

# Gériatrie

Dre DAPHNÉ GERMANN<sup>a</sup>, Dre CAMILLE COCHET<sup>a</sup>, Dre YANA APOSTOLOVA<sup>a</sup>, Dre LUIGIA FRATANGELO<sup>a</sup>,  
Dre MARIANGELA GAGLIANO<sup>a</sup>, Dr SYLVAIN NGUYEN<sup>a</sup> et Pr CHRISTOPHE BÛLA<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2021; 17: 33-7

Plusieurs études publiées en 2020 ont relancé le débat concernant la prescription de statines chez certaines personnes âgées et très âgées. Malgré l'enthousiasme concernant les inhibiteurs du SGLT2, la prudence reste de mise chez les patients diabétiques âgés vulnérables et, surtout dépendants, peu ou pas représentés dans les études. La prise nocturne d'un traitement antihypertenseur semble plus efficace que diurne, mais attention à la prescription en cascade d'un diurétique de l'anse lorsqu'un traitement anticalcique est initié. La place des biomarqueurs, y compris plasmatiques, dans la stratégie diagnostique se renforce. Si les études de prévention des chutes ont montré des résultats variables, l'approche interventionnelle multimodale reste la référence.

## Geriatric medicine: update 2020

Several studies published in 2020 showed new data supporting the prescription of statins in some old and very old patients. Despite the enthusiasm about SGLT-2 inhibitors, caution must remain in frail and dependent older diabetic patients who are not well represented in most studies. Antihypertensive treatment appears more beneficial when taken at night rather than in the morning but beware of the prescribing cascade of a diuretic when a new prescription of a calcium channel blocker. Biomarkers, including plasmatic biomarkers, are becoming increasingly important in the diagnostic strategy of neurocognitive disorders. Finally, fall prevention studies showed heterogeneous results but multimodal interventions remain mainstream.

## STATINES: ENTRE PRESCRIPTION ET DÉPRESCRIPTION

L'année 2020 a été riche en publications sur l'hypercholestérolémie et son traitement chez les personnes âgées.

La persistance du lien entre hypercholestérolémie et risque cardiovasculaire après 70 ans reste matière à débat. Une étude observationnelle danoise apporte quelques éléments de réponse.<sup>1</sup> Le lien entre hypercholestérolémie, athérosclérose (ATS) et infarctus du myocarde a été étudié chez les adultes entre 20 et 100 ans (n = 91 131, dont 15% âgés de 70 à 100 ans, 57% de femmes), sans ATS, diabète ou traitements hypocholestérolémiants préalables. L'augmentation du Low Density Lipoprotein (LDL) de 1,0 mmol/l était associée à une augmentation significative du risque d'infarctus (Hazard Ratio (HR): 1,25, intervalle de confiance à 95% (IC 95%): 1,12-1,40 dans le groupe 70-79 ans, et HR: 1,28, IC 95%: 1,08-1,52 dans le groupe

80-100 ans) et d'ATS (HR: 1,12 et 1,16, respectivement). Postulant, sous statines à dose modérée, une réduction du risque de 30% pour l'infarctus et de 22% pour l'ATS pour chaque diminution de 1,0 mmol/l de LDL, le nombre de patients à traiter durant 5 ans (NNT) afin d'éviter un événement était beaucoup plus faible chez les 70 à 100 ans par rapport aux plus jeunes, tant pour l'infarctus (NNT: 145 (70-79 ans) et 80 (80-100 ans) vs 439 pour les 50-59 ans) que pour l'ATS (NNT: 164 (70-79 ans) et 42 (80-100 ans) vs 345 pour les 50-59 ans).

Mais les hypolipémiants ont-ils encore un effet après 75 ans? Une revue systématique et méta-analyse de 29 essais randomisés et contrôlés a justement étudié l'effet de ces traitements (statines (55%), ézétimibe (29%) et inhibiteurs de la proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 9 (PCSK9) (16%)) chez des patients âgés de 75 ans et au-delà (n = 21 942).<sup>2</sup> Les hypocholestérolémiants étaient associés à une réduction du risque d'événements cardiovasculaires majeurs (risque relatif (RR): 0,74; IC 95%: 0,61-0,89), indépendamment du type de traitement (statines vs autres). À noter que la majorité des essais inclus étaient en prévention secondaire.

