



# Urgences

C. Melon, D. Van Pee

---

## *Situation de rupture brutale d'équilibre*

- *physique*
- *mental*
- *social*

## *Données statistiques*

- *15% des gens admis en service d'urgences ont plus de 75 ans ;*
- *75% d'entre eux seront hospitalisés*

## *Spécificités de leur prise en charge en urgence*

- *présentation atypique*
- *perte d'autonomie importante*
- *fréquence des problèmes médicamenteux*
- *pathologies intriquées*
- *ralentissement des mécanismes d'alerte et d'adaptation*

## *Pronostic*

- *moins bon*
- *dépend du degré de dépendance avant l'admission*

## **A. Introduction**

Les entrées en urgence à l'hôpital deviennent de plus en plus fréquentes chez les sujets âgés, voire très âgés et rendus fragiles par leur grand âge et leurs pathologies multiples. Les hospitalisations « programmées » sont assez rares chez ces patients, car de plus en plus les soins de dépendance sont correctement assurés par les équipes travaillant à domicile ou dans les maisons de repos.

L'hospitalisation surviendra donc le plus souvent avec la rupture brutale de l'équilibre d'un état en apparence bien stabilisé.

Environ 15% des gens admis dans les services d'accueil des urgences concernent les plus de 75 ans, et parmi eux, 75% seront hospitalisés, tandis que seulement 30% des plus jeunes devront rester à l'hôpital.

La prise en charge de ces patients comporte des spécificités. La sémiologie clinique garde certes des facettes typiques, mais elle est avant tout rendue atypique par les modifications physiologiques liées au vieillissement, par l'incapacité ou la difficulté du patient à se mouvoir et à fournir son histoire clinique, par l'altération de la perception des signes, par la coexistence de plusieurs affections chroniques et leurs conséquences, ainsi que par les traitements en cours qui, outre leurs effets iatrogènes, altèrent la réponse des mécanismes physiologiques d'alerte.

Les admissions en salle d'urgences et les hospitalisations qui s'ensuivent ne représentent pas, loin s'en faut, tous les cas d'urgences rencontrés chez les personnes âgées par les médecins généralistes.

Le but de notre réflexion sera donc de tenter de dégager quelques idées directrices devant faciliter la prise de décision devant une situation médicale dite d'urgence chez les personnes âgées fragiles.

## B. Définition de la personne âgée fragile

Cette différenciation entre personne âgée « non fragile » et personne âgée « fragile » est difficile et ne repose pas sur des critères précis, même si de nombreux symptômes peuvent nous aider à porter le diagnostic de **syndrome de fragilité**.

La personne âgée devient fragile lorsque aux yeux du médecin qui la soigne, les risques de la voir ne plus récupérer son état antérieur augmentent à chaque « accident de santé » : chutes, infections, épisodes d'anorexie, etc. Cette diminution progressive des capacités de récupération va la conduire à un état de dépendance de plus en plus grand. Il nous paraît impossible de parler d'urgences chez la personne âgée fragile sans avoir posé comme préalable le fait que toute personne âgée en voie de fragilisation, ait dans son dossier des renseignements concernant ce diagnostic d'état de fragilité.

Lorsque le diagnostic de fragilité croissante est posé, il est souhaitable que chez toute personne soit envisagé un projet global de soins dans lequel la qualité de vie est exprimée essentiellement en fonction des aspirations de la personne concernée.

Ce projet doit contenir plusieurs éléments concernant le lieu de vie, le mode de vie, les soignants naturels et professionnels prenant en charge la dépendance. Dans l'élaboration de ce projet entre la personne âgée, ses proches et l'équipe soignante, le médecin traitant joue un rôle primordial. La réflexion sur les attitudes à adopter en cas de situation urgente y a obligatoirement sa place.

Les questions types sont les suivantes

- . Faut-il pratiquer une réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt brutal de ces fonctions ?
- . Faut-il envisager un séjour en Soins Intensifs en cas de besoin ?
- . Faut-il encore envisager une intervention chirurgicale lourde en cas d'urgence ?
- . Faut-il proposer une hospitalisation en cas de pathologie urgente ?

Ces décisions et les réflexions qui les sous-tendent doivent être prises avant la survenue des épisodes aigus. En effet, il est rare que la fragilité s'installe de façon brutale et dans la plupart des cas, il y a moyen de prévoir que les questions de choix thérapeutique lourd vont se poser.

### Questions à réfléchir en dehors du contexte d'urgences afin de préparer des attitudes cohérentes dans les éventualités urgentes

- . Réanimation cardiorespiratoire ?
- . Unité de soins intensifs ?
- . Chirurgie urgente ?
- . Hospitalisation

### Conduite à tenir devant une situation urgente en gériatrie

- . Définir le type d'urgence : médicale, psychologique ou sociale
- . Evaluer le degré de certitude quant à l'évolution
- . S'informer des attentes et volontés du patient
- . Evaluer les risques liés à la comorbidité
- . Apprécier l'impact des décisions possibles sur la qualité de vie

## C. Critères

Sur quels critères se baser pour profiler la conduite à tenir devant une situation d'urgences ?

