

TROUBLES DE LA MARCHÉ

Le « mal-marchant »

La difficulté de déplacement est le handicap le plus fréquent du vieillard. Ce handicap est souvent évitable.

■ Pourquoi tant de vieillards marchent-ils peu et mal ?

La marche verticale est le propre de l'homme. Ses mécanismes sont complexes. La marche est possible grâce aux informations reçues par le cerveau : vue, vestibule, récepteurs musculaires qui perçoivent la position et les mouvements du corps. La commande motrice n'intervient qu'ensuite. Elle nécessite des muscles capables de répondre de façon coordonnée et des articulations mobiles.

Les troubles de la marche liés à un déficit unique, hémiplégie, Parkinson, compression médullaire, sont les cas simples. L'origine des troubles de la marche est souvent multiple chez le vieillard. La sarcopénie s'accompagne d'une diminution de la proprioception. Elle perturbe la marche, le repos au lit l'aggrave. Les compressions radiculaires, les articulations douloureuses ou instables, les lésions du pied, les troubles de la vision peuvent se conjuguer pour rendre la marche difficile. La perte de la motivation à marcher suffit à confiner le malade au fauteuil de façon irréversible.

Tout trouble de la marche exige un examen clinique à la recherche de la (ou des) cause(s). Du fait de l'origine multifactorielle du trouble, restaurer une des fonctions altérées peut obtenir à la récupération d'une marche suffisante malgré la persistance des autres déficiences.

■ Clinique : une observation minutieuse

Devant un malade qui dit avoir des difficultés ou une impossibilité à marcher :

J'écoute la plainte : est-ce la douleur, la faiblesse musculaire, le déséquilibre, la paralysie, la peur ? Le malade garde-t-il une motivation à marcher ? Comment sont apparus les troubles ? Quels sont les antécédents pathologiques et professionnels (sédentarité ou non) ?

Je regarde marcher le malade. S'il ne peut pas se lever seul, j'observe où réside la difficulté : rétropulsion, impossibilité de soulever ou d'avancer un pied, impossibilité de tenir la jambe rigide à la verticale. Puis je l'aide, soit de façon symbolique : offrir le petit doigt peut suffire à rassurer et à permettre la marche, soit plus efficacement d'un ou deux bras. Marche-t-il seul ou aidé : comment avance-t-il le pied, le soulève-t-il, appuie-t-il, quelle est la longueur du pas, comment s'arrête-t-il, se retourne-t-il ? Peut-il parler en marchant ? Quel est le balancement des bras ?

J'observe les chaussures : c'est souvent un désastre. Ont-elles un talon ? Pantoufles avachies et ballerines sans talon sont des obstacles à la marche, de même mules et babouches ne tenant pas l'arrière du pied.

L'examen neurologique ne s'arrête pas aux réflexes ostéo-tendineux et cutanés plantaires. Il inclut la force musculaire, la sensibilité profonde : sens de position des orteils et sensibilité vibratoire (diapason), la mobilité de la cheville, et sensibilité tactile des orteils (test du filament). Je palpe le pouls, recherche érythrose et œdème déclive. J'observe le trajet saphène et la trophicité cutanée (dermite ocre, ulcères veineux ou artériels).

Les articulations sont-elles douloureuses à la mobilisation ? Pour quelle amplitude ? À l'appui ?

J'examine la musculature : quadriceps, concavité ou convexité de la cuisse, périmètre du mollet. J'apprécie la force des différents muscles contre une résistance.

Le plus pénible est **l'examen des pieds** : cors, excoriations durcies, mycoses, plaies, hygiène. Combien de marches sont rétablies par des soins de pédicurie ? Ne plus avoir mal aux pieds change la marche et la vie.

L'équilibre est examiné : nystagmus, chronométrer le patient assis sur une chaise, le faire se lever, marcher trois mètres, faire demi-tour et revenir s'asseoir (*timed up and go*), station unipodale tenue plus de cinq secondes, test de Romberg avec résistance à la poussée.

