

# Médecine préventive en gériatrie

## *Preventive geriatrics*

**B. Namias**

Service de Gériatrie, Hôpital français - César De Paepe, Site César de Paepe, U.L.B.

### RESUME

*Cet article résume les recommandations concernant les mesures préventives chez le patient gériatrique dans les soins primaires. Il s'intéresse tant au dépistage, qu'à la vaccination, à la chimoprophylaxie et aux conseils. Il se base principalement sur les recommandations de l'association américaine U.S. Preventive Services Task Force. Sont abordés : les dépistages de l'hypertension artérielle, du déficit visuel ou auditif, des cancers du sein, du côlon, du col de l'utérus, de la prostate, des dyslipidémies, de la dépression, de l'ostéoporose ; les vaccinations antipneumococcique et antigrippale ; la chimoprophylaxie par œstrogènes, par raloxifène, par acide acétylsalicylique ; la prévention des chutes ; la promotion de l'exercice physique et d'une bonne hygiène alimentaire. Cet article souligne les multiples modifications récentes par rapport aux recommandations de 1996.*

*Rev Med Brux 2003 ; 24 : 391-9*

### ABSTRACT

*This paper gives a summary of check-up and preventive recommendations for elderly. It concerns screening, vaccination, chemoprophylaxy, and counseling. It is mainly based on the recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. It approaches the screening of hypertension, visual and auditive impairment, breast, colorectal, cervical, prostate cancers, about dyslipidemia, depression, osteoporosis, vaccination against influenza, pneumococcal infection, and chemoprophylaxy by estrogen, raloxifene, acetylsalicylic acid. There is also counseling in the prevention of falls, exercises, and diet. This summary underlines the multiple recent changes compared with the 1996 recommendations.*

*Rev Med Brux 2003 ; 24 : 391-9*

*Key words : elderly, prevention, screening, chemoprophylaxy, counseling, vaccination*

### INTRODUCTION

Depuis plusieurs dizaines d'années, les médecins ont relevé l'importance de la prévention en termes de santé publique. Les succès de la prévention ont été flagrants : disparition de la poliomyélite, de la rubéole, diminution importante de la fréquence des cancers du col, diminution de la fréquence des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Déjà dans les années 20, l'*American Medical Association* recommandait un examen physique comme check-up de routine. Puis vinrent s'ajouter naturellement les méthodes d'investigation disponibles (laboratoire, radiographie, etc.). Si l'utilité de certaines investigations à visée diagnostique (radiographie, tests de laboratoire, échographie) ou vaccinations ne fait aucun doute et a été clairement démontrée, l'utilisation de ces investigations ou mesures proposées à une population asymptomatique en vue de prévention soulève de nombreuses questions quant à leur efficacité.

En 1976, le gouvernement canadien confia au CTF (*Canadian Task Force*) l'examen de l'ensemble des actions préventives proposées afin de déterminer leur efficacité en termes médicaux mais aussi financiers. Ne se basant plus sur l'expérience, l'avis d'experts ou l'habitude, les membres du CTF ont développé des critères permettant de juger de la qualité de la preuve pour chacune des investigations. Ceci a permis d'établir des recommandations qualifiées selon la force de la preuve, constituant un outil de travail essentiel pour tout médecin spécialiste ou généraliste.

En 1984, l'*USPSTF (United States Preventive Services Task Force)* se vit confier la même mission aux Etats-Unis. Leurs conclusions sont mises à jour régulièrement en fonction de nouvelles données disponibles.

De multiples recommandations ont été étudiées, gradées suivant la démonstration de leur efficacité. Elles s'adressent à une population générale asymptomatique

et le plus souvent, à des sous-populations qui présentent certains risques. Nous nous intéresserons en particulier à la prévention chez le patient gériatrique de plus de 75 ans.

Ceci est de plus en plus important car l'espérance de vie de 10 ans en moyenne est atteinte vers 75 ans pour un homme, vers 78 ans pour une femme.

Certaines personnes, en fonction de leur sexe, leur mode de vie, auront encore une espérance de vie de 10 ans à 80, voire à 85 ans. Nous tenterons de distinguer les mesures à proposer uniquement aux patients gériatriques "jeunes vieux" de celles à proposer à tous, même aux patients dits "vieux vieux". Ces patients peuvent bénéficier de prévention afin d'améliorer soit la mortalité, soit la qualité de vie et veiller à éviter les situations de fragilité caractéristique de la personne âgée. Cette prévention doit avoir également un coût raisonnable. Nous nous baserons principalement sur les recommandations de l'USPSTF de 1996 et d'une mise à jour de 2002<sup>1,2,32,33</sup>.

## METHODOLOGIE

Le choix des mesures préventives doit se baser sur des preuves ou les éléments suggérant l'efficacité de celles-ci. Les éléments devront être qualifiés selon la qualité de la preuve :

- I preuve obtenue à partir d'au moins une étude randomisée et contrôlée.
- II-1 preuve obtenue à partir d'une étude contrôlée, bien menée mais non randomisée.
- II-2 preuve obtenue à partir d'étude de cohorte ou d'analyse cas-contrôle, de préférence dans plus d'un centre.
- II-3 preuve obtenue à partir de séries multiples avec ou sans intervention.  
Des résultats évidents d'expérimentation non contrôlée peuvent également être considérés comme appartenant à ce type de preuves.
- III opinions d'autorités scientifiques reconnues basées sur l'expérience clinique, description d'étude ou de rapport de cas, rapport de comités d'experts.

A partir de ces preuves sont élaborées les recommandations qui seront qualifiées suivant la qualité de la preuve :

- A excellente preuve pour inclure une recommandation dans un programme de prévention.
- B bonne preuve pour inclure une recommandation dans un programme de prévention.
- C preuve insuffisante pour inclure ou exclure une recommandation dans un programme de prévention.
- D preuve suffisante pour exclure une recommandation d'un programme de prévention.
- E bonne preuve pour exclure une recommandation d'un programme de prévention.

