

Ne laissons pas tomber les personnes âgées!



Jean-Pierre Beauchemin, M.D. est gériatre à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) et au CSSS de la Vieille-Capitale. Il est également professeur titulaire à l'Université Laval.

Article tiré de la conférence

Il ne faut pas laisser tomber les personnes âgées! donnée le 14 octobre 2011 dans le cadre de la journée de la neurologie organisée par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Description du cas

Monsieur Dufour, 84 ans, est emmené à votre cabinet par son épouse parce qu'il a fait une chute en se levant hier matin. Ce patient est traité pour haute tension artérielle (HTA) avec du périndopril 2 mg *per os* 1 f.p.j. et de l'hydrochlorothiazide 12,5 mg *per os* 1 f.p.j. (tension artérielle [TA] habituelle = 130/80 couché et assis).

Vous avez ajouté l'hydrochlorothiazide il y a trois jours, car sa TA demeurait élevée malgré le périndopril.

Il est semi-voyant. La revue des systèmes est non contributive.

À l'examen vous notez :

- TA 130/80 couché et 100/75 en position assise sans accélération du pouls;
- Fond d'œil (F.O.) = deux cataractes denses;
- Pas de déficit de force ou de sensibilité aux membres;
- Démarche à petits pas, penché vers l'avant.

Comment interpréter ces observations?

Être alerte

Le syndrome de chutes est une raison de consultation fréquente auprès des cliniciens de première ligne. Il doit déclencher rapidement une enquête étiologique (anamnèse et examen physique orientés) afin d'identifier la ou les causes sous-jacentes.

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.

Chutes : qu'en dire?

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.

La moitié des personnes âgées de plus de 80 ans vivant à domicile avoue avoir fait au moins une chute dans l'année précédente. Ce pourcentage avoisine les 60 % pour les personnes âgées vivant en institution. On remarque que, dans envi-

ron 15 % des cas de chutes, l'enquête étiologique ne parvient pas à identifier la ou les causes de chute.

Vieillesse physiologique de la posture et de l'équilibre favorisant les chutes

Le Tableau 1 regroupe les altérations physiologiques survenant avec l'âge et étant susceptibles d'augmenter le risque de chutes. Pris isolément, ces facteurs sont rarement cause de chutes; c'est le cumul de ces altérations avec une ou plusieurs conditions pathologiques qui font que le vieillard atteint son seuil de chutes.

Facteur de risque de chutes

Au Tableau 2 (page 52), on retrouve les caractéristiques cliniques nous permettant de tracer le profil type du patient âgé chuteur.

Conséquences des chutes

À court terme

Les conséquences immédiates des chutes sont habituellement bien prises en charge; (douleurs, contusions, lacérations, hématomes ou fractures). On a toutefois démontré que, sur 100 chutes survenant à domi-

cile, 40 d'entre elles sont sans blessure et que 50 de ces chutes causent des blessures mineures. À peine 10 chutes sont portées à l'attention du médecin; 5 causent 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 sont occasionnés dans les 10 premiers jours et 25 % de décès à 6 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 retourner dans leur milieu de vie antérieur. On notera aussi une iatrogénie médicamenteuse aux analgésiques narcotiques dans ce groupe d'âge (confusion, constipation); l'oxycodone serait l'analgésique narcotique de choix en gériatrie puisqu'il donnerait moins d'effets centraux de type confusion aiguë; toutefois, l'arrivée du tapentadol (moins de confusion et de constipation) pourrait être une alternative intéressante.

Au chapitre des conséquences immédiates, on notera aussi l'épuisement du vieillard qui tente de se relever 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 (> 6 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.

