

Traitements et dépistages chez la personne très âgée et polymorbide

« choosing wisely »

Laura Di Pollina
Unité de gériatrie communautaire
SMPR

11 juin 2014

Initiative « choosing wisely »

- Initiative du ABIM en 2011
- Aux USA 30% des dépenses en santé sont jugées inutiles (Congressional budget office report 2008)
- **But:** engager les patients, soignants, et proches *dans une discussion* sur la sécurité et le bien fondé des traitements médicamenteux, procédures et tests diagnostiques
- Les recommandations ne sont pas « dogma » et ne remplacent pas le jugement clinique dans chaque situation particulière

Plan

- Contexte
- Une patiente typique
- Quoi faire? (« choosing wisely »)
 - Cholestérol
 - Aspirine
 - Hypertension
 - Diabète
 - Démence (délirium/troubles du comportement)
 - Malnutrition
 - Bactériurie asymptomatique

- Dépistages
 - Dépistage cancer
 - Quel dépistage pour la Personne Agée?
- Conclusion

Contexte



- Forte augmentation du nombre de personnes de >80 ans dans les pays développés et en voie de développement :
« **Tsunami argenté** »
- **Evolution démographique genevoise entre 1980 et 2003**
 - + **23,8 %** population prise dans son ensemble
 - + **70%** de personnes âgées de **80 ans ou plus**
 - + **254,4%** de personnes âgées de **90 ans ou plus**
- **Prévisions**
D'ici 2030, nombre de personnes âgées 80 ans ou plus doublera

Mme K

Patiente de 92 ans, ancienne enseignante, veuve, 1 fille (aidante principale). Habite seule à domicile avec un encadrement

Diagnostiques et antécédents:

1. Démence (depuis 2011)
2. Diabète type 2
3. IRC (cc 30 ml/min)
4. HTA
5. Hypercholestérolémie
6. Ostéoporose
7. Malnutrition
8. Incontinence double
9. Ostéoarthrose (gonalgies)/troubles de la mobilité
10. Maladie cardiovasculaire
 - S/P triple pontage (1996)
 - Sténose carotidienne (80% à gauche, 60% à droite)



Ce n'est pas facile de vivre avec la polymorbidité

Heure	Médications	Autres interventions non-pharmacologiques et préventives
7h	Alendronate 70mg 1x/sem (rester assise 30 min après prise)	ENCADREMENT Infirmières à domicile: contrôle glycémie, SV, examen des pieds, Physio et ergothérapeute (aménagement, prévention des chutes) Hôpital de jour/foyer Régime équilibré
8 h	Petit déjeuner Lisinopril 40mg ECASA 81 mg Metformin 850mg Dafalgan 1 gm Aspirine 100mg Omeprazole 20mg Calcium + Vit D 500mg ENSURE entre les repas	LABO et autres: HbA1c (c/3 mois), Fonction hépatique, électrolytes, cholestérol, microalbuminurie (1-2x/année) Contrôle ophtalmique annuel
midi	Déjeuner Aricept 10mg /j Dafalgan 1 gm Calcium+ Vit D 500 mg Quetapine 25 mg (en reserve)	Vaccin Pneumocoque (1 fois) Vaccin Influenza annuel DEXA scan c/ 2 ans "Médication review" 1x/année
19h	Diner	
19h30	Metformin 850mg Dafalgan 1 gm Simvastatin 40mg Sirop de figue	EDUCATION DU PATIENT ET L'ENTOURAGE: (maladies chroniques, chaussures, compliance médicamenteuse). Epuisement de l'entourage
21h	Quetapine 25 mg en réserve si agitation	

Boyd, JAMA 2005;294:716-724

La patiente commence à refuser la prise des médicaments.

- Vous vous interrogez sur la pertinence de la poursuite du traitement hypocholestérolémiant?
- Allez-vous calculer son risque cardiovasculaire?

Mme K

- Mme K est déjà à risque très élevé:
 - Maladie cardiovasculaire connue
 - Diabète type 2
 - IRC
- le calcul de risque cardiovasculaire ne s'applique pas car il s'agit d'une situation de prévention secondaire.

