Gériatrie

Nouveautés concernant les médicaments connus chez les personnes âgées

Prof. Dr méd. Andreas Stuck

Geriatrische Universitätsklinik, Inselspital, Bern

La prise d'inhibiteurs de la pompe à protons augmente-t-elle le risque de démence chez les personnes âgées? Les bêtabloquants sont-ils utiles chez les personnes très âgées après un infarctus du myocarde? Les bisphosphonates protègent-ils les femmes âgées sous traitement corticostéroïdien au long cours des fractures de la hanche? De nouvelles études parues cette année dévoilent des conclusions surprenantes.

Contexte

Nous disposons encore de preuves limitées en ce qui concerne la pharmacothérapie chez les patients âgés. Très souvent, les données issues de patients multimorbides très âgés font défaut. Mais la situation des preuves s'est améliorée cette année. On dispose de plus en plus de vastes registres de patients comprenant des données longitudinales différenciées relatives à la médication, l'état de santé et d'autres critères. Les registres sont souvent si vastes qu'ils disposent d'un pouvoir statistique suffisant pour évaluer les effets des médicaments chez les patients très âgés ou multimorbides. Cet article présente quatre nouvelles études particulièrement pertinentes sur le plan clinique.

IPP et risque de démence

Andreas Stuck

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) font partie des médicaments les plus prescrits chez les personnes âgées. Des études sur les animaux ont déjà montré précédemment que les IPP conduisent à une hausse des bêta-amyloïdes dans le cerveau des souris, et qu'il pourrait donc y avoir une corrélation entre les IPP et le risque de démence. Une étude comprenant des données de plus de 70 000 patients âgés de plus de 75 ans en Allemagne montre aujourd'hui que la prise prolongée d'IPP peut entraîner une élévation du risque de démence de presque 50% [1]. L'étude comporte cependant des limitations, en particulier en ce qui concerne la qualité relativement médiocre de recensement des diagnostics de démence. Toutefois, la vue d'ensemble des données concernant les animaux constitue une indication sérieuse que la prise prolongée d'IPP chez les personnes âgées s'accompagne non seulement d'un risque accru de fracture, mais également d'un risque accru de démence. Une raison de plus de n'utiliser les IPP que pour une indication bien définie chez les personnes âgées.

Bêtabloquants après infarctus myocardique

Les bêtabloquants sont une partie intégrante établie du traitement suite à un infarctus myocardique, indépendamment de l'âge des patients. Chez les patients jusqu'à l'âge de 75 ans, des études randomisées montrent de façon consensuelle une réduction de la mortalité d'env. 25%. Toutefois, en particulier chez les patients très âgés nécessitant des soins, il existe une incertitude concernant le rapport bénéfice-risque des bêtabloquants après un infarctus myocardique. Une vaste étude publiée en 2017 comportant des données de registres de patients principalement âgés de plus de 80 ans issus de maisons de retraite américaines s'avère révélatrice [2]. Elle confirme certes une amélioration de la survie d'env. 25% grâce aux bêtabloquants après un infarctus

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

myocardique, mais elle révèle comme effet indésirable une légère dégradation de l'autonomie fonctionnelle chez ces patients.

L'analyse de sous-groupe est instructive. Chez les patients présentant préalablement une nette limitation de l'autonomie ou de la cognition, la dégradation fonctionnelle par les bêtabloquants était très marquée. En revanche, chez les patients présentant au préalable un handicap seulement léger, la dégradation fonctionnelle était à peine décelable. Ceci indique qu'après un infarctus myocardique, un traitement proactif par bêtabloquants est indiqué chez les personnes très âgées peu fragiles, également dans les maisons de retraite, mais que la prudence est de mise chez les patients très âgés fragiles.

Statines pour la prévention primaire chez les personnes âgées

L'indication des statines dans la prévention primaire chez les patients âgés est encore et toujours sujette à controverse. Pour les plus de 75 ans, il existe certes des signes d'une légère réduction de la morbidité cardiovasculaire avec un tel traitement, mais d'un autre côté, une légère augmentation des effets indésirables non cardiovasculaires anéantirait ce mince avantage. Dans le but de continuer à clarifier ces questions, un groupe de recherche a mené des analyses secondaires avec les données des participants âgés de l'étude ALLHAT, une étude ouverte randomisée et contrôlée qui a été menée de 1994 à 2002 [3]. Cette étude a analysé les effets de la pravastatine chez les patients présentant une hyperlipidémie modérée préexistante et une hypertension, toutefois sans affection cardiovasculaire préalable.