Qu'en est-il des statines en prévention primaire chez les personnes âgées? Une étude rétrospective d'une cohorte de vétérans américains, âgés de 75 ans et plus, a investigué l'association entre nouvelle prescription de statines en prévention primaire et mortalité (n = 326 981, âge moyen 81,1 ± 4,1 ans, 97% d'hommes, 91% de Caucasiens).<sup>3</sup> Durant un suivi de près de 7 ans, les vétérans nouvellement traités par statines avaient une mortalité toutes causes confondues réduite de 25% (différence de taux d'incidence (DTI) pour 1000 patients-année: -19,5; HR: 0,75; IC 95%: 0,74-0,76), une mortalité cardiovasculaire réduite de 20% (DTI: -3,1; HR: 0,8; IC 95%: 0,78-0,81) et une réduction de 8% de survenue d'événements cardiovasculaires (DTI: -4,1; HR: 0,92; IC 95%: 0,91-0,94) par rapport aux vétérans sans statines. Les résultats concernant la mortalité étaient similaires chez les patients de 90 ans et plus (HR: 0,80; IC 95%: 0,74-0,86 et HR: 0,82; IC 95%: 0,72-0,94 pour la mortalité toutes causes et cardiovasculaire, respectivement) et dans le sous-groupe de patients souffrant de démence (HR: 0,73; IC 95%: 0,70-0,76 et HR: 0,73; IC 95%: 0,67-0,80, pour la mortalité toutes causes et cardiovasculaire). En revanche, la survenue d'infarctus du myocarde ou d'AVC ischémique n'était pas réduite chez ces deux sous-groupes.

Mais si ces études suggèrent des bénéfices associés à la prescription de statines, y compris à l'âge avancé et en prévention primaire, quel délai faut-il pour observer des bénéfices (Time To Benefit (TTB)) après leur introduction?<sup>4</sup> Une méta-analyse publiée à la mi-novembre portant sur les patients âgés de 50 à 75 ans (8 essais randomisés contrôlés, 65383 patients, 66,3% d'hommes) suggère un TTB de 2,5 ans.<sup>5</sup>

<sup>a</sup>Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique, CHUV, 1011 Lausanne  
daphne.germann@chuv.ch | camille.cochet@chuv.ch  
yana.apostolova@chuv.ch | luigia.fratangelo@chuv.ch  
maria-angela.gagliano@chuv.ch | sylvain.nguyen@chuv.ch  
christophe.bula@chuv.ch

La question de l'arrêt des statines (déprescription) se pose aussi fréquemment. Une étude de cohorte s'est intéressée aux facteurs prédictifs de l'arrêt d'un traitement de statines en prévention primaire chez des patients de 65 ans et plus (n = 13 110) admis en long séjour avec espérance de vie limitée ou démence avancée.<sup>6</sup> L'incidence cumulative d'arrêt à 91 jours était de 31% (IC 95%: 30-32%) mais variait si les patients étaient identifiés comme en fin de vie/soins palliatifs ou pas (52 vs 25%). Les facteurs prédictifs d'arrêt des statines étaient les marqueurs de mauvais pronostic (polymorbidité, démence avancée, dépendance, polymédication), tandis qu'obésité, insuffisance cardiaque ou admission depuis un contexte non hospitalier diminuaient la probabilité d'arrêt.

Cette étude met en lumière nos difficultés pour déprescrire malgré les évidences d'amélioration de la qualité de vie sans augmentation de la mortalité chez les patients dont l'espérance de vie est inférieure à une année.<sup>7</sup> Ces facteurs, mis en évidence dans une revue récente des guidelines sur les statines chez les personnes âgées, sont présentés dans le **tableau 1**.<sup>8</sup>

La question de la prescription et de la déprescription des statines chez les personnes âgées reste un sujet chaud. Ces différentes études ainsi que l'arrivée progressive de nouvelles cohortes âgées souffrant de moins de comorbidités entretiennent le débat. La **figure 1** propose un algorithme décisionnel pour nous aider dans cette réflexion vers une décision - idéalement - partagée, en attendant la publication d'essais en cours (STAREE et PREVENTABLE) incluant cette fois des patients de 75 ans et plus.

