

Gériatrie

Zoom sur la médecine gériatrique universitaire en Suisse

Prof. Dr méd. Reto W. Kressig^a, Prof. Dr méd. Heike A. Bischoff-Ferrari^b

^a Universität Basel und Universitäre Altersmedizin, Felix Platter Spital, Basel

^b Klinik für Geriatrie, UniversitätsSpital Zürich, und Zentrum Alter und Mobilität, Universität Zürich und Stadtspital Waid

Avec la géronto-psychiatrie, la spécialisation médicale en gériatrie représente la plus jeune discipline du paysage médical suisse. Depuis 2001, il existe une formation approfondie en gériatrie en complément du titre de spécialiste en médecine interne générale.

Introduction

Contrairement à la plupart des pays européens qui disposent d'un cursus principal en gériatrie, la Suisse a délibérément opté pour une formation postgraduée complémentaire en gériatrie reposant sur de vastes connaissances de médecine interne. Outre la nécessité de réussir un examen écrit et oral, la formation approfondie en gériatrie comporte 2 années cliniques en gériatrie dans un établissement de formation postgraduée reconnu et 1 année en psychiatrie (dont au minimum 6 mois en psychiatrie gériatrique). A l'heure actuelle, la Suisse compte 289 médecins titulaires de la formation approfondie en gériatrie, auxquels s'ajoutent en moyenne 20 nouveaux chaque année. Une grande partie des gériatres suisses travaillent dans des institutions gériatriques spécialisées.

Au plus tard depuis l'adoption en 2008 du catalogue des objectifs de formation en médecine par toutes les universités suisses, la gériatrie est enseignée aux étudiants en médecine des cycles bachelor et master. En 2014, l'université de Zurich est la dernière université suisse à avoir créé une chaire de gériatrie et de recherche sur le vieillissement, de sorte que la médecine gériatrique est désormais représentée dans l'ensemble des cinq facultés de médecine de Suisse. Les cinq professeurs titulaires de chaire entretiennent des contacts étroits, ainsi qu'un échange régulier à travers les régions linguistiques.

Outre l'enseignement, la recherche en médecine gériatrique gagne également une importance sans cesse croissante en Suisse. Dans les lignes qui suivent, nous présentons cinq travaux, un par université, représentatifs d'une vaste palette de travaux récents. En tant que contribution essentielle à la médecine gériatrique

préventive, la gériatrie universitaire de Zurich, en collaboration avec la gériatrie universitaire de Bâle et cinq autres universités européennes, dirige la plus grande étude sur le vieillissement d'Europe, l'étude DO-HEALTH (<http://do-health.eu>). L'étude DO-HEALTH évalue l'impact de trois mesures simples (vitamine D, acides gras oméga-3 et programme d'exercice simple) sur cinq critères primaires d'évaluation dans le contexte moderne «Healthy Aging – allongement de l'espérance de vie en bonne santé»: risque de fracture osseuse, fonction musculaire, pression artérielle, fonction cognitive et risque d'infection. Depuis 2012, l'étude DO-HEALTH a inclus un total de 2157 participants. Les premiers résultats sont attendus pour début 2018.

Régression des dépôts amyloïdes spécifiques à la maladie d'Alzheimer

Enikő Kövari et al. [1], de Genève, ont réalisé une grande étude autopsique portant sur les résultats histologiques cérébraux de 1599 sujets de plus de 65 ans (âge moyen: 82 ± 8 ans), qui sont décédés à Genève entre 1972 et 2006. Dans cette étude, l'exploration des effets de cohorte sur les altérations neuropathologiques spécifiques au vieillissement et à la maladie d'Alzheimer occupait l'avant-plan. En distinguant six phases temporelles (1972–1975, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000–2006) et en utilisant des modèles de régression linéaire, des effets de cohorte dépendant du temps sur les dépôts amyloïdes typiques de la maladie d'Alzheimer (enchevêtrements neurofibrillaires) ont été cherchés au niveau des résultats histologiques cérébraux. Une association significative a été identifiée entre l'année de décès et les dépôts amyloïdes constatés dans la population globale, avec une diminution des dépôts amyloïdes de



Reto W. Kressig

24% sur la période 1972–2006 chez 1265 individus sans démence. L'effet de diminution des dépôts amyloïdes sur cette période de 34 ans était le plus prononcé dans les groupes les plus âgés (>85 ans). Ces résultats soutiennent des données très récentes provenant d'études épidémiologiques réalisées en Amérique du Nord, en Suède et en Angleterre, qui rapportent une baisse de l'incidence de la démence d'Alzheimer.