Cholestérol

Prévention primaire et secondaire

- Pas de données chez les > 85 ans sur le rapport coût/bénéfice.
- La mortalité toutes causes confondues n'est probablement pas ou peu réduite.
 - Etudes observationnelles: taux de cholestérol T bas associé à une mortalité > élevé pour les +80 ans
- Effets secondaires plus élevés avec l'âge, les maladies chroniques (insuffisance rénale et hépatique chronique).
- La décision **d'instaurer ou de poursuivre** un traitement doit être discutée avec le patient/proche, en prenant en compte son espérance de vie, son état fonctionnel et cognitif, ses comorbidités et ses autres médicaments.

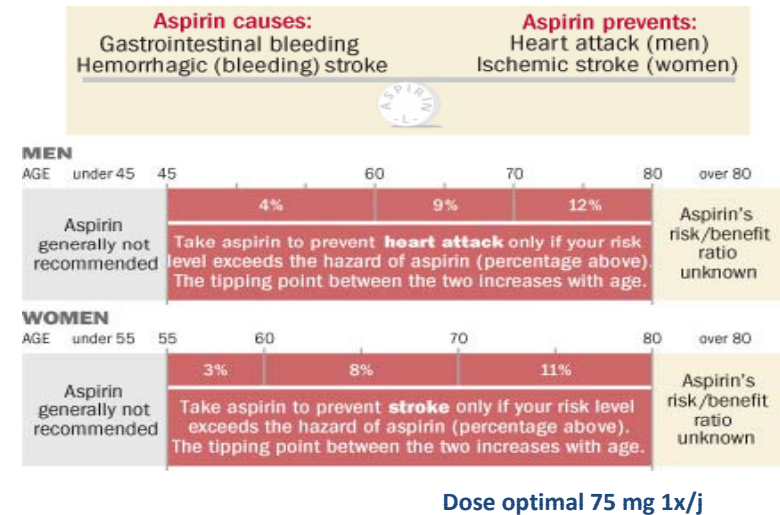
Petersen et al. Lipid-lowering treatment to the end? Age and Ageing 2010; 39: 674–680

Vous arrêtez donc la Simvastatin

Mais elle est remise lors d'une hospitalisation pour une chute à la demande de ses filles qui craignent un abandon thérapeutique de votre part...

Et l'aspirine?

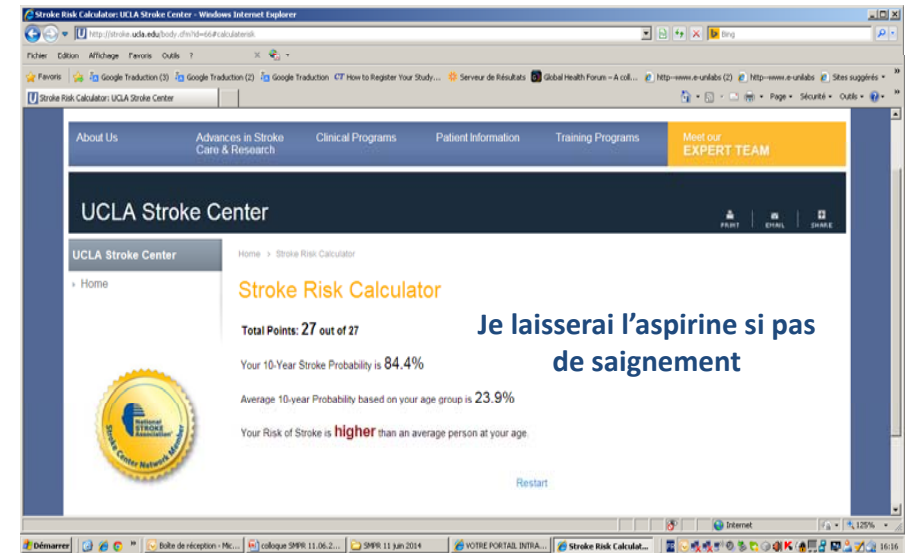
Aspirine



Risque d'AVC chez Mme K

- UCLA Stroke Risk Calculator:
 - sexe: femme
 - Age: max dans l'échelle: 84-86
 - TA systolique: 145-154
 - Traitement anti hypertensif: oui
 - Diabète: oui
 - Tabac: non
 - Antéc. maladie cardiovasculaire: oui
 - Fibrillation auriculaire: non
 - Hypertrophie ventriculaire à l'ECG: oui

Risque d'AVC chez Mme K



L'Hémoglobine A1c est à 8,5

Quel est votre but pour cette patiente?