À moyen terme

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

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 ↑ Éblouissement ↓ Vision claire-obscur ↓ Vision périphérique	Exérèse et lentille intra-oculaire Périodes d'habituation plus longues
Vestibulaire	↑ Oscillation (sway) ↓ Réflexes posturaux	Exercice d'équilibre, tai-chi Exercice d'équilibre, tai-chi
Auditif	↓ Discrimination (alerte)	Prothèse auditive qui fonctionne
Cardiovasculaire	Hypotension orthostatique	Éliminer cause iatrogénique Stéroïdes fluorés α-presseurs (midodrine) Bas support
Locomoteur	↑ Cyphose ↓ Masse musculaire	Prévention de l'ostéoporose dès la cinquantaine Exercices
Neurologique	↓ sens vibratoire ↓ sens tactile Δ patron de marche ↑ temps de réaction	Exercices

À long terme

La pire conséquence à long terme est le syndrome post-chute qui se définit par une peur incoercible 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.

Étiologie des chutes

Les chutes en gériatrie sont une urgence médicale. Le clinicien doit entreprendre le plus tôt possible l'enquête étiologique et doit 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.

Médication

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.

Troubles cardiovasculaires

En deuxième lieu, on reconnaît les troubles cardiovasculaires (l'hypotension orthostatique primaire ou secondaire, l'ischémie coronarienne, les troubles du rythme [la maladie du sinus, les bradycardies par la manœuvre de Valsalva lors

Tableau 2

Facteurs de risque de chutes chez la personne âgée

Facteurs	Prévention démontrée
Sexe féminin	
Âge > 75 ans	
Isolement social	
Comorbidités et polypharmacie	Médecin de famille
Trouble de la démarche et de l'équilibre	Exercices, tai-chi
Antécédents de chutes	
Démence	
Dépression	Gestion des psychotropes

des efforts de défécation ou pour amorcer la miction], les ischémies cérébrales transitoires, les accidents vasculaires cérébraux et la sténose aortique avec syncope d'effort).

Troubles locomoteurs ou de l'équilibre

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. La démence à corps de Lewy par le syndrome extrapyramidal qui la caractérise amène le vieillard à faire des chutes précocement.

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.

La dépression

Les vieillards déprimés sont aussi à plus grand risque de chutes, en partie en raison des médicaments qu'ils reçoivent.

Simple accident?

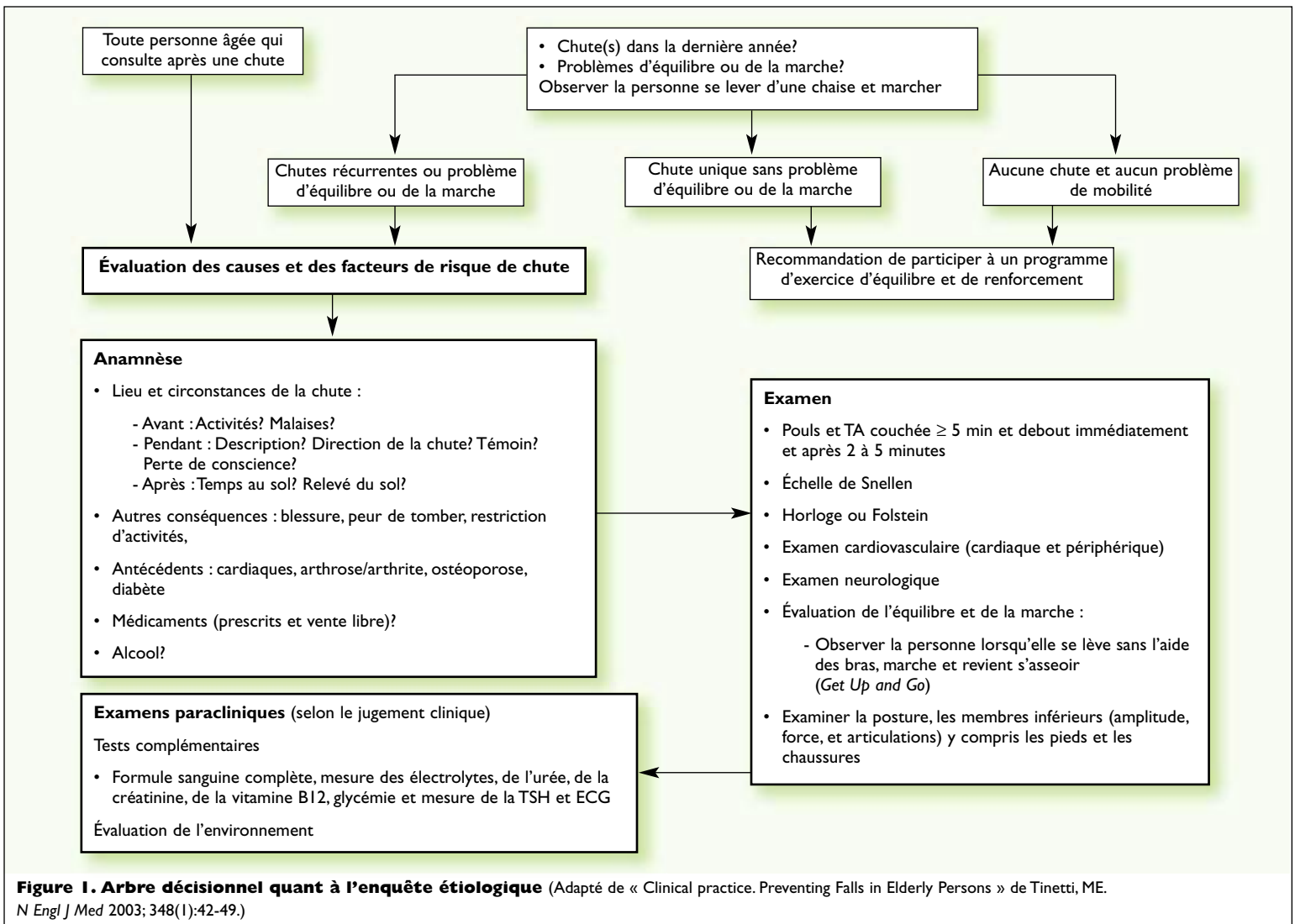
Finalement, les désordres métaboliques (les hyperglycémies ou les hypoglycémies, l'hypocalcémie, l'hypoxémie aiguë dont l'anémie surtout aiguë) sont souvent des facteurs déclencheurs de chutes. On invoque souvent l'environnement comme cause de chutes chez le vieillard; il con-

