

**MEDECINE PREVENTIVE CHEZ
LES PERSONNES AGEES**
Prévention des pathologies liées
à l'âge

Pr François PUISIEUX
Hôpital les Bateliers
CHU LILLE

On ne vieillit pas tous de la même façon

- Inégalité devant le vieillissement

Facteurs génétiques

Facteurs environnementaux
Hygiène de vie

VIEILLISSEMENT

Maladies liées à l'âge

- La population âgée est caractérisée par sa grande hétérogénéité

Vieillessement(s)

∅ Vieillessement « réussi »



Prévention du vieillissement

∅ Vieillessement « habituel »



Prévention des maladies liées à l'âge

∅ Vieillessement « pathologique »

Prévention du vieillissement

- **Hygiène de vie**
 - Maintenir une activité physique régulière
 - Ne pas fumer
 - Manger équilibré sans excès
- **Pharmacologiques**
 - Hormones
 - Traitement hormonal substitutif de la ménopause
 - GH
 - Mélatonine
 - Androgènes chez l'homme
 - DHEA
 - Anti-oxydants

Hygiène de vie

1. LES PERSONNES AGEES DOIVENT AVOIR UNE ACTIVITE PHYSIQUE REGULIERE

Pendant au moins 30 minutes chaque jour

Diminution de la morbidité cardiovasculaire

Amélioration de la capacité aérobie

Amélioration de la fonction musculaire

Réduction de la perte osseuse liée à l'âge

Réduction du risque de chutes

Préservation du rapport masse maigre / masse grasse et diminution de l'insulinorésistance

Préservation des fonctions cognitives

Diminution de l'incidence de la dépression

Meilleure intégration sociale

2. LES FUMEURS DOIVENT CESSER DE FUMER

Hygiène de vie

3. LA PERSONNE AGEE DOIT AVOIR UNE ALIMENTATION VARIEE ET EQUILIBREE

4. LA DENUTRITION DE LA PERSONNE AGEE DOIT ETRE DEPISTEE ET PREVENUE

Particulièrement chez les personnes âgées fragiles, hospitalisées et/ou vivant en milieu institutionnel

5. LES PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES DOIVENT ETRE

(1) PREVENUES PAR UNE BONNE HYGIENE

(2) DEPISTEEES

(3) TRAITEES

Prévention des pathologies liées à l'âge

- Ø Prévention = ensemble des mesures qui permettent d'éviter l'apparition (prévention primaire), l'aggravation (prévention secondaire) et l'extension (prévention tertiaire) des maladies
- Ø Le dépistage précoce fait partie de la prévention secondaire

Il vaut mieux commencer tôt...

Ø La prévention doit commencer bien avant le troisième âge

Ø Hygiène alimentaire, buccale, physique...

Ø Absence d'intoxication: tabac, alcool, drogues

...mais il n'est jamais trop tard

	2000	2020
A la naissance	Femmes: 82,2 Hommes: 74,6	Femmes: 86,4 Hommes: 77,9
A 60 ans	Femmes: 25,7 Hommes: 20,3	Femmes: 28,4 Hommes: 22,8
A 75 ans	Femmes: 13 Hommes: 10,1	Femmes: 14,9 Hommes: 11,6
A 85 ans	Femmes: 6,5 Hommes: 5,2	Femmes: 7,6 Hommes: 5,9

La prévention est « rentable » chez les sujets à haut risque

- Les objectifs sont évidemment limités chez la personne âgée.
- Mais la mortalité et la morbidité prématurées, la perte d'autonomie peuvent être réduites et la qualité de vie augmentée.
- Beaucoup d'interventions chez la personne âgée ou très âgée ont démontré leur efficacité (parfois plus grande que chez le sujet jeune).
- Les données sont rares chez le plus de 80 ans.

Cœur et Vaisseaux

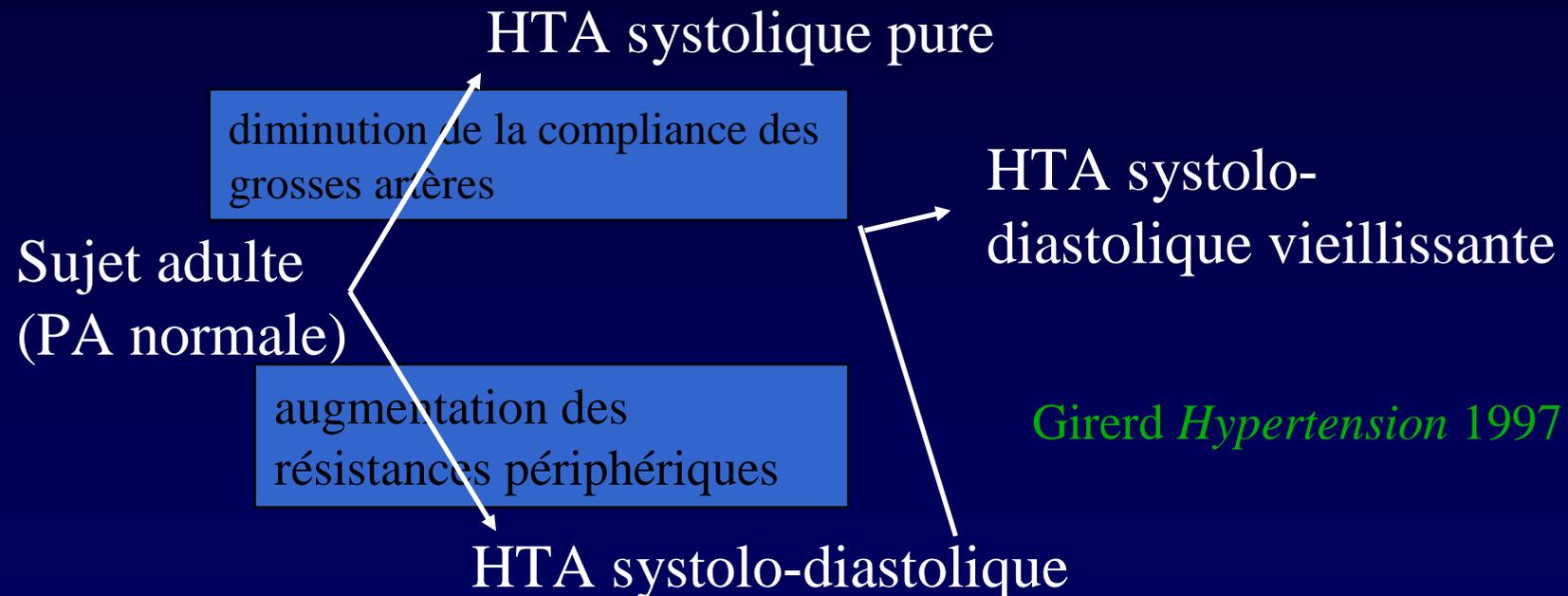
Prévention primaire

1. Les facteurs de risque cardiovasculaire sont les mêmes chez le sujet âgé que chez l'adulte d'âge moyen.
2. Il faut traiter l'HTA systolique ou systolo-diastolique du sujet âgé.
3. La fibrillation auriculaire du sujet âgé justifie habituellement une anticoagulation par AVK
4. En prévention primaire chez les patients à haut risque vasculaire, les statines sont indiqués en cas d'hypercholestérolémie
5. En prévention primaire chez les patients âgé avec au moins un autre FdR vasculaire, les antiagrégants plaquettaires sont indiqués

Prévention secondaire

- Après un IDM
 - Bêta-bloquants
 - IEC
 - Statines
- Dans l'insuffisance coronaire stable
 - Bêta-bloquants
 - IEC (EUROPA)
- Après un AVC ischémique
 - Antiplaquettaire (aspirine, cloprodogel; aspirine + dypiridamole)
 - AVK si FA
 - IEC (PROGRESS)
 - Statine (PROSPER, HPS)

L'HTA du sujet âgé est systolique pure ou systolo-diastolique



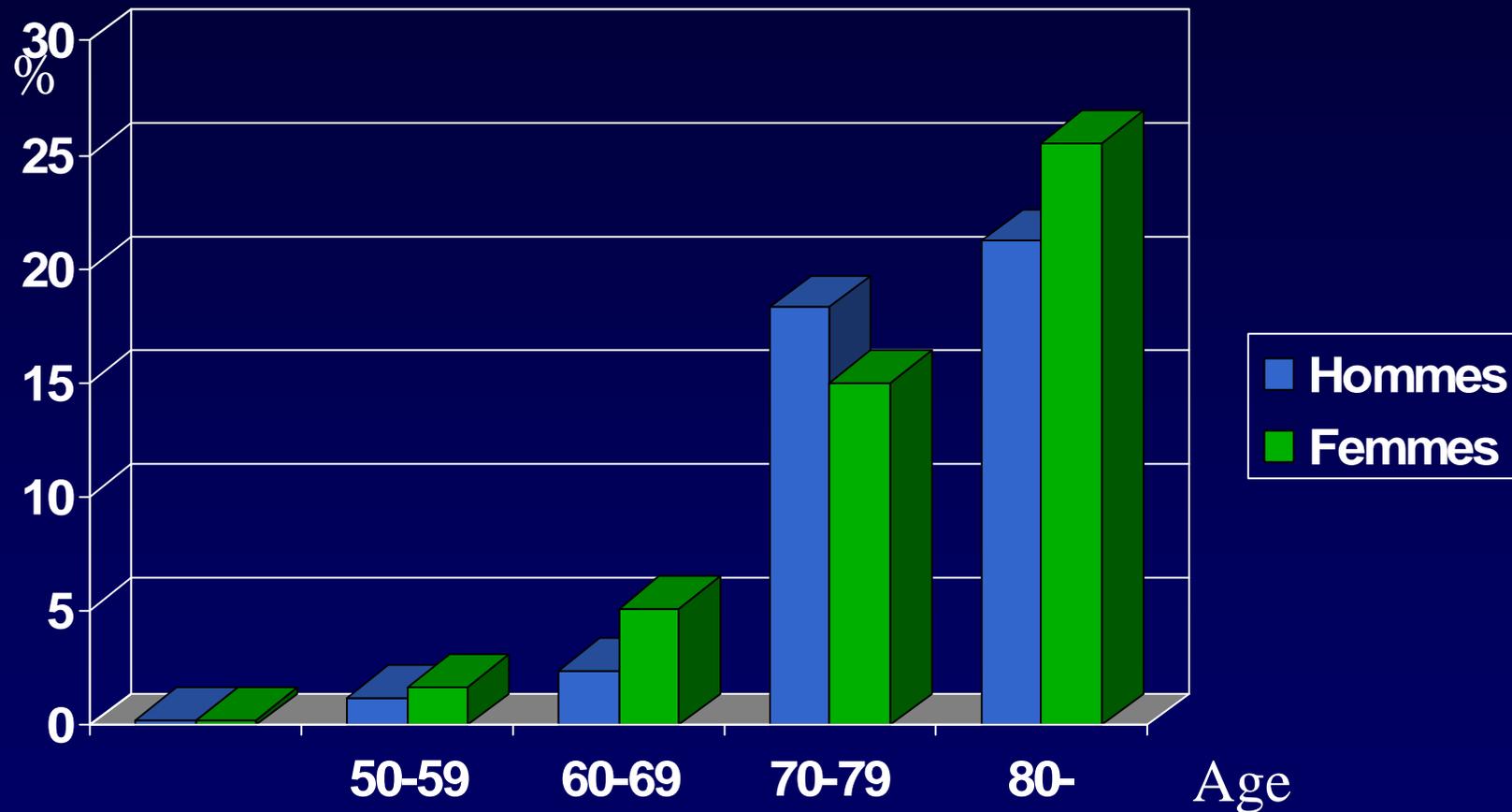
- Physiopathologie des modifications tensionnelles liées à l'âge: rigidité des gros troncs artériels, dysfonction endothéliale, augmentation de la résistance des artères de petit calibre, altération du baroréflexe, apports alimentaires en sodium.

