

**Actualités en gériatrie pour les
médecins libéraux**

Malaise et chute de la personne âgée

Dr Véronique François
Gériatrie Lariboisière Fernand Widal
Université Paris Cité

14/12/2024

INCIDENCE

2 millions de chutes/ an en France

> 65A: 20-30%

>85A: 50%

F > H (# qui diminue avec l'âge)

INCIDENCE

- EHPAD: 50% des résidents ≥ 1 chute/an
- Chute hospitalisée:
78% survenue **à domicile**
16% survenue sur la voie publique

CONSÉQUENCES Santé Publique

Mortalité 1ère cause de décès accidentel +65 ans (10 000/an)

Hospitalisation 136 000 Hospitalisations/an
(↗ âge = ↗ risque hospitalisation)

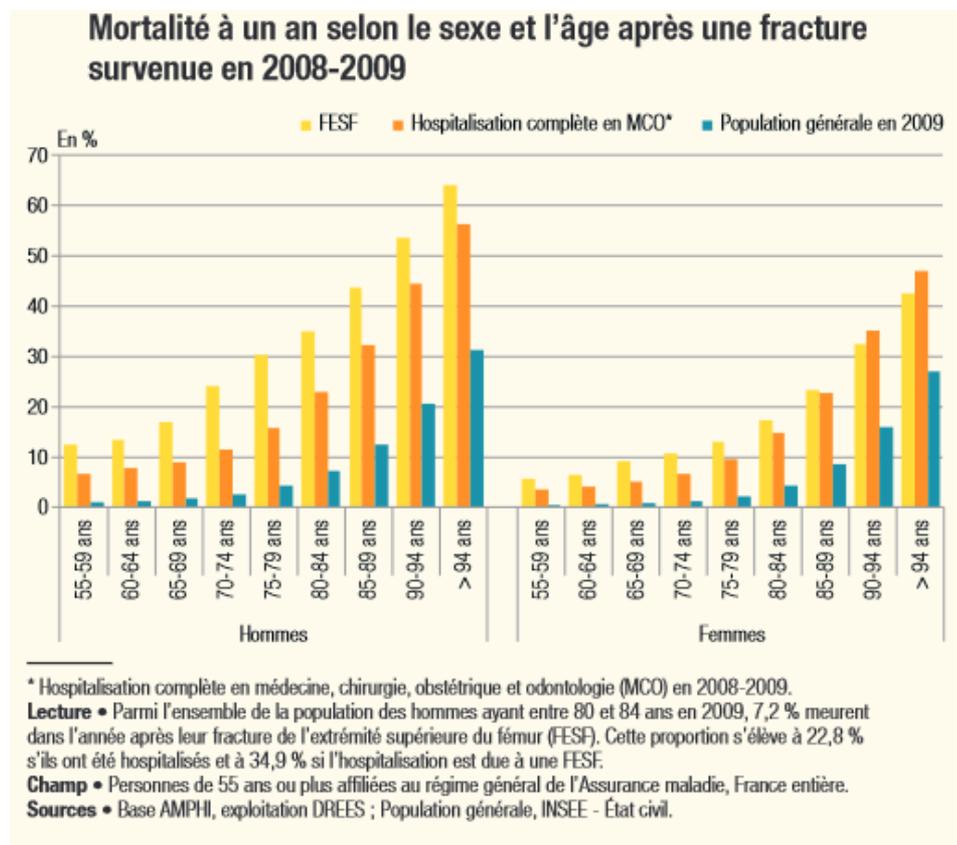
Dépendance

Institutionnalisation Surveillance nocturne

LA CONSÉQUENCE MÉDICALE GRAVE

Fractures dans 5-10% des chutes **avec FESF** 30% des fractures

FESF + 80 ans
 =20-25% décès à 1 an
 (fractures « sévères »)



