

## FORMATION PATHOS 2018-2019

### CAS CLINIQUES

#### **ATTENTION**

*Ces cas « théoriques » constituent une base de discussion pour des propositions de codage dans le cadre **de soins requis**.*

*Ils ne sont volontairement pas tous le reflet d'une bonne pratique clinique.*

#### **1) Cas cliniques 2018**

##### 2018 Cas numéro 1 : M. Y 60 ans

Entré en EHPAD depuis 2012, présente une démence mixte associée à un syndrome pseudo bulbaire à l'origine de troubles de la déglutition.

#### **GIR 2**

#### **Ses antécédents sont :**

AVC ischémiques multi lacunaires antérieurs à 2012, sans précision sur les années de survenue, avec pour conséquences une dysarthrie et des troubles de la déglutition.

Sténose carotidienne, démence vasculaire et post exogénose, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, HTA traitée, insuffisance rénale chronique.

En 2015, il a présenté des saignements digestifs sous Kardégic. Il a refusé la fibroscopie haute. Un traitement au long cours sous IPP a été convenu avec le gastro-entérologue.

Avant l'entrée en EHPAD, syndrome dépressif qui a motivé un passage en secteur psychiatrique.

**Dans l'EHPAD**, il inhale quotidiennement. Il refuse l'adaptation maximale des textures mais accepte l'eau gazeuse et la texture hachée depuis son arrivée. Il mange seul. En 2015, on retrouve dans son dossier des pneumopathies tous les deux mois alors qu'en 2016, il a présenté 4 pneumopathies ou épisodes de surinfection bronchique. Il est hospitalisé une fois sur deux en moyenne.

Il présente également :

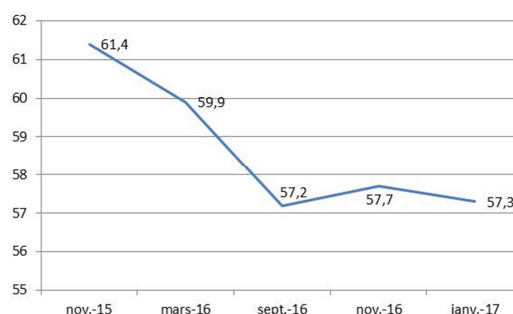
- une hypersalivation majorant les troubles de déglutition au quotidien, traitée par un collyre d'atropine en administration buccale (1 goutte sublinguale le matin),
- des troubles trophiques en rapport avec l'AOMI, ulcérations de deux orteils au niveau du pied gauche nécessitant un pansement simple tous les deux jours.

Il est suivi en chirurgie vasculaire. L'écho doppler a montré une lésion sténosante de l'iliaque externe et de l'artère fémorale commune. Une revascularisation pourra être envisagée en cas d'aggravation des troubles trophiques et des douleurs.

Il marche sur des petits trajets.

Le poids est suivi :

Dates	Poids (kg)	Albuminémie
Novembre 2015	61,4	
Décembre 2015		38
Mars 2016	59,9	
Septembre 2016	57,2	35
Novembre 2016	57,7 (IMC 21)	
Janvier 2017	57,3	



La première année en EHPAD, il a accepté les compléments alimentaires, il les refuse depuis.

Le MMS en 2012 était de 17/30 avec essentiellement un trouble mnésique et des troubles praxiques. La passation a été gênée par la dysarthrie. Niveau éducatif bas.

### Projet de vie :

L'objectif retenu est un contrat de soins autour de l'alimentation : maintenir une nutrition correcte qu'il accepte, tout en évitant le risque de fausse route, prendre ses repas au lieu de vie sous surveillance soignante, respecter le contrat de soins par rapport aux fausses routes, le solliciter et valoriser son image par des propos positifs.

Il est conscient de l'image qu'il dégage (hypersalivation, toux, cyanose au moment des repas) et n'aime pas être regardé quand il mange. C'est difficile pour les soignants de ne pas pouvoir proposer une alimentation optimale en termes de sécurité. Il arrive qu'il refuse le haché et une texture normale coupée fin lui est alors proposée.

Il a validé son projet de soins, expliqué par les soignants. Il a des capacités de compréhension conservées malgré un langage réduit du fait de la dysarthrie mais son discours est adapté.

Initialement il a été pris en charge en kinésithérapie. La prise en charge a été suspendue devant le refus du patient.

Son état thymique est stabilisé sous anti-dépresseur au long cours. Précédemment, des essais de diminution en accord avec l'équipe de géro-psi-chiatrie avaient fait ressurgir la symptomatologie dépressive avec une tristesse de l'humeur et des pleurs.

