

# Actualités en Médecine Gériatrique 2014

Quels examens faire ou ne pas faire  
chez le sujet âgé chuteur ?

Cliquez pour ajouter un texte



Dr Adeline GOURONNEC

Service de court séjour gériatrique

Hôpital Charles Foix

GH Pitié-Salpêtrière - Charles Foix

# Définitions

---

**Chute :** « fait de se retrouver, involontairement, sur le sol ou autre surface, dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ »

**Chutes répétées :** au moins 2 chutes sur une période de 12 mois  
HAS 2009

**Chute :** accident de la vie courante      EPAC, EHLASS, INPES, InVS, OMS



# Epidémiologie

## Fréquent

30% >65 ans chutent au dom au moins 1 fois /an, 50% >80 ans  
50% récidivent dans l'année

Sous-estimé car banalisé : 20 à 25 % → Cs Med G ou SAU

AVQ simples ( marche, transferts...)

Pas de malaise ni PC dans 50 à 70% des cas

## Lourd de conséquences

9412 décès en France en 2008 ,  $\frac{3}{4}$  SA>75 ans IVS BEH 2011

10 à 20% complications : trauma physique, Sd post-chute, décubitus prolongé

3ème cause d'admission en médecine gériatrique, 10% admission aux urgences



→ entrée dans la dépendance

→ impact économique majeur

---> Reco HAS en 2005 et 2009

# Que faire devant un sujet âgé chuteur ?

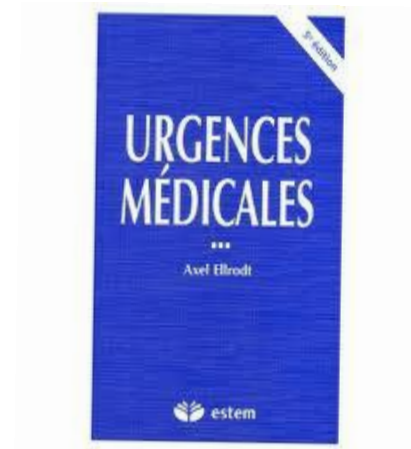
## Question complexe ...

“Un vieillard qui tombe, c'est pour lui une catastrophe, mais aussi pour le médecin des urgences débordé. Il doit y passer beaucoup de temps, car c'est l'un des exercices cliniques les plus ardues”.

Pr Axel ELLRODT, Urgences Médicales

## CAT devant un patient chuteur ?

- Evaluer la gravité immédiate ( vitale et/ou fonctionnelle)
- Rechercher les causes → le plus souvent polyfactorielles
- Rechercher les complications
- Evaluer le risque et prévenir la récurrence



# Comment évaluer la gravité immédiate ?

\*Évaluer les **paramètres vitaux** : conscience, pouls, fr

Prise de **constantes systématique** : TA, SatO<sub>2</sub>, T°, HGT ( diabète+). Etat des téguments (marbrures) → défaillance hémodyn ? détresse respiratoire ? sepsis ?

\*Rechercher le **TC**, la **PC**, un tb de la vigilance, un signe de localisation, des mvts anormaux , une confusion, une HTIC ( sous Agg ou ATC +++)

→ examen clinique **neurologique complet**

\*Rechercher le **malaise** ( syncope, lipothymie?), la **douleur thoracique**, la **dyspnée**

→examen clinique **cardiologique complet** avec ECG +++

\*Rechercher le **traumatisme majeur** : douleur aiguë, déformation, impotence, plaie ou hématomes majeurs, rechercher la fracture vertébrale ( cervicale+++)

→ examen **ostéo-aticulaire complet**

# Comment évaluer la gravité immédiate ?

## En cas de menace du **pronostic vital**

- **Avis réanimateur**
- Examens complémentaires guidés par la clinique, l'offre du plateau technique à disposition et surtout le bénéfice apporté à la prise en charge : **ne pas retarder !**
  - **biologie** : NFS-plaquette, CRP, ionogramme, glycémie, troponine si SCA, BNP si ICA, GDS, lactate...
  - **imagerie ? si le patient est stabilisé, si possible en USI/Réa**