L'analyse secondaire publiée en 2017 ne montre aucun bénéfice de la pravastine, ni sur la mortalité globale, ni sur la mortalité cardiovasculaire, dans la prévention primaire chez les participants de l'étude ALLHAT âgés de plus de 65 ans. Dans le sous-groupe des plus de 75 ans, on a même observé une tendance non significative à une élévation de la mortalité globale. Cela vient donc renforcer l'évidence selon laquelle les statines n'apportent pas le bénéfice escompté dans la prévention primaire chez les personnes très âgées.

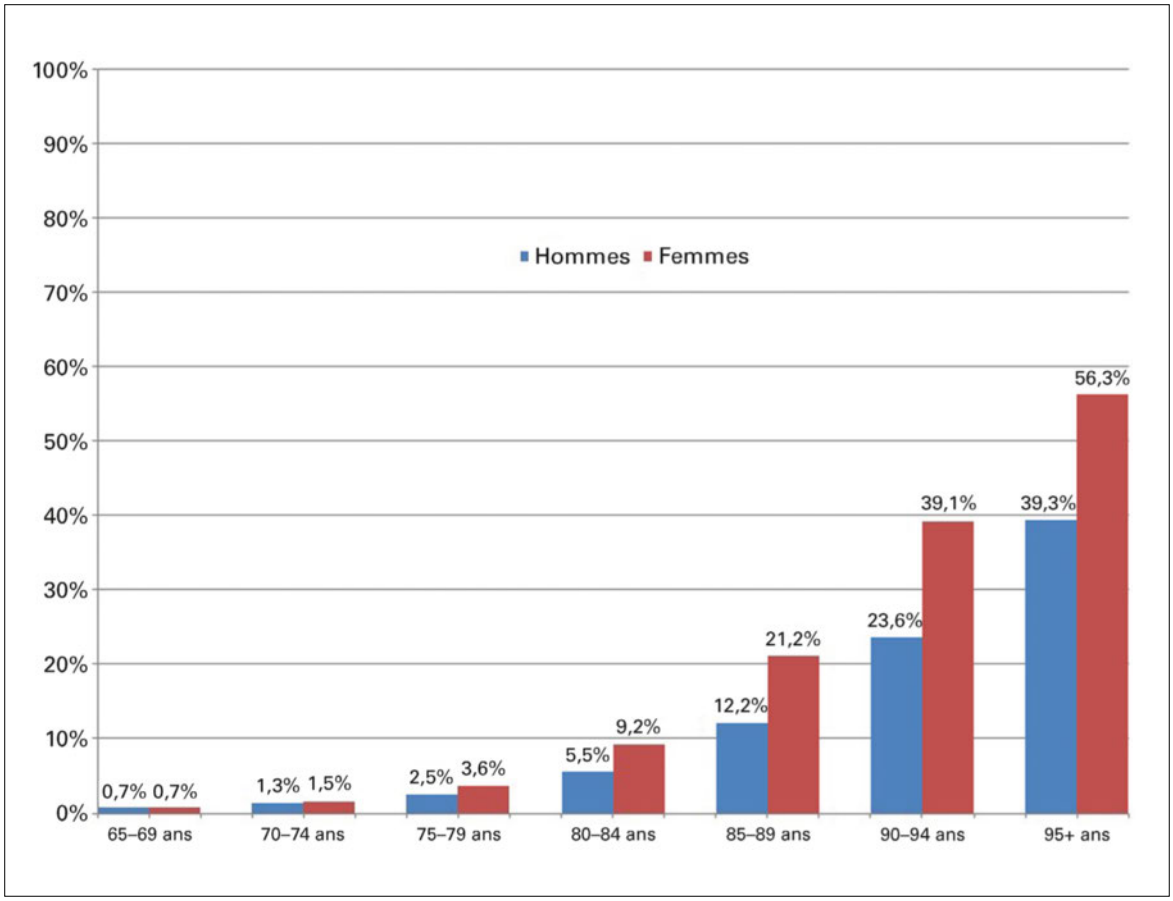

Figure 1: Proportion de personnes de la population globale dans les maisons de retraite en Suisse (état au 31.12.2015). Sources: Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP) de l'Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, 2017.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Fractures de la hanche et prednisone

