

14:00 - 14:30 *(Salle Plénière)*

QUOI DE NEUF EN GÉRIATRIE ?

P. Chassagne (Rouen)





Médecine Interne Gériatrie



Actualités en gériatrie.

Les journées scientifiques de Broca.

Paris 23-24 septembre 2024.

philippe.chassagne@chu-rouen.fr



Normandie Université

Actions, obligations, rémunérations au long cours : néant

Liens d'intérêt (depuis 2010) : Amgen, bayer, BMS, Boehringer-Ingelheim, Edwards, Ipsen-Beaufour, Kyowa-Kirin, Lilly, Medtronic, Mundi-Pharma, Novartis, Pfizer, Sanofi-Aventis, Shire, Vifor-Pharma

En lien avec cette communication : aucun



Research

JAMA Internal Medicine | [Original Investigation](#)

Six-Year Cognitive Trajectory in Older Adults Following Major Surgery and Delirium

Zachary J. Kunicki, PhD, MS, MPH; Long H. Ngo, PhD; Edward R. Marcantonio, MD, SM; Douglas Tommet, MS; Yi Feng, MA; Tamara G. Fong, MD, PhD; Eva M. Schmitt, PhD; Thomas G. Travison, PhD; Richard N. Jones, ScD; Sharon K. Inouye, MD, MPH

JAMA Intern Med. 2023;183(5):442-450. doi:[10.1001/jamainternmed.2023.0144](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.0144)
Published online March 20, 2023.

Confusion

- 2 facteurs prédisposants majeurs : TNCM et âge
- Etude pilote (SAGES) : déclin cognitif précoce puis stabilisation puis récupération plus longue ¹
- Accélération du déclin cognitif + risque de TNCM incidents ²

¹ Schmitt EM JAMDA 2012

² Witlox J Jama 2010

Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia

A Meta-analysis

Joost Witlox, MSc

Lisa S. M. Eurelings, MSc

Jos F. M. de Jonghe, PhD

Kees J. Kalisvaart, MD, PhD

Piet Eikelenboom, MD, PhD

Willem A. van Gool, MD, PhD

JAMA. 2010;304(4):443-451

Au décours d'une confusion

	Décès	Institution	Démence incidente
Durée suivi (m)	22.7	14.6	36-60
HR	1.95	2.41	12.52

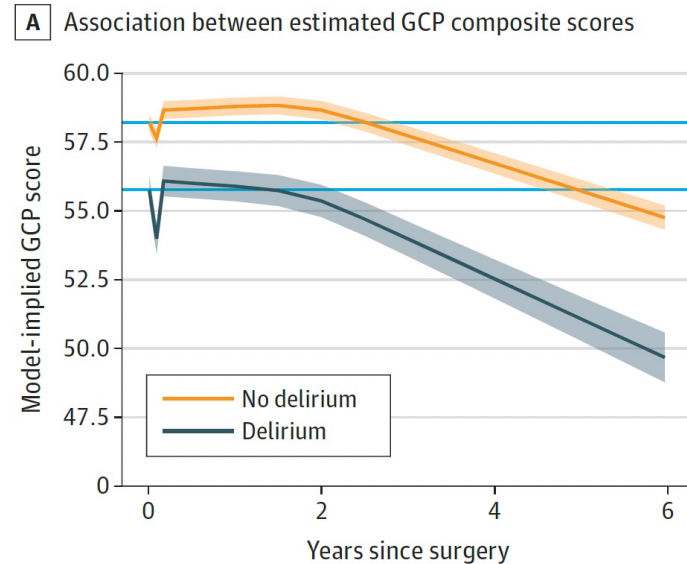
Déclin cognitif après confusion

- Buts :
 - étude longitudinale (6 années) du statut cognitif d'une cohorte de 560 PA (moyenne d'âge : 76 ans) ayant eu (ou non) une confusion post-opératoire (chirurgie programmée majeure)
 - comparaison du statut cognitif entre ces groupes
 - mesure de la perte cognitive globale et spécifique (batterie de 11 tests)

Méthodes

- Successful Aging After Elective Surgery (SAGES), recherche d'une confusion post-op (CAM et dossier)
- Exclusion : **passé de TNCM** (patients confus ou hospitalisés ≤ 3 mois), dossier médical + interview du malade + IQCODE auprès des aidants + bilan cognitif ajusté sur le niveau éducatif
- Création d'un groupe « non opéré » pour mesurer l'effet apprentissage des tests (N = 119)
- Batterie de tests : pré-op et M1, M2 ...M 72

Figure. General Cognitive Performance (GCP) Trajectory by Delirium Status



Delirium is the solid line surrounded by the 95% CI in blue shading; no delirium is represented in the solid line surrounded by the 95% CI in orange shading. Solid light blue reference lines indicate the baseline level of GCP. A, Association between estimated GCP composite scores, which were derived from the components of change model, and years since surgery. The GCP estimates were

adjusted for age, sex, race, Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly at preoperative baseline, any instrumental activities of daily living impairment at baseline, Geriatric Depression Scale scores, Charlson Comorbidity Index scores, and surgery type. B, Same association, except the starting point is not offset by the mean difference in baseline GCP scores.

Le statut cognitif est inchangé dans le groupe non confus vs malades non opérés.