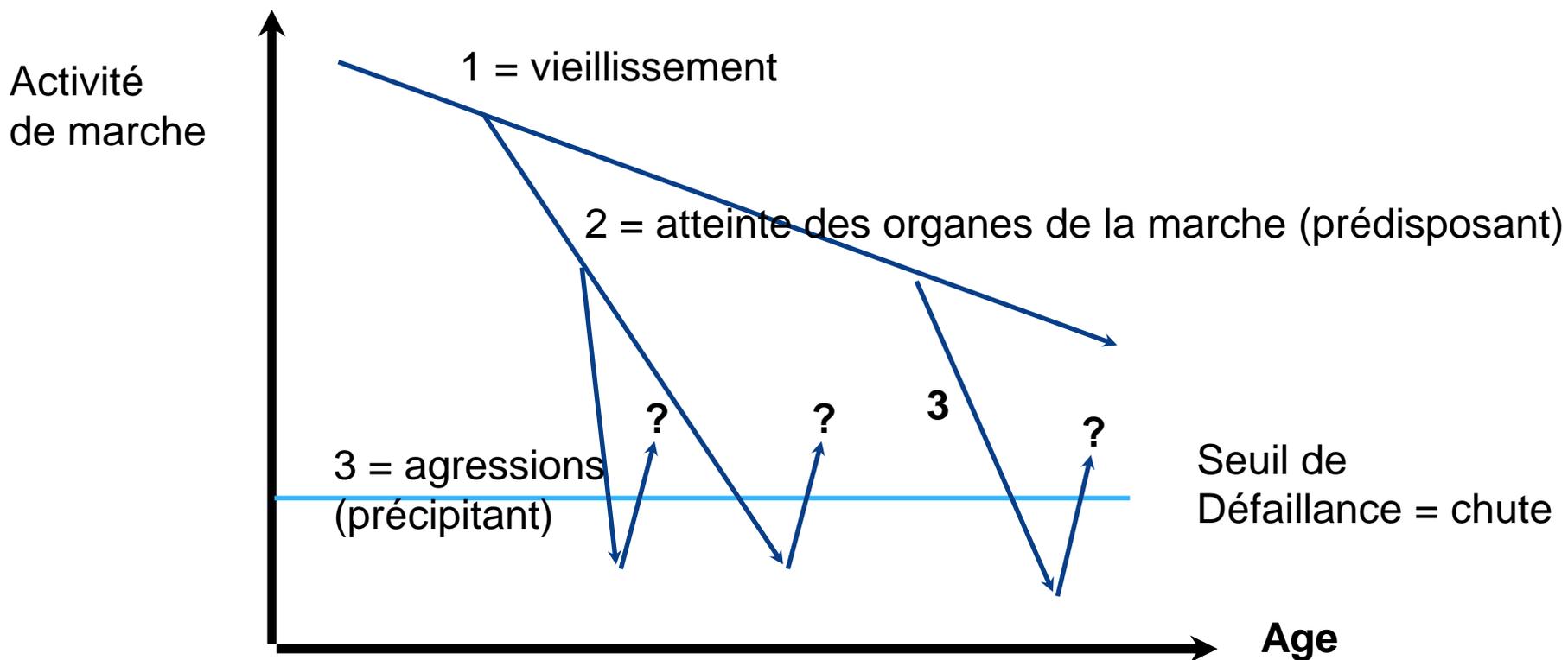
Diagnostic principal : « Chute »

LA CHUTE EST UN SYMPTÔME

« L'ARBRE QUI CACHE LA FORÊT »



Modèle de Bouchon 1+2+3 appliqué à la marche



Analyse des performances d'un organe chez un sujet âgé, sous l'effet du vieillissement (1), des pathologies de l'organe (2) et des affections intercurrentes (3), avec ou sans traitement spécifique (?). (J.P. Bouchon 1984)

La marche du vieux (+1)

Modifications physiologiques en lien avec le vieillissement:

Elargissement du polygone de sustentation

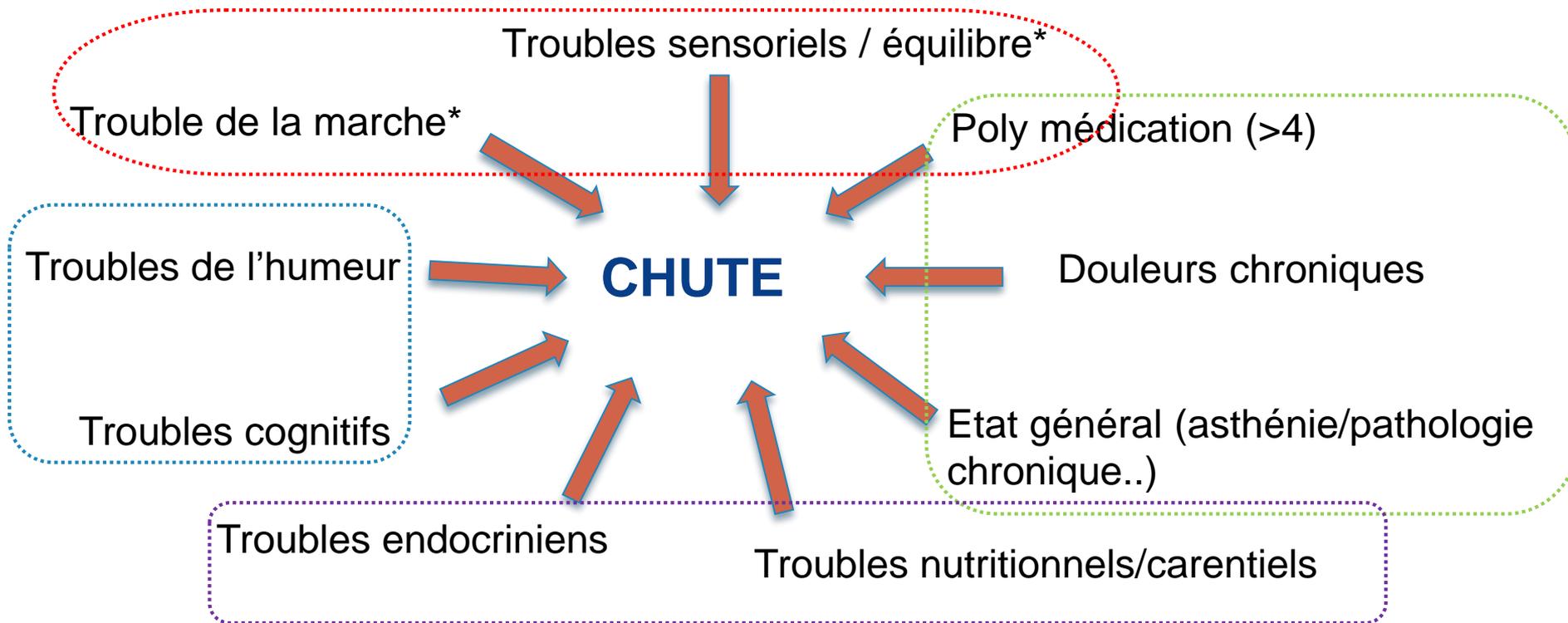
Dim du tps d'appui unipodal

Dim de la longueur du pas, irrégulier, ralenti et moins haut

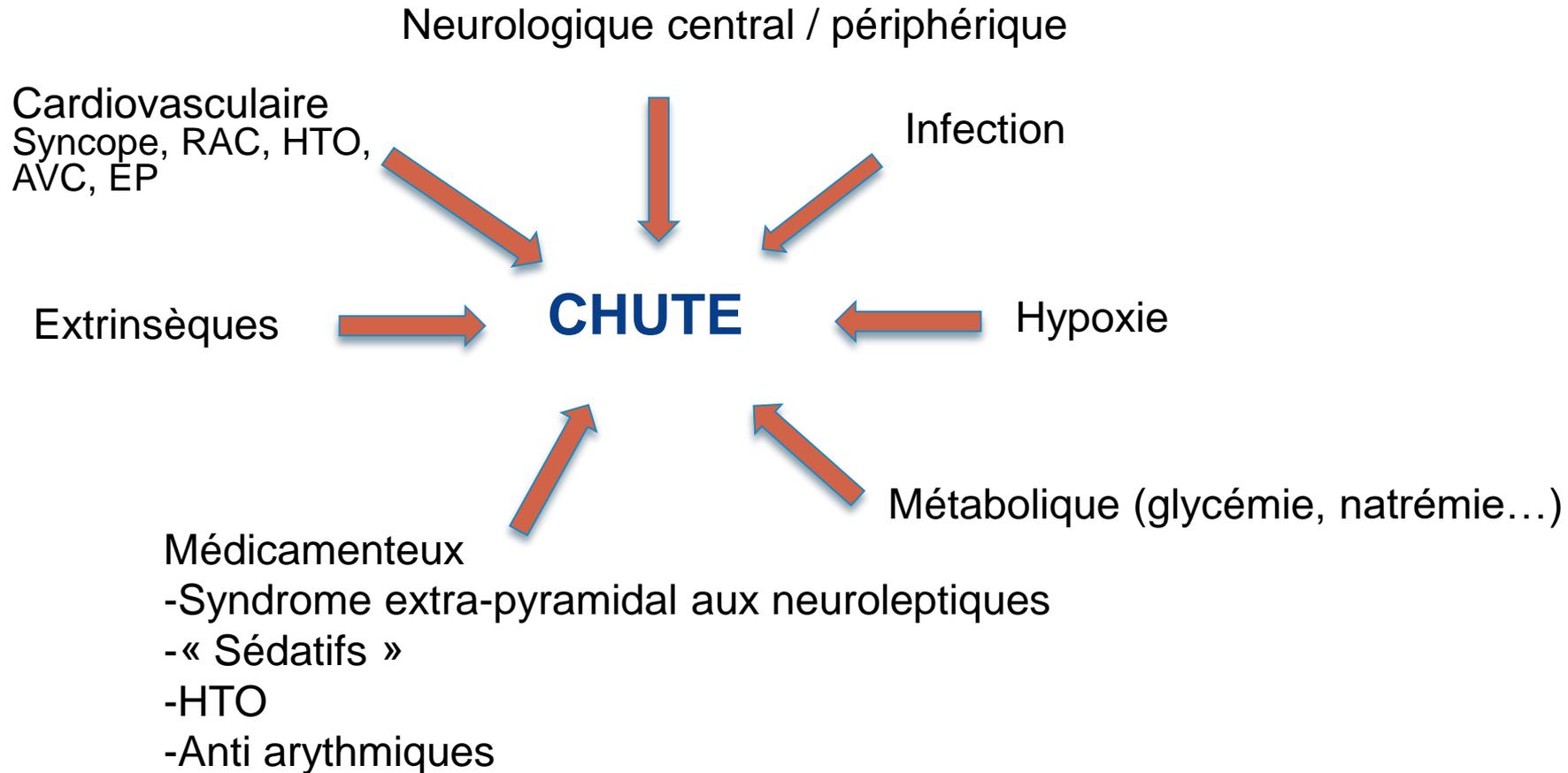
Dim de la rotation du tronc

Dim du balancement des bras

Facteurs « prédisposants »



