

Dr Gilles Berrut : service de médecine B Angers. Plan et tableau en fin de chapitre

L'interrogatoire doit être très serré pour faire préciser les circonstances de survenue de la chute. Toute chute doit être rapportée à une étiologie, sans quoi le risque de récurrence est majoré.

Compte tenu de la multiplicité des organes et fonctions impliqués dans l'équilibre et la marche, l'évaluation d'un patient âgé ayant chuté doit être globale.

L'interrogatoire et l'examen clinique veilleront à rechercher les facteurs de risque chroniques ainsi que les facteurs précipitants extrinsèques et intrinsèques développés dans le chapitre précédent.

Nous nous limiterons à souligner les particularités de l'examen clinique.

I/ Préciser les circonstances de chute :

1/ Rechercher les antécédents de chute, notamment ceux survenus tout récemment.

2/ Recueil des circonstances de survenue de la chute :

-Orienter la démarche étiologique en révélant la participation de

*facteurs précipitants extrinsèques.

*facteurs précipitants intrinsèques

-Rarement le sujet ou un témoin affirmera une perte de connaissance, mais certaines circonstances peuvent orienter vers un malaise ou une syncope (orthostatisme, miction, toux, etc.)

-Les signes fonctionnels accompagnant ou précédant la chute orienteront vers une étiologie : les palpitations et les lipothymies seront évocatrices d'une cause cardiaque.

-Les médicaments seront notés en faisant préciser la prise de collyre, dont le principe actif peut toutefois entraîner des réactions systémiques, et les automédications (parfois les médicaments du conjoint sont utilisés !)

-Une attention particulière doit être apportée à l'évaluation de la vue et lors d'une baisse de l'acuité visuelle, à son retentissement dans la vie courante.

-L'impossibilité de se relever et la durée de la station allongée seront essentielles à l'évaluation du retentissement de la chute (rhabdomyolyse) et à l'appréciation du risque de récurrence de chute.

II/ L'examen clinique :

1/ Evaluation des aptitudes d'équilibre et de marche

L'examen clinique exhaustif de l'équilibre et de la marche est fourni par **le test de Tinetti**.
(Voir fin de chapitre)

Ce test, de réalisation trop longue, ne peut être envisagé en pratique courante.

Nous insisterons sur certains éléments de ce test qui nous semblent particulièrement intéressants sur le plan diagnostique et pronostique.

a/ La station assise

Après une chute, de nombreuses personnes âgées ont une appréhension vis-à-vis de la marche, voire même vis-à-vis de toute station en orthostatisme.

Il faut savoir alors examiner simplement le sujet en position assise. La place du corps sur la chaise renseigne sur une attitude logique ou bien sur un trouble majeur du schéma corporel avec un appui très antérieur, le corps étant déjeté en arrière.

L'aptitude à mouvoir les bras ou la tête sera appréciée, ainsi que celle d'incliner le tronc latéralement.

b/ Le lever du fauteuil

Il s'agit d'un acte complexe requérant une bonne coordination entre posture et mouvement. Normalement, le mouvement se décompose en deux temps :

-la phase horizontale qui est caractérisée par un mouvement de flexion du tronc associé à une extension modérée des genoux permettant le déplacement du centre de gravité vers l'avant

-la phase verticale durant laquelle le corps se projette vers le haut.

L'altération de ce schéma moteur est précoce chez le sujet âgé présentant des troubles de la posture associés à un risque de chute élevé.

La phase horizontale disparaît au profit de la phase verticale, le lever étant alors long et pénible avec recours fréquent aux accoudoirs.

Parallèlement, chez ces patients, le passage debout -assis est gravement perturbé avec une tendance à la chute massive dans le fauteuil.

c/ La station debout

L'examineur évaluera les réactions d'adaptation posturale :

-Les yeux ouverts et pieds joints, les oscillations du corps parfois localisées uniquement aux tendons des jambiers antérieurs révèlent les réactions d'équilibre postural spontanées (il est souvent utile de détourner l'attention du patient en lui demandant d'effectuer des gestes simples avec les mains afin d'atténuer l'effet de stress lié à l'examen).

-Les réactions d'adaptation posturales pourront être testées

*par des poussées antéro- postérieures et latérales, telle qu'elles sont décrites dans le chapitre « prise en charge » .

*La chute lors de la manœuvre de Romberg, liée à un déficit majeur de la sensibilité proprioceptive, est exceptionnelle.

*Par contre, les oscillations du corps sont souvent accentuées lors de la fermeture des yeux lorsque existent des troubles des réactions d'adaptation posturale.

d/ La marche

Lorsque le sujet âgé peut marcher, l'examen débute à l'entrée dans le cabinet de consultation. En effet, la marche sera alors spontanée, et moins sujette aux altérations liées à l'émotion.

L'exiguïté des cabinets de consultation ou des chambres impose souvent de faire marcher le sujet dans le couloir sur une dizaine de mètres.

L'observation portera sur :

- les mouvements des membres inférieurs :
 - *la symétrie
 - *la régularité
 - *l'amplitude du pas
- le balancement des bras.
- la projection du tronc qui se situe physiologiquement dans le prolongement du grand axe du corps tandis qu'une déviation antérieure, postérieure ou latérale est pathologique.
- les demi-tours seront l'occasion d'observer plus finement l'aptitude posturale et les possibilités de coordinations.
- une courte marche, les yeux fermés, révélant les ataxies vestibulaires et proprioceptives.