## En cas de menace du **pronostic fonctionnel**

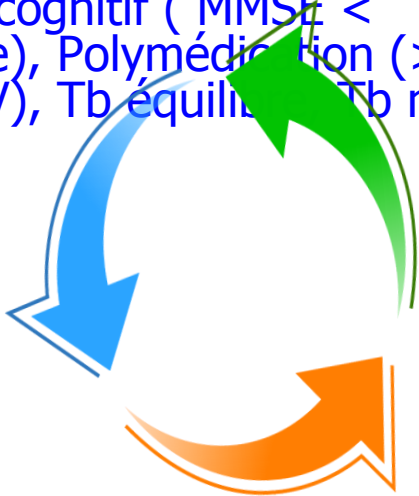
- **biologie** : NFS, TP/TCA, iono, créat,
- **imagerie ? guidée par la clinique** :
  - radio bassin, hanches, poignets, os long, rachis DLS...
  - TDM au moindre doute et si suspicion Fcervicale
- **Avis spécialisé en fonction**

# Causes de chutes



## Effets du Vieillissement

sarcopénie, ostéopénie, ↓ proprioC,  
Presbyvestibulie, BAV  
BAV,  
dépressif ( mini-  
Déclin cognitif ( MMSE <  
horloge), Polymédication (>4/j :  
psy, CV), Tb équilibre, Tb marche



## Facteur(s) prédisposant(s)

≥ 80 ans, femme,  
ATCD fracture, Sd  
GDS ≥ 1),  
27,

## Facteur(s) précipitant(s)

CV, Hypotension orthostatique ++++  
Neuro, vestibulaire, Métabolique,  
Tb environnementaux (éclairage,  
encombrement, chaussage)

# Bilan étiologique d'une chute :

- Circonstances : où, quand, comment, qui, pourquoi, durée du décubitus, symptômes associés, contexte social et environnemental
- ATCD de chutes : nb dans l'année, description
- ATCD méd et ttt : repérer AAg, Acoag, TT OP, TT cardiotrope et psy
- Examen clinique complet avec ECG, MMS-Horloge, évaluation thymique, bilan neuro-sensoriel, bilan podo, recherche hypoTA ortho, bilan des tb d'équilibre et de la marche → tests selon faisabilité

Timed up and go test (14s) Se 87%, Sp87%

Station unipodale (<5s) Se 37%, Sp 76%

Walking and talking Se 48%, Sp 98%

Test Tinetti, poussée sternale...





# Bilan étiologique d'une chute :

## Reco HAS 2009

« iono ( hyponatrémie), vit D (25OHD), NFS, HbA1c chez le diabétique ECG si signes d'appel cardiaques

+/- en fonctions du contexte:

bilan inflammatoire,

EEG, imagerie cérébrale,

écho-doppler des artères cérébrales,

Holter-ECG des 24h, échographie cardiaque..."



Syncope, lipothymie	Biol, ECG + recherche hypoTA ortho MAPA- holter ECG, ETT Explo en secteur spécialisé si -
Dyspnée aiguë	Biol, GDS, RP +/- TDM thoracique Echo-doppler VMI +/- Angio-TDM
Douleur thoracique	ECG +/- Troponine, ETT, Gril costal TDM tho- AngioTDM thoracique
Perte de connaissance, fluctuation de l'état neurologique, confusion	Bilan biologique, EEG, TDM cérébral non injecté +/- IRM cérébrale
Troubles cognitifs	MMS, horloge IRM cérébrale Evaluation « Cs mémoire »
Troubles dépressifs, prise de psychotropes ou toxiques	Evaluation psy
Baisse d'acuité visuelle	Cs oph
Déformation pieds, hyperkératoses	Cs pédicurie
Troubles de la marche ou équilibre	RX ostéo-art , TDM +/- IRM rachis -cérébrale EMG