En fonction du groupe de patients étudiés, il faut définir les conditions cibles en se basant sur les causes les plus fréquentes de décès et de handicap, ou de dépendance, en se basant sur l'incidence et la

prévalence de l'affection, ainsi que sur la possibilité d'une intervention préventive efficace.

Pour la population qui nous intéresse, les causes les plus fréquentes de mortalité et de morbidité sont : les affections cardiaques, les néoplasies (poumon, côlon, sein), les affections cérébrovasculaires, les insuffisances respiratoires, les infections pulmonaires et la grippe. Remarquons qu'une des caractéristiques de ce groupe est la fragilité. Si la définition et l'évaluation de celle-ci restent imprécises, sa prévention spécifique demeure une notion vague. Néanmoins, en gériatrie, de multiples mesures préventives visent indirectement à la réduction de la fragilité.

Des interventions pourront être prises dans le cadre d'une prévention primaire (qui vise à diminuer l'incidence d'une affection), d'une prévention secondaire (qui vise à diminuer la prévalence d'une affection), ou d'une prévention tertiaire (qui vise à diminuer la morbidité liée à un événement).

Quatre types d'interventions peuvent être envisagés : le dépistage, les conseils concernant le mode de vie, l'immunisation et la chimoprophylaxie<sup>1</sup>.

## DEPISTAGE

### Dépistage de l'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle est une affection fréquente. Elle est une des causes principales des affections coronariennes, de l'insuffisance cardiaque, des accidents vasculaires cérébraux, des ruptures d'anévrisme, des affections rénales.

Elle est facile et peu onéreuse à dépister, facile à traiter ; son traitement a clairement montré son efficacité pour la réduction de la morbidité et de la mortalité. C'est le type même de l'affection qu'il faut dépister. Ceci reste vrai pour le patient gériatrique quel que soit son âge. Néanmoins, il faut rester vigilant pour les patients très âgés qui, en général, n'ont pas été inclus dans ces études : chez ces patients, l'introduction d'un traitement antihypertenseur peut entraîner des malaises et augmenter le risques de chutes. Il faudra donc rester très attentif chez le patient très âgé présentant de multiples comorbidités sur l'apparition d'hypotension orthostatique.

L'USPSTF qualifie ce dépistage de grade A avec niveau de preuve I. L'*American Heart Association*, le CTF et les sociétés médicales européennes, ont des recommandations similaires<sup>3-5</sup>.

### Déficit de l'acuité visuelle

Les affections oculaires sont fréquentes et potentiellement graves chez le patient gériatrique : cataracte, dégénérescence maculaire, glaucome. Elles ont des implications importantes sur la qualité de vie, le risque de chute, sur l'aptitude à conduire et nécessitent, dans 25 à 50 % des cas, des mesures thérapeutiques. Près

d'un tiers des patients ont un déficit visuel important et 25 % ont des lunettes mal adaptées. La restauration d'une vision correcte entraîne une amélioration, tant subjective qu'objective, de la fonction visuelle et une amélioration des fonctions intellectuelles.

L'évaluation de l'acuité visuelle par le test de Snellen (Figure) est une mesure qui est qualifiée B par l'USPSTF. Un interrogatoire personnel est jugé insuffisant.

Le glaucome est une cause importante de cécité et de déficit visuel chez le patient âgé. Malgré le bénéfice potentiel d'un dépistage précoce, il n'existe pas d'évidence de l'intérêt d'un *screening* pour plusieurs raisons. Un patient présentant une tension oculaire élevée est à risque de développer un glaucome, mais la plupart d'entre eux ne présenteront jamais de déficit visuel.

Une mesure isolée de la tension oculaire (TO) ne permet pas de détecter tous les glaucomes. De plus, en cas de glaucome, le traitement ne permet pas de prévenir tous les déficits visuels.