Commentaires

- Chez des malades âgés sans TNCM la confusion post opératoire s'accompagne d'un déclin cognitif :
 - précoce et persistant (à 6 ans)
 - de 40 % supérieur (médiane des tests) à celui observé chez des personnes de même âge non confus
 - identique à celui observé chez des sujets qui auraient une MA au cours d'une période de 5 ans
- Limites : patients de haut niveau éducatif, pas de renseignement du statut amyloïde de ces malades (MA prodromale ?), rien sur les événements post-op ou les traitements, une seule évaluation pré-opératoire



JAMDA 25 (2024) 105005



JAMDA

journal homepage: www.jamda.com



Original Study

Hospitalized Patients with Delirium and 28-Day Unplanned Hospital Readmissions: A Longitudinal Retrospective Cohort Study



Anvi Butala MBBS*, Jacqueline M. Gilbert MBBS, Alyssa A. Griffiths BSc, Wen K. Lim MD

Department of Geriatrics, Royal Melbourne Hospital, Melbourne, Victoria, Australia

Méthodes

- Etude rétrospective longitudinale, cohorte 2020-2021, PA $\geq$ 65 ans
- Inclusion : survenue d'une confusion pendant le séjour (prévalente ou incidente), dépistage (4 AT) non décédés
- Unités de médecine (55% des inclusions, chirurgie, soins palliatifs)
- CJP : réadmission $\leq$ 28 jours
- Focus sur les médicaments à l'admission et calcul de la charge anticholinergique

Résultats

- 1 634 participants, population communautaire dans 80 % des cas, âge moyen : 81 ans
- 160 réadmissions précoces (9.8 %) avec un temps médian de 7.5 jours
- 16 % de décès lors du second séjour

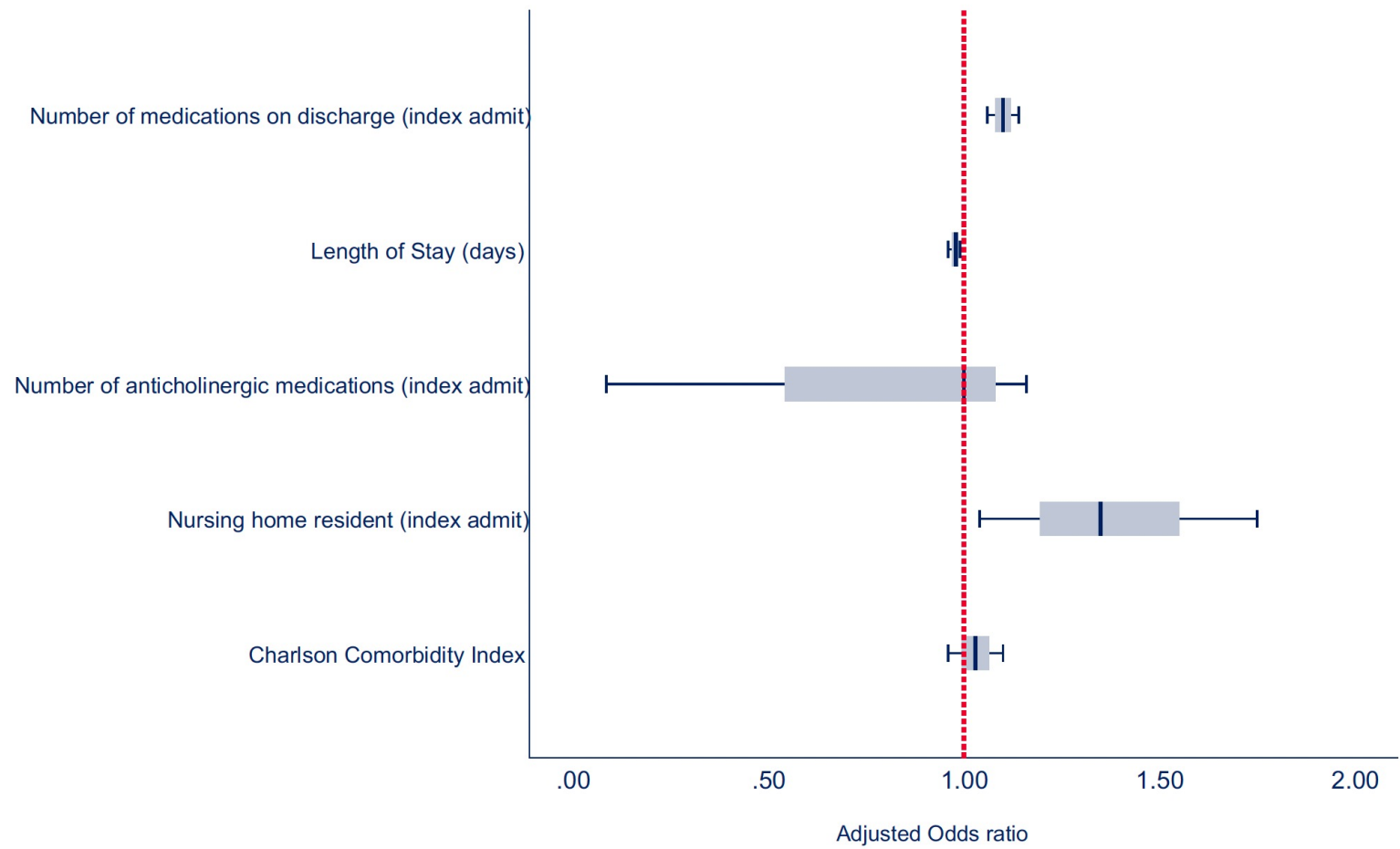


Fig. 2. Predictors of 28D-UHR.

Une réadmission hospitalière précoce (après un premier séjour) où une confusion est survenue :

- Dans 10 % des cas, précocement (médiane de 7.5 jours)
- Est significativement et indépendamment favorisée par une :
 - durée d'hospitalisation lors du premier séjour plus brève
 - polymédication lors de la sortie (sans lien avec la charge anticholinergique)
 - Résidence initiale en institution (+ 35 %) mais sans lien avec la dépendance initiale des personnes
- 2/3 de ces facteurs sont modifiables, EHPAD surveillance limitée en cas d'instabilité cognitive
- Représentativité : plus de 2/3 des malades n'avaient pas de déclin cognitif



JAMDA 25 (2024) 545–551



JAMDA

journal homepage: www.jamda.com



Original Study

Predictors and Outcomes of Oral Anticoagulant Deprescribing in Geriatric Inpatients With Atrial Fibrillation: A Retrospective Multicenter Cohort Study