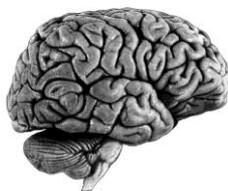
Facteurs « précipitants »



Altération du contrôle postural

Centres Intégrateurs :

Maladie d'Alzheimer, Parkinson
AVC, HPN



Afférences périphériques :

Cataracte, DMLA

Vertiges

Neuropathie

Arthrose



Effecteurs du contrôle postural :

Déficit moteur, fatigue,

Syndrome extrapyramidal



Malaise / Syncope

SYNCOPE

= Hypo-perfusion cérébrale transitoire

= perte de connaissance brève (< 1 mn ou qq min)

+ spontanément résolutive

URGENCE DIAGNOSTIQUE



Malaise / Syncope

+/- MALAISE sans PC chez le sujet âgé

- pas de définition médicale précise (!)
- sensation d'instabilité
- sentiment de perdre connaissance
- ressemble aux prodromes de certaines syncopes

→ équivalent mineur de la syncope

10% des malaises → chute (5% avec malaise)

PHYSIOPATHOLOGIE

Augmentation massive des syncopes avec l'âge

Effet du vieillissement

Régulation du débit cardiaque

Dysrégulation des barorécepteurs et du SNA

Effet des comorbidités

Affections cardiaques: rythmiques et troubles du tissu de conduction

Affections neurologiques avec dysautonomie

Anémie...

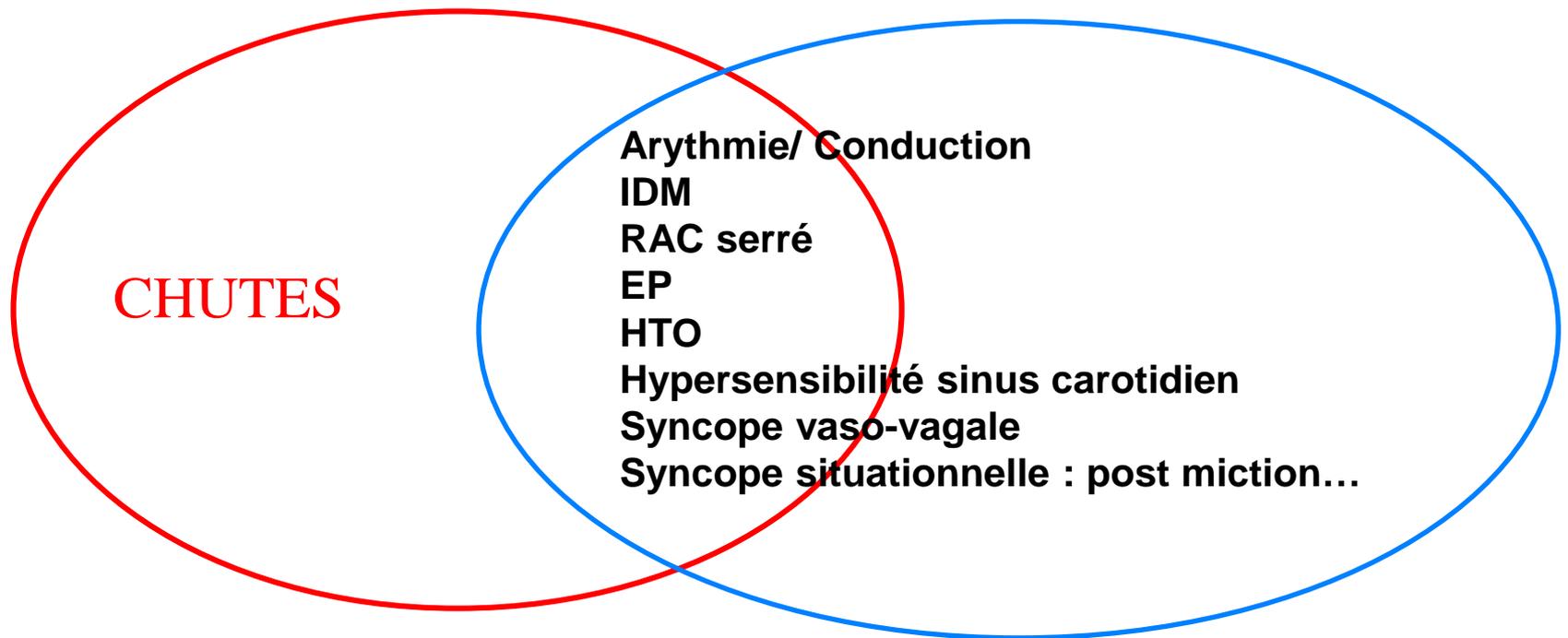
Effet secondaire des médicaments

La liste est infinie ...

