

RSCA 3

I Exposé de la situation clinique

-Je reçois une femme de 75 ans transférée du service d'endocrinologie pasteur dans mon service de gériatrie. Cette patiente hospitalisée suite à un surdosage en AVK avec un INR à 16 : normalisation en endocrinologie.

En étudiant son dossier je m'aperçois que c'est une patiente polypathologique et polymédiquée.

-Il s'agit d'une patiente artéritique présentant une artériopathie oblitérante des membres inférieurs avec ulcères de jambes très douloureux, ancienne tabagique présentant une BPCO sévère nécessitant une oxygénothérapie nasale longue durée. Porteuse d'un pacemaker pour cardiomyopathie obstructive, hypertendu est diabétique non insulino dépendante connue depuis trois ans actuellement insulino requérant.

-Le motif de son entrée est un soin de suite dans le cadre de la prise en charge de ces ulcères de jambes qui la font beaucoup souffrir « à en dormir debout » et qui l'empêche de se déplacer.

-Lors de mon examen je retrouve une patiente en mauvais état général, incurique et revendicative quant aux soins à lui apporter.

Elle dit avoir été mal prise en charge dans le précédent service et ne souhaite pas rester hospitalisée. J'apprends qu'elle vit à la maison avec un ami et avec ses neuf chats qui lui manquent beaucoup.

-Cliniquement on retrouve effectivement une artériopathie des membres inférieurs avec disparition des pouls distaux et des pieds violacés. Les ulcères paraissent être de type artériel et sont spontanément très douloureux.

-Lors de notre bilan, nous retrouvons une patiente dénutrie avec une albuminémie à 31 grammes par litre et une pré albumine à 0,09 grammes par litre.

Un bilan thyroïdien demandé face à la présence d'un goitre palpable montre une T4 libre à 56,2 signant une hyperthyroïdie nécessitant un traitement avant de pouvoir réaliser une artériographie des membres inférieurs avant dilatation bilatérale des artères fémorales profondes.

-Malgré les soins et l'amélioration de l'état cutané madame X. reste opposante, refuse les aides à domicile proposé par notre service (H.A.D) par peur que l'on trouve son logement insalubre. Elle sort donc sur décharge fin janvier et va retrouver ses chats malgré la mise en garde quant à la nécessité de soins réguliers dans un milieu propre.

-Un mois plus tard, retour dans notre service après un passage aux urgences pour nouvelle aggravation de l'état cutané et douleurs intenses . Lors de son passage aux urgences un avis vasculaire indique que le seul traitement possible face à la gravité des lésions est l'amputation bilatérale. Traitement catégoriquement refusé par la patiente.

-Face à la déception de l'équipe soignante suite à la sortie avec refus des aides, chez une longue discussion avec elle et sa famille quant à la nécessité de compliance aux soins mais de la difficulté à guérir ces ulcères malgré une bonne prise en charge.

-Dans le cadre du traitement il est décidé de tenter de lui poser un dispositif veineux implantable car son état nutritionnel s'était encore aggravé avec une albumine maintenant à 26 grammes par litre et ne pouvant laisser espérer une amélioration de l'état cutané.

La patiente d'abord coopérante, refuse le jour venu la pose du dispositif veineux implantable, s'ensuit alors une longue discussion entre elle, le chirurgien et le médecin du service.

Elle persiste dans son refus Malgré toutes les explications concernant la gravité son état et la nécessité de ce procéder pour essayer d'améliorer les choses.

-À son retour, discussion avec son ami et son fils pendant laquelle il leur est expliqué que devant la situation précaire et le refus de soins de madame X. rendaient tout traitement curatif impossible.

-Donc la suite de la prise en charge est une prise en charge palliative avec augmentation progressive du traitement antalgique par morphinique jusqu'à l'analgésie. Il est décidé de garder la patiente dans le service plutôt que de la faire rentrer en H.A.D.