Allez-vous ajuster son traitement à la hausse ?

Choosing wisely 3

Avoid using medications to achieve hemoglobin A1c <7.5% in most adults age 65 and older; moderate control is generally better.

- There is no evidence that tight glycemic control is beneficial.
- Glycated hemoglobin levels < 7% is associated with harms, higher rates of hypoglycemia, including higher mortality rates.
- Reasonable targets :
 - 7.0 – 7.5% for healthy older adults with long life expectancy,
 - 7.5 – 8.0% in those with moderate comorbidity and a life expectancy < 10 years
 - 8.0 – 9.0% in those with multiple morbidities and shorter life expectancy.

La TA est fluctuante entre 154-160/80-90.

Etes-vous satisfait avec ces valeurs ?
 Vous vous demandez s'il faudrait essayer de diminuer sa TAS à < 130-140/80?
 Est-ce qu'elle est trop âgée pour bénéficier d'un traitement?



Clinical update

Treating hypertension in the very elderly: benefits, risks, and future directions, a focus on the hypertension in the very elderly trial

Ruth Peters¹, Nigel Beckett^{2,3*}, Terry McCormack⁴, Robert Fagard⁵, Astrid Fletcher⁶, and Christopher Bulpitt³

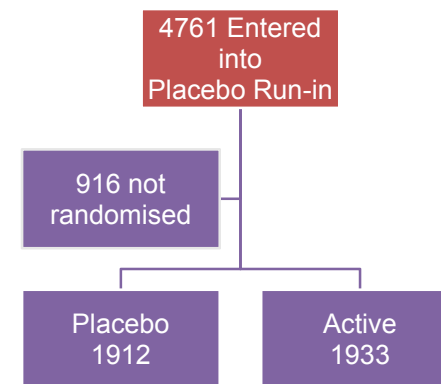
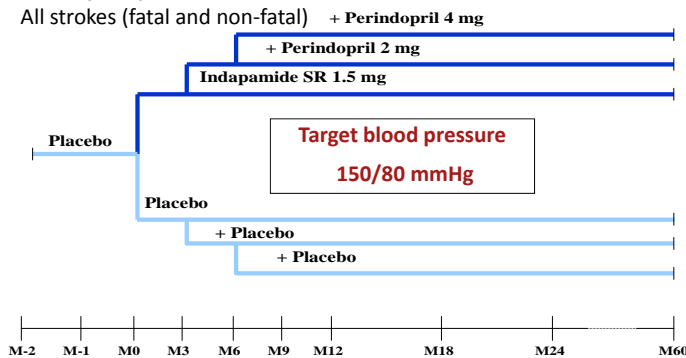


The Trial:
 International, multi-centre, randomised double-blind placebo controlled

Inclusion Criteria:
 Aged 80 or more,
 Systolic BP; 160 -199mmHg
 + diastolic BP; <110 mmHg,
 Informed consent

Exclusion Criteria:
 Standing SBP < 140mmHg
 Stroke in last 6 months
 Dementia
 Need daily nursing care

Primary Endpoint:
 All strokes (fatal and non-fatal) + Perindopril 4 mg



- 3845 randomised; Western Europe (86) Eastern Europe (2144), China (1526), Australasia (19), Tunisia (70)
- At end of trial; 1882 still in double blind, 17 vital status not known, 220 in open follow-up