CLINIQUE EN FAVEUR DE LA SYNCOPÉ

- Perte de connaissance, ne s'est pas vu tomber, reprise de conscience rapidement (avant l'arrivée des pompiers).
- Chutes à répétition sans tr de l'équilibre/de la marche /neurosensoriel. Chutes à l'«emporte pièce »
- Fracture/hématome de face sans trauma des mains

Malaise / Syncope



Neurologique Syndrome post chute 1/3 des +80 ans, Confusion

Orthopédique FESF 20-25 % de décès à 1an chez 80-85 ans

Métabolique Rhabdomyolyse/IRA/Déshydratation

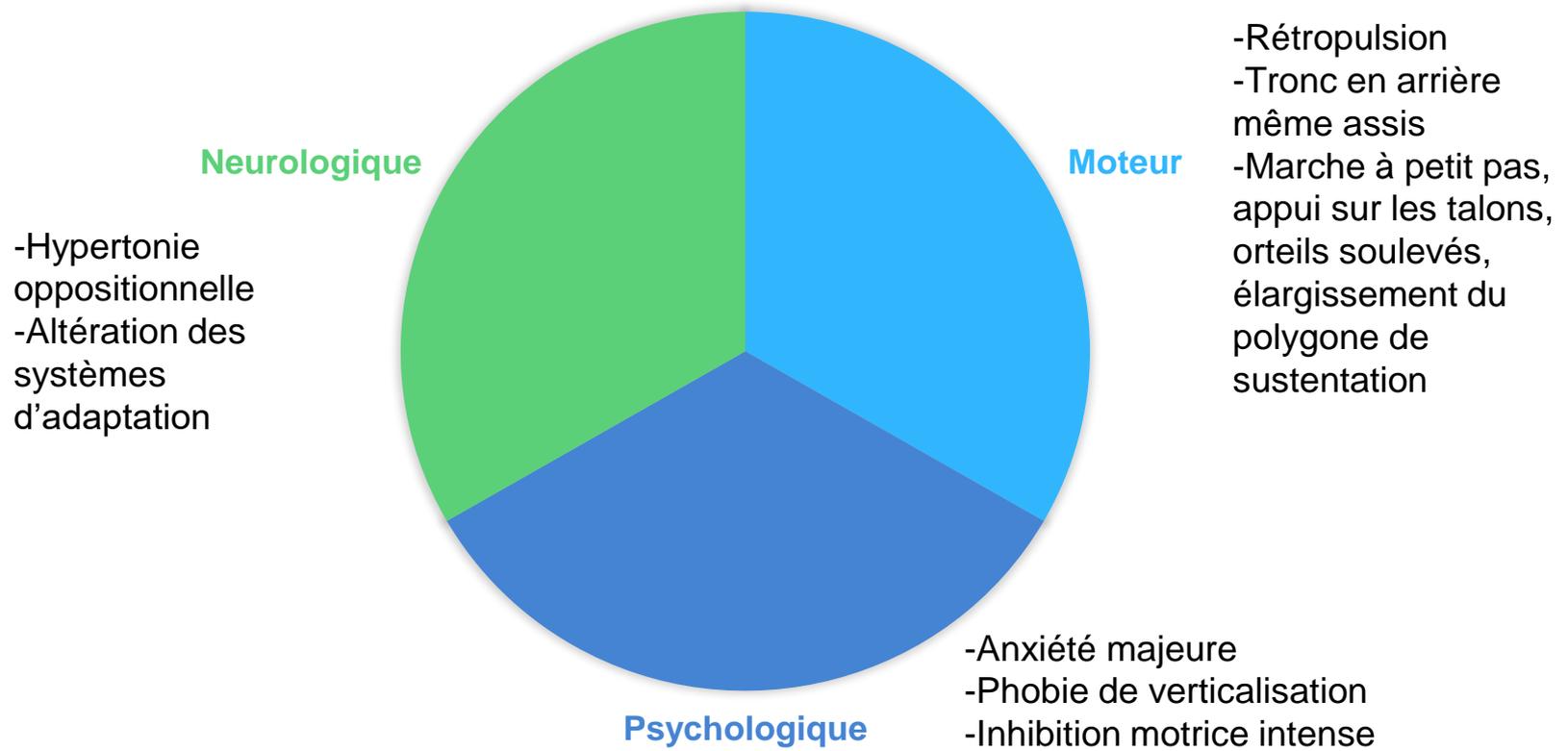
Infectieuse Pneumopathie d'inhalation, infection urinaire

Vasculaire Escarres/ TVP

Décompensation de pathologie chronique cœur, rein, poumon, diabète..

