



Quoi de neuf, revue de littérature.

CIPEG 5-7 mai 2025. Montpellier

Pr Philippe Chassagne



Normandie University

Actions, obligations, rémunérations au long cours : néant

Liens d'intérêt (depuis 2010) : Amgen, bayer, BMS, Boehringer-Ingelheim, Edwards, Ipsen-Beaufour, Kyowa-Kirin, Lilly, Medtronic, Mundi-Pharma, Novartis, Pfizer, Sanofi-Aventis, Shire, Vifor-Pharma

En lien avec cette communication : non



JAMA Internal Medicine | [Original Investigation](#)

Thick Liquids and Clinical Outcomes in Hospitalized Patients With Alzheimer Disease and Related Dementias and Dysphagia

Alexander Makhnevich, MD; Alexandra Perrin, BA; Dristi Talukder, BS; Yan Liu, PhD; Stephanie Izard, MPH; Codruta Chiuhan, PhD; Stefani D'Angelo, MS; Rebecca Affoo, SLP, PhD; Nicole Rogus-Pulia, PhD, CCC-SLP; Liron Sinvani, MD

JAMA Intern Med. 2024;184(7):778-785. doi:[10.1001/jamainternmed.2024.0736](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.0736)
Published online May 6, 2024.

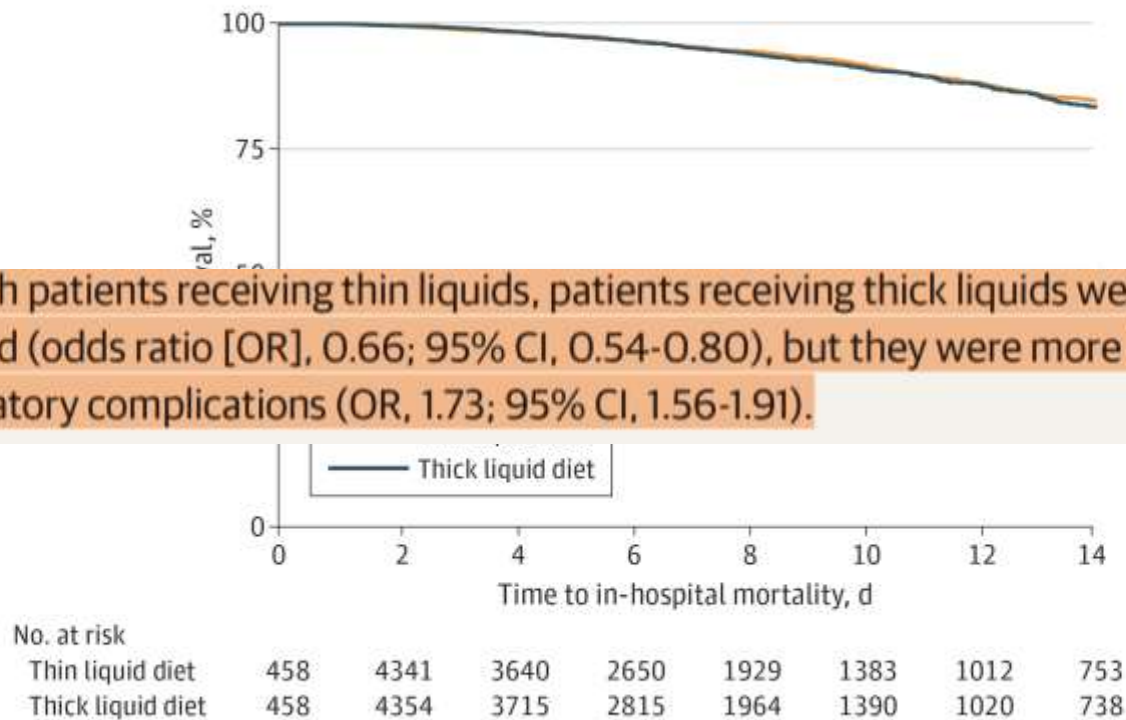
MA (sd apparentés) et déglutition

- 86% des personnes âgées avec TNCM hospitalisées ont des troubles de déglutition qui altèrent l'efficacité (dénutrition, déshydratation) et surtout la sécurité (inhalation, infection, décès)
- La réponse : adaptation des textures alimentaires (solides) et des liquides (épaississants) et positionnement pendant les repas, l'adhésion des malades et de leurs proches à ces mesures de compensation est médiocre à court terme
- Niveau de preuve lors d'une VFS : réduction des inhalations avec solutions épaissies

Méthodes

- Etude rétrospective, 11 hôpitaux (NY), 8 516 malades hospitalisés (90 % $\geq$ 75 ans) ayant **un TNCM et des Td de déglutition** identifiés (3 Ozz ou orthophonie ou algorithme sans dépistage standardisé) au cours des premières 24 heures du séjour
- 2 groupes (score de propension) avec texture alimentaire libre (nle, mixée ou purée) **mais distincts** par la nature des liquides (épaissis ou non au moins pour 70 % des volumes)
- Critères de jugement :
 - principal : décès dans les 14 jours
 - secondaires : complications respiratoires, détresse respiratoire et ventilation mécanique, durée de séjour

Figure 2. Kaplan-Meier Survival Estimates According to Thick or Thin Liquid Diet for the First 14 Days Only



Commentaires (très personnels) les toujours...

- Dépistage des troubles de déglutition (VVST ¹)
- Positionnement, verre échancrure nasale et non canard
- Epaississant : essai et adhésion et réévaluation du malade
- Dans les états avancés sévères de TNCM « on peut ne pas poursuivre » et s'interroger sur la poursuite à long terme de cette mesure de compensation et reconsidérer les médicaments « indispensables »
- Privilégier l'hydratation : hypodermoclyse



« Less is more when
more is too much ».
Frank Lloyd



Research

JAMA Internal Medicine | [Original Investigation](#) | LESS IS MORE

Antihypertensive Medication and Fracture Risk in Older Veterans Health Administration Nursing Home Residents

Chintan V. Dave, PharmD, PhD; Yongmei Li, PhD; Michael A. Steinman, MD; Sei J. Lee, MD, MAS; Xiaojuan Liu, MS; Bocheng Jing, MS; Laura A. Graham, PhD; Zachary A. Marcum, PharmD, PhD; Kathy Z. Fung, MS; Michelle C. Odden, PhD

JAMA Intern Med. 2024;184(6):661-669. doi:[10.1001/jamainternmed.2024.0507](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.0507)
Published online April 22, 2024.

HTA et résidents âgés

- 70 % des personnes ont une HTA
- Prévention des MCV et neurodégénératives établie
- Risque iatrogène : **les chutes** [3.6 chutes /an/ résident vs 1.5 au domicile soit un risque X 2)
- Rapport Dress 2019 : 730 000 résidents en France donc 2 628 000 chutes/an... 5 % de fractures
- Hypothèse : hypotension orthostatique iatrogène
- «Target Trial Emulation» : la pondération de la titration du Ttt antihypertenseur est-elle associée à une réduction du risque de chutes graves et de fractures ?

Méthodes

- Etude rétrospective de résidents ayant une HTA traitée :
 - Phase 1 : validation du protocole et vérification du CJP (réduction du risque fracturaire dans les 30 jours (probabilité d'HO) suivant l'initiation d'une nouvelle classe médicamenteuse vs tt stable (inchangé) au cours des 4 dernières semaines
 - Phase 2 : base de données (2006-2019), score de propension un cas (augmentation du Ttt) versus 4 sujets contrôles
- 13 000 participants (âge moy. : 78.5 ans), 98 % H, 6.6 % ont un passé d'OP ou de fractures, 65 % des antécédents de chutes (≤ 30 jours dans 25 % des cas)
- Focus sur les fractures survenant chez les malades ayant un TNCM (55 % des participants)

Table 3. Risk of Fall-Related Events Among Nursing Home Residents Initiating Antihypertensive Medication

	Pooled analysis		
	No. of events (IR) ^a		
Event	Treated (n = 12 942)	Control (n = 51 768)	HR (95% CI)
Fracture ^b	46 (5.4)	56 (2.2)	2.42 (1.43-4.08)
Severe fall	246 (28.8)	386 (15.5)	1.80 (1.53-2.13)
Syncope	135 (15.8)	231 (9.3)	1.69 (1.30-2.19)
Expanded outcome definition ^b	52 (6.1)	66 (2.6)	2.30 (1.44-3.69)

Abbreviations: HR, hazard ratio; IR, incidence rate.