Risque d'évènements cardiovasculaires selon le niveau tensionnel

Incidence pour 1000 personnes	Hommes 65-74 ans	Femmes 65-74 ans
PA normale ($< 140/90$ mmHg)	17.1	8.6
PA limite ($140-160/90-95$ mmHg)	32.7	22.5
HTA ($>160/95$ mmHg)	51.0	35.6

Framingham

Prévalence de l'Hypertension systolique pure ($PAS \geq 160$ et $PAD < 90$)

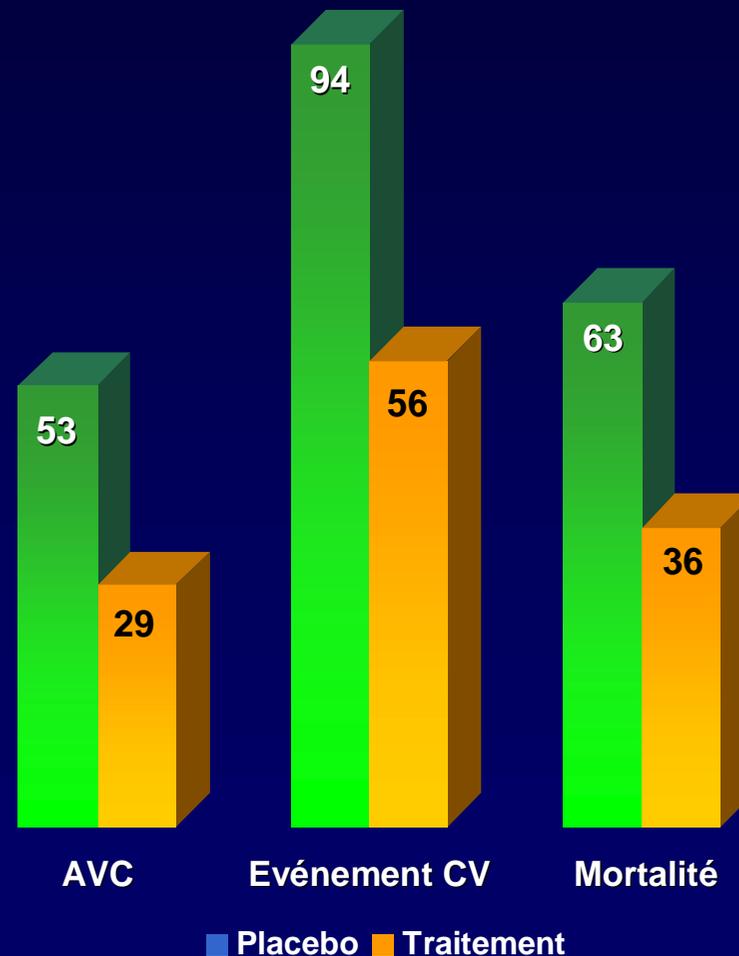


Staessen J Hypertens 1990

Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP hypertension)

Clin Exp Hypertens 1993; 15: 925-939

- 1 627 patients
- Age moyen : 78 ans
- PA 180/110 mmHg
- Bêta-bloquants ou diurétiques/placebo
- Objectifs : PAS < 160 mm Hg ou PAD < 95 mm Hg
- Suivi 25 mois
- RRR AVC 47 %
- RRR tout événement CV 40 %, mortalité 23 %

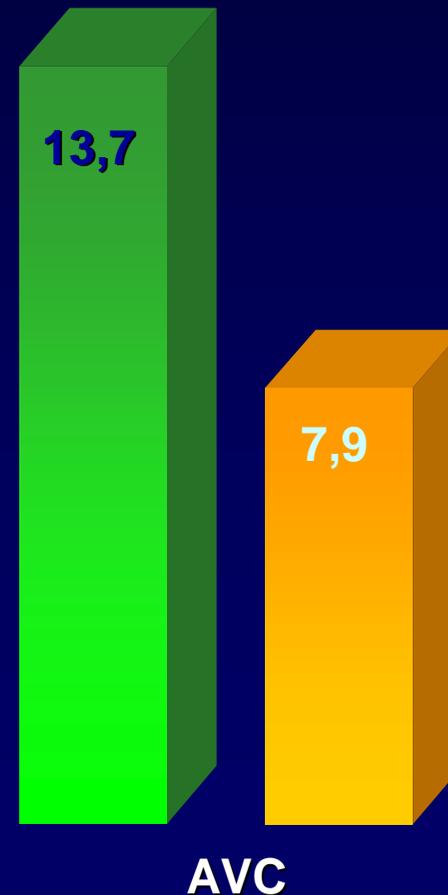


Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur)

Lancet 1997; 350:757-764

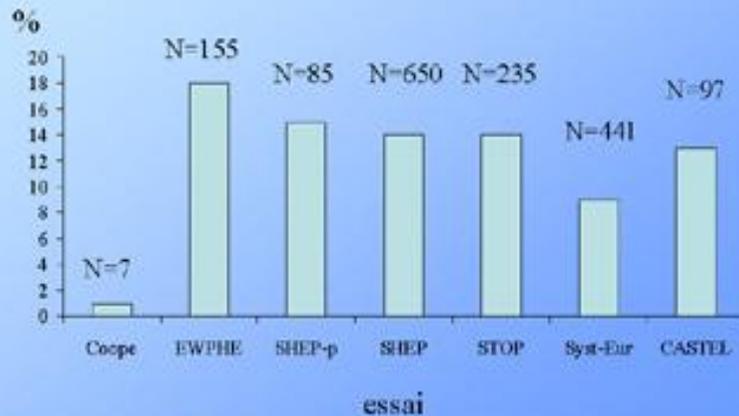
■ Placebo ■ Traitement

- ‡ 4 695 patients > 60 ans
- ‡ PAS 160-219 mmHg; PAD < 95 mmHg
- ‡ Nitrendipine+/-enalapril ou HCTZ/placebo
- ‡ Suivi moyen 2 ans
- ‡ Objectif : réduction de 20 mmHg
- ‡ RRR AVC 42 %
- ‡ Tout événement CV 31 % et mortalité 14% (NS)



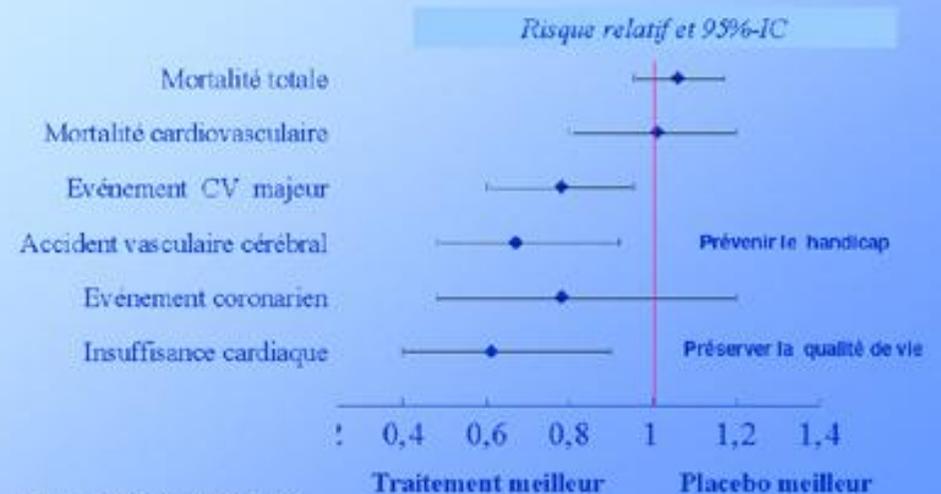
Méta-analyse: HTA du sujet âgé de plus de 80 ans

Proportion de sujets de plus 80 ans dans les essais thérapeutiques de l'hypertension



d'après Guayffler, Lancet 1999

Méta-analyse de l'effet du traitement antihypertenseur chez les hypertendus de 80 ans et +



d'après Guayffler, Lancet 1999

Méta-analyse: HTA systolique

Méta-analyse Staessen - HTA systolique sous-groupes

Nombre de patients à traiter 5 ans pour éviter un événement majeur :

• all patients	15693	26
• 60-69	7920	39
• >70	7773	19
• male	6654	18
• female	9039	38
• ATCD CV -	10845	37
• ATCD CV +	4848	16

Les recommandations de

Fibrillation auriculaire: AVK et aspirine en prévention des AVCi : 16 essais randomisés

Traitement	Essais n=	Participants n=	RR (95% CI)
warfarine/placebo	6	2900	62 (48-72)
aspirine/placebo	6	3119	22 (2-38)
warfarine/aspirine	5	2837	36 (14-52)

Stratification du risque d'AVCi

	Risque élevé	Risque moyen	Risque faible
Atrial Fibrillation investigators (1994)	Age \geq 65 ans ou Atcd d'HTA, de Diabète ou d'AVCi		Age < 65 ans et pas d'autre FdR
American College of Chest Physicians Consensus (1998)	Age > 75 ans ou Atcd d'HTA, d'AVCi ou disf VG ou > 1 FdR modéré	Age entre 65 et 75 ans ou diabète, insuf coronarienne ou hyperthyroïdie	Age < 65 ans et pas d'autre FdR
Stroke Prevention in Atrial Fibrillation (1995)	Femme > 75 ans ou PA sys > 160 ou atcd d'AVCi ou dysf VG	HTA pas d'autre FdR	pas de FdR
SPAF Exploratory Analysis (1999)	Femme > 75 ans ou PA sys > 160 ou atcd d'AVCi ou > 75 ans et HTA	HTA et \leq 75 ans ou diabète pas d'autre FdR	pas de FdR
Incidence des AVC ischémiques	5 à 7,7 % / an	2,6 à 3,6 % / an	0,9 à 1,1 % / an

Bénéfice selon le niveau de risque

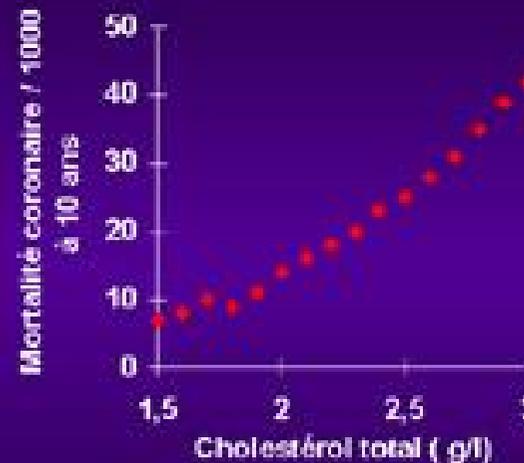
Prévention		Primaire		Secondaire
Risque	Faible	Moyen	Elevé	
Incidence AVCi ss ttt	1% / an	3,5 % / an	6 % / an	12 % / an
Nb AVCi évités / an	(pour 1000 pts traités)			
warfarine / pas de ttt	6	21	36	84
aspirine / pas de ttt	2	7	12	12
warfarine / aspirine	4	14	24	72

Cholestérol et risque cardiovasculaire

Cholestérol et risque vasculaire

L'hypercholestérolémie est le facteur de risque vasculaire le plus puissant

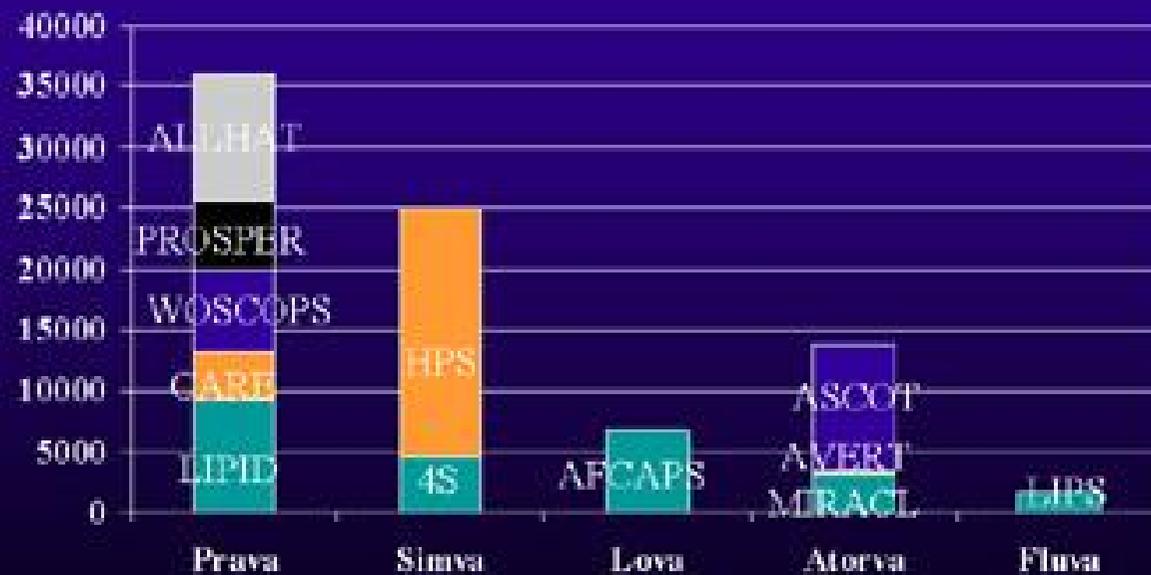
Etude MRFIT
JAMA 1986; 256: 2823-8



Le cholestérol total, mais **plus encore le cholestérol LDL**, sont directement liés à l'incidence des maladies cardiovasculaires.

Etudes avec les statines

Etudes avec les Statines



Pravastatine : VASTEN, ELISOR; Simvastatine : LODALES, ZOCOR

Cholestérol et statines

Comparaison de la réduction relative de risque par les statines en prévention secondaire dans les sous-groupes de sujets âgés analysés a posteriori des essais Care, Lipid, 4S, HPS et de façon prospective dans la population exclusivement âgée de Prosper

Essai	Statine	Âge	<i>n</i>	RRR	<i>p</i>	Critère
Care	pravastatine	65–75 ans	1283	–45%	0,004	Mortalité coronaire
				–39%	0,001	Mal Coronaire fatale ou non
Lipid	pravastatine	65–75 ans	3514	–24%	0,009	Mortalité coronaire
				–24%	0,002	Mal Coronaire fatale ou non
4S	simvastatine	65–70 ans	1021	–43%	0,003	Mortalité coronaire
HPS	simvastatine	> 70 ans	5806	–18%	< 0,05	Évènements cardiovasculaires
Prosper	pravastatine	70–82 ans	5804	–15%	0,014	Évènements cardiovasculaires

Prévention secondaire

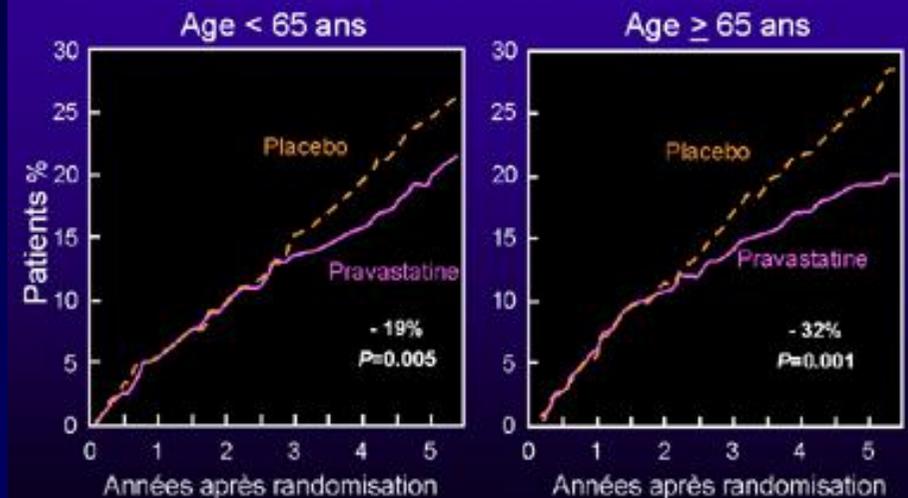
Prévention secondaire et hypercholestérolémie

Etude 4S : analyse a posteriori

	< 65 ans	> 65 ans
Décès coronaire	- 42%	- 43%
Hospitalisation pour cause coronaire	- 31.8%	- 33.1%

Miettinen TA et al. *Circulation*. 1997;96:4211-4218.