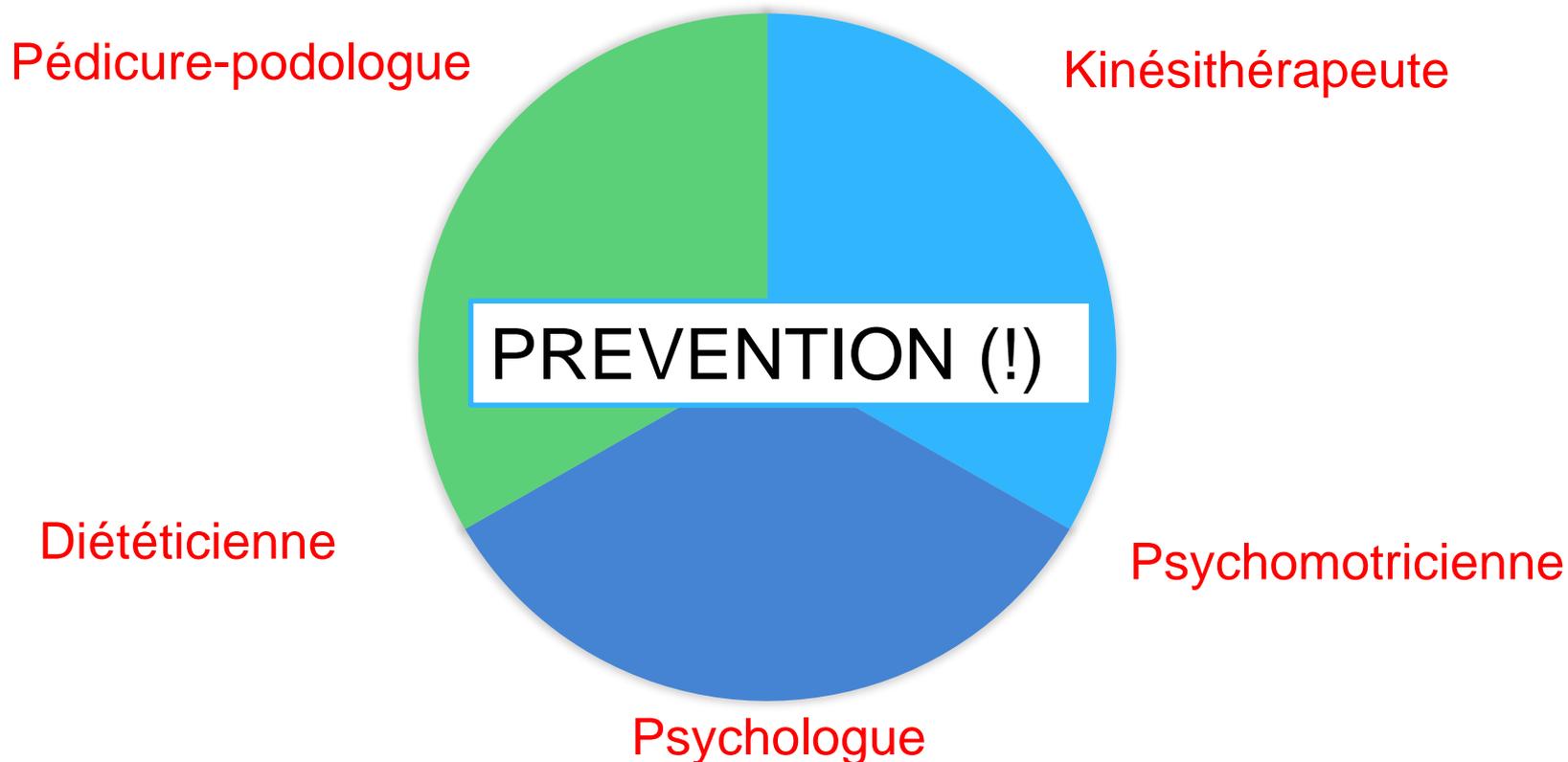
Le syndrome post-chute

Syndrome de désadaptation psycho-motrice



PEC du syndrome post chute

Syndrome de désadaptation psycho-motrice



FDR de gravité et Chutes graves

3 situations à **risque de chute grave**:

- ostéoporose
- anticoagulant (antiagrégant)
- isolement social

3 critères de **gravité de la chute** :

- causes graves (cardio/vasculaire/hypoglycémie)
- conséquences graves: trauma/station au sol prolongée/syndrome post chute
- répétition des chutes (> 2 chutes/an)

Quid de la chute mécanique?