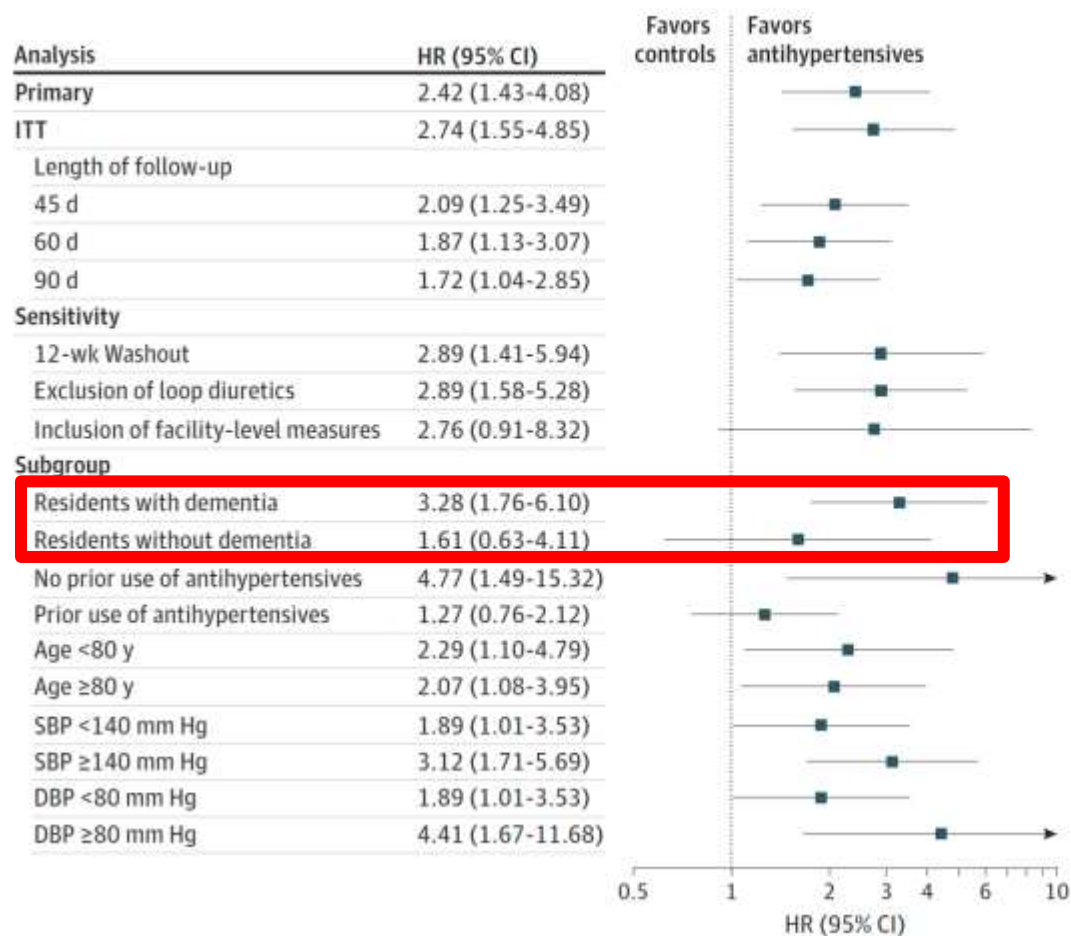
^a Incidence rate per 100 person-years of follow-up. The mean (SD) follow-up in the treatment group was 18.2 (8.7) days and in the control arm was 16.8 (8.7) days.

^b The primary outcome was a composite end point of nontraumatic pelvic

fracture; surgically treated hip fracture; and fractures of the humerus, radius, or ulna requiring intervention. In the expanded outcome definition, this definition was expanded to encompass traumatic brain injury hospitalization and other less frequently occurring fractures affecting the rib, sternum, thoracic, and lumbar regions.

« Severe Falls » : chutes graves, recours à une hospitalisation ou aux Urgences

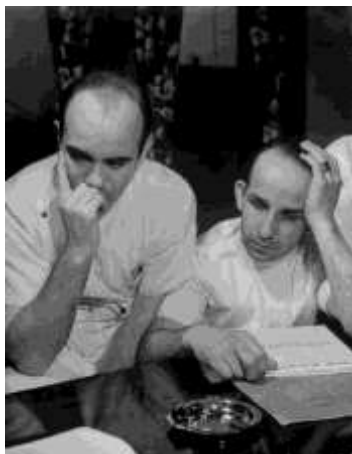
Figure. Adjusted Risk of Fracture Among Nursing Home Residents Initiating Antihypertensive Medication: Sensitivity and Subgroup Analyses



Analyses were adjusted using 1:4 propensity score matching for baseline covariates described in Table 2. For all subgroup analyses, the propensity scores were re-estimated and the cohorts were rematched. DBP indicates diastolic blood pressure; HR, hazard ratio; ITT, intention to treat, and SBP, systolic blood pressure.

Commentaires

- Bénéfices de l'optimisation thérapeutique dans l'HTA : Insuffisance cardiaque, MRC, TNCM (population communautaire)
- La majoration du TTT antihypertenseur est associée à un risque supérieur de chutes graves, de fractures (tout particulièrement en cas de TNCM en lien possiblement avec une HO)
- Une prescription individualisée : personnes fragiles, comorbidités, espérance de vie (Etude Partage)



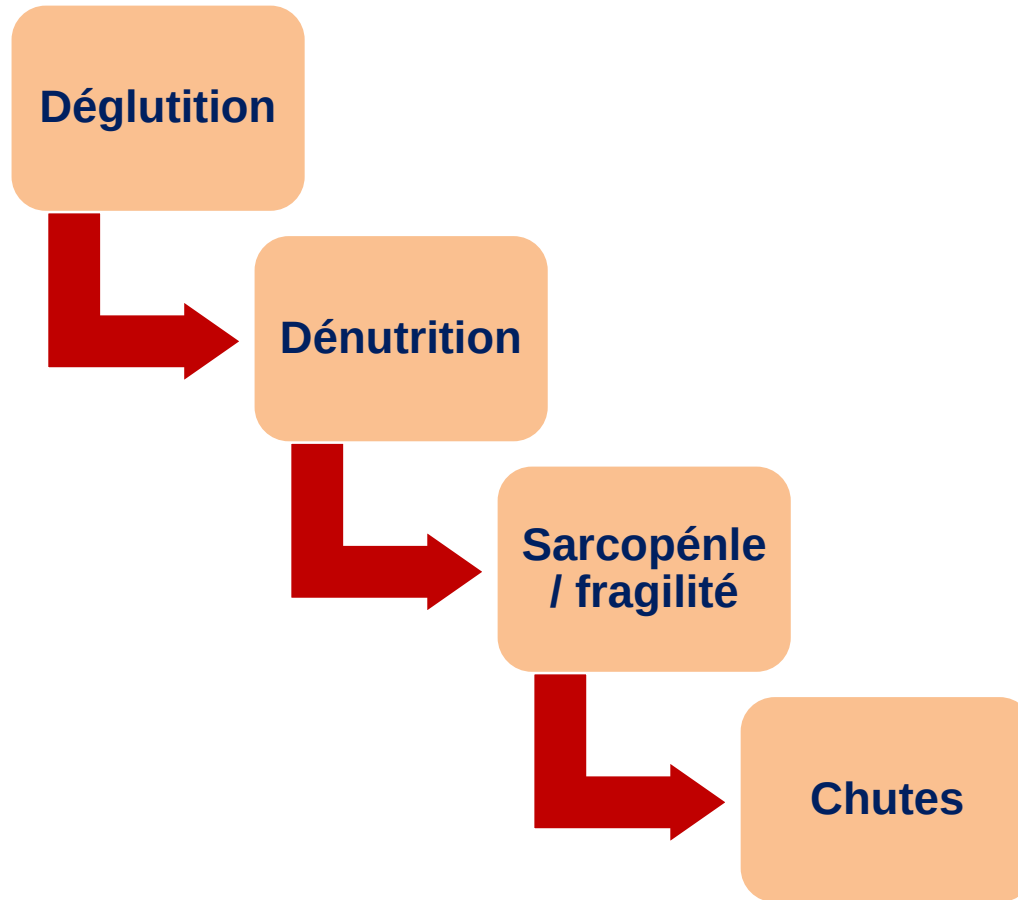
Aging Clinical and Experimental Research (2024) 36:66
<https://doi.org/10.1007/s40520-024-02724-8>

ORIGINAL ARTICLE

The prevalence and co-existence of geriatric syndromes in older patients with dementia compared to those without dementia

