



Le syndrome post-chute : comment le reconnaître et le traiter



Rev Med Suisse 2007 ; 3 : 2531-6

J. Morisod
M. Coutaz

Drs Jérôme Morisod et Martial Coutaz
Centre hospitalier du Chablais,
Centre de gériatrie du Bas-Valais
Clinique Saint-Amé
1890 Saint-Maurice
jerome.morisod@rsv-gnw.ch
martial.coutaz@rsv-gnw.ch

Post-fall syndrome: how to recognize and treat it?

The post-fall syndrome is commonly observed in geriatric medicine, affecting near one out of five fallers. Left untreated, this condition can lead to a regressive syndrome, with physical, psychological and social consequences. To avoid such an evolution, specific physical therapy must be proposed as soon as possible. In this paper, clinical presentation and management of the post-fall syndrome are discussed.

Le syndrome post-chute est un problème fréquemment observé chez la personne âgée, affectant près d'un chuteur sur cinq. Non reconnu et non traité, il évolue vers un syndrome régressif majeur, aux répercussions physiques, psychiques et sociales graves. Seule la physiothérapie spécifique, instaurée rapidement, permet d'éviter une telle évolution. Le mode de présentation de ce syndrome et sa prise en charge sont décrits ici à partir de deux observations cliniques.

INTRODUCTION

De tous les problèmes de santé que connaissent les personnes âgées, la chute est probablement l'un des plus fréquents. Si les conséquences traumatiques sont bien connues et ses facteurs de risque bien individualisés, les retentissements psychologiques de la chute ont fait l'objet de recherches plus tardives. Dans ce registre, les concepts de *fear of falling*, de syndrome post-chute et de désadaptation psychomotrice émergent et sont maintenant retrouvés dans la littérature. Le clinicien est en effet souvent confronté à des situations de déclin physiologique, moteur et psychologique à la suite d'une chute, rendant la réadaptation difficile, voire impossible. A partir d'exemples vécus, nous décrivons deux tableaux psychomoteurs différents, consécutifs à une chute chez la personne âgée.

CAS N° 1

M. D. est un patient de 86 ans, vivant avec son épouse dans un village de montagne. Ancien agriculteur, il n'a pas d'antécédent notable, si ce n'est un déclin cognitif progressif, non investigué, rapporté par la famille. Il est hospitalisé dans un contexte de faiblesse croissante, de perte de force dans les membres inférieurs et de plusieurs chutes à domicile sans conséquence traumatique. A l'hôpital, on met en évidence un foyer pulmonaire qui sera traité par augmentin. L'évolution est favorable sur le plan respiratoire. La reprise de la mobilisation est initialement difficile mais cela est mis sur le compte de l'asthénie postinfectieuse. Dans les jours qui suivent, le tableau se complique d'un refus de participation aux transferts et d'une angoisse importante à la remobilisation. Lorsqu'on parvient à mettre M. D. en position debout, celui-ci se fige dans une attitude de flexion des genoux, de rétropulsion du tronc et d'agrippement des membres supérieurs aux barrières du lit. La mise en orthostatisme s'accompagne d'une véritable panique (figures 1 et 2). Au vu de cette évolution, l'attitude thérapeutique est revue; toute surstimulation est proscrite et un schéma de mobilisation progressif, d'abord dans le lit, est entrepris (cf. infra). Une médication sérotoninergique est introduite. L'évolution est alors lentement favorable dans les semaines qui suivent, M. D. regagnant en six-huit semaines une indépendance totale à la marche (figure 3). Il entre alors en EMS en compagnie de son épouse.



