



Gériatrie et Ortho-Gériatrie: explorer la discipline à travers des cas cliniques

Swiss Medical Students' Convention Fribourg 2025 - Workshops 18-19 octobre 2025

Adrien Bussard, médecin chef de clinique

Service d'Orthopédie - Ortho-Gériatrie, HFR Fribourg

Spécialiste FMH médecine interne générale et gériatrie

Programme: Gériatrie et Ortho-Gériatrie → explorer la discipline à travers des cas clinique

- *Cas clinique d'introduction 1*
- 1 Généralités en gériatrie
 - *Cas clinique 2*
- 2 Mobilité et chutes
 - *Cas clinique 3*
- 3 Aspects cognitifs et psychiques
 - *Cas clinique 4*
- 4 Aspects nutritionnels
 - *Cas clinique 5*
- 5 Les médicaments en gériatrie
 - *Cas clinique 6*

Cas clinique 1: Madame M.-Th. D. 78 ans (1)

- **Anamnèse aux urgences HFR Fribourg** (entrée du 07.09.2025):
- «Patiente connue pour un cancer pulmonaire actuellement sous surveillance, ostéoporose sous Calcium-D3 et Alendronate (injections)
- Ce jour 18 heures, chute de sa hauteur avec réception sur le côté droit et douleur hanche droite
- Dernier repas ce jour 17h30
- Pas d'autre plainte à l'anamnèse par système»
- *Question a: pourquoi le médecin assistant aux urgences demande quand a eu lieu le dernier repas?*

Cas clinique 1: Madame M.-T. D. 78 ans (2)

- **Status ciblé aux urgences HFR Fribourg:**
- «Cardio: B1B2BF sans souffle audible, extrémités bien perfusées, pouls périphériques palpables, légers OMI bilatéraux prenant le godet jusqu'aux genoux
- Pulm: MRS sans bruits surajoutés
- Abdo: BNFT, abdomen souple et indolore, Murphy et Mcburney négatif
- Uro: LRSI
- Rachis: Indolore
- Neuro: pupilles iso-iso, paires crâniennes sp, pas de trouble sensitivomoteur
- **Membre inférieur droit : raccourci et en rotation externe, douleur à la palpation de la hanche, reste du membre inférieur droit indolore, pas de trouble neurovasculaire»**
- Question b: quel est le diagnostic qui amène la patiente aux urgences?
- Question c: quel examen complémentaire?

Cas clinique 1: Madame M.-T. D. 78 ans (3)



Diagnostic: # col du fémur D

Question d difficile: FR de fracture ostéoporotique chez la patiente?

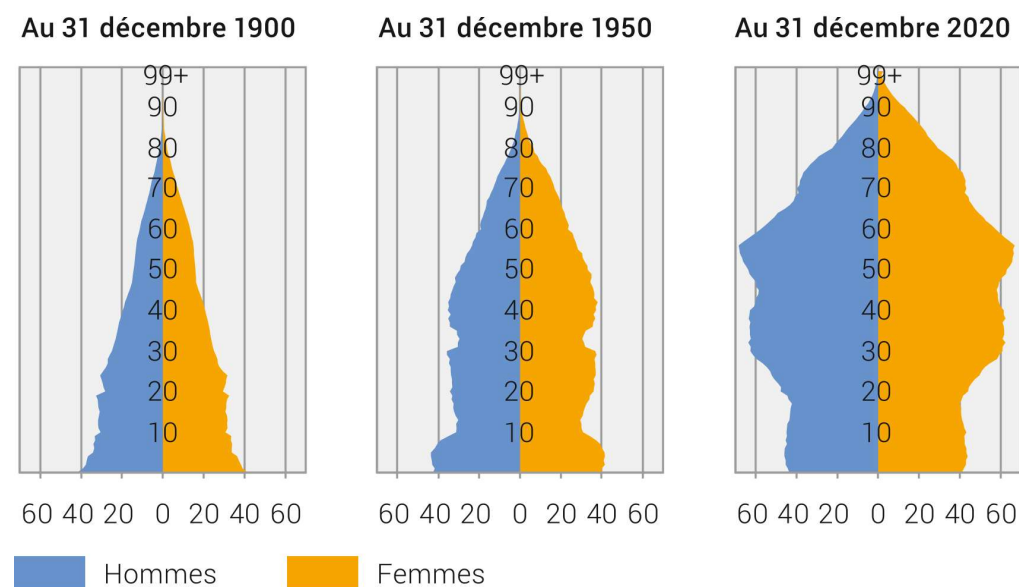
Carcinome non à petites cellules du poumon, cT1 cN3 cM1c (os, cérébral), stade IVB

- date du diagnostic : **30.01.2020**
 - histologie (Promed P2020.1234) : carcinome non à petites cellules dissocié dans le stroma osseux, compatible avec un carcinome pulmonaire non à petites cellules.
 - NGS : pas de mutation EGFR, KRAS, BRAF, HER2, STK11, pas d'amplification de MET et pas de skipping mutation 14 de MET.
 - immunohistochimie : ALK négatif, ROS1 négatif, pan-Trk négatif, PD-L1 100 % des cellules tumorales
 - CT thoraco-abdominal du 17.12.2019 : adénomégalie médiastinale et hilare bilatérale d'origine indéterminée, **lésion lytique de la crête iliaque supérieure droite** de 15 mm
 - PET-CT du 22.01.2020 : hypercaptation d'origine probablement maligne au niveau latéro-cervical droit, SUVmax 9,2, médiastinal bilatéral supra et infracarinaire SUVmax 7,6, hilare pulmonaire droit SUVmax 8,5 et crête iliaque droite SUVmax 6. Pas d'autre foyer pathologique mis en évidence
 - CT cérébral du 30.01.2020 : lésion nodulaire intra-axial de spontanément hyperdense et prenant le contraste de la partie moyenne du gyrus post-central
 - IRM du 03.02.2020 : lésion fronto-pariétale droite évoquant en premier lieu une **métastase cérébrale** 14 x 9 mm
 - **radiothérapie antalgique au niveau de la hanche droite le 17.02.2020**, radiothérapie cérébrale le 19.02.2020
 - status post-1 **cure d'immunothérapie par Keytruda le 02.03.2020** compliquée par une pneumopathie interstitielle de grade III et **mise sous stéroïdes** jusqu'au 27.04.2020 avec bonne évolution ... + contrôle (**stable en 2025**)
- => **FR ostéoporose fracturaire**: femme, âgée, atcd métastase osseuse, atcd radiothérapie osseuse, atcd corticostéroïdes