**NPI** : apathie 4 fréquence x 3 gravité retentissement soignant 5

Désinhibition 1 x 1 retentissement soignant 1

Rien sur la dépression

**Traitement** : ACIDE ACETYLSALICYLIQUE 75 mg – AMLODIPINE 10 – CHLORURE DE K - PERINDOPRIL 2mg + INDAPAMIDE 0,65 mg x 2 - COLECALCIFEROL 100 000 UI/ tous les 3 mois - PENTOPRAZOLE 40 mg - SERTRALINE 75 mg par jour.

**La coupe a lieu en janvier 2017.**

### 2018 Cas numéro 2 : Mme A 81 ans

En EHPAD depuis 2013. Elle présente une maladie d'Alzheimer évoluée au stade sévère.

Epilepsie myoclonique sénile, traitée par *MICROPAKINE* jusqu'à mars 2016. Actuellement, elle reçoit 0,5 mg de *CLONAZEPAM* en cas de myoclonies importantes et invalidantes en accord avec le neurologue qui la suit.

Antécédent de syndrome dépressif ancien qui avait nécessité un traitement avant son entrée en institution (*MIRTAZAPINE 15 mg*).

**Traitement** : *LACTULOSE* 3xjour, *SPASFON* matin et soir constipation et douleurs abdominales non explorées.

Patch de *SCOPOLAMINE* pour limiter l'hypersalivation tous les 3 jours.

*ECONAZOLE* crème en application matin et soir pour une mycose des plis sous mammaires et inguinaux.

A l'entrée en EHPAD, MMS à 5, elle présentait des troubles du comportement sévères avec une agitation et une opposition aux soins, avec préservation de la marche, ce qui lui a valu une prise en charge initiale en UHR, mixte médicamenteuse et non médicamenteuse.

Secondairement sont apparus des troubles de la déglutition, des troubles posturaux puis un syndrome d'immobilisation complet.

**Actuellement**, elle est en GIR 1, son IMC est à 18. Elle bénéficie d'une alimentation plaisir à base de lacté froid alternant avec des mixés. L'hydratation est assurée par des yaourts d'hydratation et des crèmes enrichies. Elle reçoit du G5 en sous cutané tous les deux jours.

La ration calorique n'est plus un objectif, le plaisir de manger tout en limitant les troubles de la déglutition ayant un retentissement grave est un objectif principal.

Le projet de vie a été discuté en équipe et validé avec son fils il y a un an : prise en charge palliative et soins de confort.

L'aide au positionnement au lit est assurée par l'ergothérapeute.

Elle bénéficie d'une prise en charge en relaxation et détente corporelle proposée par la psychomotricienne.

Situation de souffrance morale du fils, accompagné par l'équipe soignante et ponctuellement par la psychologue du service.

### 2018 Cas numéro 3 : M. B 70 ans

Entré en EHPAD en raison d'une schizophrénie ancienne empêchant le maintien à domicile de qualité malgré la présence d'une auxiliaire de vie sociale. Plusieurs essais d'EHPAD ont échoué et nécessité des retours en secteur psychiatrique.

ATCD : Insuffisance respiratoire sur BPCO post tabagique, oxygène-dépendant, il continue à fumer. Pour autant, il n'y a pas d'épisode de décompensation respiratoire grave.

Vessie neurologique secondaire à une TA par défenestration en 2000 avec fracture S1 S2. Nécessité d'une sonde à demeure depuis.

Il est en GIR 3 et se déplace avec une canne ou sans aucune aide à la marche en fonction de son état psychologique et thymique. Il bénéficie d'un suivi par l'équipe psychiatrique de liaison tous les 15 jours en ce moment.

Il est anxieux, ambivalent, alternant la crainte de décevoir et un comportement de séduction. Il s'adapte difficilement à un cadre strict d'organisation, négocie les lieux de sa consommation tabagique, qu'il ne respecte pas toujours, les heures de repas et la guidance dans le cadre des soins d'hygiène corporels. Il sollicite l'équipe soignante de nombreuses fois le jour et la nuit pour répondre à ses demandes multiples.

Il est pris en charge en psychomotricité de façon hebdomadaire pour relaxation et prise en charge autour du bain et de l'eau.

Il alterne des phases d'alitement complet avec des journées de déambulation incessante. Il refuse les activités proposées dans l'institution bien qu'il dise s'ennuyer au quotidien. Il ne souhaite pas la compagnie des autres résidents. La symptomatologie délirante est persistante sans impulsivité ni agressivité.

#### **Son traitement :**

Aérosols *BRICANYL/ATROVENT* matin, midi et soir posés par l'IDE, *BUDESONID* nébulisations matin, midi et soir, *SEEBRI + ONBREZ* en inhalation le matin, bronchodilatateur d'action longue.

