

lesjeudisdeleurope.org

LA CHUTE CHEZ LA PERSONNE AGÉE

Quelle démarche gériatrique ?

Dr Pierre Haond, Les Charpennes, Lyon

séminaire FPC – Les Jeudis de l'Europe - UnaformeC

introduction

- 1 sur 5 de plus de 65 ans : une chute/an
- Le nombre total est estimé à 1,2 à 1,5 million/an
- 9.363 décès (+ de 65 ans), 1828 par suffocation, et 357 par intoxication
- Le coût : 1 milliard d'euros
- La chute concernent toutes les catégories de personnes âgées
- Dans 78% au domicile
 - Revêtement de sol, puis escaliers puis lit

Les trois catégories de personnes âgées

- **Bonne santé** : 65 à 70% des plus de 65 ans: décalage entre leur désir et leur capacité
- **Fragiles** : 20% des P.A., le plus souvent 85 ans et plus en risque de perte d'autonomie:
 - trouble de l'équilibre
 - troubles visuels
 - sarcopénie
 - ostéopénie
- **Malades** : 15% polymédication, démences, dénutrition.

introduction

- 20% des sujets en bonne santé
- 40% à 60% des sujets en institution gériatrique
- Le risque
 - augmente avec l'âge
 - est majeur après 85 ans
 - augmente en cas d'altération des fonctions supérieures
- Récidive fréquente

introduction

- La survenue d'une chute chez une personne âgée impose une démarche particulière :
 - évaluer les conséquences de la chute
 - comprendre
 - son mécanisme
 - les facteurs étiologiques en cause
 - entreprendre des mesures pour éviter la récurrence

Conséquences des chutes

- La chute est plus grave
 - réactions d'amortissement moins vives, moins efficaces
 - plus grande fragilité osseuse, de la peau et des parties molles
 - maladies associées en risque de décompensation

Conséquences de la chute

- Moitié des causes de traumatismes au domicile
- 30% des motifs d'hospitalisation
- Surmortalité hospitalière
 - 25% décèdent dans l'année
 - 6% pour les autres causes
- 10.000 décès par an.

Conséquence de la chute : pièges

- La fracture engrenée du col fémoral :
 - douleur de hanche
 - déformation du membre
 - le patient peut parfois marcher
 - imagerie :
 - radio simple
 - scanner
 - IRM
 - scintigraphie
- Bassin, vertèbres, côtes : pas de rupture de corticale,
 - IRM, scintigraphie
- Hématomes intracrâniens : confusion, anamnèse et scanner +++

Conséquences : la présence prolongée au sol

- le syndrome de rhabdomyolyse :
 - augmentation majeure des C.P.K.
 - risque d'insuffisance rénale
- trauma psychologique
- hypothermie
- déshydratation
- infection respiratoire
- état de choc
- escarres

Etudes du Pr Vellas (466 sujets)

- 184 chuteurs
 - 30% ont peur de tomber à nouveau
 - 20% n'ont pas été capable de se relever
 - 28% ont nécessité des soins d'urgence

Le syndrome post-chute : perte d'autonomie

- peur de chuter
 - limitation du champ d'action
 - ennui
 - dépression
- perte de mobilité
 - ankylose
 - diminution du tonus
- troubles de la marche
 - hésitante, dysharmonieuse, trajet court

Evaluation clinique des conséquences d'une chute

Évaluer les conséquences de la chute : hospitalisation ?

- Interrogatoire
 - évaluer le temps passé au sol
 - signes fonctionnels
- Examen clinique :
 - signes vitaux
 - examen neurologique,
 - peau,
 - pression des segments osseux
- Évaluer la nécessité d'examens radiologiques et/ou biologiques
 - le plus souvent en hospitalisation
- Revoir la personne quelques jours après une chute
 - conséquences psychologiques

Chute du vieillard

Dans tout les cas :
bilan traumatique
(radio, vaccin)
peur de la chute

Malaise ?

+

Chute par malaise

Diagnostic étiologique du malaise
+++

-

Pas de malaise

Obstacle ?