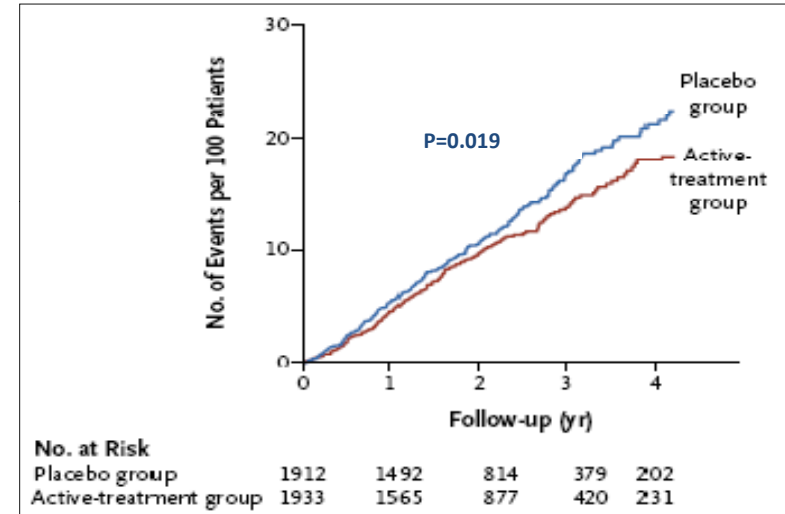
Baseline data



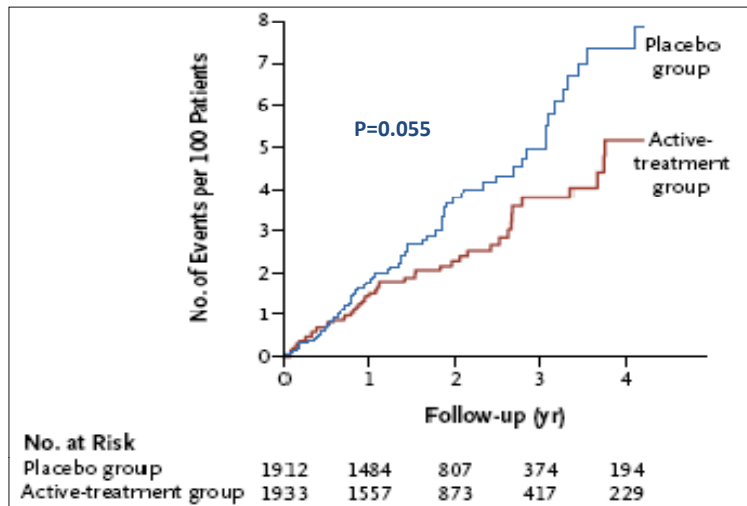
	Placebo (n= 1912)	Active (n= 1933)
Age (years)	83.5	83.6
Female	60.3%	60.7%
Blood Pressure:		
Sitting SBP (mmHg)	173.0	173.0
Sitting DBP (mmHg)	90.8	90.8
Orthostatic Hypotension [‡]	8.8%	7.9%
Isolated Systolic Hypertension	32.6%	32.3%

[‡] Fall in SBP ≥ 20mmHg and/or fall in DBP ≥ 10mmHg

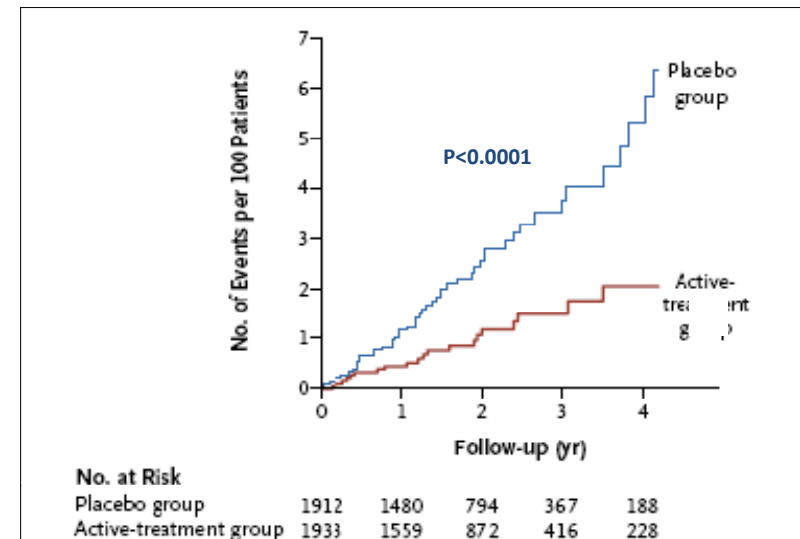
Total Mortality (21% reduction)



All stroke (30% reduction)



Heart Failure (64% reduction)



Conclusion

- The treatment regimen in Hypertension in the Very Elderly Trial with a BP goal of **< 150/80** mmhg provided benefits in reduction of risk of
 - Total mortality
 - Stroke
 - Cardiovascular events
 - No evidence of increased risk for fracture, dementia, depression and quality of life outcomesQuestions remain for the frailer elderly and those over 90

Poursuite traitement : objectif TAS 150
Attention aux chutes sur orthostatisme

L'assurance vous demande un rapport pour justifier la poursuite du traitement d'Aricept
(le MMSE est stable à 16/30 depuis 2012)

A quelle score de MMSE l'assurance ne rembourse plus le traitement?

