



## Soirée ASDES 4 février 2010 Consultation pour chutes

### Cas clinique

Madame S., née en 1928 (81 ans)

ATCD : AVC + comitialité

DNID

HTA

Syndrome dépressif

Social : vit seule en foyer logement

Adressée en consultation pour **bilan de chutes**

### → Ordonnance

- Tégrétol
- Aténolol
- Coaprovel
  - Amlor
  - Crestor
  - Plavix
- Diamicron
  - Deroxat
- Doliprane
  - Stilnox
- Zamudol

### → Consultation

Vient seule

A l'interrogatoire :

Notion d'une chute la semaine passée, mais la patiente ne sait pas raconter les circonstances

A l'examen :

Hématome sous orbitaire droit,

Hématome de hanche gauche plus ancien

Marche instable : petit pas / élargissement du polygone de sustentation / sans canne

appui unipodal impossible / rétropulsion /

syndrome post chute

MMS : 28/30 – horloge pathologique

# Explorer une chute c'est compliqué

### → Histoire de la maladie ?

Circonstances des chutes inconnues, fréquence inconnue

### → Quels signes de gravité?

### → Quels examens complémentaires ?

### → Quelles interventions ?

### → Rechercher les facteurs de risque

Âge 80 ans

Sexe féminin

Antécédents de fractures traumatiques

Polymédication (prise de plusieurs classes thérapeutiques par jour)

Prise de psychotropes, diurétiques, digoxine ou antiarythmique

Trouble de la marche et/ou de l'équilibre (get up & go test  $\geq 20$  secondes et/ou station unipodale  $\leq 5$  secondes)

### → Rechercher les facteurs de risque (suite)

Diminution de la force et/ou de la puissance musculaire des membres inférieurs (capacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains ; index de masse corporelle < 21 kg/m<sup>2</sup>)

Arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis  
Anomalie des pieds

Troubles de la sensibilité des membres inférieurs

Baisse de l'acuité visuelle

Syndrome dépressif

Déclin cognitif

### → Rechercher les situations à risque de chute grave

Ostéoporose avérée

Prise de médicaments anticoagulants

Isolement social et familial

Peur de chuter

Restriction des activités de la vie quotidienne

Syndrome post-chute

### → Rechercher les facteurs précipitants

Cardio-vasculaires : notions de malaise et/ou de perte de connaissance, hypotension orthostatique

Neurologiques : déficit neurologique sensitivomoteur, confusion mentale

Vestibulaires : notion de vertige à l'interrogatoire et une latéro-déviations au test de Romberg

Métaboliques : hyponatrémie, une hypoglycémie et la prise de médicaments hypoglycémifiants,

Consommation excessive d'alcool

Environnementaux : l'éclairage, l'encombrement et la configuration du lieu de vie, le chaussage

### → Quels examens complémentaires ?

Radiographies osseuses si suspicion de fracture

Dosage des CPK et de la créatinine sérique si séjour au sol > 1 heure

ECG si malaise et/ou perte de connaissance

Glycémie si diabète

Ionogramme à la recherche d'une hyponatrémie

Dosage sérique de la vitamine D (25OHD)

Numération formule sanguine en cas de signes d'appel d'anémie

### ◆ Quels examens complémentaires ?

Il n'est pas utile de réaliser, à titre systématique

EEG,  
imagerie cérébrale,  
examen écho-Doppler des artères cérébrales,  
Holter-ECG des 24 heures,  
Echographie cardiaque.

Ces examens ne seront réalisés qu'en fonction des données cliniques et ECG.

### → Quelles interventions ?

Plusieurs axes :

Révision de l'ordonnance

Correction/traitement des facteurs de risque modifiables (incluant les facteurs environnementaux)

Port de chaussures adaptées

Pratique régulière de la marche et/ou toute autre activité physique

Apport calcique alimentaire compris entre 1 et 1,5 g / j

Correction d'une éventuelle carence en vitamine D par un apport journalier d'au moins 800 UI

Utilisation d'une aide technique à la marche adaptée en cas de troubles locomoteurs

Traitement anti-ostéoporotique en cas d'ostéoporose avérée

### → Quelles interventions ?

En cas de troubles de la marche et/ou de l'équilibre

il est recommandé de prescrire des séances de kinésithérapie incluant :

un travail de l'équilibre postural statique et dynamique

un renforcement de la force et de la puissance musculaire des membres inférieurs

**Toute chute chez un sujet âgé peut mériter  
une orientation en HdJ**

**sauf si l'origine mécanique n'est pas  
contestable**