Beaucoup de diagnostics sont dès lors évidents. Il apparaît une ou plusieurs causes touchant à la fonction motrice des membres inférieurs : syndrome extrapyramidal, syndrome pyramidal, déficit neurologique périphérique moteur et/ou sensitif, arthrose, artérite, insuffisance veineuse, pieds douloureux. Le traitement de la cause est souvent possible, une rééducation toujours possible et utile. Vous pouvez améliorer la marche chez une large majorité des « mal-marchants ».

En cas de signes neurologiques, le diagnostic peut être plus difficile comme pour un canal rachidien étroit, lombaire, cervical, ou une polyneuropathie idiopathique. L'IRM peut aider au diagnostic, mais la difficulté des décisions thérapeutiques exige d'avoir recours à un neurologue, à un gériatre expert sur ce sujet ou à un médecin rééducateur.

■ Le trouble de la marche doit être mis dans son contexte médical

Y a-t-il déficit cognitif ou syndrome dépressif ? On recherche une majoration des symptômes : le malade marche mieux s'il n'est pas observé, ou surtout quand la famille n'est pas là ? On recherche une psychologie de dépendance et démotivation pour la marche.

- Quels sont les médicaments pris ?
- Qu'est-ce que la personne a déjà tenté pour mieux marcher ? Quel en a été le résultat ?
- Quel est l'état nutritionnel ? Y a-t-il une surcharge pondérale, ou une dénutrition, ou les deux ?
- Quelles sont la volonté et les capacités psychiques, physiques du malade en vue de sa rééducation ?

À la fin de cet examen, je dois savoir si l'objectif de mes propositions doit être de :

- rétablir une marche normale ;
- rétablir une marche suffisante pour les besoins de la vie quotidienne, avec ou sans aide mécanique ;

– rétablir une marche réduite avec aide mécanique, cannes, déambulateur provisoire ou définitif, pour éviter le confinement au fauteuil qui a des conséquences catastrophiques ;

– adapter le malade à un déficit définitif : le fauteuil roulant doit être proposé seulement si la marche devient définitivement impossible.

■ Rechercher les causes souvent intriquées

Les déficits neurologiques irréversibles sont en première ligne, mais ne sont pas les plus fréquents. Parmi eux, les syndromes pyramidaux, où une rééducation peut toujours être bénéfique sauf en cas d'héminégligence, d'hémiplégie flasque, de rétraction irréductible.

L'association de signes neurologiques, de troubles de la marche, de l'équilibre, mictionnels et d'un ralentissement intellectuel doit faire demander une imagerie cérébrale, scanner ou IRM. Cet examen peut montrer des lésions diffuses de la substance blanche, les troubles de la marche seront alors sensibles à la rééducation, soit – plus rarement – une hydrocéphalie à pression normale qui relève du drainage après confirmation par une équipe spécialisée.

L'objectif marche doit être tenu dans les séquelles de thrombose carotidienne.

Les syndromes extrapyramidaux ne sont pas tous dus à une maladie de Parkinson qui est la seule à être accessible au traitement par la L-Dopa.

Les déficits de la sensibilité profonde et du sens de position dans l'espace sont souvent la conséquence réversible de la simple immobilisation. Le malade, incapable de se situer dans l'espace, ne peut se verticaliser, une rétro-pulsion le rejette en arrière. Une rééducation à mener dans un service de rééducation ou de gériatrie est indispensable et permet seule de rétablir une mobilité. Dans les formes légères, l'aide d'un déambulateur qui ramène la position vers l'avant et le port de chaussures à léger talon, qui limitent la rétro-pulsion, facilitent la reprise de la marche.

Les troubles moteurs et/ou sensitifs liés à un canal rachidien étroit entraînent une marche difficile. La rééducation spécialisée ne permet que l'utilisation des capacités restantes.

La motivation du malade à marcher joue un rôle essentiel dans tous ces cas.