### a) L'avis du malade

Cet avis est capital, mais tout médecin sait combien cet avis est variable au gré des circonstances. Il est certain que les opinions vont fortement varier au cours de la vie et que les décisions prises à soixante ans n'auront plus cours à quatre-vingt-cinq ans. Même plus, les décisions prises de la façon la plus raisonnée se modifient souvent radicalement devant l'angoisse et la souffrance.

La réflexion du malade est donc importante à connaître mais on doit garder à l'esprit que l'on doit être prêt à en accepter les modifications même les plus imprévues.

b)

Si la réflexion du malade est sujette à des modifications, celle **des proches** est encore bien plus influencée par le caractère souvent « dramatique » de la pathologie urgente. Là encore, il y a lieu d'être extrêmement prudent.

c)

**Les pathologies connexes** bien connues du médecin traitant sont bien sûr une source d'appréciation importante. Faut-il réanimer un patient chez qui l'on connaît des métastases ? Faut-il réanimer un patient dont la fonction myocardique est gravement altérée ?

d)

Les appréciations de **la qualité de vie** sont plus difficiles à faire et ici, l'aide de l'équipe de soignants est très importante. Ce patient dépendant a-t-il encore un espoir de vie de qualité ? Les troubles cognitifs sévères que présente tel autre patient autorisent-ils une réanimation cardiorespiratoire ou une intervention chirurgicale n'ayant pas qu'un but de confort ?

e)

La réflexion sera bien sûr différente suivant la lourdeur et le **caractère de nécessité** de la prise en charge. Nombreuses situations sont parfaitement réversibles. Il y a une différence fondamentale entre la décision d'hospitaliser un patient âgé fragile avec des douleurs abdominales liées à une rétention urinaire aiguë et un patient ayant des douleurs abdominales liées à une rupture d'anévrisme de l'aorte.

f)

Les **données de la littérature** seront souvent d'un grand secours.

On retiendra pour cela deux principes importants :

- . l'âge n'est pas un facteur péjoratif pour le devenir immédiat et le pronostic à court terme des grosses interventions ou des réanimations, mais le bénéfice à moyen terme est beaucoup plus aléatoire chez le sujet âgé par rapport au sujet plus jeune.
  
- . la mortalité et la morbidité postopératoires sont largement plus importantes lors d'interventions en urgence par rapport aux interventions programmées. La différence déjà sensible chez les sujets d'âge moyen devient réellement très importante chez le sujet âgé.

#### Deux catégories d'interventions

- . celles visant à prolonger la vie, même au prix d'un risque élevé
- . celles visant à améliorer la qualité de vie

## D. Affections habituelles

#### Les urgences d'ordre cardiorespiratoire sont :

- . l'arrêt cardiorespiratoire ;
- . le collapsus cardiovasculaire ;
- . la dyspnée aiguë ;
- . les douleurs thoraciques ;
- . les troubles aigus du rythme cardiaque.

La récupération immédiate après réanimation cardiopulmonaire (RCP) chez la personne âgée semble aussi satisfaisante que chez les personnes plus jeunes. L'âge ne constitue pas à lui seul un facteur prédictif indépendant d'une mauvaise récupération neurologique immédiate. Cependant, la mortalité à court terme est plus élevée, et la pertinence d'une RCP doit toujours être évaluée également en fonction des attentes du patient.

Les appels sont fréquents souvent la nuit, et les décisions doivent être prises par des médecins de garde connaissant mal le patient. Il est alors difficile, si les décisions n'ont pas été explicitées précédemment, de choisir entre des

mesures de réanimation ou des mesures de soulagement. De toute façon, la situation devra être étudiée de façon particulière chaque fois.

### **Les chutes et leurs conséquences**

Les chutes sont fréquentes chez les sujets fragiles.

Elles sont sources de blessure dans 14% des cas dont 75% de fractures. Elles entraînent une perte de confiance en soi et sont souvent le prélude à d'autres chutes.

S'il n'y a pas de blessure grave, la décision de bilan hospitalier ne sera pas systématique et les conseils donnés dans d'autres chapitres seront suivis.

### **Les infections aiguës avec déshydratation**

Ces infections sont fréquentes chez les personnes âgées. Les infections responsables sont par ordre de fréquence décroissante : les infections urinaires suivies ensuite par les pneumonies puis les infections intra-abdominales (diverticulite, cholécystite, ...), cutanées et sous-cutanées (abcès péri-rectal, cellulite, escarres). Il faut se rappeler que le risque d'état apyrétique s'élève avec l'âge (atteignant 31% de 90 à 99 ans) et que l'infection se manifeste souvent par des signes généraux (asthénie, instabilité à la marche, chute, refus d'alimentation, confusion aiguë).

Les bactériémies sont fréquentes lors des cathétérismes vésicaux.

Il faut se rappeler l'urgence de la correction de l'insuffisance d'apport calorique et hydrique chez la personne fragile. Tout délai dans la correction de ces déficits va entraîner une faiblesse musculaire, une somnolence et des risques d'escarres de pression.

