



- Gériatrie
- Médecine générale
- Médecine physique & réadaptation
- Neurologie
- ORL
- Rhumatologie

Item n°109

Troubles de la marche et de l'équilibre

« La marche, c'est le mouvement le plus humain : c'est notre équilibre entre la chute et la maîtrise. »,
Docteur Jean-Christophe Rufin

Rang A

Connaître les éléments de l'interrogatoire devant un trouble de la marche

- **Date de début, mode d'installation** (brutal ou progressif), **caractère fluctuant ou permanent**.
- **Nature de la gêne** : douleur (et sa relation avec l'effort), faiblesse, instabilité, petits pas.
- **Retentissement fonctionnel** : chutes, « presque-chutes », perte d'autonomie.
- **Utilisation d'aides techniques** : canne, déambulateur, fauteuil.
- **Traitements médicamenteux et comorbidités** : notamment cardiovasculaires, neurologiques, psychiatriques.
- **Capacités cognitives** et perception de l'entourage, souvent plus fiable que celle du patient.

Connaître les modalités de l'examen d'un patient présentant un trouble de la marche



Prérequis

Le patient est examiné **pieds nus** , dans un **espace dégagé et bien éclairé** .

- Équilibre statique :
 - **Épreuve de Romberg** : yeux ouverts puis fermés, à la recherche d'un déséquilibre (évalue la composante proprioceptive, vestibulaire et visuelle).
 - **Réflexes posturaux** : test de rétropulsion brusque pour évaluer la capacité de redressement.
- Posture : orientation du tronc et de la tête dans les plans sagittal et frontal ; recherche d'un *pisa syndrome* (inclinaison latérale dystonique).
- Marche : observation de l'initiation, de la marche stabilisée et du demi-tour (peut révéler un *freezing*).
 - Évaluation du rythme, de la longueur et de la largeur du pas, du ballant des bras, du polygone de sustentation.
 - Marche funambulesque et épreuve les yeux fermés pour caractériser une ataxie.
- Examen neurologique orienté : recherche de déficit moteur, syndrome pyramidal, cérébelleux, parkinsonien, trouble sensitif profond ou cognitif.
- Examen général : tension artérielle debout et couché, auscultation cardiaque et vasculaire (recherche d'hypotension orthostatique, souvent médicamenteuse).

Connaître les caractéristiques cliniques des principales étiologies des troubles de la marche

1. Origine douloureuse :
 - Claudication intermittente (artérielle ou radiculaire).
 - Boiterie d'évitement antalgique.

- Douleurs myopathiques spécifiques (exemple de la maladie de McArdle).
- 2. Origine ataxique :
 - **Cérébelleuse** : marche ébrieuse, polygone élargi, Romberg multidirectionnel non aggravé à la fermeture des yeux.
 - **Vestibulaire** : vertige rotatoire, vomissements, déviation vers le côté atteint, nystagmus harmonieux (périphérique) ou dysharmonieux (central).
 - **Proprioceptive** : marche talonnante, contact violent du pied au sol, Romberg aggravé yeux fermés, réflexes posturaux normaux.
- 3. Origine centrale :
 - **Hémi-parésie ou hémiplégie spastique** (fauchage).
 - **Paraparésie spastique** (« en ciseaux »).
 - **Causes** : SEP, myélite, compression médullaire, paraparésie héréditaire.
- 4. Origine périphérique : neuropathies périphériques avec steppage.
- 5. À petits pas ou hypokinétique :
 - **Syndrome parkinsonien** : ralentissement, réduction de l'enjambée, *freezing*, chutes postérieures.
 - **Hydrocéphalie chronique de l'adulte (triade d'Adams et Hakim)** : marche à petits pas « aimantée », troubles sphinctériens, syndrome démentiel.
 - **États lacunaires** : marche hypokinétique, instabilité, apraxie à la marche.
 - **Marche précautionneuse/phobie de la chute** : ralentissement anxieux, besoin d'appuis, souvent sans déficit neurologique.
 - **Astasie-abasie** : instabilité à la station debout, rétropulsion, incapacité à marcher malgré l'absence de déficit pyramidal ou parkinsonien

Connaître les modalités du diagnostic de boiterie

- **Boiterie d'esquive** : due à la douleur.
- **Boiterie de salutation** : flexion du tronc en avant pour compenser un déficit d'extension de hanche ou de genou.
- **Boiterie de Trendelenburg** : chute du bassin du côté controlatéral à l'appui par déficit des moyens fessiers.