Enrico Brunetti MD^{a,b,*}, Roberto Presta MD^a, Chukwuma Okoye MD, PhD^{c,d},
Claudia Filippini MSc^e, Silvio Raspo MD^f, Gerardo Bruno MD^f, Marco Marabotto MD^f,
Fabio Monzani MD^c, Mario Bo MD, PhD^a

FA et anticoagulation

- Bénéfices >>> risque, Stopp/ Start en faveur de leur poursuite, outil d'initiation (Chads2-Vasc)
- Chez les plus âgés dépendants et fragiles : plus d'abstention thérapeutique
- Suggestion de déprescription outil Stopp Frail ¹ : résidents d'EHPADs, survie (≤ 12 mois), déclin cognitif sévère, European Heart Rythm Association (EHRA) ²
- Pas d'étude randomisée

¹ Lavan AH Age Ageing 2017

² Steffel J Eurospace 2021

Méthodes

- Etude rétrospective, multicentrique, PA $\geq$ 75 ans, 2014-2018, 3 unités de court séjour
- Inclusion : FA et anticoagulation (exclusion : valves mécaniques et dc pendant le séjour)
- Identification et suivi des malades sans anticoagulants à leur sortie (dossier médical personnalisé, fichiers d'assurance maladie, ré-hospitalisations)
- Analyse des variables associées à un arrêt de l'anticoagulation et devenir pendant un an (décès, embolies systémiques, hémorragies dont épisodes graves)

Résultats

- 1 578 participants, âge moyen : 86 ans, 75 % de FA chronique, à l'admission 50 % ne recevaient pas une anticoagulation
- Prescription d'une anticoagulation dans 76 % des cas dont 60 % d'AVK (dans 15 % switch)
- Chez un malade sur 5 (21.6%) une dé-prescription intervient

Table 2

Variables Associated With Oral Anticoagulant Therapy Deprescribing, Multivariable Analysis

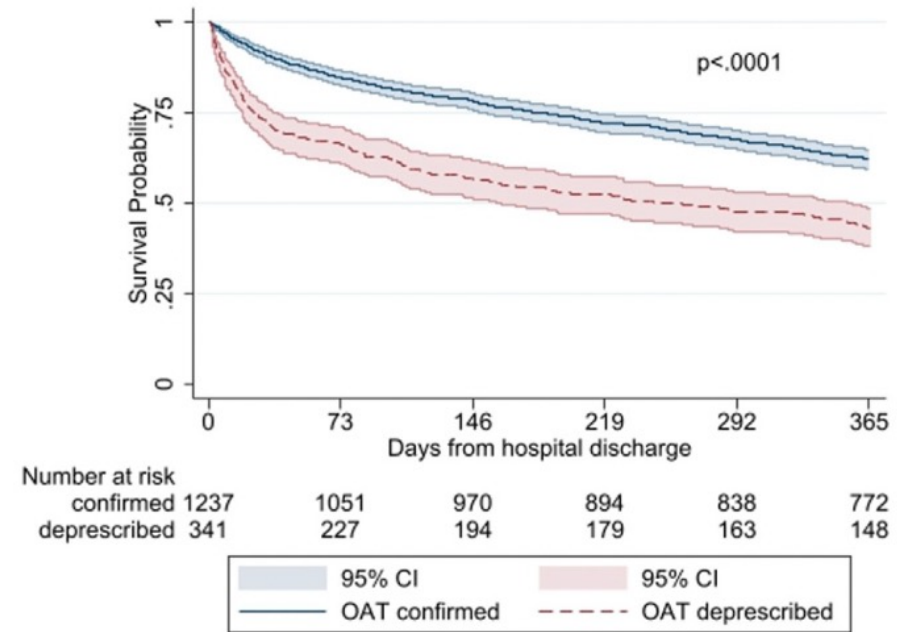
	Variable	Odds Ratio (95% CI)	<i>P</i> Value
	Age, y	1.019 (0.992-1.046)	.16
→	HAS-BLED score	1.927 (1.621-2.291)	<.001
	eGFR, mL/min	0.998 (0.991-1.004)	.47
	Charlson Comorbidity Index	1.057 (0.965-1.158)	.23
	SPMSQ, number of errors	1.057 (1.010-1.106)	.017
→	Chronic AF	0.603 (0.450-0.807)	<.001
	History of SSE	0.640 (0.459-0.892)	.009
	BADL partial dependence (4-5 of 6) vs complete autonomy (6 of 6)	0.862 (0.573-1.298)	.48
→	BADL complete dependence (<4 of 6) vs complete autonomy (6 of 6)	1.535 (1.057-2.228)	.023

eGFR, estimated glomerular filtration rate; SPMSQ, Short Portable Mental Status Questionnaire.