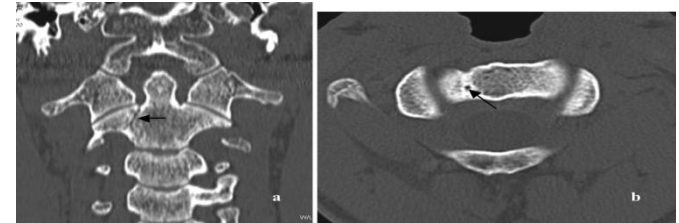
# Complications des chutes

## Traumatismes physiques

**Complications orthopédiques : 1 cas/10 luxations, entorses, 5 à 8% de F, 1/3 hanche**

→ RADIO +/- TDM si doute

→ SCANNER cervical +++



## Traumatisme crânien :

→ SCANNER cérébral sans inj  
au moindre doute

et surtout si ATC ou AGG



# Complications des chutes

## Décubitus prolongé

1/2 ne se relève pas seul, 10% au sol >1h

Tinetti et al. JAMA, 1993



**FDR:** Age, comorbidités, tb marche/ équilibre, tb cognitifs

**Causes polyfactorielles :** trauma invalidant (F, HSD), inaptitude physique (faiblesse muscu, apraxie du relevé du sol), isolement social

**Complications :** hypothermie, rhabdomyolyse, déshydratation, Insuff rénale aiguë, RAU/ fécalome, EP/TVP, pneumopathie, syndrome post-chute, escarres, suspension accidentelle de ttt

→ biologie : iono, créat, urée , CPK

→ investigation des causes et complications de décubitus

# Complications des chutes

## (3)

### Sd post-chute ou désadaptation psycho-motrice

Diminution des capacités fonctionnelles  
incapacité motrice, psychologique et/ou cognitive.  
tb posturaux ( rétroplusion), de la marche et une phobie de la station debout.

Augmente avec l'âge, le temps passé au sol.

#### Complications

peur de retomber,  
perte de l'estime de soi, troubles thymiques  
=> **DEPENDANCE +++**

**LEVER PRECOCE +++**  
**Sécuriser, restaurer la confiance**  
=> **urgence gériatrique**  
**avis psy, bilan psychomoteur**



# Examens

## « paramédicaux »

**Bilan d'ergothérapie :**

**Adaptation du domicile**

**chez les sujets les plus à risques**

**Bilan podologique : adaptation chaussage et prise**  
**en cas de douleur**

**Bilan social : adapter les aides, rompre l'isolement**



traumatisme ostéo-art

Rx +/- TDM  
TDM pour rachis cervical,

TC avec modification de  
l'état neurologique  
( d'autant que ATG, AGG)

TDM cérébral non injecté

Décubitus prolongé

iono, urée, créat, CPK  
Bilan complications décubitus  
évaluation ergothérapeutique  
évaluation sociale

Syndrome post-chute

Évaluation psychiatrique  
Evaluation cognitive  
Evaluation  
kinésithérapeutique et  
psycho-motrice

Perte d'autonomie

Evaluation sociale  
Évaluation ergothérapeutique



# Dosage Vit D ?

---

## VitD chez l'adulte : recommandation du GRIO. 2011

- Supplémentation systématique sans dosage chez tous les sujets >65 ans
  - Ttt systématique : 800-1200 UI/j → formes j/sem/trim
- Dosage avant TTT si défaut d'exposition solaire, chutes répétées, OP, patho chronique sévère
  - Ttt d'attaque si carence :

100000 ui/15j x4 si 25-(OH)-VitD <10 ng/ml	
100000 ui/15j x3 si	<20 ng/ml
100000 ui/15j x2 si	<30 ng/ml

## Recommandation HAS octobre 2013 sur l'intérêt du dosage en VitD

→ **restriction des indications du dosage :**

à doser chez **SA >65 ans faisant des chutes répétées et en cas de ttt OP.**



# ODM ?



**Reco 2012 (GRIO – SFR, SFGG):**

**mesure de la DMO** par l'absorptiométrie biphotonique par rayons X (DXA) **si antécédent de chute dans la dernière année.**

**GRIO 2014 → revue de la littérature**

- Risque de F du sujet chuteur majoré en cas de DMO basse.
- Prévalence élevée de l'OP chez les chuteurs, surtout si fragiles [chutes répétées, sarcopénie, réduction de mobilité, perte de poids).
- A discuter si l'espérance de vie limitée, dépendance, démence évoluée.

**A NOTER : bilan dentaire avant TTT bisphosphonates**

# Conclusions

**Caractère multifactoriel de la chute**

- **démarche clinique exhaustive**
- **piège = batterie d'examens**



**EXAMEN A FAIRE = examens visant à préciser les causes et complications, en fonction de l'évaluation clinique préalable.**

**EXAMEN A NE PAS FAIRE = examens non guidés par la clinique « systématiques », non rentable**

**Merci**