*CHLORPROMAZINE* 200mg le midi, 100 mg matin et soir, *HALOPERIDOL (décanoate)* IM tous les 21 jours, *LORAZEPAM* 0,5 matin, midi et soir  $\pm$  1 mg en cas de besoin, *OLANZAPINE* 15 mg matin et soir, *DEPAKOTE* 250 mg le matin et 500 mg le soir, *ARTISIAL buccal*, *SULFARLEM* 3 x jour, *NORGALAX* rectal et *MOVICOL* à la demande

## **2) Cas cliniques 2014**

### **2014 Cas numéro 1 : Mme E 87 ans**

Résidente **en GIR 4**, présentant une psychose (troubles bipolaires) ancienne et traitée.

**Dans ces antécédents**, on retrouve une hypothyroïdie traitée, une hernie hiatale et un ulcère gastro-duodéal traité mais aussi une forte tendance à l'hypochondrie. Elle est entrée il y a 5 mois en EHPAD car le maintien à domicile devenait difficile. Elle a épuisé ses aidants et ses voisins.

Peu après son entrée, elle a présenté il y a maintenant 5 mois une phase de délire d'empoisonnement, entraînant un refus de nourriture et une perte de poids de près de 8 kilos en 2 mois, passant de 46,3 kg à 38,7 kg. Elle mesure 1m57.

Elle n'acceptait alors de manger que quelques fruits après négociation du personnel soignant.

Les psychiatres sollicités à cette période ont refusé de la prendre en hospitalisation.

Maintenant, grâce à l'équipe soignante, la phase aigüe est passée. Elle se réalimente correctement mais ses prises alimentaires ne sont pas surveillées par le personnel soignant, elles n'ont jamais été objectivées. Elle est simplement pesée une fois par mois et a déjà repris presque 6 kg.

Son MMS est évalué à 25 sur 30 mais elle refuse catégoriquement tout autre bilan.

### **2014 Cas numéro 2 : Mme Y 89 ans**

Résidente **en GIR 2**, cette patiente, diagnostiquée dépressive par son médecin traitant est traitée par Venlafaxine (anti dépresseur) depuis plusieurs années. Elle est demandeuse de réconfort, se plaignant souvent et présentant une certaine apathie dans sa vie quotidienne. Elle est peu mobile et pas très volontaire. Elle peut marcher seule avec son déambulateur pour aller en salle de restauration. Cela prend beaucoup de temps mais l'équipe y tient, c'est son seul exercice de la journée. Elle n'a pas été évaluée mais elle présente des troubles mnésiques et cognitifs maintenant anciens, la faisant coder B en cohérence et orientation.

En 2006, elle a présenté un écoulement sanglant mamelonnaire droit. La mammographie et l'échographie réalisées étaient quasi normales, concluant à une discrète ectasie sans image en faveur d'une malignité et le médecin traitant n'a pas voulu poursuivre le bilan par la galactographie conseillée par le radiologue. Le diagnostic de papillome intra canalaire a été évoqué. C'est un peu étonnant, car cette tumeur bénigne est généralement diagnostiquée vers 40 – 50 ans.

En 2007, l'épisode s'est reproduit à l'identique. Les mêmes examens ont conclu à une absence d'image en faveur de malignité.

A nouveau cette année, un écoulement sanglant mamelonnaire du même sein, l'image est un peu différente, le radiologue ne peut affirmer qu'il s'agit d'un papillome. Cette fois-ci, rendez-vous est pris pour le mois prochain avec un chirurgien pour avoir son avis.

### 2014 Cas numéro 3 : Mme B 82 ans

Résidente en GIR 2, elle présente un syndrome parkinsonien ancien traité, elle a perdu sa mobilité et présente une escarre sacrée creusée nécessitant des pansements longs. Elle est difficile à mobiliser et les pansements sont fréquemment souillés du fait de son incontinence notamment anale.

Dans ses antécédents, on note également une hypertension traitée, un AVC datant d'il y a 4 ans, une phlébite à cette occasion et une comitialité traitée par antiépileptique mais pour laquelle ni l'ancienneté exacte ni l'étiologie n'ont pu être précisées. Cette comitialité semble dater d'environ 1 an. Le médecin traitant et le médecin coordonnateur ne sont pas d'accord. Le premier refuse de programmer des investigations vu l'état de la patiente mais le médecin coordonnateur souhaiterait connaître l'étiologie de la comitialité.  
Et vous ?

