

Examen et mesures périodiques des personnes âgées de 65 ans et plus : Fiche synthèse- dix (10) recommandations (Comité SAPA-U de M- 2016)

Commenté [DR1]:

Introduction

Nous avons modifié le terme « *examen médical périodique de la personne âgée* » pour « *examen périodique de la personne âgée* » en raison du travail de plus en plus interprofessionnel des médecins québécois. En effet, aucune des recommandations d'examen périodique retenues dans notre fiche synthèse ne requiert une expertise médicale exclusive. Cette fiche énumère les principales recommandations des associations médicales qui ont été retenues pour leur pertinence et leur relative robustesse en terme d'évidences scientifiques chez la personne âgée.

Il est important de ne pas voir les personnes âgées de 65 ans et plus comme un groupe homogène : certaines sont très frêles alors que d'autres sont encore sur le marché du travail sans aucune atteinte fonctionnelle

L'objectif de l'examen périodique chez la personne âgée diffère de celui des personnes plus jeunes : l'objectif est de réduire les facteurs provoquant les maladies dégénératives (**prévention primaire**). La réduction des facteurs les aggravant (**prévention secondaire** et les mesures de préservation de l'autonomie fonctionnelle (**prévention tertiaire**) ne font pas l'objet de recommandations formelles (manque de données robustes) mais elles sont importantes en clinique et sont donc énumérées à la fin de notre fiche. ¹

Contrairement aux patients plus jeunes, les gestes de prévention secondaire et tertiaires sont souvent intégrés à la pratique clinique auprès des personnes âgées de 65 ans et plus, en raison de l'incidence élevée de morbidités à cet âge : nous sommes en effet dans un contexte où les traitements curatifs et les traitements des maladies chroniques prennent une grande importance. Le concept de prévention primaire ne s'appliquant qu'à la personne asymptomatique, il n'est pas surprenant de constater que les actes de prévention primaire chez la personne âgée sont peu nombreux et surtout d'une efficacité réduite, en raison entre autre de l'espérance de vie limitée et des comorbidités fréquentes à cet âge. Après 65 ans par exemple, la malbouffe, l'obésité, l'alcoolisme ainsi que le tabagisme ont souvent déjà déclenché les conditions pathologiques associées (à l'exception de certains patients possédant une « résistance naturelle ») : leur dépistage à cet âge n'a pas encore fait preuve d'un succès de changement de comportement associé à une mortalité moindre. ²

La *Société québécoise de gériatrie* reconnaît l'absence de robustesse des évidences supportant la plupart des activités préventives chez les gens de 65 ans et plus : les éléments

¹ *L'examen médical périodique (EMP) de la personne âgée (PA) : Prise de position de la Société québécoise de gériatrie (SQG) 2013*

² *Marie Dominique Beaulieu. L'examen périodique de la personne âgée ; CAN. FAM. PHYSICIAN*
Vol. 30: MARCH 1984

de prévention tertiaire de notre fiche ne doivent donc pas être considérés de façon dogmatique mais plutôt comme des activités préventives possibles à proposer à certaines personnes âgées.³

Les 2 groupes le plus souvent cités internationalement pour l'examen périodique sont le GECSSP (*Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs*) et le USPSTF (*US Preventive task force*). Le *Groupe canadien* étant reconnu pour la force de ses recommandations, celles-ci primeront sur les recommandations américaines dans notre fiche synthèse.

Le GECSSP a changé sa classification depuis 2010 : on y retrouve maintenant des recommandations « fortes » ou « faibles », selon la qualité (élevée, modérée, faible ou très faible) des données probantes, mais avec préservation de la classification en grades (A, B, C ou D) lorsque la fiche d'avant 2010 est encore utilisée.

D'autres organismes canadiens émettent des recommandations solides qui font consensus: nous ferons référence au *Programme d'immunisation Québec* (PIQ) et à la *Santé publique du Québec*, en complément des recommandations de la GECSSP.

A noter que les recommandations proposées dans notre fiche s'inspirent fortement des recommandations de la **fiche de soins préventifs** 2016 du *Médecin de famille Canadien sur les soins préventifs adultes*.⁴ Cette *fiche de soins préventifs*, qui a reçu l'aval du *Collège des médecins de famille du Canada*, est basée surtout sur les recommandations du *Groupe Canadien d'étude sur les soins de santé préventifs* (GECSSP). Comme les guides de pratique sont souvent en retard sur les données probantes récentes, les auteurs du *Médecin de famille canadien* recommandent une mise à jour annuelle des mesures préventives pour les personnes âgées et « d'utiliser son jugement clinique individuellement » avant d'appliquer une mesure préventive.