Allez-vous poursuivre le traitement?

Choosing wisely 6

Don't prescribe cholinesterase inhibitors for dementia without **periodic assessment for perceived cognitive benefits and adverse gastrointestinal effects.**

- Modest benefits in delaying cognitive and functional decline and decreasing neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's (RCT)
- Impact on institutionalization, quality of life, and caregiver burden less well established.
- Goals of treatment (cognitive, functional and behavioral) should be discussed.
- Advance care planning, patient and caregiver education, diet and exercise and non-pharmacologic approaches to behavioral issues should be included in the treatment plan.
- The risks and benefits of long-term therapy have not been well-established.

ABIM/AGS 2014

La fille de Mme K vous demande une prescription pour sa mère qui est plus agitée le soir avec un sommeil perturbé.

Allez-vous prescrire un BZD?

Choosing wisely 4

Don't use benzodiazepines in older adults as first choice for **insomnia, agitation or delirium.**

- Large scale studies consistently show that the risk of motor vehicle accidents, falls and hip fractures leading to hospitalization and death can more than double in older.
- Older patients, their caregivers and their providers should recognize these potential harms when considering treatment strategies for insomnia, agitation or delirium.
- BZP should be reserved for alcohol withdrawal symptoms/delirium tremens or severe generalized anxiety disorder unresponsive to other therapies.

ABIM/AGS 2013

Et un neuroleptique?

Choosing wisely 2

Don't use antipsychotics as first choice to **treat behavioral and psychological symptoms of dementia.**

- antipsychotic medicines are often prescribed for aggression and resistance to care but they provide limited benefit and can cause serious harm, including stroke and premature death.
- Use should be limited to cases where non-pharmacologic measures have failed and patients pose an imminent threat to themselves or others.
- Identifying and addressing causes of behavior change can make drug treatment unnecessary.

ABIM/AGS 2013

Choosing wisely 9

Don't prescribe a medication without conducting a **drug regimen review.**

- Older patients disproportionately use more prescription and non-prescription drugs than other populations, increasing the risk for side effects and inappropriate prescribing.
- Polypharmacy may lead to diminished adherence, adverse drug reactions, and increased risk of cognitive impairment, falls, and functional decline.
- Medication review identifies high risk medications, drug interactions, and those continued beyond their indication.
- Annual review of medications is an indicator for quality prescribing in vulnerable elderly.

ABIM/AGS 2014

**Mme K mange peu et est malnutrie
(perte 3 kg en 1 année, albumine 29 g/L)**

**Allez-vous prescrire un stimulant de
l'appétit ou un SNO?**

Choosing wisely 8

Avoid using prescription appetite stimulants or high-calorie supplements for treatment of anorexia or cachexia in older adults; instead, **optimize social supports, provide feeding assistance, and clarify patient goals and expectations.**

- there is no evidence that high-calorie supplements or appetite stimulants affect important clinical outcomes, such as quality of life, mood, functional status or survival
- The 2012 AGS Beers criteria lists megestrol acetate and cyproheptadine as medications to avoid in older adults.
- Mirtazapine is likely to cause weight gain or increased appetite when used to treat depression, but there is little evidence to support its use to promote appetite and weight gain in the absence of depression.

ABIM/AGS 2014

**La démence avance... avec troubles
de la déglutition et perte de poids**

**Sa fille demande si on ne devrait pas poser une
sonde pour que sa mère ne meure pas « de
faim ». Pas de directives anticipées.**

Allez-vous poser une sonde nasogastrique?

Choosing wisely 1

Don't recommend percutaneous feeding tubes in patients with advanced dementia; instead **offer oral assisted feeding.**

- Tube-feeding is associated with agitation, increased use of physical and chemical restraints and worsening pressure ulcers.
- Hand-feeding is at least as good as tube-feeding for the outcomes of death, aspiration pneumonia, functional status and patient comfort.

ABIM/AGS 2013

Les soignants remarquent des urines concentrées, stick +. Mme K ne rapporte pas des symptômes et est afebrile

Allez vous la traiter pour une infection urinaire?