Pinar Soysal^{1,3} · Lee Smith²

Cascade événementielle



Méthodes

- 738 personnes âgées (moy. : 80 ans), consultation ambulatoire
- Analyse des comorbidités et identification d'un TNCM (toute cause)
- Estimation de la fréquence et co-existence des Sd ger selon le statut cognitif (avec ou sans TNCM)
- Pas d'analyse des traitements ni du stade la maladie démentielle ou de son ancienneté
- Recherche de 11 syndromes Gériatriques

Geriatric Syndromes

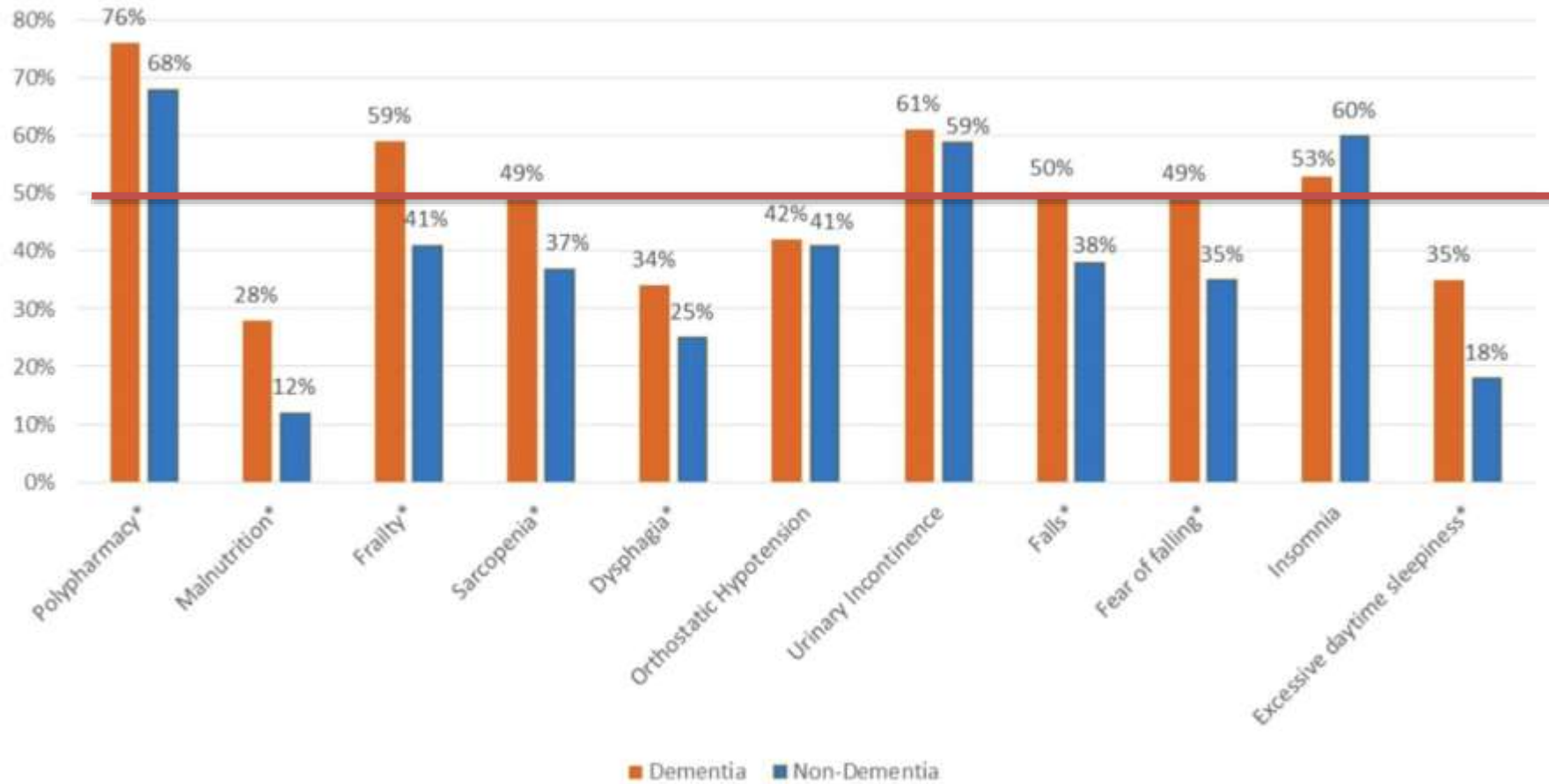


Fig.1 Frequency of geriatric syndromes according to the presence of dementia

Commentaires

- $\frac{3}{4}$ des personnes ont au moins 4 Sd gériatriques, chez 60 % des participants 5 syndromes associés au moins
- Fréquence significativement supérieure de Sd Ger multiples chez les malades avec TNCM
- Les associations « cascades » :
 - IU - Troubles du sommeil - HO
 - Dénutrition – Fragilité - Chutes
- La polypharmacie n'est pas un Sd gériatrique,
- « Je pense que tous les patients sarcopéniques sont fragiles et pas nécessairement l'inverse »



JAMDA 26 (2025) 105393



JAMDA

journal homepage: www.jamda.com



Original Study

Over- and Underuse of Proton Pump Inhibitors in Nursing Homes: A Multisite Longitudinal Cohort Study



IPP : pré-requis

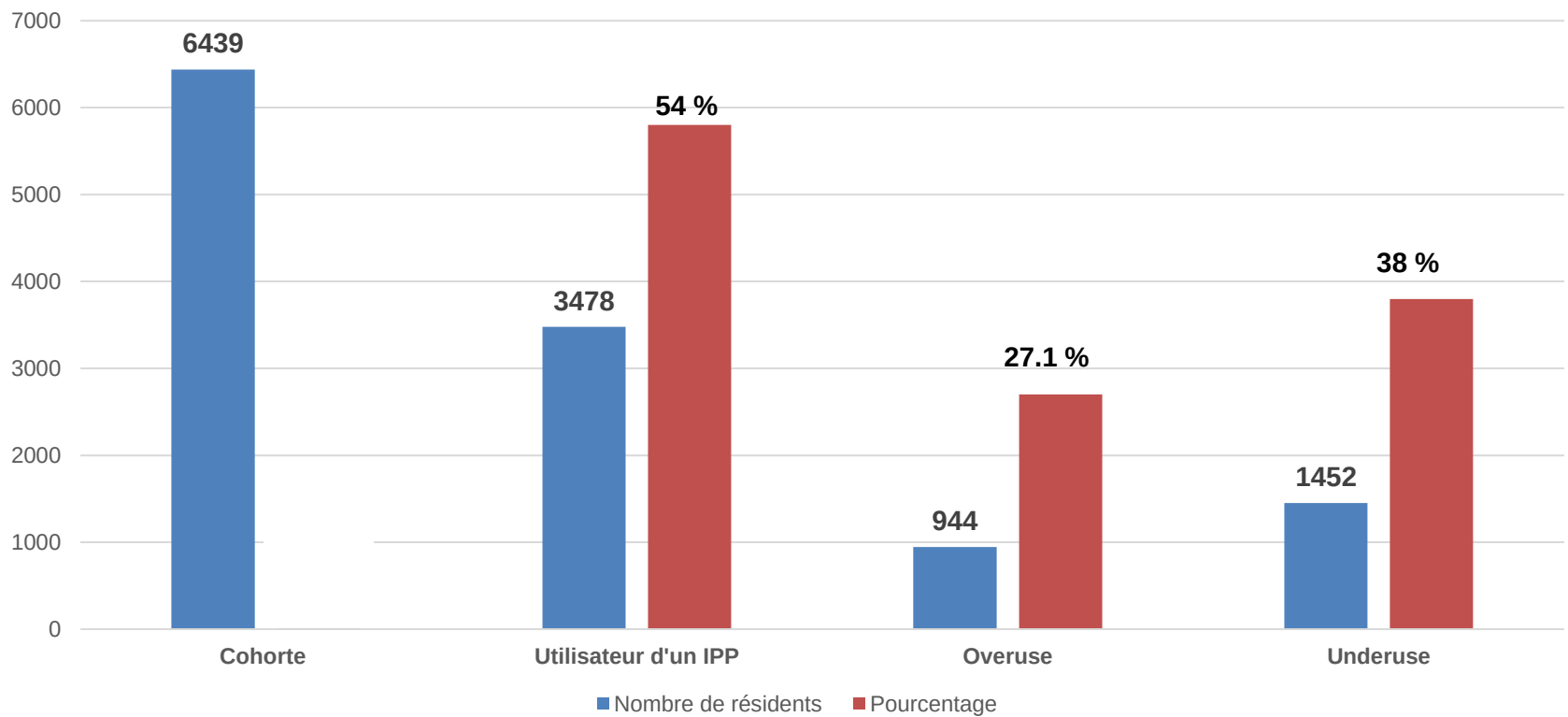
- AMM : ulcère (duodénal, gastrique), prophylaxie du risque hémorragique (ATT, AINS), RGO symptomatique
- Depuis 1989 : + 1 318 % des prescriptions (Australie de 1995-2006)
- Effets Indésirables des IPP au long cours :
 - Liés à l'hypochlorydrie : pneumonie, infection intestinale, Op, carences (martiale, Vitamine B 12)
 - Divers : hyponatrémie, colite microscopique, néphrite interstitielle chronique
- Référentiels (HAS 2022), critères de Beers ¹ (PMI de type Overuse) ou omise (« underuse »)

