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

« VISage à découvert »
La lettre mensuelle n° 106 – 2012

L'évaluation des troubles de la marche et de l'équilibre au cours des démences légères à modérées

La maladie d'Alzheimer et les syndromes démentiels sont en général associés à une majoration du risque de chute et les troubles de la marche et de l'équilibre sont un motif de consultation fréquent, dans un contexte de chute. Les mécanismes de ces chutes ont été détaillés dans la lettre VISage à découvert n°102 par le Dr Allombert-Blaise. Cette association de troubles moteurs et cognitifs est à l'origine d'une accélération de la perte d'autonomie.
L'origine multifactorielle et les conséquences ont fait l'objet d'articles antérieurs, VISage à découvert n°4 (Les chutes et leurs conséquences), n°13 et 62 (Dénutrition), n°76 (Carence en Vit D), n° 58 (Le syndrome de désadaptation psychomotrice), n° 43 (Stratégie de prévention des chutes).
Nous nous intéressons ici à des recommandations émanant d'un groupe d'experts qui s'est réuni en décembre 2010 à l'initiative du géronto-pôle des pays de la Loire.

Première question : existe-t-il des troubles de la marche et/ou de l'équilibre ?

- **Observer la marche**: posture (inclinaison du tronc, de la tête, position des membres supérieurs), marche (vitesse, symétrie, longueur, largeur, hauteur du pas, régularité, ballant des bras, demi-tour).
- Rechercher des **antécédents de chutes** dans l'année qui vient de s'écouler, car la chute doit être considérée par défaut comme un marqueur de troubles de la marche et/ou de l'équilibre.
- Evaluer la motricité et l'équilibre à l'aide de 2 tests cliniques simples.

Le **test d'appui unipodal** (capacité d'équilibration statique) consiste à se tenir sur un pied sans autre appui. Le test doit être considéré comme anormal lorsque le patient est incapable de rester en appui sur une jambe pendant une durée inférieure ou égale à 5 secondes et/ou lorsqu'il écarte les bras au cours des 5 premières secondes.
Le **test de relevé de chaise 5 fois de suite** (capacité d'équilibration dynamique) consiste à mesurer le temps nécessaire pour se relever d'une chaise sans accoudoir 5 fois de suite aussi vite que possible sans s'aider des bras. Les jambes doivent être tendues à chaque relevé. La performance est mesurée par le temps mis entre la position assise initiale et le retour en position assise après 5 relevés de chaise. Le test doit être considéré comme anormal lorsque le patient le réalise en plus de 15 secondes. (augmentation de 74% du risque de chutes multiples - Buatois S et co . J Am Geriatric Soc, 56(8) :1575-7)

- Parallèlement à cette expertise motrice, une expertise des fonctions cognitives à la recherche d'une atteinte exécutive doit être réalisée à l'aide des 3 épreuves de la BREF (Batterie Rapide d'Efficience Frontale)

Séquences motrices (programmation) :
"Regardez attentivement ce que je fais." L'examinateur, assis en face du patient, exécute trois fois avec sa main gauche la série de Luria (poing – tranche – plat de la main).
"Maintenant, avec votre main droite, faites la même chose, d'abord avec moi et ensuite seul."
L'examinateur exécute la série trois fois avec le patient et dit ensuite:
"Maintenant, faites-le seul. "
6 séries réussies seul: 3 points ; 3 séries réussies seul: 2 points ; 3 séries réussies avec l'examinateur: 1 point ; moins de 3 séries avec l'examinateur: 0 point.
Consignes contradictoires (sensibilité à l'interférence) :
"Tapez deux coups quand j'en tape un."
Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 1-1-1
"Tapez un coup quand j'en tape deux."
Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 2-2-2
Ensuite l'examinateur tape 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2
Aucune erreur: 3 points ; Une ou deux erreurs: 2 points ; Plus de deux erreurs: 1 point ; 4 erreurs consécutives: 0 point
Go – No Go (contrôle inhibiteur):
"Tapez un coup quand je tape un coup." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 1-1-1
"Ne tapez pas quand je tape deux fois." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 2-2-2
Ensuite l'examinateur tape 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2
Aucune erreur: 3 points ; Une ou deux erreurs: 2 points ; Plus de deux erreurs: 1 point ; 4 erreurs consécutives: 0 point
Un score inférieur à 3 à l'une de ces épreuves doit faire considérer l'ensemble du test comme anormal.

