

e ntre...O.R.L

LE BIMESTRIEL DE L'ACTUALITÉ O.R.L.

EQUILIBRE, CHUTES ET DEPENDANCE : ô vieillesse ennemie

Par leur fréquence, leur morbidité, leur mortalité, la baisse d'autonomie et l'institutionnalisation prématurée qu'elles engendrent, les chutes du sujet âgé représentent l'un des enjeux majeurs de santé publique liée au vieillissement.

Outre d'un grand nombre de publications et d'un ensemble de recommandations de l'HAS en 2009, elles ont fait récemment l'objet d'une Thèse de Médecine soulignant la gravité du problème et l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire dès la première chute, voire préventive. Ainsi toute chute, aussi anodine puisse-t-elle sembler, doit être considérée comme un fait médical potentiellement grave et déclencher par tout médecin a fortiori ORL si concerné par les troubles de l'équilibre, un bilan étiologique et une série de mesures souvent simples.

En préambule

La définition même de chute du sujet âgé n'est pas consensuelle, incluant ou non la notion de contact avec les murs ou le sol, voire une surface quelle qu'elle soit, et celle de pertes de connaissance ou de syncope. En pratique, elle correspond au fait « de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position inférieure par rapport à une position de départ ».

Mais un autre terme du concept fait achoppement, celui d'« âgé »...60 ans selon l'OMS et la définition démographique officielle, 65 si l'on considère la cessation d'activité professionnelle, 75 pour les gériatres ? Etat civil ou état physiologique ne coïncident à l'évidence pas mais la plupart des troubles liés au vieillissement ne devenant significatifs qu'à partir de 75 ans, c'est ce dernier chiffre « couperet » qui médicalement semble le plus réaliste.

Quant à leur fréquence, les études concordent sur certains constats : les chutes concernent un tiers des sujets de plus de 65 ans et la moitié de ceux de plus de 85 ; elles augmentent avec l'âge et sont deux fois plus élevées chez les femmes que chez les hommes ; leur nombre approcherait 500 000 par an en France ; la moitié des

patients trouvés vivants à domicile par les secours invoquent une chute à l'origine de l'appel en détresse ; elles représentent la 5^e cause de mortalité en France avec un taux de décès annuels estimé à 12 000.

Les circonstances

L'analyse des causes alléguées par les victimes de chute ou par les témoins montre qu'elles associent le plus souvent un risque environnemental lié à un obstacle et un ensemble de pathologies résultant à la fois de l'âge et d'une comorbidité, telle des troubles de la marche ou de l'équilibre, une sensation de vertige ou de faiblesse des membres inférieurs, des problèmes de vue, une pathologie neurologique, des troubles métaboliques, etc.

en 2 mots

- Toute chute chez un adulte de plus de 60 ans constitue un fait médical potentiellement grave
- Qui a chuté chutera
- Les tests de la station unipodale et du "timed up and go" sont très informatifs
- A causes multifactorielles, prise en charge multidisciplinaire
- Polymédication et causes environnementales appellent des mesures préventives simples et peu coûteuses
- Leur coût avoisinerait les 2 milliards d'Euros pour les frais médicaux et les coûts indirects liés à l'aide médicale et à l'institutionnalisation.

Tous ces facteurs conduisent à une polymédication laquelle met directement en cause la responsabilité médicale. Définie comme l'usage de 4 médicaments et plus, la polymédication tient sa gravité de l'altération de la pharmacocinétique médicamenteuse exposant au risque de surdosage et d'interactions. Deux types de médicaments souvent associés sont particulièrement nocifs à cet égard : les psychotropes qui altèrent vigilance, attention, et réactivité, et les drogues cardiovasculaires, anti-hypertenseurs et anti-arythmiques notamment, responsables d'hypotension, de syncope et de malaise.