Choosing wisely 5

Don't use antimicrobials to treat bacteriuria in older adults unless specific urinary tract symptoms are present.

- Cohort studies have found no adverse outcomes for older men or women associated with asymptomatic bacteriuria.
- Antimicrobial treatment studies for asymptomatic bacteriuria demonstrate no benefits and show increased adverse antimicrobial effects.
- Screening for and treatment of asymptomatic bacteriuria is recommended before urologic procedures for which mucosal bleeding is anticipated.

ABIM/AGS 2013

Mme K est hospitalisée et devient confuse avec risque de chute. Vous- êtes de garde et l'infirmière vous demande un ordre pour contention physique au lit

**Vous prescrivez la contention?
Si non, vous suggérez d'autres mesures ?
Lesquelles?**

Choosing wisely 10

Avoid physical restraints to manage behavioral symptoms of hospitalized older adults with delirium.

- Little evidence to support their effectiveness in persons that display behaviors that risk injury or interference with treatment
- Physical restraints can lead to serious injury or death and may worsen agitation and delirium.
- They should only be used as a very last resort and should be discontinued at the earliest possible time
- Effective alternatives include strategies to prevent and treat delirium, identification and management of conditions causing patient discomfort, environmental modifications to promote orientation and effective sleep-wake cycles, frequent family contact and supportive interaction with staff.
- Nursing educational initiatives have been shown to be effective in implementing a restraint-free approach to patients with delirium. This approach includes:
 - Continuous observation; trying re-orientation once, and if not effective, not continuing
 - discontinuing and/or hiding unnecessary medical monitoring devices or IVs
 - Pharmacological interventions are occasionally utilized after evaluation by a medical provider at the bedside, if patient presents harm to him or herself or others..

ABIM/AGS 2014

Les filles de Mme K vous demandent un bon pour la mammographie et la coloscopie périodique

Allez vous les prescrire?

Contexte

- Le dépistage du cancer fait partie des soins habituels avec l'objectif d'une détection précoce et d'une guérison.
- Il réduit la mortalité pour les cancers du sein, cervicaux et du colon chez des personnes entre 50-60 ans.
- Les recommandations sont extrapolées et peu claires après 75 ans (peu d'études disponibles).
- Avec le vieillissement de la population, de plus en plus de personnes âgées sont dépistées même si elles ne pourront plus bénéficier d'une intervention en raison de leurs comorbidités, leur état fonctionnel et leur espérance de vie limitée.

Mehta KM et al. Impact of cognitive impairment on screening mammography use in older US women. *Am J Public Health* 2010; 100 (10) 1917-23

Contexte



- Le consensus actuel est de limiter le dépistage chez les personnes qui ne pourront plus en bénéficier.

MAIS

- La perception du dépistage est très positive dans la population âgée (*les proches et les soignants*) et la plupart souhaiterait ne pas renoncer au dépistage.
- Peu d'information concernant la perception des personnes âgées sur l'arrêt du dépistage

Leipzig RM et al. Reconsidering the approach to prevention recommendations in older adults. *Ann Intern Med* 2010; 153 (12):809-14

Lewis CL et al. Older adults' attitude about continuing cancer screening in latter life. *BMC Geriatr.* 2006; 6:10.

Exemples de recommandations pour le dépistage

Test	USPSTF	ACS	AGS	Union Européenne
Colorectal Sang occulte 1/an Sigmoidoscopie (c/5ans) Coloscopie C/10 ans	>50 ans Stop selon co-morbidité espérance de vie et âge	Idem Stop si la co-morbidité ne permet pas un traitement	Idem Stop si espérance de vie est < 3-5 ans ou fragile	>50 à 74 ans
Sein Mammographie c/1-2 ans avec ou sans examen clinique	>40 Stop selon co-morbidité espérance de vie et âge	>40, continuer si la personne est en bonne santé et candidat pour un traitement	Stop si espérance de vie < 5 ans. > 85 ans selon état de santé	50-70 ans Extension à 74 ans en Suisse (1 janv. 2014)
Col utérin Frottis c/1-3 ans	Stop après hystérectomie et > 65 si frottis récent	Stop après hystérectomie et > 70 si 3 frottis normaux ces derniers 10 ans	Stop > 70 ans si 2 frottis normaux après 60 ans ou espérance de vie < 5 ans.	Stop après 60 ans
Prostate PSA et touché rectal 1/an	Pas de recommandation	>50 ans, stop si espérance de vie < 5 ans	Pas de recommandation	Pas de recommandation

Dépistage après 75 ans?



