

Les chutes

Sylvie LEGRAIN

Séminaire ALIS 75

1^{er} Décembre 2006

Quelques points clés

- La chute est très souvent un **marqueur de fragilité**.
- L'étiologie des chutes est très souvent **multifactorielle**.
- Le **retentissement psychologique** est souvent majeur.
- Des possibilités d'intervention existent, même à un âge avancé
→ **prévention primaire** (identification des sujets à risque de chute) et **secondaire**

Loi de santé publique 2004

- Objectifs quantifiés : réduire, d'ici 2008, de 25% le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année.
- Améliorer les connaissances concernant les circonstances et les facteurs déterminants des chutes, notamment en institution.
→ **Programme** : préservation de l'autonomie des personnes âgées (**Papa**) associant CNAMT et CNAV

Epidémiologie

- Un tiers des personnes de plus de 65 ans tombe au moins une fois chaque année, 50% > 85 ans.
- 4 chutes sur 5 surviennent au domicile au cours d'activités habituelles.
- # 30% des hospitalisations en urgence de l'octogénaire.
- 55 000 fractures du col du fémur par an.
- 12 000 décès par an en France : première cause de mortalité accidentelle chez le sujet âgé.

Maintien de l'équilibre

- 3 systèmes d'afférences sont en jeu :
 - proprioception
 - vision ++
 - oreille interne (hypovestibulie)
- Une intégration centrale (SNC)
- Une commande des muscles squelettiques (système efférent)
- Rôle accru de l'attention dans le contrôle postural chez le sujet âgé, a fortiori s'il a des troubles de l'équilibre.

Facteurs de risque

- Facteurs intrinsèques :
 - neurologiques
 - ostéo - articulaires
 - musculaires
 - sensoriels
- Facteurs extrinsèques :
 - Environnement à risque
- Facteurs intercurrents :
 - 4 urgences : déshydratation, pneumopathie, urgences cardiovasculaires, anémie

Examen d'un sujet chuteur

- L'anamnèse qui précise les conditions de la (ou des) chute (s) est essentielle.
 - quand? à quel moment de la journée?
 - dans quelles circonstances?
 - où?
 - comment? prodromes, PC, obstacle?
 - à quelle fréquence?

S'agit il d'une première chute, de chutes répétées sur une courte période ou espacées sur plusieurs mois?

Examen d'un sujet chuteur

- Antécédents : AVC, Parkinson, Dépression, Alzheimer, Fractures...
- Perte d'autonomie récente (derniers mois)
- Traitements en cours (≥ 4) et changements récents
- Examen physique :
 - marche, équilibre
 - neurologique : déficit focal, syndrome park. cérébelleux ou vestibulaire, f. cognitives
 - rhumatologique, incluant le pied et le chaussage
 - vue
 - état général (poids++)
 - état cardio-vasculaire (PA c/d) et pulmonaire

Examen d'un sujet chuteur

- Apprécier le retentissement physique
 - 10% des chutes entraînent un traumatisme sévère.
 - Seules 6% des chutes sont responsables de fractures, 2% de fractures du col fémoral.
 - Recherche d'une fracture ou d'une luxation, d'ecchymoses, d'un hématome sous dural.
 - (on peut continuer à marcher avec une fracture engrénée du col fémoral!)