Et leurs conséquences...chiffrées

Les chutes occasionnent dans 10% des cas des traumatismes majeurs dont, dans 1% des cas, une fracture du col fémoral dont le nombre aux USA est d'environ 250 000 avec un coût estimé à plus de 5 milliards de \$ par an. ... Mais à côté du traumatisme physique, la chute avec la station au sol souvent prolongée du fait de l'incapacité de la personne âgée à se relever entraîne ce qu'il est convenu d'appeler le syndrome post-chute ou désadaptation psycho-motrice. Ce syndrome, la plus grave des conséquences non traumatiques, associe anxiété avec phobie de la verticalisation, altérations de la marche (à petits pas glissés), anomalies neurologiques (akinésie, diminution des réactions d'adaptation posturale) et troubles psychocomportementaux, avec in fine perte d'autonomie voire grabatisation définitive.

Tous ces éléments expliquent l'impact économique considérable des chutes qui, d'après certaines estimations, atteindrait en France les 2 milliards d'Euros pour les frais médicaux et les coûts indirects liés à l'aide médicale et à l'institutionnalisation.

La feuille de route

Une chute résulte de la détérioration hélas inéluctable avec le temps des mécanismes physiologiques qui

contrôlent notre équilibre. Or ceux-ci sont multiples, impliquant autant les capteurs sensoriels périphériques que les centres de traitement du signal et les effecteurs musculaires somatiques et oculo-moteurs.

A causes multifactorielles, prise en charge multidisciplinaire. Sont donc concernés les spécialistes des structures impliquées dans le maintien de l'équilibre, neurologue, orthopédiste, ophtalmologiste, gériatre, spécialiste de médecine physique et de réadaptation, médecin de famille, et bien sûr ORL. Ce dernier doit naturellement rechercher une cause otologique à l'origine de l'accident, en sachant que les deux pathologies les plus fréquemment incriminées sont une presbyvestibulie et un VPPB.

En pratique, face à une première chute et, en réalité, face à TOUT sujet de plus de 60 ans, TOUT praticien devrait, au-delà de la simple observation de la marche et d'un examen général, appliquer une série de recommandations sur lesquelles existe aujourd'hui un consensus international.

Les RECO

- réaliser deux manœuvres simples et peu coûteuses : étude de la station unipodale évaluant l'équilibre postural statique, c'est-à-dire la capacité du sujet à tenir 5 secondes debout en appui sur un pied droit puis gauche, et test du « timed up and go » évaluant l'équilibre postural dynamique, c'est-à-dire temps normalement inférieur à 20 secondes mis pour se lever d'un fauteuil avec accoudoir, parcourir aller-retour une distance de 3 mètres et s'asseoir de nouveau,

- analyser d'éventuelles ordonnances à la recherche d'une auto- ou d'une polymédication, en rappelant la parfaite inutilité des antivertigineux et des vasodilatateurs,

- étudier l'environnement du patient afin de détecter des facteurs de chute : éclairage insuffisant, sol irrégulier ou glissant, tapis ou moquette épaisse,

chaussures à talons hauts ou à semelles mousses atténuant la sensibilité podale, lunettes de vue inadaptées, isolement social et familial, etc.

- identifier au plus vite certains facteurs de risque : âge supérieur à 80 ans, antécédents de chutes, arthrose diffuse, déformations squelettiques ou podales, baisse de l'acuité ou du champ visuels, état confusionnel ou dépressif, malaise ou perte de connaissance orthostatiques, troubles du rythme cardiaque, etc.

- demander des examens biologiques de « base » afin de corriger un désordre métabolique ou une carence vitaminique ou calcique,

- éviter la prescription d'une IRM, d'un EEG, d'un écho-Doppler cervico-céphalique, d'une ostéodensitométrie, ou d'une échographie cardiaque en l'absence de signes d'appel,

- orienter le chuteur, potentiel ou avéré, vers le spécialiste du ou des organes défaillants.

- recommander une activité physique régulière, informer et éduquer les membres de l'entourage, et confier au mieux le patient à un médecin MPR pour programmer une rééducation fonctionnelle.

Conclusions

Traiter du problème de la chute, c'est aborder le problème ô combien actuel de la dépendance puisqu'elle constitue la principale cause de perte d'autonomie, de désocialisation et, par voie de conséquence, d'institutionnalisation.

En tant que spécialiste de l'équilibre et accessoirement de... contribuable, l'ORL joue un rôle essentiel dans ce problème médical et socio-économique majeur, même si ce sont en réalité tous les professionnels de santé prenant en charge les personnes âgées, généralistes, urgentistes, internistes, etc., sans oublier les acteurs paramédicaux et sociaux, qui peuvent à un moment donné être confrontés à cette pathologie.