10 mesures préventives recommandées chez les personnes de 65 ans et plus

1) Vaccination (PIQ)

- **Vaccination dT** (diphtérie/tétanos) aux 10 ans quelque soit l'âge surtout si la PA a des loisirs impliquant le contact avec la terre.
- **Vaccination contre le pneumocoque** (une dose chez les 65 ans et plus)
- **Vaccination annuelle contre l'influenza** à partir de 60 ans

³ Société québécoise de gériatrie ;

⁴ *Bilan de santé chez l'adulte ; MFC avril 2016 ; Outil pour tous les médecins canadiens.*

- **Vaccination contre le zona**, une dose : informer chaque patient de 60 ans plus individuellement ainsi que pour les patients entre 50 et 59 ans sous thérapies immunosuppressives.

Le vaccin n'est pas payé, il coûte \$220.00. Il diminue l'incidence du Zona de 3.3% à 1.6 %. Pour les patients qui font quand même le ZONA, la douleur lors de l'épisode aigu est diminuée modestement chez les patients qui ont reçu le vaccin (21 jours versus 24 jours). La névralgie post herpétique est aussi diminuée (.1% versus .4%)

Le vaccin est contre indiqué en présence d'un SIDA avec moins de 200 cellules CD4/uL, d'un cancer actif, moins de 3 mois après la fin d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie, ou sous doses élevées d'immunosuppresseurs (corticostéroïdes, agents de rémission de la PAR comme le méthotrexate, l'azathioprine, la sulfasalazine et l'hydroxychloroquine).

2) Dépistage du cancer du col (GECSSP) : PAP test aux 3 ans entre l'âge de 25 à 69 ans si la patiente a déjà été active sexuellement une fois dans sa vie.

Chez les femmes de 70 ans et + le dépistage peut cesser si la patiente a reçu 3 test normaux au cours des 10 dernières années. Il faudra procéder sinon au dépistage annuel jusqu'à l'obtention de 3 tests négatifs puis cesser.

3) Dépistage du cancer colorectal (CCR) (GECSSP 2016)

Dépister les adultes sans risque élevé (pas ATCD de polype, maladie intestinale inflammatoire, CCR un ou plusieurs parents du 1^e degré ou syndrome héréditaire) entre 50 ans et 74 ans inclusivement :

- Recherche de sang dans les selles (SOS) par RSOSg (recherche de sang occulte) ou TIF (immunofluorescence) aux deux ans OU par sigmoïdoscopie flexible tous les 10 ans (Recommandation forte/données probantes de qualité moyenne)
- Ne pas pratiquer le dépistage chez les adultes âgés de 75 ans et plus (Recommandation faible/données probantes de faible qualité)
- Ne pas utiliser la coloscopie comme test de dépistage (Recommandation faible /données probantes de faible qualité)

Commenté [DR2]: Je pense que programme provincial du Québec ne suggère pas la sigmoïdoscopie aux 10 ans, préfère que les gastro fassent des colonoscopies aux patient très a risque

4) Dépistage du cancer du sein (GECSSP 2011)

Pour les femmes de 50 à 69 ans : dépistage systématique par mammographie tous les 2 à 3 ans. (Recommandation faible/données probantes de qualité moyenne)

Pour les femmes de 70 à 74 ans, dépistage systématique par mammographie tous les 2 à 3 ans. (Recommandation faible/données probantes de faible qualité). Ce dépistage n'a pas été retenu par le Québec en raison de la faible qualité des évidences.

L'auto-examen des seins et l'examen clinique des seins ne sont pas recommandés puisque nous ne disposons d'aucune preuve de réduction de mortalité et plus de préjudice (plus de biopsies pour lésions bénignes) avec ces interventions.

5) Dépistage de l'HTA (GECSSP 2012)

On recommande la mesure de la pression artérielle au cours des visites « appropriées » de soins primaires, selon la technique détaillée dans le *Programme éducatif canadien sur l'hypertension*- PECH, remis à jour annuellement.

Les visites « appropriées » incluent la visite de nouveaux patients, les examens périodiques, les visites d'urgence en cabinet pour des problèmes neurologiques ou cardiovasculaires, les visites pour le renouvellement des prescriptions et toute autre visite pour laquelle le professionnel juge qu'un contrôle de la pression artérielle serait approprié. Il n'est pas nécessaire de mesurer la pression artérielle de chaque patient à chaque visite en cabinet. Plusieurs mesures récentes d'une pression artérielle normale peuvent diminuer la nécessité de contrôles tandis qu'une tendance à une tension artérielle à la limite supérieure de la normale signifie que des contrôles plus fréquents seraient nécessaires.