### DIABÈTE: QUELLES IMPLICATIONS DES NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT POUR LES PATIENTS ÂGÉS?

Les récentes études EMPA-REG OUTCOME, DAPA HF, CREDENCE et LEADER ont montré une diminution des événements cardiovasculaires ou rénaux chez les diabétiques

**TABLEAU 1** Décision thérapeutique et statines

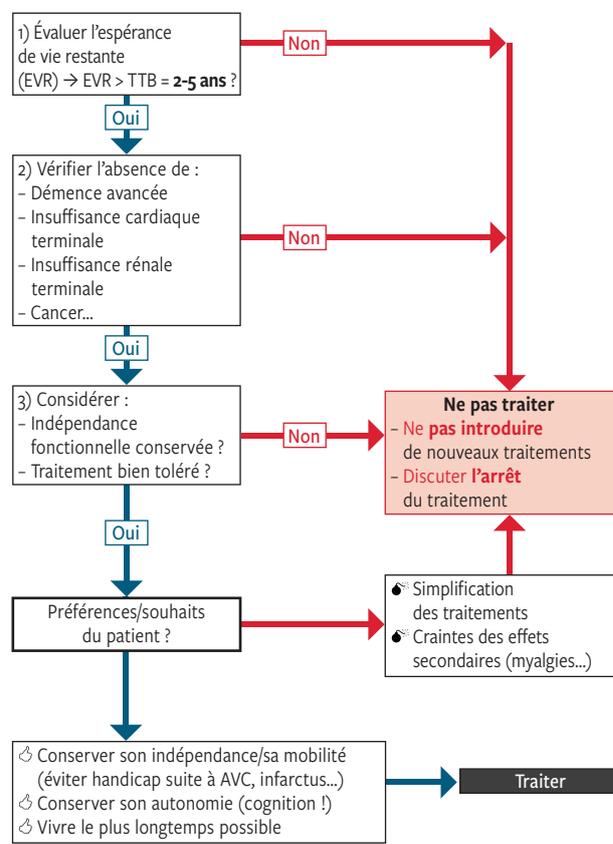
EMS: établissement médico-social; QRISK2, PCE, Framingham Risk Evaluator: calculateurs de risque cardiovasculaire.

Considérer «prescrire»	Considérer «déprescrire/ne pas prescrire»
<p><b>Évaluation par le médecin:</b> Calculer le risque cardiovasculaire (SCORE, QRISK2, PCE ou Framingham Risk Evaluator)</p> <p><b>Priorités du patient:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Désir de vivre le plus longtemps possible</li> <li>• Éviter le handicap dû à des événements cardiovasculaires (AVC, insuffisance cardiaque, multiples hospitalisations)</li> </ul>	<p><b>Évaluation par le médecin:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espérance de vie estimée &lt; 2,5 ans (fin de vie, soins palliatifs, maladie en stade terminal, démence avancée, insuffisance rénale terminale, insuffisance cardiaque, cancer terminal, fragilité importante), patients dépendants</li> <li>• Résident d'EMS</li> <li>• Polymorbidité</li> <li>• Polymédication</li> <li>• Effets secondaires des statines</li> </ul> <p><b>Priorités du patient:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Souhait de simplifier sa médication</li> <li>• Meilleure fonction physique possible</li> <li>• Crainte des effets secondaires musculaires</li> </ul>

(Adapté de réf. 4-8,14).

**FIG 1** Algorithme décisionnel pour la prescription/déprescription

EVR: espérance de vie résiduelle estimée; TTB: Time To Benefit, délai temporel pour observer les bénéfices d'un traitement/d'une intervention après son introduction.



(Adaptée de réf. 4,8).

de type 2 sous traitement par inhibiteur du sodium-glucose de type 2 (SGLT2) (empagliflozine, dapagliflozine, canagliflozine) ou agoniste du glucagon-like peptide-1 (GLP-1) (liraglutide, sémaglutide, exénatide).<sup>9-12</sup> Le mécanisme protecteur postulé serait indépendant de l'effet hypoglycémiant, via une inhibition de l'inflammation cardiovasculaire et de la fibrose, une diminution de la rétention hydrosodée et de l'hyperfiltration glomérulaire. Dans ce contexte, les nouvelles recommandations de l'American Diabetes Association (ADA) proposent, en plus de la metformine et indépendamment de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c), l'adjonction précoce d'un inhibiteur du SGLT2 ou d'un agoniste du GLP-1 chez les patients avec une maladie cardiovasculaire ou une ATS avérées, une insuffisance cardiaque, une insuffisance rénale chronique ou qui sont à haut risque d'événements cardiovasculaires (> 55 ans avec sténose coronarienne, carotidienne, des membres inférieurs > 50% ou hypertrophie ventriculaire gauche).<sup>13</sup>