Deuxième question : quels examens spécifiques réaliser ?
Si l'un des tests proposés ci-dessus est anormal, poursuivre l'expertise afin de déterminer si le trouble constaté est le résultat d'une **atteinte cognitive** (c'est-à-dire d'une anomalie du contrôle moteur) et/ou d'un **trouble de la motricité**, et/ou d'une **interaction entre ces deux composantes**. Un nombre croissant d'études réalisées chez les personnes âgées, montre des perturbations motrices directement corrélées au degré d'atteinte des fonctions cognitives. Ces perturbations sont en relation avec une désorganisation du contrôle cortical de la marche et de la posture.

- On commencera par un test clinique de marche : **Le Timed « Up and Go »** est un test qui évalue globalement la mobilité de base de la personne âgée. Il consiste à se lever d'une chaise à accoudoir, marcher trois mètres, faire demi-tour et revenir s'asseoir. Une anomalie est retenue si le score est supérieur ou égal à 20 secondes.
- Poursuite de l'évaluation des fonctions cognitives. Si lors de l'évaluation neuropsychologique (consultation mémoire), la totalité des épreuves de la **BREF** permet d'obtenir un score total inférieur à 15 (sur 18), il faut alors retenir une atteinte des fonctions exécutives pouvant entraîner un trouble du contrôle moteur.
- Evaluer l'existence de troubles périphériques neuro-musculo-ostéo-articulaires à l'aide des outils cliniques suivants :
  - Rechercher une **dénutrition** : sont répertoriés ici les éléments qui peuvent être suivis avec le dossier communiquant réseau, perte de **poids** de plus de 10% en 6 mois, IMC inférieur à 21, **albuminémie** inférieure à 35 g/l.
  - **Doser la 25 hydroxyvitamine D** (25OHD3) sérique. La vitamine D a été récemment associée au fonctionnement musculaire et neurologique de la personne âgée. Elle améliore ainsi l'équilibre postural et les capacités de propulsion, mais aussi les fonctions exécutives et la faculté de navigation chez la personne âgée.
  - Evaluer la présence **d'anomalie des pieds** incluant des déformations des orteils et des durillons ; examiner systématiquement le **chaussage** ; mesure de la dorsiflexion des pieds ; évaluation de la **proprioception des membres inférieurs** à l'aide d'un diapason, en le plaçant au niveau de la malléole externe du pied.
- Rechercher un **syndrome dépressif** à l'aide de l'échelle de dépression gériatrique à quatre items (mini GDS).

Troisième question à se poser et prise en charge dans le prochain numéro.

Dr Anne-Marie AMMEUX, gériatre coordinateur, réseau VISage

Lectures:
- de Deker L, Annweiller C, Yvain F, Leroux P, Lermite P, Berrut G, Beauchet O. Troubles de la marche et de l'équilibre de la personne âgée de 65 ans et plus ayant une démence légère à modérée : quelle prise en charge en pratique courante ? Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, vol. 9, n°3 : 269-276, septembre 2011
- Denise STRUBEL, La chute, un révélateur de maladie neurologique du sujet âgé. Réflexions Rhumatologiques n°144, Tome 15 décembre 2011
- Recommandations HAS avril 2009 : Evaluation de la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées

Mercredi 10 octobre 2012
Début de soirée à partir de 19 h 45 autour d'un buffet convivial, suivie à 20 h 30 de la Réunion Pluridisciplinaire de Concertation et de Formation avec pour thème « Maladie de Parkinson et syndromes apparentés chez la personne âgée », par le Docteur Hélène Leclerc, gériatre.