La fréquence du dépistage de l'HTA peut augmenter, en particulier chez les patients qui présentent plus d'un facteur de risque vasculaire. Les patients faisant partie d'un groupe ethnique à risque élevé (ascendance asiatique orientale, autochtone ou africaine) peuvent tirer profit de contrôles plus fréquents. Si la tension artérielle est élevée, il n'y a pas d'âge limite pour traiter mais il faudra tenir compte des comorbidités qui augmentent les risques de complications du traitement : ne tolérer aucune hypotension orthostatique chez les personnes âgées frêles, celle-ci pouvant devenir rapidement symptomatiques (lors de déshydratation par exemple) avec risque de chute.

On note la prépondérance d'HTA systolique isolée (versus diasto/systolique) après l'âge de 65 ans. Chez une personne âgée frêle on traite si la tension systolique est plus de 160 mm Hg; on vise alors moins de 150-155 mm HG, versus moins de 140 mm Hg pour une personne âgée en bonne condition générale. On vise le plus près possible de 130 mm HG de systolique chez les diabétiques ne souffrant pas d'hypotension orthostatique (rechercher activement lors des mesures de TA)

Commenté [DR3]: Pour raccourcir j'enlèverais ce paragraphe et le début du prochain sur la fréquence

Commenté [DR4]: JM'aimerais qu'on rediscute de ce paragraphe . est-ce qu'on traite la ta 170 d'une patiente de 95 ans ??

6) Dépistage du diabète 2 (GECSSP 2012).

La mesure de l'hémoglobine glyquée (A1C) est plus facile et instructive que la glycémie à jeun qui n'est plus recommandée. Il ne faut pas dépister toutes les personnes âgées : on recommande l'utilisation d'un calculateur de risque (qui inclut la mesure de l'IMC) comme le CANRISK (*questionnaire d'évaluation du risque de diabète à l'intention des canadiens*) pour cibler les patients à dépister pour le diabète.

Les patients à faible risque ou à risque modéré ne sont pas dépistés

Les patients à risque élevé doivent subir une glyquée aux 3 ans, sans limite d'âge (*Association canadienne du diabète*), et ceux à risque très élevés chaque année.

L'objectif du dépistage du diabète après 75 ans **est est la réduction des AVC et des infarctus du myocarde. A cet âge le but du traitement est moins la protection des organes cibles** que d'éviter des accidents hypoglycémiques et hyperglycémiques (Risque de confusion et

chutes lors d'hypoglycémies, léthargie et infections urinaires ou fongiques lors d'hyperglycémies). La protection la des organes cibles contre les complications La littérature a montré que le traitement intensif n'a pas réduit les évènements cardiovasculaires pendant la durée des études. Cependant , après 10 ans de suivi, on a vu une légère diminution des évènements macro vasculaires mais sans diminution de mortalité.

L'Association canadienne du diabète et la Société québécoise de gériatrie estiment « acceptables » des glycémies à jeun entre 7,0 et 12 mmol/L ainsi que des hémoglobines glyquées entre 7,1% et 8,5% après l'âge de 75 ans, surtout chez les personnes frêles.

7) Dépistage de l'obésité (GECSSP).

Mesurer la taille et le poids (IMC) des personnes âgées en santé. On recherche le surpoids et l'obésité (IMC 25 et +) surtout chez les patients à risque de diabète. On propose aux patients obèses des interventions comportementales mais pas d'interventions pharmacologiques. Attention de ne pas provoquer une dénutrition par manque d'apport protéiné chez une personne âgée qui tente de maigrir.

8) Dépistage de l'ostéoporose (GECSSP 2013)

Le dépistage par la mesure de la densité osseuse des patients ciblés par un calculateur de risque (FRAX, *Q fracture* = risque de fracture à 10 ans), à partir de 65 ans chez les femmes, 75 ans chez les hommes, est recommandé par le conseil consultatif scientifique *d'Ostéoporose Canada*. Ces outils d'évaluation du risque de fracture sont toutefois remis en question chez les personnes âgées de 80 ans et plus où l'on craint une sous-évaluation du risque, surtout celles en institutions. De même, il n'y a pas de preuve que l'ajout de la mesure de la DMO au calcul de risque du FRAX (ou *Q fracture*) améliore la prédictibilité.

Les recommandations *d'Ostéoporose Canada* sont remises en question par le GECSSP en raison des évidences de faible qualité, du manque de description des intérêts concurrents, des méthodes utilisées et de la faible qualité des données probantes supportant l'efficacité de l'exercice, du calcium et de la vitamine D sur la réduction des fractures, hors des institutions surtout.

Mais le problème de l'ostéoporose étant important (prévalence de 25% à 80 ans) le GEPSSP suggère d'utiliser, malgré ses limites, le guide *d'Ostéoporose Canada*, mais avec « prudence ».