Examen d'un sujet chuteur

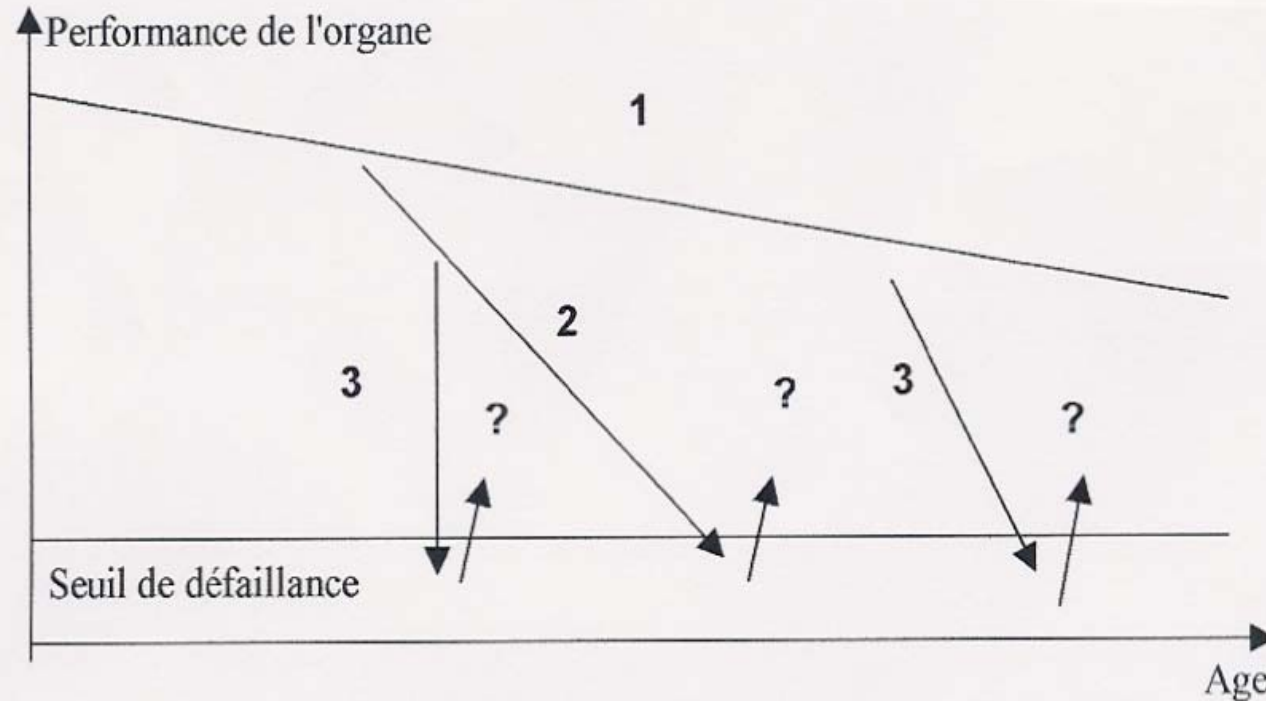
- Apprécier le retentissement psychologique :
 - chez le sujet malade
la « peur de tomber » persiste longtemps,
elle expose le sujet à un risque accru de chute,
elle conduit à la restriction d'activités,
au confinement avec des risques de dépression et de
dénutrition.
 - chez l'entourage :
il peut devenir très protectionniste, d'où l'importance
de l'informer des risques du confinement.

Le syndrome phobique post-chute

- **Composante motrice :**
 - troubles de la statique en position assise avec rétropulsion et impossibilité de passage en antépulsion
 - position debout non fonctionnelle avec projection du tronc en arrière , appui podal postérieur et soulèvement des orteils.
 - marche à petits pas avec appui talonnier antiphysiologique, ↑ polygone de sustentation, fléchissement des genoux, sans temps unipodal, ni déroulement du pied sur le sol.

Le syndrome phobique post-chute

- **Composante psychologique**
 - anxiété majeure avec peur du vide antérieur
 - perte de confiance en soi, sentiment d'insécurité et de dévalorisation avec repli sur soi, démotivation et refus du retour à domicile.
 - aggravation par l'entourage avec surprotection et refus du retour à domicile.
- **C'est une urgence.**



Défaillance viscérale chez le sujet âgé. Analyse des performances d'un organe chez un sujet âgé, sous l'effet du vieillissement (1), des pathologies de l'organe (2) et des affections intercurrentes (3), avec ou sans traitement spécifique (?).
 (D'après J.P. Bouchon, 1984)

1 + 2 + 3

- 1 : **vieillesissement des systèmes de l'équilibre et sarcopénie** (perte de la masse musculaire)
- 2 : **facteurs intrinsèques** : coxarthrose, séquelles d'hémiplégie, cataracte
- 3 : **facteurs précipitants** : déshydratation, pneumopathie, causes cardiovasculaires (facteur iatrogénique médicamenteux), mais aussi le chaussage
+ **facteurs environnementaux** (environnement à risque : impliqué dans 30 à 50% des chutes)

Etiologies des chutes

- Surtout s'il s'agit de la première chute ou de chutes rapprochées, il faut rechercher un événement intercurrent :
 - iatrogénique ++,
 - métabolique : déshydratation++
 - infectieux ++,
 - cardiovasculaire : hypotension orthostatique, bradycardie
- Le bilan doit comprendre : ionogramme, créatininémie, HGT, NFS, CRP, ECG, albuminémie, vitamine D
± holter, RP, TDM, döppler TSA....