1 Gériatrie: généralités

Pyramide des âges selon le sexe

Nombre de personnes en milliers



Sources: OFS – RFP, STATPOP

© OFS 2021

Gériatrie: qu'est-ce que ça vous évoque?



Wikidépendance

Gériatrie: précisions

- Du grec ancien: γέρων (gérôn) = vieil homme
- γράϊα (graîa) = vieille femme
- Celui qui soigne:
 - θεραπευτής (therapeutés)
 - ἰατρός = médecin, guérisseur ou soigneur

= médecine de la personne âgée

- En Suisse, il y a un FMH de gériatrie, parfois appelé «Schwerpunkt» de la médecine interne



Fondation Giacometti

Disciplines de la gériatrie en Suisse

- Gériatrie aiguë (Réadaptation gériatrique aiguë) *Hôpital aigu*
- Ortho-gériatrie
- Cardio-gériatrie

- Réadaptation gériatrique *Hôpital de réadaptation*

- Clinique Mémoire – Memory Clinic *Ambulatoire*
- Onco-gériatrie
- Consultation ambulatoire de gériatrie

CLINICAL FRAILTY SCALE

	1	VERY FIT	People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.
	2	FIT	People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally , e.g., seasonally.
	3	MANAGING WELL	People whose medical problems are well controlled , even if occasionally symptomatic, but often not regularly active beyond routine walking.
	4	LIVING WITH VERY MILD FRAILTY	Previously "vulnerable," this category marks early transition from complete independence. While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities . A common complaint is being "slowed up" and/or being tired during the day.
	5	LIVING WITH MILD FRAILTY	People who often have more evident slowing , and need help with high order instrumental activities of daily living (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.
	6	LIVING WITH MODERATE FRAILTY	People who need help with all outside activities and with keeping house . Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
	7	LIVING WITH SEVERE FRAILTY	Completely dependent for personal care , from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).
	8	LIVING WITH VERY SEVERE FRAILTY	Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
	9	TERMINALLY ILL	Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months , who are not otherwise living with severe frailty . Many terminally ill people can still exercise until very close to death.

SCORING FRAILTY IN PEOPLE WITH DEMENTIA

The degree of frailty generally corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

In **very severe dementia** they are often bedfast. Many are virtually mute.

Clinical Frailty Scale
©2005–2020 Rockwood,
Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission:
www.geriatricmedicine.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.



Quel(le)s sont les patient(e)s généralement hospitalisé(e)s?

Importance de trier les patients pour mieux les soigner.

Il y a l'âge et le sexe, les comorbidités mais aussi l'état fonctionnel.

Utilité du Clinical Frailty Scale ci-contre (selon Rockwood).

Que souhaitent les patients hospitalisés en gériatrie?

- A l'entrée, il est intéressant de demander aux patients ce qu'ils souhaitent de l'hospitalisation.
- Quelle est le plus souvent leur réponse d'après vous?



Réponse:



«Je veux rentrer à la maison»

«I wott hei»

Orientation – gestion sociale à l'hôpital

= Gestion des sorties (principalement)

- Concept de **responsabilité**: qui est responsable du patient?
 - 1. le patient, 2. qqn d'autre (de la famille ou proche), 3. présence d'un curateur
- Projets possibles pour la sortie:
 - **Retour à domicile** (RAD) avec ou sans soins à domicile (SAD)
 - **Réadaptation** 2-3 semaines, sur Fribourg RMS et NRHI à Meyriez, RGER à Riaz et Tavel, RPU à Riaz; GERA à Riaz également (GERA=hospitalisation aiguë)
 - **Court-Séjour** en EMS 2-3 mois
 - Long-Séjour en **EMS** (lieu de vie)
 - Psychiatrie, psychogériatrie à Marsens ou Fribourg RFSM
 - Soins palliatifs (Villa Saint François), fin de vie ou réadaptation palliative
 - Parfois décès

Cas clinique 2: Mme Elisabeth Dumont 87 ans

-> *Questions: a. Diagnostic? b. Hosp. ou non? c. Votre avis sur l'état fonctionnel?*

- Veuve depuis 12 ans, vit seule dans un appartement à Bulle, 1^{er} étage avec ascenseur, 2 enfants, SAD 1x/j
- Cardiopathie rythmique (fibrillation auriculaire anticoagulée) avec FEVG normale, HTA, lombalgies chroniques, allergie à la pénicilline
- CGA mob: marche avec une canne à l'extérieur, 1 chute dans l'année
- Reste du CGA: thymie GDS 2/15, cognitif MMS 24/30, nutrition NRS 2/7, pas de polymédication (tt= Eliquis, Lisinopril, Metoprolol), IU de stress (pas d'IA), social sp, pas de trouble visuel (lunettes lecture) ni auditif.
- Depuis hier, état fébrile, toux et baisse d'état général.