La marche est une fonction apprise ; elle peut s'oublier. La maladie d'Alzheimer entraîne une apraxie progressive de la marche qui n'est bientôt

TROUBLES DE LA MARCHÉ

plus possible que par automatisme. Toute mise au repos, lit ou fauteuil, risque de faire perdre cet automatisme : le malade ne sait véritablement plus marcher.

Les facteurs articulaires limitent la marche sans l'empêcher : douleur au démarrage, douleur à la fatigue, puis douleur permanente au moindre mouvement. L'utilisation quotidienne d'AINS trouve vite ses limites chez le malade âgé à la tolérance limitée et aux risques cardio-vasculaires et infectieux permanents. Pourquoi lui imposer à la fois une immobilisation croissante, douloureuse et un risque iatrogène élevé. La pose de prothèse de hanche ou de genou permet de rendre une marche sans douleur, synonyme de qualité de vie. Opéré trop tard, le vieillard immobilisé par la douleur aura perdu les muscles qui auraient permis la rééducation.

Les facteurs vasculaires peuvent être majeurs. L'artérite oblitérante limite la marche, d'abord par les douleurs, puis l'empêche par les lésions ischémiques. Le seul traitement efficace est... la marche, tant qu'elle est possible. Les obstructions des gros vaisseaux sont traitables par angioplastie ou pontage.

Le vieillard peut ne plus marcher par déficit visuel : il n'y a aucune contre indication gériatrique à l'intervention sur une cataracte, si celle-ci est en cause, ce qui est le plus fréquent. La dégénérescence maculaire conserve la vision périphérique et les possibilités d'orientation, alors que son scotome central peut empêcher de voir les obstacles.

Les varices ou les insuffisances veineuses sont un prétexte. Le repos assis aggrave ces troubles. La marche avec des bas de contention est, avec le repos pieds surélevés (position du shérif), le meilleur traitement de l'insuffisance veineuse. Cela vaut la peine de les faire accepter, mais la tolérance est mauvaise en cas d'artérite associée.

La perte musculaire, ou sarcopénie, est un déficit majeur. Elle est la cause la plus fréquente de la perte de la marche. La perte musculaire peut se juger de façon imparfaite par le périmètre brachial et celui du mollet. Elle est parfois évidente : biceps filiformes, cuisse biconcaves, paroi abdominale molle, hernie inguinale.

Des facteurs psychologiques ne sont pas à négliger : celui qui s'ennuie, celui qui préfère être aidé plutôt que de se déplacer perd ses capacités de marche. La perte fonctionnelle peut devenir définitive si la personne accroît sa perte musculaire et perd sa sensibilité stéréospatiale : laisser dans leur fauteuil les vieilles dames privées de stimulation par l'absence de famille ou de professionnels peut les enfoncer dans une « dépendance » sévère et définitive.

ABORD CLINIQUE DU MALADE ÂGÉ

Le vieillard qui réduit son activité de peur d'avoir mal, de se fatiguer ou par paresse de se lever, devient incapable de tout effort, de toute marche, sera confiné au fauteuil. Des rétractions, quand elles deviennent irréductibles, peuvent rendre cette immobilisation définitive. Ce déficit est difficilement régressif. Celui qui marche peu ou mal, ne marchera plus du tout cinq ans après s'il n'est pas traité. Il faut agir tôt.

La diminution des raisons de se déplacer réduit la mobilité, la qualité de vie et l'espérance de vie. Conseiller au vieillard en bonne forme de faire sa marche quotidienne et sa grande ballade hebdomadaire est la meilleure prévention des troubles de la marche. Le confinement de beaucoup de vieillards, parfois favorisé par les aides (portage des repas), est un facteur de dépendance. L'entretien de la marche est indispensable à la qualité de vie du vieillard.

■ Bases cliniques de la thérapie

La décision thérapeutique n'est pas toujours simple. L'avis du rééducateur, du gériatre, du neurologue ou de l'orthophoniste doit être pris selon la cause décelée. Récupérer une marche même limitée assure une autre qualité de vie que le maintien dans un fauteuil.