¹ Beers Criteria JAGS 2023

Etude rétrospective de pratiques, registre électronique, 34 EHPAD

- Analyse de la prescription d'IPP pendant 10 années (date index : 2014)
- Caractéristiques et facteurs de risque des PMI (« **misuse** ») versus les recommandations en particulier d'une durée excessive ≥ 12 semaines
- Caractéristiques des situations **d'Underuse** : prophylaxie incomplète du risque hémorragique ≤ 30 jours (Bleeding Risk-Induced Drugs)

IPP : prescription totale et inadaptée (« Overuse ») ou omise (« Underuse »)



Commentaires

- Etude multisite longitudinale, 54 % des résidents reçoivent un IPP, médiane de prescription 46 semaines
- Selon les recommandations (durée ≤ 12 semaines) cette prescription est inadaptée (prolongée) dans 27 % des cas, principal facteur de risque de prescription trop longue : ulcère ou RGO ancien (OR : 2.45)
- Omission de prescription : 38 %
- Rappel : RGO (+/- oesophagite) : 4 semaines



Brèves



ORIGINAL ARTICLE



Extended Reduced-Dose Apixaban for Cancer-Associated Venous Thromboembolism

Authors: Isabelle Mahé, M.D., Ph.D. , Marc Carrier, M.D. , Didier Mayeur, M.D., Jean Chidiac, M.D., Eric Vicaut, M.D., Nicolas Falvo, M.D., Olivier Sanchez, M.D., Ph.D.,  **+28**, for the API-CAT Investigators[†] [Author Info &](#)

[Affiliations](#)

Published March 29, 2025 | N Engl J Med 2025;392:1363-1373 | DOI: 10.1056/NEJMoa2416112 | **VOL. 392 NO. 14**

Copyright © 2025

Extended Reduced-Dose Apixaban for Cancer-Associated

A Research Summary based on Mahé I et al. | 10.1056/NEJMoa2416112 | Published on March 29, 2024



WHY WAS THE TRIAL DONE?

For patients with cancer-associated venous thromboembolism (VTE), anticoagulation with a direct oral anticoagulant or low-molecular-weight heparin is recommended for 6 months. However, data on appropriate and effective regimens beyond that period are limited.

HOW WAS THE TRIAL CONDUCTED?

Patients with active cancer and proximal deep-vein thrombosis or pulmonary embolism who had completed at least 6 months of anticoagulant treatment were assigned to receive oral apixaban at a reduced (2.5 mg) or full (5.0 mg) dose twice daily for 12 months. The primary efficacy outcome was centrally adjudicated fatal or nonfatal recurrent VTE over 12 months of follow-up (noninferiority margin, 2.00 for the upper boundary of the 95% CI of the subhazard ratio).

TRIAL DESIGN

- Randomized
- Double-blind
- Noninferiority
- Location: 121 centers in 11 countries

RESULTS

Reduced-dose apixaban was noninferior to full-dose apixaban in the incidence of recurrent VTE at 12 months. Clinically relevant bleeding, a key secondary outcome, occurred significantly less frequently in the reduced-dose group than in the full-dose group.

LIMITATIONS AND REMAINING QUESTIONS

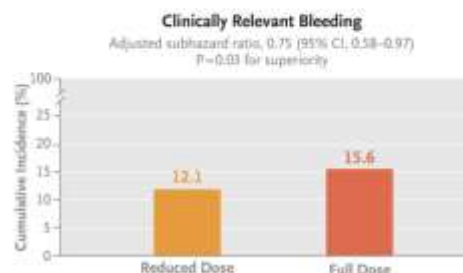
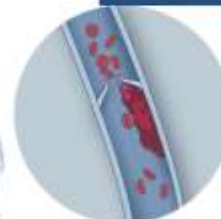
- Owing to legal constraints in France, no data on race and ethnic group were collected in this trial, so no data on treatment effects according to ethnic group were available.
- The trial provides data over a period of 12 months of extended anticoagulant therapy; the potential efficacy and safety of a longer duration of treatment remain uncertain.

CONCLUSIONS

Among patients with active cancer and VTE who had received at least 6 months of anticoagulant treatment, extended treatment with low-dose apixaban was noninferior to full-dose apixaban for the prevention of recurrent VTE and the incidence of clinically relevant bleeding was lower with the reduced dose of apixaban than with the full dose.

Patients

- 1766 adults
- Median age: 69 years
- Women: 57%; Men: 43%



Ce que cette étude apporte

- Dans une population d'adultes (n = 1 766, âge médian : 69 ans) ayant une MTEV associée à un cancer traités pendant 6 mois, une randomisation **pendant une année supplémentaire** en comparant 2 schémas d'Apixaban (5mg /J vs 10 mg/j) est :
 - efficace pour la prévention des récives et ou décès (CJP)
 - bien tolérée (« safety ») : risque hémorragique inférieur avec de faibles doses
- Etude multicentrique, randomisée



RESEARCH



OPEN ACCESS



Check for updates

Time to nursing home admission and death in people with dementia: systematic review and meta-analysis

Chiara C Brück,¹ Sanne S Mooldijk,² Lieke M Kuiper,^{3,4} Muhammed L Sambou² Silvan Licher,^{2,5} Francesco Mattace-Raso,³ Frank J Wolters^{2,6}

Cite this as: *BMJ* 2025;388:e080636

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2024-080636>

Accepted: 11 November 2024



Time to nursing home admission and death in people with dementia

Summary

Life expectancy with dementia (years):

Age	65	85
Men	5.7	2.2
Women	8.0	4.5

Approximately one third of remaining life expectancy is lived in nursing homes



Study design



Systematic review and meta-analysis

Observational and interventional studies

Data sources



261 studies (235 on survival / 79 on nursing home admission)



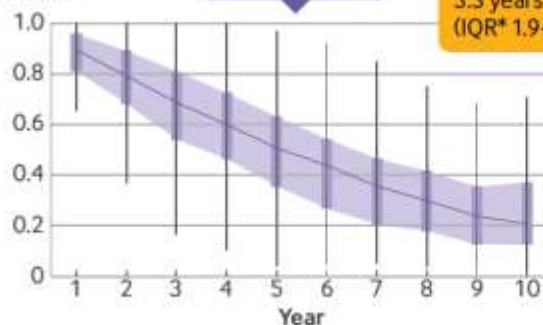
5.5 million people with dementia



63% women

Outcomes

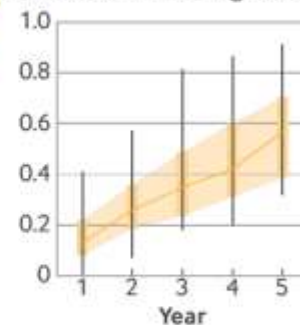
Yearly probabilities of survival



Studies 244 240 219 194 193 151 132 117 101 87

Median time to nursing home admission was 3.3 years (IQR* 1.9-4.0)

Yearly probabilities of admission to nursing home



Studies 56 56 42 30 23

Survie inférieure chez les femmes en raison d'un diagnostic plus tardif





Supermarket/hypermarket opportunistic screening for atrial fibrillation (SHOPS-AF) using sensors embedded in the handles of supermarket trolleys: A feasibility study



Ian D. Jones, PhD^{a,b}, Deirdre A. Lane, PhD^{b,c}, Robyn R. Lotto, PhD^{a,b}, David Oxborough, PhD^{b,d}, Lis Neubeck, PhD^e, Peter E. Penson, PhD^{b,f}, Emma Johnston Smith, MSc^a, Aimeris Santos, MD^{a,b}, Emily E. McGinn, MRes^{a,b}, Aderonke Ajiboye, MPH^{a,b}, Nicola Town, PhD^{a,b}, Gabriela Czanner, PhD^{b,g,h}, Andy Shaw, PhDⁱ, Hala El-Masri, MD^j, and Gregory Y.H. Lip, MD^{b,c} *Liverpool, UK; Aalborg, Denmark; Edinburgh, UK; Bratislava, Slovakia*

Am Heart J. 2024 May;271:164-177.

