

Le syndrome gériatrique. Cas particulier des chutes

PR SYLVIE BONIN-GUILLAUME

Service de médecine interne gériatrie , Assistance
Publique Hôpitaux de Marseille , France

Institut Neurosciences Timone , UMR-CNRS 72-89,
Aix Marseille Université, Marseille, France

Société Française de Gériatrie et Gériatrie



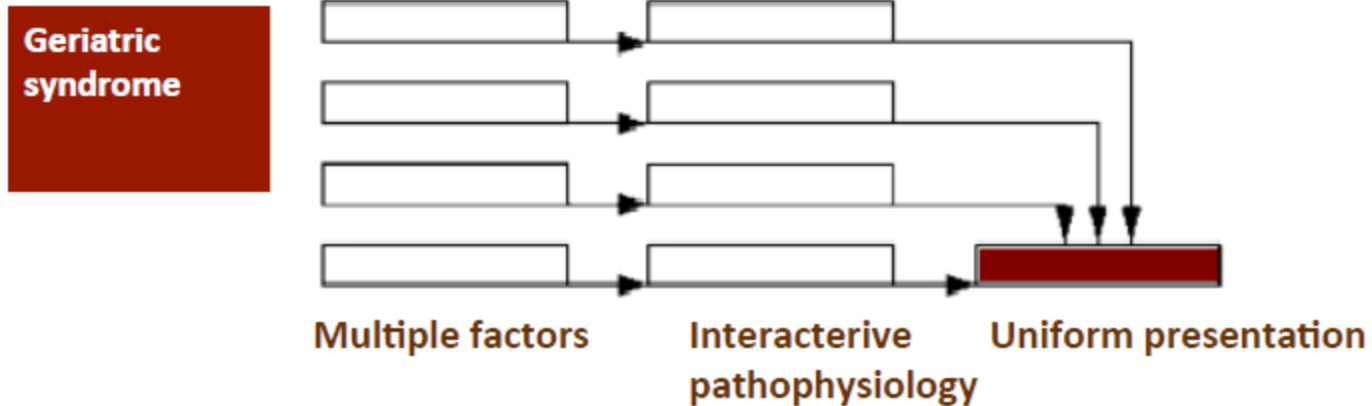
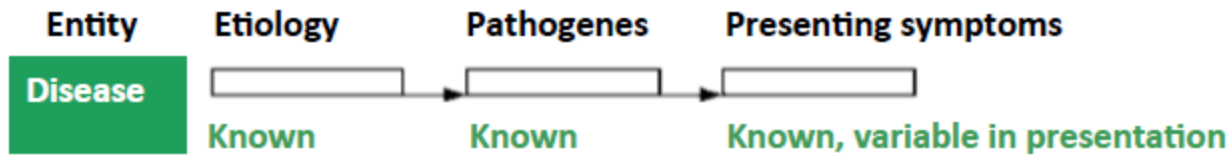
Épidémiologie

- 1/3 personnes > 65 ans chutent chaque année
 - 1/3 des plus de 65 ans chutent au moins 1 fois/ an,
 - 1/2 des plus de 85 ans : 1 chute /an
- Les chutes concernent pour 90% des personnes âgées
- Et dans 75% cas des personnes âgées en bonne santé
- Dans la majorité des cas les chutes sont récidivantes

La chute chez la personne âgée est grave

- 12.000 morts par an
- 10% de mortalité 10% après 80 ans
- 10% des motifs d'admission dans les services d'accueil des urgences
- 6% hospitalisations urgentes chez les personnes âgées

Le Syndrome gériatrique



Syndromes gériatriques

Etiopathogénie	Syndromes gériatriques	Risques évolutifs
Facteurs favorisants	Chute Troubles de la marche Dénutrition	Déclin fonctionnel Dépendance Hospitalisation
Facteurs prédisposants	Troubles cognitifs Polymédication	Institutionnalisation
Facteurs précipitants	Dépression Confusion	Décès

La chute: des conséquences redoutables

■ Immédiates

- Fractures (DREES,2016)
 - 10% des chutes avec fractures
 - 2% fractures extrémité supérieure du fémur
 - Surreprésentation féminine (76%)
 - Mortalité précoce <30j 30% (confusion, complications, comorbidités)
 - Mortalité à 1 an plus importante chez les hommes (34,9%)
- Rhabdomyolyse (risque d'insuffisance rénale aigue)
- Traumatisme cranien (risque hémorragique +++ pour les patients sous anticoagulants ou antiagrégants)

La chute: des conséquences redoutables

- **A moyen terme : Phobie de chute**

- Grande appréhension et crainte de la chute affectant les performances motrices et le contrôle postural → Chutes, dépendance, réduction activités
- 20 à 80% des patients en institution

- **A long terme**

- Dépendance
- Institutionnalisation

Prise en charge d'un sujet âgé chuteur

1. Evaluation Clinique

(Peu d'examens complémentaires systématiques, prescription orientée par évaluation clinique).