Elle n'existe pas

au Cabinet devant des chutes à répétition

1- EVALUATION CLINIQUE :

En fait surtout ex clinique, nécessité de très peu d'ex complémentaires de débrouillage si ce n'est bilan sang

Prend du temps+++

2- Recherche situation à risque de chute grave et critère gravité:

ostéoporose

anticoagulants (antiagrégant)

Isolement

Répétitions chute

au Cabinet devant des chutes à répétition

1) Nettoyage ordonnance

Pas de TA syst < 10/11, pas de pouls < 60

Pas de hémoglobine glyquée < 7%

2) Interrogatoire :

Plaintes mnésiques et perte autonomie sur les IADL

Thymie

Perte poids, alimentation

3) Ex clinique :

- **cardio** : auscultation à la recherche d'un souffle (RA), d'un TDR ou conduction

ECG, recherche hypotension orthostatique

- **Rhumato** : Mobilité articulaire rachis, + 3 articulations des MI+ état des pieds (hallus valgus...),

- **neuro** : AVC, épilepsie, syndrome extrapyr, Troubles sensoriels

au Cabinet devant des chutes à répétition

4) Tests fonctionnels :

Vitesse marche

TUG

Codex ou MMSE

5) Bilan sang:

NFS (anémie) iono sang (hyponatrémie)

urée, créatinine (insuf rénale)

CRP (syndrome infectieux ou inflammatoire)

Penser à calcémie avec albuminémie, EPP

TSH us, hémoglobine glyquée si diabétique sous traitement;

Ferritinémie, folates, B12 (dénutrition et carences), vit D

6) Examens complémentaires en fonction de la clinique

Scanner cérébral

EEG

Échographie cardiaque

Traitement

- 1) Traitement des facteurs prédisposants et précipitants**
- 2) Sport adapté aux personnes âgées fragiles**
- 3) Prise en charge sociale**

Traitement : sport adapté aux personnes âgées

Programme multicomposantes:

Vers un consensus

-programme d'une heure :

20' endurance

20' contre résistance

20' travail équilibre

+/- étirements

-au moins 50 heures; 2 à 3 heures par semaine

-recommandations has et inserm 2015 : le plus efficace sur les chutes

Programme multicomposantes: **les chutes**

diminuent :

- le taux de chutes de 29 % à 32%
- le nombre de fractures de 20 à 40 %

(Revue Cochrane 2012, rapport inserm 2015)

domicile *(Sherrington 2019)*, **hôpital et EHPAD** *(Cameron 2012)*

CIRCUIT SILVERFIT



Session d'endurance



Session de résistance



Session d'équilibre

20 séances (médiane) d'une heure réalisées avec EAPA sur circuit associant endurance, résistance et équilibre