II points marquants de cette observation

femme 75 ans
surdosage en avk
polymédiquée polypathologique
dénutrition importante
AEG+++
arteriopathie stade 4
ulcères hyperalgiques
problème social
insalubrité
prise en charge palliative

III questions posées par ce cas clinique:

traitement par AVK mise en route, surveillance, équilibration
évaluation de l'état nutritionnel
artériopathie des membres inférieurs classification, prise en charge
traitements antalgiques stratégies thérapeutiques
morphine manipulation
fin de vie et éthique
relation médecin malade

1 évaluation de l'état nutritionnel

Enquête diététique : il faut avant tout évaluer le degré de nutrition de la PA.

- Les revenus permettent-ils l'achat d'aliments variés ?
- Evaluer les capacités d'approvisionnement : qui fait les courses, qui choisit les aliments ?
- Qui fait les repas ?
- Les aliments apportent-ils protides, calcium, et vitamines en quantité suffisante ?
- La conservation des aliments garantit-elle l'intégrité des vitamines ?

- Combien de repas, horaires ?
- Quelle quantité est consommée aux repas ?
- Capacité de prendre ses repas sans aide : seul ou en compagnie ?
- Evaluer les préférences alimentaires, origines culturelles, convictions religieuses.
- La notion de " plaisir de manger " existe-t-elle ? Existe-t-il des repas de fêtes, en famille ?
- Quelle est la quantité d'eau bue quotidiennement ?

. Rechercher les facteurs favorisant la dénutrition.

- Apprécier l'état dentaire et muqueux de la bouche : mycose, gingivite, traumatisme lié aux appareils défectueux, examiner la bouche sans appareil.
- Evaluer la déglutition : fausses routes, toux, suffocation, dysphagie.
- Rechercher une constipation et un fécalome (TR).
- Rechercher une plaie, un escarre.
- MMS, autonomie fonctionnelle, humeur.

. Rechercher des signes même minimes de dénutrition.

- **Surveillance du poids, avoir un poids de référence.**
- Diminution ou modification de l'appétit.
- Asthénie, anorexie, apathie, allure dépressive, troubles de la mémoire ou des fonctions supérieures, satiété précoce, nausées.
- TA couchée debout (déshydratation et dénutrition sont souvent liés).
- Sécheresse de la peau, retard à la cicatrisation.

12 signes d'alerte : 1 ou plusieurs de ces situations peuvent évoquer une dénutrition

- Perte de 2 kg dans le dernier mois ou de 4 kg dans les 6 derniers mois.
- Albuminémie < 35 g/l
- 2 repas / j
- Régime
- Revenus insuffisants ou mal utilisés
- Perte d'autonomie physique ou psychique
- Problèmes bucco-dentaires
- Troubles de la déglutition
- Veuvage, solitude, état dépressif
- Constipation sévère
- > 5 médicaments/j
- Toute maladie.

Les éléments de surveillance cliniques et paracliniques

- **Poids** : Prendre un poids de référence, surveiller régulièrement le poids.
- **Evaluer l'importance de l'amaigrissement** :
 - $(\text{pds usuel} - \text{pds actuel}) / \text{pds usuel} = \% \text{ amaigrissement}$
 - valeur pronostique
 - si % amaigrissement > 10% du poids en 6 mois : dénutrition.
- **IMC indice de masse corporelle** : en cas d'absence de poids usuel de référence.
- poids actuel en kilos/ taille au carré (on choisit la taille à l'age adulte, avant régression) (carte d'identité)

- la distance talon-genou estime la taille :

homme : $64,19 + (2,02 \times \text{hauteur en cm}) - (0,04 \times \text{age})$

femme : $84,88 + (1,83 \times \text{hauteur en cm}) - (0,24 \times \text{age})$

- dénutrition si baisse de 7,5 % du PC en 3 mois ou de 5% en un mois (avec la pesée mensuelle).
- **Pli cutané** : tricipital, bicipital, sous scapulaire, supra iliaque : pour chaque pli 3 mesures à moyenne des 3 mesures.
 - Très opérateur-dépendant.
- **Circonférence musculaire** : reflète la masse maigre. Au milieu du bras, entre l'acromion et l'olécrane.
- **Impédancemétrie bioélectrique** : utilisé en recherche nutritionnelle, voie d'avenir.
- **Mesure la composition corporelle,**
 - Plus fiable que certaines mesures cliniques : pds, taille pas toujours faciles à obtenir.
- Une dénutrition sévère peut être masquée par des oedèmes ou une masse grasse conservée ou augmentée.