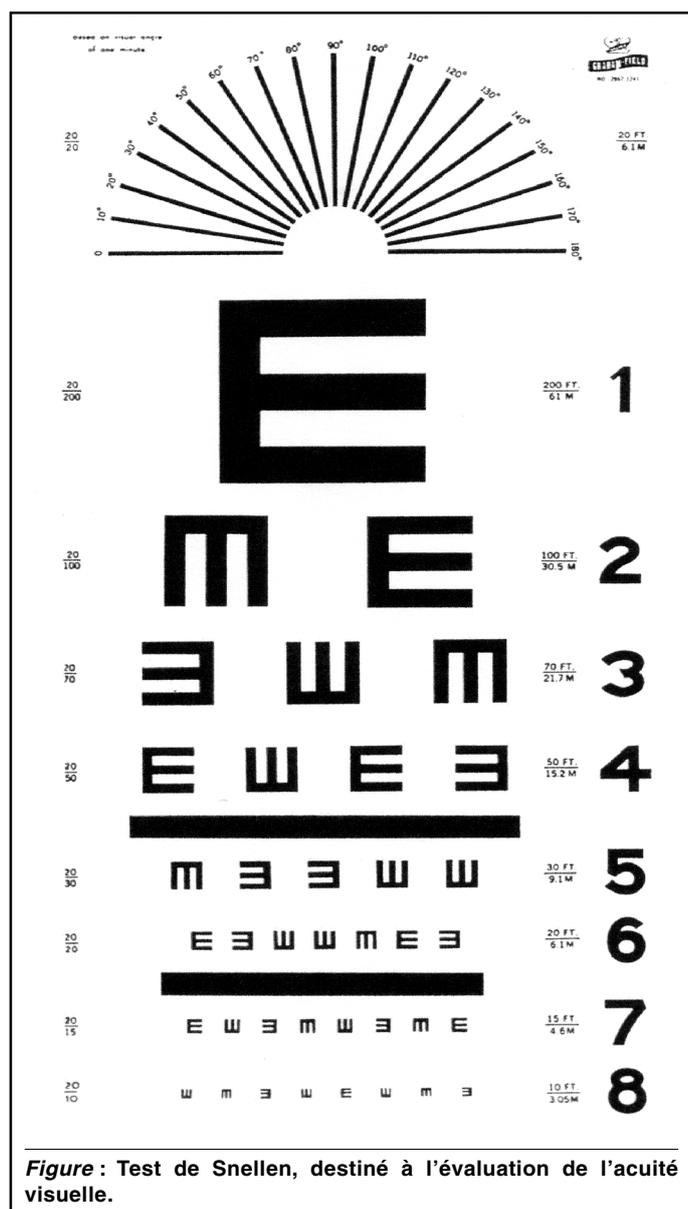


Figure : Test de Snellen, destiné à l'évaluation de l'acuité visuelle.

Les traitements antiglaucomateux ne sont pas dénués d'effets secondaires.

La mesure de la tension oculaire dans le cadre de la prévention du glaucome ne peut actuellement être conseillée ou déconseillée (C I, II2, III).

Il n'y a pas de recommandations particulières sur la réalisation d'un fond d'œil (C III).

L'Académie Américaine d'Ophtalmologie conseille un examen oculaire par un ophtalmologue (fond d'œil, TO, Snellen) à partir de l'âge de 40 ans.

Le CTF conseille de pratiquer un test de Snellen pour les patients de 65 ans et plus, et estime qu'il n'y a pas suffisamment d'éléments pour conseiller ou déconseiller la mesure de la TO, mais que cela peut constituer une mesure prudente pour les patients à risque<sup>6,7</sup>. Pour les patients les plus âgés, éventuellement débilisés ou grabataires, le dépistage peut être pratiqué tant que la collaboration du patient est suffisante.

### Déficit de l'acuité auditive

Un déficit auditif peut être détecté chez 33 % des patients de plus de 65 ans et chez 50 % de ceux de plus de 80 ans, entraînant fréquemment un handicap social et émotionnel. Parmi les multiples méthodes de dépistage (audiométrie, potentiels évoqués auditifs, questionnaire, examen ORL, etc.), le questionnaire pour identifier le déficit auditif est probablement le plus efficace et le moins onéreux. Une étude randomisée démontre une amélioration des fonctions sociales, cognitives, émotionnelles, communicatives chez les patients âgés souffrant de déficit auditif et ayant bénéficié d'un appareil auditif.

Contrairement au dépistage de l'acuité visuelle, l'USPSTF recommande un interrogatoire sur les capacités d'audition (B I, III).

Il n'y a, actuellement, pas suffisamment d'arguments pour conseiller ou déconseiller l'audiométrie dans le cadre d'un dépistage (C I, III).

Le CTF fait les mêmes recommandations.

L'Institut de Médecine recommande une audiométrie par période d'âge : 40-59 ans, 60-74 ans, > 75 ans.

### Dépistage du cancer du sein

L'efficacité du dépistage du cancer du sein a été clairement démontrée depuis de nombreuses années pour les femmes âgées de 50 à 70 ans. C'est une recommandation de type A I, II2.

Pour les femmes de 40 à 50 ans et de plus de 70 ans, le sujet reste très controversé. Récemment, le dépistage par mammographie, dans la tranche d'âge de 40 à 50 ans, a été considéré B II.

Après 70 ans, l'incidence continue à augmenter jusqu'à 80 ans (55 % des tumeurs du sein surviennent chez les patientes de plus de 65 ans).

Les traitements étant efficaces, on peut dès lors supposer que, pour les femmes de plus de 70 ans en bon état général ayant une espérance de vie satisfaisante (> 10 ans), le dépistage est certainement plus efficace. La fréquence de ce dépistage n'est pas définitivement déterminée. Dans la pratique, il est réalisé tous les ans ou tous les 2 ans.

Pour les patientes de plus de 70 ans, l'USPSTF estime qu'on peut conseiller une mammographie de dépistage (B I, II2, III3). Ce *screening* peut être envisagé sur des critères individuels selon les facteurs de risque, l'état général, l'espérance de vie. Pour les patientes les plus âgées, le dépistage ne peut être envisagé que si la patiente est valide avec une espérance de vie d'au moins 10 ans. L'ACP (*American Cancer Society*) et l'ACOG (*American College of Obstetrics and Gynecology*) conseillent une mammographie et la palpation manuelle une fois tous les ans à partir de 50 ans.

L'ACP (*American College of Physicians*) recommande une mammographie tous les 2 ans de 50 à 75 ans et, déconseille ce dépistage à partir de 75 ans.

La palpation annuelle isolée et l'autopalpation sont pratiquement abandonnées<sup>8</sup>.

### Dépistage du cancer du côlon

Le cancer du côlon touche 6 % de la population. Il concerne les deux sexes et constitue donc la deuxième cause de mortalité par cancer. La survie en cas de découverte d'un cancer est très fortement influencée par l'avancement de la maladie. Dans 60 % des cas, des métastases seront présentes lors du diagnostic et le pronostic est alors fort limité. Quand l'atteinte est régionale, la survie est meilleure mais au prix d'une morbidité plus importante (colostomie, chimiothérapie, radiothérapie). En cas d'atteinte localisée, on obtient jusqu'à 90 % de survie. La fréquence de ce cancer augmente de manière importante au-dessus de 65 ans. Le cancer du côlon est dès lors une affection qui pourrait bénéficier d'un dépistage, tant pour le patient d'âge moyen que pour le patient gériatrique.