Amélioration de la cognition après remplacement valvulaire aortique percutané

Au regard des résultats contradictoires de petites études ayant évalué l'évolution cognitive après remplacement valvulaire aortique percutané («transcatheter aortic valve implantation», TAVI), Schönenberger et al. [2], de Berne, ont examiné les modifications des performances cognitives après TAVI chez 289 patients, soit la plus grande cohorte de population étudiée à ce jour. Au moyen du «Mini-Mental State Examination» (MMSE), la cognition des patients inclus prospectivement (âge: ≥70 ans) a été évaluée avant l'intervention et 6 mois après l'intervention. Des modifications de 3 points ou plus au MMSE étaient considérées comme une amélioration cognitive ou une détérioration cognitive. Une détérioration de la cognition a été constatée chez 12,7% des patients, sans que des facteurs prédictifs d'une évolution négative n'aient pu être identifiés. Sur 48 patients qui présentaient des limitations cognitives (MMSE <26 points) avant l'intervention, 37,5% (18 patients) ont montré une amélioration significative des performances cognitives après l'intervention. La sténose aortique préopératoire était significativement plus prononcée chez les patients avec amélioration cognitive par rapport à ceux sans amélioration cognitive. C'est ainsi qu'il a été montré pour la première fois que le remplacement valvulaire aortique percutané pouvait aboutir à une amélioration de la cognition, en particulier en cas de sténose aortique sévère et de limitations cognitives préexistantes. Toutefois, dans de rares cas, une détérioration cognitive peut se produire et ce, de manière imprévisible.

Moins, c'est mieux: 24 000 UI de vitamine D3 par mois comme dose idéale

Bischoff-Ferrari et al. [3], de Zurich, ont réalisé une étude clinique interventionnelle, prospective, randomisée et contrôlée contre placebo, portant sur une durée d'1 an, évaluant les effets de deux dosages mensuels élevés de vitamine D (60 000 UI de vitamine D3, 24 000 UI de vitamine D3 + 300 µg de calcifédiol) par rapport à une dose mensuelle de référence de 24 000 UI

de vitamine D3 chez 200 seniors (âge moyen: 78 ans) qui vivaient à leur domicile et avaient été victimes d'une chute au cours de l'année précédente. Le critère primaire d'évaluation était l'amélioration fonctionnelle au niveau des membres inférieurs après 6 et 12 mois. Les chutes rapportées mensuellement constituaient le critère secondaire d'évaluation. Parmi les participants de l'étude qui étaient principalement des femmes (67%), 58% présentaient une carence en vitamine D3 (25-hydroxyvitamine D <20 ng/ml) lors de l'inclusion dans l'étude. Bien que des concentrations sanguines plus élevées de 25-hydroxyvitamine D aient été atteintes avec les deux dosages mensuels élevés de vitamine D3, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes au niveau des améliorations fonctionnelles mesurées au niveau des membres inférieurs. Concernant les chutes, un résultat inattendu a été observé: durant la période d'étude de 12 mois, 61% (121 sur 200) des participants ont été victimes d'une chute, dont 48% appartenaient au groupe de référence ayant reçu 24 000 UI de vitamine D par mois, 67% au groupe ayant reçu 60 000 UI de vitamine D par mois et 66% au groupe ayant reçu 24 000 UI de vitamine D plus calcifédiol par mois. Dans l'ensemble, le risque de chute était significativement plus élevé dans les deux groupes avec dosage mensuel élevé par rapport au groupe de référence ayant reçu 24 000 UI de vitamine D par mois (schéma cohérent en rapport avec le nombre de chutes). Etant donné que tous les participants de l'étude avaient été victimes d'au moins une chute au cours de l'année précédente, ces résultats suggèrent avec grande vraisemblance un avantage en termes de réduction des chutes pour le groupe de référence ayant reçu 24 000 UI par mois. Cette observation est en outre soutenue par l'amélioration significative de la capacité fonctionnelle des membres inférieurs dans le groupe de référence ayant reçu 24 000 UI de vitamine D/mois.

Fait pertinent pour la pratique, il a été possible d'identifier un schéma concordant en rapport avec la concentration sanguine de 25-hydroxyvitamine D atteinte: les participants qui avaient atteint une concentration sanguine de vitamine D située dans le quartile inférieur (25-hydroxyvitamine D 21–30 ng/ml) ont été victimes du plus petit nombre de chutes. A l'inverse, ceux qui avaient une concentration sanguine située dans le quartile le plus élevé (25-hydroxyvitamine D >45 ng/ml) avaient le risque de chute le plus élevé. Il s'est en outre avéré que les concentrations sanguines «idéales» associées au plus faible risque de chute (21–30 ng/ml) étaient dans la plupart des cas atteintes par des participants du groupe de référence avec 24 000 UI par mois et qu'aucun participant de ce groupe n'avait atteint des concentrations sanguines «dangereuses» supérieures

à 45 ng/ml. Par rapport à la dose de référence de 24 000 UI par mois, l'administration mensuelle de doses plus élevées de vitamine D n'a pas conféré un avantage additionnel en termes de capacité fonctionnelle au niveau des membres inférieurs et contribuait même à un risque accru de chutes. Cette étude a confirmé l'efficacité et la sécurité du dosage mensuel de référence de 24 000 UI de vitamine D en vue de corriger la carence en vitamine D, d'améliorer la capacité fonctionnelle des jambes et d'abaisser le risque de chute.