La surveillance biologique.

- **Albuminémie** :
 - 1/2 vie 20 jours (il faut attendre 20 jours pour juger de l'efficacité d'une renutrition)
 - 35 à 45 g/l
 - dénutrition si $< 35 \text{ g/l}$
 - pas toujours spécifique : fausse augmentation ou N si déshydratation, fausse diminution si hyperhydratation, oedèmes., hypercatabolisme (syndrome inflammatoire).

- Prédicatif du pronostic
- **Préalbumine :**
 - 1/2 vie 2 jours
 - Intérêt pour le suivi d'une renutrition.
 - Pas d'intérêt dans le dépistage.
 - L'hypercatabolisme diminue la préalbumine,
 - L'insuffisance rénale augmente la préalbumine.
- **Protéines de l'inflammation : CRP et orosomucoïde**

à PINI : évalue le risque de complication

- $CRP \text{ (mg/l)} \times \text{orosomucoïde (mg/l)} / (\text{Alb. (g/l)} \times \text{préalb. (mg/l)})$
 - < 10 : risque faible
 - > 20 : risque fort : renutrition urgente
- **Lymphocytes** $< 1500 /\text{mm}^3$ **CD4** $< 400/\text{mm}^3$: dénutrition franche
- **Cholestérol** $< 4 \text{ mmol/l}$: facteur pronostique

Les Critères de sévérité

Cliniques :

- Anorexie > 5 jours ($< 50\%$ de ses repas habituels)
- Retentissement sur l'autonomie fonctionnelle ou baisse de la FM
- Retentissement sur les fonctions cognitives et l'humeur
- Altération de la peau, retard de cicatrisation, baisse de l'immunité.

Biologiques :

- **Dénutrition**

- modérée si $30 < \text{Alb} < 35$
- moyenne à sévère si $25 < \text{Alb} < 30$ dans mon cas
- sévère si $\text{Alb} < 25$
- **Risque de complication**
 - faible si $\text{PINI} < 10 \%$
 - modéré si $\text{PINI} 10 \text{ à } 20 \%$
 - élevé si $\text{PINI} 20 \text{ à } 30 \%$

MINI NUTRITIONNAL ASSESSMENT (MNA)

- C'est une échelle d'évaluation élaborée et évaluée : souple et rapide, facilement praticable en ville.
- MNA dépistage : 5 minutes : 6 questions : évalue les sujets à risque.
- MNA complet : 15 minutes : si $<$ ou $= 11$: identifie les sujets à risque déjà malnutris.

EN PRATIQUE

- Peser régulièrement les personnes âgées et avoir un poids de référence.
- Faire un MNA de dépistage au moindre doute.
- Si score de dépistage $<$ ou $= 11$: poursuivre le MNA complet.
- Si $\text{MNA} <$ ou $= 23,5$: remplir une grille d'évaluation alimentaire.
- Si $\text{MNA} <$ ou $= 23,5$ et apports alimentaires $< 1\ 500$ kcal/j : pratiquer un bilan biologique (albuminémie et CRP).
- Si $\text{MNA} <$ ou $= 17$ et apports alimentaires $< 1\ 500$ kcal/j et hypoalbuminémie sévère : discuter l'hospitalisation.
- Mettre en route une renutrition rapidement :

- Orale si possible : régime hypercalorique et hyperprotidique avec suppléments diététiques si besoin.
- Entérale si la dénutrition est sévère (albuminémie < 25 g/l), et/ou la renutrition orale est insuffisante ou impossible

2 -utilisation des morphiniques et leur titration

La titration consiste à injecter à intervalle régulier de petites doses de morphiniques (par voie IV), jusqu'au soulagement du patient algique. Cela signifie que la concentration plasmatique de morphiniques est suffisante et il va falloir la maintenir en prenant le relais par voie orale, sous-cutanée ou encore par PCA.