Etudes sur la gériatrie aiguë

- Plusieurs études ont été faites sur des unités ACE (acute care of the elderly) aux USA
- Dans ces unités ACE, il y a de l'entraînement à la mobilité associé à une prise en charge d'hôpital aigu, comme dans un service de gériatrie aiguë en Suisse
- Ils ont plusieurs protocoles infirmiers, centrés sur les patients
- Les études ont montré des bons résultats.



Etudes sur la gériatrie aiguë

Résultats

- Plus d'autonomie pour les AVQ à la sortie (*Landefeld and al., NEJM 1995*) et après 1 an (*Wilhelmson and al., BMC Geriatr 2022*)
- Moins d'entrées en home et hospitalisations plus courtes, moins chères (*Flood and al., JAMA Int Med 2013*)
- Moins de réhospitalisations à 30 jours
- Plus haut degré de satisfaction des patients, de leurs familles, des médecins et des équipes soignantes (*Counsell and al., J Am Geriatr Soc 2000*)
- Moins d'états confusionnels aigus (*Booth and al., J Healthc Qual 2019*)

Qu'est-ce que c'est la gériatrie pour moi?

- *C'est une combinaison du travail comme médecin de médecine interne générale hospitalière (anamnèse, status, diagnostic et traitement si possible) et la responsabilité de la réadaptation gériatrique aiguë.*
- **La réadaptation gériatrique aiguë** est une prise en charge multidisciplinaire avec équipe infirmière, médecins, physio, ergothérapeutes, diététiciennes et infirmiers de liaison.
 - > Le but est d'augmenter l'autonomie pour les AVQ et AIVQ des patients, ainsi que d'améliorer leur mobilité.
 - > Cela donne plus de chances aux patient(e)s de rentrer et de rester à domicile.

Evaluation gériatrique globale (ou CGA)

- Définition:
- **Comprehensive geriatric assessment (=CGA)** is defined as a multidisciplinary diagnostic and treatment process that identifies *medical, psychosocial, and functional limitations of a frail older person* in order to develop a coordinated plan to maximize overall health with aging.
 - Stuck, Siu and al., Lancet 1993
 - Devons, Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2002

Indication pour une réadaptation gériatrique aiguë (CH)

- 1. Besoin d'une hospitalisation aiguë (= *souvent fracture en orthogériatrie*)
- 2. Besoin d'un but de prise en charge issu de l'assessment gériatrique
- 3. Au moins **3 syndromes gériatriques**:
 - Troubles cognitifs (ou ECA)
 - Immobilité ou tendance à chuter ou vertige
 - Incontinence urinaire et/ou anale
 - Malnutrition et/ou sarcopénie
 - Dépression et/ou anxiété
 - Trouble de la vue et/ou de l'audition relevant pour les AVQ
 - Douleurs chroniques
 - Polymédication et/ou mauvaise compliance
 - Problème psychosocial
- 4. Critère d'exclusion: démence sévère avec besoin de service psycho-gériatrique fermé

Itinéraire clinique du patient ortho-ger (ORGE)



- **Chute** -> douleur/impotence fonctionnelle -> ambulance
- Urgences -> diagnostic de fracture, ≥ 65 ans, triple appel -> avis
1 orthopédiste + 2 gériatre + 3 anesthésiste
- Salle de réveil -> bloc fémoral par anesthésiste
- Etage F -> attente de l'opération
- Bloc opératoire -> **intervention chirurgicale** (<48h après admission)
- Etage F -> début réadaptation gériatrique aiguë **ORGE** à J1 post-op,
durée de 7 jours

Orthogériatrie (=ORGE): aspects gériatriques



- Aspects orthopédiques: opération et suivi post-op de l'articulation opérée.
- Critères CHOP GERA (93.89.9): patients gériatriques (>65 ans), indication à séjour aigu (souvent fractures pour nous), ≥ 3 syndromes gériatriques
- But: retrouver l'état fonctionnel d'avant l'hospitalisation
- Moyens: reprise rapide de la mobilisation (à J1 en général), training AVQ par équipe infirmière, thérapies 2x/j 5j/7 (physio/ergothérapie/nutrition), IDL, gériatre, colloques 2x/semaine

A la maison

- Essayez de vous demander ce dont vous avez besoin quand vous êtes chez vous à la maison?



Activités de la Vie Quotidienne

AVQ Activités de la vie quotidienne

- Toilette
- S'habiller
- Aller aux WC
- Continence
- Se mobiliser
- Se nourrir

AIVQ Activités instrumentales de la vie quotidienne

- Aller aux magasins
- Téléphoner
- Faire le ménage
- Faire la lessive
- Cuisiner
- Transport
- Médicaments
- Administratif

Item	Description	Score	Dates	
1. Alimentation	Autonome. Capable de se servir des instruments nécessaires. Prend ses repas en un temps raisonnable	10		
	A besoin d'aide, par exemple pour couper	5		
2. Bain	Possible sans aide	5		
3. Continence rectale	Aucun accident	10		
	Accidents occasionnels	5		
4. Continence urinaire	Aucun accident	10		
	Accidents occasionnels	5		
5. Déplacements	N'a pas besoin de fauteuil roulant. Autonome sur une distance de 50 m, éventuellement avec des cannes.	15		
	Peut faire 50 mètres avec aide	10		
	Autonome dans un fauteuil roulant, si incapable de marcher.	5		
6. Escaliers	Autonome. Peut se servir de cannes.	10		
	A besoin d'aide et de surveillance.	5		
7. Habillement	Autonome. Lace ses chaussures. Attache ses boutons. Met ses bretelles.	10		
	A besoin d'aide, mais fait au moins la moitié de la tâche dans un temps raisonnable.	5		
8. Soins personnels	Se lave le visage, se coiffe, se brosse les dents, se rase. Peut brancher un rasoir électrique	5		
9. Usage des WC	Autonome. Se sert seul du papier hygiénique, de la chasse d'eau.	10		
	A besoin d'aide pour l'équilibre, pour ajuster ses vêtements et se servir du papier hygiénique.	5		
10. Transfert du lit au fauteuil	Autonome, y compris pour faire fonctionner un fauteuil roulant.	15		
	Surveillance ou aide minime.	10		
	Capable de s'asseoir, mais a besoin d'une aide maximum pour le transfert.	5		
	Score :			