Taux de décès

- + 41 % si dé-prescription soit une médiane des survie de 34 jours

B



Embolies systémiques (AVC), hémorragies graves

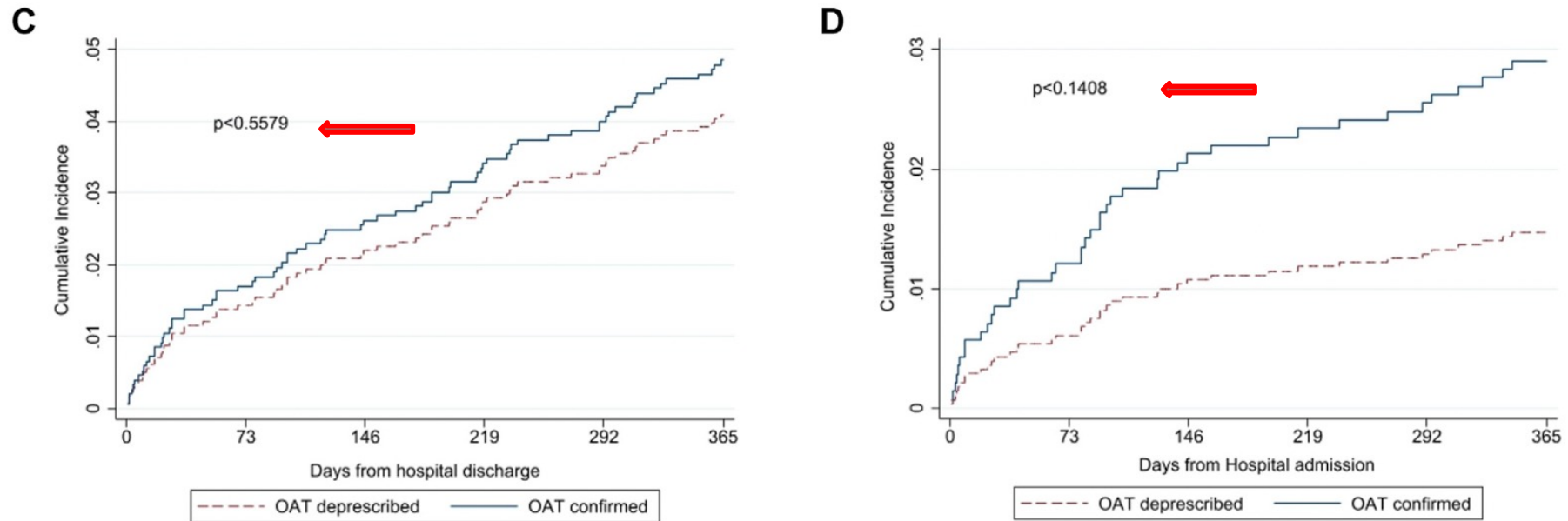
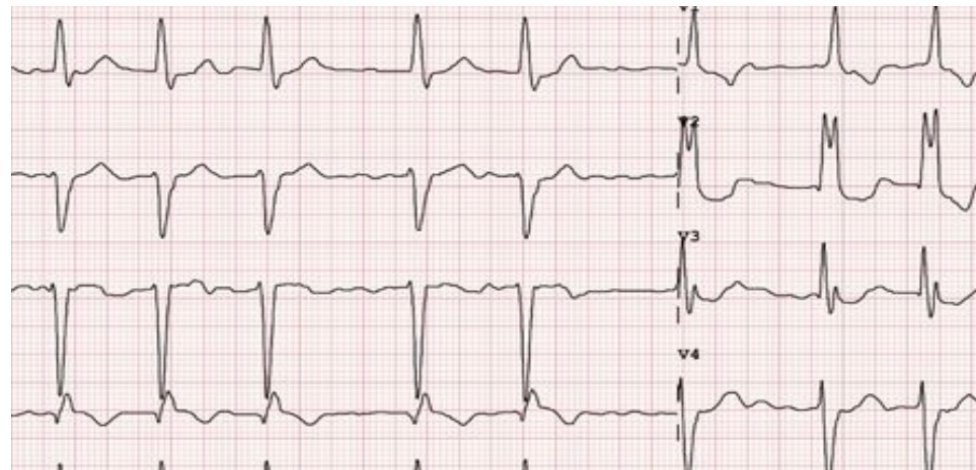
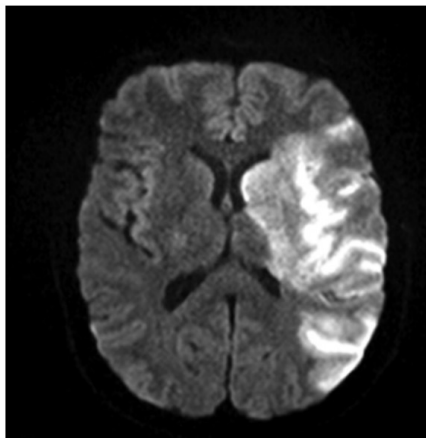


Fig. 1. Survival curves for (A) the overall sample and (B) stratified according to oral anticoagulant therapy status at discharge, and (C) cumulative incidence curves for stroke/systemic embolism and (D) major bleeding/clinically relevant nonmajor bleeding according to oral anticoagulant therapy status at discharge.

Commentaires

- Population très âgée, étude observationnelle randomisée, malades admis en unités gériatriques, suivi pendant un an
- Déprescription une fois sur 5 du médicament anticoagulant lors du séjour plutôt en lien avec la dépendance que l'âge
- Survie diminuée mais peu significativement sans augmentation des événements redoutés (AVC, embolies systémiques)
- Aucun algorithme décisionnel de dé-prescription, syndromes gériatriques (ex : chutes) peu étudiés



RESEARCH ARTICLE

Oral Anticoagulants and the Risk of Dementia in Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation

A Population-Based Cohort Study

Alvi A. Rahman, MSc, Jonathan Michaud, MSc, Sophie Dell'Aniello, MSc, Erica E.M. Moodie, PhD, James M. Brophy, MD, PhD, Madeleine Durand, MD, MSc, Jason R. Guertin, PhD, Jean-François Boivin, MD, PhD, and Christel Renoux, MD, PhD

Correspondence

Dr. Renoux
christel.renoux@mcgill.ca

Neurology® 2023;100:e1309-e1320. doi:10.1212/WNL.0000000000206748

FA et risque cognitif (TNCM)

- Risque deux fois supérieur à celui observé dans la population générale sans arythmie
- Données statistiques valables tant pour la survenue d'une MA que d'une démence vasculaire
- Lien de causalité : AVC, infarctus cérébraux infra-cliniques, hypoperfusion
- Quelques études (hétérogènes et non randomisées) ont suggéré une réduction de ce risque associée à une anticoagulation

Méthodes

- Cohorte (7 % de la population de GB, n =15 millions), sans antécédent de TNCM ni anticoagulation, dossiers électroniques
- Inclusion 1988 - 2017 de malades ayant une FA nouvelle (142 227 participants) dont 70 % ≥ 70 ans
- Parmi ces malades 41 % reçoivent une anticoagulation
- Critères de jugement :
 - Incidence d'un TNCM si prescription d'une anticoagulation (vs pas d'anticoagulation ou simple AAP)
 - Durée de l'anticoagulation et réduction de l'incidence de TNCM