L'avis de l'expert



Pr Alain YELNIK

Service de Médecine Physique et de Réadaptation
GHU Saint Louis – Lariboisière – F. Widal, Université Paris 7

La chute avec ses conséquences qui peuvent être dramatiques, fractures, peur, isolement et syndrome de glissement est-elle inéluctable ? La fréquence des chutes chez le sujet âgé pourrait le laisser penser.

Les très nombreux facteurs de risque s'accumulent avec l'âge, on ne les listera pas faute d'occuper toute la place de cette petite tribune.

Alors que faire ? A l'extrême, il n'y a de chutes que s'il y a prise de risque. Prise de risque minimale puisque les chutes surviennent chez le sujet âgé le plus souvent dans les simples actions de transfert, d'habillage et de toilette.

A l'extrême donc, rester assis et encore mieux au lit, évite (presque) à coup sûr les chutes. C'est la stratégie adoptée dans la plupart des services hospitaliers ou certains lieux de vie lorsqu'une personne y est accueillie pour quelque cause que ce soit.

Au lit, donc pas de risque. Certes. L'ennui est que les processus neurologiques d'équilibration se nourrissent d'une constante stimulation par les afférences sensorielles entretenant les processus moteurs d'anticipation et de réaction.

Ces processus ne sont pas comme certaines piles de notre jeunesse... ils ne s'usent que si l'on ne s'en sert pas. Le déconditionnement à l'orthostatisme, aux déséquilibres et à l'effort est un facteur de risque majeur de chute.

C'est un de ceux sur lesquels il peut être le plus aisé, en tout cas indispensable, d'agir. Prévention donc ! « Les docteurs et mon kinésithérapeute disent qu'il faut marcher, ils en ont de bonnes... c'est de plus en plus difficile ! » dit ce nonagénaire vigoureux et agacé.

Et pourtant la clé du mouvement sans chute est l'entretien : auto-entretien, guidé si besoin épisodiquement en kinésithérapie.

Mais revenons à notre paradoxe : pas de prise de risque donc pas de chute.

De tous les conseils pour la prévention des chutes, il me semble que le plus important est de savoir apprécier cet équilibre (si je puis me permettre...) entre la prise de risque et les capacités d'équilibre.

La prise de risque dépend de la volonté d'autonomie de la personne et de la conscience qu'elle a de ses capacités.

Le risque de chute est une équation à trois inconnues : volonté d'activité + conscience des risques + capacités physiques.

Pour chaque personne cette équation doit être scrupuleusement analysée afin d'évaluer le(s) risque(s) et minimiser chacun.

Ouvrage à lire

1. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J Med 1988 ; 319 : 1701 - 7.
2. Manckoundia P, Mourey F, Tavernier-Vidal B, Pfitzenmeyer P. Syndrome de désadaptation psychomotrice. Rev Méd Interne 2007 ; 28 : 79 - 85.
3. Haute Autorité de Santé (HAS). Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. 2009 www.has-sante.fr/portail/jcms/c-793371.
4. Oberlin P, Mouquet MC. Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement ? DREES Etudes et Résultats 2010 ; 723 : 1 - 6.
5. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev 2012 ; 9 : CD007146.
6. Richard JB, Thélot B, Beck F. Les accidents en France : évolution et facteurs associés. Rev Epidémiol Santé Publ 2013 ; 61 : 205 - 12.
7. Elodie Menage. Chute de la personne âgée : Quel bilan pour quels objectifs ? Thèse doctorat en médecine Paris 6, 2013.

Un accompagnement personnalisé pour vos patients !





La force d'un réseau,
l'implication d'un indépendant

 L'audioprothésiste Entendre est un indépendant qui s'engage personnellement et engage son équipe pour la satisfaction totale de vos patients.

 Un accueil et un accompagnement personnalisés de vos patients tout au long des différentes étapes de son appareillage.

 Des produits et des services à la pointe de la technologie et de l'innovation, proposés par un réseau national.

 Une des meilleures centrales d'achats en France, vos patients bénéficieront des meilleurs produits au meilleur prix.