Les antibiotiques donnés *per os* vont souvent, chez la personne fragile en hyponutrition, se révéler inefficaces. Il faut prévoir le passage à la voie veineuse avant l'échec patent du traitement oral.

### **Les confusions et agitations aiguës**

L'état confusionnel aigu est un diagnostic souvent négligé : un peu moins d'un cas sur cinq serait reconnu en salle d'urgence. C'est un syndrome particulièrement démonstratif des particularités sémiologiques des affections aiguës de la personne âgée.

Il est souvent cause d'angoisses pour le malade et pour ses proches avec difficultés de prise en charge immédiate. Les neuroleptiques sont souvent d'un grand secours mais seront maniés avec prudence et surtout pendant le laps de temps le plus court possible.

La recherche d'une cause sous-jacente (douleurs, infections, médicaments...) est capitale parce que l'initiation de son traitement permet la révision de l'état confusionnel aigu en moins de 24 heures chez les deux tiers des patients.

### **Les douleurs abdominales et la symptomatologie digestive fonctionnelle**

Il faut se rappeler que chez la personne âgée fragile, les symptômes de diarrhées, vomissements et anorexie sont bien souvent plus le reflet d'une pathologie générale, qu'une pathologie gastro-entérologique pure.

Rappelons cependant la grande fréquence des ulcérations gastro-duodénales à symptomatologie non typique même en cas de perforation (dont le retard de diagnostic donne une mortalité de 100% au-delà de 18 heures) et la grande fréquence des lésions néoplasiques sténosantes au niveau colique.

Les infections sont souvent plus spécifiques de certains germes : salmonelles et *Clostridium difficile*.

N'oublions pas le fécalome, notamment chez le patient grabataire en désafférentation.

## E. Traitement

### Les décisions sont influencées par

- . la fragilité du patient et le projet global de vie
- . le caractère de la pathologie aiguë
- . la présence ou non de pathologies associées graves

### Niveaux de traitement possibles

- . traitement curatif à domicile ou en M.R.
- . soins actifs de confort à domicile ou en M.R.
- . réanimation ou stabilisation et transfert en milieu hospitalier
- . hospitalisation :
  - soins intensifs
  - services spécialisés
  - médecine gériatrique

### Traitement à domicile

Un des éléments primordiaux de la poursuite des soins à domicile est la possibilité d'un encadrement suffisant par des soignants naturels dans un cadre adéquat. Il faudra y adjoindre un cadre de soignants professionnels (infirmières, kiné, etc.) et prévoir éventuellement l'acquisition de matériel approprié (chaise percée, lit d'hôpital, ...).

Chez la personne fragile, il faudra se rappeler la nécessité de corriger dans de nombreux cas, les déficits nutritifs et en hydratation ou du moins la nécessité de prévoir des apports suffisants que pour ne pas voir se déclarer une déshydratation. Dans ce cas précis, la mise en place de perfusions sous-cutanées peut être retenue.

### Traitements hospitaliers

A l'hôpital, il faut tenir compte des options prises par l'équipe de soins à domicile. Les médecins hospitaliers doivent à leur tour reconnaître le syndrome de fragilité.

Afin de pouvoir prendre en compte les souhaits et les décisions antérieures prises dans le cadre d'un projet global de soins, il importe que ces éléments soient transmis au moment de l'hospitalisation. C'est une des responsabilités du médecin qui a le patient en charge.

Sur cette base, la décision d'orienter le patient en unité de soins intensifs, en service spécialisé ou en unité de médecine gériatrique doit être prise rapidement.

L'âge d'un patient ne paraît pas approprié pour refuser l'accès aux Soins Intensifs, mais des critères comme les pathologies associées (néoplasie, Alzheimer, ...), le degré d'autonomie (grabataire, ...) et le désir du patient et de ses proches doivent davantage être considérés.

La participation d'un médecin gériatre à l'organisation de l'équipe du service des urgences est très importante pour tenter de cerner au mieux le profil gériatrique de la personne fragile et proposer un projet d'hospitalisation intégré au projet global de soins.

Ce n'est que par l'instauration d'un projet hospitalier que l'on évitera à la personne fragile les aléas du « saucissonnage » de son séjour : quelques heures en service d'urgence, quelques jours dans un ou deux services médicaux ou chirurgicaux et enfin quelques semaines en gériatrie.

La reconnaissance de l'absence ou de la présence d'un syndrome de fragilité doit permettre de faciliter les décisions de prise en charge hospitalière.

En cas de fragilité, l'évaluation gériatrique et la participation du gériatre au projet de traitement hospitalier nous paraissent souhaitables.

## F. Conclusion

Le traitement des urgences chez la personne âgée ne diffère pas fondamentalement du traitement en urgence des autres patients (« *It's the same but the difference* »).

Il faut bien entendu tenir compte de quelques caractéristiques du patient gériatrique.

Il faut surtout que le traitement en urgence de la personne âgée fragile reste cohérent et adapté au projet global de soins souhaité par le patient.