CARE : bénéfique selon l'âge



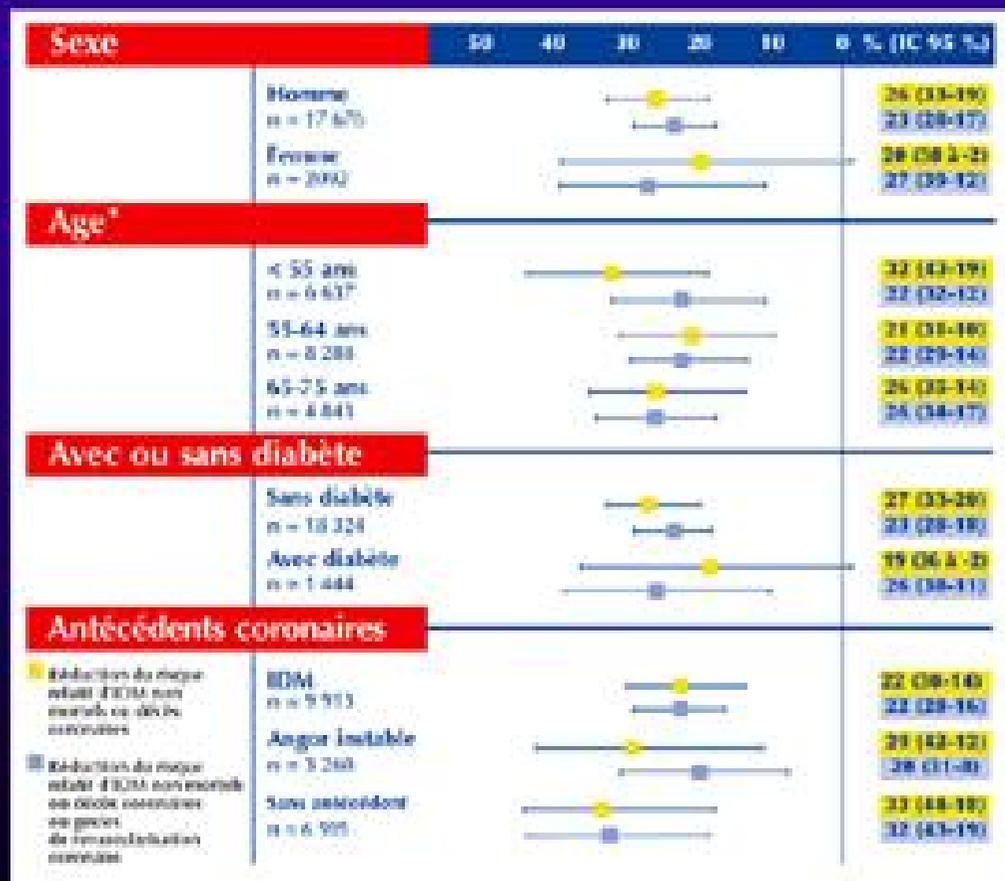
Lewis SJ et al. *Ann Intern Med*. 1998;129:681-689.

Prévention secondaire

Pravastatin Pooling Project

WOSCOPS
CARE
LIPID

n=19768



Réduction du
risque relatif
sous
pravastatine

PROSPER: une étude spécifique du sujet âgé

- Objectif: évaluer l'impact de la pravastatine chez 5804 sujets à haut risque cardiovasculaire (maladie CV ou facteurs de risque), âgés de 70 à 82 ans. Les critères de jugement:
 - morbimortalité coronaire et vasculaire cérébrale
 - qualité de vie avec une recherche particulière d'un impact sur les fonctions cognitives pour quantifier un éventuel effet sur le risque de démence.
- Etude randomisée pravastatine versus placebo

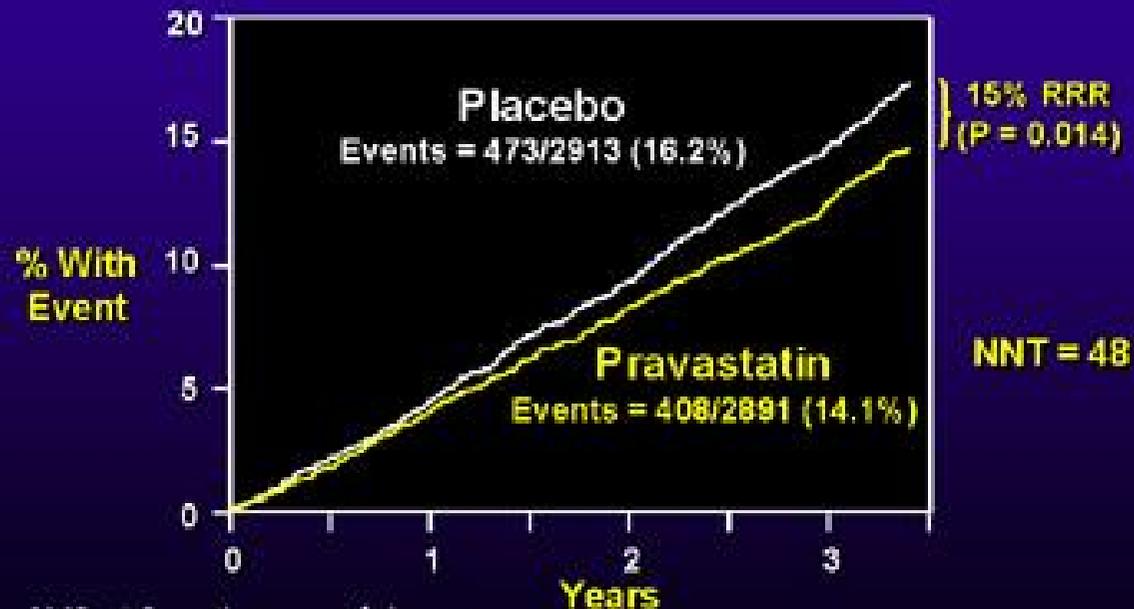
PROSPER: une étude spécifique du sujet âgé

- Résultats:
 - Au terme d'un suivi de 3 ans, la pravastatine réduit significativement de 15% ($p = 0,014$) le risque combiné de mortalité coronaire, d'infarctus non mortel et d'accident vasculaire cérébral mortel ou non (critère principal de l'étude).
 - Le risque coronaire (décès de cause coronaire et infarctus non mortel) est significativement réduit de 19 % ($p = 0,006$)
 - La mortalité coronaire considérée isolément est diminuée de 24 % ($p = 0,043$).
 - À 3 ans, le risque global d'accident vasculaire cérébral n'est pas modifié ($p = 0,81$) tandis qu'il existe une tendance non significative à une réduction du risque d'accident ischémique transitoire (-25% , $p = 0,051$).
 - Il n'y a pas d'effet significatif sur les différents tests d'évaluation des fonctions cognitives.
- L'analyse par sous-groupes selon les niveaux de HDL à l'état basal révèle que le bénéfice n'existe que pour les patients ayant un HDL initial inférieur à 0,40 g/l.
- Enfin, la mortalité totale n'est pas modifiée

PROSPER: une étude spécifique du sujet âgé

Primary Endpoint

CHD death, Nonfatal MI, Fatal or Nonfatal Stroke



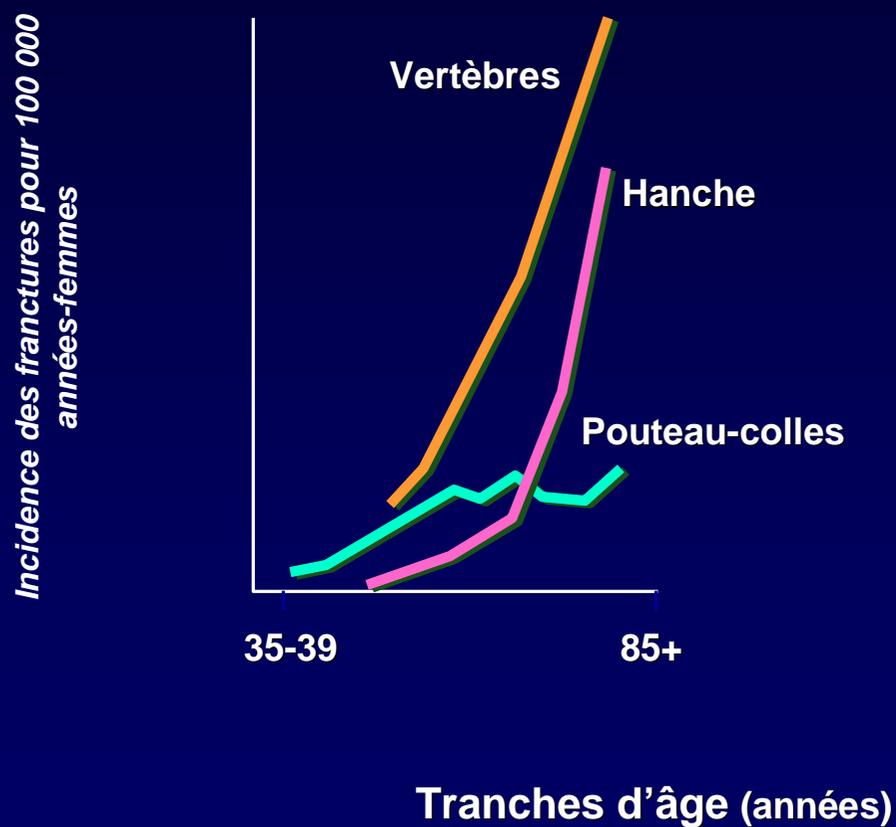
NS sur AVC et fonctions supérieures

PROSPER Study Group. Lancet. 2002; 360:1623-3

Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale

Os, fractures et chutes

Incidence des fractures pour 100 000 années-femmes



Prévenir les fractures

OSTEOPOROSE : DEFINITION OMS

- « L'ostéoporose est définie par une densité minérale osseuse (DMO) au rachis ou au col du fémur à 2.5 écart-type en dessous de la valeur moyenne d'une population normale jeune ou par un antécédent de fracture avec fragilité osseuse indépendamment de la DMO ».

Les traitements

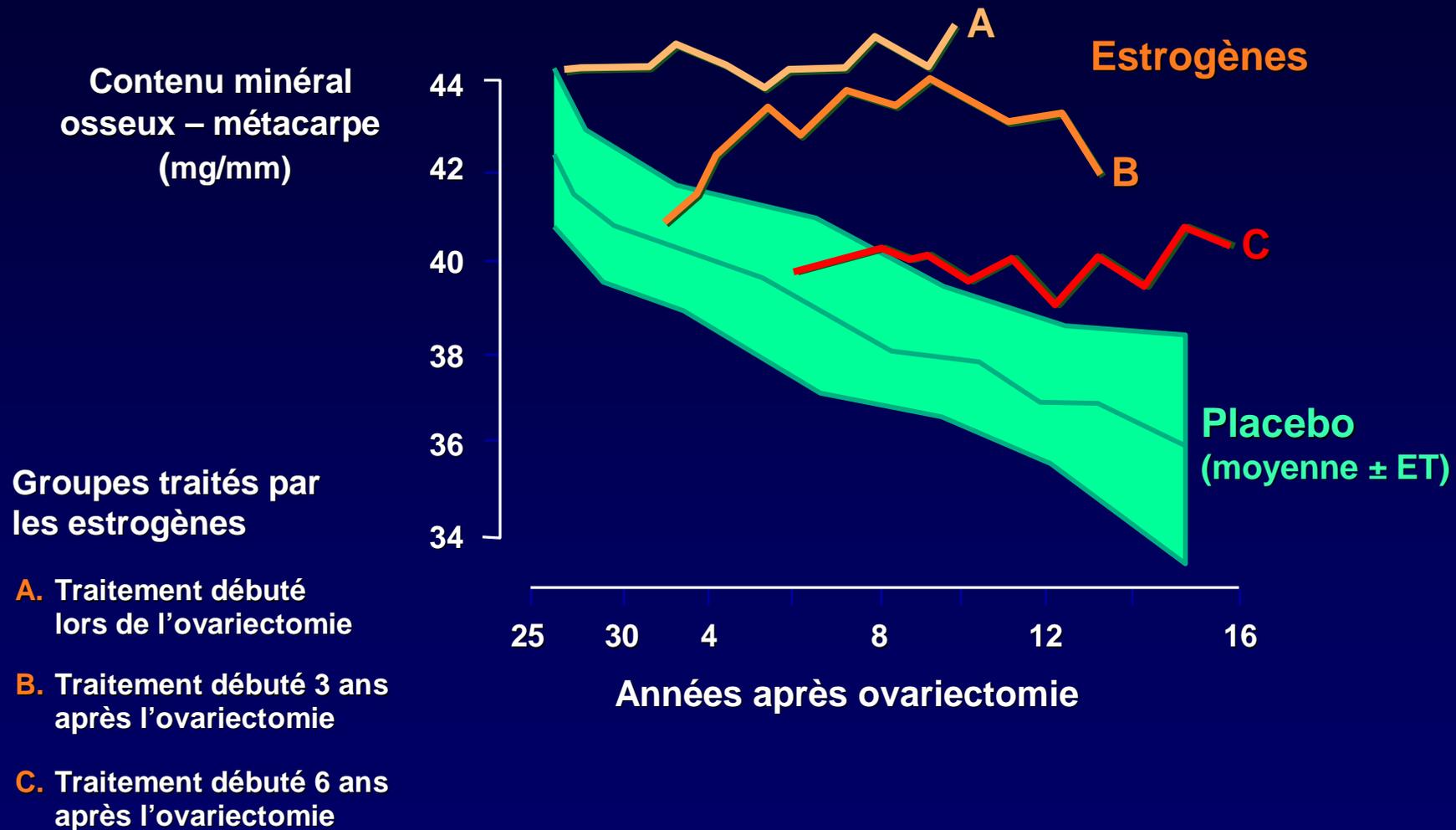
THS (Estrogènes, Progestatifs)