Méthodes

- 4 supermarchés (100 000 visites hebdomadaires), recrutement de « client » avec Caddie pré-équipé (matériel validé), 210 participants (60 % âgés de plus de 65 ans et 67 % de femmes...)
- Détection d'une arythmie et mesure du pouls (Interne en pharmacie du magasin) et ECG en complément et identification d'une FA prévalente
- Calculs des variables : sensibilité, spécificité, VPP et VPN

Table 6. Range of index test accuracy as a summary from the sensitivity analysis

	Range of values
Sensitivity (%)	0.70-0.93
Specificity (%)	0.15-0.97
Positive predictive value (%)	0.24-0.56
Negative predictive value (%)	0.55-1.00

Commentaires

- Bonne acceptation
- Nombreux faux positifs (arythmie détectée) et surtout nombreux échecs de l'enregistrement lors de la marche dans les rayons ...
- Pour un test de dépistage la sensibilité de la méthode est médiocre +++
- Les hommes n'ont pas de raisons supplémentaires pour faire les courses...



Avancées thérapeutiques en gériatrie

Joël Belmin

Hôpital Charles Foix & Sorbonne Université
Ivry-sur-Seine





Original Paper

A 4-Week Mobile App–Based Telerehabilitation Program vs Conventional In-Person Rehabilitation in Older Adults With Sarcopenia: Randomized Controlled Trial

Lu Zhang¹, MD; Ying Ge¹, MM; Wowa Zhao¹, MBBSMD; Xuan Shu¹, MM; Lin Kang², MD; Qiumei Wang², MD; Ying Liu¹, MD

¹Department of Rehabilitation Medicine, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Beijing, China

Sarcopénie ↔ mauvaise qualité de vie, chutes, dépendance et surmortalité chez les personnes âgées.

Sa prévention et son traitement = un domaine de recherche essentiel.

L'exercice physique contre résistance et supervisé est le traitement de référence.

Mais mise en œuvre difficile (traitements de réadaptation traditionnels dans les hôpitaux).



Création d'une application de télé-réhabilitation

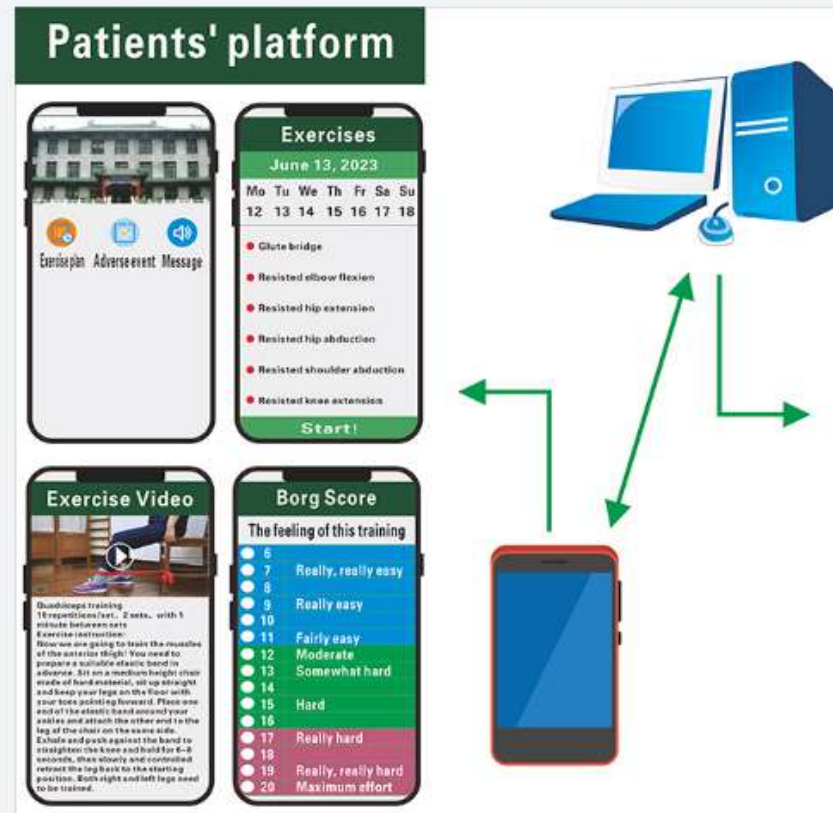
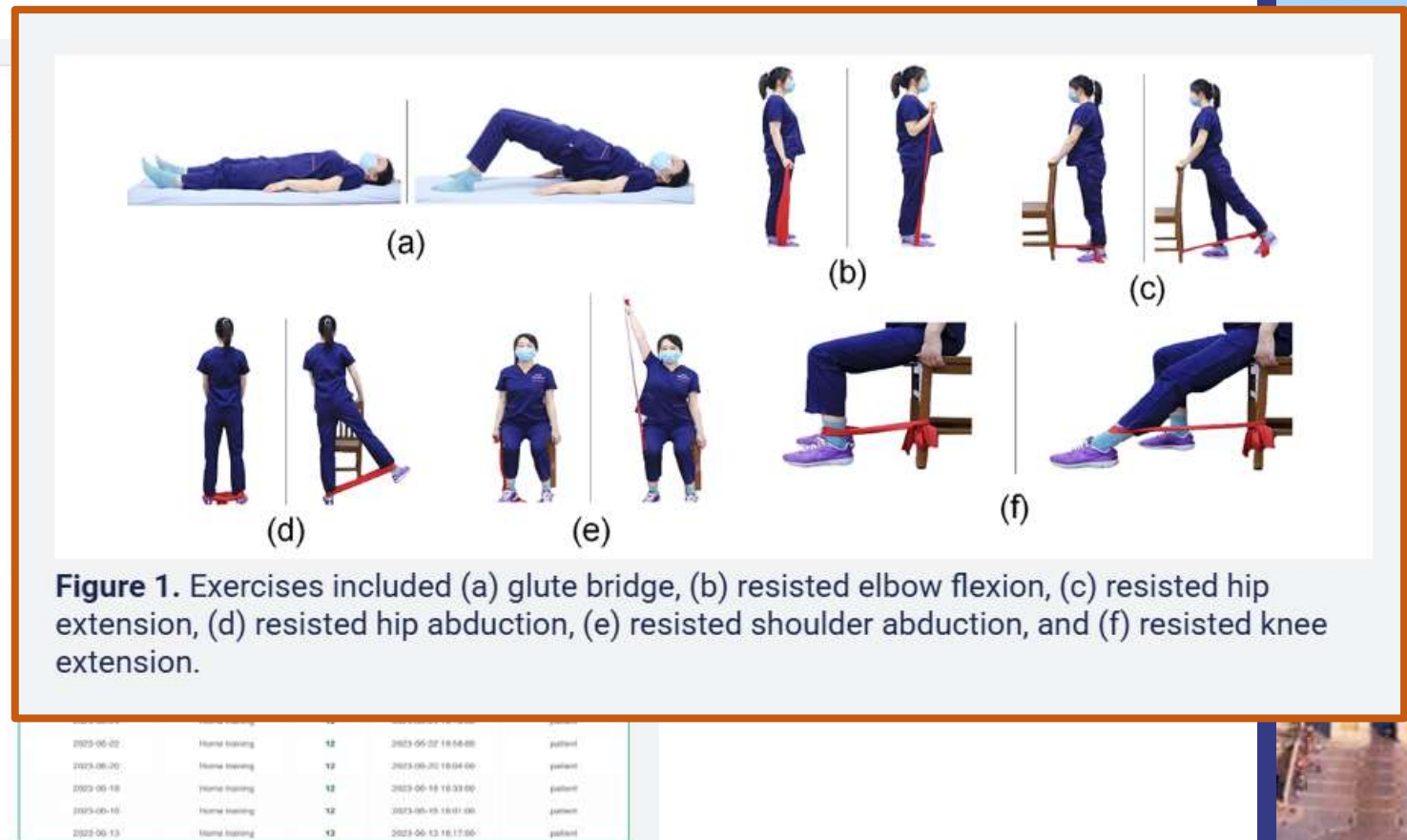


Figure 2. The 3 different parts of the telerehabilitation system (the language of the interface is translated from Chinese). The doctor's portal can be used to create and modify exercises, monitor training progress, and view patient data. Patients can use the user portal to complete the prescribed exercises and provide feedback to physical therapists. Finally, the transmitter portal encrypts and transmits the data collected, ensuring the overall system's integrity.