Outre la présence d'une maladie cardiovasculaire, les objectifs de traitement et le choix de la 2<sup>e</sup> ligne de traitement doivent tenir compte des préférences du patient, de son état fonctionnel, du profil d'effets secondaires et des coûts (**tableau 2**).<sup>14</sup> Ainsi, ces recommandations sont applicables aux patients

TABLEAU 2

## Proposition de prise en charge du diabète de type 2 chez la personne âgée

GLP1: glucagon-like peptide-1; HbA1c: hémoglobine glyquée; IC: insuffisance cardiaque; iDPP4: inhibiteur de la dipeptidyl-peptidase 4; IMC: indice de masse corporelle; IRC: insuffisance rénale chronique; iSGLT2: inhibiteur du transporteur sodium-glucose 2; MCV: maladie cardiovasculaire.

## Mesures hygiéno-diététiques, activité physique et nutrition

HbA1c et glycémies cibles selon l'état de santé du patient

Patient robuste	Patient vulnérable	Patient dépendant
7,0-7,5% 5,0-8,0 mmol/l	7,5-8,0% 5,5-9,0 mmol/l	7,5-8,5% 5,5-11,0 mmol/l

1<sup>er</sup> choix de traitement médicamenteux: **metformine<sup>a</sup>**

- Si MCV ou à haut risque de MCV: analogue du GLP1<sup>c</sup> ou iSGLT2<sup>b</sup>
- Si IC ou IRC: iSGLT2<sup>b</sup> ou analogue du GLP1<sup>c</sup>

2<sup>e</sup> ligne de traitement si metformine ou thérapie combinée insuffisante

iSGLT2 <sup>b</sup> ou analogue du GLP1 <sup>c</sup> ou iDPP4 <sup>d</sup> Insuline	(iSGLT2 <sup>b</sup> ou analogue du GLP1 <sup>c</sup> )? ou iDPP4 Insuline	(iDPP4) Insuline

## Contre-indications:

<sup>a</sup> metformine si clairance < 30 ml/min

<sup>b</sup> iSGLT2 si clairance < 45 ml/min pour l'empagliflozine et la dapagliflozine; la canagliflozine est autorisée si la clairance se situe entre 30 et 45 ml/min si l'albuminurie est > 300 mg/g

<sup>c</sup> GLP1 si IMC < 35 kg/m<sup>2</sup>

<sup>d</sup> iDPP4 seulement en l'absence d'analogue du GLP1

## Remarques:

Inhibiteurs du SGLT2: risque d'hypotension orthostatique et d'infection urinaire

Analogue du GLP1: effets indésirables gastro-intestinaux

Inhibiteur de la DPP4: linagliptine (Trajenta): pas d'adaptation par rapport à la fonction rénale

sitagliptine (Januvia): max 50 mg si clairance < 45 ml/min  
max 25 mg si clairance < 30 ml/min

Analogue du GLP1: soumis à la prescription du spécialiste en endocrinologie

(Adapté de réf. 13,14).

âgés robustes, mais sont à évaluer avec prudence chez les patients âgés vulnérables, voire contre-indiquées chez les patients âgés dépendants.

Malgré l'enthousiasme déclenché par les bénéfices, notamment cardiovasculaires, des inhibiteurs du SGLT2, la prudence reste de mise chez les patients âgés vulnérables et, surtout dépendants, peu ou pas représentés dans ces études.

Réévaluer régulièrement (tous les 6 à 12 mois) les traitements, leur tolérance et les objectifs avec le patient diabétique reste une stratégie payante.