Figure 1. Syndrome post-chute : l'angoisse de la verticalité



Figure 2. Syndrome post-chute : la position du véliplanchiste

CAS N° 2

Cette patiente de 80 ans, obèse avec un IMC de 37 fait une chute accidentelle dans son appartement en décembre 2006. Elle ne parvient pas à se relever et va rester plus de trois jours à terre, sans être secourue. A l'admission à l'hôpital, on met en évidence une insuffisance rénale aiguë sévère (créatinine à 859 $\mu\text{mol/l}$) sur



Figure 3. Syndrome post-chute : restauration de l'indépendance à la marche

rhabdomyolyse (CPK à 6575 U/l) et des escarres de décubitus majeurs du sacrum (figure 4) et des talons. La patiente subit alors une vingtaine de dialyses pendant une période de six semaines. Après débridement, on met en place un système VAC pour les escarres. Ces traitements permettent une normalisation de la fonction rénale et une fermeture des lésions cutanées (figure 5). Une remobilisation précoce est rendue très difficile en raison des problèmes médicaux. Quand on peut la débiter après quelques semaines, celle-ci se solde par un échec en raison d'une démotivation importante, d'une absence de collaboration et d'un désintérêt total. Malgré l'introduction d'antidépresseurs psychostimulants et d'une physiothérapie intensive, la patiente reste



Figure 4. Escarre sacrée sur décubitus prolongé



Figure 5. Evolution sous VAC

complètement non concernée par l'envie de remarcher, n'aspirant qu'à garder le lit. Les transferts sont vécus comme une véritable agression, accompagnés de cris et de tremblements de peur. Une physiothérapie adaptée est débutée mais reste inefficace. On parvient difficilement (le plus souvent avec l'élévateur) à asseoir la patiente au fauteuil, où elle ne consent à rester que quelques minutes. Devant ce tableau, et malgré la restitution totale de sa fonction rénale et de son intégrité cutanée, la patiente ne peut retourner à domicile et attend une place dans un EMS.

DISCUSSION

Ces deux cas, vécus récemment dans notre service, illustrent deux tableaux évolutifs psychomoteurs proches, compliquant la chute.

Dans le cas n° 1, nous avons pu observer une réaction précoce faite d'anxiété à la remobilisation, d'instabilité posturale et de perte des réflexes d'équilibre. Grâce à une physiothérapie adaptée et précoce, le patient a finalement pu retrouver l'ensemble de ses ressources physiques et se remobiliser de façon indépendante. Ce cas est typique du syndrome post-chute (*post-fall syndrome*).

Dans le second cas, l'évolution est ralentie par les multiples complications médicales ainsi que par le contexte de la chute, de sorte que la patiente n'a jamais pu être remobilisée même avec de l'aide, et ceci malgré des mesures de réadaptation poursuivies durant plusieurs mois. Aux signes moteurs classiques du syndrome post-chute, se sont ajoutés des signes psycho-comportementaux associant apathie marquée, indifférence complète conduisant à l'absence de toute initiative motrice et à une véritable phobie de la verticalité. Il s'agit ici d'un syndrome de désadaptation psychomotrice pur.

En 1982, Murphy¹ décrivait pour la première fois un tableau sémiologique associant anxiété et troubles de la marche et de la posture, consécutifs à une chute, qu'il appela *post-fall syndrome*.

En 1986, Gaudet,² gériatre à Dijon, publiait dans *Médecine et Hygiène* la description du «syndrome de régression psychomotrice», entité clinique correspondant à un nou-

veau syndrome gériatrique, associant une sémiologie à la fois motrice et psychologique : sur le plan moteur, on voit apparaître chez le sujet âgé fragilisé, après un facteur déclenchant même minime, des signes posturaux (déséquilibre arrière, rétropulsion du tronc, impossibilité de se projeter vers l'avant), des altérations de la marche (*freezing*), des signes neurologiques (hypertonie oppositionnelle, disparition des réactions d'équilibre) et des signes psycho-comportementaux (indifférence, démotivation, phobie de la verticalité).

Concrètement, le patient, ralenti et bradypsychique, ne démontre aucun intérêt à lutter pour retrouver un niveau de fonctionnement antérieur; sur le plan moteur, il reste assis, refuse de se lever ou de se mobiliser; en orthostatisme, il présente de sévères troubles de l'adaptation posturale avec une appréhension et une peur du vide antérieur: il se tient le tronc rejeté en arrière, dans la position du véliplanchiste (figure 2). A la marche, difficile et péniblement engagée, les pieds sont aimantés au sol, glissants, et le polygone de sustentation est élargi. L'hypertonie oppositionnelle est fréquente.