### 2014 Cas numéro 4 : M. M 89 ans

Résident **en GIR 1**, présentant une démence sévère MMSE 10 traitée par un traitement anti-Alzheimer symptomatique ; Il a toujours été plutôt apathique, habituellement calme, non agressif. Ne pouvant rester seul chez lui, il a été admis il y a 2 ans en EHPAD, il n'est pas dans l'unité Alzheimer.

Il assistait plus qu'il ne participait aux animations hebdomadaires jusqu'à il y a 6 mois. Comme il va moins bien depuis, il reste dans sa chambre la plupart du temps.

#### **Le jour de la coupe PATHOS :**

Il est dénutri, 45 Kg pour 1,60m

Incontinent

Mis au fauteuil dans la journée car ne se lève plus seul malgré les stimulations de l'équipe. L'examen clinique consciencieux n'a révélé aucune pathologie décompensée sous-jacente accessible, toutes les explorations complémentaires se sont avérées négatives, les antidépresseurs prescrits à dose suffisante pendant trois semaines sont restés inefficaces. Sa famille est très présente, sollicite le personnel et s'inquiète pour lui, bien que le médecin coordonnateur l'ait rencontrée pour lui expliquer que ce monsieur ne nécessite que des soins de confort.

### 2014 Cas numéro 5 : Mme L 92 ans

Résidente **en GIR 2**, (transferts et déplacements en C), aux antécédents d'AVC il y a 6 ans et de tassements vertébro-discaux il y a 8 ans.

Elle prend un traitement anti-dépresseur et sollicite fréquemment l'équipe, surtout pour être rassurée. Elle ne marche plus seule depuis 2 ans, mais peut encore se déplacer avec un déambulateur si on l'y incite très fortement. L'équipe est débordée et n'a pas le temps de l'accompagner à la salle de restauration en marchant. Le médecin traitant lui prescrit depuis au moins 2 ans des séances de rééducation à la marche 3 fois par semaine, et reconduit l'ordonnance dès que le nombre de séances arrive à sa fin.

### 2014 Cas numéro 6 : Mme V 72 ans

1 m 55 - 84 kg est en EHPAD depuis plusieurs années.  
Oligophrène vivant en MAS, à 60 ans elle est entrée en EHPAD.

Elle a fait il y a 8 jours un accident vasculaire cérébral avec une hémiplégie gauche totale, proportionnelle et pure, flasque. Au scanner il existe un important ramollissement temporal droit. Durant l'hospitalisation elle a fait 3 crises convulsives et elle a été mise sous antiépileptiques. Elle a été hospitalisée 5 jours.

#### **Le jour de la coupe PATHOS : GIR1**

Elle est lucide, aphasique.

Il existe une hémiplégie gauche flasque avec des troubles de la déglutition. Elle est perfusée en sous cutanée avec un 1 litre de salé iso par jour avec 2 gr de potassium/litre. Elle est alimentée à la petite cuillère mais elle fait des fausses routes alimentaires.

Il existe un encombrement bronchique surtout le matin et elle aurait besoin d'aide pour expectorer ; on lui fait des aérosols mais il n'y a pas assez de kinésithérapeute pour lui faire quotidiennement de la kinésithérapie respiratoire...

Enfin, elle est sous antiépileptique dont on augmente progressivement les doses en surveillant sa lucidité quotidiennement, en prévention de récurrences convulsives.

### 2014 Cas numéro 7 : M. R 81 ans

Entrée en EHPAD il y a un an après le décès de son épouse car il ne savait pas se débrouiller tout seul et avait peur tout seul chez lui en campagne, bien qu'il soit autonome valide. Depuis un an, on retrouve dans le dossier médical des épisodes mensuels de début de poussées d'insuffisance cardiaque sur infarctus ancien avec crépitements bilatéraux.

Il est étroitement surveillé par l'équipe soignante avec courbe de poids hebdomadaire, prise du pouls et tension quotidienne, ionogrammes répétés. Son médecin très présent jugule les poussées d'insuffisance cardiaque par des prescriptions adéquates dès qu'apparaissent les premiers signes de décompensation, ce qui permet d'éviter des hospitalisations itératives.

Par ailleurs il est bronchitique chronique et très maigre.

#### **Le jour de la coupe PATHOS : GIR 5**

Sur le plan cardiaque il est bien équilibré avec une trithérapie, poids stable, chevilles fines, cœur lent et régulier sous Beta bloqueurs.

En revanche sur le plan respiratoire il tousse depuis 8 jours, il est non fébrile, est encombré le matin et aurait besoin de kinésithérapie respiratoire mais faute de kiné c'est l'infirmière qui l'aide à expectorer ;

Comme chaque fois en pareil cas on lui prescrit un antibiotique adéquat par voie orale.