Après l'injection de la première dose, le début de l'action apparaît en 5 minutes et le pic d'action survient à 20 minutes. Il y a donc un effet cumulatif et progressif des injections suivantes : il faut donc garder à l'esprit qu'après chaque injection le pic d'action surviendra au bout 20 minutes .

Cette technique est très utilisée pour la douleur post-opératoire, mais on peut l'employer pour tous les patients nécessitant des antalgiques de palier 3.

PRECAUTIONS A PRENDRE:

- surveillance constante (45 minutes après la dernière injection)
- état hémodynamique correct (risque de démasquer une hypovolémie)
- surveillance de la saturation en O2 (elle doit rester normale sans apport d'O2 > 1 à 2 l/min)
- disposer de Narcan et du chariot d'urgence (matériel de ventilation)

[Il est souhaitable d'apprendre la technique en salle de réveil.](#)

EN PRATIQUE :

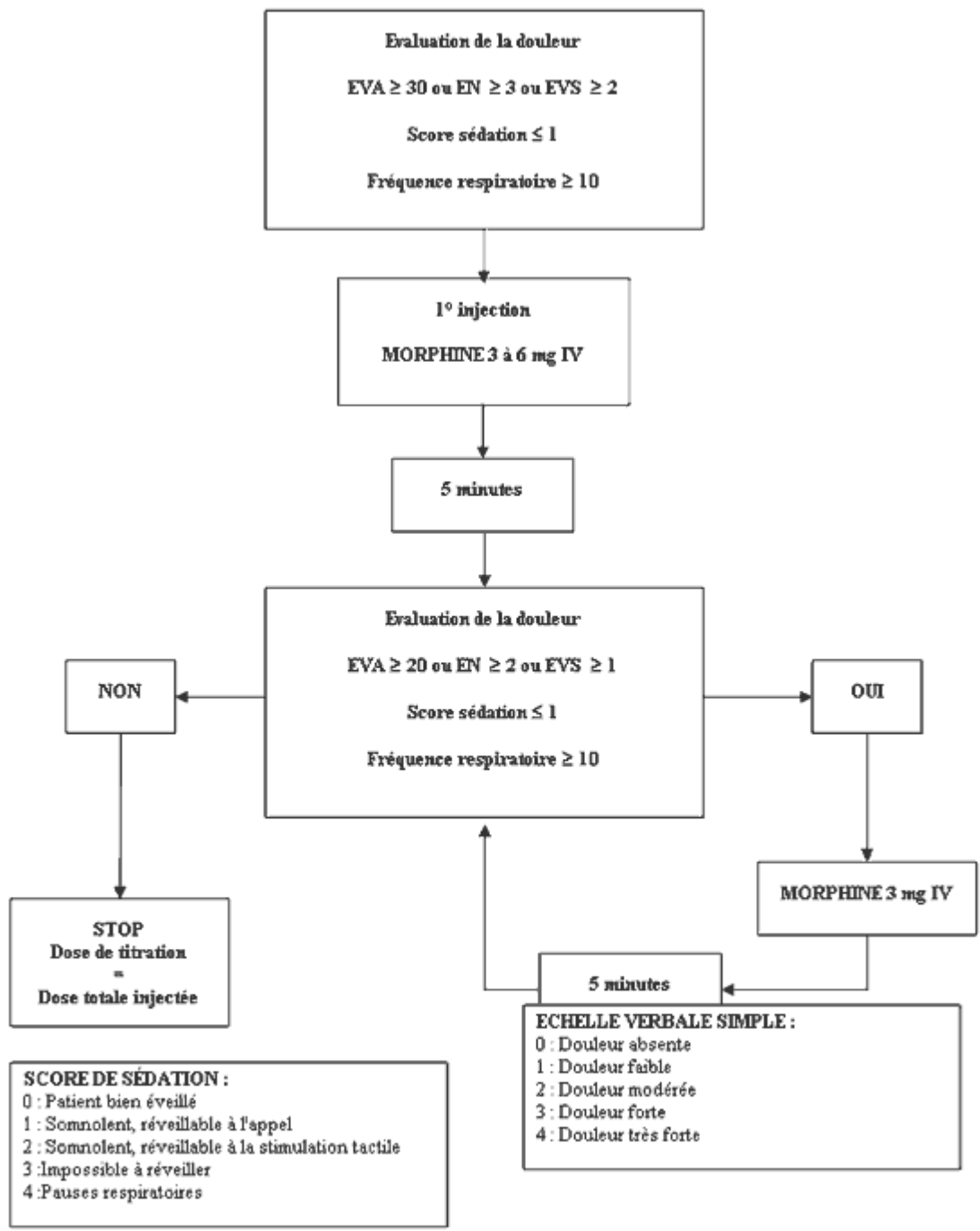
On utilise des doses de 3 mg de morphine IV toutes les 5 minutes chez le patient de moins de 65 ans et 2 mg de morphine IV toutes les 5 minutes chez le patient de

