

Item 62 : Troubles de la marche et de l'équilibre, chutes chez le sujet âgé

COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

ENC :	3
SPECIFIQUE :	3
I Epidémiologie	4
II Conséquences de chutes	4
II.1 Conséquences médicales	4
II.2 Conséquences psychosociales	5
II.3 Syndrome postchute	5
III Sémiologie des troubles de la marche et de l'équilibre	6
III.1 Troubles de marche et d'équilibre d'origine neurologique	6
III.1.1 Démarche déficitaire	6
III.1.2 Démarche ataxique	6
III.1.3 Troubles de la marche du parkinsonien	7
III.1.4 Astasie-abasie	7
III.2 Troubles de marche et d'équilibre d'origine douloureuse	7
III.3 Troubles de marche et d'équilibre d'origine psychique	7
IV Facteurs favorisants et causes des chutes chez le sujet âgé	7
IV.1 Prise de médicaments	8
IV.2 Causes cardiovasculaires	8
IV.3 Causes neurologiques	8
IV.4 Causes mécaniques	9
IV.5 Autres pathologies	9
IV.6 Facteurs prédisposants de la chute chez le sujet âgé	9
IV.7 Facteurs précipitants de la chute chez le sujet âgé	9
IV.8 Facteurs extrinsèques	10

V Principales mesures préventives des chutes chez la personnes âgée.....	10
VI Conduite à tenir devant une chute chez une personne âgée.....	11
VI.1 Interrogatoire.....	12
VI.2 Examen clinique.....	13
VI.3 Examens complémentaires.....	13

OBJECTIFS

ENC :

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

SPECIFIQUE :

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

I EPIDÉMIOLOGIE

Les troubles de la marche et de l'équilibre peuvent conduire à des chutes. La chute est un accident fréquent chez la personne âgée : 30 % des plus de 65 ans et 50 % des plus de 80 ans chutent au moins une fois par an.

Après 65 ans, c'est la première cause de décès accidentel. Cinq à 10 % des chutes sont responsables de traumatismes osseux. Parmi les complications traumatiques des chutes, les fractures de l'extrémité supérieure du fémur sont les plus fréquentes. En France, les chutes des sujets âgés sont responsables de 50 000 fractures de l'extrémité supérieure du fémur.

Même en l'absence de traumatisme, l'incapacité pour la personne âgée de se relever est de mauvais pronostic. Un séjour par terre de plus d'une heure est un facteur de gravité avec risque de décès du patient dans les 12 mois suivants.

La chute chez le sujet âgé constitue un événement traumatisant sévère indépendamment de l'importance des conséquences du traumatisme. Le syndrome postchute survient dans environ un tiers des chutes.

II CONSÉQUENCES DE CHUTES

II.1 CONSÉQUENCES MÉDICALES

Les conséquences médicales des chutes sont essentiellement de nature traumatique, avec une mortalité importante. Environ 9 000 décès de personnes âgées de plus de 65 ans sont associés chaque année à une chute en France. Le risque fracturaire à la suite d'une chute est corrélé à la fragilité osseuse. L'ostéoporose et l'ostéomalacie étant plus fréquentes chez les femmes, le risque de fracture est de ce fait plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Les différentes complications sont :

a. Les fractures qui compliquent moins de 5 à 10 % des chutes et sont à rechercher systématiquement :

- fracture de l'extrémité supérieure du fémur (un tiers des fractures) ;
- autres fractures : avant-bras (dont le poignet avec fracture de Pouteau-Colles), bras (extrémité supérieure de l'humérus), cheville, rachis (fracture vertébrale), bassin, côtes, crâne.

b. Les traumatismes sans fracture

Plaies, érosions cutanées, hématomes multiples, rhabdomyolyse surviennent dans environ 10 % des chutes et sont lourds de conséquences, aboutissant à une restriction d'autonomie.

c. Les complications liées à l'immobilisation

Escarres, déshydratation, bronchopneumopathie, confusion.

II.2 CONSÉQUENCES PSYCHOSOCIALES

Les chutes sont un motif fréquent d'hospitalisation ou de consultation aux urgences des personnes âgées. Après une chute, à moyen terme, une perte d'autonomie est observée chez près d'un tiers des sujets qui n'ont pas eu de fractures. La perte d'autonomie est l'aboutissement des répercussions psychomotrices de la chute. Elle résulte à la fois de la peur de chuter, de la perte de mobilité, ou de troubles de la marche et de l'équilibre.

Ainsi, la chute chez la personne âgée se révèle être un facteur qui va engendrer une diminution du champ d'action, de l'espace social, familial, voire corporel. La crainte d'une récurrence conduit souvent à « institutionnaliser » le sujet.