SERM

Bisphosphonates

Ca-Vit D

Effets des estrogènes sur la perte osseuse



ETUDE WHI (Women's Health Initiative Study)

2 groupes de
patientes
ménopausées

(50 - 79 ans)

Recrutées dans 40
centres aux USA

Groupe 1 : Estrogènes Equins Conjugués : 0.625 mg/jour
n = 8506 Medroxy Progestérone Acétate : 2.5 mg/jour
(MPA)

Groupe 2 : Placebo
n = 8102

Objectif principal : Prévention du risque d'apparition d'une maladie coronaire + nombre évalué de cancers invasifs du sein

Index Bénéfice/Risque

Durée prévue pour l'étude : 8 ans

ETUDE WHI (Résultats) (Women's Health Initiative Study)

Evenement Pathologique	RR*	Intervalle de Confiance (95%)	Nombre de cas	Index Bénéfice/Risque	Nouveaux cas pour 10.000 AF **
Maladie Coronarienne	1.29	1.02 – 1.63	286	négatif	+7
Cancer du Sein	1.26	1.00 – 1.59	290	négatif	+8
Accident Vasculaire Cérébral	1.41	1.07 – 1.85	212	négatif	+8
Embolie Pulmonaire	2.13	1.39 – 3.25	101	négatif	+8
Cancer Colo-rectal	0.63	0.43 – 0.92	112	positif	-6
Cancer de l'endomètre	0.83	0.47 – 1.47	47	équivalent	
Fracture de Hanche (Col du Fémur)	0.66	0.45 – 0.98	106	positif	-5
Décès liés à autre cause	0.92	0.74 – 1.14	333	équivalent	
Mortalité totale	0.98	0.82 – 1.18	-	équivalent	
Index Global	1.15	1.03 – 1.28	-	négatif	

* Risque Relatif

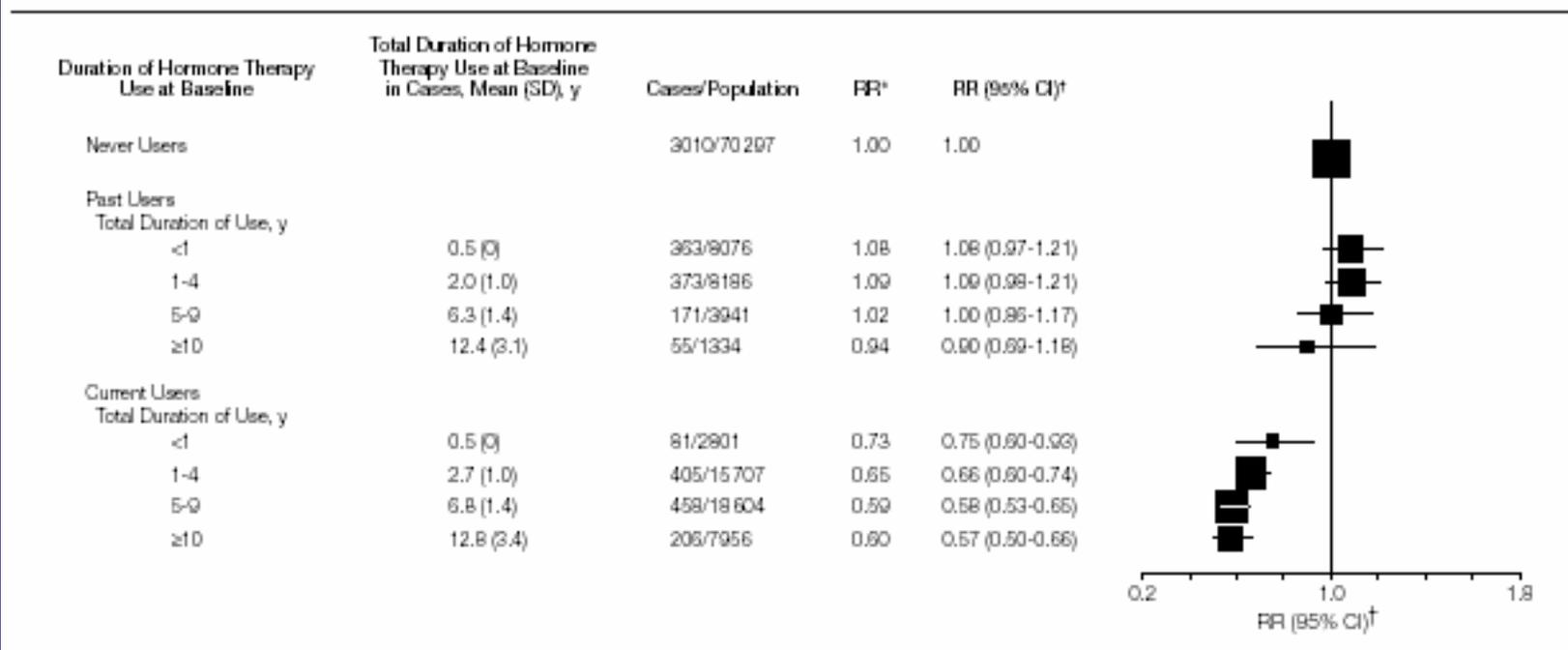
** Année -Femme

D'après : Writing Group for the WHI Investigators. JAMA, 2002, 288(3) : 321-333

Fracture incidence in relation to the pattern of use of hormone therapy in postmenopausal women.

Banks E, et al. JAMA. 2004 May 12;291(18):2212-20.

Figure 2. Relative Risk (RR) of Incident Fracture in Relation to Recency and Duration of Hormone Therapy Use



See the legend to Figure 1 for explanation of the data markers.

*Adjusted for age and region.

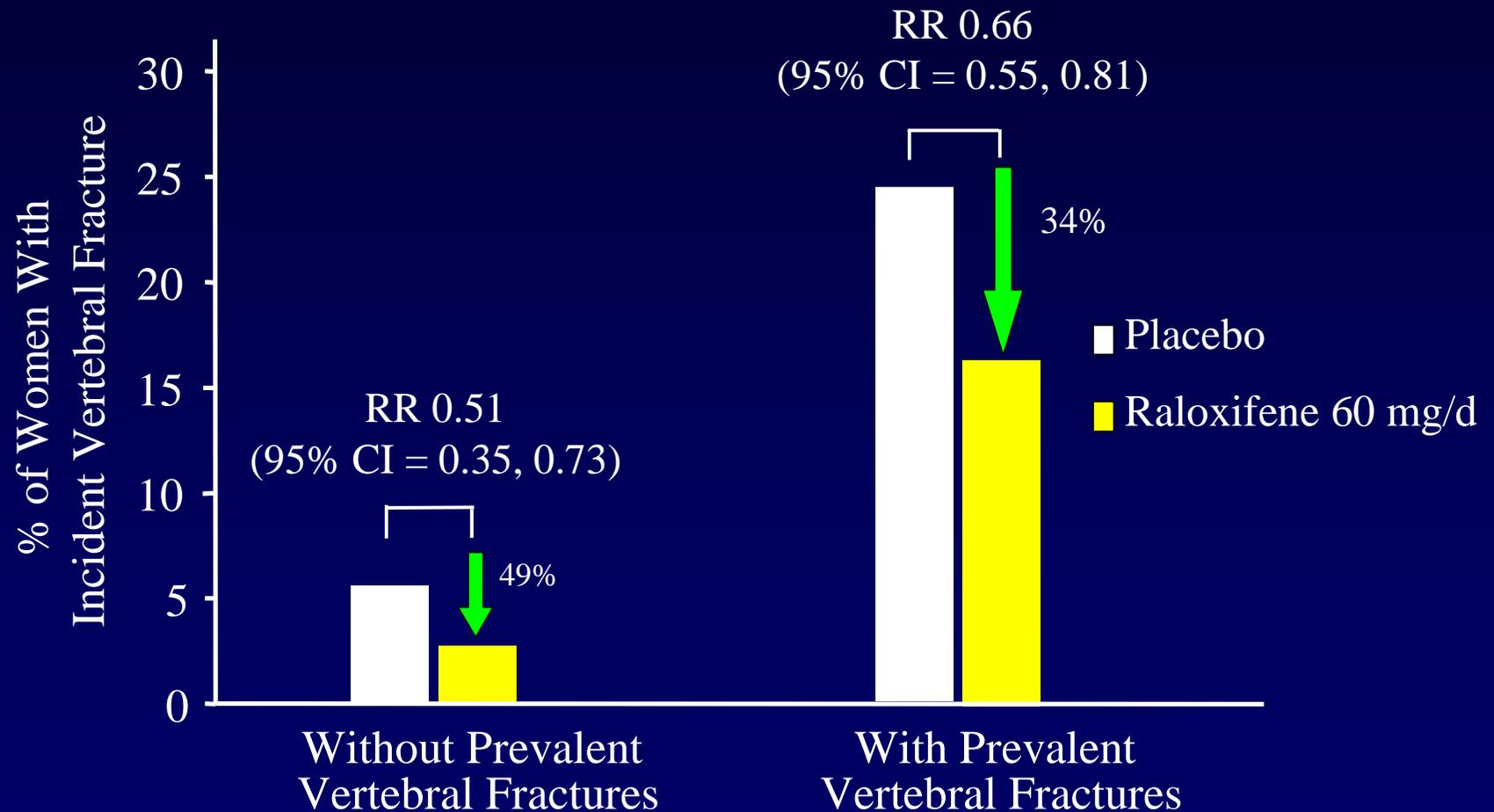
†Adjusted for age, region, socioeconomic status, time since menopause, body mass index, and physical activity.

ETUDE WHI - Conclusions

- Arrêt prématuré de l'étude à 5.2 ans (au lieu de 8 ans)
- Index Bénéfice /Risque au-delà de la limite fixée initialement :
 - Excès d'événements graves dans le groupe THS vs groupe placebo
 - THS Ne Doit Donc Pas Etre Initié ou poursuivi pour la prévention primaire du risque coronarien
 - Remise en question du THS au long cours
 - Choix du THS pour l'obtention du bénéfice osseux (prévention de fracture de hanche) : à discuter
- D'autres thérapeutiques anti-ostéoporotiques sont efficaces sans exposer aux mêmes risques

