

Le vieillard fragile et les chutes : l'approche pratique

Jean-Pierre Beauchemin, MD

Présenté dans le cadre de la conférence : La neurologie, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, septembre 2007

Le syndrome de chutes

Marqueur de fragilité chez le vieillard, le syndrome de chutes est une raison de consultation fréquente auprès des cliniciens de première ligne. Malheureusement, ce sont souvent les conséquences immédiates des chutes (blessures) qui amènent le clinicien à constater le syndrome de chutes. Cette découverte doit déclencher rapidement une enquête étiologique (anamnèse et examen physique orientés) afin d'identifier la ou les causes sous-jacentes ayant les chutes comme aboutissement. L'objectif principal du présent article est de permettre au clinicien de procéder avec efficacité à cette enquête étiologique afin d'identifier rapidement les causes fréquentes pour les traiter et prévenir la récurrence.

La prévalence des chutes

Les chutes sont la première cause de mort par accident chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Quatre-vingt-cinq pour cent des chutes en gériatrie surviennent le jour, et la salle de bain est l'endroit de prédilection.

Le tiers des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile avoue avoir fait au moins une chute dans l'année précédente; cette proportion passe à 50 % pour la strate des plus de 80 ans à domicile. Ce pourcentage avoisine les 60 % pour les personnes âgées vivant en institution (centre d'accueil et

Le cas de M. Thibeau

Monsieur Thibeau, 84 ans, est amené chez son médecin de famille par son épouse, car il fait des chutes.

Sa médication actuelle

- Ce patient est traité pour une hypertension artérielle (HTA) avec du péridopril 2 mg p.o. die et de l'hydrochlorothiazide 12,5 mg p.o. die (TA habituelle = 130/80 couché et assis).
- Il présente une démence mixte évolutive depuis un an pour laquelle il prend de la galantamine 16 mg per os ID.
- Il prend aussi de l'olanzapine 5 mg p.o. bid depuis une hospitalisation pour une résection transurétrale de la prostate (RTUP), il y a trois mois, pendant laquelle il aurait fait un délirium sur une infection urinaire.

L'anamnèse

M. Thibeau est semi-voyant. Son épouse le trouve ralenti depuis sa RTUP, son équilibre est précaire et il est tombé trois fois en trois mois, sans blessure. La revue des systèmes est non contributive, sauf pour des étourdissements sans chute se produisant le matin, au premier lever, et ce, depuis trois mois. Il n'a pas de tremblement.

L'examen physique

- TA 130/80 couché et 100/75 en position assise sans accélération du pouls;
- Faciès un peu figé avec discrète sialorrhée;
- Fond d'œil : deux cataractes denses;
- Membres : roue dentée;
- Pas de déficit de force ou de sensibilité aux membres;
- Démarche à petits pas, penché par en avant.

Comment éviter au maximum les récurrences de chute de M. Thibeau?



Dr Beauchemin est gériatre à l'Hôpital Laval de Québec, chef du Département de gériatrie du CSSS de la Vieille-Capitale et professeur titulaire à la Faculté de médecine de l'Université Laval.

Tableau 1

Altérations physiologiques liées au vieillissement favorisant les chutes chez la personne âgée

Système ou fonction	Impact	Prévention
Vision	Acuité visuelle	Dépistage (Charte de Snellen) Verres adéquats
Cataractes	Accommodation et éblouissement Vision claire-obscur Vision périphérique	Exérèse et lentille intraoculaire Périodes d'habituation plus longues
Vestibulaire	Oscillation (sway) Réflexes posturaux	Exercice d'équilibre, Tai Chi
Auditif	Discrimination (alerte)	Prothèse auditive fonctionnelle (?)
Cardiovasculaire	Hypotension orthostatique	Éliminer une cause iatrogénique Stéroïdes fluorés presseurs (midodrine) Si varices, bas support
Locomoteur	Cyphose Masse musculaire	Prévention ostéoporose dès la cinquantaine Exercices
Neurologique	Sens vibratoire Sens tactile Patron de marche Temps de réaction	Exercices

d'hébergement et centre hospitalier de soins de longue durée).