Les conséquences psychologiques peuvent s'installer plus sournoisement chez une personne âgée perdant brutalement confiance en elle, se sentant dévalorisée aux yeux de son entourage qui, croyant bien faire, réagit parfois par un excès de surprotection, installant encore plus la personne âgée dans la dépendance et la restriction d'activité.

II.3 SYNDROME POSTCHUTE

Le syndrome postchute se définit par l'apparition, dans les jours suivant une chute chez une personne âgée, d'une diminution des activités et de l'autonomie physique, alors que l'examen clinique et, si besoin, le bilan radiologique ne décèlent pas de cause neurologique ou mécanique ou de complication traumatique. Plus généralement, on entend par syndrome postchute un ensemble de troubles psychologiques, de l'équilibre et de la marche constaté après une chute. Tout se passe comme s'il se produisait une véritable sidération des automatismes de l'équilibre et de la marche.

On note ainsi :

- à la phase aiguë : peur, anxiété, perte des initiatives, refus de mobilisation, tendance rétropropulsive avec flexion des genoux lors du lever du fauteuil aidé par l'examineur ;
- dans la forme vieillie : syndrome de régression psychomotrice, avec confinement au domicile, peur de sortir et de tomber, rétropropulsion à la station debout avec appui du pied sur le talon et orteils en griffe, marche précautionneuse, les pieds aimantés au sol, les mains s'agrippant aux meubles ou à l'examineur, l'ensemble réalisant la stasobasophobie.

L'évolution est réversible si le syndrome postchute est pris en charge précocement. En l'absence de prise en charge rapide, spécifique et multidisciplinaire de cette véritable urgence gériatrique, l'évolution se fera inexorablement vers une perte d'autonomie

complète. Les facteurs pronostiques défavorables sont l'incapacité à se relever du sol ou un temps au sol de plus d'une heure ou des antécédents de chutes.

III SÉMIOLOGIE DES TROUBLES DE LA MARCHÉ ET DE L'ÉQUILIBRE

Les troubles de la marche et de l'équilibre sont fréquents chez les personnes âgées et sont d'origine neurologique, douloureuse et psychique.

III.1 TROUBLES DE MARCHÉ ET D'ÉQUILIBRE D'ORIGINE NEUROLOGIQUE

III.1.1 Démarche déficitaire

Un déficit moteur consécutif à une atteinte du système pyramidal, du nerf périphérique ou du muscle, peut avoir un retentissement sur la marche et l'équilibre. Ainsi, la démarche de l'hémiplégique est décrite comme la démarche en fauchant le patient est obligé de décrire un arc de cercle à concavité interne en raison de la contracture et de la paralysie du membre inférieur.

Au cours des syndromes pseudobulbaires et des états lacunaires chez les personnes âgées, la démarche s'effectue à petits pas, le pied glissant sur le sol à chaque pas avec un ballant automatique des bras conservé.

Lors de l'atteinte d'un nerf périphérique, la démarche se fait en « steppant » ; la parésie du quadriceps rend impossible l'extension de la jambe sur la cuisse et provoque cette démarche caractéristique faite d'extension continue de la jambe atteinte et de flexion compensatrice de la cuisse sur l'abdomen pour porter le pied en avant.

III.1.2 Démarche ataxique

Celle-ci peut correspondre à une ataxie sensitive, labyrinthique ou cérébelleuse. L'atteinte cordonale postérieure entraîne une démarche talonnante.

Lors d'une atteinte labyrinthique, la station debout et la marche sont impossibles lors des accès vertigineux. À distance de ces derniers, la marche est précautionneuse et instable avec une déviation latérale de la ligne de marche.

Lors de l'atteinte du cervelet, la personne debout se tient les jambes écartées avec les bras en abduction et à la marche elle progresse en zigzaguant et en titubant réalisant la démarche ébrieuse.

III.1.3 Troubles de la marche du parkinsonien

La démarche parkinsonienne se caractérise par une marche le tronc incliné en avant, les membres en légère flexion avec perte du balancement du bras. À un stade plus avancé, la marche se fait à petits pas avec frottements des pieds et demi-tour décomposé. Cette marche à petits pas peut faire place à un état plus sévère où l'enrayage cinétique de la marche et la rétropulsion vont être responsables de chutes chez la personne âgée.