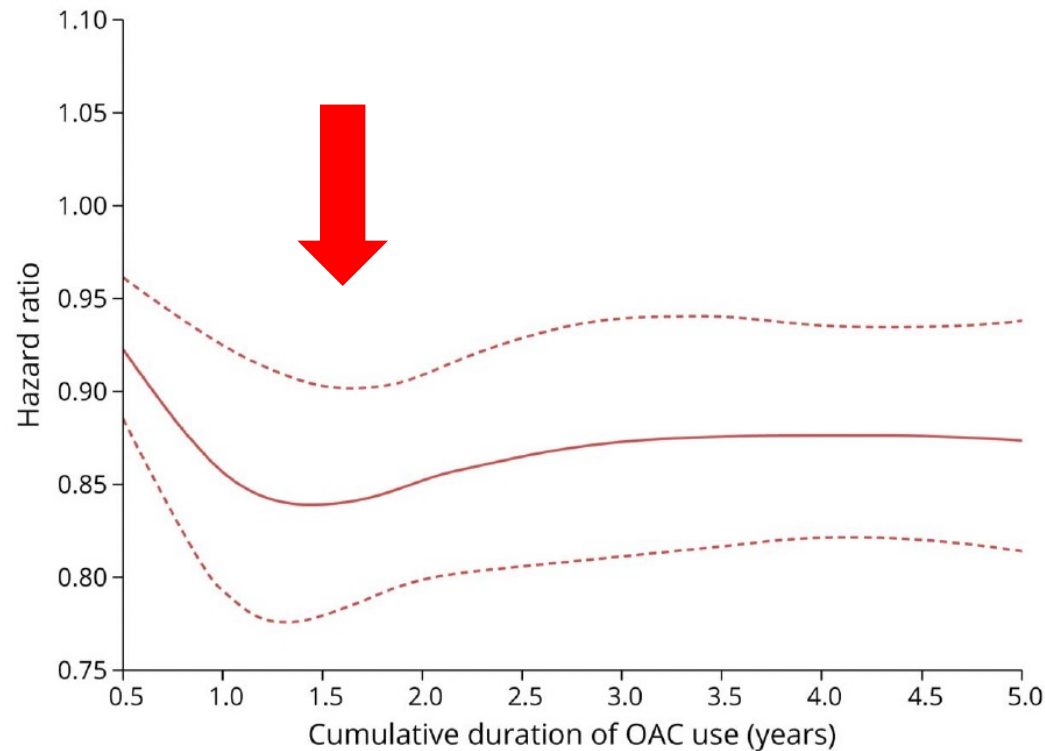
Table 2 Crude and Adjusted Hazard Ratios of Dementia Associated With the Use of Oral Anticoagulants

Exposure	Events	Person- years	Incidence rate ^a (95% CI)	Crude HR	Adjusted HR ^b (95% CI)
Nonuse	3,669	281,719	13.0 (12.6–13.5)	1.00	1.00 (Reference)
OAC use	4,354	380,947	11.4 (11.1–11.8)	0.84	0.88 (0.84–0.92)
Cumulative duration of OAC use					
≤2 y	1,681	164,671	10.2 (9.7–10.7)	0.81	0.90 (0.84–0.95)
2–5 y	1,504	131,878	11.4 (10.9–11.9)	0.86	0.87 (0.81–0.93)
>5 y	1,169	84,399	13.9 (12.8–14.9)	0.89	0.88 (0.81–0.95)

Abbreviations: HR = hazard ratio; OAC = oral anticoagulants.
^a Incidence rates are expressed per 1,000 persons per year.
^b Adjusted for all variables listed in Table 1, except CHADS₂ and CHA₂DS₂-VASc scores.

La réduction du risque de TNCM est supérieure si l'anticoagulation est rapide (≤ 18 mois) et prolongée

Figure 1 Restricted Cubic Spline of Hazard Ratio for Risk of Dementia as a Function of Cumulative Duration of OAC Use^a



a. Cumulative duration of oral anticoagulant use begins at 0.5 years because patients were considered unexposed for the first 180 days of use. OACs = oral anticoagulants.

Patient subgroup	Events	Person-years	Incidence rate ^a (95% CI)	Crude HR	Adjusted HR ^b (95% CI)
Age					
Younger than 75 y					
Nonuse	623	143,094	4.4 (4.0–4.7)	1.00	1.00 (Reference)
OAC use	1,339	231,534	5.8 (5.5–6.1)	1.13	0.99 (0.90–1.10)
Aged 75 y or older					
Nonuse	3,046	138,625	22.0 (21.2–22.8)	1.00	1.00 (Reference)
OAC use	3,015	149,413	20.2 (19.5–20.9)	0.88	0.84 (0.80–0.89)

Sex

Table 3 Crude and Adjusted Hazard Ratios of Dementia Associated With the Use of Oral Anticoagulants, Stratified by Age, Sex, Chronic Kidney Disease, Ischemic Stroke/TIA, CHADS₂ Score, and CHA₂DS₂-VASc Score (*continued*)

Patient subgroup	Events	Person-years	Incidence rate ^a (95% CI)	Crude HR	Adjusted HR ^b (95% CI)
Nonuse	108	54,528	2.0 (1.6–2.4)	1.00	1.00 (Reference)
OAC use	206	73,408	2.8 (2.4–3.2)	1.12	1.01 (0.79–1.29)
2–9					
Nonuse	3,561	227,192	15.7 (15.2–16.2)	1.00	1.00 (Reference)
OAC use	4,148	307,539	13.5 (13.1–13.9)	0.82	0.87 (0.83–0.92)

Abbreviations: HR = hazard ratio; OAC = oral anticoagulants.

^a Incidence rates are expressed per 1,000 persons per year.

^b Adjusted for all variables listed in Table 1, except CHADS₂ and CHA₂DS₂-VASc scores.