vient de se méfier de la solution de facilité qu'offre trop souvent la chute accidentelle. En effet, on peut trébucher sur un seuil de porte ou sur un fils de téléphone parce qu'on ne l'a pas vu (hémianopsie ou héminegligence, amaurose fugace), parce qu'on a un déficit de dorsiflexion de la cheville à la suite d'un AVC ou parce qu'on présente une polynévrite périphérique diabétique. 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 Figure 1 propose au lecteur une approche systématique et pragmatique de l'enquête étiologique (cet arbre décisionnel ne se veut pas exhaustif, d'autres examens cliniques ou paracliniques peuvent être indiqués selon le jugement du clinicien).

Prévention des chutes et de ses conséquences

En terminant, on pourra facilement déduire les activités de prévention à préconiser chez le vieillard : 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 lorsqu'il y a gestion et optimisation de la liste de médicaments. Le médecin doit aussi identifier précocement les chuteurs (lors de l'examen médical périodique par exemple) et les prendre en charge rapidement afin d'identifier et de traiter les causes de chutes. L'activité physique régulière (marche 20 à 30 minutes trois à quatre fois par semaine, tai-chi) et un environnement à bas risque peuvent 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. 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, de suppléments de calcium et de vitamine D. 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. 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. 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 la chute. L'intervention téléphonique d'un tiers à des heures fixes dans la journée peut remplacer les systèmes électroniques peu



chers à l'achat mais nécessitant un abonnement. Ainsi, en cas de non-réponse à une heure déterminée, la personne âgée sait qu'une action sera entreprise rapidement.

Conclusion

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

Bibliographie

1. Rubenstein, LZ, Ganz, DA. Preface: Falls and their prevention. *Clin Geriatr Med* 2010; 26(4):539-787.
2. Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(5):664-72.
3. Chang, JT, et coll. Interventions for the prevention of falls in older adults: systemic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2004; 328(7441):680-97.
4. Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med* 2003; 348(1):42-49.