- ▶ Diminution de l'espérance de vie (peu de bénéfice si < 5 ans)
- ▶ Traitement d'un cancer qui n'aura pas manifesté de symptômes
- ▶ Complications du test
- ▶ Faux +, stress et anxiété



- ▶ Risque de cancer augmente avec l'âge
- ▶ Détection et traitement précoce
- ▶ Amélioration de la survie et qualité de vie
- ▶ Réponse au traitement similaire à celle de la population jeune (si la personne est en bonne santé)



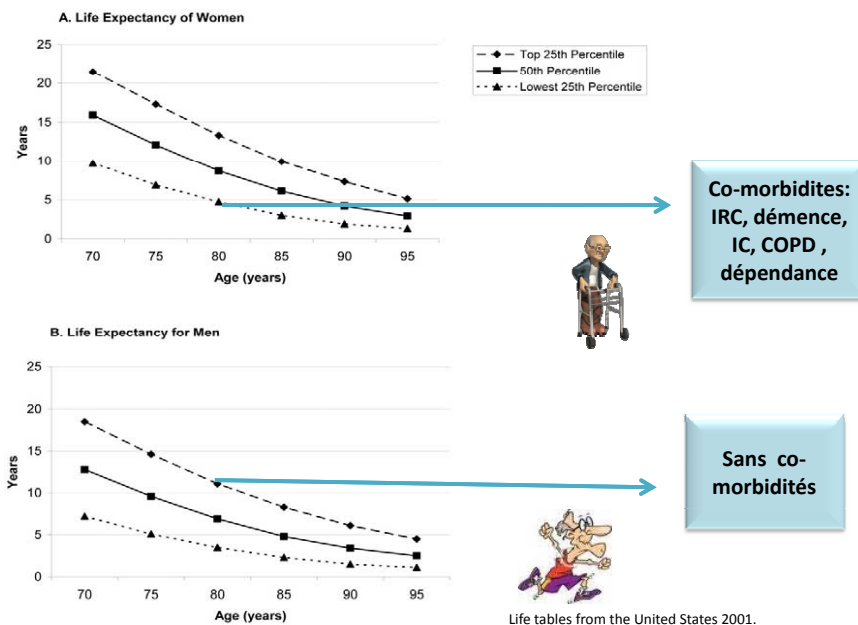
La décision n'est pas simple

- Comment déterminer l'espérance de vie?
 - Sites internet
 - Tables de survie...
- Comment déterminer le rapport risque-bénéfice?
 - Absence de données pour le grand âge.
- Conflit entre une prédictivité de groupe dans un intérêt de santé publique et la prédictivité individuelle.

La décision n'est pas simple

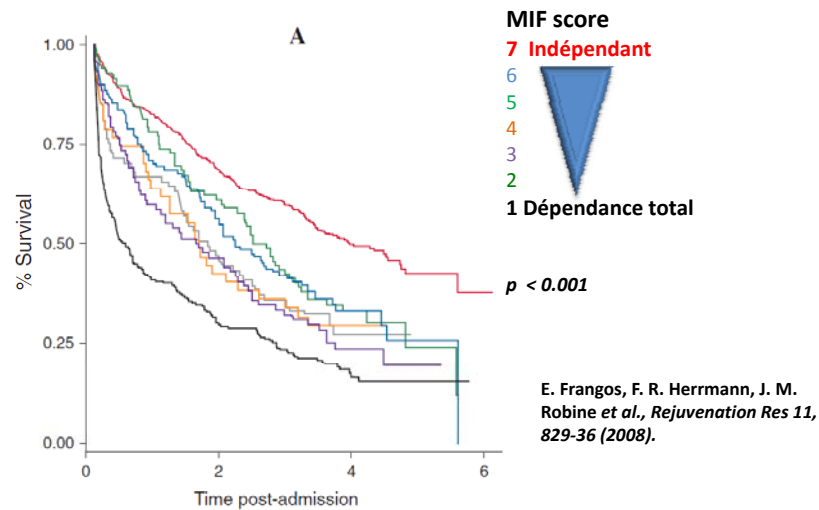
- ▶ Comment déterminer l'espérance de vie?
 - Sites internet? (www.e prognosis.org)
 - Tables de survie?
 - Morbidités et co-morbidités?
 - Fonctionnalité?