■ Que dire au malade ?

Les troubles de la marche ne se traitent pas par des pilules. Le malade doit toujours participer activement au traitement, sinon l'échec est certain.

Même quand un geste chirurgical peut être proposé (arthrose), ce geste ne pourra être utile que si il est accompagné de rééducation. La rééducation de la marche peut être pénible, douloureuse. Elle dépend autant de la volonté du malade que de la compétence du kiné.

La crainte des complications de l'immobilisation peut être un moteur efficace pour inciter la personne à coopérer au traitement. Sans cette coopération du patient, le trouble de la marche s'aggrave. Chutes et pathologie de l'immobilisation deviennent le risque.

Le chuteur

Toute chute n'est pas pathologique. La chute en ski d'un octogénaire sportif n'est pas la chute du fauteuil d'un hémiplégique dénutri et vasculaire, à l'os

fragilisé par une algodystrophie, une ostéoporose et une hyperparathyroïdie d'immobilisation associées.

■ La chute vient d'avoir lieu

Il faut :

– reconnaître les conséquences immédiates de la chute. Plaie, fracture, traumatisme crânien, hématome, compressions nerveuses ou musculaires, peuvent exiger des mesures urgentes ;

– reconnaître s'il y a une cause à traiter tout de suite : syncope, comitialité, hypotension, hypoglycémie, vertige, etc. ;

– essayer de connaître les circonstances et le déroulement de la chute par les témoins s'il y en a, par le malade s'il le peut : prémisses, symptômes d'accompagnement, obstacles éventuels ; le malade a-t-il eu une réaction « parachute » dont témoignent une plaie ou une fracture des mains ou de l'avant-bras. Il s'agit dans ce cas d'une « bonne » chute.

Lorsque le malade n'a pas eu de réaction « parachute », on peut constater des lésions des fesses, d'une hanche, de l'épaule, du rachis, du crâne. Dans ces cas, les réflexes d'équilibre ne sont pas intervenus : ce sont les « mauvaises » chutes, a priori sujettes à récurrences.

Pourquoi est-il tombé ? Obstacle non perçu (tapis, marche, chaise, rallonge électrique au sol). Pourquoi l'obstacle n'a-t-il pas été perçu ? Y a-t-il eu malaise, mauvaise vision ou mauvaise interprétation, trouble de l'attention ? Lors d'un malaise, la chute n'est plus le problème principal (sauf si fracture...). En fait, la plupart des chutes se font sans malaise et la plupart des malaises se font sans chute.

■ Enquête multifonctionnelle

Toute chute exige un bilan gériatrique. Les épreuves d'équilibre donnent une idée du risque de nouvelle chute : station debout unipodale tenue plus de cinq secondes, marcher et parler en même temps, se lever et atteindre la porte sans aide, Romberg, résistance à l'anté- et à la rétropulsion, recherche d'un nystagmus. Les capacités de station debout et de marche peuvent varier selon le type de chaussure, l'anxiété ou la mise en confiance... L'important est le constat de l'instabilité de la marche et de la station debout.

L'examen neurologique peut montrer des déficits : syndrome pyramidal ou extrapyramidal, déficit moteur. La sensibilité profonde est à analyser.

ABORD CLINIQUE DU MALADE ÂGÉ

L'examen recherche une stase veineuse, une hypotension orthostatique, un souffle aortique et des souffles sur les vaisseaux du cou. On évalue la musculature, la vision et l'audition, et l'état cognitif par un MMS par exemple (cf. Annexe I p. 169).

À la suite de cet examen, plusieurs facteurs favorisant la chute sont souvent réunis, et il n'est pas facile de déterminer ceux qui ont été en cause.

La cause la plus fréquente des chutes répétées est un état démentiel ou tout autre trouble cognitif. Le malade ne peut faire attention, ne sait pas interpréter ce qu'il voit. Le malade qui ne peut parler et marcher en même temps, qui a des troubles de la mémoire, du jugement, des praxies, est exposé à chuter. Il est d'autant plus voué aux récidives qu'il marche moins, alors que le dément déambulant garde ses automatismes et chute peu.

