions ont été volontairement placées dans un ordre aléatoire.*





## **PARU DANS LA MÊME COLLECTION**

### **Urgences - Réanimation - Anesthésie - Douleur**

J.-J. Lehot, F. Bonhomme

### **Médecine du travail – Neurologie**

F. Deschamps, V. Desestret, J. Honnorat

### **Rhumatologie – Endocrinologie**

R. Chapurlat, F. Borson-Chazot

### **Gynécologie-Obstétrique – Traumatologie**

R.-C. Rudigoz, C. Huissoud, S. André, M. Freysz

### **Chirurgie maxillofaciale et stomatologie – ORL – Ophtalmologie**

A. Gleizal, J.-L. Béziat, O. Merrot, J.-C. Pignat, C. Burillon

### **Cancérologie et Oncohématologie – Hépatogastroentérologie**

J.-P. Droz, G. Freyer et l'AJORA, Ph. Merle, C. Trepo

### **Pédiatrie**

E. Javouhey, A. Barats, A. Belot, D. Floret

### **Chirurgie générale et cardiovasculaire – Pneumologie**

R. Hénaine, T. Sassard, E. Voiglio, P.-J. Souquet, M. Coudurier, L. Odier

### **Dermatologie – Médecine physique et réadaptation – Orthopédie**

D. Jullien, G. Rode, J. Luauté, Ph. Neyret, S. Lustig, A. Pinaroli

### **Néphrologie – Urologie – Nutrition et diabète**

M. Laville, C. Chauvet, J.-P. Fauvel, D. Fouque, F. Guebre-Egziabher, A. Jolivot, L. Juillard, A. Ruffion, P. Perrin, Ph. Moulin

### **Psychiatrie – Gériatrie**

L. Daligand, H. Claudel, C. Gensollen, G. Giret, D. Johannet, M. Lavie, F. Limosin, C.-L. Charrel, V. Fruntes, B. Hübsch, E. Tran, R. Gonthier, O. Beauchet

## **À PARAÎTRE DANS LA MÊME COLLECTION**

### **Cardiologie – Lecture d'ECG**

F. Delahaye, V. Cart-Régal, F. Salerno, R. Hénaine, T. Sassard

### **Hématologie**

C. Négrier, F. Nicolini, G. Salle

### **Urgences – Médecine légale – Santé publique**

R. Ducluzeau, L. Fanton, D. Malicier, F. Tissot Guerraz

### **Infectiologie – Parasitologie**

C. Chidiac, M.-A. Piens

### **Lecture critique d'articles**

P. Nony, F. Noël-Baron

*Ces ouvrages sont disponibles dans toutes les librairies spécialisées. Pour connaître le point de vente le plus proche de chez vous appelez le 01 76 73 37 12.  
Retrouvez-les également sur le site [www.arnette.fr](http://www.arnette.fr)*