L'efficacité du dépistage est démontrée depuis plusieurs années. Il permet non seulement une diminution de la prévalence de l'affection mais également une diminution de l'incidence du cancer du côlon puisque le dépistage permet de déceler et de traiter précocement la lésion précancéreuse : le polype.

Mais les modalités (recherche de sang dans les selles, sigmoïdoscopie, colonoscopie, lavement baryté) de ce dépistage font encore l'objet d'un débat et n'ont pas, à ce jour, de réponse définitive. Chacune des méthodes a ses avantages et inconvénients. La recherche de sang dans les selles est clairement efficace

pour diminuer la mortalité spécifique du cancer du côlon. Mais ce dépistage doit être répété annuellement et nécessite un régime sans viande. De plus, la méthode, très sensible, met en évidence de nombreux faux positifs.

La sigmoïdoscopie est également efficace et peu onéreuse, mais elle est plus agressive. L'efficacité de la colonoscopie n'est pas démontrée *strictu sensu* mais est déduite de nombreuses études et par analogie aux autres méthodes de dépistage. Elle est plus agressive, plus onéreuse, mais permet de diminuer fortement les risques de faux positifs et faux négatifs. Elle ne doit être répétée que tous les 7 à 10 ans.

Le risque de perforation, relativement faible, est de 1/500-3.000 mais aura des conséquences dramatiques sur le patient âgé. La colonoscopie nécessite généralement une courte anesthésie.

Pour le patient gériatrique, il n'y a pas de recommandation particulière et il n'y a pas d'argument pour arrêter le dépistage. En effet son efficacité pourrait être plus importante vu la fréquence clairement augmentée de cette affection à partir de 65 ans. Pour chaque patient, il faudra peser les avantages et inconvénients de ce dépistage en fonction de l'état général et de l'espérance de vie. Vu la lourdeur de la préparation et de l'examen, il faudra réserver le dépistage aux patients gériatriques valides, capables de comprendre l'intérêt de ce dépistage, et ayant une espérance de vie d'au moins 10 ans. Les préférences du patient sont également un élément de la décision.

L'USPSTF recommande un dépistage du cancer du côlon à partir de 50 ans (A I).

Les modalités du dépistage restent incertaines : recherche de sang dans les selles (A), sigmoïdoscopie (A), colonoscopie (C), lavement baryté (C).

L'ACS recommande ce dépistage par : soit recherche de sang dans les selles 1 x/an, soit sigmoïdoscopie 1 x/5 ans, soit colonoscopie 1 x/10 ans de 50 ans à 70 ans. L'*American College of Gastroenterology* recommande un dépistage à partir de 50 ans. Néanmoins, pour les patients présentant des antécédents familiaux au premier degré de polypes avant 60 ans ou de néoplasie colique quels que soient l'âge ou le degré de parenté, il propose un dépistage par colonoscopie ; le dépistage devant débuter 5 ans avant l'âge de l'apparition du premier polype chez le proche ou à partir de 40 ans. En Europe, la colonoscopie est l'examen de choix 1 x/10 ans à partir de 50 ans. Comme on le voit, le dépistage du polype et du cancer du côlon est devenu une priorité<sup>9-11</sup>.

### Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le dépistage du cancer du col par la réalisation d'un frottis a permis une réduction de 90 % de la fréquence de cette tumeur. Il s'agit donc d'un *screening* recommandé par toutes les associations médicales à

partir de l'âge de l'activité sexuelle (A I, II2, II3).

Y a-t-il des arguments pour poursuivre ou arrêter ce dépistage à partir de 65 ans ?

L'incidence de cancer invasif à l'âge de 25 ans est faible (1-3/100.000), en fait beaucoup plus faible que celle des groupes de patientes âgées. Le *screening* chez les patientes de gériatrie restera donc efficace, surtout si la patiente n'a jamais bénéficié de dépistage, si elle poursuit une vie sexuelle, si elle a de nouveaux partenaires.

La patiente n'ayant plus de vie sexuelle active, et ayant bénéficié de 3 frottis négatifs ne bénéficiera plus de la poursuite de ces frottis. On le réservera aux patientes valides.

En fait, il semble que le dépistage soit aussi efficace au-delà de 65 ans et il n'y a pas d'argument suffisant pour conseiller ou déconseiller d'arrêter ce dépistage (C III).

L'AAFP recommande l'arrêt du dépistage à partir de 65 ans, si des frottis antérieurs négatifs sont disponibles.

L'ACP recommande le dépistage de 66 à 75 ans 1 x/3 ans s'il n'y a pas de frottis dans les 10 dernières années<sup>12</sup>.

### Dosage du cholestérol

Le dépistage de l'hypercholestérolémie a fait l'objet de multiples controverses. Aujourd'hui, il existe un consensus pour conseiller le dosage du cholestérol à partir de 35 ans pour l'homme et de 45 ans pour la femme. En effet, le risque cardiovasculaire augmente nettement avec l'âge. Le patient gériatrique est dès lors beaucoup plus susceptible de bénéficier d'une diminution de ce risque par l'administration d'un traitement hypolipémiant. En termes de mortalité globale, ce bénéfice au niveau cardiovasculaire est dilué par l'augmentation des autres causes de mortalité et est dès lors plus difficile à démontrer.

Néanmoins, l'USPSTF conseille un dépistage de l'hypercholestérolémie au-delà de 65 ans (A).

Ceci sera d'autant plus efficace que le patient est en bon état, ne souffre pas d'autre affection morbide (maladie pulmonaire obstructive chronique, néoplasie, etc.) et présente uniquement une augmentation de son risque cardiovasculaire (hypertension, diabète, etc.)<sup>13</sup>. Ceci rend inutile le dépistage chez les patients gériatriques grabataires ou présentant une affection mortelle à court terme, autre que cardiovasculaire.