+

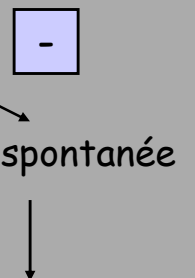
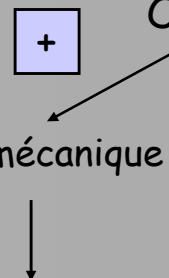
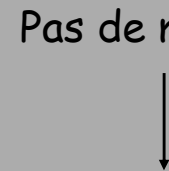
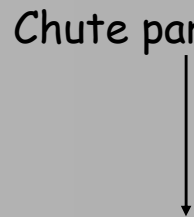
Chute mécanique

Facteurs favorisants ?

-

Chute spontanée

diagnostic



Comprendre les mécanismes
et
rechercher les causes des chutes

Pourquoi ne tombe-t-on pas ?

- Information correcte à partir des récepteurs périphériques
- Traitement correct de ces informations
- Exécution correcte par les organes effecteurs

Mécanismes : le vieillissement

- Modifications fonctionnelles
 - altération de la sensibilité profonde
 - sarcopénie et faiblesse musculaire
 - limitation de l'ampliation articulaire
 - diminution de l'acuité visuelle
- Modifications de la marche

Modifications de la marche

- Réduction de la longueur du pas
- Moindre déroulement du pas
- Élargissement du polygone de sustentation
- Diminution de la vitesse
 - de la marche
 - des réactions
- Diminution des capacités d'adaptation

Chute

Inadaptation

du contrôle postural défaillant avec l'âge
aux facteurs d'environnement

Signification d'une chute

Chute symptôme

Chute syndrome

Chute symbole

Chute fortuite

Les causes

Les facteurs prédisposant

Les facteurs d'environnement

Recherche de la cause

- Etape importante pour éviter une récurrence
- Etape difficile
 - plusieurs interventions médicales en urgence et à distance
- Les causes sont multiples et les facteurs favorisants sont nombreux
- Ne pas s'arrêter à un seul facteur

Facteurs prédisposant liés au patient : mécanismes

- Malaise ou perte de connaissance
 - réduction du débit sanguin cérébral
 - hypoglycémie
 - crise épilepsie
- Baisse de la vigilance et de l'attention
 - confusion mentale
 - les médicaments sédatifs
 - maladies neurodégénératives
- Troubles de la marche et/ou de l'équilibre
 - Parkinson
 - maladies ostéoarticulaires

chutes sans malaise ni P.C.B.: insuffisance vertébrobasilaire

- troubles visuels, des drop attacks, des céphalées postérieures, des troubles partiels de la conscience,
- le rôle décisif des postures de la tête et du cou,
- le rôle exclusif de la position debout et l'accalmie instantanée du décubitus

chutes sans malaise ni P.C.B.: astasie-abasie

- le sujet ressent la chute comme provenant des jambes,
- la marche est lente, les pieds traînants, démarrage lent, piétinement sur place, lever d'un siège difficile.
- d'ordre
 - dégénératif,
 - vasculaire(lacunaire),
 - frontale(H.P.N.),
 - extra-pyramidale.

chutes sans malaise ni P.C.B. par fragilité statique

- le canal lombaire étroit :
 - fatigabilité à la marche, paresthésies à l'effort des M.I., lombo-sciatiques bilatérales,
 - abolition des réflexes achilléens et rotuliens incomplète et asymétrique.
- Médullopathie cervico-arthrosique:
 - incoordination des jambes à la marche prolongée,
 - le sujet doit regarder ses pieds pour franchir une marche, un trottoir.

L 'épilepsie : souvent méconnue

- malaises brusques,
- onirisme bref,
- absence,
- dysesthésies d'un hémicorps,
- pseudo-syncope,
- troubles comportementaux brefs

causes cardio-vasculaires : 25%

- hypotension orthostatique
- troubles du rythme
- rétrécissement aortique
- embolie pulmonaire

Les médicaments

- Polymédication
- Métabolisme
- Plus facilement victime des effets secondaires

Polymédication

- Proportion de chute et blessures en fonction du nombre (Tinetti 1998) 4 et +
- L'interaction crée des effets secondaires
- Polymédications = pluripathologies donc plus de fragilité

le rôle des psychotropes (benzodiazépines, antidépresseurs)

- prescription : 50% en institution,
20% à domicile
- responsabilité : 30% des chutes en institution,
20% des chutes à domicile
- Caractère récent de la prescription, l'alcool.

Psychotropes et cardiovasculaires

- Psychotropes :
 - facteur de risque indépendant de la maladie
 - rôle du bon dosage.
- Sédatifs-hypnotiques et antidépresseurs
 - source de traumatismes
 - Antidépresseurs
 - somnolence, vertiges, hypotension, troubles visuels
 - Anxiolytiques
 - somnolence, fatigue, faiblesse musculaire, hypoT, vertiges, et troubles V.