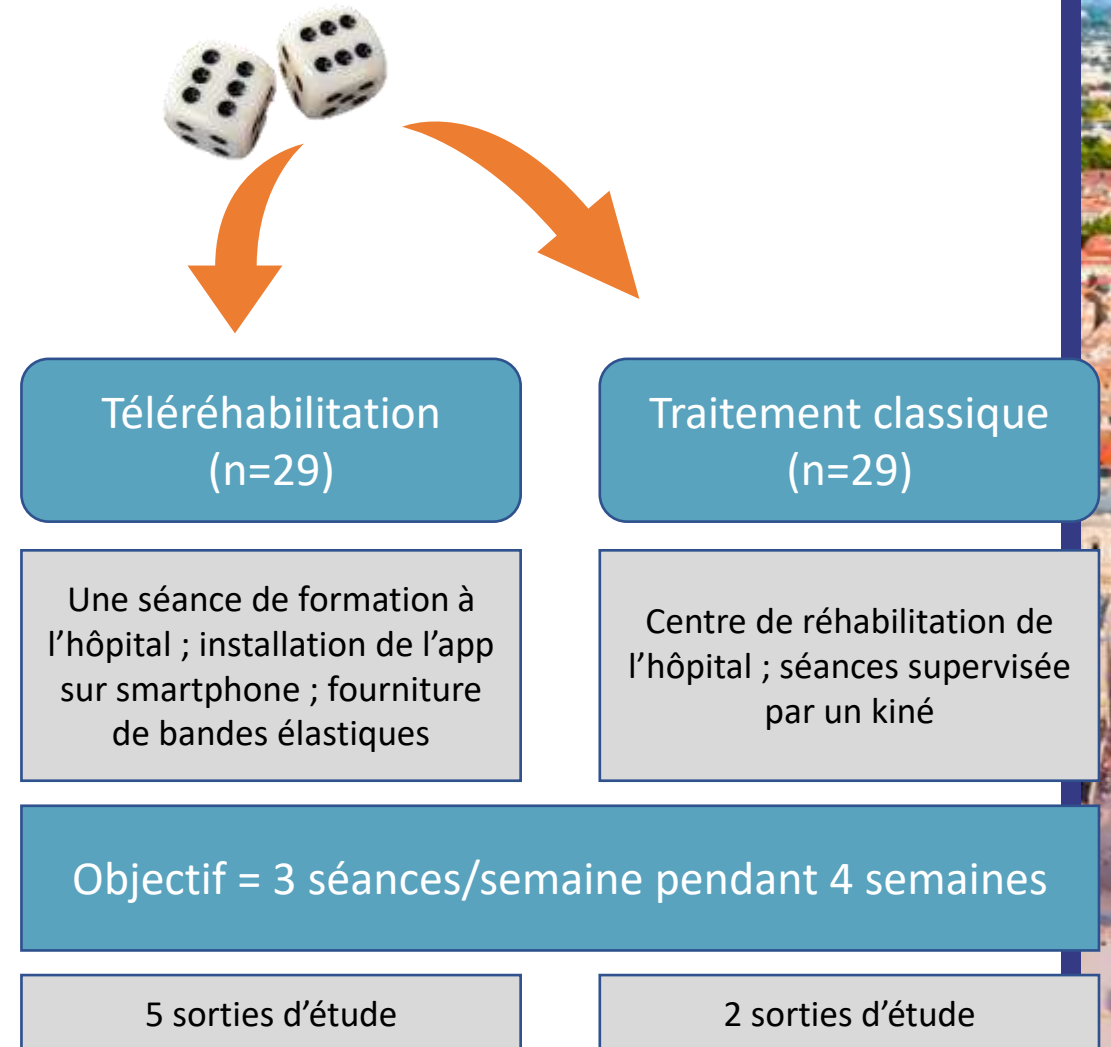
Essai randomisé en groupes parallèles chez 58 personnes âgées avec sarcopénie

Inclusion Criteria

- Diagnosed with sarcopenia based on the 2019 Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS) criteria [6]
- Age between 60 and 80 years
- Able to operate a smartphone and follow the exercise regimen, with sufficient literacy in the local language to navigate a Chinese language mobile app
- No participation in any rehabilitation program within the past 30 days

Exclusion Criteria

- Severe cognitive impairment (Mini-Mental State Examination [MMSE] score < 24), hearing impairment, or vision impairment
- Severe neurological, musculoskeletal, or organ (cardiovascular, pulmonary, hepatic, renal) diseases or malignant tumors
- Uncontrolled hypertension, unstable metabolic diseases, or any other condition deemed inappropriate for participation by the researchers



Caractéristiques des participants

	Télé- Réhabilitation	Réhabilitation classique	
Characteristic	TRG ^a (n=24)	IRG ^b (n=27)	<i>P</i> value
Age (years), mean (SD)	70.47 (6.05)	69.81 (5.76)	.74
Gender (male/female), n (%)	6 (25)/18 (75)	7 (16)/20 (84)	.93
Height (cm), mean (SD)	160.73 (6.63)	161.88 (5.97)	.61
Weight (kg), mean (SD)	53.49 (7.55)	53.95 (8.14)	.87
TSM ^c (kg/m ²), mean (SD)	26.82 (10.04)	25.71 (8.04)	.72
BFP ^d (%), mean (SD)	31.31 (8.34)	28.28 (6.17)	.23
SMI ^e (kg/m ²), mean (SD)	5.60 (0.51)	5.64 (0.77)	.88
Grip strength (kg) , mean (SD)	18.59 (5.95)	18.96 (6.57)	.87
Quadriceps femoris EPT ^f (Nm), mean (SD)	26.19 (10.26)	26.95 (11.81)	.84
BBS ^g score, mean (SD)	49.00 (4.18)	49.11 (4.89)	.95
6MWT ^h score (minutes), mean (SD)	354.19 (97.56)	349.84 (97.43)	.90
IADL ⁱ score, mean (SD)	21.31 (1.96)	21.42 (1.98)	.87



Résultats

Excellente adhérence
au programme dans les
deux groupes avec
participation > 95%
des séances

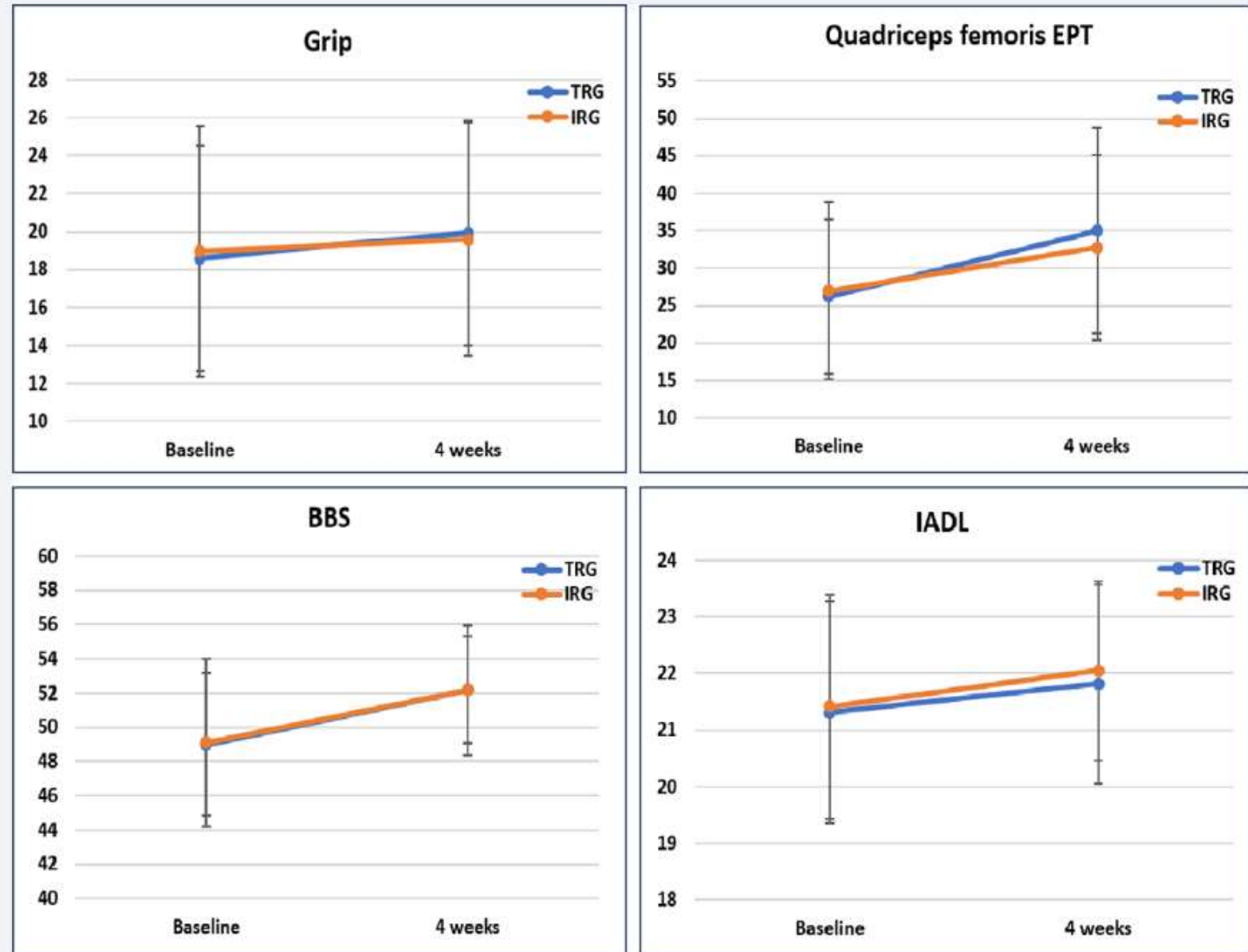


Figure 4. Grip strength, quadriceps femoris EPT, BBS, and IADL data at baseline and 4 weeks. Error bars represent 95% CIs. BBS: Berg Balance Scale; EPT: extension peak torque; IADL: Instrumental Activities of Daily Living; IRG: in-person rehabilitation group; TRG: telerehabilitation group.