Il est bien connu qu'une administration au long cours de prednisone augmente le risque d'ostéoporose, et que les bisphosphonates peuvent réduire le risque de fracture du corps vertébral chez ces patients. Toutefois, on ne savait jusqu'à présent pas précisément si les bisphosphonates réduisaient aussi le risque de fracture de la hanche chez ces patients. Une analyse d'un registre national suédois fournit désormais des éclaircissements [4]: Chez les patients recevant une dose moyenne ou élevée de prednisone, le risque de fracture de la hanche a nettement baissé, passant d'env. 27 événements à 9 événements pour 1000 patient-années. Cet effet était déjà démontrable après une période de suivi moyenne relativement courte de 1,3 an. Il existe donc une raison supplémentaire de réaliser un examen osseux minutieux en cas de prescription de prednisone au long cours, et de non seulement assurer l'administration de vitamine D (à noter: désormais non seulement disponible sous forme de gouttes, mais également sous forme de comprimés), mais aussi de considérer dès le départ un traitement par bisphosphonates.

Conclusion

Les nouvelles données l'attestent: En matière de polypharmacie chez les personnes âgées, il ne s'agit pas uniquement de réduire le nombre de médicaments. Il convient de vérifier et d'optimiser au cas par cas les médicaments. Il est peut-être possible de stopper la prise d'un médicament tel qu'un IPP. Un médicament supplémentaire est peut-être nécessaire malgré la polypharmacie existante, par ex. un médicament contre l'ostéoporose.

En ce qui concerne la pose d'indications chez les personnes très âgées, ce n'est pas l'âge mais la fragilité («frailty») qui joue en premier lieu un rôle central. Les patients relativement en bonne santé et vigoureux tirent encore des bénéfices de nombreux médicaments, même après 90 ans, comme c'est le cas chez les patients plus jeunes. D'un autre côté, les bénéfices et risques sont complètement différents chez les patients fragiles; des médicaments habituellement utiles peuvent aller jusqu'à provoquer des dommages chez ces patients.

La figure 1 donne un aperçu de l'état de santé des personnes très âgées en Suisse. Ces dernières sont vulnérables et le risque de dépendance aux soins augmente chez elles de façon exponentielle à partir de 75 ans. Actuellement, à l'âge de 75 ans, seul env. 5% des femmes doivent être prises en charge dans une maison de retraite; cette proportion est d'env. 10% à 80 ans, 20% à 85 ans et presque 40% à 90 ans. A l'inverse, la statistique indique également qu'à l'âge de 90 ans, env. 60% des femmes vivent à la maison, souvent seules, et que la majorité d'entre elles ne nécessitent pas de soins.

Pour ce qui est de la pose d'indication de médicaments, dans la pratique clinique, non seulement un examen spécifique aux organes concernés mais également une évaluation de la fragilité et de la dépendance aux soins sont donc nécessaires. Un examen gériatrique détaillé avec évaluation structurée de la cognition, de la mobilité et de l'autonomie aide à poser l'indication et constitue un fondement essentiel pour le dialogue qui s'ensuit avec le patient et ses référents pour déterminer le plan médicamenteux.

Correspondance:
Prof. Dr méd. Andreas Stuck
Geriatrische Universitätsklinik
Inselspital
Freiburgstr. 46
CH-3010 Bern
andreas.stuck[at]insel.ch

Disclosure statement
L'auteur n'pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

1 Gomm W, von Holt K, Thomé F et al. Association of proton pump inhibitors with risk of dementia: a pharmacoepidemiological claims data analysis. JAMA Neurol. 2016;73(4):410–6.
2 Steinman MA, Zullo AR, Lee Y, et al. Association of β-blockers with functional outcomes, death, and rehospitalization in older nursing home residents after acute myocardial infarction. JAMA Intern Med. 2017;177(2):254–62.
3 Han BH, Sutin D, Williamson JD, et al. Effect of statin treatment vs usual care on primary cardiovascular prevention among older adults. The ALLHAT-LLT Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2017;177(7):955–65.
4 Axelsson KF, Nilsson AG, Wedel H, Lundh D, Lorentzon M. Association between alendronate use and hip fracture risk in older patients using oral prednisolone. JAMA. 2017;318(2):146–55.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html