Barthel Index (1965)

Interprétation des résultats (points):

80-100 : complètement autonome pour les AVQ

60-79: dépendance minime pour les AVQ

40-59: dépendance modérée pour les AVQ

20-39: dépendance importante pour les AVQ

<20: dépendance complètes pour les AVQ

Autre: MIF (utilisée au HFR)

Cas clinique 3: M. Erwin Wicht 79 ans

-> Questions: a. FR de la chute? b. Pourquoi l'IR se péjore? c. Origine des dlrs au dos?

- Chute à domicile à 7h le matin, retrouvé à 16h par sa fille
- Il vit seul, 3 filles, ancien boulanger, veuf depuis 3 ans, marche sans cannes
- Cancer de la prostate non métastatique depuis 1 an, insuffisance rénale chronique stade 3a, hypotension orthostatique
- Trouble dépressif traité, trouble cognitif léger, malnutrition modérée, trouble visuel bilatéral sur DMLA
- Aux urgences: péjoration de l'IRC (augmentation importante de la créatinine), on remarque que le patient a des douleurs au dos depuis 3 mois, pas de fracture mais lésions hyper et hypodenses à la colonne (Rx)

2 la mobilité et la chute

- Mobilité nécessaire pour vivre à domicile de façon indépendante.
- Parfois aide d'un *moyen auxiliaire*.
- Pour rentrer à domicile, il faut pouvoir marcher quelques pas, aller aux WC
- Pour rentrer à son EMS, il est plus facile pour les soignants si le/la résident/e peut *faire les transferts* et quelques pas.
- Une chute peut avoir des conséquences graves, plusieurs chutes augmentent ce risque.
- Il y a des facteurs de risque qu'on peut essayer de traiter afin de limiter le risque de chute.
- Complications de l'immobilité (ou alitement ou grabatisation): pneumonie et autres infections, ulcère de décubitus, dépression, mort.

Mobilité: risque de chute

- Vitesse de marche: avec les AVQ, elle prédit la baisse fonctionnelle, le risque de chute et la mortalité (*Studenski, JAMA, 2011*)
- En général, elle est de 0.8-1 m/sec
- Chute: environ 33% des plus de 65 ans en société et 50% des plus de 80 ans ont au moins une chute chaque année.



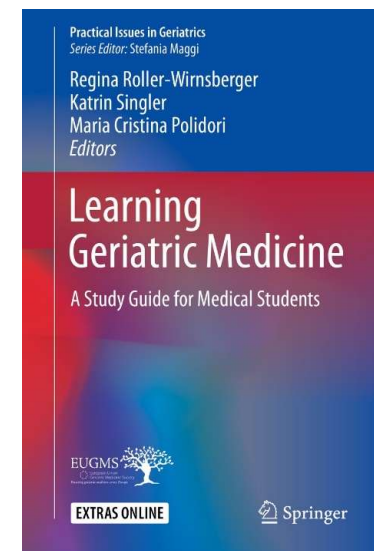
Blog «Oh Granny»

Evaluation de chute

- Question de dépistage: avez-vous eu une chute dans la dernière année?
- La chute peut être vue comme un symptôme de la fragilité (frailty).
- La **fragilité** = diminution des capacités de résistance et de performance physiques
- Symptômes: force et endurance réduites, fatigabilité rapide, marche ralentie, baisse de la masse musculaire, perte de poids involontaire, fonction d'organes limitée

Epidémiologie: chute

- La prévalence des chutes augmente avec l'âge.
- La chute est la première cause d'hospitalisation chez les plus de 65 ans.
- Le risque de mortalité à 12 mois après une hospitalisation pour chute est d'environ 50%.
- Les chutes augmentent le risque d'entrer en EMS.
- *Learning Geriatric Medicine, chapter 9, Kressig and Bridenbaugh, 2018)*



Causes de chutes (1)

- En gériatrie, c'est souvent multifactoriel.
- On parle aussi parfois de facteurs de risque de chute(s).
- *Causes intrinsèques:*
 - Troubles cognitifs
 - Trouble visuel, trouble auditif
 - Sarcopénie, malnutrition
 - Hypotension orthostatique
 - Maladies cardiaques et pulmonaires
 - Maladies neurologiques, comme la maladie de Parkinson, st. post AVC
 - Maladies orthopédiques, comme coxarthrose/gonarthrose ou st. post fracture de hanche
 - Polyneuropathie des membres inférieurs
 - Insuffisance artérielle des membres inférieurs
 - Peur de chuter
 - Hyponatrémie



Image: Pôle formation

Causes de chutes (2)