Interactions et effets secondaires

- Deux psychotropes et plus ...
- Médicaments et dénutrition
- Les diurétiques + vasodilatateurs + antiarythmiques
- Surveillance particulière :
 - des PA avec troubles de mémoire
 - des PA avec troubles visuels

les causes iatrogènes et autres

- hypoglycémie : grande simulatrice
- intoxications (alcool; co)
- syncopes vagales
- anémie
- malaises psychogènes
 - états dépressifs : marche pseudo parkinsonienne, clinophilie,
 - revendication affective
 - astasie hystéro-phobique

Facteurs d'environnements

- dans 30% à 50% des chutes, un ou plusieurs facteurs d'environnements sont impliqués
- retrouvés au domicile : 80% des chutes
- escaliers, toilette, salle de bain, chambre et cuisine
- seuils mal signalés, revêtements de sol glissants
- objets déplacés, pièce encombrée, tapis
- éclairage, chaussures, baignoire, animaux

Environnement humain

- disparition de la cellule familiale
- difficulté d'adaptation à la solitude
- une certaine dévalorisation
- absence d'affection
- angoisse ou dépression liés à l'isolement
chute symbole : valeur d'appel

Syndrome de régression psychomotrice

- Troubles posturaux avec rétropulsion
- Régression psychique
 - troubles mnésiques
 - désorientation
 - ralentissement psychomoteur
- Situation difficile à classer
 - défaillance du maintien posturale et de l'organisation de la marche
- Urgence gériatrique :
 - prise en charge psychologique et rééducative
 - sinon risque perte définitive de la marche

chutes accidentelles

- baisse des capacités dues au vieillissement
- anomalies organiques infra ou sub-cliniques
- facteurs extrinsèques ou environnementaux

étiologie

- causes pathologiques non associées au vieillissement

- cardio-vasculaire
- neurologique
- iatrogène
- autres

- Causes liées au vieillissement pathologique

- détérioration des fonctions supérieures
- déficits sensoriels
- troubles neurologiques
- handicap musculaire et ostéoarticulaire
- facteurs liés à l'habitat

Démarche clinique de la recherche des causes

- Recherche de la notion de syncope, de perte de connaissance ou de malaises : difficile
- Interrogatoire de témoins
 - prodromes
 - notion de suspension de la conscience, de sa durée
 - mouvements anormaux
 - reprise de la conscience
- Recherche des antécédents, des médicaments consommés
- Alcoolisme ou intoxication au CO.

Examen clinique

- Signes de maladie
 - cardiovasculaire,
 - neurologique,
 - appareil locomoteur,
 - métabolique
 - sensorielle

Examen couché

- Tension artérielle
- Auscultation
- Examen neurologique
 - tonus
 - force musculaire
 - réflexes
- Articulations
- Vision et mouvements oculaires
- Audition
- Examen général

Méthodes d'évaluation

- Hypotension orthostatique
- Les tests inspirés du Romberg :
 - simples
 - sensibilisés : manœuvre de Jendrassik, bras en avant.
- Le demi-tour commandé de façon inopinée
- La station debout, unipodale : yeux ouverts puis fermés

évaluation

- le get up and go-test
 - en moins de 20 secondes
 - Se : 87%, Sp : 87%
- épreuve de Tinetti : équilibre et marche
- vitesse de marche
 - au minimum 0,9 m/s sur 10 m
- double tâche
 - Sp 98%, Se 48%

Les examens paracliniques

- Fonction de l'examen clinique
 - ECG
 - Biologie : NF, glycémie, iono, créatininémie
 - Echo cœur, holter-ECG
 - EEG, TDMc
 - Yeux, oreilles

Le syndrome du sinus carotidien

- Fréquents, méconnu car manœuvre de diagnostic rarement pratiquée
- ECG en continu et mesure répétée de la pression artérielle pendant et après massage de la carotide G.ou D.(5 à 10 s)
- Éviter les vasoplégiques, pile cardiaque

Prise en charge des malades chuteurs
et
prévention des chutes

rôles du médecin

- 1^{er} temps
 - gérer les conséquences immédiates
 - corriger les facteurs étiologiques modifiables
- 2^{ème} temps
 - prévenir la récurrence et leurs complications
 - éviter l'évolution
 - vers un syndrome post-chute ou
 - une perte d'autonomie fonctionnelle

recenser les facteurs de risques

- les atteintes ostéo-articulaires
- la mobilité de la cheville
- la pathologie du pied
- les atteintes neuro-sensorielles
- les atteintes de la motricité volontaire
- nutrition, dépression, bas-débit.

