

8

Item 62

Troubles de la marche et de l'équilibre chez le sujet âgé

Objectifs pédagogiques

ENC

Diagnostiquer les troubles de la marche et de l'équilibre chez le sujet âgé.

Argumenter le caractère de gravité des chutes et décrire la prise en charge.

COFER

Savoir dépister les sujets âgés chuteurs : connaître les facteurs de risques de chute et les principales causes de chutes « extrinsèques » (liées à l'environnement) et « intrinsèques » (liées à l'état de santé et à la iatrogénie) chez le sujet âgé et argumenter leur caractère de gravité.

Connaître les principales caractéristiques de l'épidémiologie de la chute chez le sujet âgé : incidences et complications.

Savoir mettre en place les mesures de prévention de la chute et de ses complications (adaptation des thérapeutiques, rééducation de l'équilibre et renforcement musculaire, aménagement du domicile) et de ses conséquences chez le sujet âgé (téléalarme, lutte contre le syndrome post-chute).

Diagnostiquer les troubles de la marche et de l'équilibre chez le sujet âgé, reconnaître les différentes marches pathologiques.

Savoir reconnaître la sténose acquise du canal lombaire (en connaître l'évolution naturelle, le traitement médical, le pronostic avant et après chirurgie).

Fréquente chez le sujet âgé, la chute est un important problème de santé publique. Elle sous-tend parfois des pathologies chroniques ou aiguës, et ses conséquences

tant physiques (morbimortalité) que psychologiques, sociales et économiques sont préoccupantes.

ÉPIDEMIOLOGIE

7 % des accidents domestiques et de loisirs sont des chutes. 7 % surviennent chez des sujets âgés, principalement des femmes. La proportion des chutes augmente avec l'âge. Le traumatisme est la sixième cause de mortalité chez la personne âgée, la majorité des traumatismes étant secondaires à une chute. La mortalité est lourde : 12/100 000 à 65 ans, 623/100 000 après 75 ans. Même si les traumatismes graves sont assez rares (fractures du col, hématome sus dural), les conséquences sont fréquentes (90 % de peur de chuter, de diminution d'activité ou de traumatisme psychologique). On considère que 40 % des institutionnalisations sont secondaires à une chute.

Après la chute, la personne âgée entre dans un cercle vicieux : la chute cause des lésions de l'appareil locomoteur et une peur de la chute entraînant une réduction de l'activité, puis une fonte musculaire et une raideur articulaire, elles-mêmes facteurs de risque de chute.

CONSEQUENCES DE LA CHUTE

Il s'agit le plus souvent d'ecchymoses, de plaies et de fractures, d'hématomes profonds, de ruptures d'organe, d'hématomes intracérébraux et sous-duraux. Secondairement, peuvent se manifester une rhabdomyolyse, des ulcères de décubitus, une infection urinaire, une impaction fécale, la décompensation de pathologies préexistantes. À plus long terme, la chute peut être la cause d'un retentissement psychologique, d'un syndrome confusionnel, d'une dépression, d'un syndrome de glissement, d'une peur de chuter, d'une grabatisation et d'une institutionnalisation.

FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque de chute sont intrinsèques et extrinsèques. Les facteurs de risque intrinsèques peuvent être regroupés en chroniques ou aigus. Souvent, plusieurs facteurs de risque s'additionnent, augmentant d'autant le risque de chute.

Facteurs de risque extrinsèques

Ils témoignent de l'importance de l'entraînement et de l'habitude :

- longueur et ampleur des vêtements ;
- mauvais chaussage ;
- tapis et autres obstacles ;

- éclairage insuffisant ;
- surfaces glissantes ;
- ameublement inapproprié.