Parfois, la cause est évidente dès l'étude de la marche : maladie de Parkinson, phobie de la marche avec rétropulsion à la verticalisation, canal lombaire étroit. Les malades neurologiques lucides savent utiliser leurs capacités restantes avec efficacité et chutent peu... si on a pu éviter de les immobiliser et si la rééducation est immédiate après la chute.

Les troubles visuels sont une grande cause de chute. L'obstacle n'a pas été vu ou sa distance mal estimée : mal-voyants par cataracte, dégénérescence maculaire liée à l'âge ou simples porteurs de verres à double foyer qui perturbent l'évaluation des distances au sol. Dans le cas d'une démence, l'obstacle est vu, mais non perçu comme tel. Des mesures simples comme le marquage des bords de marche d'escaliers évitent des chutes graves.

Les troubles de la sensibilité au mouvement et à la position dans l'espace qui accompagnent la sarcopénie sont une autre grande cause de chute. Tout repos est une cause de nouvelle chute ; il aggrave la sarcopénie et avec elle la perte de la sensibilité profonde.

Souvent, il y a à la fois déficit cognitif, musculaire, veineux, trouble de l'équilibre, déficit visuel. La nouvelle chute peut être rendue dangereuse par l'ostéoporose qui accroît le risque de fracture, par une dénutrition avec perte des matelas adipeux protecteurs, par une démence qui rend difficile la rééducation, etc.

■ Après la chute

En l'absence de conséquence immédiate ou de cause à traiter d'urgence, le problème est :

TROUBLES DE LA MARCHÉ

– d'éviter le syndrome postchute. En l'absence de lésion traumatique, la reprise immédiate de la marche est indispensable, avec éventuellement l'aide d'un déambulateur (en cas de rétropulsion). Une rééducation en fonction du trouble est mise en route dès qu'il existe un risque de nouvelle chute. Tout repos au lit risque de rendre le chuteur grabataire. Au besoin, la rééducation se fait en milieu gériatrique (soins de suite gériatriques), si la marche n'est pas assez sûre. Une ordonnance précise de kinésithérapie est indispensable. Elle doit indiquer au kinésithérapeute les troubles en cause et un objectif réalisable ;

– d'éviter les nouvelles chutes, en agissant sur l'environnement : obstacles au domicile, évitement des moyens de transport brutaux (autobus), en supprimant les médicaments pouvant causer des malaises, une faiblesse musculaire, des troubles de la vigilance ou de l'attention ; en agissant sur la musculature : marche rapide quotidienne, gymnastique contre résistance, gymnastique d'assouplissement ;

– d'éviter les conséquences des chutes : apprendre à tomber, apprendre à se relever (avec l'aide du kiné), porter des protecteurs de hanches après toute chute sans réaction « parachute » ou chez tout sujet à risque. Si le chuteur est à la fois dément, ostéoporotique et maigre, le risque de fracture persiste.

Il est utile d'avoir dans votre carnet d'adresses une clinique ou un service d'orthopédie où les soignants sont formés à la prise en soins postopératoire des malades âgés et à celle, plus difficile, des déments. En cas de fracture du col du fémur, cela peut sauver la marche de votre malade et souvent sa vie.

L'arthrosique

Le fatalisme lié aux rhumatismes a changé avec l'apparition des traitements chirurgicaux qui guérissent les arthroses invalidantes et avec l'apparition récente de traitements préventifs. L'arthrose ne relève plus uniquement du dangereux traitement à vie par les AINS.

L'objectif est de soulager la douleur et de rendre sa mobilité au patient. L'immobilité aggrave les conséquences de l'arthrose.