C Terret et al. Effects of comorbidity on screening and early diagnosis of cancer in elderly peoples. *The Lancet Oncology*, Vol. 10;1, 2009, 80–87



Cancer screening in elderly patients, a framework for individualized decision making. *JAMA*. 2001;285(21):2750-2756.

Dépendance fonctionnelle et survie.



Choosing wisely 7

Don't recommend screening for breast or colorectal cancer, nor prostate cancer (with the PSA test) without considering life expectancy and the risks of testing, overdiagnosis and overtreatment.

- Cancer screening is associated with short-term risks, including complications from testing, overdiagnosis and treatment of tumors that would not have led to symptoms.
- For prostate cancer, 1055 men would need to be screened and 37 would need to be treated to avoid 1 death in 11 years.
- For breast and colorectal cancer, 1000 patients would need to be screened to prevent 1 death in 10 years.
- For patients with a life expectancy under 10 years, screening for these three cancers exposes them to immediate harms with little chance of benefit.

ABIM/AGS 2014

Recommandations de dépistage pour la PA

Maladie à prévenir	Test	Fréquence
Anévrisme de l'aorte- abdominale/ fumeurs	US abdominal	X 1/entre 65-75 ans
Maltraitance	Anamnèse	Au mois 1 fois
Consommation alcool à risque	AUDIT-C	1 fois/année
Consommation de tabac	Anamnèse	A chaque visite
Troubles cognitifs	Dépistage (MMSE)	Au mois 1 fois
Dépression	Questionnaire	1x/année
Risque de chute	Anamnèse chute, « get up and go »	1x/année
Glaucome, Haut risque: DM, noir ↓Vision	Examen Test Snellen	1x/ année
Hypoacousie	Examen simple	1x/année
Obésité-malnutrition	BMI	1x/année
Ostéoporose	DEXA	C/2 ans
Fonction thyroïdienne	TSH	NA

Immunisation

Maladie à prévenir	Fréquence
Influenza	annuelle
Infection à pneumocoque	1 fois à 65 ans
Tétanos	Chaque 10 ans
Zoster	1 fois à 60 ans (regardless of history of zoster or varicella)

The Merck Manuel oct.2013

En conclusion

- Le vieillissement est un phénomène très hétérogène, et **l'âge en soit** ne devrait pas être l'unique déterminant.
- Les « clinical practice guidelines » ne sont pas adaptés à des personnes très âgées et poly morbides.

Boyd, et al. Clinical Practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases.
JAMA 2005;294:716-724

Conclusion 2

- Pour limiter le *sur-traitement/dépistage* et le *sous-traitement/dépistage*, la décision devrait être basée sur une discussion avec le patient et avec l'aide d'une **évaluation gériatrique globale** qui inclut:
 - Morbidités et co-morbidités
 - Etat fonctionnel
 - Etat mental
 - Les préférences et valeurs personnelles de chaque individu...

MERCI POUR VOTRE
ATTENTION



L'unité de gériatrie communautaire (UGC)

L'UGC est à votre disposition pour vous aider dans la prise en charge des personnes âgées, avec pour objectif principal leur maintien à domicile.

Consultations à domicile avec une évaluation gériatrique multidisciplinaire :

- Avis **gériatrique spécialisé, prise en charge conjointe, ou suivi sur le long terme** de situations gériatriques complexes, en partenariat avec le réseau de soins, ou pour évaluer une participation aux hôpitaux de jour.

Hôpitaux de jour: structures thérapeutiques diurnes, ouvertes 5 jours sur 7.

- Quatre axes thérapeutiques : mobilité, mémoire, alimentation et dépendance à l'alcool.

- **UGC Campagne** (site de Loëx) : Tél 022 727 29 70 – Fax 022 727 29 75

- **UGC Platanes** (site de Belle-Idée): Tél 022 305 58 20 – Fax 022 395 58 25

<http://geriatrie-communautaire.hug-ge.ch>

laura.dipollina@hcuge.ch

079 553 63 44