2. Recherche systématique prioritaire des signes de gravité

3. Recherche et corrections des facteurs de risque de chutes.

4. Education du patient et de son entourage

5. Prévention

Examen Clinique Général

- Examen neurologique en particulier
 - Examen de la posture et de l'équilibre
 - Examen de la marche
- Examen cardio vasculaire
 - Auscultation cardiaque et gros vaisseaux
 - TA debout/couché
- Recherche de traumatismes
- Examen ostéo-articulaire
- Examen de la vision

Mesure de l'État Fonctionnel physique

1. Êtes-vous tombé la dernière année?

2. Test unipodal (Tinetti)

(faire mettre le patient sur un pied, sans appui et lui demander de rester le plus longtemps possible).

Anormal si < 5sec

3. Test de UP and GO

(faire lever le patient, faire 4 pas puis demi tour et se rasseoir sur la chaise).

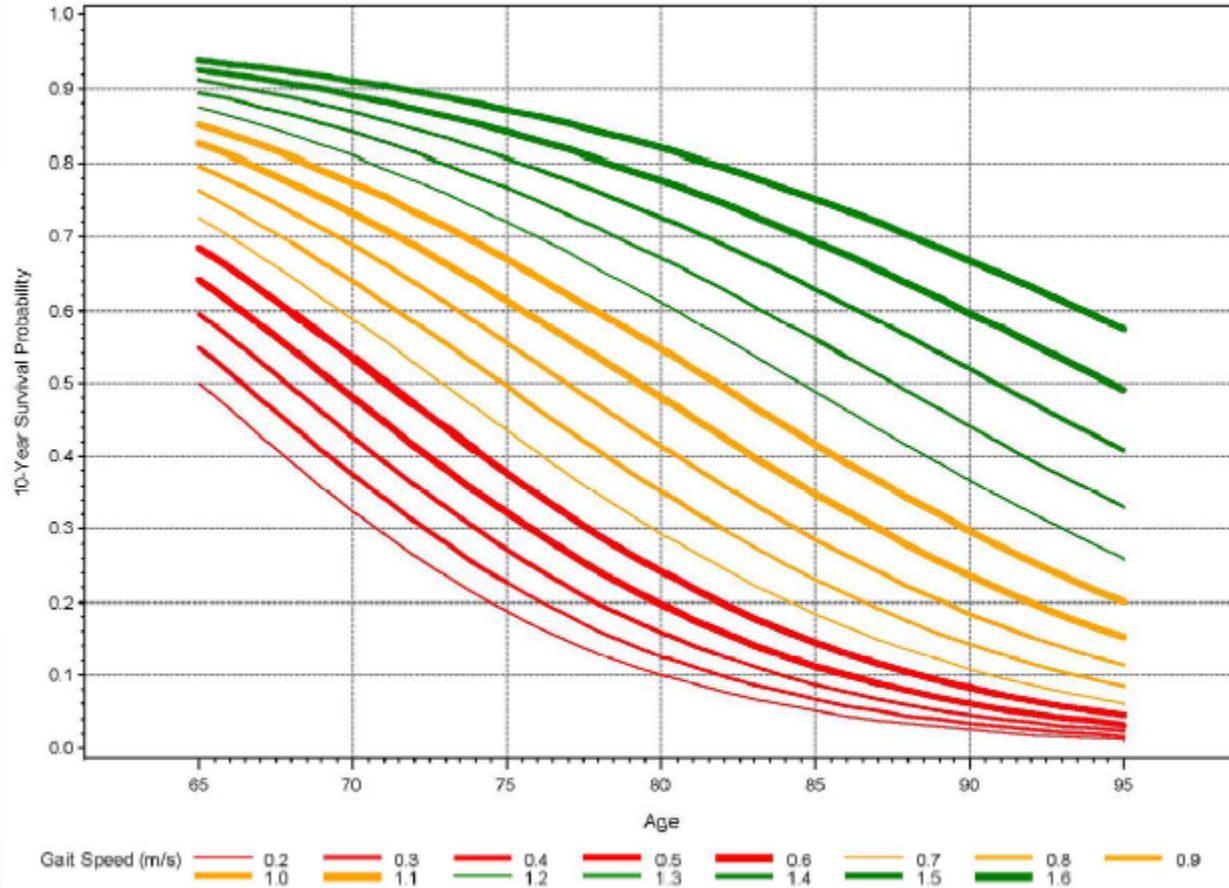
Anormal si > 15 secondes

4. Lever de chaise

5. Vitesse de marche ++++

Prédiction à 10 ans de la survie par âge et vitesse de marche

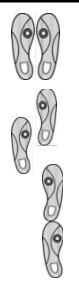
Hommes



© 2010 American Medical Association. All rights reserved.

La Short Physical performance battery

(SPPB, 12 points)

<p>lever de chaise : temps réalisé pour se lever 5 fois d'une chaise sans s'aider des mains Stopper le test si le patient s'aide des mains ou dépasse la minute.</p>		<p>0 = impossible 1 = > 16.7 sec 2 = 16,6 – 13,7 sec 3 = 13,6 – 11,2 sec 4 = < 11.1 sec</p>
<p>Equilibre : rester 10 secondes dans chacune de ces 3 positions</p>		<p>0 = pieds joints impossible ou < 10 sec 1 = pieds joints 10 sec et semi-tandem < 10 sec 2 = semi-tandem 10 sec, tandem 0-2 sec 3 = semi-tandem 10 sec, tandem 3-9 sec 4 = tandem 10 sec</p>
<p>pieds joints</p>		
<p>semi-tandem</p>		
<p>tandem</p>		
<p>Vitesse de marche sur 4 mètres</p>		<p>0 = impossible 1 = > 9,3 sec (< 0,43 m/sec) 2 = 6,7 – 9,2 sec (0,44-0,60 m/s) 3 = 5,2 – 6,7 sec (0.61-0.77 m/sec) 4 = < 5.1 sec (> 0.78 m/sec)</p>

Critères de gravité d'une chute