Commentaires

- Etude longitudinale (non randomisée) de grande ampleur, population représentative
- L'anticoagulation pour une FA est associée à une diminution de 12 % de l'incidence d'un TNCM, précocement (dès 18 mois d'observance du ttt) et en particulier chez les plus âgés au risque d'AVC supérieur (CHA2DS2-VASc)
- Pas de distinction entre MA ou démence vasculaire
- 40 % des patients de cette étude ne recevaient pas une anticoagulation
- « Anticoagulation et FA : underuse »



Brèves



Research

JAMA Cardiology | **Brief Report**

Association of Dapagliflozin Use With Clinical Outcomes and the Introduction of Uric Acid-Lowering Therapy and Colchicine in Patients With Heart Failure With and Without Gout

A Patient-Level Pooled Meta-analysis of DAPA-HF and DELIVER

Jawad H. Butt, MD; Kieran F. Docherty, MBChB, PhD; Brian L. Claggett, PhD; Akshay S. Desai, MD, MPH; Magnus Petersson, MD, PhD;

JAMA Cardiol. 2023;8(4):386-393. doi:[10.1001/jamacardio.2022.5608](https://doi.org/10.1001/jamacardio.2022.5608)

Published online February 22, 2023.

Résultats

- 11 007 patients (69.3 ans) dont 1 117 (11 %) avec un antécédent de goutte
- Les accès gouteux sont plus fréquents :
 - chez les hommes, avec comorbidités et surpoids
 - si prescription de diurétiques (80 % des malades),
 - chez les malades ayant une fréquence d'évènements cardio-vasculaires élevée (hors surmortalité)
- Lors d'un suivi médian de 22 mois chez les malades traités par Gliflozine réduction de la fréquence des :
 - accès gouteux
 - - 16 % si antcd de goutte
 - - 21 % si pas d'antcd

Received: 21 February 2023

Revised: 26 April 2023

Accepted: 16 May 2023

DOI: 10.1111/jgs.18463

**Journal of the
American Geriatrics Society**

Medication misuse and overuse in community-dwelling persons with dementia

W. James Deardorff MD^{1,2}   | Bocheng Jing MS^{1,2} |
Matthew E. Growdon MD, MPH^{1,2}  | Kristine Yaffe MD^{2,3,4,5} |
W. John Boscardin PhD^{1,2,5} | Kenneth S. Boockvar MD⁶  |
Michael A. Steinman MD^{1,2} 

Patients avec TNCM (« Patients with Dementia PWD »)

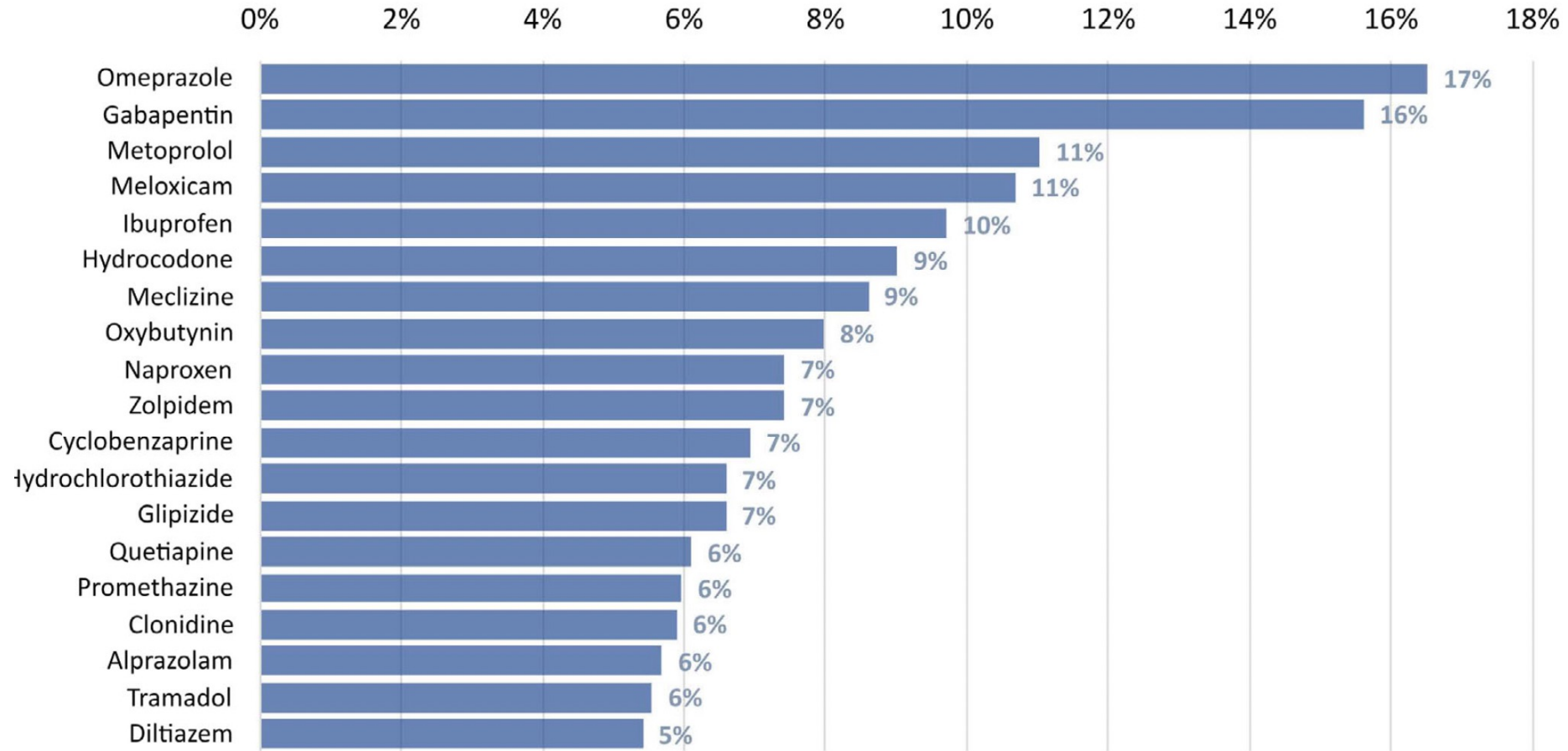
- Comorbidités nombreuses, TPC, polypharmacie, iatrogénie, multiples hospitalisations (chutes, confusion)
- 70 % des PWD résidant à leur domicile (vs Ehpad) auraient une fréquence de PMI supérieure et moins bien identifiée
- **Buts** : nombre, nature et facteurs de risque de PMI chez des « PWD » dans **une population communautaire**. Focus sur les traitements (« Overuse ») en lien avec des objectifs thérapeutiques excessifs

TABLE 1 Domains used to assess potentially problematic medication use.