■ La coxarthrose

La coxarthrose se traduit tôt par une limitation douloureuse des mouvements de la hanche au démarrage et à la fatigue. On peut voir le malade garder une position antalgique, cuisse semi-fléchie et boiter en esquivant l'appui du côté douloureux. La mobilisation de la cuisse sur le bassin est douloureuse à l'extension, à la rotation et à la flexion forcée.

La radiographie montre des signes d'arthrose, souvent évoluée : pincement articulaire, ostéophytes, disparition de l'interligne.

La coxarthrose entraîne une limitation de la mobilité qui accentue le surpoids et la perte musculaire. À un stade avancé, le malade a des difficultés à prendre une position assise, la hanche étant bloquée en semi-flexion. Le traitement par AINS ou par injections intra-articulaires de corticoïdes (ces dernières à réserver aux spécialistes), permettent de passer une étape mais ne guérissent jamais l'arthrose. Il faut profiter des périodes de répit pour entretenir la musculature par des mouvements sans appui tels le vélo et la natation. L'évitement d'une prise de poids liée à l'inactivité, la conservation d'une bonne musculature et d'une motivation à marcher participent au succès de l'intervention curative.

La prothèse totale de hanche exécutée par un chirurgien orthopédiste est une intervention bien réglée dont les résultats sont excellents, le soulagement des douleurs immédiat. Aussitôt sa rééducation achevée, le malade demande d'ailleurs le traitement de l'autre hanche en cas d'atteinte bilatérale. La durée de vie des prothèses est aujourd'hui satisfaisante, telle que le vieillard n'aura pas besoin d'en changer.

■ La gonarthrose

Elle est favorisée par les anomalies anatomiques, les traumatismes des ménisques, le surpoids. La gonarthrose peut se voir cliniquement (épanchement synovial) et radiologiquement. Elle gêne la marche, voire l'appui qui peut devenir douloureux et peut confiner le malade au fauteuil.

Une intervention sur la coxarthrose peut révéler une gonarthrose latente lors de la récupération d'une meilleure mobilité. Une intervention sur une fracture du col du fémur raccourcit souvent le membre inférieur, augmente le travail du genou et favorise le développement d'une gonarthrose.

La poussée hyperalgique de la chondrocalcinose ne doit pas être confondue avec la douleur de l'arthrose. L'épisode calmé, le genou redevient

indolore. Le traitement par AINS de la gonarthrose ne modifie pas les lésions du genou.

Les prothèses du genou, malgré leur complexité, sont bien au point. Elles ne peuvent se proposer qu'aux personnes ayant gardé une musculature et suffisamment volontaires pour accepter une rude rééducation postopératoire.

■ Que dire au malade ?

J'expose l'évolution de la maladie, le stade de son cas, les avantages et les risques du traitement médical, ceux du traitement chirurgical. Si le malade est volontaire, tient à sa mobilité, a encore une bonne musculature, n'est pas déprimé et démotivé par la douleur chronique, la polymédication et la limitation de sa marche, je l'adresse tôt au chirurgien orthopédique en qui j'ai confiance. S'il est déjà confiné au domicile, voire au fauteuil, ce sera autant de raisons de l'adresser, mais ce sera plus difficile, le risque est élevé, le résultat moins sûr.

■ Arthroses vertébrales

Le mal au dos est fréquent. Il peut s'agir aussi de tassements vertébraux par ostéoporose, de compressions nerveuses par protrusion discale au niveau cervical et lombaire. Avant d'attribuer les douleurs à l'arthrose, il faut rechercher des antécédents de sciatique, des facteurs d'ostéoporose, des signes de compressions nerveuses, tel le signe de la sonnette pour une séquelle de sciatique.

La radio standard a peu ou pas d'utilité sauf au stade tardif de tassement. C'est l'IRM qui visualise la compression radiculaire ou médullaire au niveau cervical, radiculaire, au niveau lombaire. L'ostéodensitométrie montre l'hypodensité ostéoporotique. C'est rarement l'arthrose vertébrale qui fait mal.