Le vieillissement physiologique de la posture et de l'équilibre favorisant les chutes

Le tableau 1 regroupe les altérations physiologiques survenant avec l'âge et susceptibles d'augmenter le risque de chutes. Pris isolément, ces facteurs sont rarement causes de chutes, c'est le cumul de ses altérations avec une ou plusieurs condi-

tions pathologiques qui font que le vieillard atteint son seuil de chutes; voilà qui laisse présumer la notion de sommation de causes de chutes sans chute qu'un seul ajout peut faire décompenser.

Les facteurs de risque de chutes

Les caractéristiques cliniques nous permettant de tracer le profil type du patient âgé chuteur sont les suivantes :

- le sexe féminin
- l'âge > 75 ans
- l'isolement social

- les comorbidités et la polypharmacie
- le trouble de la démarche et de l'équilibre
- les antécédents de chutes
- la démence
- la dépression

Les conséquences des chutes

Les conséquences à court terme

Les conséquences immédiates des chutes sont habituellement bien prises en charge; qu'il s'agisse de douleurs, contusions, lacérations, hématomes ou fractures résultant d'une chute. On a toutefois démontré que sur 100 chutes survenant à domicile, 40 sont sans blessure et 50 résultent en des blessures mineures. À peine 10 chutes sont portées à l'attention du médecin; cinq résultent en une fracture dont une seule fracture de la hanche! La fracture de la hanche a un mauvais pronostic dans ce groupe d'âge : 10 % de décès dans les 10 premiers jours, et 25 % de décès à six mois. Les survivants s'en tireront avec une diminution de la mobilité dans 60 % des cas et 25 % présenteront une perte d'autonomie telle qu'ils ne pourront pas retourner dans leur milieu de vie antérieur. Ces statistiques dévastatrices s'observent nonobstant la qualité de l'intervention orthopédique, qui doit toutefois être faite dans les premières 24 heures suivant la chute.

On notera aussi une iatrogénie médicamenteuse aux analgésiques narcotiques dans ce groupe d'âge (confusion, constipation) améliorée

depuis l'arrivée du chlorhydrate de tramadol/acétaminophène pour qui nécessite une analgésie comparable à la codéine. Quant aux narcotiques, l'oxycodone serait l'analgésique narcotique de choix en gériatrie puisqu'il donnerait moins d'effets centraux type confusion aiguë.

Au chapitre des conséquences immédiates, on notera aussi l'épuisement du vieillard au sol, qui tente de se relever seul souvent avec une technique déficiente, la faim et la soif, l'incontinence urinaire ou fécale lors d'un séjour prolongé au sol. Il existe une morbidité et une mortalité accrue pour les personnes âgées ayant passé plusieurs heures (plus de six heures) au sol, et ce, indépendamment de la cause de chute. Le stress à se demander si on sera découvert dans cette fâcheuse situation avant d'en mourir expliquerait ce sombre pronostic.

Les conséquences à moyen terme

Quant aux conséquences à moyen terme, on retiendra la déshydratation, la bronchopneumonie, les plaies de pression et l'hypothermie.

Les conséquences à long terme

Finalement, les conséquences à long terme n'en sont pas moins redoutables : le syndrome post-chute se définit par une peur incercible de tomber à nouveau malgré l'absence d'éléments pouvant causer des chutes. Le pronostic de retour à la marche s'assombrit rapidement et la seule prévention est la verticalisation rapide dès les premiers jours suivant la chute. On notera aussi le

confinement au domicile et à la chambre à coucher avec ultimement l'alitement et la grabatisation; circonstances propices au syndrome d'immobilisation terminal ayant le décès comme terme.

un vieillard chuteur avant de le questionner et de l'examiner soigneusement.

La fracture de la hanche a un mauvais pronostic dans ce groupe d'âge : 10 % de décès dans les 10 premiers jours, et 25 % de décès à six mois.

