



Pr Christophe Büla



Pr Gabriel Gold



Dr Jérôme Morisod

Still a long way to go

L'Evidence-Based Geriatric Medicine : comment faire ?



PD Dr
Pierre-Olivier
Lang, Lausanne

Le fondement de l'Evidence Based Medicine (EBM) est à partir d'une problématique, de rechercher la littérature appropriée et d'avoir une lecture critique de la validité et de l'utilité afin de mettre en application les résultats utiles pour la pratique (1). Si elle est omniprésente, ses avantages et ses limites sont encore mal appréhendées (2), et cela plus encore en médecine gériatrique. L'objectif premier de l'EBM est d'optimiser les prises en charge tout en réduisant la morbi/mortalité induite. Appliquée stricto sensu, elle peut cependant générer en terme de traitement une prescription non seulement plus nombreuse et surtout plus complexe (3). Cela est d'autant plus vrai que les recommandations concernent des patients âgés, multimorbides et déjà souvent polymédiqués (4). Alors, devons-nous prescrire de l'aspirine à petite dose à nos patients diabétiques de 80 ans ou plus sans maladie cardiovasculaire? (8) Devons-nous baisser leur cholestérol? (9)

S'il est important que les médecins en formation et les praticiens puissent intégrer avec un esprit critique les données de la science, les évidences portant à la fois sur l'efficacité et la sécurité des médicaments ne sont que peu disponibles pour les personnes âgées, surtout lorsqu'elles combinent des comorbidités, une détérioration cognitive et/ou fonctionnelle (5). D'après le projet PREDICT (www.predicteu.org/index.html) 25% des études cliniques sur l'insuffisance cardiaque ont exclu des sujets sur le seul critère de l'âge et 43% des restantes sans raisons précisées. Des initiatives de réglementations spécifiques à l'âge pour les enregistrements des médicaments ont d'ailleurs été initiées (6, 7).

L'élaboration de recommandations en Gériatrie nécessitent le recours à des consensus d'experts mais aussi à l'implication des utilisateurs et des sujets concernés (2). Dans cette démarche l'outil STOPP/START est un exemple concret. Non seulement basé sur les preuves, il a été élaboré à partir d'un consensus d'expert réunissant

gériatres, pharmaciens, pharmacologues, psychiatres et médecins de premier recours (10). Cet outil facile, rapide d'utilisation est le seul à considérer les médicaments inappropriés, les interactions médicament-médicament et médicament-comorbidité et l'omission de prescription. L'utilisation de ces critères a démontré son efficacité et son intérêt en pratique quotidienne (11). Récemment mis à jour, les critères (11, 12) ciblent des situations nouvelles comme l'usage des anticoagulants oraux; thématique détaillée dans un des trois articles de formation continue de ce numéro consacré à la santé cardiovasculaire. Nous y abordons également des aspects préventifs non abordés par l'EBM: la vaccination, et l'activité physique.

PD Dr Pierre-Olivier Lang

Références:

1. Montori VM, Guyatt GH. Progress in Evidence-Based Medicine. JAMA 2008;300:1814-6
2. Montori VM et al. The optimal practice of Evidence-Based Medicine. Incorporating patient preference in practice guidelines. JAMA 2013;310:2503-4
3. Boyd CM et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA 2005;294:716-24
4. Topinková E et al. Evidence-based strategies for the optimization of pharmacotherapy in older people. Drugs Aging 2012;29:477-94
5. Cherubini A et al. The persistent exclusion of older subjects from ongoing clinical trials in heart failure. Arch Intern Med 2011;171:550-6
6. Crome P et al. Exclusion of older people from clinical trials: professional views from nine European countries participating in the PREDICT study. Drugs Aging 2011;28:1-11
7. Cherubini A et al. Fighting against age discrimination in clinical trials. J Am Geriatr Soc 2010;58:1791-6
8. Ikeda Y et al. Low-dose aspirin for primary prevention of cardiovascular events in Japanese patients 60 years or older with atherosclerotic risk factors. A randomized clinical trial. JAMA 2014;312:2510-20
9. Strandberg DE et al. Evaluation and treatment of older patients with hypercholesterolemia. JAMA 2014;312:1136-44
10. Lam MP, Cheung BM. The use of STOPP/START criteria as a screening tool for assessing the appropriateness of medications in the elderly population. Expert Rev Clin Pharmacol 2012;5:187-97
11. O'Mahony D et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing 2015;44:213-8
12. Lang PO et al. Les nouveaux critères STOPP/START et leur adaptation en Français. Rev Med Suisse 2015 (in press)