### Dépistage du cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est une tumeur fréquente touchant environ 10 % de la population masculine et représente la cause de 3 % des décès. La détection à un stade précoce est assez aisée par la réalisation

d'un toucher rectal et du dosage des PSA. Néanmoins, l'effet de ce dépistage sur la mortalité est très incertain. En effet, l'histoire naturelle de l'affection est mal connue (on note 15 % de positifs à 50 ans et 50 % à 70 ans) ; de nombreux patients ne développeront pas de symptômes ou auront une évolution indolente. Le traitement chirurgical présente une mortalité faible mais une morbidité importante (impuissance, incontinence, etc.), l'étude de l'efficacité du traitement en termes de mortalité est sujette à de nombreux biais.

En conséquences le dépistage du cancer de la prostate par le toucher rectal (TR) et le dosage des PSA est l'objet de multiples polémiques.

Etant donné qu'il n'est pas actuellement déterminé si ce type de dépistage permet de diminuer la mortalité ou la morbidité, il est impératif de discuter des avantages, des inconvénients et des implications avec le patient avant de pratiquer le dépistage.

L'USPSTF déconseille actuellement de pratiquer ce dépistage D I, II, III.

Les associations en faveur du dépistage conseillent de le proposer entre 50 et 70 ans. Pour le patient gériatrique, il y a actuellement peu d'intérêt pour ce dépistage, vu qu'il risque de surdiagnostiquer l'affection, d'entraîner des mises au point inutiles, pour finalement proposer un traitement dont nous ne sommes pas sûrs de la réelle efficacité dans le cadre d'un dépistage.

L'ACS recommande un dosage du PSA et un toucher rectal à partir 50 ans.

Le CTF ne recommande pas de TR et de dosage du PSA mais il considère qu'il n'y a pas suffisamment d'éléments pour déconseiller ce dépistage entre 50 et 70 ans<sup>14-16</sup>.

### Soins dentaires

Les affections dentaires sont fréquentes et augmentent avec l'âge (95 % de gingivites et périodontites, 50 % d'édentat). Chez le patient gériatrique, les conséquences sont multiples : dénutrition, infections pulmonaires, infections dentaires, diminution de la qualité de vie entraînant une augmentation de la morbidité et de la mortalité. Les soins dentaires sont donc recommandés à tout âge : visite et soins annuels B I, brossage des dents B I, III, utilisation du fil dentaire B I. Si l'efficacité de ces mesures ne fait aucun doute, on connaît mal la meilleure manière de promouvoir ces soins et l'effet exact de ces conseils sur le comportement des patients C II2, II3<sup>1</sup>.

### Dépistage de la dépression

L'USPSTF pense que le dépistage permet de mieux diagnostiquer la dépression et que le traitement pourrait en diminuer la morbidité.

Les essais étudiant l'efficacité de ce dépistage montrent des résultats variables.

Les résultats les meilleurs sont obtenus par une coordination directe entre le dépistage et la prise en charge thérapeutique.

Dans tous les cas, les avantages du dépistage dépassent les inconvénients.

L'USPSTF qualifie la mesure de type B depuis 2002. De multiples questionnaires sont disponibles.

Il semble que le fait de simplement poser 2 questions concernant l'humeur et l'anhédonie (depuis 2 semaines, vous êtes-vous senti déprimé, sans espoir ? ; depuis 2 semaines, avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir dans ce que vous faisiez ?) soit aussi pertinent que d'autres tests. Le choix du test est laissé à l'appréciation du praticien.

Un *screening* positif doit faire rechercher une dépression par les tests complets habituels (DSM IV)<sup>17,18</sup>.

### Dépistage de l'ostéoporose

Le risque de l'ostéoporose augmente clairement avec l'âge. Le risque fracturaire est clairement lié à la présence d'une ostéoporose. Les bénéfices de la détection et du traitement de l'ostéoporose sur le risque fracturaire sont clairement démontrés pour les biphosphonates. D'autres traitements (hormonothérapie, SERM (*selective estrogen receptor modulator*), calcitonine) ont également démontré leur efficacité dans la diminution du risque fracturaire. Le NNT (*number need to treat*) pour une fracture de la hanche est 227, le NNS (*number need to screen*) est de 7.500 pour les femmes de 50 ans. Le NNT est de 88, le NNS de 731 pour les femmes de 65 ans. Le NNT est de 41, le NNS de 143 pour une femme de 75 ans. L'ostéodensitométrie du col fémoral et de la colonne lombaire (*Dual-energy X-ray absorptiometry*) est considérée comme un standard. L'USPSTF recommande depuis 2002, le dépistage de l'ostéoporose pour les femmes de 65 ans et pour celles de 60 ans avec un ou des facteurs de risque (recommandation B). Sont considérés comme facteurs de risque : les antécédents fracturaires personnels ou familiaux, l'absence de prise de poids, la taille, l'hyperthyroïdie, l'utilisation de benzodiazépines ou d'anticonvulsivants, l'absence de marche ou d'exercice, la difficulté de se lever d'une chaise. La *National Osteoporosis Foundation* recommande une densitométrie pour toutes les femmes de plus de 65 ans. Le NIH (*National Institute of Health*) conclut en 2000, que la preuve de l'efficacité du dépistage de l'ostéoporose n'est pas encore établie. Pour les patients les plus âgés, il paraît raisonnable de limiter le dépistage aux patients toujours capables de marcher et présentant un réel risque fracturaire<sup>19</sup>.

### Dépistage des troubles métaboliques

Le dépistage du diabète chez tout patient est une mesure peu efficace (C II2).

Il faut réserver le dépistage du diabète de type 2 par le dosage du glucose à jeun aux patients présentant des facteurs de risque (obésité, antécédents familiaux, etc.).