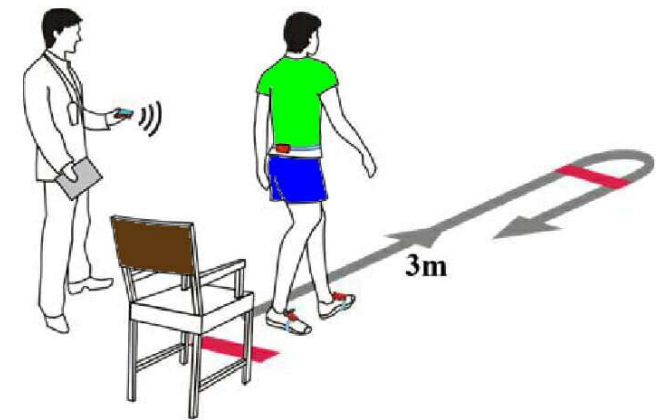
- *Causes extrinsèques:*
 - Polymédication (> 5 médicaments)
 - Benzodiazépines, Z-substances, traitements psychiques
 - Antihypertenseurs, diurétiques
 - Alcool
 - Drogues
- Aussi à avoir en tête: *l'environnement*
 - Lumière insuffisante
 - Sols et pas de porte glissants
 - Chaussures inadaptées
 - Lunettes inadaptées
 - Douche, baignoire
 - Tapis
 - Escaliers

Bilan de chute, bilan de syncope

- **Anamnèse et examen clinique**
- **Laboratoire:**
 - Recherche d'anémie, de saignement (FSS Hb)
 - Recherche d'inflammation, d'infection (CRP, FSC Lc, cultures)
 - Calcium, albumine, vitamine D
 - Etat des reins et du foie (Na, K, créatinine GFR, ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubine), CK parfois
 - Glucose, HbA1c
- **ECG** (seul examen obligatoire pour le bilan de syncope)
- **Test de Schellong** (recherche d'hypotension orthostatique)
- Holter-ECG (recherche trouble du rythme ou pauses)
- Echocardiographie (en cas de souffle cardiaque, recherche de trouble valvulaire), consilium cardiologie
- Imagerie cérébrale (recherche AVC ischémique ou hémorragie)
- US doppler carotidien, angio-CT/IRM vaisseaux pré-cérébraux (recherche sténose vasculaire)
- EEG (recherche de foyer épileptogène), consilium neurologie

Evaluation de la mobilité

- Timed up and go Test (=TUG)
- Test de la vitesse de marche
- SPPB (=Short Physical Performance Battery)
- DEMMI (=de Morton Mobility Index)
- 5XSST (5 fois Sit-to-stand Test)
- Lying-to-Standing Orthostatic Test



Cas clinique 4: Imelda Grangier 84 ans

- Le mari de Madame Grangier appelle leur fils. Depuis plusieurs jours, elle ne mange presque plus. Elle fait un malaise. Le fils amène la patiente aux urgences.
- Patiente connue pour démence d'Alzheimer CDR 1, trouble dépressif depuis le décès d'une fille il y a 4 ans, sous Escitalopram.
- Cardiopathie ischémique sous Aspirine et statine, stent posé sur l'IVA en 2012
- Questions: a. Événement déclencheur de la péjoration clinique? b. De quoi dépend le retour à domicile de la patiente?

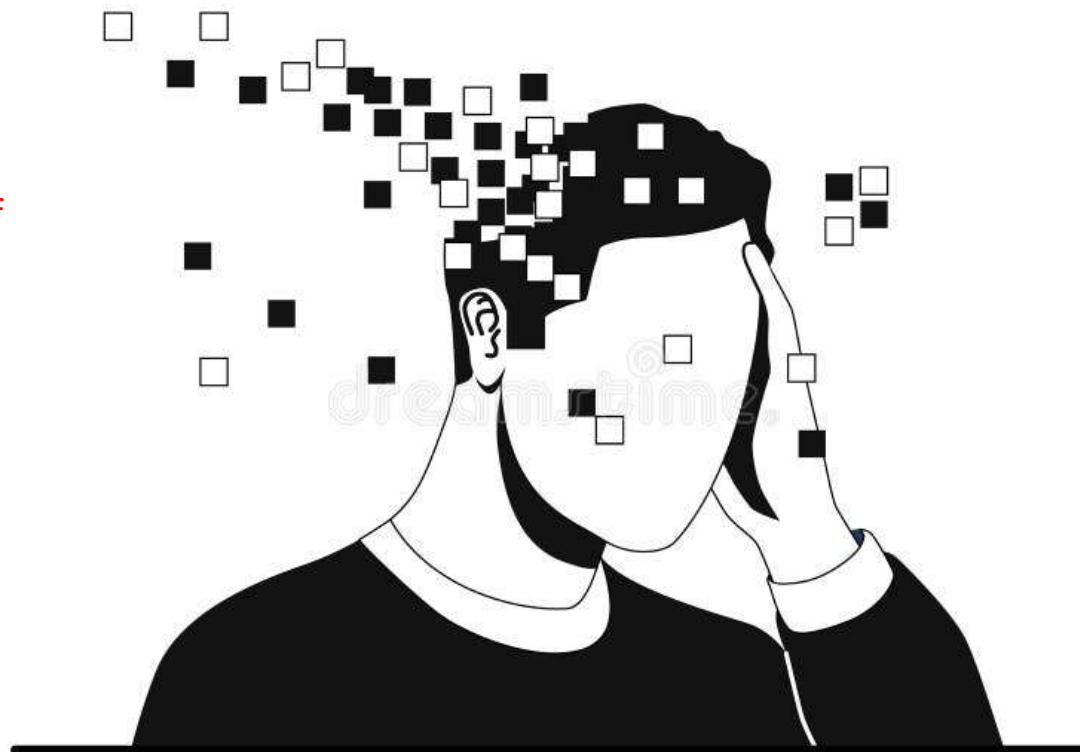
3 Dans la tête

Démence ou trouble
neurocognitif majeur?