Évaluer les risques d'une nouvelle chute

- station unipodale
- capacité à se relever

prise en charge

- maintien d'un meilleur équilibre
- stimulation de la mobilité et de la confiance
- **surveillance des médicaments**
- attention aux facteurs d'environnement

Prévention du risque de chute

- La prévention primaire
 - demander si chute dans l'année ?
- Lutte contre la déminéralisation osseuse
- Organisation de l'espace de vie
- Exercices physiques adaptées
 - Ateliers « chutes »
 - Faire du Tai- chi.

Stratégies de prévention

- **Personne en bonne santé**
 - évaluation des facteurs de risque de chute
- **Personnes fragiles**
 - idem + EGS+ évaluation de l'habitat
- **Personnes dépendantes**
 - idem + évaluation des polypathologies

prise en charge du chuteur

- apprendre le bon geste
- qualité des chaussures
- déambulateur
- rééduquer le versant neuro-sensoriel
- se relever du sol

Prise en charge

- Approche rééducative :
 - de l'appareil locomoteur
 - de l'équilibration
 - des transferts
- La prise en charge psychologique
- L'action sur l'environnement

Approche rééducative

- Masseur kinésithérapeute
 - rendre confiance en son corps
 - réapprendre à se retourner, à ramper et à se relever
 - reverticalisation et réadaptation à la marche progressive
 - rééducation
 - de la sensibilité profonde
 - de la musculature quadricipitale
 - améliorer l'anticipation, les réflexes et le vestibulaire
 - rééducation posturale pour l'hypotension

Approche psychologique

- Sentiment de dévalorisation, de repli sur soi, désinvestissement, refus de vie
- Prévenir le syndrome post- chute

Action sur l'environnement

- Supprimer, modifier les éléments source de chute
- Moyens de communication
 - téléphone
 - téléalarme.

Comportements à risque

- se hâter
- grimper sur une chaise ou un escabeau
- marcher avec les mains dans les poches
- mal utiliser son aide à la marche
- porter des chaussures inappropriées
- ne pas tenir la rampe
- laisser traîner des objets
- négliger de porter des lunettes
- utiliser de mauvais appuis

le retour au domicile

- risque élevé dans le 1er mois après hospitalisation
- raisons
 - changements physiques dus à la maladie
 - immobilité (dégradation des mouvements et de la force)
 - démarche ralentie
 - confusion
 - traitements psychotropes initiés

Chutes du sujet âgé

- Évènement fréquent à ne pas banaliser
- Gravité en terme de morbidité et de mortalité
- Prise en charge précoce.
- Recherche d'une étiologie curable d'origine cardiovasculaire, neurologique ou mécanique.
- Grande fréquence de la iatropathologie
- Hygiène de vie
- Réassurance du sujet âgé
- Ergothérapie

Contention et crainte de la chute

- pratique à risque :
 - contractures,
 - escarres,
 - infections nosocomiales,
 - incontinence,
 - anorexie,
 - humiliation ...

Contention et crainte de la chute

- maîtriser la contention :
 - sur prescription médicale ,
 - motivée dans le dossier,
 - apprécier le bénéfice/risque,
 - information de la personne et de l'entourage,
 - préserver intimité, dignité et pudeur
- prescription motivée toutes les 24h : « l'inacceptable devient applicable »

Prévention des fractures

- Prévenir les chutes
- Traitement pour renforcer la résistance osseuse
 - vitamine D3 et calcium
 - biphosphonates
- Activité physique
- Protecteurs de hanche

Conclusion

- Problème majeur de santé publique
- Apprécier la gravité
- Apprécier les déterminants
- Prévention secondaire
- Prévention primaire
 - Identifier les patients à risque
- Prévention des fractures

Bibliographie

- Prévention des chutes chez la personnes âgées à domicile référentiel de bonnes pratiques :
aux éditions INPES (institut national de prévention et d'éducation pour la santé).
- Prévention des chutes accidentelles
(recommandations nov.2005)