plus de 65 ans.

VOIE ORALE :

Il est également possible de titrer une douleur chronique par voie orale, en donnant 10 mg de morphine buvable toutes les 3 à 4 heures jusqu'au soulagement , puis de prendre le relais par des comprimés de morphine d'action prolongée (12 à 24 heures) ou encore par le fentanyl transdermique.

TABLEAU PRATIQUE



3 indications d'instauration d'un traitement par AVK et précautions d'emploi chez les sujets âgés

Surveillance biologique et adaptation posologique

Le test biologique adapté est la mesure du temps de Quick exprimé en INR.

Le temps de Quick permet d'explorer les facteurs II, VII, X qui sont déprimés par les antivitamines K.

Le facteur IX, lui aussi déprimé par les antivitamines K, n'est pas exploré par le temps de Quick.

L'INR ou International Normalized Ratio est un mode d'expression du temps de Quick, qui tient

compte de la sensibilité du réactif (thromboplastine) utilisé pour réaliser le test.

Ce mode d'expression réduit les causes de variabilité inter-laboratoire et permet une meilleure

surveillance du traitement, que l'ancien taux de prothrombine (TP).

En dehors de tout traitement par **AVK**, l'INR d'un sujet normal est de 1.

Dans la majorité des situations (cf tableau ci-dessous), un INR compris entre 2 et 3 avec une valeur

cible de 2,5 est recherché, ce qui signifie que :

- l'INR idéal vers lequel il faut tendre est de 2,5,
- un INR inférieur à 2 reflète une anticoagulation insuffisante,
- un INR supérieur à 3 traduit un excès d'anticoagulation.

Dans tous les cas, un INR supérieur à 5 est associé à un risque hémorragique

excessif.

Rythme des contrôles biologiques.

Le premier contrôle doit s'effectuer dans les 48 +/- 12 heures après la première prise d'antivitamine

K, pour dépister une hypersensibilité individuelle : un INR supérieur à 2 annonce un surdosage à

l'équilibre et doit faire réduire la posologie.

Le deuxième contrôle s'effectue en fonction des résultats du premier INR, pour apprécier l'efficacité

anticoagulante (selon les cas entre 3 à 6 jours après la première prise).

Les contrôles ultérieurs doivent être pratiqués tous les 2 à 4 jours jusqu'à stabilisation de l'INR, puis

avec un espacement progressif jusqu'à un intervalle maximal de 1 mois. L'équilibre du traitement

n'est parfois obtenu qu'après plusieurs semaines.