Trouble neurocognitif
mineur ou MCI?

Dépression?

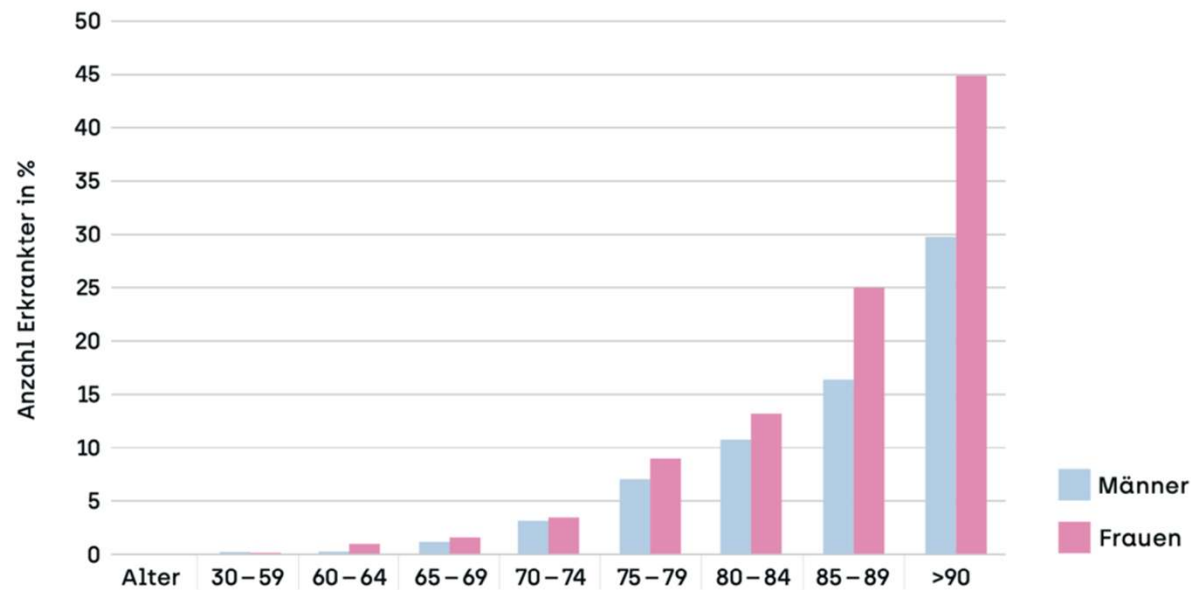
Etat confusionnel aigu
ou delirium?



Dreamstime, Yaremenko

Etat cognitif

/ Menschen mit Demenz nach Alter



- L'incidence de la démence augmente avec l'âge
- Troubles cognitifs pas obligatoires
- ci-contre, la prévalence de la démence en Suisse en 2020 selon l'âge (image: Alzheimer Schweiz)

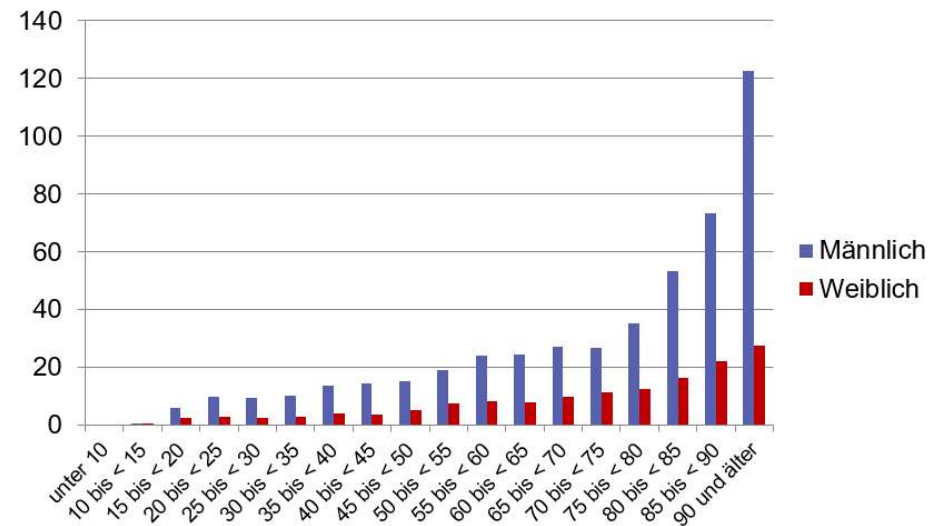
Les problèmes cérébraux typiques de la gériatrie

- Le trouble neurocognitif majeur
 - A partir d'une démence légère à modérée, cela devient difficile de rester seul à la maison.
- Le trouble neurocognitif mineur
 - Il y a un maintien de l'autonomie pour les AVQ et AIVQ malgré la baisse des performances cognitives constatées.
- L'état confusionnel aigu
 - Cela demande d'être hospitalisé, on recherche les facteurs de risque, à corriger. En principe, cela dure quelques jours à quelques semaines.
- La dépression
 - En gériatrie, elle est souvent oligosymptomatique, mais fréquemment fatale.

Taux de suicides (Allemagne, 2023)

**Suizidraten in Deutschland 2023
(je 100.000 Einwohner)**

STIFTUNG DEUTSCHE
DEPRESSIONSHILFE
UND SUIZIDPRÄVENTION



(Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, www.gbe-bund.de, Zugriff 01.10.24)

Wissen weitergeben



Possibilités de traitement?