Selon Gaudet, ce syndrome peut apparaître *brutalement* après un événement bien individualisable (comme une chute), et là, ce sont principalement la peur et la sidération des automatismes de marche, de posture et d'équilibre qui vont se manifester (variante motrice du syndrome). Le syndrome post-chute est assimilable à cette variante essentiellement motrice du syndrome.

Dans les formes d'installation *lente* et *progressive*, ce sont surtout les manifestations psycho-comportementales qui seront au premier plan (variante psychiatrique). La symptomatologie est alors surtout marquée par une démotivation, un désintérêt complet pour le rythme social ambiant et l'absence de toute préoccupation pour son état de santé. Les activités motrices sont réduites à néant.

En 2001, Pfitzenmeyer et l'équipe des gériatres de Dijon proposent que le syndrome post-chute soit simplement considéré comme une forme clinique d'une entité plus globale appelée «syndrome de désadaptation psychomotrice».^{3,4}

Il est important – sur le plan clinique – de savoir faire la différence entre atteinte précoce ou tardive: en effet, dans le cas du syndrome post-chute, les mesures de réadaptation rapidement mises en route sont efficaces et permettent, dans la majeure partie des cas, de retrouver une indépendance à la marche, comme on le voit dans le cas n° 1. Par contre, dans les syndromes de désadaptation psychomotrice d'installation insidieuse et lente, le pronostic fonctionnel est extrêmement réservé, comme l'illustre le cas n° 2.

Cliniquement, le *syndrome post-chute* se définit par l'apparition, dans les jours suivant une chute chez une personne âgée, d'une diminution des activités et de l'autonomie physique, alors que l'examen clinique et, si besoin, le bilan radiologique ne décèlent pas de cause neurologique ou mécanique ou de complication traumatique. Plus généralement, on entend par syndrome post-chute un ensemble de troubles psychologiques de l'équilibre et de la marche observés après une chute.

Ce syndrome apparaît chez environ 15-20% des patients victimes d'une chute.⁵ La peur de tomber qui lui est cons-



tamment associée (*fear of falling*) est responsable d'une réduction des activités, d'une perte d'autonomie et d'un isolement social.^{6,7} Enfin, elle engendre un cercle vicieux redoutable: peur → restriction d'activité → perte d'autonomie → diminution des capacités → nouvelle chute.

Au vu des conséquences gravissimes sur le plan fonctionnel d'un syndrome post-chute non-traité, il est essentiel de savoir reconnaître ce syndrome et d'instaurer, le plus rapidement possible, le traitement adéquat. Celui-ci repose avant tout sur une physiothérapie adaptée, axée sur un travail initial de retournement et passage en position assise au bord du lit, lutte contre la rétropulsion, réactivation des stratégies de posture et apprentissage du relever du sol. Il est important que l'équipe de réadaptation, en particulier les physiothérapeutes, soit familiarisée avec ce type de prise en charge.^{8,9} Une médication antidépressive et anxiolytique est aussi recommandée, sur une base empirique.

Des propositions de prise en charge spécifique ont aussi été publiées pour les équipes soignantes.¹⁰

Parfois, la peur de tomber n'est pas toujours verbalisée, les personnes âgées refusant d'en parler à leur médecin ou à leur proches. Selon la littérature, cette peur affecte jusqu'à 60% des patients âgés.¹¹ Elle représente, en soi, un facteur de risque de chute, y compris pour les personnes qui ne sont jamais tombées.¹² Pour améliorer son dépistage et connaître son intensité, on peut avoir recours au questionnaire FES-I, traduit en français et téléchargeable sur le site Profane (Prevention of falls network Europe).¹³ Le questionnaire est de réalisation aisée et contient des items s'adressant aussi bien aux activités de base de la vie quotidienne, qu'à l'activité physique ou socio-relationnelle du patient. Il a été validé par de nombreuses études.^{14,15}