1. Reconnaître les trois principales situations à risque de chute grave

1. Ostéoporose avérée
2. Prise de médicaments anticoagulants
3. Isolement social et familial

2. Pathologies responsables de la chute

1. troubles du rythme/conduction
2. accidents vasculaires cérébraux
3. insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde
4. maladies infectieuses
5. hypoglycémie chez les patients diabétiques

Signes de gravité de la chute

1. Conséquences de la chute

1. Traumatismes physiques modérés à sévères
2. Fractures ++++
3. Impossibilité de se relever du sol et ses conséquences (rhabdomyolyse, hypothermie, escarres, pneumopathies d'inhalation, déshydratation)

2. Réévaluer la personne dans un délai d'une semaine afin de rechercher les signes de gravité apparus à distance

1. Peur de chuter
2. Restriction des activités de la vie quotidienne
3. Syndrome post-chute

3. Caractère répétitif de la chute: Signe de gravité

1. augmentation récente de la fréquence des chutes
2. association de plus de 3 facteurs de risque de chute, de troubles de l'équilibre ou de la marche

Comment se relever du sol après une chute

Comment se relever



1 Pliez une jambe pour rouler sur le côté.



2 Retournez-vous sur le ventre



3 Mettez-vous en position de chevalier...
(un genou à terre, l'autre jambe tendue)



4 ...puis à quatre pattes



5 Hissez-vous en vous tenant à une chaise ou à une rampe

FACTEURS PRÉDISPOSANTS DE LA CHUTE

Facteurs accessibles à une prévention	Facteurs peu accessibles à une prévention	Facteurs Non accessibles à une prévention
Polymédication +++	Chutes antérieures	Sexe Féminin
Trouble de la marche et/ou de l'équilibre Diminution de la force musculaire des membres inférieurs	Antécédents de fractures traumatiques	Age > 80 ans
Index de masse corporelle < 21, dénutrition	Baisse de l'acuité visuelle comorbidités	
Syndrome dépressif	Déclin cognitif	
Environnement inadéquat	Arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis, douleurs pieds Troubles de la sensibilité des membres inférieurs	