- Pour la dépression: importance du dépistage, traitement anti-dépresseur (es/citalopram, mirtazapine, trazodone...), psychothérapie
- Pour l'état confusionnel aigu (hyperactif, hypoactif): importance de rechercher les causes et de les traiter, mesures non médicamenteuses, traitement par Quétiapine/Haldol/Seresta(si OH) au besoin
- Pour les démences: il n'y a pas beaucoup de traitements efficaces, importance du soutien psychosocial aux patients et aux proches, traitement par inhibiteurs d'Ach-estérase ou mémantine, bon contrôle des FRCV. Des nouveaux traitements (anticorps) sont apparus récemment, malheureusement l'effet 2° hémorragie cérébrale pose problème
- A noter que les benzodiazépines (Temesta, Seresta, Lexotanil, Valium) sont à éviter absolument en gériatrie -> risque de chutes et d'états confusionnels aigus.

Cas clinique 5: Monsieur P. N. 89 ans (1)



Images RX du HFR Fribourg, sept. 2025



Patient de 89 ans, connu pour cardiopathie dysrythmique et valvulaire, est amené aux urgences en ambulance suite à un trauma de hanche.

Chute mécanique sans TC ni PC avec réception côté gauche, douleur hanche gauche et genou gauche. Stase prolongée au sol. Pas d'autre plainte à l'anamnèse par système.

Dit ne pas prendre de médicament. -> *a. Opération ou non?*

Cas clinique 5: Monsieur P. N. 89 ans (2)



Image RX du HFR Fribourg, sept. 2025

Diagnostic orthopédique:

«Fracture de type A selon Vancouver de la PTH gauche», le 05.09.2025

- Avec implication du grand ainsi que du petit trochanter, légèrement déplacés

- Contexte: chute mécanique et stase prolongée au sol

Opération:

06.09.2025 ROOS par plaque, 3 cerclages

Diagnostics gériatriques:

-Trouble de la marche et de l'équilibre avec chute

-Malnutrition avec sarcopénie, contexte de consommation d'alcool à risque (0.75 litre de vin par jour)

-Polymédication

-Hypoacousie bilatérale appareillée

Le patient vit à domicile. -> *b. Qu'est-ce qui est important pour décider si le patient peut rentrer à domicile?*

4 Dans l'assiette

- Qu'est-ce que les patients avalent?
 - Nourriture:
 - quantité de calories suffisantes?
 - quantité de protéines suffisantes?
 - Boissons:
 - apport suffisant?
 - Alcool? Nicotine? Drogue?
 - Médicaments:
 - polymédication?
 - Benzodiazépines? Zolpidem?
 - Anti-douleurs? Doses adaptées? AINS?
 - *Sometimes less is more*



Critères pour la malnutrition (2018)

Critères diagnostiques GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) :

- Phenotype criteria – Non-volitional weight loss, low body mass index (BMI) or reduced muscle mass.
- Etiologic criteria – Reduced food intake or absorption, or underlying inflammation due to acute disease/injury or chronic disease

Prévalence de la malnutrition chez les personnes âgées

- La prévalence dépend de la définition de la malnutrition choisie, il y en a plusieurs.
- Dans la société, la prévalence est de 5-10%.
- En réadaptation, elle est d'environ 50%.
- Dans les hôpitaux, la prévalence est d'environ 40%.

MEALS-ON-WHEELS

- M** Medications (*dry mouth, nausea, taste alteration*)
- E** Emotional (*depression*)
- A** Alcoholism; Elder **A**buse; **A**cute illness
- L** Late life paranoia (*delusions*)
- S** Swallowing problems (*choking, dysphagia*)
- O** Oral problems (*edentulous, periodontitis*)
- N** Nosocomial infections
- W** Wandering and other dementia-related problems
- H** Hyperthyroidism
- E** Enteral problems (*constipation*)
- E** Eating problems or access to food
- L** Low-salt, low fat diet (dietary restriction)
- S** Stones (*gallstones*); **S**ocial (*loneliness, poverty*)

Morley and al, Anorexia of Aging, Am J Clin Nutr 1997

ESPEN guidelines pour les personnes âgées

- **Recommandation 1**

- Apport d'énergie d'au moins 30 kcal/kg de poids corporel par jour
- À adapter individuellement avec l'état nutritionnel, le niveau d'activité, les maladies et la tolérance

- **Recommandation 2**

- Apport protéique d'au moins 1g de protéines par kg de poids corporel par jour
- À adapter individuellement avec l'état nutritionnel, le niveau d'activité, les maladies et la tolérance
- *NB: portion moyenne de spaghetti sauce tomate = 500 kcal*



Illustration pour l'obésité sarcopénique

Cas clinique 6: Madame L. P. 89 ans (1)

- Anamnèse aux urgences du HFR Fribourg le 06.09.2025:
- «Patiente de 89 ans connue pour HTA traitée, vivant seule à domicile dans maison avec jardin, sa fille vit à côté et lui fait courses, autonome +/- dans AVQ, avec probable démence sous-jacente non-investiguée et amenée car retrouvée au sol par sa fille ce matin.
- Les genoux à terre, la main se rattrapant contre meuble. Pas de PC à priori, AC, pas de stigmatisme de TC.
- Douleurs à la hanche droite. A été retrouvée dans ses selles diarrhéiques selon fille - Madame essayait de mettre un Pampers.
- Hier a été au lit normalement.
- Anamnèse difficile, patiente avec trouble de l'audition sévère.
- Projet home en cours.
- Fille avec sa mère, au courant.»