Augmentation de 50% des transferts aux urgences depuis des établissements médico-sociaux

Carron et al. [4] ont réalisé, à l'hôpital universitaire de Lausanne, une analyse rétrospective ayant évalué le nombre de patients qui ont été transférés d'établissements médico-sociaux au service des urgences central, ainsi que les circonstances et caractéristiques de ces transferts, pour la période allant de 2005 à 2010. Durant cette période d'observation, le nombre annuel de transferts a augmenté de 50% (passant de 465 à 698), ce qui représentait, pour 2010, 1,9% de tous les patients traités au service des urgences. Le taux annuel de transferts aux urgences a constamment augmenté, passant de 18,8 à 27,5 pour 100 résidents d'établissements médico-sociaux. Les principaux motifs de consultation aux urgences étaient les traumatismes, ainsi que les problèmes respiratoires, cardiovasculaires, gastro-intestinaux et neurologiques. Il s'agissait d'une situation d'urgence dans 52% des cas et 60% des patients ont été admis en hospitalisation stationnaire. L'augmentation démesurée des transferts aux urgences durant la période d'observation a été attribuée aux attentes en mutation des résidents des établissements médico-sociaux et de leurs soignants, au changement au niveau des ressources en personnel soignant dans les établissements médico-sociaux, ainsi qu'à une éventuelle correction d'une sous-utilisation préalable. Ces résultats soulignent le besoin urgent de développer de meilleurs algorithmes pour la prise en charge en urgence des résidents d'établissement médico-sociaux, en même temps que la nécessité de mettre en place des stratégies pour éviter des transferts aux urgences potentiellement inutiles.

Evolution plus favorable du delirium grâce à un programme interprofessionnel de prise en charge du delirium

Hasemann et al. [5] ont réalisé à l'hôpital universitaire de Bâle une étude interventionnelle qui a comparé, selon un plan «avant/après», les effets d'un nouveau programme interprofessionnel de prise en charge du delirium (DemDel) chez des patients déments en hospitalisation aiguë (n = 138) par rapport aux soins habituels (n = 130). Après une formation spécifique du personnel soignant et des médecins, l'algorithme DemDel pour le dépistage, la prévention et le traitement du delirium a été mis œuvre de manière systématique dans les quatre services médicaux de l'hôpital. Au total, 87 patients (32,5%) ont développé un delirium. Dans plus de 80% des cas, le delirium est survenu au cours des 5 premiers jours d'hospitalisation. Par rapport aux soins habituels, la fréquence du delirium n'était pas plus rare dans le programme DemDel, mais les patients du programme DemDel présentaient une évolution du delirium nettement plus légère et l'utilisation de benzodiazépines dans les services a significativement diminué. Dans l'ensemble, le programme DemDel s'est révélé être réalisable et facilement intégrable dans la pratique quotidienne du personnel soignant de quatre services hospitaliers de médecine générale très actifs.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- 1 Kövari E, Herrmann FR, Bouras C, Gold G. Amyloid deposition is decreasing in aging brains: an autopsy study of 1,599 older people. *Neurology*. 2014;28;82(4):326–31.
- 2 Schoenenberger AW, Zuber C, Moser A, Zwahlen M, Wenaweser P, Windecker S, et al. Evolution of Cognitive Function After Transcatheter Aortic Valve Implantation *Circ Cardiovasc Interv*. 2016;9(10). pii: e003590.
- 3 Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Orav EJ, Staehelin HB, Meyer OW, Theiler R, et al. Monthly High-Dose Vitamin D Treatment for the Prevention of Functional Decline: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2016;176(2):175–83.
- 4 Carron PN, Mabire C, Yersin B, Büla C. Nursing home residents at the Emergency Department: a 6-year retrospective analysis in a Swiss academic hospital. *Intern Emerg Med* 2016. [Epub ahead of print]
- 5 Hasemann W, Tolson D, Godwin J, Spirig R, Frei IA, Kressig RW. A before and after study of a nurse led comprehensive delirium management programme (DemDel) for older acute care inpatients with cognitive impairment. *Int J Nurs Stud*. 2016;53:27–38.

Correspondance:
Prof. Dr méd. Reto W. Kressig
Ärztlicher Direktor und
Chefarzt
Universitäre Altersmedizin
Basel
Felix Platter Spital
Burgfelderstrasse 101
CH-4055 Basel
RetoW.Kressig[at]fps-basel.ch