Par contre, le traitement par les biphosphonates de l'ostéoporose en **prévention secondaire** (après une première fracture) fait l'objet de preuves robustes qui justifient la mise en place de programmes dans les hôpitaux, les centres de longues durées et les cliniques de 1^e ligne d'un dépistage systématique des patients ayant subi une fracture de fragilité pour les traiter d'emblée. Par contre, les preuves supportant le traitement par les biphosphonates en prévention primaire sont faibles même chez les personnes âgées.

9) Dépistage de l'hyperlipidémie

La société canadienne du cholestérol SCC recommande l'évaluation du profil lipidique et de l'Apo lipoprotéine B en prévention primaire chez les hommes de 40 ans et plus, les femmes de 50 ans et plus (plus tôt si ménopause précoce, facteurs de risques vasculaires ou certaines ethnies à risque supérieur). Les objectifs de dépistage et de traitement visent surtout la réduction de la morbidité associée aux complications vasculaires et non la mortalité.

Les cibles de traitements par les statines sont les mêmes jusqu'à l'âge de 75 ans. Nous ne disposons pas de données probantes après cet âge sans compter le fait que le nombre de patients (NNT) à cet âge serait trop élevé. L'espérance de vie anticipée et les comorbidités doivent être prises en considération entre 65 et 75 ans. La fréquence du dépistage varie selon le risque vasculaire (échelle de Framingham à intégrer dans tous les dossiers médicaux électroniques) qui est à réévaluer aux 3-5 ans.

-Risque à 10 ans de moins de 5% = dépistage aux 3-5 ans,

- Risque à 10 ans de plus de 5% = dépistage annuel.

10) Prévention tertiaire : la *Société québécoise de gériatrie* (2013) supporte la « détection » de certaines conditions gériatriques pouvant amener une perte d'autonomie de la personne âgée, même si nous ne disposons pas d'évidences robustes supportant un dépistage systématique :

- Les chutes
- La cécité, la surdité
- Les problèmes musculo-squelettiques
- La démence, les épisodes de confusion
- Un récent congé de l'hôpital
- L'isolement social
- La pauvreté
- La mort d'un conjoint

On sait que les personnes âgées consultent tardivement pour ces problèmes : le clinicien peut rechercher activement ces conditions chez les personnes âgées de 65 ans lorsqu'elles sont frêles ou aux prises avec des conditions sérieuses de santé à risque (insuffisance cardiaque, pulmonaire, rénale, maladie neurologique dégénérative, etc.).

Les mesures suivantes ne font pas partie des recommandations d'examen ou mesure périodique pour la personne âgée de 65 ans et plus :

- Dépistage de la dépression (2013 GECSSP) : aucune preuve robuste d'efficacité du dépistage puisque absence de preuve robuste d'efficacité des traitements actuels.

Commenté [DR5]: Pas de dépistage systématique tant qu'on a pas de médicaments qui peuvent prévenir le développement de la maladie. Mais détection, être l'affut

- Dépistage du cancer de la prostate (2014 GECSSP) : dépistage déconseillé
- Promotion des activités physiques (2010- ACSP), (USPSTF 2014) : aucune preuve robuste d'efficacité.
- Dépistage du cancer du poumon (2012-GECSSP) : ne pas dépister.
- Dépistage de l'incontinence urinaire (2012-Association canadienne d'urologie) : ne pas dépister
- Examen pelvien : faible sensibilité pour détecter les tumeurs pelviennes
- Dépistage des abus et de la violence domestique : pas de preuve d'efficacité des solutions offertes lorsque le dépistage est positif.
- Culture urinaire : était recommandée par le GECSSP en 2006, mais ne pas dépister car on ne traite plus les patients âgés asymptomatiques avec une infection des voies urinaires.
- Prescription du calcium en supplément pour réduire les fractures ostéoporotiques : pas de preuve d'efficacité. (L'efficacité en prévention primaire de la vitamine D est à l'étude)
- Aspirine en prévention primaire : ne pas donner d'aspirine à petites doses (100 mg ou moins) en prévention primaire aux personnes de plus de 65 ans en raison des risques de saignements gastro-intestinaux et d'AVC hémorragiques.

Des données récentes⁵ démontrent par contre une réduction significative mais modeste (NNT 32 pour prévenir 1 événement en 15 ans) des cancers (colorectal essentiellement) et des événements cardio-vasculaires lorsque l'aspirine est amorcée entre 50 et 69 ans et donnée pour au moins 10 ans. L'aspirine est surtout utilisée en prévention secondaire (MCAS, diabète chez les hommes) : en raison du risque d'hémorragie qui augmente avec l'âge (significativement plus élevé après 70 ans) il ne faut pas hésiter à la cesser au moindre problème (anémie, symptômes TGI).

⁵ van Kruijsdijk R, Visseren F, Ridker P, et al. Individualized prediction of alternate-day aspirin treatment effects on the combined risk of cancer, cardiovascular disease and gastro-intestinal bleeding in healthy women. *Heart* 2014