Effet du raloxifène sur le risque de fracture vertébrale

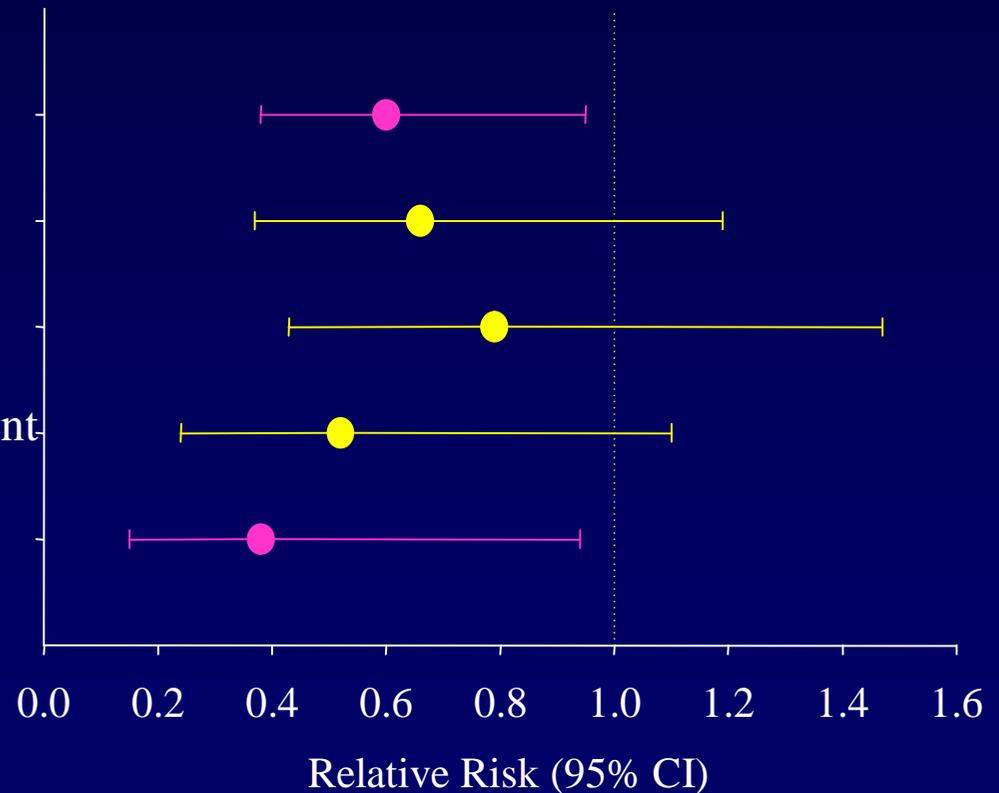
MORE Trial - 4 ans



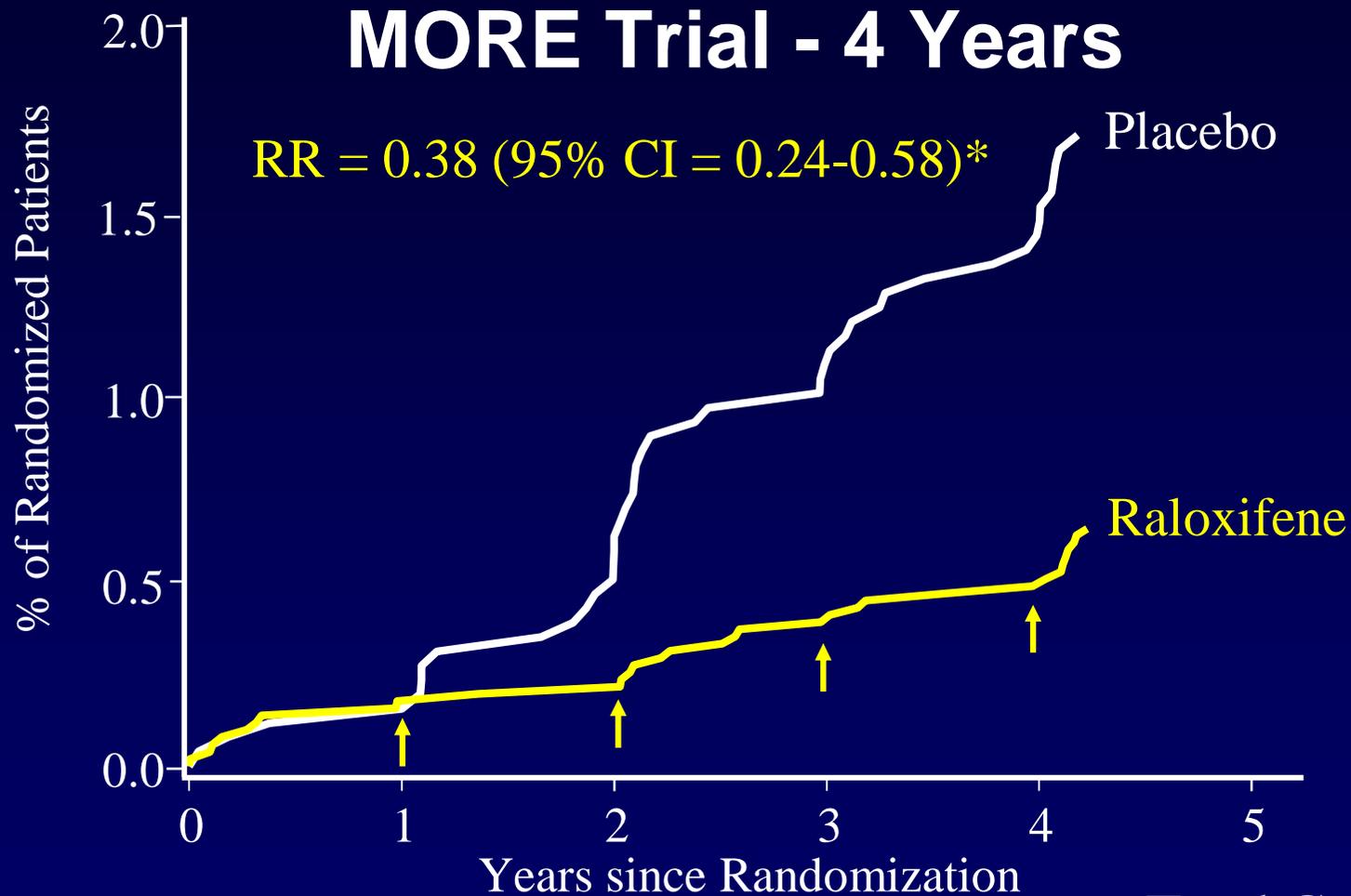
Effet du raloxifène sur le risque cardiovasculaire

High-Risk Women – Raloxifene 60 mg/d

No. of Events		
Placebo	RLX 60 mg	
N=317	N=359	
41	28	Any CV event
24	18	Any coronary event
20	18	Coronary death/MI/UA
17	10	Any cerebrovascular event
14	6	Any stroke



Effect of Raloxifene on Breast Cancer Incidence



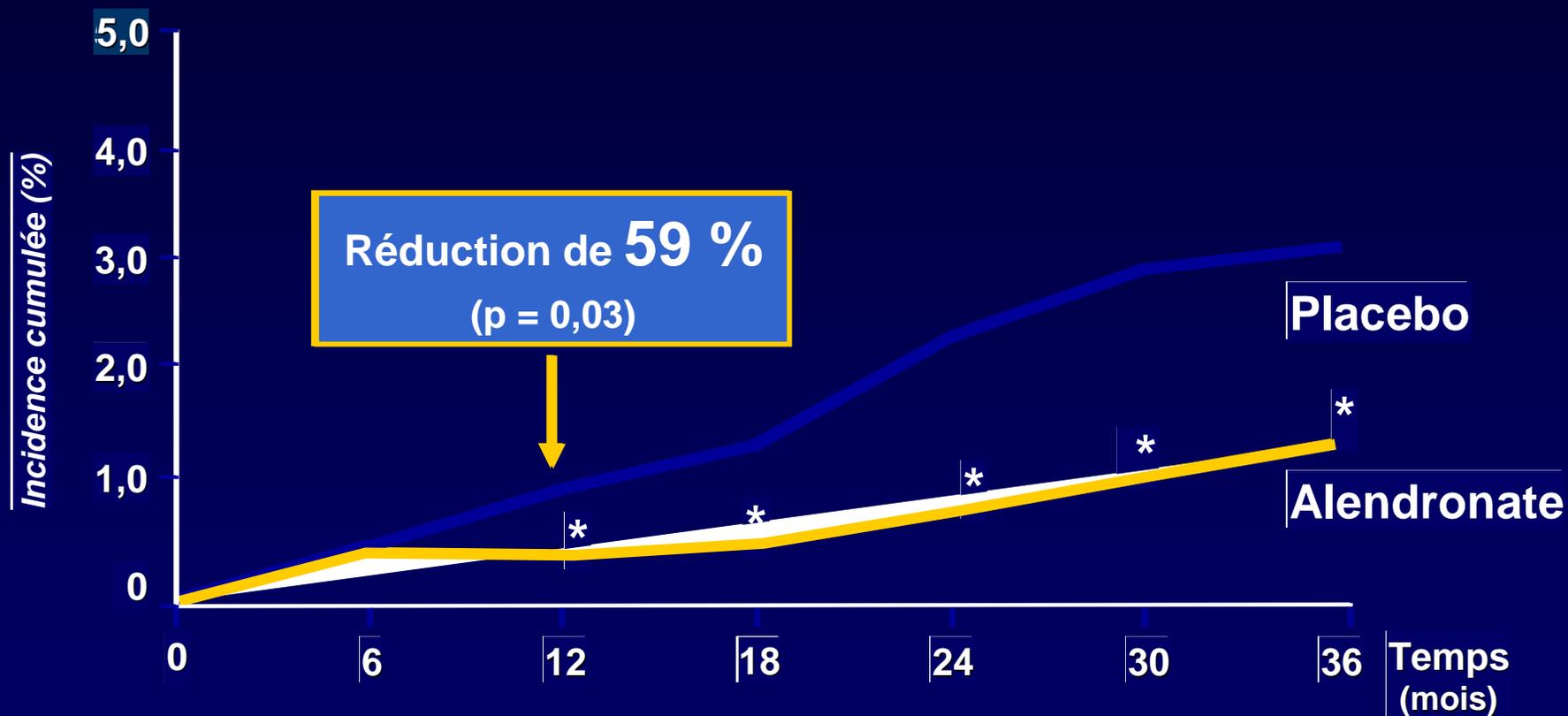
Arrow denotes annual mammogram

Total Cases = 77

Cauley J, et al. *Breast Cancer Res Treatment*. 2001;65:125-34

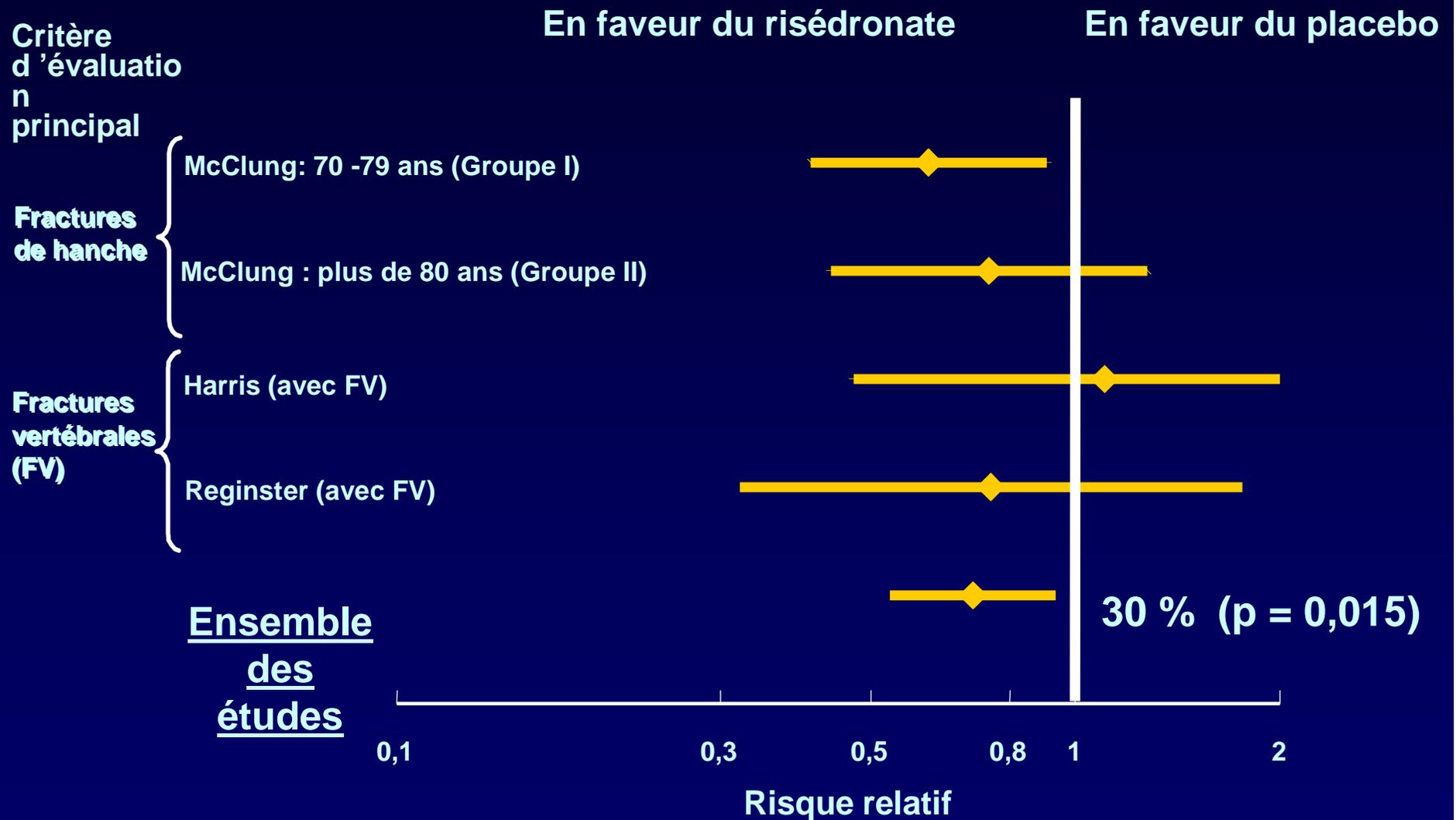
* $P < .001$

Effet de l'Alendronate (FIT) sur le risque de tassement vertébral



* Significativement différent du placebo

Effet du risédronate sur le risque de fracture de hanche



Analyse d'homogénéité : p = 0,440

Traitements de l'ostéoporose

| **CALCIUM - VITAMINE D combinés :**



antifracturaire chez les patientes institutionnalisées carencées

Prévenir les Chutes: étape Diagnostic

Action

Plus ou moins à risque

Facteurs de risque individuels (intrinsèques)

- § Conséquences du vieillissement
- § Pathologies chroniques
- § Facteurs précipitants :
 - § Pathologies aiguës
 - § Facteurs médicamenteux

Facteurs de risque environnementaux (extrinsèques)

