

LE DOSSIER

Bilan des chutes

Examen clinique d'un sujet âgé chuteur

RÉSUMÉ: Les chutes de la personne âgée sont un enjeu de santé publique. Elles sont responsables de 12 000 décès par an en France et peuvent entraîner une perte d'autonomie nécessitant une entrée en institution qui peut atteindre 40 % des cas. Un séjour prolongé au sol, défini par une durée supérieure à une heure est un facteur de gravité.

Un syndrome post-chute doit être recherché systématiquement. Il s'agit d'une urgence gériatrique car tout retard dans son diagnostic et sa prise en charge peut entraîner une cascade pathologique souvent dramatique pour la personne âgée. L'objectif de cet article est de rappeler les éléments de l'examen clinique à rechercher chez un patient âgé ayant chuté.



→ **H. HÉNIQUE, C.E. GEFFROY**
Service de Médecine Interne
Gériatrique et Neurologie,
Pôle Autonomie, Neurologie
et Prise en charge du vieillissement
Centre Hospitalier, BLOIS.

Les chutes de la personne âgée sont un enjeu de santé publique. En effet, leur prévalence chez les sujets de plus de 65 ans est estimée entre 10 et 25 % selon les études. Leurs conséquences ne sont pas négligeables, elles sont responsables de 12 000 décès par an en France et peuvent entraîner une perte d'autonomie avec un pourcentage d'institutionnalisation qui peut atteindre jusqu'à 40 %.

Par définition, la chute correspond au fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ. On parle de chutes répétées à partir du moment où la personne a fait au moins deux chutes en 12 mois.

L'examen clinique, et notamment l'interrogatoire, doit être le plus précis et le plus exhaustif possible, au mieux réalisé en présence d'un proche et en dehors de la période de confusion entourant la chute.

Rechercher des signes de gravité dus à la chute

Tout d'abord, il est nécessaire d'apprécier les conséquences de la chute et

notamment de rechercher des traumatismes physiques par l'examen systématique de l'appareil locomoteur et du massif crânio-facial. À titre d'exemple, la fracture de l'extrémité supérieure du col fémoral est un événement aux conséquences majeures : la mortalité est élevée dans l'année qui suit (12 à 25 % selon les études), la moitié des survivants aura une perte d'autonomie, une proportion importante de ceux qui vivaient à domicile entreront en institution (20 à 30 %).

Il est important de savoir si le patient est traité par anticoagulant et d'évaluer le risque d'hémorragie non extériorisée, en particulier d'hématome sous-dural fréquent dans cette population de sujets fragiles.

L'impossibilité de se relever est également un facteur de gravité car un séjour prolongé au sol défini par une durée supérieure à une heure peut se compliquer entre autres d'une rhabdomyolyse avec insuffisance rénale aiguë, d'une pneumopathie d'inhalation, d'une hypothermie, d'escarres, etc. À un an, il a été montré une perte plus importante dans les activités de la vie quotidienne chez les patients ayant une incapacité

LE DOSSIER

Bilan des chutes

à se relever du sol comparativement à ceux qui étaient capables de le faire (RR = 1,7).

Enfin, un syndrome post-chute doit être recherché. Il s'agit d'une désadaptation psychomotrice à l'origine d'une incapacité motrice, psychologique et/ou cognitive, caractérisée par une hypertonie extrapyramidale ou oppositionnelle le plus souvent axiale, une abolition voire une absence des réflexes de posture, entraînant une rétropulsion et une phobie de la station debout et de la marche et enfin un syndrome dysexécutif. Il s'agit d'une urgence gériatrique car tout retard dans son diagnostic et sa prise en charge peut entraîner une cascade pathologique souvent dramatique pour la personne âgée.

Préciser les circonstances de la chute

S'agit-il d'une chute mécanique par "maladresse" ou bien existe-t-il des éléments en faveur d'une pathologie organique ? Dans quel contexte médico-social survient-elle ? Il est essentiel de dépister les facteurs de risques de chute par l'interrogatoire, notamment les antécédents médico-chirurgicaux du patient, et par l'examen clinique.

