VISage
Vienne Santé Gérontologie
http://visage.sante-ra.fr

« VISage à découvert »
N° 102 – Mai 2012

Ne pas laisser tomber les déments !

La maladie d'Alzheimer et les syndromes démentiels en général sont associés à une majoration du risque de chute. La particularité de ces pathologies est le mécanisme des chutes qu'il est intéressant de détailler pour assurer une meilleure prévention primaire ou secondaire.

Les données de la littérature indiquent que le risque de chute est multiplié par 3, quel que soit le stade de la maladie démentielle et les médicaments prescrits. En institution, pour ces mêmes pathologies le risque est majoré par 4, particulièrement en début d'institutionnalisation, mais surtout la 1ère semaine après l'entrée en maison de retraite. Le risque de chute grave augmente avec un risque de fracture multiplié par 3 chez le patient Alzheimer, une mortalité à 6 mois augmentée de 50 % lorsque le déclin cognitif est sévère par rapport à un déclin cognitif peu significatif. Parmi les démences, le risque de chute est modulé selon l'étiologie, à savoir, les chutes sont plus fréquentes dans la démence de la maladie de Parkinson, dans la maladie à Corps à Lewy et les démences vasculaires.

L'analyse des causes de chute explore les domaines suivants :
Les troubles cognitivo-comportementaux :
- Les troubles du jugement associés aux maladies démentielles comportent une mauvaise évaluation du risque ou des capacités propres du patient, conduisant donc à une prise de risque dans les activités motrices.
- Les troubles praxiques sont une mauvaise adaptation des gestes ou une moins bonne habilité pour un certain nombre d'actes simples de la vie courante comme l'habillage, ou l'utilisation adéquate ou inadéquate du mobilier.
- Les troubles attentionnels expliquent des difficultés en double tâche, à savoir par exemple parler et marcher en même temps, et augmentent le risque de troubles de la marche et de chutes.
- Les troubles comportementaux rassemblent parfois plusieurs des points précédents et par exemple l'activité de déambulation non finalisée provoque une fatigue et une inattention croissantes, l'agitation ou les altercations peuvent augmenter le risque de chute.

Les troubles de la perception visuelle :
Les troubles visuo-spatiaux expliquent une mauvaise appréhension de l'espace en 3 dimensions, ces troubles sont particulièrement fréquents dans la maladie à Corps de Lewy.
Ces troubles de la perception visuelle indépendamment de toute pathologie ophtalmologique sont au cours des démences une baisse de la perception des formes, des couleurs et des mouvements, des troubles de la sensibilité au contraste et un trouble de la perception de la profondeur.

Les troubles de l'équilibration sont des altérations de l'équilibre statique et dynamique, dès les stades initiaux de la maladie d'Alzheimer. Il peut s'agir de trouble de la coordination des membres ou un syndrome parkinsonien que l'on peut observer non seulement dans les démences parkinsoniennes mais aussi dans la maladie à Corps de Lewy et dans la maladie d'Alzheimer.

Les troubles de la marche à proprement parler sont tardifs dans la maladie d'Alzheimer, augmentent avec la sévérité du déclin cognitif, il s'agit alors d'une marche précautionneuse d'autant plus qu'il y a des antécédents de chute. Ces troubles de la marche sont plus précoces et plus francs dans la maladie à Corps de Lewy avec une marche de type parkinsonienne, c'est-à-dire akinétique. Enfin dans les hydrocéphalies à pression normale, maladie assez rare, on observe une démarche apraxique, c'est-à-dire mal coordonnée.

La dénutrition protéino-énergétique est fréquente au cours des maladies démentielles, s'accompagne d'une diminution de la masse maigre, c'est-à-dire de la masse musculaire, entrainant donc une baisse de la force musculaire et une difficulté à la marche.

La peur de tomber est significativement associée au niveau de l'efficience cognitive. Elle est particulièrement fréquente dans le syndrome de post chute c'est-à-dire une forme de désadaptation posturale survenant de façon aigue après une chute y compris sans conséquence traumatique, et risquant le cercle vicieux chute-rechute.

Enfin, *les traitements* souvent prescrits dans toutes ces pathologies peuvent occasionner des effets indésirables comme : sédation, myorelaxation, hypotension orthostatique et raideur extrapyramidale. Il faut donc être très prudent lors de l'instauration de nouveaux traitements notamment les psychotropes, en tenant compte des interactions médicamenteuses et des fragilités du patient.

Faut-il éviter la déambulation pour limiter le risque de chute : certainement pas. La stratégie générale est :
- de maintenir voire d'améliorer l'état nutritionnel,
- d'éviter les traitements sédatifs,
- de maintenir une activité physique,
- de faire accepter à l'entourage familial et/ou soignant, la prise de risque de la déambulation,
- d'adapter l'environnement matériel et humain, alliant liberté et sécurité,
- de réduire les facteurs de risques extrinsèques.

Dans tous les cas, la contention physique ne diminue pas le risque de chute, mais d'une part est dangereuse en elle-même, d'autre part, l'immobilité aggrave les conséquences des chutes avec un risque de grabatisation.

Docteur Jérôme ALLOMBERT-BLAISE, gériatre, CH Vienne et CH Condrieu.