L'ostéoporotique

Les ostéopénies du vieillard ne se résument pas à l'ostéoporose postménopausique. La pauvreté de la clinique avant la fracture n'aide pas le clinicien, mais il est coûteusement aberrant d'attendre celle-ci pour traiter.

■ Une pathologie multifactorielle

On recherche les éléments de risque accru : comparaison du poids actuel avec le poids à 20 ans, nombre d'enfants, musculature (périmètre brachial et du mollet), âge de la ménopause, traitement hormonal (ou non), activités quotidiennes, régime carencé (ou non), pathologies inflammatoires intercurrentes, absence d'exposition solaire, immobilisation. Une diminution de la taille traduit un ou plusieurs tassements vertébraux, donc un stade déjà compliqué. On identifie aussi les personnes à risque faible : femmes à ménopause tardive, actives et ayant un régime alimentaire varié.

L'ostéopénie se voit mal sur les clichés radiologiques même à un stade avancé. L'ostéodensitométrie par absorptiométrie biphotonique (DEXA) permet de mesurer la densité osseuse des corps vertébraux et du col du fémur. Il permet également de connaître la masse musculaire. Fait à la ménopause cet examen permettrait de juger si un traitement de l'ostéoporose serait utile. Réalisé chez les femmes âgées chez qui on soupçonne une fragilité osseuse, il permet une décision thérapeutique sans attendre la fracture. Cet examen n'est pas remboursé en absence de fracture.

■ Des complications évitables

La plus redoutable est la fracture du col du fémur. Elle met en jeu le pronostic fonctionnel de la marche et le pronostic vital chez le vieillard fragile.

Les fractures-tassements vertébraux ne sont pas qu'une cause de douleurs, elles diminuent la capacité respiratoire et peuvent provoquer des compressions de racines nerveuses et diminuer la mobilité.

Les fractures de l'avant-bras traduisent une réaction « parachute », élément favorable.

Les fractures spontanées, provoquées par de simples manipulations ou de simples mouvements, traduisent une ostéopénie sévère, associant ostéoporose et ostéomalacie, ou surviennent sur une maladie de Paget ou des métastases.

Le sarcopénique

■ Un évènement inéluctable, mais une clinique pauvre

La sarcopénie est la diminution physiologique de la masse et de la force musculaire. Le muscle est l'organe qui vieillit le plus tôt : à 60 ans, on a perdu le tiers de sa masse musculaire, même le sportif qui continue un entraînement.

La sarcopénie est accélérée par l'inactivité et l'immobilisation. Tout épisode inflammatoire provoque une perte musculaire massive et rapide : fièvre, infection, chirurgie, cancer, etc.

La perte musculaire peut réduire l'activité quotidienne. Elle aboutit à une perte progressive de la marche qu'il ne faut pas attendre pour la traiter par l'exercice.

■ Conséquences de la sarcopénie

Marche

La perte des fibres musculaires, surtout lorsqu'elle est rapide (alitement, état inflammatoire), s'accompagne d'une perte du sens de position dans l'espace. C'est la cause majeure de la perte de la marche. Le sujet chute avec rétropropulsion. Cela l'amène à une marche réduite dans sa chambre, puis à un syndrome « lit-fauteuil », avec des difficultés croissantes de transferts. Cette situation constitue la principale infirmité des grands vieillards. Une prévention est possible : continuer l'exercice physique, en particulier la marche.

Respiration

L'absence d'effort respiratoire et la perte musculaire physiologique diminuent la capacité du diaphragme de répondre à une augmentation de la demande d'oxygène. La rééducation respiratoire permet de rétablir l'endurance diaphragmatique.

Conséquences digestives

La perte musculaire entraîne des hernies inguinales, crurales et diaphragmatiques par glissement. La perte de la musculature abdominale entraîne des troubles de l'exonération fécale et favorise constipation distale et fécalome.