## HYPERTENSION: DÉPRESCRIPTION, PRESCRIPTION, ET CASCADE THÉRAPEUTIQUE

L'essai randomisé contrôlé ouvert OPTIMISE a évalué l'interruption d'un traitement antihypertenseur (anti-HTA) sur la tension artérielle systolique (TAS) chez des patients âgés de plus de 80 ans et sous au moins 2 molécules (n = 569, âge moyen: 84,8 ans, 48,5% de femmes).<sup>15</sup> Dans cette étude de non-infériorité à 12 semaines, la réduction du traitement n'était pas

associée à un moins bon contrôle tensionnel (86,4 vs 87,7% avec cible TAS < 150/90 mmHg). Les événements indésirables étaient augmentés mais de manière non significative par rapport au groupe contrôle (4,3 vs 2,4%; RR: 1,72; IC 95%: 0,7-4,3). Un tiers (34%) des participants du groupe intervention ont dû reprendre leur traitement anti-HTA à la 12<sup>e</sup> semaine.

Dans une étude rétrospective communautaire chez les patients âgés (n = 339 019, âge moyen: 74,5 ans, 56,5% de femmes), l'introduction d'un anticalcique (quels que soient la molécule et le dosage) était associée à un risque accru de cascade thérapeutique sous forme d'adjonction d'un diurétique 1,7 à 2,2 fois plus souvent dans l'année qui suivait qu'après introduction d'un IECA, d'un sartan ou de tout autre nouveau médicament.<sup>16</sup>

L'étude prospective randomisée, contrôlée, multicentrique HYGIA a comparé l'effet de la prise du traitement anti-HTA au coucher versus au lever sur la réduction du risque cardiovasculaire (n = 19 084, 44% de femmes, âge moyen: 60,5 ans, suivi de 6,3 ans).<sup>17</sup> La prise nocturne était associée à un meilleur contrôle tensionnel et à une réduction du risque d'événements cardiovasculaires (HR: 0,55; IC 95%: 0,50-0,61), ainsi que d'AVC, infarctus, décès cardiovasculaire, insuffisance cardiaque et artériopathie périphérique. L'hypothèse serait un meilleur contrôle de la TA nocturne se rapprochant de la situation physiologique de dipper durant le sommeil.

Face à tout nouveau symptôme ou signe chez un patient âgé, se souvenir de rechercher en priorité l'éventuel médicament coupable pour éviter une prescription en cascade. Tenter la déprescription et conseiller une prise du traitement antihypertenseur complètement cette panoplie d'interventions réalisables avec bénéfices potentiels importants.

Espérons que les résultats de l'étude HYGIA, récemment mis en doute, soient confirmés!

## COGNITION

Une revue systématique s'est intéressée à la performance (sensibilité (Se) et spécificité (Sp) médianes) des tests de dépistage chez les personnes âgées avec suspicion de troubles cognitifs.<sup>18</sup> Le Mini-Mental State Examination (Se: 0,88; Sp: 0,94), le Montréal Cognitive Assessment (Se: 0,94; Sp: 0,94) et le test de l'horloge (Se: 0,79; Sp: 0,88) figuraient parmi les meilleurs tests pour distinguer les patients avec démence de type Alzheimer (DTA) de ceux avec cognition normale. Leurs performances étaient moins bonnes pour distinguer entre DTA et Mild Cognitive Impairment (MCI).

Un essai randomisé contrôlé pragmatique n'a pas montré de bénéfices ni d'inconvénients du dépistage des DTA dans une population communautaire (n = 4005, âge médian: 74,2 ans, 66% de femmes, 67% de Caucasiens), en particulier en termes d'anxiété et de dépression.<sup>19</sup> Ces résultats confirment ceux d'une étude précédente qui avait montré que le diagnostic de DTA avait permis de diminuer significativement l'anxiété chez les patients et leurs conjoints, sans augmenter leur risque de dépression.<sup>20</sup>

Une revue systématique a évalué les performances des examens complémentaires dans le diagnostic des DTA.<sup>21</sup> Les examens de neuro-imagerie par PET amyloïde (Se: 0,91; Sp: 0,92), PET-FDG (Se: 0,89; Sp: 0,74) et IRM (Se: 0,91; Sp: 0,89) avaient de bonnes performances, contrairement aux biomarqueurs. La combinaison de l'imagerie cérébrale avec les biomarqueurs céphalorachidiens n'a pas été analysée dans cette étude. Cependant, une étude préliminaire de la P-tau 217, un marqueur plasmatique de la maladie d'Alzheimer, a montré des performances très prometteuses.<sup>22</sup>

Sur le plan pharmacologique, une revue systématique a montré un gain cognitif modeste du traitement par inhibiteurs de la cholinestérase (ICHÉ) ou la mémantine à 3 mois, sans amélioration fonctionnelle et au prix de retrait thérapeutique en raison d'effets secondaires.<sup>23</sup> Concernant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence, les données étaient insuffisantes, tant pour les procognitifs, les neuroleptiques, les antidépresseurs que les antiépileptiques.<sup>23</sup> Cette étude tend à confirmer l'utilité limitée des procognitifs.