La chute peut être le symptôme d'une pathologie médicale aiguë qui peut mettre en jeu le pronostic vital. Les troubles du rythme ou de conduction peuvent provoquer un bas débit cérébral à l'origine d'une chute. D'autres affections telles que les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'insuffisance cardiaque et les pathologies infectieuses peuvent être à l'origine d'une chute mettant en jeu le pronostic vital.

Une étude de cohorte réalisée en France, comparant des personnes âgées hospitalisées pour chute (moyenne d'âge : 85,1 ± 5,5 ans) et des personnes âgées hospitalisées pour un autre motif (moyenne

d'âge : 85,8 ± 5,5 ans) en unité de court séjour gériatrique, a montré que l'étiologie de la chute était dans 68 % des cas une pathologie médicale aiguë. Parmi ces pathologies, on retrouvait au premier rang les affections neuropsychiatriques (38 %), puis cardiovasculaires (20 %), infectieuses (12 %), rhumatologiques (5 %) et iatrogéniques (5 %).

Au sein des étiologies neuropsychiatriques, les syndromes confusionnels et les accidents vasculaires cérébraux ischémiques représentaient respectivement 47 % et 36 % des cas. Quant aux étiologies cardiovasculaires, elles correspondaient à des insuffisances cardiaques droites ou gauches décompensées dans 33 % des cas, à une hypotension orthostatique dans 28 % des cas et à des troubles du rythme dans 17 % des cas.

Il faut également rechercher des éléments qui feront toute la gravité de la situation s'il y a récurrence : existe-t-il une ostéoporose définie par un T-score inférieur à 2,5 sur l'ostéodensitométrie ou des antécédents de fracture ostéoporotique ? La recherche de prise d'anticoagulant doit être systématique. Enfin, il est important de faire préciser les conditions de vie du patient, l'existence ou non d'un isolement social et/ou familial. L'âge est lui-même un facteur important. Un tiers des personnes de plus de 65 ans tombe au moins une fois dans l'année. Après 80 ans, 50 % font au moins une chute dans l'année.

Sur le plan général, il faut dépister une dénutrition avec le calcul systématique de l'indice de masse corporelle (IMC), rechercher une amyotrophie, rechercher des signes de pathologies endocriniennes comme une hyperthyroïdie ou une myopathie cortisonique... Les troubles sensoriels notamment la diminution de l'acuité visuelle, sont souvent impliqués et intriqués. L'examen neurologique recherche des pathologies neu-

rologiques centrales d'origine vasculaire ou dégénérative, ainsi que des atteintes périphériques comme les polyneuropathies ou l'existence d'un canal lombaire étroit qui peuvent entraîner des troubles de l'équilibre ou de la marche. Sur le plan ostéo-articulaire, il convient de mettre en évidence des problèmes de coxarthrose ou de gonarthrose qui sont à l'origine de limitation des amplitudes articulaires ainsi que des pathologies rachidiennes responsables de douleurs pouvant s'exacerber lors de changements de position. Concernant l'étude des fonctions supérieures, il convient d'évaluer l'état dépressif par la réalisation d'une mini-GDS (*Geriatric Depression Scale*) à la recherche d'un syndrome dépressif et un MMSE afin de dépister un déclin cognitif.

Préciser les facteurs de risque de chute

On distingue des **facteurs de risque** :

- **Intrinsèques**, qui reflètent l'état de santé de la personne et qui sont les principaux facteurs de risque de chute de la personne âgée ;
- **Comportementaux**, qui dépendent de l'activité physique de la personne au moment de la chute et qui sont le plus souvent des activités de la vie quotidienne au cours desquelles la personne âgée se déplace. Deux activités de déplacement ont été identifiées comme à risque de chute chez la personne âgée : la marche et les transferts de position du corps de type passage assis-debout (AD) et debout-assis (DA) ;
- **Environnementaux ou extrinsèques**, qui correspondent aux caractéristiques du lieu de chute.