Conséquences nutritionnelles

Le muscle est la principale réserve nutritionnelle de l'organisme, sa seule réserve en protides et sa réserve en glucides la plus facilement mobilisable, avant les réserves graisseuses. Le sujet sans muscle est un malade sans réserve nutritionnelle. En cas d'augmentation brutale des besoins (infection, stress, etc.), l'organisme ne peut plus consommer ses muscles disparus pour synthétiser les protéines inflammatoires et développer l'hypermétabolisme qui lui permettrait de faire face. Le sujet peut décéder d'une infection curable, de suites opératoires après une intervention « réussie », etc.

Faire des exercices musculaires quotidiens, c'est renforcer les réserves nutritionnelles, ce que ne peut pas faire la seule supplémentation protéique.

■ Clinique

La sarcopénie est évidente devant des biceps non bombants, des cuisses biconcaves, une poignée de main ne résistant pas à la pression. La mesure de la circonférence brachiale et du mollet, matérialise cette sarcopénie à condition de connaître les mesures antérieures.

L'absorptiométrie biphotonique (DEXA), utilisée pour l'ostéodensitométrie, permet de mesurer la masse musculaire. Cette exploration n'est pas passée dans le domaine courant.

Il n'y a pas de mesure de la force musculaire adaptée au patient âgé.

L'appréciation clinique de la musculature, malgré sa subjectivité, doit faire partie de tout examen médical.

■ Attitude face à la sarcopénie et que dire au malade ?

A priori, tout vieillard est sarcopénique. Il n'y a pas de médicament de la sarcopénie. Les tentatives de traitements hormonaux ont été des échecs prévisibles (hormone de croissance ou DHEA par exemple) et n'offrent que des risques d'effets secondaires. Seule, la pratique régulière d'un exercice physique associée à une alimentation équilibrée en réduit l'évolution.

Il faut aussi conseiller de réduire les immobilisations prolongées. Pendant toute affection, les suppléments protéiques sont à conseiller pour limiter la perte musculaire du syndrome inflammatoire, sans l'éviter.

Les difficultés motrices sont le handicap le plus fréquent du vieillard. L'examen pourra mettre en évidence les signes de déficit sensoriel (sensibilité profonde), moteur, d'une perte musculaire (sarcopénie), de lésions articulaires et vasculaires. Souvent, plusieurs mécanismes sont associés. L'examen s'attache à les comprendre. La plupart des troubles de la marche sont palliés si le malade participe à sa rééducation avec motivation.

Il n'est pas de chute banale. Toute chute implique de vérifier l'absence de complication de la chute, telle une fracture, de connaître les conditions de la chute (malaise ou perte de connaissance, obstacle au sol, réaction « parachute » ou non), d'examiner le patient à la recherche des facteurs de risque, souvent multiples, de connaître les médicaments reçus et de supprimer chaque fois que possible ceux pouvant favoriser les chutes, de prévenir l'installation d'un syndrome post-chute et d'une phobie de la marche par une mobilisation immédiate en l'absence de fracture, de prévenir de nouvelles chutes en reconnaissant et en traitant les facteurs de gravité que sont l'ostéoporose, la sarcopénie, la dénutrition.

Les arthroses accablent la vie quotidienne de nombreux vieillards, limitant leur mobilité, les exposant aux risques iatrogènes. Reconnaître tôt les arthroses des articulations des membres inférieurs, hanches et genoux, permet d'offrir des solutions chirurgicales si l'examen clinique en a démontré les chances de succès. Les conditions cliniques disparaissent si on attend trop, par dépression, complications de l'immobilisation, sarcopénie. Les arthroses vertébrales se voient attribuées plus de maux qu'elles n'en sont responsables.

L'ostéoporose est muette avant la fracture. Il faut y penser sans attendre celle-ci. Un faible poids en postpuberté, un quadriceps concave, une alimentation carencée en calcium et vitamine D, une ménopause précoce, des grossesses multiples, une sédentarité, la carence solaire sont autant de facteurs de suspicion.

La sarcopénie est la diminution physiologique de la masse musculaire avec l'avancée en âge. Elle s'accompagne de troubles de la proprioception à un stade avancé et limite la marche notamment chez les très âgés.