III.1.4 Astasie-abasie

L'astasia-abasie se définit comme l'instabilité à la station debout avec rétropulsion spontanée (astasia) et l'incapacité de marcher. Ce trouble de la marche peut être observé chez le sujet âgé en dehors de tout syndrome extrapyramidal et peut être rattaché à l'imagerie cérébrale à une lésion frontale ou une hydrocéphalie ou un état lacunaire, ou être sans cause apparente (astasia-abasie pure).

III.2 TROUBLES DE MARCHÉ ET D'ÉQUILIBRE D'ORIGINE DOULOUREUSE

La marche peut être compromise par des douleurs lombaires ou des membres inférieurs. Les causes principales chez la personne âgée sont les suivantes : lombosciatique, canal lombaire étroit arthrosique, coxarthrose et gonarthrose, artériopathie des membres inférieurs, problèmes podologiques.

III.3 TROUBLES DE MARCHÉ ET D'ÉQUILIBRE D'ORIGINE PSYCHIQUE

La marche précautionneuse est souvent rencontrée chez les personnes âgées, démarche prudente liée à une anxiété apparue à la suite de chutes et pouvant conduire à une véritable stasobasophobie (cf. supra "Syndrome postchute").

IV FACTEURS FAVORISANTS ET CAUSES DES CHUTES CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Les facteurs prédisposants sont liés au vieillissement, à la prise de médicaments et à des processus pathologiques divers, notamment cardiovasculaires et neurologiques. Les facteurs précipitants sont des facteurs qui interviennent ponctuellement dans le risque de chute. Les chutes résultent souvent de l'association de plusieurs de ces facteurs, mais la majorité d'entre elles n'ont pas de cause facilement identifiable. Le cumul de plusieurs causes conduit à franchir le seuil de défaillance provoquant la chute.

La notion d'un malaise voire d'une perte de connaissance brève au cours d'une chute doit être recherchée à l'interrogatoire. Il faut savoir cependant que cette information est

souvent oubliée ou méconnue. De ce fait, la classification des chutes selon l'existence ou non d'un malaise est souvent artificielle.

IV.1 PRISE DE MÉDICAMENTS

Les médicaments sont un des facteurs de risque des chutes fréquemment retrouvés chez les personnes âgées et agissent par divers mécanismes :

- **effet sédatif** : barbituriques, benzodiazépines hypnotiques ou non, antalgiques et anticonvulsivants ;
- **syndrome extrapyramidal** : neuroleptiques ;
- **hypotension orthostatique** : antihypertenseurs, dont les bêtabloquants et les diurétiques, L-dopa et agonistes dopaminergiques, antidépresseurs ;
- **troubles de conduction et du rythme cardiaque** : antiarythmiques notamment les digitaliques, diurétiques hypokaliémiants (torsades de pointe), bêtabloquants.

IV.2 CAUSES CARDIOVASCULAIRES

Peuvent être à l'origine de chutes :

- Les troubles de conduction auriculoventriculaire et les troubles du rythme cardiaque (tachycardies, bradycardies).
- Les modifications tensionnelles : l'hypotension orthostatique peut se manifester chez les personnes âgées au lever après le repas, ou après allitement prolongé, ou du fait de prises médicamenteuses, d'anémie, de déshydratation, d'hémorragie interne. Une hypotension peut être la manifestation principale de certaines nécroses myocardiques non douloureuses du sujet âgé.
- Les syncopes d'effort du rétrécissement aortique serré.

IV.3 CAUSES NEUROLOGIQUES

La plupart des affections neurologiques entraînant des troubles de la marche et de l'équilibre peuvent être responsables de chutes :

- troubles proprioceptifs avec ataxie ;
- syndrome cérébelleux ;
- troubles de l'équilibre d'origine vestibulaire ;
- troubles de l'adaptation posturale : maladie de Parkinson évoluée ; autres syndromes parkinsoniens, en particulier la maladie de Steele-Richardson ou paralysie supranucléaire progressive (PSP) qui est volontiers inaugurée par des chutes ; hydrocéphalie à pression normale ;
- processus expansifs frontaux : méningiomes, gliomes, hématomes sousduraux bilatéraux ;
- syndromes démentiels et dépression.

IV.4 CAUSES MÉCANIQUES

Notons sous ce terme les chutes au cours d'affection ou séquelle orthopédique ou rhumatologique.

IV.5 AUTRES PATHOLOGIES

On peut citer :

- les hypoglycémies, surtout iatrogènes.
- les troubles ioniques : hyponatrémie.
- l'anémie.