Dans ce contexte, une étude rétrospective longitudinale, en établissements médico-sociaux (EMS) (n = 37 106, 77% de sujets âgés de plus de 80 ans, 76% de femmes, 79% de Caucasiens) a montré que la déprescription des ICHÉ n'était pas associée à un risque augmenté de transfert aux urgences, d'hospitalisation ou de mortalité (OR ajusté: 1,0; IC 95%: 0,95-1,07), mais l'était à une diminution significative du risque de chute et fracture (OR ajusté: 0,65; IC 95%: 0,56-0,73).<sup>24</sup>

Si les données concernant les marqueurs plasmatiques se confirment, cette étude pourrait bien marquer un tournant dans la stratégie diagnostique des troubles neurocognitifs majeurs. En attendant, la stratégie diagnostique actuelle paraît confortée, quand bien même les réponses thérapeutiques restent désespérément frustrantes. Un article récent passe en revue ces aspects.<sup>25</sup>

## CHUTES ET FRACTURES

Qui n'a jamais été confronté à une suspicion de fracture fémorale proximale (FFP) devant des coxalgies sans fracture à la radiographie? Une revue systématique et méta-analyse (n = 29 992 patients, 66% de femmes, âge moyen: 76,8 ans) révèle que les FFP occultes mais nécessitant un traitement chirurgical s'élevaient à 39% (IC 95%: 35-43%).<sup>26</sup> Dans cette analyse, les facteurs associés aux FFP occultes étaient: un âge supérieur à 80 ans, un traumatisme récent et une fracture «isolée» du grand trochanter. En cas de suspicion clinique de FFP avec une radiographie négative, les auteurs proposent de compléter le bilan par une IRM plutôt qu'un CT-scan, au vu d'une sensibilité de détection limitée à 89%.

Une fois le diagnostic de FFP établi, les études observationnelles rapportent qu'un traitement chirurgical précoce est associé à une diminution de la mortalité et des complications. Dans ce contexte, un récent essai randomisé et contrôlé multicentrique (n = 2970, 69% de femmes, âge moyen: 79 ans, 66% de sujets autonomes pour les activités de la vie quotidienne (AVQ)) montre qu'un traitement chirurgical dans les 6 heures suivant le diagnostic de fracture diminue de manière non significative la survenue de décès et complications à 90 jours (HR: 0,91; IC 95%: 0,72-1,14).<sup>27</sup> Par contre, cette prise en charge était associée à une diminution de survenue d'un état confusionnel aigu (HR: 0,72; IC 95%: 0,58-0,92) et d'infection urinaire, une mobilisation plus rapide, une meilleure antalgie et le gain d'une journée d'hospitalisation.

Quelle stratégie proposer afin de réduire l'incidence des chutes chez les personnes âgées? Plusieurs études apportent des pistes de réflexion. Un premier essai randomisé et contrôlé pragmatique dans une population communautaire à haut risque de chute (n = 506, âge moyen: 78 ans, 53% d'hommes) a évalué l'effet de séances de physiothérapie à l'aide d'un tapis de marche reproduisant des situations de déséquilibre par rapport à une prise en charge standard.<sup>28</sup> Après 3 mois, l'intervention a permis de diminuer les chutes avec blessures de manière significative (RR: 0,43; IC 95%: 0,22-0,75), mais pas le nombre de chutes (RR: 0,83; IC 95%: 0,63-1,09).