Les causes des chutes chez le vieillard fragile

Les chutes en gériatrie sont une urgence médicale; non pas qu'il faille systématiquement diriger vers la salle d'urgence les patients qui présentent ce syndrome, mais plutôt s'assurer que le clinicien entreprenne le plus tôt possible l'enquête étiologique visant à identifier les causes modifiables pour les traiter afin de réduire le risque de chutes. On a déjà évoqué la multi-causalité des chutes en gériatrie; le clinicien doit donc être vigilant quand il met en évidence une cause de chute afin de ne pas négliger d'autres causes sous-jacentes. L'enquête étiologique des chutes est avant tout une démarche clinique; les examens paracliniques (incluant l'imagerie) n'étant utiles qu'à confirmer ou à infirmer des hypothèses diagnostiques préalables; il n'y a donc pas de « kit » paraclinique à faire subir à

Les changements de médicaments et la consommation d'alcool

Par argument de fréquence, il faut toujours s'informer des changements de médicaments coïncidant avec la chute. Les psychotropes (benzodiazépines et neuroleptiques tant classiques qu'atypiques), les analgésiques majeurs, les hypotenseurs et l'alcool sont souvent incriminés tant à l'introduction qu'aux changements de doses. L'intoxication éthylique aiguë peut causer une chute, mais les déficits vitaminiques inhérents favorisent une polynévrite périphérique pouvant contribuer aussi aux chutes en dehors d'une intoxication aiguë.

Les troubles cardiovasculaires

En deuxième lieu, on reconnaît les troubles cardiovasculaires, les ischémies cérébrales transitoires, les accidents vasculaires cérébraux et la sténose aortique avec syncope d'effort.

Le clinicien doit être vigilant quand il met en évidence une cause de chute afin de ne pas négliger d'autres causes sous-jacentes.

Les démences

Troisièmement, on retiendra que les démences augmentent le risque de chutes non seulement en phase avancée mais aussi en phase précoce, car on a remarqué que le patient dément léger marche de façon téméraire en négociant mal les obstacles sur sa route; une accentuation de l'amputation du champ visuel périphérique pourrait expliquer cette propension aux chutes. La démence à corps de Lewy par le syndrome extrapyramidal qui la caractérise amène le vieillard qui en est atteint à faire des chutes précocement.

Les troubles locomoteurs et de l'équilibre et les désordres métaboliques

Les autres troubles locomoteurs ou de l'équilibre (l'arthrose, l'arthrite, l'insuffisance artérielle des membres inférieurs, l'immobilisation et les dysthyroïdies) contribuent passablement au risque de chutes. Les vieillards déprimés sont aussi à plus grand risque de chutes, en partie en

raison des médicaments qu'ils reçoivent. Finalement, les désordres métaboliques (les hyperglycémies ou les hypoglycémies, l'hypocalcémie, l'hypoxémie aiguë dont l'anémie surtout aiguë) sont souvent des facteurs déclencheurs de chutes.

L'environnement

On invoque souvent l'environnement comme cause de chutes chez le vieillard; il convient de se méfier de la solution de facilité qu'offre trop souvent la chute accidentelle au clinicien lors de son enquête étiologique. En effet, on peut trébucher sur un seuil de porte ou sur un fils de téléphone parce que l'on ne l'a pas vu (hémianopsie ou héminégligence, amaurose fugace), parce que l'on a un déficit de dorsiflexion de la cheville à la suite d'un AVC ou parce que l'on présente une polyneuropathie diabétique. Un vieil adage nous permet d'affirmer qu'une première chute qui apparaît accidentelle après une enquête étiologique minutieuse peut être accidentelle mais une deuxième chute d'allure accidentelle l'est

rarement! La littérature démontre que la gestion de l'environnement par un ergo-thérapeute n'est rentable qu'en prévention secondaire, c'est-à-dire chez le vieillard ayant déjà fait une chute.

La prévention des chutes et de leurs conséquences

Les activités de prévention à préconiser chez le vieillard sont :

Le suivi par le médecin de famille

Le suivi par un médecin de famille agissant comme chef d'orchestre en cas de suivi conjoint avec des collègues spécialistes a été démontré efficace; particulièrement en gérant et en optimisant la liste de médicaments. Il doit aussi identifier précocement les chuteurs (lors de l'examen médical périodique, par exemple) et prendre en charge rapidement les chuteurs afin d'identifier et de traiter les causes de chutes.