CHUTE

Les Etudes de Prévention

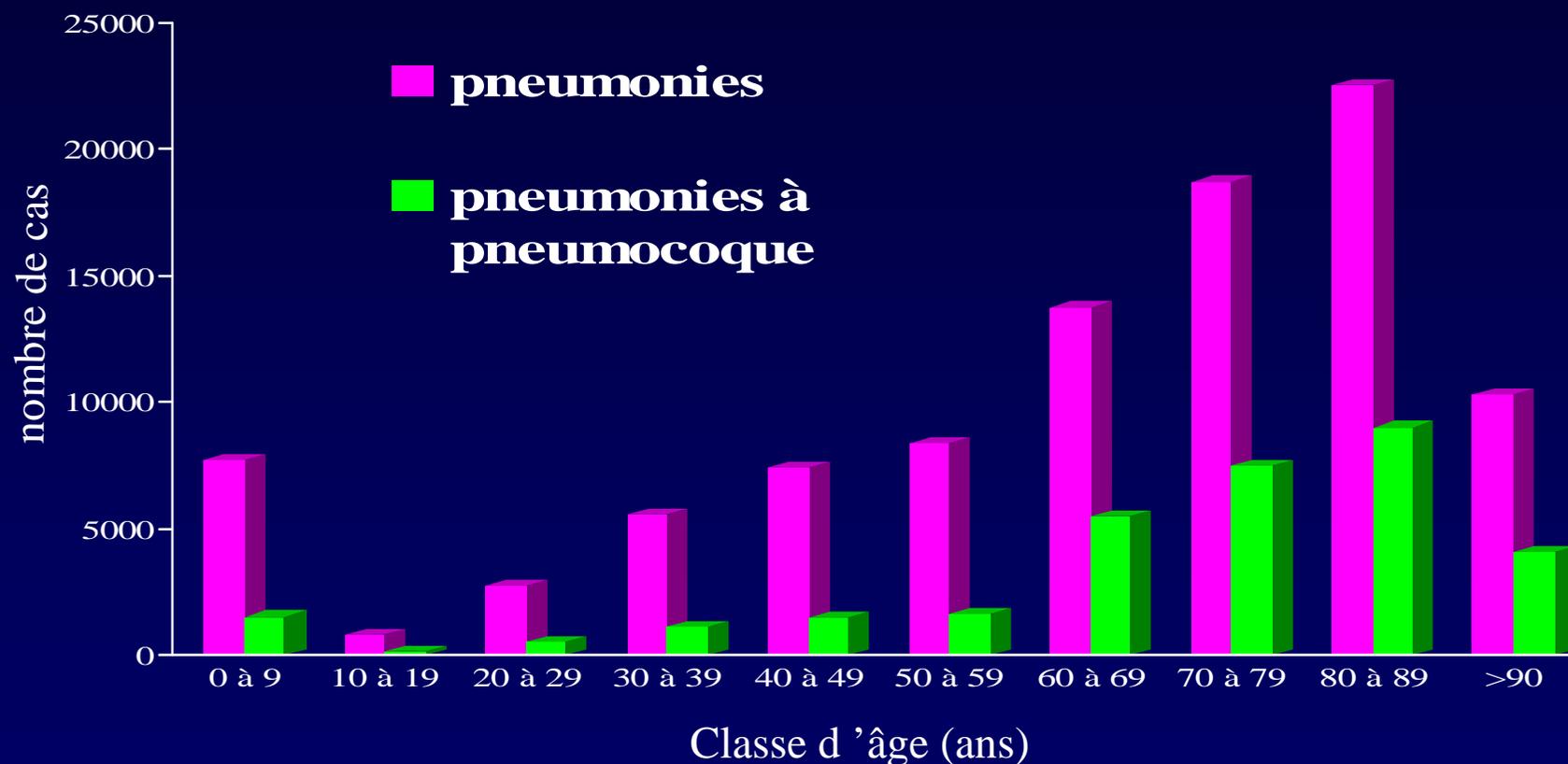
- Prévention de la chute (prévention primaire, secondaire, tertiaire)
 - Tinetti et al. *N Engl J Med* 1994
 - Close et al. *Lancet* 1999
 - Méta-analyse de la FICSIT *JAMA* 1995
 - Méta-analyse Cochrane 1997: "Les programmes qui ont fait preuve d'efficacité sont ceux qui comprennent un diagnostic des facteurs de risque et proposent une intervention comprenant la réduction des facteurs de risque et un aménagement de l'environnement"
- Prévention des conséquences
 - Prévention et traitement de l'ostéoporose
 - Protecteurs de hanche

Pathologie infectieuse

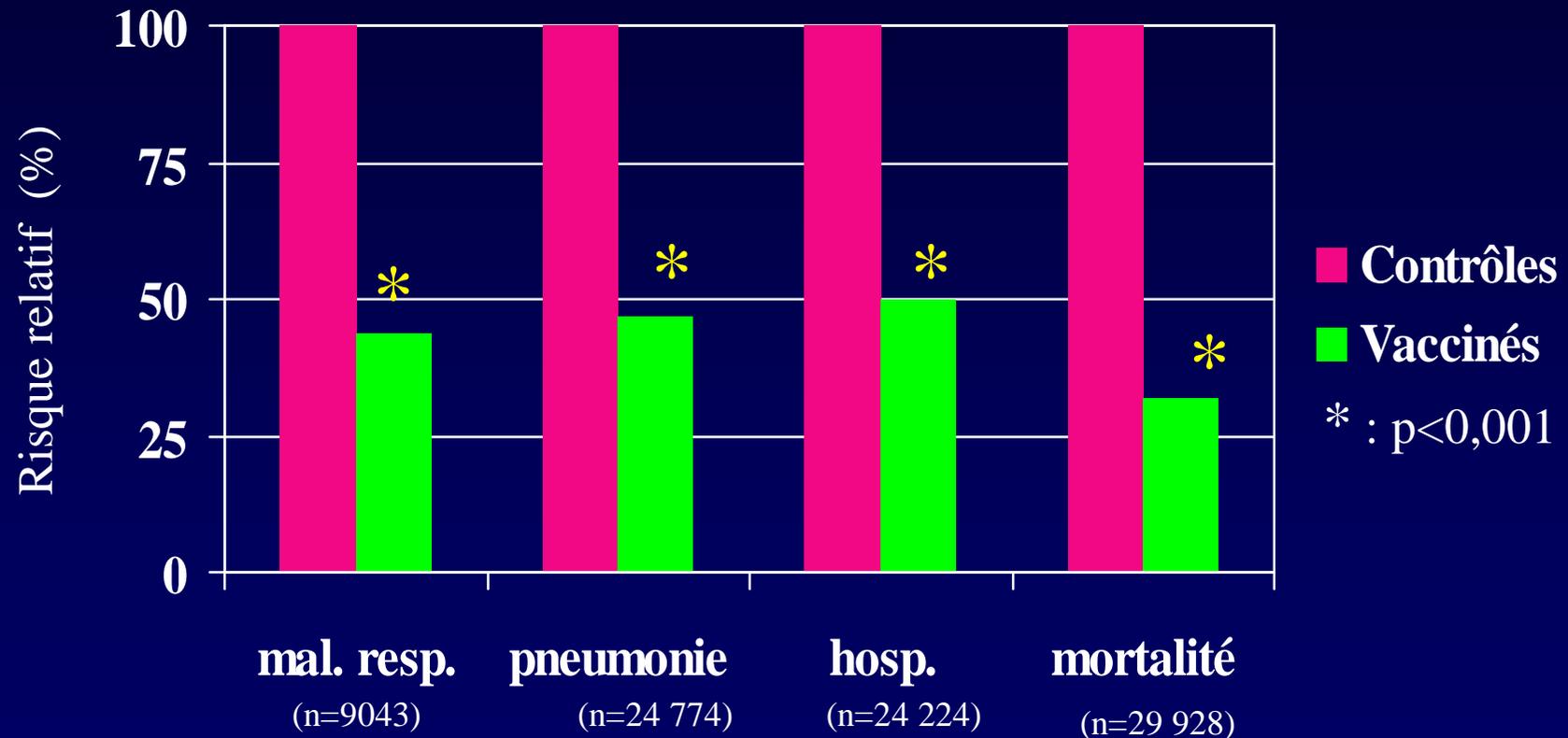
Grippe, pneumocoque, tétanos...

1. **LES PERSONNES AGEES DOIVENT ETRE VACCINEES CHAQUE ANNEE CONTRE LA GRIPPE**
2. **LES PERSONNES AGEES DOIVENT ETRE VACCINEES CONTRE LE PNEUMOCOQUE**, particulièrement celles qui vivent en institution ou les sujets immunocompétents fragilisés: diabète, insuffisance cardiaque, pathologie respiratoire chronique, maladie neurologique, vasculaire ou dégénérative, dénutrition
3. **LES PERSONNES AGEES DOIVENT ETRE VACCINEES CONTRE LE TETANOS, LA POLIO ET LA DIPHTERIE**

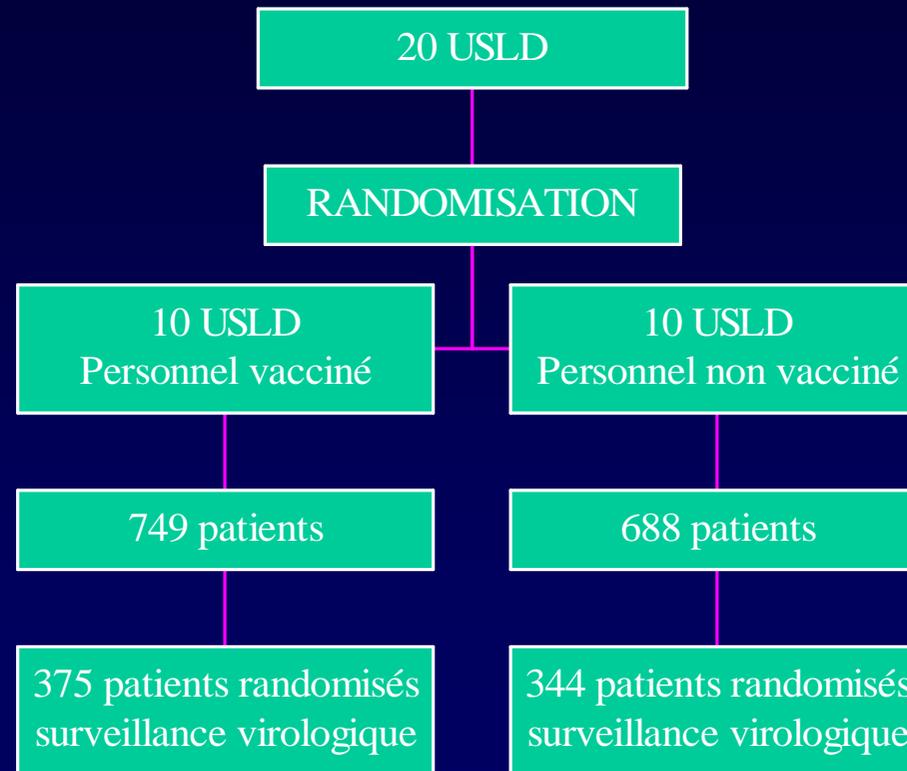
Nombre de cas de pneumonies hospitalisées en France en fonction de l'âge des patients



Efficacité de la vaccination grippale : une méta-analyse de 20 études de cohortes chez le sujet âgé



Essai randomisé sur la vaccination du personnel en unités de soins de longue durée (USLD)



Influence de la vaccination grippale du personnel soignant sur la mortalité des personnes âgées en institution

	Institutions proposant la vaccination aux soignants	Institutions ne proposant pas la vaccination aux soignants
Résidents (n)	749	688
Age moyen	82 ans	82,5 ans
Résidents vaccinés	6,4%	4,8%
Soignants vaccinés	50,9%	4,8%
Décès*	102 (13,6%)	154 (22,4%)

*OR = 0,58 [IC 95% : 0,4-0,84 ; p = 0,014]

Efficacité de la vaccination pneumococcique en gériatrie

- Etude en France chez les 1686 patients âgés en institution (74 ± 4 ans) dans 24 hôpitaux gériatriques et 26 maisons de retraite.
- Vaccination pneumococcique allouée par tirage au sort
- Pneumonies de toutes causes : 7/937 dans le groupe vacciné contre 27/749 dans le groupe non vacciné, indiquant une efficacité vaccinale de 77% (IC95 : 51-89).

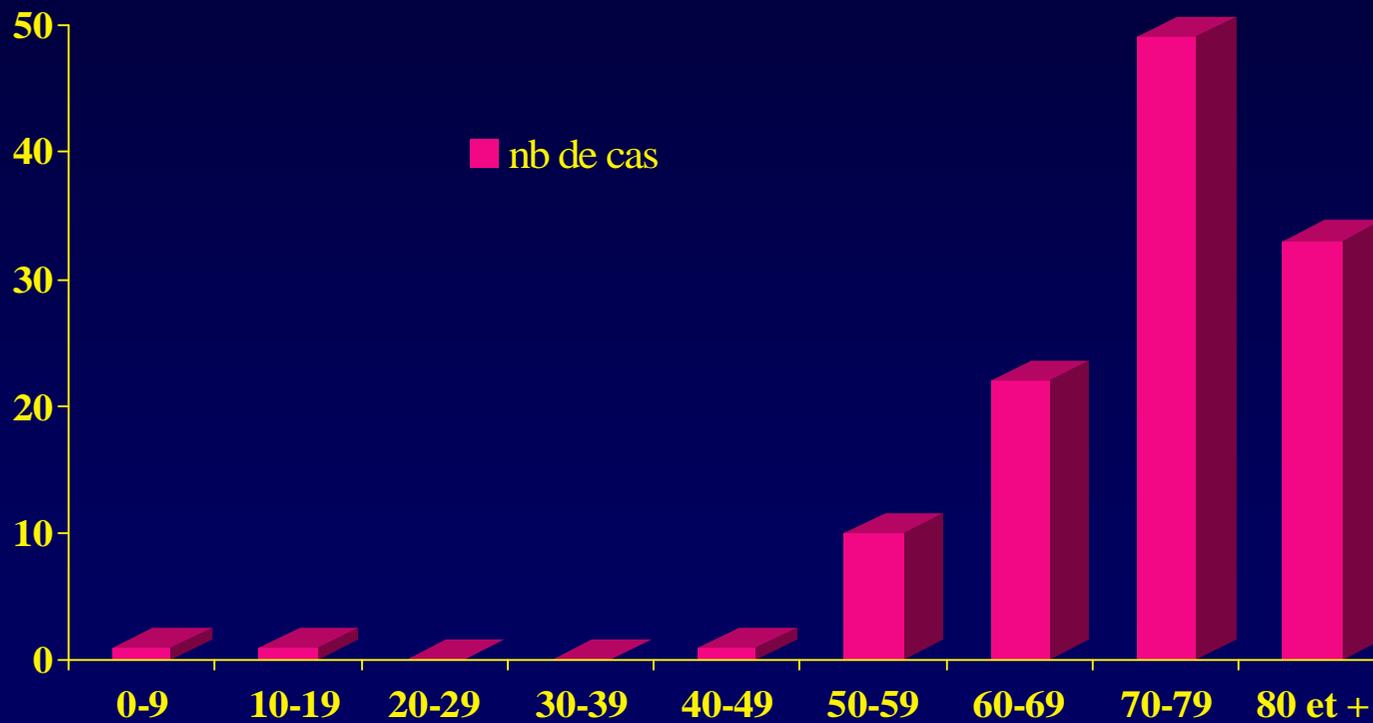
Résultats d'une campagne de vaccination couplée pneumocoque-grippe chez les 260 000 sujets de 65 ans et + de la région de Stockholm