Le dépistage des dysthyroïdies est également peu efficace et il n'y a pas suffisamment de preuves pour le conseiller ou le déconseiller (C). Il faudra néanmoins rester attentif à des symptômes et signes discrets et non spécifiques (fatigue, modifications de poids).

### VACCINATION

#### Vaccin antipneumocoque

L'infection à pneumocoques est très fréquente, surtout dans la population de plus de 65 ans, représentant jusqu'à 15 % des pneumonies communautaires, parmi lesquelles 25 % de mortalité.

La vaccination antipneumococcique des patients de plus de 55 ans a été démontrée efficace en diminuant l'incidence et la mortalité.

L'USPSTF conseille la vaccination pour les patients de plus de 65 ans (B II2).

Le CTF considère qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour conseiller ou déconseiller cette vaccination<sup>1</sup>.

#### Vaccin antigrippe

La grippe est source fréquente d'incapacité, de malaises et chaque épidémie est accompagnée d'un excès de mortalité : 90 % des décès dus à la grippe concernent des patients de plus de 65 ans.

Une étude de cas-contrôle sur des patients de plus de 65 ans montre que la vaccination antigrippale prévient 40 % d'hospitalisations dues à la grippe ou à un pneumocoque, 45 % de décès dus à des causes respiratoires.

La vaccination antigrippale est une mesure conseillée pour les plus de 65 ans (B I, II2). Cette mesure est à conseiller chez tous les patients, même les plus âgés ou grabataires, car non seulement elle constitue une prévention individuelle, mais elle limite également la propagation de l'épidémie.

Rappelons que la vaccination contre la grippe du personnel médical et paramédical constitue une prévention efficace tant pour le personnel que pour leurs patients, particulièrement en gériatrie<sup>20,21</sup>.

## Vaccin anti-tétanos diphtérie

La vaccination anti-tétanos diphtérie est une recommandation de type A I à tout âge et doit être répétée tous les 10 ans.

## CHIMIOPROPHYLAXIE

### Prévention post-ménopausique de l'ostéoporose par les œstrogènes

Le traitement œstrogénique substitutif constitue une prévention efficace de l'ostéoporose et de ses conséquences. Il est utilisé de manière étendue dans cette indication. Cette mesure diminue probablement le risque de cancer du côlon. Les effets bénéfiques sur le risque de démence restent incertains. Des études épidémiologiques avaient fait espérer que ce traitement pourrait diminuer le risque cardiovasculaire. Ce bénéfice n'a jamais pu être démontré dans des études prospectives et est largement contesté aujourd'hui. Par ailleurs, le traitement de substitution augmente le risque de cancer du sein, de l'utérus, le risque thrombo-embolique et probablement le risque d'AVC. Un contrôle régulier de la mammographie est nécessaire. L'adjonction d'un progestatif est souvent nécessaire pour contrecarrer l'effet sur l'endomètre. Certaines études prospectives récentes (HERS, WHI) mettent en évidence que l'association œstroprogestative peut provoquer une augmentation du risque cardiovasculaire. De plus, pour la patiente gériatrique, l'âge augmente le risque thrombo-embolique : il sera encore multiplié par 2 ou 3 par l'adjonction d'un traitement de substitution. L'USPSTF a revu récemment sa position. Elle considère aujourd'hui que les inconvénients d'une substitution œstroprogestative dépassent vraisemblablement les bénéfices sur les affections chroniques pour la plupart des femmes et donc, fait une recommandation contre l'utilisation d'une association œstroprogestative (recommandation D). Ceci ne remet pas en question les traitements des symptômes de la ménopause. L'USPSTF considère qu'il n'y a pas, actuellement, d'éléments pour conseiller ou déconseiller l'utilisation à visée préventive d'un œstrogène chez les patientes hystérectomisées (recommandation C).

L'*American College of Gynecology*, CTF, ACC font des recommandations encourageant l'utilisation d'une substitution hormonale à visée préventive tout en soulignant que la décision devra être prise individuellement. Ce point de vue sera probablement revu en fonction des études récentes<sup>22-24</sup>.

### Prévention par raloxifène

Le raloxifène est un SERM et est utilisé dans le traitement et la prévention de l'ostéoporose comme les œstrogènes. Il présente l'avantage de diminuer l'incidence du cancer du sein par son action anti-œstrogénique au niveau du sein. Il augmente clairement le risque thrombo-embolique.

L'utilisation du raloxifène dans le cadre de la pré-

vention du cancer du sein fait l'objet de plusieurs études. Si ces caractéristiques sont intéressantes, l'USPSTF estime qu'il n'y a pas lieu, à ce jour, de l'utiliser dans cette indication (recommandation D).

Néanmoins, certaines patientes présentant un haut risque de cancer mammaire et ne présentant pas de risques thrombo-emboliques doivent être informées des bénéfices et inconvénients d'une chimoprévention par tamoxifène et éventuellement raloxifène (les preuves concernant ce dernier sont consistantes mais moins abondantes) (recommandation B)<sup>25</sup>.

### Prévention cardiovasculaire par l'acide acétylsalicylique

Il y a quelques années, les preuves pour recommander l'utilisation de l'acide acétylsalicylique dans le cadre d'une prévention cardiovasculaire étaient insuffisantes. Aujourd'hui, 3 grandes études ont montré de nouvelles informations démontrant l'intérêt de l'AAS dans la prévention primaire des AVC et des cardiopathies ischémiques chez le patient présentant des facteurs de risque. Les doses proposées aujourd'hui ne dépassent pas 100 mg/j. Notons également une discrète augmentation d'un risque hémorragique. Une dose inférieure à 1.225 mg par semaine ne semble pas associée à un risque hémorragique accru. Il s'agit d'une recommandation A I<sup>26</sup>.