FACTEURS PRÉCIPITANTS DE LA CHUTE

- **Médicaments +++++**
- Cardio-vasculaires :
 - Malaise et/ou de perte de connaissance ?
 - Rechercher une hypotension orthostatique
- Neurologiques :
 - Déficit sensitivomoteur ? confusion mentale ?
- Vestibulaires :
 - Vertige à l'interrogatoire et latéro-déviations au Romberg
- Métaboliques :
 - Hyponatrémie, hypoglycémie, prise de médicaments hypoglycémisants, consommation excessive d'alcool
- Environnementaux :
 - Eclairage, configuration lieu de vie, chaussage

Medication-Related Falls in the Elderly

Causative Factors and Preventive Strategies

Allen R. Huang,¹ Louise Mallet,^{1,2} Christian M. Rochefort,³ Tewodros Eguale,³
David L. Buckeridge³ and Robyn Tamblyn³

Table II. Risk of falling and drug use: results from meta-analyses. Summary of pooled odds ratios from Leipzig et al.,^[42,43] Woolcott et al.^[44] and Bloch et al.^[45]

Drugs	Study (publication date range)			
	Leipzig et al. ^[42,43] (1966–1996) pooled OR (95% CI)	Woolcott et al. ^[44] (1996–2007) random effects pooled OR (95% CI)	Woolcott et al. ^[44] (1996–2007) pooled Bayesian OR (95% CI)	Bloch et al. ^[45] (1981–2007) pooled OR (95% CI)
Antihypertensives	Non-informative*	1.26 (1.01, 1.50)*	1.24 (1.01, 1.50)*	–
Diuretics	1.08 (1.02, 1.16)*	1.03 (0.84, 1.26)	1.07 (1.01, 1.14)*	–
β-Blockers	0.93 (0.77, 1.11)	1.14 (0.97, 1.33)	1.01 (0.86, 1.17)	–
Any psychotropic drug	1.73 (1.52, 1.97)*	–	–	1.78 (1.57, 2.01)*
Antidepressants	1.66 (1.41, 1.95)*	1.72 (1.40, 2.11)*	1.68 (1.47, 1.91)*	1.59 (1.46, 1.73)*
Benzodiazepines	1.48 (1.23, 1.77)*	1.60 (1.46, 1.75)*	1.57 (1.43, 1.72)*	1.39 (1.24, 1.54)*
Antipsychotics	1.50 (1.25, 1.79)*	1.71 (1.44, 2.04)*	1.59 (1.37, 1.83)*	1.50 (1.32, 1.71)*
Sedatives/hypnotics	1.54 (1.40, 1.70)*	1.31 (1.14, 1.50)*	1.47 (1.35, 1.62)*	1.54 (1.40, 1.69)*
Tranquilizers	–	–	–	1.34 (1.07, 1.67)*
Opioids	0.97 (0.78, 1.20)	0.89 (0.50, 1.58)	0.96 (0.78, 1.18)	1.38 (1.23, 1.56)*
NSAIDs	1.16 (0.97, 1.38)	1.65 (0.98, 1.58)	1.21 (1.01, 1.44)*	–

CI=confidence interval; OR=odds ratio; NSAIDs=nonsteroidal anti-inflammatory drugs; * indicates statistically significant OR.

Cadre référentiel ETP Paerpa

Prévention des chutes

Exemples d'actions pouvant faire partie de l'intervention multifactorielle de prévention des chutes :

- Lutte contre la sédentarité et exercice physique régulier et adapté ;
- Réduction des traitements psychotropes injustifiés ;
- Diagnostic et traitement d'une hypotension orthostatique ;
- Traitement médical ou chirurgical d'une arthrose douloureuse ;
- Adaptation des verres correcteurs ou traitement chirurgical d'une cataracte ;
- Amélioration du chaussage ;
- Aménagements de l'environnement (rehausse WC, poignées murales, adoption de sièges hauts et fermes avec accoudoirs, chaise percée, tapis antidérapant dans la douche ou la baignoire, etc.) ;
- Recherche et correction d'un déficit en vitamine D ;
- Diagnostic et traitement d'une ostéoporose lorsqu'existent des arguments pour une fragilité osseuse.

Population cible:

- PA > 75 ans
- Chute dans l'année antérieure ou TUG > 14 sec
- Chute grave: conséquence traumatique, hospitalisation et/ou station prolongée au sol > 1h)

Global Recommendations on Physical Activity for Health

65 years and above

Activité modérée 150 min/Semaine
ou
Activité intensive 75min/Semaine

Exercice physique durant 10 minutes

Exercices d'équilibre

Renforcement musculaire 2x/semaine

Activités de loisirs à volonté

Comment aménager sa maison pour éviter les chutes ?



Merci de votre
attention!