Domain	Measure type	Measure sources	Examples
Medication overuse	Over-aggressive treatment of chronic conditions	Choosing Wisely, clinical guidelines ^{12,25}	• Diabetes: Hemoglobin A1c < 7.5% and prescription for insulin or sulfonylurea • Hypertension: Average SBP < 110 mmHg and prescription for certain antihypertensive medications (without other compelling indication)
	Medications inappropriate near the end of life	STOPPPFrail Criteria ²⁶	• Lipid-lowering therapies, bisphosphonates
Medication misuse	Medications that negatively affect cognition	Strongly anticholinergic medications from 2019 Beers criteria table 7, sedative load model ^{23,28}	• Strongly anticholinergic medications: certain antihistamines, urinary anticholinergics, certain antidepressants • Sedative-hypnotics: benzodiazepines, nonbenzodiazepine hypnotics
	Drugs to avoid criteria	2019 Beers and STOPP Version 2 criteria ^{23,24}	• Drugs in general: long-acting sulfonylureas • Drug-disease interaction: thiazolidinediones in heart failure • Drug-drug interaction: concurrent use of ≥3 CNS-active medications • Drugs in the setting of reduced kidney function: Duloxetine if CrCl <30

Abbreviations: CNS, central nervous system; CrCl, creatinine clearance; SBP, systolic blood pressure; STOPP, Screening Tool of Older Persons' Prescriptions; STOPPPFrail, Screening Tool of Older Persons' Prescriptions in frail adults with limited life expectancy.

Percent of persons with dementia receiving each potentially problematic medication



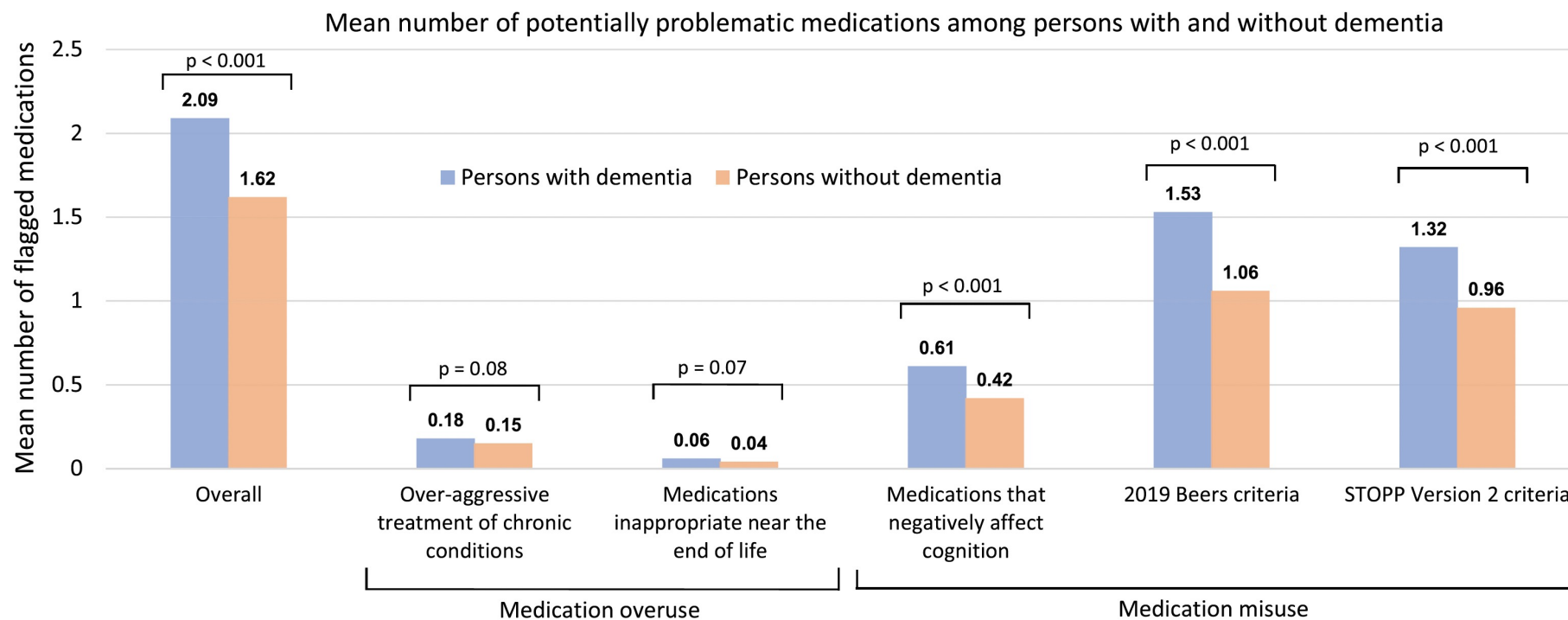


FIGURE 1 Mean number of medications identified as potentially problematic among community-dwelling older adults with and without dementia overall and by domain in the primary cohort matched on age, sex, comorbidity count, and year of assessment. As some medications were flagged under multiple domains (e.g., lorazepam under medications that negatively affect cognition, 2019 Beers, and STOPP-V2), we counted each medication only once when reporting the overall summary measure. Abbreviations: STOPP-V2, Screening Tool of Older Persons' Prescriptions Version 2