2/ L'examen général :

L'examen physique repérera les anomalies ou les pathologies neurologiques, cardiaques et/ou rhumatologiques.

a/ L'examen neurologique :

Il est centré en premier lieu sur la recherche :

- d'un **syndrome extrapyramidal**, à cause :
 - *de son incidence élevée chez le sujet âgé,
 - *de son retentissement sur l'équilibre
 - *de son association fréquente à une hypotension orthostatique.
- de signes discrets de la série **pyramidale**, témoignant d'une atteinte frontale (réflexe trochotillo-mentonnier, par exemple) ne sont pas rares.
- d'une **diminution de la sensibilité proprioceptive**, en particulier au niveau des pieds,
- d'un **syndrome cérébelleux**
- d'un **syndrome vestibulaire**

b/ L'examen cardiaque :

- Régularité du pouls et auscultation** cardiaque à la recherche d'un bas débit cérébral ayant pu, être responsable d'une sensation vertigineuse, d'une lipothymie ou d'une syncope.
- Electrocardiogramme précoce**
- Hypotension orthostatique** recherchée à plusieurs reprises.

c/L'examen rhumatologique :

- Troubles de la statique du pied** (hallux valgus, avec sous-croisement du deuxième orteil sous le premier orteil = chutes liées à des obstacles au sol)
- Articulations coxo-fémorales** assurent chez le sujet âgé les adaptations posturales
- Cyphoses dorsales à grand rayon**, liées le plus souvent à l'ostéoporose, participent à une position du centre de gravité en avant du polygone de sustentation et favorisent les chutes en avant.
- Sarcopénie et amyotrophie des muscles gravidiques** participent aux troubles de l'équilibre et interdisent parfois le relevé du sol.

III/ L'évaluation des facteurs prédictifs de récurrence de la chute :

Les maladies ostéo-articulaires, neurologiques ou cardio-vasculaires chroniques représentent des facteurs de risque évidents de récurrence de chute. Plus elles seront nombreuses et associées, plus le risque sera élevé.

Mais souvent, cette enquête étiologique ne retrouve pas des facteurs suffisants pour expliquer la chute, et c'est **l'analyse des capacités posturales** qui aidera le clinicien à évaluer le risque de récurrence.

Les éléments suivants seront recherchés :

- le nombre de chutes antérieures : une **chute dans les 3 mois précédents** indique un risque élevé de récurrence ;

-**l'impossibilité d'un relever du sol spontané** après la chute témoigne d'une insuffisance des aptitudes posturales de l'individu et est associée à une mortalité importante ; en effet , 40% des sujets qui sont restés plus de 3 heures au sol sont décédés 6 mois après la chute ;

-**la station unipodale de moins de 5 secondes** est un facteur simple et reconnu de prédiction de récurrence ;

-**faire parler le sujet en marchant (walking talking test)**. Les individus atteints d'une fragilité posturale arrêtent de marcher lorsqu'ils parlent ;

-le test du lever de chaise de Mathias (**Get up and go test**), et surtout sa version chronométrée (**Timed up and go**) sont des tests validés du risque de chute.

TEST DU LEVER DE CHAISE OU "GET UP AND GO TEST"

1. se lever d'une chaise ou d'un fauteuil à accoudoir
2. marcher en avant sur 3 mètres
3. faire demi tour
4. retourner s'asseoir après avoir fait le tour de la chaise ou du fauteuil

VERSION CHRONOMETREE « TIMED UP AND GO »

Si temps de réalisation de plus de 20 sec.=fragilité posturale et risque de chute ultérieure =

Facteurs prédictifs de récurrence de chute.

1. Antécédent de chute(s), nombre de chutes antérieures
2. Temps passé au sol supérieur à 3 heures, impossibilité à se relever seul du sol
3. Execution du timed « get up and go test » supérieure à 20 secondes
4. Impossibilité du maintien en unipodal plus de 5 sec.
5. Altération des réactions d'adaptation posturales : réactions d'équilibration et réactions parachutes
6. Arrêt de la marche lorsque l'examineur fait parler le sujet

CE QU'IL FAUT RETENIR

Ainsi l'examen clinique du sujet âgé permet de repérer à la fois les causes de déséquilibre mais aussi veille à rechercher les causes de perte de connaissance. Au-delà de l'examen clinique commun à tous les patients après une chute, le sujet âgé impose une démarche préventive visant à repérer les sujets à risque de récurrence de chute qui bénéficieront d'une évaluation gériatrique globale médicosociale.

-l'épreuve de Tinetti permet une évaluation clinique de l'équilibre et de la marche de l'individu. L'équilibre est analysé par 9 épreuves (cotées sur 16) et la marche par 7 épreuves (cotées sur 12), chaque item étant noté de 0 (franchement anormal) à ou 2 selon les items .Un risque de chute élevé apparaîtrait pour un score total inférieur à 20/28

PLAN**L'examen clinique après une chute****I/ Préciser les circonstances de chute :****1/ Rechercher les antécédents de chute****2/ Recueil des circonstances de survenue de la chute :****II/ L'examen clinique :****1/ Evaluation des aptitudes d'équilibre et de marche****a/ La station assise****b/ Le lever du fauteuil****c/ La station debout****d/ La marche****2/ L'examen général****a/ L'examen neurologique :****b/ L'examen cardiaque :****c/L'examen rhumatologique****III/ L'évaluation des facteurs prédictifs de récurrence de la chute :**