Après un changement de posologie, le premier contrôle doit être fait 2 à 4 jours après une

modification de dose, les contrôles doivent être répétés jusqu'à stabilisation tous les 4 à 8 jours.

principales indications:

INDICATIONS CLINIQUES	INR
- Préventions primaire et secondaire des thromboses veineuses - Chirurgie à haut risque thrombotique - Traitement secondaire des thromboses veineuses et des embolies pulmonaires - Prophylaxie des embolies systémiques - Prothèse cardiaque tissulaire, valvulopathie, infarctus du myocarde, fibrillation auriculaire,	2 à 3

valve aortique	
- Prothèse valvulaire mécanique (haut risque)	2,5 à 3,5 aux USA
- Thrombose associée à des antiphospholipides	3 à 4,5 en Europe

4 Prise en charge palliative principes généraux

Circulaire DGS/DHOS/DGAS/DSS n° 2001-139 du 14 mars 2001

Le projet de prise en charge formalise l'ensemble des soins cliniques, psychologiques et sociaux que l'état du patient nécessite. Le médecin et l'équipe paramédicale l'élaborent en commun. Il sera actualisé tout au long de l'évolution de la maladie par le médecin traitant en concertation avec le médecin hospitalier, le médecin coordonnateur de l'HAD, le cas échéant et l'équipe soignante intervenant auprès du patient.

Le service social évalue les possibilités du réseau familial et social afin de garantir les conditions les plus adaptées de la prise en charge à domicile. Le projet prend en compte les besoins d'aide supplémentaires : aide ménagère, travailleuse familiale, repas à domicile et garde à domicile. Cet aspect doit également être réévalué périodiquement.

La situation du patient et de son environnement familial est évaluée régulièrement pour envisager, si besoin, l'accompagnement psychologique des familles et des malades.

5 Artériopathie des membres inférieurs définitions bilan prise en charge

<i>Stades</i>	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>Ischémie critique</i>
<i>définition</i>	<i>asymptomatique</i>	<i>Claudication intermittente 2 faible sup à 100m 2 fort inf à 100m</i>	<i>Ischémie de repos avec douleurs de décubitus</i>	<i>Ischémie de repos avec troubles trophiques</i>	<i>Dl ischémiques de décubitus persistantes ayant nécessité régulièrement un ttt antalgique</i>
<i>Bilan local</i>	<i>Prise des pressions avec mesure de l'index systolique</i>				
		<i>Echo doppler des mi</i>			
		<i>Artériographie si revascularisation envisagée</i>	<i>Artériographie mi systématique</i>		
			<i>Mesure du retentissement microcirculatoire Tc Po2 si inférieure à 30mm Hg troubles trophiques non cicatrisables</i>		
<i>Bilan général(le pronostic de l'AOMI dépend des autres atteintes de l'athérosclérose)</i>	<i>Coronaire ,cérébral,abdominal,rénal et FDR atherosclérose (diabète lipides)</i>				
<i>traitement</i>	<i>Ttt des FDR tabac sédentarité troubles lipidiques HTA et diabète</i>				
	<i>Aspirine +ou- plavix</i>		<i>Hospitalisation repos antalgiques antithrombotiques anticoagulation efficace ttt vasodilatateur IV praxilène ou torental</i>		
		<i>Vasodilatateur</i>		<i>Ttt des troubles trophiques par détersion manuelle SAT VAT Amputation si gangrène</i>	
<i>Revascularisation</i>		<i>Revascularisation si échec d'un tt médical bien conduit</i>	<i>Revascularisation selon données de l'artériographie : Angioplastie per cutanée Angioplastie chirurgicale (réservée aux sténoses du carrefour) Pontage vasculaire chirurgical La thrombolyse in situ est réservée a l'ischémie aigüe des mi</i>		

IV Synthèse

La prise en charge de cette patiente a vraiment été une prise en charge globale , le patient ne doit pas être considéré comme une simple pathologie .On se rend compte ici que le côté médical a proprement parler ,bien qu'intéressant ,n'était pas le côté le plus important de la prise en charge . En effet a quoi bon traiter quelqu'un qui n'adhère pas au projet de soins ? c est ce qui s'est passer ici malgré une amélioration lors de la première hospitalisation on se retrouve face a un refus du projet social ,projet qui aurait pu a mon sens faire basculer les choses. Cette opposition de la patiente face au projet que nous avons voulu mettre en place a été vécu par l'équipe comme un mépris du travail effectué. En effet plus de 40 minutes pour refaire les soins avec une patiente peu encourageante ,qui se plaignait du service a longueur de journée, tout ça pendant plus d'un mois pour se dire qu'elle refuse les aides mises en place ...Il en a été de même pour moi ,il a été dur d'accepter la décision de cette patiente sachant ce qu'entraînerait probablement un retour à domicile dans de mauvaises conditions d'hygiènes .