L'exercice et l'environnement à bas risque

L'activité physique régulière (marche 20 à 30 minutes trois par semaine, Taï Chi) et un environnement à bas risque sont autant de facteurs pouvant réduire l'occurrence de chute. Les CLSC offrent de la documentation sur l'environnement à bas risque et des classes de prévention des chutes. Une attention particulière doit être portée au type de chaussures que portent les personnes âgées. Les chaussures

Par argument de fréquence, il faut toujours s'informer des changements de médicaments coïncidant avec la chute.

fermées avec un talon n'excédant pas 1,5 cm sont à privilégier; il faut se méfier des semelles antidérapantes, qui peuvent provoquer des chutes vers l'avant chez les personnes peu habituées.

Le dépistage et le traitement de l'ostéoporose

Il convient aussi de dépister et de traiter l'ostéoporose chez les vieillards vivant à domicile, car, en général, ils ont une espérance de vie qui justifie l'utilisation des bisphosphonates et de suppléments de calcium et de vitamine D. Une histoire de fracture atraumatique (dite de fragilisation) est suffisante pour poser le diagnostic d'ostéoporose sans avoir recours à l'ostéodensitométrie. Il convient toutefois de procéder à un bilan paraclinique pour éliminer les causes secondaires d'ostéoporose qui, bien que rares, se retrouvent particulièrement dans ce groupe d'âge. Quant aux vieillards en centres d'accueil et en centres hospitaliers de soins de longue durée, des suppléments de calcium et de vitamine D sont toujours indiqués afin d'améliorer la fonction neuromusculaire qui diminue les chutes chez cette clientèle. On réservera les bisphosphonates aux cas particuliers des personnes âgées ayant une espérance de vie anticipée d'au moins deux ans. Les populations âgées en centres hospitaliers de soins de longue durée voient leurs risques de fracture de la hanche diminués de façon appréciable par le port de protecteurs de la hanche.

La mise en place d'un système d'alerte

Comme on l'a déjà vu, le temps passé au sol en cas de chute étant un élément pronostique déterminant, il est de mise de prévoir un système d'alerte que la personne qui vit seule pourra actionner en cas de chute. Parmi les systèmes électroniques, on préférera ceux que la personne âgée peut avoir sur elle (type montre ou pendentif), qu'elle pourra ainsi actionner quel que soit l'endroit de survenue de la chute. L'intervention téléphonique d'un tiers à des heures fixes dans la journée peut, le cas échéant, remplacer les systèmes électroniques peu chers à l'achat, mais pour lesquels un abonnement est requis. En effet, en cas de non-réponse à une heure déterminée, la personne âgée sait qu'une action sera entreprise rapidement.

Bref...

Le syndrome de chutes en gériatrie est un mode de présentation clinique de multiples causes tant physiologiques que pathologiques et qui

constitue un marqueur de fragilité. Le clinicien doit rechercher la survenue de chutes et procéder, le cas échéant, à une enquête étiologique minutieuse afin d'identifier rapidement la ou les causes corrigibles. Cette conduite permettra de prévenir d'autres chutes aux conséquences redoutables (décès, fracture de la hanche et perte d'autonomie). **C**

Bibliographie

1. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society et American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention (2001). Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. *J Am Geriatr Soc*; 49(5):664-72.
2. Chang JT, et coll: Interventions for the Prevention of Falls in Older Adults: Systemic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *BMJ* 2004; 328(7441):680-97.
3. Tinetti ME, Williams TF: The Effects of Falls and Falls Injuries on Functioning in Community-Dwelling Older Persons. *J Gerontol A Biol Sci Med* 1998; 53(2):M112-M119.
4. Tinetti ME: Preventing Falls in Elderly Persons. *N Engl J Med* 2003; 348(1):42-49.

À retenir

- Le tiers des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile avoue avoir fait au moins une chute dans l'année précédente.
- La fracture de la hanche à un mauvais pronostic dans ce groupe d'âge : 10 % de décès dans les 10 premiers jours et 25 % de décès à six mois.
- L'enquête étiologique des chutes est avant tout une démarche clinique; les examens paracliniques (incluant l'imagerie) n'étant utiles qu'à confirmer ou à infirmer des hypothèses diagnostiques préalables.
- L'activité physique régulière (marche 20 à 30 minutes trois par semaine, Tai Chi) et un environnement à bas risque sont autant de facteurs pouvant réduire l'occurrence de chute.