Un deuxième essai contrôlé non randomisé a étudié l'implémentation d'une «boîte à outils» de prévention des chutes par des infirmières en milieu hospitalier et qui intégrait des interventions evidence-based, ciblées sur les facteurs de risque spécifiques de chute et faisant intervenir les patients et leurs familles (n = 37 231, âge moyen: 60,9 ans, 53,5% de femmes).<sup>29</sup> Cette implémentation était associée à une diminution significative des chutes (adjusted rate ratio: 0,85; IC 95%: 0,75-0,96). En revanche, un troisième essai randomisé en cluster et contrôlé à domicile n'a pas montré de réduction du taux de fracture d'une intervention multifactorielle dans une population communautaire, comparée au dépistage des facteurs de risque de chute, voire à des conseils envoyés par courrier postal.<sup>30</sup> Une des limitations de cet essai réside dans l'utilisation de questionnaires autorapportés.

Des douleurs persistantes après une chute devraient inciter à pratiquer une IRM à la recherche d'une fracture occulte. Malgré certaines études négatives, l'arsenal de prévention des chutes s'est encore enrichi.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 \*Mortensen MB, Nordestgaard BG. Elevated LDL Cholesterol and Increased Risk of Myocardial Infarction and Atherosclerotic Cardiovascular Disease in Individuals Aged 70-100 Years: A Contemporary Primary Prevention

Cohort. *Lancet* 2020;396:1644-52. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32233-9.

2 \*Gencer B, Marston NA, Im KA, et al. Efficacy and Safety of Lowering LDL Cholesterol in Older Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis of Rando-

mized Controlled Trials. *Lancet* 2020;396:1637-43. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32332-1.

3 Orkaby AR, Driver JA, Ho YL, et al. Association of Statin Use with All-Cause and Cardiovascular Mortality in US

Veterans 75 Years and Older. *JAMA* 2020;324:68-78.