JAMDA 24 (2023) 1381–1388



JAMDA

journal homepage: www.jamda.com



Original Study

External Causes of Death From Death Certificates in Patients With Dementia



Minjia Mo PhD^a, Hong Xu MD, PhD^a, Minh Tuan Hoang PhD^{a,b}, Pol Grau Jurado MSc^a,
Shayan Mostafaei PhD^a, Ingemar Kåreholt PhD^{a,c,d}, Kristina Johnell PhD^b,
Maria Eriksdotter MD, PhD^{a,e}, Sara Garcia-Ptacek MD, PhD^{a,e,*}

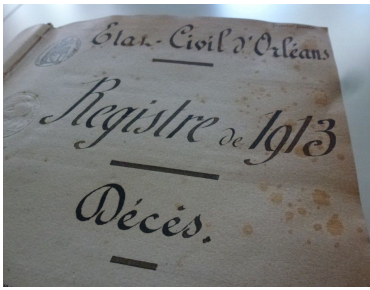
^a Division of Clinical Geriatrics, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

^b Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

^c Department of Neurobiology, Aging Research Center, Center for Alzheimer Research, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet and Stockholm University, Stockholm, Sweden

^d Institute of Gerontology, School of Health and Welfare, Jönköping University, Jönköping, Sweden

^e Theme Inflammation and Aging, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden



Méthodes

- Certificats de décès, 2007-2018, registre national
- Inclusion : dossier médical (examen des comorbidités et des actes médicaux (ex : chutes) avant le décès, passé documenté de TNCM (sans précision de l'étiologie)
- Etude cas-témoins (1 cas / 4 contrôles) issus de la population générale appariés pour l'âge +/- 3 ans et indemnes de tout TNCM
- **CJP : nombre et cause des décès « externes »**

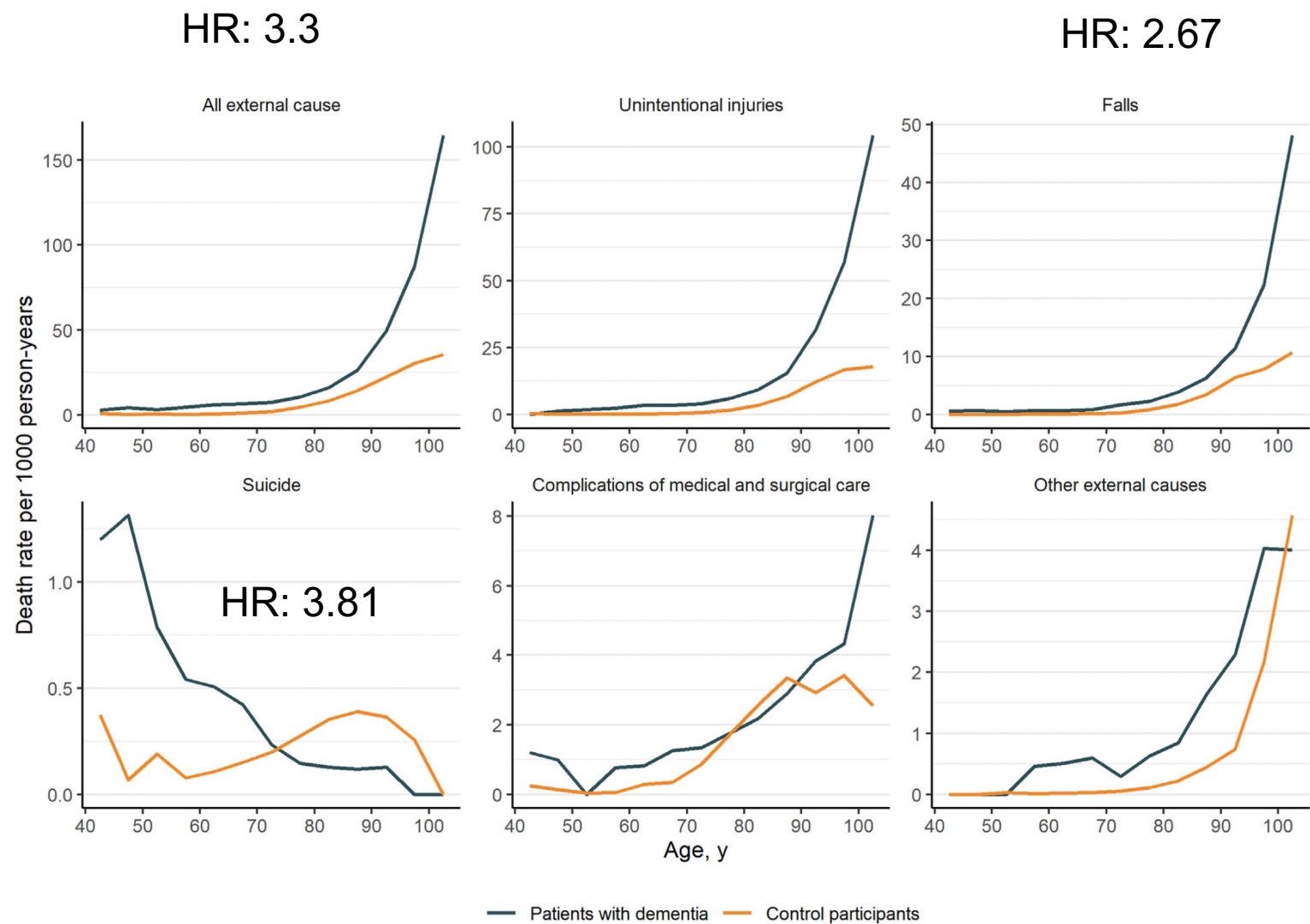


Fig. 1. Distribution of external death rates per 1000 person-years by age and disorder. Rates are presented as 5-year moving averages.



Mon actualité...