Facteurs de risque liés à l'activité Les chutes surviennent le plus souvent pendant une activité habituelle (marche, changement de position). 5 % des chutes surviennent au cours d'activités risquées (échelle, sport). 10 % des chutes surviennent dans les escaliers (descente plus risquée que montée)

Facteurs prédisposants

Ce sont des causes chroniques de chute :

- peur de chuter ;
- pathologies neurologiques (Parkinson, hydrocéphalie, hémiplégie) ;
- troubles de la vision (acuité, adaptation à l'obscurité, vision périphérique, vision des contrastes, accommodation, cataracte, dégénérescence maculaire, glaucome) ;
- troubles vestibulaires (déclin sénile de l'équilibre, cupulolithiase, aminosides, quinine, quinidine, alcool, traumatismes crâniens, infections ORL, chirurgie de l'oreille) ;
- troubles proprioceptifs (neuropathies périphériques, arthroses, traumatismes ou déformations cervicales, troubles du contrôle postural) ;
- atteinte du squelette, des muscles et des articulations (faiblesse de la cheville, cors au pied, déformations d'orteils) ;
- confusion et troubles cognitifs ;
- antécédents de chutes ;
- utilisation d'une aide à la marche (cane, déambulateur).

La chute peut être un symptôme de pathologie aiguë :

- pneumopathie ;
- décompensation cardiaque ;
- hypotension orthostatique ;
- hypovolémie, déshydratation, dénutrition ;
- insuffisance veineuse ;
- dysfonction du système vasomoteur ;
- diminution de sensibilité des barorécepteurs ;
- diminution de la réponse rénine-angiotensine.

La prise médicamenteuse peut avoir une influence, le risque de chute augmentant à partir de 3 médicaments : diurétiques, hypotenseurs, psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, benzodiazépines).

ÉVALUATION

Basée sur la recherche des facteurs de risque par un examen clinique complet, notamment des possibilités locomotrices, elle comprend la mesure de la tension artérielle et du pouls et la recherche d'une hypotension orthostatique, l'examen neurologique, l'évaluation des facultés mentales, auditives et visuelles et des explorations paracliniques adaptées. Elle est étayée par :

- l'analyse de la marche sur terrain plat, du demi tour ;
- l'évaluation de la possibilité de l'appui monopodal ;
- le *get up and go test* : le sujet se lève de sa chaise, marche 3 mètres, fait demi-tour, revient jusqu'à la chaise, en fait le tour et s'assoit à nouveau ; la réalisation de l'épreuve est cotée de 1 (aucune instabilité) à 5 (risque permanent de chute) ;
- l'épreuve de Tinetti (analyse et cotation de l'équilibre et de la marche au cours de diverses situations de la vie quotidienne).

L'examen de l'environnement fait partie de cette évaluation.

PREVENTION

L'approche est multifactorielle et multidisciplinaire. Elle tient compte d'un plan individuel pour chaque sujet, le but étant le maintien de la qualité de vie. Les différents axes sont les suivants :

- maintien, voire amélioration de la force musculaire et de l'endurance par une activité physique adaptée individualisée ;
- action sur l'environnement : suppression des obstacles, élimination des surfaces glissantes, bon éclairage, multiplication des appuis, habillage et chaussage adaptés et non dangereux, utilisation d'une aide à la marche (cane simple, canne tripode, canne anglaise, déambulateur, etc.) ;
- lutte contre l'hypotension orthostatique et l'hypovolémie ;
- prescription mesurée des benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs, antihypertenseurs, diurétiques et, d'une manière générale, lutte contre la polymédication ;
- la contention n'est pas indiquée car elle ne prévient pas les chutes et peut en aggraver les conséquences ;
- la téléalarme ne prévient pas les chutes mais permet d'en limiter les conséquences.

CONCLUSION

La chute est un événement grave chez une personne âgée. Même si son retentissement immédiat est négligeable, la chute est le témoin de pathologies sous-jacentes ou d'une polymédication dangereuse. Son retentissement à moyen et long

terme peut être important par le risque de nouvelle chute, de troubles psychologiques, d'altération de la qualité de vie, de désocialisation ou d'institutionnalisation.

Points clés

- La chute est un événement grave chez une personne âgée. Elle peut révéler une pathologie aiguë ou chronique et avoir de graves conséquences à court, moyen et long termes.
- L'évaluation d'une chute doit être systématique, basée sur la recherche des facteurs de risque par un examen clinique complet, l'analyse de la marche et de l'équilibre et l'évaluation de l'environnement.
- À partir du bilan individuel des facteurs de risque, la prévention de la chute est multifactorielle et multidisciplinaire.