Etiologies des chutes

- S'il s'agit d'une chute précédée d'une syncope (diagnostic d'interrogatoire avec à l'examen traumatisme facial témoignant de la brutalité de la chute),
il s'agit d'une urgence → faire un ECG
- Si ECG normal, avis d'un cardiologue pour décider d'un enregistrement du faisceau de His
- Si anormal (BAV de haut niveau), pose d'un pace maker.

Etiologies des chutes

- S'il s'agit d'une chute dite « mécanique », **ne pas banaliser et recenser l'ensemble des facteurs de risque, notamment :**
 - réévaluer la polymédication++, les traitements sédatifs et les traitements antalgiques
 - évaluer et corriger les handicaps sensoriels,
 - revoir le chaussage,
 - évaluer l'état nutritionnel,
 - aménager l'environnement,
 - proposer une kinésithérapie active
 - rassurer : aides à domicile, téléalarme

Médicaments et chute

- Psychotropes (AD, NL, anxiolytiques et hypnotiques) et antiépileptiques
- Myorelaxants
- Troubles neurosensoriels ↔ fluoroquinolones
- Bradycardie ou hypotension ↔ M. cardiovx antiarythmiques de classe I, antihypertenseurs, digitaliques
- Déshydratation ↔ diurétiques
- Hypoglycémie ↔ sulfamides, insuline
- Anémie ↔ AVK, AINS, AAP

M. du SNC et chutes

- Limites méthodologiques des études, car les pathologies comme dépression et Alzheimer sont des FDR indépendants.
- Etude de cohorte N= 8127 femmes > 65 ans, vivant à domicile
- Antidépresseurs, anticomitiaux, hypnotiques, BZD
- Suivi de 1 an
- ↑ Risque de chutes sous BZD et antidépresseurs x 1.5 (SSRI > imipraminiques) ; neuroleptiques (x2.5)
- Hypnotiques pas d'↑ de risque??

Ensrud JAGS 2002

Environnement

- **Vestimentaires** : chaussures inadaptées, vêtements trop longs
- **Mobiliers** : lit trop haut ou bas, fauteuil à roulettes
- **Obstacles au sol** : tapis non fixé, fils électriques, sol irrégulier ou décollé
- **Conditions locales dangereuses ou inadaptées** : mauvais éclairage, baignoire glissante, sol humide ou glissant, toilettes inadaptées

→ Intérêt d'une visite à domicile d'ergothérapeute

Conduite à tenir devant une chute

- 1° rechercher des facteurs étiologiques
 - souvent multiples?
 - parfois accessibles à un traitement « raisonnable »,
 - en n'oubliant pas les facteurs intercurrents souvent curables.

Conduite à tenir devant une chute

- **2° Dépister les sujets à risque de récurrence en évaluant les capacités posturales**
 - nombre de chutes antérieures
 - impossibilité d'un relever du sol spontané : 40% des sujets restés plus de 3 heures au sol sont décédés 6 mois après la chute.
 - Talking walking test
 - « up and go » chronométré < 20 s (ou 17)
 - Appui monopodal < 5 secondes

Conduite à tenir devant une chute

- **3° Prévenir les complications d'une nouvelle chute**
 - lutter contre l'ostéoporose
 - lutter contre la sarcopénie et la dénutrition
 - porter des protecteurs de hanche

La contention physique accroît le risque de chute. Elle peut s'avérer nécessaire mais doit être limitée dans le temps.

Kinésithérapie +++

- Elle a plusieurs objectifs :
 - redonner confiance au sujet chuteur
 - augmenter la force musculaire (il s'agit donc de travail actif, possible chez le sujet très âgé)
 - rééducation de la marche y compris en terrain accidenté, des transferts assis / debout, apprentissage des positions pour se relever,..
 - choisir l'aide à la marche la plus pertinente : déambulateur, canne,...aide humaine

Conclusion

- Ne pas banaliser la perte de poids, les handicaps sensoriels, le chaussage
- Ne pas banaliser la peur de la chute ni la chute
→ gravité des syndromes post-chute
- Utilité de l'enquête étiologique
- Utilité de l'activité physique

Bibliographie

- Vellas et al. L'année gérontologique 1993;7 :217-28
- Tinetti et Speechley NEJM 1989 ; 320 : 1055-59
- Ensrud KE et al. JAGS 2002 ; 50 :1629-37
- Blain H, Mitermite N, et Jeandel C. Troubles de la marche et chutes chez la personne âgée in : Gérontologie pour le praticien, coordonné par Belmin J Masson 2003
- Tinetti ME NEJM 2003 ; 348 : 42-9