Incidence pour 100 000 ha/an

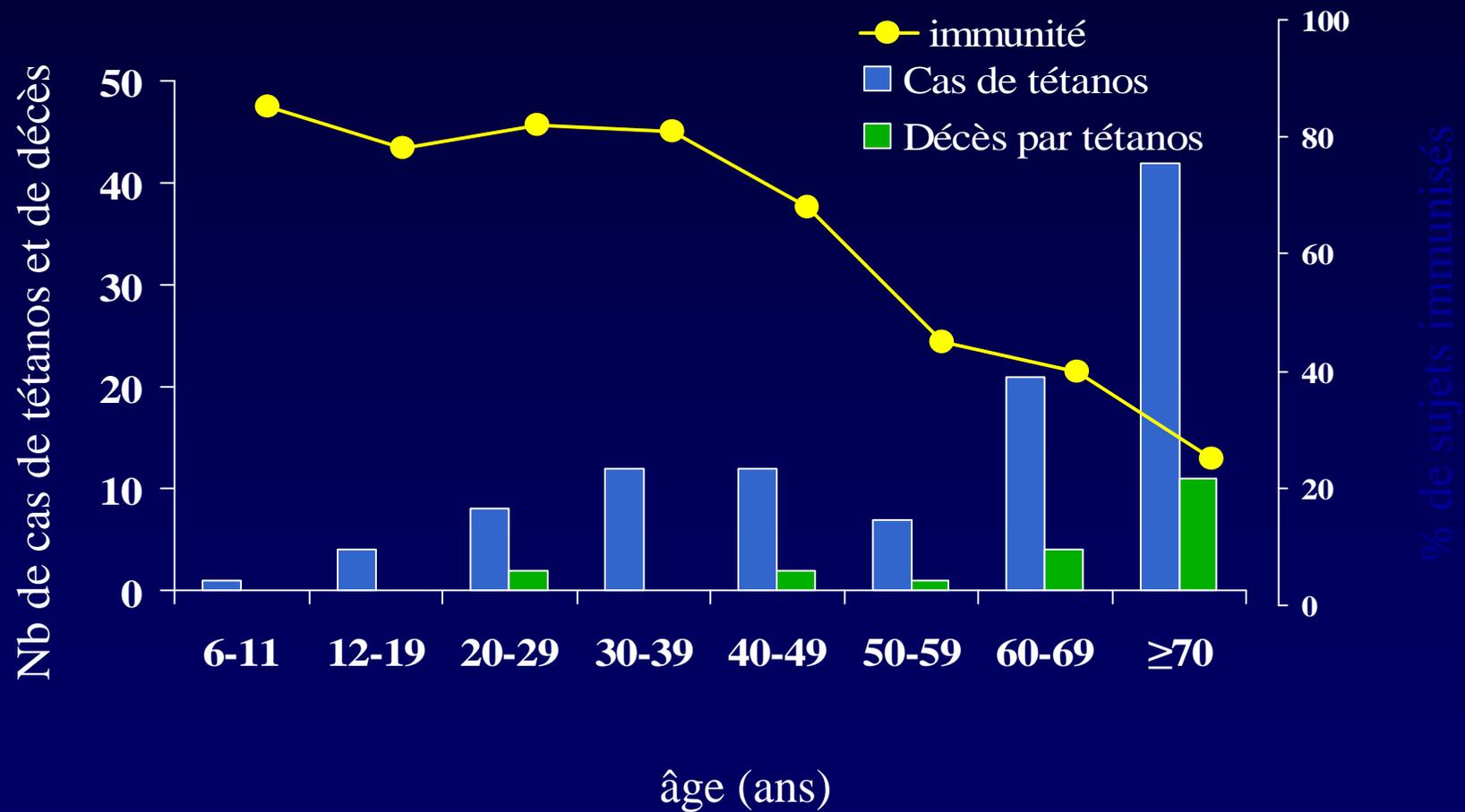
	Vaccinés	Non vaccinés	Diminution du risque relatif d'hospitalisation
Pneumonies	2199	3097	29 % (24-34)
Pneumonies à pneumocoques	64	100	36 % (3-58)
Infections invasives à pneumocoques	20	41	52 % (1-77)

D'après Christenson B et al, Lancet 2001;357:1008-11

Cas de tétanos en fonction de l'âge en France 1993-1995



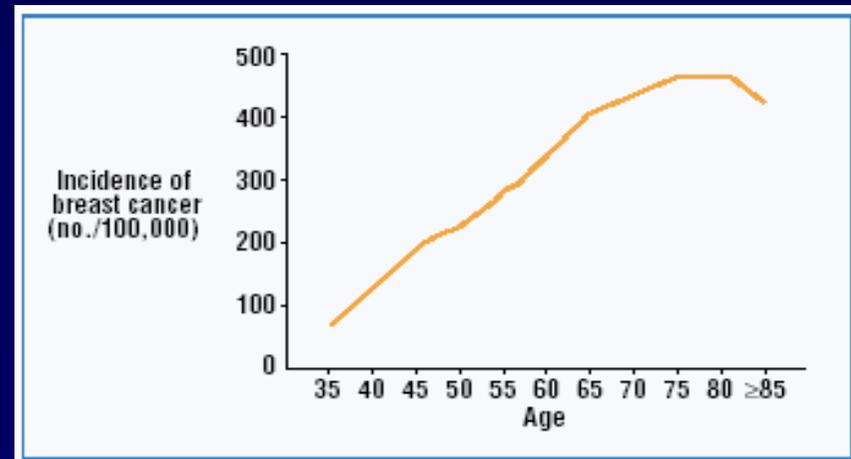
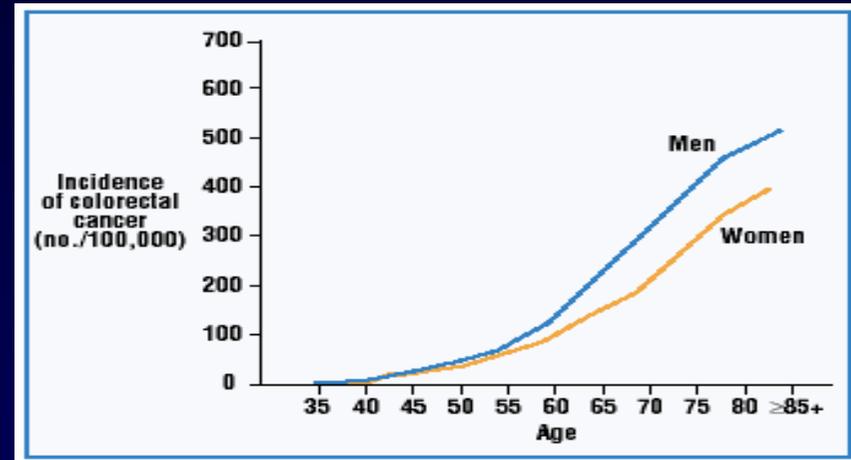
Séroprévalence, morbidité et mortalité liées au tétanos, en fonction de l'âge



Cancers

Dépistage

- La prévalence de la majorité des cancers augmente avec l'âge
- La Valeur Prédicative Positive des tests de dépistage augmente aussi avec l'âge



Sein, col utérin, peau

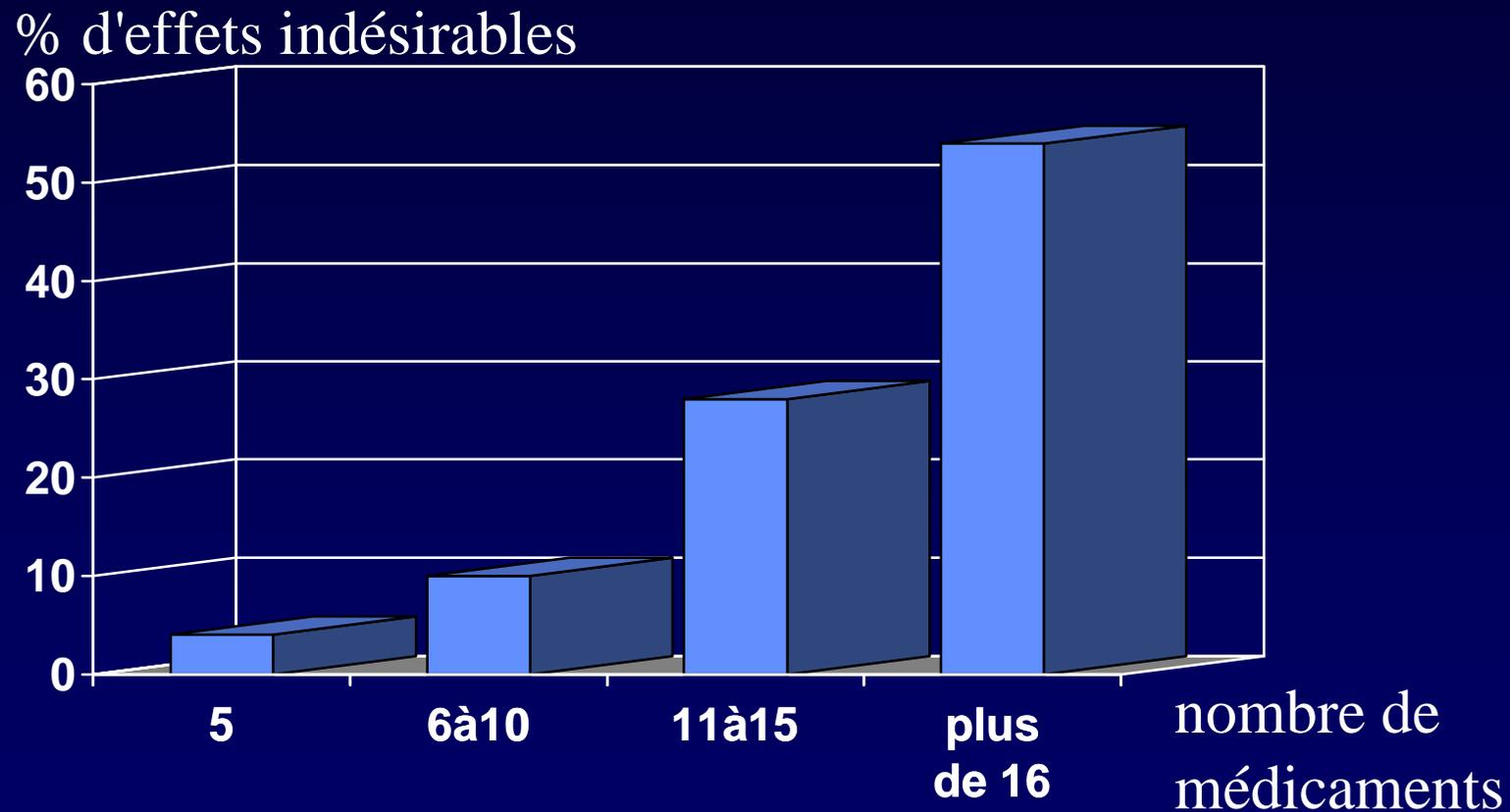
- **IL FAUT POURSUIVRE LE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DU CANCER DU SEIN ET DU COL UTERIN JUSQU'A 70 ANS**
 - Sein
 - Dépistage clinique annuel + mammographie 1-2 ans de 50 à 75 ans
 - Dépistage clinique annuel +/- mammographie 1-3 ans de 75 à 85 ans
 - Col utérin
 - Dépistage clinique + frottis tous les 2 à 3 ans jusqu'à 70 ans
 - Il ne serait pas nécessaire de poursuivre au delà si trois résultats négatifs.
- **LA RECHERCHE D'UN CANCER CUTANE PAR L'EXAMEN CLINIQUE DOIT ETRE ANNUELLE**

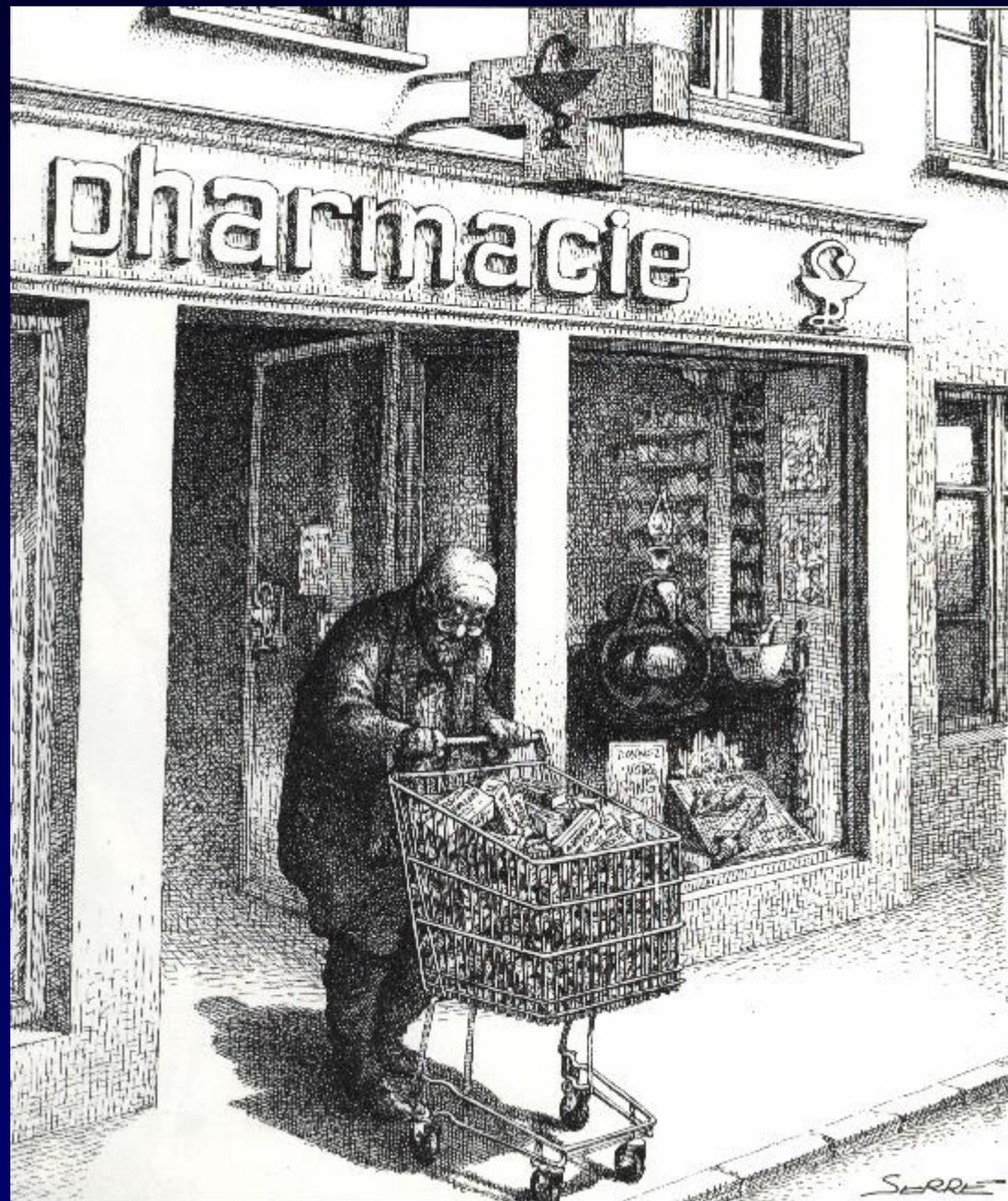
Colon, prostate

- **IL FAUT FAIRE UN DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DU CANCER DU COLON CHEZ LES MOINS DE 85 ANS**
 - Par le toucher rectal
 - Par des sigmoïdoscopies systématiques tous les 3-5 ou 10 ans
Mais acceptabilité?? (ou alternative : 1 seule colonoscopie à 65 ans?)
 - Par la recherche de sang dans les selles (Hemoccult) 1 fois par an entre 50 et 80 ans
- **IL FAUT FAIRE UN DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DU CANCER DE LA PROSTATE CHEZ L'HOMME ENTRE 50 et 70 ANS** (toucher rectal, PSA)
- **POUMON, OVAIRE, ESTOMAC = Rien n'est démontré**