IV.6 FACTEURS PRÉDISPOSANTS DE LA CHUTE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Les facteurs de risque prédictifs des chutes peuvent être déduits des facteurs intrinsèques et extrinsèques favorisant les chutes des personnes âgées tels que nous les avons évoqués plus haut :

- l'âge avancé ≥ 80 ans et le sexe féminin ;
- la prise de médicaments, en particulier sédatifs, antipsychotiques ou hypotenseurs mais également diurétiques, digoxine et antiarythmiques de classe I ;
- la polymédication (> 4 médicaments) ;
- la mise en évidence d'un trouble de la marche et de l'équilibre avec au timed up and go test un résultat ≥ 20 secondes et/ou l'impossibilité de se maintenir sur une jambe au-delà de 5 secondes à la station unipodale ;
- l'existence d'une pathologie neurologique, rhumatismale (ostéoporose, arthrose), orthopédique ou des pieds, responsable de troubles de la marche ;
- la diminution de la force et/ou de la puissance musculaire des membres inférieurs, avec impossibilité pour la personne âgée de se relever d'une chaise sans les mains ;
- la présence d'une dénutrition ;
- une baisse d'acuité visuelle ;
- la présence d'une dépression ou d'une détérioration intellectuelle ;
- l'insuffisance d'activité, d'exercice physique et notamment de marche ;
- le fait de résider en institution.

IV.7 FACTEURS PRÉCIPITANTS DE LA CHUTE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Ces facteurs peuvent être les suivants :

- cardiovasculaires : rechercher les notions de malaise et/ou de perte de connaissance et une hypotension orthostatique ;
- neurologiques : rechercher l'existence d'un déficit neurologique sensitivomoteur de topographie vasculaire constitué ou transitoire, et d'une confusion mentale ;

- vestibulaires : rechercher la notion de vertige à l'interrogatoire et une latéro-déviaton au test de Romberg ;
- métaboliques : rechercher une hyponatrémie, une hypoglycémie et la prise de médicaments hypoglycémiant ;
- environnementaux : cf. infra, « Facteurs extrinsèques ».

IV.8 FACTEURS EXTRINSÈQUES

Ce sont les facteurs liés à l'habitat et à l'environnement, responsables de chutes accidentelles . Des travaux épidémiologiques indiquent de façon concordante une fréquence accrue de chutes chez les personnes âgées sous l'effet des facteurs suivants :

- petit tapis ou moquette mal ou non fixée ;
- descente de lit glissante ;
- chaise ou fauteuil trop bas ;
- pas de porte verglacé ou mouillé ;
- baignoire ou douche glissante ;
- présence d'une marche lors du passage d'une pièce à l'autre ;
- escalier ou logement mal éclairé ;
- animaux domestiques ;
- problèmes vestimentaires : chaussage inadapté ;
- changement d'environnement (hospitalisation, déménagement...).

V PRINCIPALES MESURES PRÉVENTIVES DES CHUTES CHEZ LA PERSONNES ÂGÉE

Chez toute personne âgée, une évaluation multifactorielle est nécessaire et permettra de mettre en place une intervention avec plusieurs axes de prise en charge :

a. Hygiène de vie

- nutrition équilibrée.
- apports calciques alimentaires compris entre 1 et 1,5 g par jour;
- correction d'une éventuelle carence en vitamine D par un apport journalier au moins de 800 UI de vitamine D ;
- activité physique suffisante, notamment entretien de la force musculaire des membres inférieurs.
- activité intellectuelle régulière.
- rompre l'isolement pour une personne vivant seule.
- vérification du port de chaussures confortables assurant une bonne stabilité (chaussures à talons bas et larges à semelles fines et fermes avec tige remontant haut) ;

b. Douleurs

Traitement des douleurs rhumatismales, opération (prothèse) en cas d'arthrose de hanche ou de genou.

c. Vue et audition

Correction des troubles de la vue (prescription de lunettes adaptées, opération d'une cataracte, détection précoce et traitement d'un glaucome chronique) et de l'audition (appareillage).

d. Troubles de la marche et de l'équilibre

- Identification et traitement de leur cause lorsque cela est possible ;
- correction des facteurs prédisposants et précipitants modifiables ;
- prescription de séances de kinésithérapie incluant : un travail de l'équilibre postural statique et dynamique, un renforcement de la force et de la puissance musculaire des membres inférieurs, la poursuite des exercices en autorééducation ;
- évaluation de l'utilité d'une canne, d'un déambulateur, voire d'un fauteuil roulant

e. Prescriptions médicamenteuses

Réévaluation régulière des indications des médicaments prescrits, notamment ceux pouvant favoriser les chutes.

f. Habitat

Suppression de tous les facteurs de chutes (les facteurs extrinsèques de chutes) et installation d'une rampe ou d'une barre d'appui dans les toilettes.

g. Ostéoporose

En cas d'ostéoporose avérée, il est recommandé de débiter un traitement antiostéoporotique.

