

Chapitre 22 : Troubles de la marche et de l'équilibre chez le sujet âgé

- Chutes : 20-30% des +65ans, 50% des +85ans. ½ personne en institution tombe/an. 15% trauma osseux
- Facteurs de risque : grand âge, sexe féminin, origine caucasienne
- Traumatismes responsables de mortalité à court terme
- Séjour de + 1h par terre est 1 risque de DC de 50% dans les 12 mois

Troubles de la marche et de l'équilibre :

- ❖ Origine neurologique :
 - **Démarche déficitaire** : déficit moteur consécutif à atteinte système pyramidal/nerf périphérique/muscle
 - **Démarche ataxique** : ataxie sensitive, vestibulaire, cérébelleuse
 - **Marche parkinsonienne** : freezing et instabilité posturale responsables de chutes
 - **Astasie-abasie** : instabilité à la station debout avec rétropulsion spontanée (astasie) et incapacité de marcher en dehors de la présence de tout syndrome pyramidal ou parkinsonien (abasie)
- ❖ Origine douloureuse : douleurs lomaires, des MI. Causes : lombosciatique, canal lombaire étroit arthrosique, arthrose de hanche/genou, artériopathie des MI, problèmes podologiques, troubles de la statique plantaire

Facteurs favorisant et causes de chutes chez le sujet âgé :

- ❖ Prise de médicaments :
 - Effet sédatif (barbituriques, benzodiazépines, anticonvulsivants)
 - Syndrome extra-pyramidal : neuroleptiques
 - HTO : antihypertenseurs (béta-bloquants, diurétiques), L-DOPA, agonistes dopaminergiques, antidépresseurs
 - Troubles de conduction et du rythme cardiaque : antiarythmiques, diurétiques hypokaliémiants
- ❖ Causes cardiovasculaires :
 - Troubles du rythme, IDM, de conduction auriculo-ventriculaire, sd coronariens
 - Modifications tensionnelles
 - Embolie pulmonaire
 - Syncopes d'effort
 - Chute au cours d'une syncope vagale, de cause instrumentale, mictionnelle
- ❖ Causes neurologiques :
 - Troubles proprioceptifs avec ataxie
 - Syndrome cérébelleux
 - Troubles de l'équilibre d'origine vestibulaire
 - Troubles de l'adaptation posturale
 - AVC
 - Crises convulsives
- ❖ Causes mécaniques : orthopédique/rhumatologique
- ❖ Autres :
 - Hypoglycémies
 - Troubles ioniques
 - Anémie
 - Par diminution de acuité visuelle
- ❖ Facteurs extrinsèques

Syndrome post chute :

- **Urgence** gériatrique, sidération des automatismes de l'équilibre et de la marche => diminution des activités et de l'autonomie physique
- **Composante motrice** : tendance à rétropulsion au fauteuil, marche talonnante avec élargissement du polygone et flexion des genoux
- **Composante psychologique** : anxiété majeure, au maximum astasie-abasie
- **Syndrome de régression psychomotrice** (recherche de dépendance : clinophilie, incontinence, demande de couches, aide aux repas)
- **Pronostic** : réversible su syndrome post-chute si prise en charge précoce. Sinon vers état grabataire irréversible

- **Facteurs défavorables** : nombre de chutes antérieures, impossibilité de se relever après la chute, appui unipodal, intérêt du get-up

Conséquences médicales et psychosociales des chutes du sujet âgé

- ❖ **Fractures** : 5% des chutes (col du fémur 20-30%, avant-bras, bras, cheville, rachis, bassin, côtes, crâne)
- ❖ **Traumatismes sans fracture** : plaies, érosions cutanées, hématomes multiples, rhabdomyolyse. 10% des chutes
- ❖ Complications liées à l'**immobilisation** : escarres, déshydratation, bronchopneumopathie, confusion
- ❖ Conséquences **psychosociales** : perte d'autonomie 1/3 des sans fractures, diminution du champ d'action/espace social/familial

Facteurs de risque de récurrence des chutes

Démences, séquelles AVC, maladie Parkinson, Myélopathies, Neuropathies, hypothyroïdie, corticothérapie, ostéomalacie, pseudo-polyarthrite rhizomélitique, arthrose, malformations rachidiennes, coxarthrose, gonarthrose, limitation dorsiflexion de cheville, DMLA, cataracte, rétinopathie diabétique, glaucome, IC, BPCO, anémie, carence B1, hypotension, RA, psychotropes, antalgiques, neuroleptiques, benzodiazépines, morphiniques, diurétiques, dérivés nitrés, antihypertenseurs centraux, neuroleptiques, anticholinergiques, sulfamides hypoglycémifiants