## CONSEILS

### Les chutes

Les chutes constituent un problème de santé important chez le patient gériatrique. La fréquence est importante avec un risque de chute de 229/1.000, dont 90 auront des conséquences graves et 14 une hospitalisation. Elles entraînent une mortalité de 150/100.000 dans la population gériatrique (> 85 ans) alors qu'elle n'est que de 5/100.000 dans la population générale.

La moitié des chutes sévères entraînera une institutionnalisation. Une fracture du col du fémur diminue de 10 à 20 % l'espérance de vie dans l'année et la moitié des survivants ne retrouveront pas une fonction normale.

L'augmentation de risque et de la gravité des chutes est liée à des changements physiologiques (instabilité posturale, défaut de perception, troubles de la vision et de l'ouïe, diminution des facultés cognitives, prise médicamenteuse, ostéoporose, syncope, diminution de la force musculaire, etc.), et à des facteurs extérieurs (sol glissant, chaussures inadaptées, obstacles, luminosité, etc.). Dans le cadre de la prévention des chutes, il faudra évaluer et corriger éventuellement chacun de ces facteurs.

Plusieurs études randomisées de programmes d'exercices chez le patient âgé ont démontré une efficacité sur la mobilité, la force, mais pas sur l'équilibre. Certaines études n'ont pu démontrer de diminution du

risque de chute.

De nombreux essais ont démontré l'efficacité d'une intervention multifactorielle (revue du traitement, modification du comportement, évaluation de l'environnement, exercices physiques et d'équilibre) sur la diminution du risque de chute et sur la sévérité de la chute.

L'USPSTF recommande des interventions multifactorielles qui sont qualifiées B I et II2 chez les patients à risque. La réalisation d'exercices physiques spécialisés est qualifiée de B I et II.

Le port de protection est qualifié de C.

Certaines études randomisées démontrent l'efficacité de ces dispositions dans la prévention des fractures du col du fémur mais nous ne connaissons pas l'impact réel de recommandations encourageant son utilisation.

La prévention doit s'adresser à toute personne de plus de 75 ans ou de 70 ans avec des facteurs de risque de chute (traitement psycho-actif, traitement cardiologique, plus de 4 médicaments, troubles cognitifs, troubles de l'équilibre etc.).

La PHS (*Public Health Service*) conseille d'évaluer l'environnement du patient en corrigeant les éléments qui sont source de chutes.

Le CTF considère qu'il n'y a pas assez d'éléments pour conseiller ou déconseiller des mesures préventives des chutes<sup>27-29</sup>.

### Promotion de l'exercice physique

L'exercice physique régulier est une mesure préventive efficace sur le risque cardiovasculaire et l'ostéoporose. Non seulement, l'activité sportive mais également l'activité physique quotidienne (20-30 minutes de marche) sont efficaces.

Chez le patient très âgé, l'exercice permet en outre de maintenir une force physique et de réduire le risque de chute. Pour ce dernier groupe, on veillera à conseiller des exercices aérobies développant l'équilibre et on sera attentif au risque de traumatisme pendant l'exercice. On peut envisager la promotion de la marche, de la bicyclette, de la natation, les exercices en salle, chez les patients les plus valides.

L'USPSTF recommande une activité physique modérée pour tout adulte et également pour le patient gériatrique (A II2).

Les modalités de cette recommandation et son impact sont plus incertains (C I, II2)<sup>30</sup>.

### Conseils alimentaires

Il est devenu clair, depuis quelques années, que notre alimentation influence de manière importante notre état de santé. On recommande généralement une

augmentation de la consommation de fruits et de légumes (A), de céréales (A) et une diminution de la consommation des graisses (A) et une surveillance du poids.

Une alimentation trop grasse, trop sucrée, trop salée et la prise de poids survenant avec l'âge constituent un des éléments de l'augmentation du risque cardiovasculaire. Néanmoins, chez le patient gériatrique, on constate, plus généralement à partir de 70-75 ans, une diminution du poids témoignant plutôt d'une dénutrition ou de la présence d'une affection sous-jacente.

Donc, chez le patient gériatrique, les conseils diététiques gardent leur importance mais en veillant particulièrement à éviter des malnutritions parfois dues à des régimes trop sévères. Des suppléments nutritionnels seront parfois utiles. Il faudra veiller également à un apport calcique suffisant, surtout chez la femme.

La manière de conseiller ces recommandations et leurs effets restent incertains<sup>31</sup>.

### Divers

Des mesures diverses générales sont proposées également dans le cadre de la gériatrie. Nous en citons quelques unes sans les détailler : conseils de comportement sexuel, port de la ceinture de sécurité, éviter la consommation d'alcool durant la conduite automobile, arrêt du tabac, promouvoir les détecteurs de fumée, etc.<sup>1</sup>.

### CONCLUSIONS

La prévention en gériatrie commence d'abord par une prévention chez l'adulte jeune, voire chez l'enfant. Après 65-70 ans, il reste une place importante pour la prévention, tant dans le dépistage, la vaccination, la chimoprophylaxie, que dans les modifications du mode de vie ou de l'environnement.

Plus que dans d'autres spécialités, la prévention s'adresse à des patients ne présentant pas de plaintes et donc chaque recommandation doit se baser sur des preuves. En gériatrie, chacun devra rester particulièrement attentif aux bénéfices attendus et aux inconvénients potentiels compte tenu, de l'état du patient et de son espérance de vie : une mesure de dépistage peut être appropriée pour un homme de 80 ans en parfait état général, sans comorbidité, mais cette même mesure sera déraisonnable pour un homme de 65 ans présentant une insuffisance cardiaque ou respiratoire sévère accompagnée d'un état de débilite. De plus, les mesures proposées s'inscrivent dans un contexte de soins primaires par un médecin généraliste, un gériatre, un interniste, une clinique de prévention ; elles peuvent être revues, modifiées selon le type de recrutement. Pour un patient se présentant pour un dépistage ou un bilan à une consultation spécialisée (urologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.), les objectifs peuvent être fort différents et devront être adaptés.