N = 95 patients
 Age moyen = 82,5 ans
 femmes 56 %

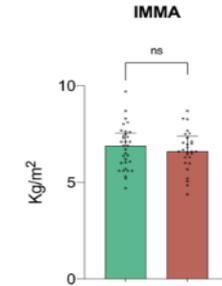
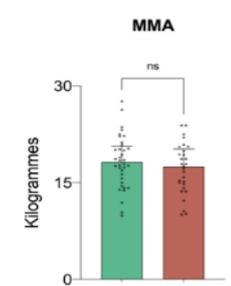
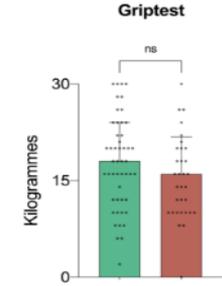
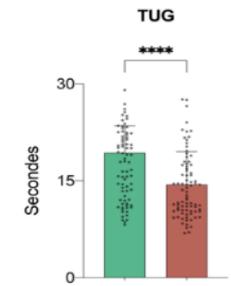
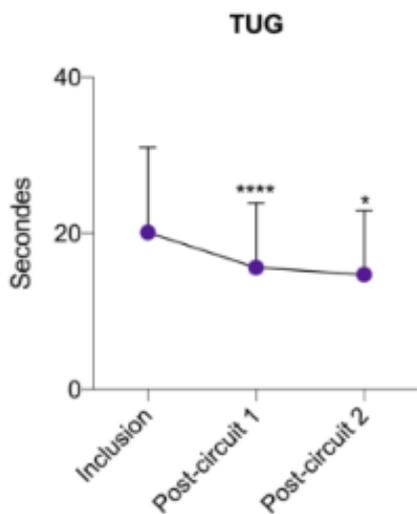
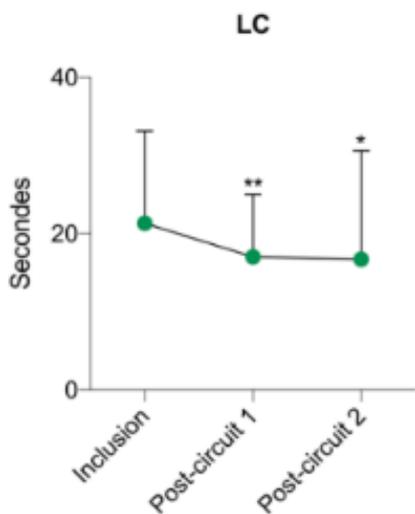
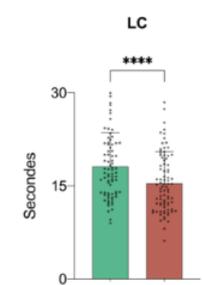
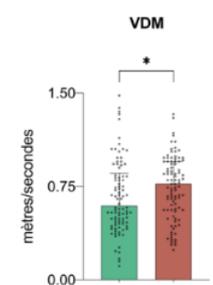
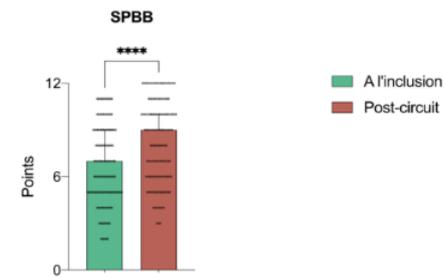
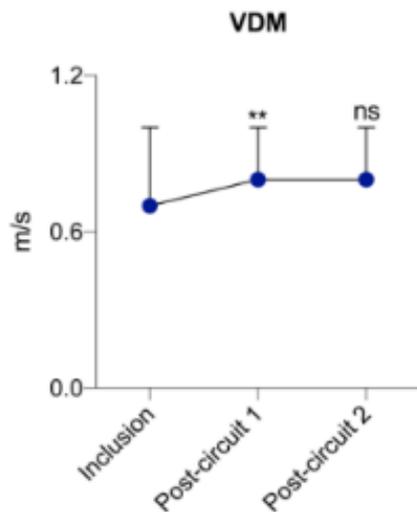
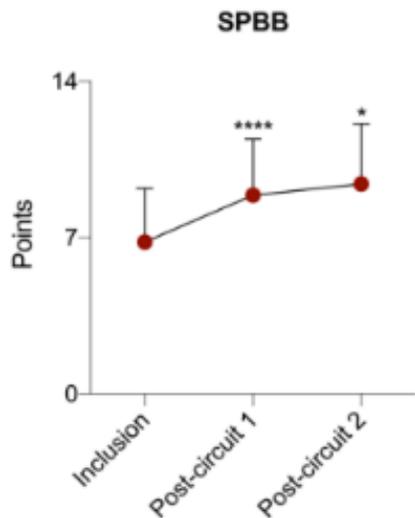
Caractéristiques physiques typiques de fragilité

- Vitesse de marche moyenne = 0,7 m/s
- SPPB médian = 7/12



N	95	
Age, années	82,5 (5,7)	
Sexe féminin	56 (58,9)	
ADL	5,5 (5 – 6)	
IADL	6 (3 – 8)	
Poids, kg	67,6 (15,2)	
IMC, kg/m ²	25,2 (5,2)	
MMSE	25,4 (4,8)	
Albumine, g/L	36,8 (8,2)	
Créatinine, µM	96,1 (51,0)	
Grip test, kg	18,8 (8,2)	Homme : 24,8 (7,4) Femme : 14,5 (5,7)
MMA, kg	18,2 (4,0)	Homme : 20,3 (4,0) Femme : 16,5 (3,3)
IMMA, kg/m ²	6,8 (1,1)	Homme : 7,1 (1,1) Femme : 6,6 (1,1)
SPPB	7 (5 – 9)	
VDM, m/s	0,7 (0,3)	
LC, s	20,8 (9,6)	
TUG, s	20,6 (11,0)	
Séances réalisées	20 (15 – 22,5)	

Résultats préliminaires :



Résultats préliminaires :

	Tertiles selon le nombre de séances réalisées			<i>p</i>
	< 17 N = 28	17 – 22 N = 43	> 22 N = 24	
Δ SPPB, pts	1,0 (1,3)	1,8 (1,7)	2,0 (1,6)	0,04
Δ VDM, m/s	- 0,02 (0,2)	0,08 (0,2)	0,10 (0,3)	0,17
Δ LC, s	- 2,9 (7,5)	- 4,1 (7,0)	- 3,2 (14,0)	0,88
Δ TUG, s	- 0,99 (5,7)	- 5,5 (7,5)	- 3,2 (9,6)	0,06

Résultats principaux :

- **Amélioration significative des critères de fonction physique** après 20 séances : SPPB (+ 2 points), vitesse de marche, levers de chaise, Timed up and Go
- **Excellente observance de l'APA de 79 %**
- **Absence d'événement indésirable** associé à l'APA déclaré

Sport en pratique

Prescription :

2 h par semaine comprenant endurance, équilibre et contre résistance

Certificat médical : Contre indications

Notion de douleurs thoraciques ou de malaises
insuf cardiaque, respiratoire décompensées,
pb rhumato aigu

Sport en pratique : où le trouver

Parcours chute 9^{ème} et 19^{ème}

Maisons sport et santé

PRIF : atelier équilibre

VIVIFRAIL sur internet