Les facteurs intrinsèques sont ceux qui peuvent être à l'origine d'un malaise ou d'une perte de connaissance. Ils sont souvent associés.

>>> Les causes cardiaques sont impliquées dans plus de la moitié des cas. L'ECG est par conséquent un examen essentiel, à la recherche de troubles du rythme et de la conduction, mais aussi de pathologies coronariennes ou d'embolie pulmonaire. Il peut être réalisé un massage sino-carotidien à la recherche d'une hypersensibilité du sinus carotidien. L'auscultation carotidienne recherche un souffle en faveur d'une sténose. La mesure de la pression artérielle est systématique avec le dépistage de l'hypotension orthostatique qui peut être à l'origine de 10 à 15 % des chutes.

>>> Sur le plan neurologique, il faut rechercher des signes de localisation en faveur d'un AVC. L'interrogatoire, notamment des proches, doit également rechercher des signes en faveur d'une comitialité. Enfin, des causes métaboliques doivent être également éliminées comme l'hypoglycémie ou la déshydratation, etc.

>>> Une part importante du diagnostic étiologique est **l'analyse critique de l'ordonnance du patient**. En effet, ces patients sont souvent polyopathologiques et donc polymédiqués.

>>> Les psychotropes sont les premiers mis en cause, notamment les benzodiazépines et les neuroleptiques qui entraînent des troubles de la vigilance et de la marche.

>>> Les médicaments cardiotropes, par les troubles du rythme et l'hypotension en particulier orthostatique qu'ils peuvent induire, sont aussi fréquemment impliqués.

>>> De même, les antidiabétiques, parmi lesquels les sulfamides hypoglycémiantes peuvent entraîner une chute en raison de l'hypoglycémie qu'ils peuvent induire.

>>> L'interrogatoire recherche les facteurs précipitants extrinsèques, par exemple l'habillage, le mauvais chaussage, l'existence d'obstacles dans le lieu de vie: tapis, animaux, ou environnement inadapté: escalier, siège de toilette trop bas, revêtement de sol glissant, etc.

Évaluer le risque de récurrence des chutes

Il faut lister les chutes antérieures car il est prouvé qu'une chute dans les 3 mois précédents indique un risque élevé de récurrence.

Des tests simples à réaliser en routine peuvent contribuer à cette évaluation.

>>> Le *timed get up and go test* implique que le patient se lève d'une chaise à accoudoirs, marche 3 mètres, fasse demi-tour et retourne s'asseoir après avoir fait le tour de sa chaise. Il est pathologique si la durée d'exécution dépasse 20 secondes.

>>> Le test de Tinetti, quant à lui, étudie la marche et l'équilibre, avec 9 items portant sur l'équilibre cotés sur 16 et 7 items sur la marche cotés sur 12. Un résultat inférieur à 20 sur 28 est considéré comme pathologique correspondant à un risque élevé de chutes.

>>> On peut également réaliser facilement le test en appui monopodal qui n'est pas normal si l'appui est maintenu moins de 5 secondes.

>>> L'arrêt de la marche lorsqu'il est demandé au patient de parler en même temps est également un bon test prédictif de la survenue des chutes.

>>> La poussée sternale recherche, quant à elle, des adaptations posturales et l'existence de réactions parachutes.

Conclusion

La chute de la personne âgée est un événement fréquent, potentiellement grave du fait du sur-risque de morbi-mortalité qu'il entraîne dans une population déjà polyopathologique et donc fragilisée. Cela représente également un coût pour la société compte tenu du taux élevé d'institutionnalisation et d'hospitalisation qui l'accompagne.

Il est donc nécessaire de savoir dépister ces patients par un examen clinique exhaustif et par des tests simples, faciles à reproduire par tous en pratique quotidienne.

Bibliographie

- Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Recommandations HAS avril 2009.
- Prévention des chutes accidentelles. Recommandations HAS novembre 2005.
- Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations 2005 Société française de documentation et de recherche en médecine générale HAS.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.