Résultats

Table 4. Baseline, 4-week, and pre- and postintervention changes in balance, cardiopulmonary endurance, and the IADL^a.

	TRG ^b (n=24)				IRG ^c (n=27)				Between-group difference <i>P</i> value
	Baseline, mean (SD)	Week 4, mean (SD)	Difference, mean (SD)	<i>P</i> value	Baseline, mean (SD)	Week 4, mean (SD)	Difference, mean (SD)	<i>P</i> value	
BBS ^d	49.00 (4.18)	52.19 (3.10)	3.19 (2.86)	<.001	49.11 (4.89)	52.15 (3.79)	3.06 (2.44)	<.001	.88
TUGT ^e (seconds)	9.23 (2.19)	8.57 (1.71)	-0.66 (1.44)	.09	9.68 (2.76)	8.94 (2.14)	-0.73 (1.79)	.10	.90
6MWT ^f (minutes)	354.19 (97.56)	363.19 (82.29)	8.28 (41.92)	.37	349.84 (97.43)	364.63 (112.27)	13.58 (40.72)	.11	.72
IADL	21.31 (1.96)	21.81 (1.76)	0.50 (0.89)	.04	21.42 (1.98)	22.05 (1.58)	0.63 (1.06)	.02	.70

Le programme de télé-réhabilitation via une application smartphone :

- Aussi efficace que la réhabilitation en centre supervisée par un kiné, notamment pour améliorer la force musculaire, l'équilibre et l'autonomie
- Moins coûteux
- Plus accessible
- Limites : > Avoir un smartphone et savoir l'utiliser
> Ne pas avoir de troubles cognitifs !





Self-help mobile messaging intervention for depression among older adults in resource-limited settings: a randomized controlled trial



Received: 10 October 2023

Accepted: 12 February 2024

Published online: 14 March 2024

 Check for updates

A list of authors and their affiliations appears at the end of the paper

Scalable solutions to treat depression in older adults in low-resourced settings are urgently needed. The PRODIGIAL-D pragmatic, single-blind, two-arm, individually randomized controlled trial assessed the effectiveness of a mobile messaging psychosocial intervention in improving depressive symptomatology among older adults in socioeconomically deprived areas of Guarulhos, Brazil. Older adults (aged 60+ years) registered with 24



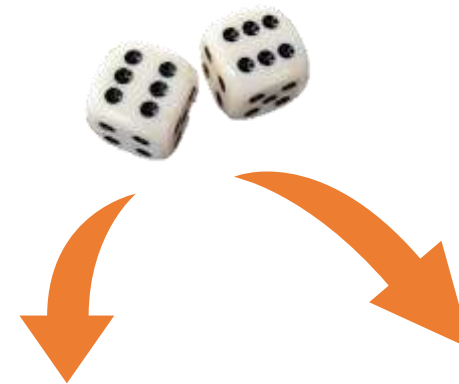
Design de l'étude

- Etude chez 603 personnes âgées de la ville de Guarulhos au Brésil (zone défavorisée)
- Recrutés à partir des centres de santé primaire, selon ces critères :
 - Avoir un smartphone et un numéro Whats'App
 - Age de plus de 60 ans
 - Avec symptômes dépressifs (PHQ-9*>10)
 - Acceptant de participer

Programme Viva Vida

Pendant 6 semaines, envoi de 48 messages audios et visuels (4 j/semaine). Contenu basé sur les interventions psychosociales et l'activation comportementale utilisées pour la dépression.

Et invitation à répondre à une question une fois/sem



Groupe Intervention
(n=298)

Groupe Contrôle
(n=305)

Critère de jugement principal

Amélioration des symptômes dépressifs
définie par un score PHQ-9<10

A 3 et 5 mois

Characteristics	n of total sample size (%)	
	Intervention (n=298)	Control (n=305)
Female	225/298 (75.5)	226/305 (74.1)
Age group		
60–69 years	251/298 (84.2)	251/305 (82.3)
70+ years	47/298 (15.8)	54/305 (17.7)
Education		
None	45/297 (15.2)	51/302 (16.9)
1–4 years	83/297 (27.9)	84/302 (27.8)
5–8 years	94/297 (31.6)	85/302 (28.1)
>8 years	75/297 (25.3)	82/302 (27.2)
Personal income ^a		
Up to 1 minimum wage	197/298 (66.1)	191/305 (62.6)
>1–2 minimum wage	60/298 (20.1)	56/305 (18.4)
>2 minimum wage	41/298 (13.8)	58/305 (19.0)
Hypertension (self-reported)	207/298 (69.5)	222/305 (72.8)
Diabetes (self-reported)	123/298 (41.3)	121/305 (39.7)
Receiving pharmacological treatment for depression (self-reported)	38/298 (12.8)	46/305 (15.1)
PHQ-9 severity		
10–14	120/298 (40.3)	119/305 (39.0)
15–19	99/298 (33.2)	100/305 (32.8)
20+	79/298 (26.5)	86/305 (28.2)



Résultats

Le % de personnes améliorées (PHQ-9<10 est significativement augmenté par l'intervention

Table 2 | Primary (PHQ-9 <10; improvement) and secondary (PHQ-9 scores reduced by at least 50% between baseline and the first and second follow-up assessments; reduction) outcomes at the 3-month and 5-month follow-ups

Improvement from and reduction in depressive symptomatology at the 3-month and 5-month follow-ups	Intervention	Control	Risk difference in percentage points (95% CI) ^a	OR (95% CI) ^{b,c}	p ^d
	n of total n (%)	n of total n (%)			
Primary outcome: improvement from depressive symptomatology at 3 months ^e	109/257 (42.4)	87/270 (32.2)	10.2 (2.0–18.4)	1.57 (1.07–2.29)	0.019
Secondary outcome: improvement from depressive symptomatology at 5 months ^e	127/250 (50.8)	130/260 (50.0)	0.8 (–7.9–9.5)	1.01 (0.70–1.46)	0.938
Secondary outcome: reduction in depressive symptomatology at 3 months ^e	95/257 (37.0)	73/270 (27.0)	9.9 (2.0–17.9)	1.58 (1.08–2.29)	0.016
Secondary outcome: reduction in depressive symptomatology at 5 months ^e	111/250 (44.4)	112/260 (43.1)	1.3 (–7.3–9.9)	1.04 (0.73–1.48)	0.841

Très bonne participation
Plus de 85% ont terminé l'étude



Conclusion

- Ces résultats montrent l'utilité d'une intervention psychosociale par messagerie numérique pour améliorer à court terme de la symptomatologie dépressive.
- Elle peut potentiellement être intégrée dans les programmes de soins primaires pour le traitement des personnes âgées souffrant de dépression.
- Ne remplace pas la prise en charge classique de la dépression.