Cas clinique 6: Madame L. P. 89 ans (2)

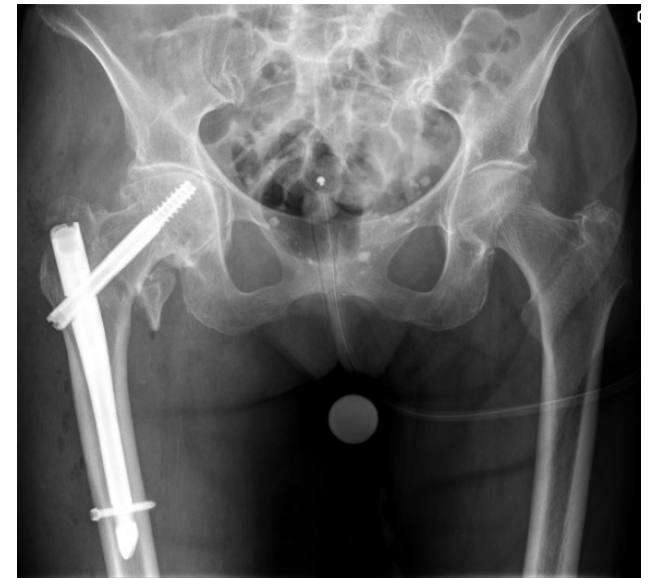
- **Status ciblé aux urgences:**
 - «A: libre
 - B: MV symétrique, pas de douleurs palpation thorax, pas de DR
 - C: normocarde, régulière, extrémités BF. Bassin stable
 - D: GCS 15, désorientée, NC (II-XII) aligné. Pas de trouble sensivo-moteur, pas de stigmat de TC.
 - E: Rachis indolore. Normotherme. Normoglycémie. Pas de lésion cutanée visualisée au bodycheck, ni traumatique.»

Cas clinique 6: Madame L. P. 89 ans (3)



Fracture pertrochantérienne D
le 06.09.2025

OP:
Réduction Fermée et
enclouage centro-médullaire
par clou gamma court D le
07.09.2025



Cas clinique 6: Mme L. P. 89 ans (4) -> Je n'ai pas de question. Avez-vous des questions?

- Au niveau purement gériatrique:
 - MIF d'entrée 42 points, MIF moteur 23 points (échelle d'autonomie AVQ et mobilité)
 - MMS pas faisable en raison de l'hypoacousie sévère-> rdv ORL: extraction bouchons
 - GDS 6/15
 - NRS 3/7
 - BMI 16.2 kg/m² (1,55m, 39.5 kg)
 - Hypoacousie sévère
 - Pas de trouble visuel (lunettes de lecture)
 - Pas d'incontinence urinaire ni fécale
 - Polymédication ->
 - TT le 11.09.2025 (pdt hosp aiguë F):
 - Amlodipine 10mg 1-0-0-0
 - Clexane sc 40mg 0-0-1-0
 - Coversum 5mg 2-0-0-0
 - Dafalgan 500mg 1-1-1-1
 - Duspatalin ret caps 1-0-0-0
 - Escitalopram 10mg 1-0-0-0
 - SNO 200ml 1-0-0-0
 - Temesta exp 1mg 0.5-0-0-1
 - Tramal ret 50mg 1-0-0-1
 - Zolpidem 10mg 0-0-0-1
 - Pas de douleurs chroniques, douleurs aiguës->bloc fémoral fait par anesthésiste
 - Social: inscrite en EMS depuis environ 1 an, vivait à domicile, la famille souhaite EMS maintenant. Nous essayons de demander une RGER avant l'EMS. REFUSE -> attente EMS.

5 Les médicaments

- La polymédication ou polypharmacie est un syndrome gériatrique.
- Diverses définitions, le plus souvent à partir de 5 médicaments ou plus.
- C'est lié fortement avec la multimorbidité.
-> plus on a de maladies, de comorbidités, plus on a besoin de prendre des médicaments.



Tribune de Genève

La prescription médicamenteuse: réflexion

- 1 Décider qu'un type de médicament est indiqué **antiparkinsonien**
- 2 Choisir le meilleur médicament pour le patient **levodopa/Madopar**
- 3 Choisir la dose de départ **62.5 mg 3x/j**
- 4 Contrôler l'effet et la toxicité chez le patient
baisse rigidité/tremor
TA ok/le patient dort la nuit
- 5 Informer le patient sur les effets secondaires **agitation, hypotension, tr. digestifs**

Penser allergies, fonction rénale !

Parkinson's Disease Symptoms



Getty images

Médicaments chez les personnes âgées

- Etudes souvent sans les personnes âgées
- Doses habituelles parfois inadaptées aux personnes âgées -> start low, go slow
- Modifications de la pharmacocynétique (absorption, distribution, métabolisme et excrétion) et de la pharmacodynamie (effets physiologiques des médicaments sur l'organisme) avec l'âge
- Volumes de distribution augmentés (plus de graisse que de masse musculaire), réservoir augmenté, clairance des médicaments réduites -> demi-vie des médicaments augmentée -> concentration plasmatique augmentée
- Recommandation en gériatrie: si possible, déprescription

Médicaments à haut risque

- **Benzodiazépines**, Zolpidem (*chute, Etat Confusionnel Aigu, dépendance*)
- Anticholinergiques (*ECA, constipation, rétention urinaire, glaucome*)
- **Insulines**, sulfonylurée de longue durée (*hypoglycémie, décès*)
- **AINS** (*insuffisance rénale, ulcère gastrique, saignement digestif*)
- **Antiagrégants** plaquettaires, **anticoagulants** (*saignements*)
- **Neuroleptiques** (*parkinsonisme, pneumonie, décès*)
- **Opiacés** (*constipation, ECA, coma, dépression respiratoire*)
- **IPP** (*colite à C. difficile*)



Merci pour votre attention!

Adrien Bussard
Médecin chef de clinique
Orthogériatrie et médecine interne
Service de chirurgie orthopédique et traumatologie
HFR Fribourg

Septembre et octobre 2025