Connaître la définition de l'astasie-abasie

L'astasie-abasie est caractérisée par une instabilité à la station debout, une rétropulsion, une incapacité à marcher malgré l'absence de déficit pyramidal ou parkinsonien.

Connaître le syndrome post-chute

Le syndrome post-chute est une urgence gériatrique se traduisant, après une chute, par une **sidération motrice et psychique** avec rétropulsion, flexion des genoux, marche talonnante ; anxiété majeure, peur du vide antérieur ; régression psychomotrice et dépendance secondaire ; et risque d'évolution vers le grabat si absence de prise en charge précoce et pluridisciplinaire.

Connaître l'indication et l'intérêt des examens d'imagerie devant un trouble de la marche ou de l'équilibre

- **Urgence si début brutal** : IRM (diffusion) ou scanner/angioscanner du polygone de Willis (AVC).
- **Hors urgence** : IRM pour rechercher une hydrocéphalie chronique, une tumeur, un hématome sous-dural.
- **Dans un syndrome parkinsonien typique** : pas d'imagerie nécessaire.

Citer les principaux examens complémentaires hors imagerie devant un trouble de la marche ou de l'équilibre

- **Autres examens** : électromyogramme, examen audiovestibulaire, analyse quantifiée de la marche.
- **Tests thérapeutiques** : ponction lombaire soustractive (HPN), test dopasensible.

Rang B

Connaître les échelles d'analyse de l'équilibre et de la marche

- Marche lancée pieds nus, épreuve de Romberg, tests posturaux.
- *Get Up and Go test*, test des 6 minutes, *Functional Ambulation Classification (FAC)*.
- Échelle d'équilibre de Berg (mesure standardisée de la stabilité posturale).

Connaître les étiologies de l'astase-abasie

- **Psychogène** : syndrome dépressif, glissement.
- **Secondaire** : apraxie de la marche, ataxie frontale.

Connaître l'étiologie des démarches dandinantes

- Déficit moteur des muscles pelviens.
- Hyperlordose.
- Bascule antérieure du bassin.

Savoir évoquer une étiologie somato-fonctionnelle devant un trouble de la marche et/ou de l'équilibre

Il faut évoquer une étiologie somato-fonctionnelle en cas de début soudain, d'inconstance, de rémission spontanée ou de discordance clinique. On retrouve également une disparition du trouble à la distraction ou sous placebo. Elle est à différencier soigneusement des troubles neurologiques réels.

Reconnaître les principaux troubles de la marche devant un cas vidéo

Des vidéos de référence sont disponibles sur le site du **Collège des Enseignants de Neurologie** (www.cen-neurologie.fr) pour illustrer les principaux troubles de la marche.

À retenir

Les troubles de la marche et de l'équilibre constituent une **porte d'entrée majeure en neurologie** : ils traduisent la complexité du système moteur et la fragilité de son intégration sensorielle. L'approche diagnostique repose sur une **observation clinique rigoureuse** (interrogatoire, posture, marche, Romberg), **une hiérarchisation topographique** (cérébelleuse, vestibulaire, proprioceptive, centrale, périphérique, psychogène), et **l'identification des urgences curables** (AVC, hydrocéphalie, canal lombaire étroit). Chez le sujet âgé, la chute n'est jamais banale : elle signe souvent la rupture d'un équilibre physiologique précaire.