4 Vilas Boas A, Selby K, Cornuz J, et al. Dépistages : que faire au-delà de 75 ans? *Rev Med Suisse* 2020;16:2156-9.

5 Yourman LC, Cenzer SC, Boscardin J,

- et al. Evaluation of Time To Benefit of Statins for the Primary Prevention of Cardiovascular Events in Adults Aged 50 to 75 Years: A Meta-Analysis. *JAMA Intern Med* 2020; epub ahead of print. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.6084.
- 6 Thorpe CT, Sileanu FE, Mor MK, et al. Discontinuation of Statins in Veterans Admitted to Nursing Homes Near End of Life. *J Am Geriatr Soc* 2020;68:2609-19.
- 7 Kutner JS, Batchford PJ, Taylor DH, et al. Safety and Benefit of Discontinuing Statin Therapy in the Setting of Advanced, Life-Limiting Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2015;175:691-700.
- 8 Hawley CE, Roefaro J, Froman DE, et al. Statins for Primary Prevention in Those Aged 70 Years and Older: A Critical Review of Recent Cholesterol Guidelines. *Drugs Aging* 2019;36:687-99.
- 9 Zannad F, Ferreira JP, Pocock SJ, et al. SGLT2 Inhibitors in Patients with Heart Failure with Reduced Ejection Fraction: a Meta-Analysis of the EMPEROR-Reduced and DAPA-HF Trials. *Lancet* 2020;396:819-29.
- 10 McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, et al. Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection (DAPA-HF). *N Engl J Med* 2019;381:1995-2008. DOI: 10.1056/NEJMoa1911303.
- 11 Perkovic V, Jardine MJ, Neal B, et al. Canagliflozin and Renal Outcomes in Type 2 Diabetes and Nephropathy (CRE-DENCE). *N Engl J Med* 2019;380:2295-306. DOI: 10.1056/NEJMoa1811744.
- 12 Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, et al. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes (LEADER). *N Engl J Med* 2016;375:311-22. DOI: 10.1056/NEJMoa1603827.
- 13 Doyle-Delgado K, Chamberlain JJ, Shubrook JH, et al. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment of Type 2 Diabetes: Synopsis of the 2020 American Diabetes Association's Standards of Medical Care in Diabetes Clinical Guideline. *Ann Intern Med* 2020;173:813-21. DOI: 10.7326/M20-2470.
- 14 Smith C, Rubli E, Senn N, et al. Patients âgés vulnérables au cabinet : comment les identifier et quelles ressources mobiliser ? *Rev Med Suisse* 2014;10:2077-80.
- 15 Sheppard JP, Burt J, Lown M, et al. Effect of Antihypertensive Medication Reduction vs Usual Care on Short-term Blood Pressure Control in Patients With Hypertension Aged 80 Years and Older: The OPTIMISE Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2020;323:2039-51. DOI: 10.1001/jama.2020.4871.
- 16 \*Savage RD, Visentin JD, Bronskill SE, et al. Evaluation of a Common Prescribing Cascade of Calcium Channel Blockers and Diuretics in Older Adults With Hypertension. *JAMA Intern Med* 2020;180:643-51. DOI: 10.1001/jamainternmed.2019.7087.
- 17 \*Hermida RC, Crespo JJ, Dominguez-Sardiña M, et al. Bedtime Hypertension Treatment Improves Cardiovascular Risk Reduction: The Hygia Chronotherapy Trial. *Eur Heart J* 2019;ehz754. Disponible sur : doi.org/10.1093/eurheartj/ehz754.
- 18 Hemmy LS, Linskens EJ, Silverman PC, et al. Brief Cognitive Tests for Distinguishing Clinical Alzheimer-Type Dementia From Mild Cognitive Impairment or Normal Cognition in Older Adults With Suspected Cognitive Impairment. *Ann Intern Med* 2020;172:678-87. DOI: 10.7326/M19-3889.
- 19 Fowler NR, Perkins AJ, Gao S, et al. Risks and Benefits of Screening for Dementia in Primary Care: The Indiana University Cognitive Health Outcomes Investigation of the Comparative Effectiveness of Dementia Screening (IU CHOICE) Trial. *J Am Geriatr Soc* 2020;68:535-43. DOI: 10.1111/jgs.16247.
- 20 Carpenter BD, Xiong C, Porensky EK, et al. Reaction to a Dementia Diagnosis in Individuals with Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:405-12.
- 21 Fink HA, Linskens EJ, Silverman PC, et al. Accuracy of Biomarker Testing for Neuropathologically Defined Alzheimer Disease in Older Adults With Dementia. *Ann Intern Med* 2020;172:669-77. DOI: 10.7326/M19-3888. PMID: 32340038.
- 22 \*Palmqvist S, Janelidze S, Quiroz YT, et al. Discriminative Accuracy of Plasma Phospho-tau217 for Alzheimer Disease and Other Neurodegenerative Disorders. *JAMA* 2020;324:772-81.
- 23 Fink HA, Linskens EJ, MacDonald R, et al. Benefits and Harms of Prescription Drugs and Supplements for Treatment of Clinical Alzheimer-Type Dementia. *Ann Intern Med* 2020;172:656-68. DOI: 10.7326/M19-3887. PMID: 32340037.
- 24 Niznik JD, Zhao X, He M, et al. Risk for Health Events After Deprescribing Acetylcholinesterase Inhibitors in Nursing Home Residents With Severe Dementia. *J Am Geriatr Soc* 2020;68:699-707. DOI: 10.1111/jgs.16241. PMID: 31769507.
- 25 \*\*Livingston G, Huntley J, Sommerland A, et al. Dementia Prevention, Intervention, and Care: 2020 Report of the Lancet Commission. *Lancet* 2020;396:413-46. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.
- 26 \*Haj-Mirzaian A, Eng J, Khorasani R, et al. Use of Advanced Imaging for Radiographically Occult Hip Fracture in Elderly Patients: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Radiology* 2020;296:521-31. DOI: 10.1148/radiol.2020192167.
- 27 HIP ATTACK Investigators. Accelerated Surgery Versus Standard Care in Hip Fracture (HIP ATTACK): An International, Randomised, Controlled Trial. *Lancet* 2020 ;395:698-708. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30058-1.
- 28 Lurie JD, Zagaria AB, Ellis L, et al. Surface Perturbation Training to Prevent Falls in Older Adults: A Highly Pragmatic, Randomized Controlled Trial. *Phys Ther* 2020;100:1153-62. DOI: 10.1093/ptj/pzaa023.
- 29 Dykes PC, Burns Z, Adelman J, et al. Evaluation of a Patient-Centered Fall-Prevention Tool Kit to Reduce Falls and Injuries. *JAMA Network Open* 2020;3:e2025889.
- 30 Lamb SE, Bruce J, Hossain A, et al. Screening and Intervention to Prevent Falls and Fractures in Older People. *N Engl J Med* 2020;383:1848-59.

\* à lire

\*\* à lire absolument