CONCLUSION

Le syndrome post-chute est une situation fréquemment rencontrée en gériatrie. Considéré actuellement comme une forme clinique du syndrome de désadaptation psychomotrice, il nécessite un diagnostic précoce afin d'entreprendre rapidement les mesures adaptées au recouvrement intégral des capacités antérieures. Celles-ci reposent essentiellement sur une physiothérapie spécifique dont les principes devraient être largement diffusés dans les centres s'occupant de personnes âgées. En cas d'échec, le risque de voir se développer un syndrome régressif majeur est important, caractérisé par des signes psychocomportementaux négatifs, dont le pronostic fonctionnel à moyen terme est très sombre. L'utilisation d'une échelle de dépistage comme le FES-I devrait permettre une meilleure prévention de telles complications. ■

Implications pratiques

- Le syndrome post-chute est très fréquent en gériatrie et affecte près d'un patient sur cinq
- En l'absence de traitement, il peut se compliquer d'un syndrome régressif majeur rendant toute récupération fonctionnelle illusoire
- Le traitement repose essentiellement sur une physiothérapie spécifique
- Le questionnaire FES-I représente actuellement l'outil de dépistage le plus efficace

Bibliographie

- 1 Murphy J, Isaacs B. The post-fall syndrome. A study of 36 elderly patients. *Gerontology* 1982;28:265-70.
- 2 ** Gaudet M, Tavernier B, Mourey F, et al. Le syndrome de régression psychomotrice du vieillard. *Med Hyg* 1986;44:1332-6.
- 3 Pfitzenmyer P, Mourey F. Le «Post-fall syndrome»: une forme clinique du syndrome de désadaptation psychomotrice? *La Lettre de l'ANMSR (Association nationale des médecins spécialistes de rééducation)*, n° 59, 2^e trimestre 2001 (<http://www.anmsr.asso.fr>).
- 4 ** Mourey F, Manchikoundia P, Martin-Arveux I, et al. Psychomotor disadaptation syndrome: A new clinical entity in geriatric patients. *Geriatrics* 2004;59: 20-4.
- 5 Six P. Epidemiologie des Stürzes und der Hüftfraktur. *Schweiz Rundsch Med (Praxis)* 1992;81:1378-82.
- 6 Evitt CP, Quigley PA. Fear of falling in older adults: A guide to its prevalence, risk factors, and consequences. *Rehabil Nurs* 2004;29:207-10.
- 7 Martin FC, Hart D, Spector T, et al. Fear of falling limiting activity in young-old women is associated with reduced functional mobility rather than psychological factors. *Age Ageing* 2005;34:281-7.
- 8 Mourey F, Pfitzenmeyer P. La rééducation du syndrome de l'après-chute chez le sujet âgé. *Kinésithérapie scientifique* 2001;409:23-7.
- 9 Gillis G, Hensinger P, Hoskovec C, et al. Relevé du sol chez les personnes âgées. *Gériatrie pratique* 2007; 2:28-9.
- 10 Pittet M. Le syndrome post-chute: «Quelle honte de me retrouver par terre!». *Soins Infirmiers* 2003;4: 42-5.
- 11 Brouwer BJ, Walker C, Rydahl SJ, et al. Reducing fear of falling in seniors through education and activity programs: A randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51:829-34.
- 12 Bourdissol H, Pin S. Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Saint-Denis: éd. Inpes, 2005.
- 13 <http://www.profane.eu.org>
- 14 Yardley L, Beyer N, Hauer K, et al. Development and initial validation of the Falls efficacy scale-international (FES-I). *Age Ageing* 2005;34:614-9.
- 15 Jorstad EC, Hauer K, Bercker C, et al. Measuring the psychological outcomes of falling: A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:501-10.

* à lire

** à lire absolument