VI CONDUITE À TENIR DEVANT UNE CHUTE CHEZ UNE PERSONNE ÂGÉE

La conduite à tenir après la survenue d'une chute chez une personne âgée comporte plusieurs temps :

- l'interrogatoire, l'examen clinique, l'observation de l'environnement et, au besoin, des examens complémentaires, qui permettent de préciser le mécanisme de la chute et de rechercher les complications traumatiques ;
- la mise en oeuvre de mesures destinées à maintenir l'autonomie et à prévenir la récurrence des chutes.

Concernant l'hospitalisation, celle-ci ne doit être proposée que si le pronostic vital est en jeu du fait de la cause ou des conséquences de la chute.

VI.1 INTERROGATOIRE

L'interrogatoire de la personne âgée est difficile du fait du déni fréquent ou surtout des troubles de mémoire, d'où l'importance de l'entourage familial et soignant :

- recherche des antécédents, notamment cardiovasculaires, neurologiques, rhumatologiques et orthopédiques, ophtalmologiques et ORL, et de chutes antérieures ;
- inspection attentive des ordonnances des traitements en cours, tout particulièrement ceux pouvant induire une hypotension orthostatique, un trouble du rythme cardiaque, une hypoglycémie, une anémie, un trouble de vigilance, un syndrome extrapyramidal iatrogène ;
- description précise de la chute par le malade et par une personne ayant assisté à la chute : lieu, date et heure, notion de malaise (rechercher une infection aiguë), de sueurs, de véritable perte de connaissance, voire de crise comitiale ;
- évaluation rapide de la gravité de la chute :
 - incapacité à se relever seul ;
 - long séjour à terre ; le maintien prolongé à terre, d'une heure ou plus, expose à la rhabdomyolyse, à l'hypothermie, à la déshydratation, à des escarres et des pneumopathies d'inhalation ;
 - présence de points douloureux ou hématomes notamment au bassin, aux membres inférieurs, à la région lombaire ou à la face, recherche d'une impotence fonctionnelle et/ou d'une déformation d'un membre inférieur, recherche d'un trouble de la conscience, pouvant faire craindre un traumatisme avec ou sans fracture.
- recherche de lacérations cutanées de grande taille ou dépassant l'hypoderme ;
- recherche de signes de gravité liés à une maladie aiguë responsable de la chute : principalement les troubles du rythme ou de conduction, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, l'infarctus du myocarde, les maladies infectieuses, ainsi que l'hypoglycémie chez les patients diabétiques ;
- répétition des chutes ;
- évaluation de la gravité potentielle d'une nouvelle chute en identifiant les 3 principales

situations suivantes : une ostéoporose avérée, la prise de médicaments anticoagulants, l'isolement social et familial et/ou le fait de vivre seul.

VI.2 EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique comportera successivement la vérification des constantes vitales, l'examen cardiovasculaire, la recherche d'un traumatisme, l'examen neurologique et ostéoarticulaire, l'examen de la marche et de l'équilibre. L'examen précisera la capacité à maintenir une posture stable en position debout, en condition statique et dynamique, en évaluant la rétropulsion, l'appréhension à la station debout et la présence d'une rigidité oppositionnelle ou extrapyramidale axiale et/ou généralisée. Cet examen pourra s'aider de deux tests fonctionnels standardisés et chronométrés évaluant la marche et l'équilibre : station unipodale et timed up and go test.

VI.3 EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les examens complémentaires sont demandés selon l'orientation donnée par l'interrogatoire et l'examen clinique. Il est recommandé de réaliser les examens suivants :

- ionogramme sanguin à la recherche d'une hyponatrémie ;
- dosage sérique de la vitamine D (25OHD) ;
- hémogramme en cas de signes d'appel d'anémie ;
- ECG standard en cas de signes d'appel cardiaque ou de malaise ou de perte de connaissance ;
- dosage de l'HbA1c et glycémie chez les personnes diabétiques ;
- dosage des CPK et créatinine sérique si station prolongée au sol de plus d'une heure ;
- radiographies osseuses si douleur aiguë ou impotence fonctionnelle de la zone considérée.

Il n'est pas utile de réaliser à titre systématique les examens suivants : EEG, imagerie cérébrale, examen écho-Doppler des artères cérébrales, Holter-ECG des 24 heures, échographie cardiaque. Ces examens ne sont réalisés qu'en fonction d'indications guidées par les données de l'évaluation clinique et de l'ECG.