Nous abordons là une part psychologique bien connu mais jusqu'alors pour moi seulement théorique : la relation médecin malade et le transfert contre transfert. Lors de sa deuxième hospitalisation, j'étais comme toute l'équipe réticent de devoir reprendre en charge quelqu'un que j'avais pourtant informé un mois auparavant des conséquences catastrophiques du refus des aides . mon incompréhension était d'autant plus grande que c'est elle qui avait souhaité revenir dans notre service plutôt qu'un autre. Les premiers jours après son retour j'étais hésitant à entrer dans sa chambre car j'avais du mal a garder mon objectivité et ne pas tout laisser tomber.

Afin d'éviter un nouvel échec nous avons pris la décision de passer un contrat signé entre la patiente et l'équipe soignante montrant qu'elle accepterait bien les soins à prodiguer .Après un bon début de prise en charge avec une patiente coopérante et adhérente au projet de soins la nécessité d'améliorer son état nutritionnel pour favoriser une cicatrisation des ulcères s'est imposé a nous. Compte tenu de l'échec d'une précédente tentative de pose de sonde nasogastrique nous avons proposer à la patiente et à sa famille la pose d'un DVI permettant une alimentation parentérale dernier recours possible dans une démarche de soins curative. L'information

donner à la patiente et à ses proches a été une étape clé mettant bien l'accent sur le risque vital encouru à court terme en cas de mauvaise prise en charge nutritionnelle. La patiente a dans un premier temps accepté ce DVI et le jour J alors qu'elle était avec le chirurgien elle l'a refusé malgré une longue discussion téléphonique avec le Ph du service. Dès lors ayant épuisé tous les moyens thérapeutiques médicaux à notre disposition et compte tenu du refus de participation de la patiente il a été malheureusement décidé une prise en charge palliative. Ce changement d'orientation bien qu'inéluctable a été difficile psychologiquement cela revenait un peu à baisser les bras après tous les efforts fournis. Encore une fois j'en ai d'abord un peu voulu à la patiente de laisser tomber sa vie et de nous faire subir une prise en charge palliative après tout ce que nous avons fait. Puis au fur et à mesure j'ai commencé comme toute l'équipe à compatir avec ses douleurs et je me suis dit qu'au moins faute de l'avoir guérie il était de notre devoir de lui apporter des soins qui l'apaiseront. Je pense que cette situation clinique m'a ouvert les yeux sur la complexité qu'il peut y avoir à traiter un patient non seulement au niveau médical mais également au niveau humain et qu'il faut parfois mettre de côté ses désirs pour écouter ce que veut réellement la personne que l'on a en face de soi, que l'échec n'est pas forcément dans le palliatif et la réussite dans le curatif. Pour terminer je dirais qu'une écoute du malade et de ses proches est nécessaire à toute prise en charge d'autant plus difficile soit-elle ce avec quoi j'étais déjà d'accord mais dont je suis aujourd'hui intimement convaincu.

Bibliographie

1 Dénutrition : http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf/RA-LIUF-stqdun/ls_file/dénutrition

Sftg paris nord 26 janvier 2001 : l'alimentation des personnes âgées

<http://agmed.sante.gouv.fr>

2 standard des recommandations pour les traitements antalgiques médicamenteux dans les douleurs par excès de nociception : FNLLCC

www.douleur .com

3 <http://www.besancon-cardio.com/>

inter memo cardiologie réanimation éditions vernazobres grego

4 ANAES 2002 :recommandations et modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs ISBN 2-914517-30-0

www.ccne-éthique.fr