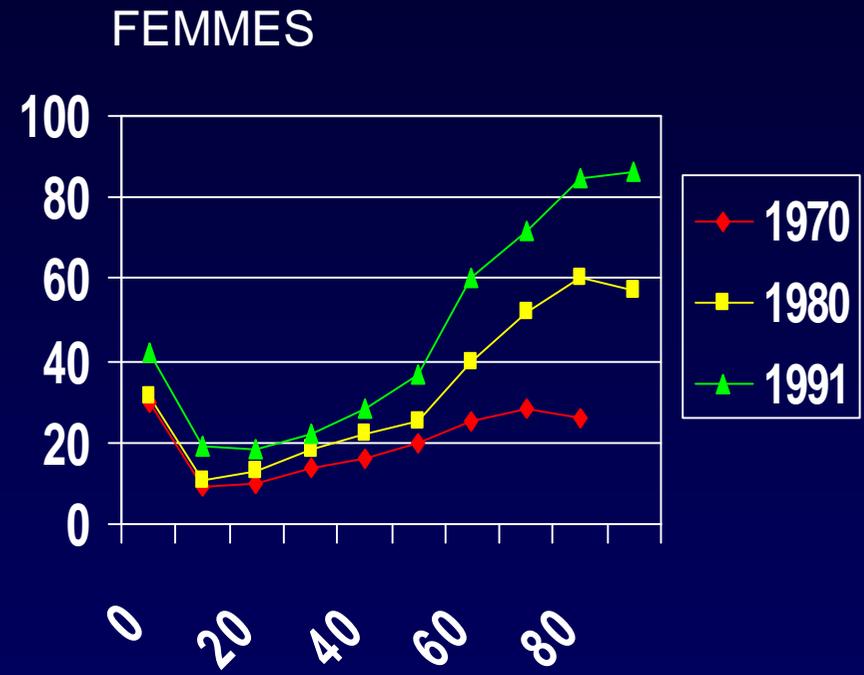
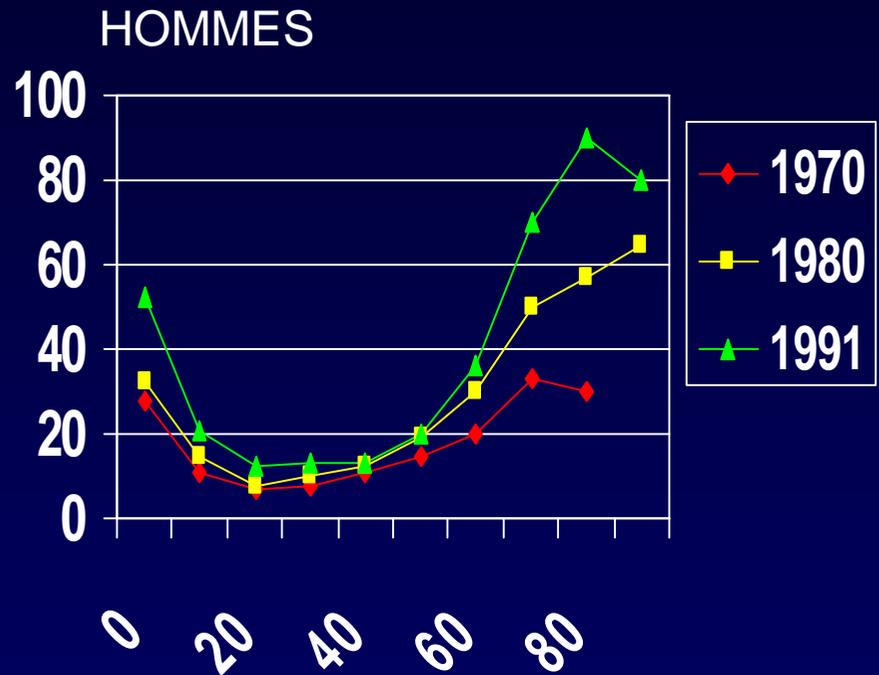
latrogénie

Incidence des effets indésirables par nombre de médicaments prescrits





Evolution de la polymédication



Evolution du nombre de boîtes acquises par personne et par an, chez les hommes et chez les femmes

Enquêtes INSEE, CREDES

Limiter la polymédication

- Faire un diagnostic précis
- Interdire l'automédication: information du patient +++
- Attention aux AINS vendus comme antalgiques – antipyrétiques et à l'aspirine
- Etablir des priorités thérapeutiques
- Revoir régulièrement le traitement
- Apprécier la qualité de l'observance

Améliorer l'observance

- Evaluer *a priori* la qualité potentielle de l'observance et les facteurs favorisant les erreurs
- Personnaliser les décisions
 - Fixer les objectifs
 - Simplifier
 - Expliquer
 - Planifier le suivi
- Autres moyens
 - Pilulier
 - Intervention d'un aidant

Prévenir les risques liés à l'automédication chez le sujet âgé

- Informer en fonction de sa maladie (ulcère digestif...) ou de son terrain (allergie...), des contre-indications et des médicaments qui peuvent être utilisés
- Visiter la "pharmacie familiale" des personnes âgées et surtout très âgées, afin d'y supprimer les médicaments dangereux et/ou périmés

Maladie d'Alzheimer

Maladie d'Alzheimer

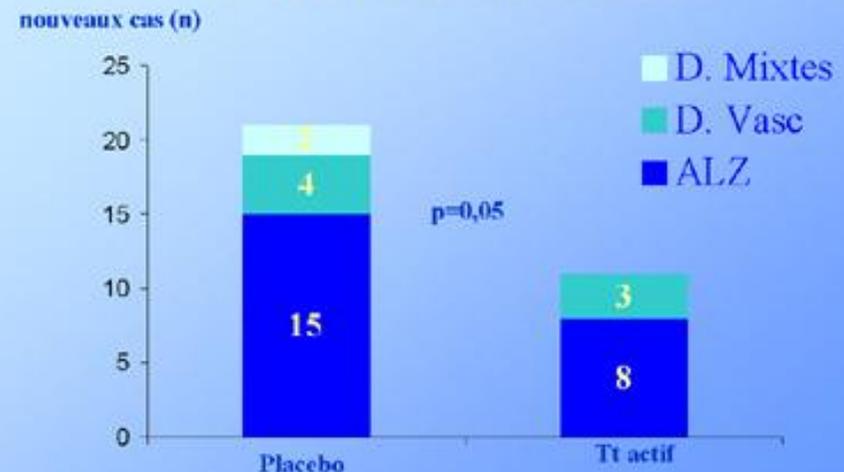
- LA MALADIE D'ALZHEIMER DOIT ETRE DIAGNOSTIQUEE PRECOCEMENT
- Intérêt préventif d'une bonne hygiène de vie
 - Maintien d'un exercice physique
 - Consommation d'alcool en quantité modérée (mais arrêt si maladie déclarée)
 - Arrêt du tabac

HTA et démence

Traitement de l'HTA du sujet âgé et risque de démence : les données des études randomisées versus placebo

Etude (année)	n	Durée de suivi (ans)	Age (ans)	Traitement actif / Incidence des démences
SHEP (1991)	4736	5	> 60	Diurétique ± β -bloquants 1,6% vs 1,9 % avec le placebo (NS)
MRC older (1996)	2584	4,5	65 - 74	Diurétique ± β -bloquants NS versus placebo
SYST-EUR (1998)	2418	2	> 60	Inh calcique ± IEC ± Diurétique 3,8/1000 PA vs 7,7/1000 PA avec le placebo (p=0,05)

Syst-Eur : bénéfices du traitement anti-HTA sur la survenue de démences



Forette, Lancet 1998

Autres pistes possibles

- Statines
- Antiinflammatoires
 - In't Veld et al. (2002)
 - Essai en cours: ADAPT
- Antioxydants
 - Vit E: essai de prévention en cours: PreADVISE
 - Ginko biloba: essai de prévention en cours: GEM aux USA, GUIDAGE en France
- Oestrogènes: 2 essais négatifs arrêtés prématurément: WHIMS et PREPARE

Autres

Dépression, Maltraitance

- IL FAUT DEPISTER LA DEPRESSION ET PREVENIR LE RISQUE SUICIDAIRE
- IL FAUT RECONNAITRE LA MALTRAITANCE POUR PROTEGER LA PERSONNE AGEE MALTRAITEE

Incontinence urinaire

- **L'INCONTINENCE URINAIRE DOIT ETRE DEPISTEE ET PREVENUE**
 - Sa fréquence augmente avec l'âge (10% après 70 ans, 25% après 85 ans)
 - Elle a des conséquences sociales
 - Elle a un coût considérable en milieu institutionnel
 - Elle est accessible a des mesures préventives et curatives

Audition, vue

- **IL FAUT DEPISTER LES DEFICITS SENSORIELS (AUDITIF ET VISUEL)**

- L'atteinte auditive est la plus fréquente des déficiences chroniques dans les pays industrialisés.
- La presbyacousie est la principale cause de surdité du vieillard.
- Il faut: (1) dépister la déficience auditive
 (2) appareiller par une prothèse auditive
 (3) limiter l'exposition aux bruits
- Entre 70 et 79 ans, 5% de malvoyants
- Entre 80 et 89 ans, 21% de malvoyants
- Après 90 ans, 33% de malvoyants
- La cataracte est la première cause de cécité dans le monde. Sa prévalence est de 46% entre 75 et 85 ans
- Un dépistage annuel par le médecin traitant des pathologies de l'oeil et des paupières est nécessaire

Prévention de la dépendance
et
Evaluation gérontologique
standardis e

Le concept de fragilité



Équilibre précaire
état instable

AUTONOMIE



Risque de perte
d'autonomie

DEPENDANCE

Le concept de fragilité



Etat vigoureux et stable

Équilibre précaire
état instable

Fragilité compensée

Fragilité décompensée :
perte d'autonomie,
maladies en cascade,
hospitalisation à répétition
entrée en institution
décès

Evaluation gériatrique standardisée

- Stuck et al. *N Engl J Med* 1995
- 215 PA de plus de 75 ans dans le groupe patients et 199 dans le groupe témoin
- Suivi = 3 ans

Table 2. Mean Functional-Status Score among the Surviving Participants at Three Years, According to Intention-to-Treat Analysis.*

FUNCTIONAL-STATUS SCORE	INTERVENTION GROUP (N = 170)	CONTROL GROUP (N = 147)	DIFFERENCE IN SCORES (INTERVENTION GROUP VS. CONTROL GROUP)	
			P VALUE	
	<i>mean (95% CI)</i>			
Basic ADL [†]	96.8 (94.8–98.8)	95.4 (93.4–97.4)	+1.4 (–0.3 to +3.1)	0.1
Instrumental ADL [‡]	72.3 (69.0–75.6)	69.3 (66.0–72.6)	+3.0 (+0.6 to +5.4)	0.02
Basic and instrumental ADL	75.6 (73.2–77.9)	72.7 (70.2–75.2)	+2.9 (+0.4 to +5.4)	0.03

Table 4. Hospital and Nursing Home Admissions during the Three-Year Follow-up Period, According to Intention-to-Treat Analysis.*

TYPE OF ADMISSION	INTERVENTION GROUP (N = 215)	CONTROL GROUP (N = 199)	ADJUSTED ODDS RATIO OR RELATIVE RISK (95% CI) [†]	
			P VALUE	
Permanent nursing home				
No. of persons admitted (%)	9 (4)	20 (10)	OR = 0.4 (0.2–0.9)	0.02
No. of days/100 persons/yr	128	820		
Acute care hospital				
No. of persons admitted at least once (%)	99 (46)	93 (47)	RR = 1.0 (0.8–1.4)	0.8
No. of days/100 persons/yr	197	160		
Short-term nursing home				
No. of persons admitted at least once (%)	27 (13)	31 (16)	RR = 0.9 (0.6–1.4)	0.6
No. of days/100 persons/yr	89	111		

Prévention en institution gériatrique

Prévention en institution gériatrique

- Malnutrition
- Déshydratation
- Chutes et fractures
- Confusion
- Escarres
- Constipation
- Incontinence
- Douleur
- Infections nosocomiales