## BIBLIOGRAPHIE

1. U.S. Preventive Services Task Force : Guide to clinical preventive service. 2<sup>nd</sup> edition. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996
2. U.S. Preventive Services Task Force : Guide to clinical preventive service. 3<sup>rd</sup> edition. Baltimore, Williams & Wilkins, 2000-2002
3. Canadian Task Force on the periodic Health Care Examination : Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa, Canadian Communication Group, 1994
4. Hebert PR, Moser M, Mayer J et al : Recent evidence of drug therapy of mild to moderate hypertension and decrease risk of coronary heart disease. Arch Intern Med 1993 ; 153 : 578-81
5. Insua JT, Sacks HS, Lau TS et al : Drug treatment of hypertension in the elderly : a meta-analysis. Ann Intern Med 1994 ; 121 : 355-62
6. McMurdo ME, Baines PS : The detection of visual disability in the elderly. Health Bull 1988 ; 46 : 327-9
7. Epstein DL, Krug JH, Hertzmark E et al : A long-term clinical trial of timolol therapy *versus* no treatment in the management of glaucoma suspects. Ophthalmology 1989 ; 96 : 1460-7
8. Humphey L, Helfand M, Chan B et al : Breast cancer screening : a summary of the evidence for the U.S. Preventive Service Task Force. Ann Intern Med 2002 ; 137 : 347-60
9. Mandel JS, Bond JR, Church TR et al : Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. N Engl J Med 1993 ; 328 : 1669-74
10. Ahsan H, Neugut AI, Garbowski GC et al : Family history of colorectal adenomatous polyps and increased risk for colorectal cancer. Ann Intern Med 1998 ; 128 : 900-5
11. Pignone M, Rich M, Teutsch SM et al : Screening for colorectal cancer in adults at average risk : a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002 ; 137 : 132-41
12. Mandelblatt J, Gopaul I, Wistreich M : Gynecologic care of elderly women : another look at Papanicolaou smear testing. JAMA 1986 ; 256 : 367-71
13. Pignone MP, Phillips CJ, Atkins D et al : Screening and treating adults for lipid disorders. Am J Prev Med 2001 ; 20 : 77-89
14. Mold JV, Holtgrave DR, Eckman MH : The evaluation and treatment of men with asymptomatic prostate nodules in primary care : a decision analysis. J Fam Pract 1992 ; 34 : 561-8
15. Krahn MD, Mahoney JE, Eckman MH et al : Screening for prostate cancer : a decision analytic view. JAMA 1994 ; 272 : 773-80
16. Holmberg L, Bill-Axelson A, Helgesen F et al : A randomized trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting in early prostate cancer. N Engl J Med 2002 ; 347 : 781-9
17. Mulrow CD, Williams JW, Chiquette E et al : Efficacy of newer pharmacotherapies for treating depression in primary care patients. Am J Med 2000 ; 108 : 54-64
18. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL et al : Screening for depression in adults : a summary of the evidence for the USPSTF. Ann Intern Med 2002 ; 136 : 765-76
19. Nelson H, Helfand M, Woolf SH et al : Screening for postmenopausal osteoporosis : a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002 ; 137 : 529-41
20. Govaert TME, Thijs CTMCN, Masurel N et al : The efficacy of the influenza vaccination elderly individuals : a randomized double-blind placebo-controlled trial. JAMA 1994 ; 272 : 1661-6
21. Weingarten S, Staniloff H, Ault M et al : Do hospital employees benefit from the influenza vaccine ? A placebo-controlled clinical trial. J Gen Intern Med 1988 ; 3 : 32-7
22. Writing Group for the Women's Initiative Investigators : Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized trial. JAMA 2002 ; 288 : 321-33
23. Humphrey L, Chan B, Sox H : Postmenopausal hormone replacement therapy and the primary prevention of cardiovascular disease. Ann Intern Med 2002 ; 137 : 273-84
24. U.S. Preventive Services Task Force : Postmenopausal hormone replacement therapy for primary prevention of chronic conditions : recommendations and rationale. Ann Intern Med 2002 ; 137 : 834-9
25. Kinsinger L, Harris R, Woolf S et al : Chemoprevention of breast cancer : a summary of the evidence for U.S. Preventive Service Task Force. Ann Intern Med 2002 ; 137 : 59-67
26. Hayden M, Pignone M, Phillips C et al : Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events : a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002 ; 136 : 161-72
27. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G et al : A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. N Engl J Med 1994 ; 331 : 821-7
28. Harris SS, Caspersen CJ : Physical activity counseling for healthy adults as primary prevention intervention in the clinical setting. JAMA 1989 ; 261 : 1441-4
29. Pollock ML, Carroll JF : Injuries and adherence to walk /jog and resistance training programs in elderly. Med Sci Sports Exerc 1991 ; 23 : 1194-200
30. Macera CA, Jackson KL, Hagenmaier GW et al : Age, physical activity, physical fitness, body composition, and incidence of orthopedic problems. Res Q Exerc Sport 1989 ; 60 : 225-2
31. Ahmed FE : Effect of nutrition on the health of the elderly. J Am Diet Assoc 1992 ; 153 : 1102-8
32. USPSTF : <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>
33. CTF : <http://www.ctphc.org/index2.htm>

### Correspondance et tirés à part :

B. NAMIAS  
Hôpital français – César De Paepe, Site César De Paepe  
Service de Gériatrie  
Rue des Alexiens 11  
1000 Bruxelles

Travail reçu le 25 novembre 2002 ; accepté dans sa version définitive le 19 juin 2003.