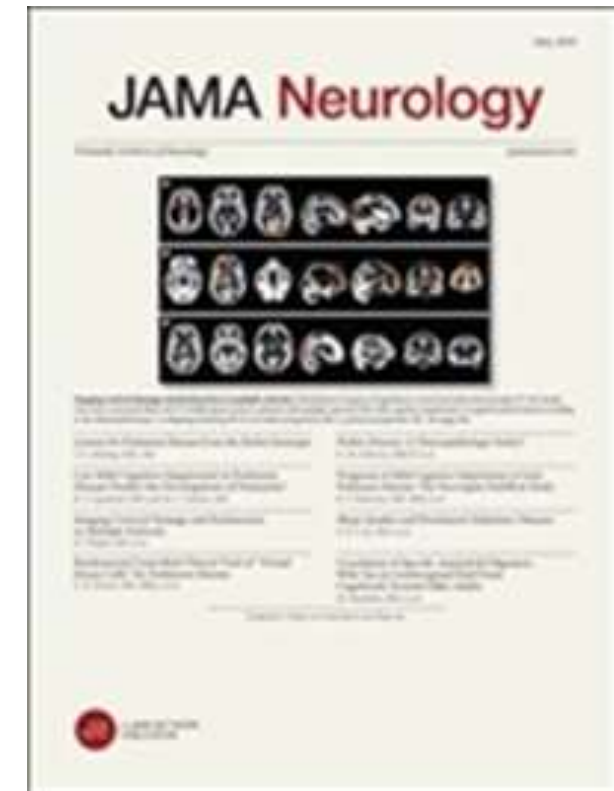


Diagnostic Accuracy of a Plasma Phosphorylated Tau 217 Immunoassay for Alzheimer Disease Pathology

Précision diagnostique d'un immuno-essai de la p-tau 217 plasmatique pour la pathologie Alzheimer

La protéine tau phosphorylée est un biomarqueur spécifique de la maladie d'Alzheimer, actuellement dosée dans le LCR

- Mise au point d'un test sanguin pour doser la p-tau217 plasmatique
- But de l'étude : mesurer la performance diagnostique du dosage plasmatique pour détecter la pathologie amyloïde et tau.
- Etude des plasmas des participants de 3 cohortes incluant des personnes avec ou sans troubles cognitifs et qui avaient eu une recherche de biomarqueurs soit par dosages dans le LCR, soit par imagerie PET-amyloïde et imagerie PET-tau.



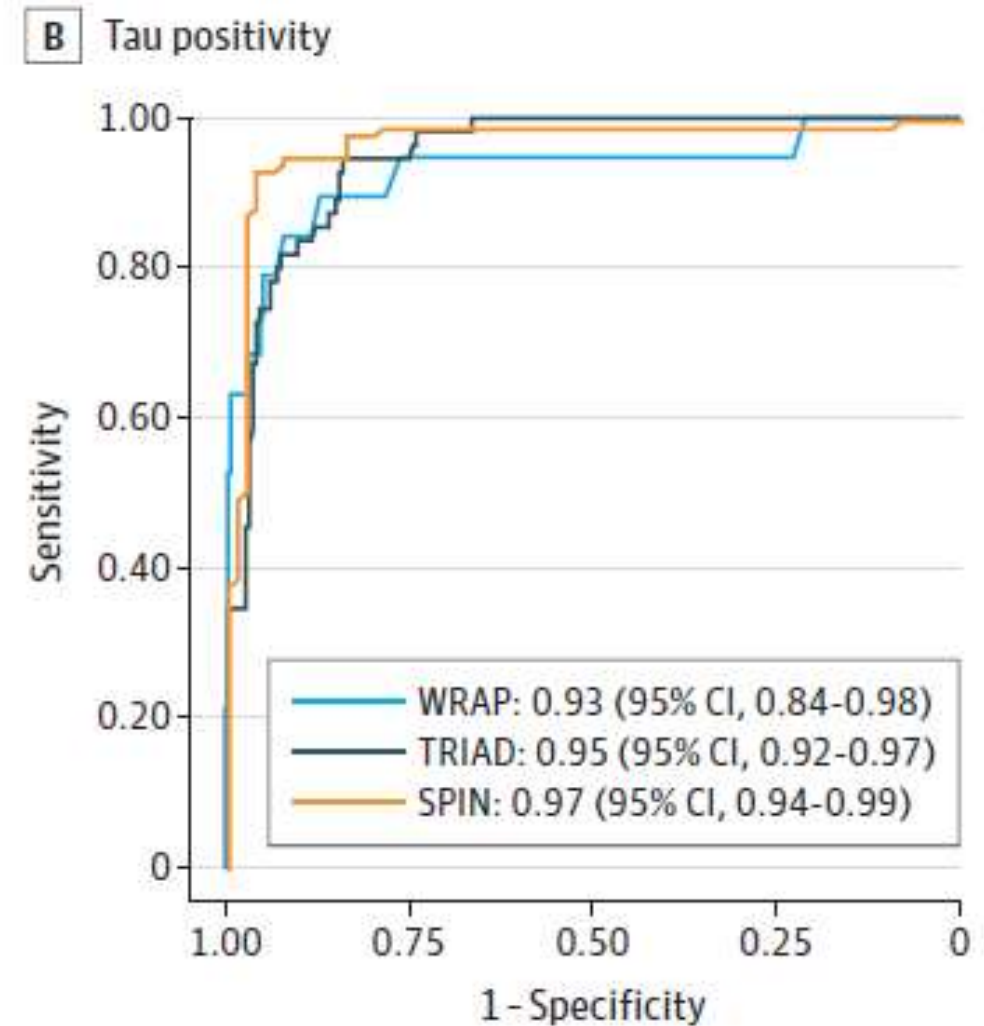
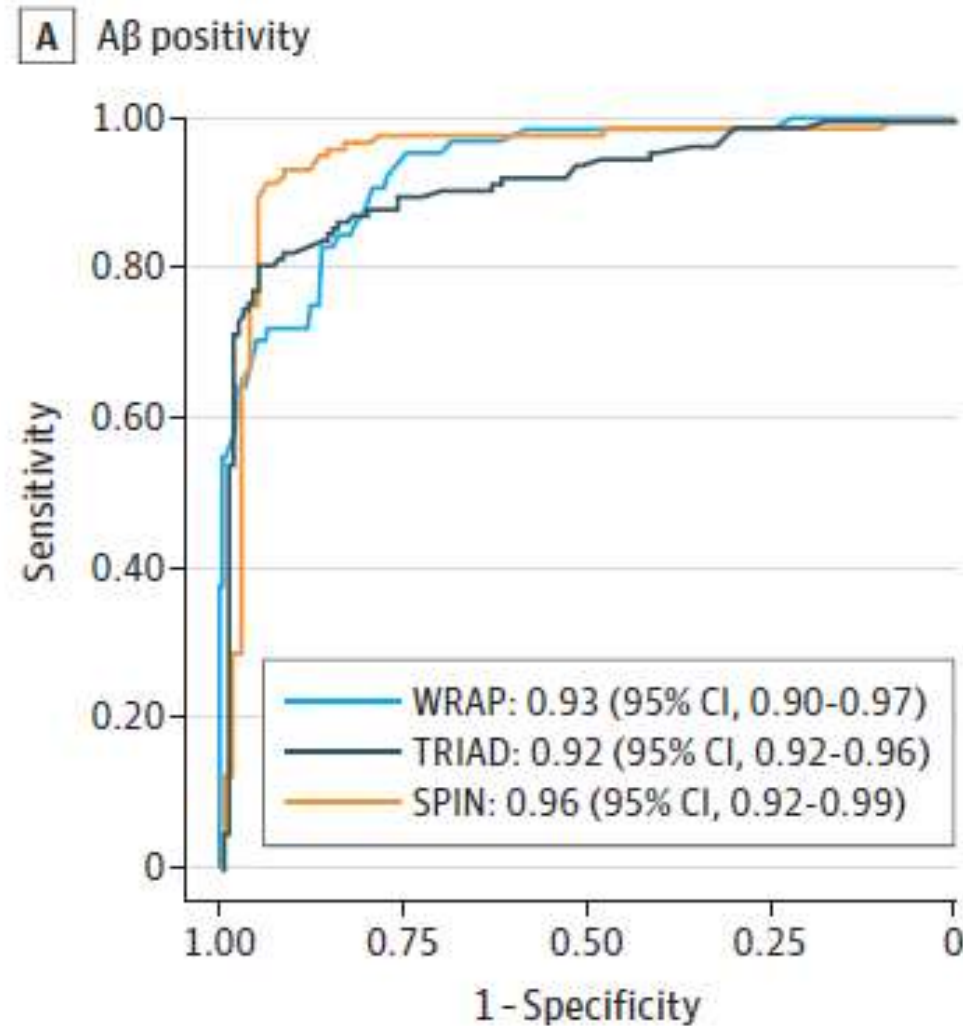
Les participants

Table 1. Cross-Sectional Demographic Data for the WRAP, TRIAD, and SPIN Cohorts

Characteristic	Mean (SD)		
	WRAP (n = 323)	TRIAD (n = 268)	SPIN (n = 195)
Age, y	65.3 (6.91)	69.4 (7.90)	63.5 (13.8)
Sex, No. (%)			
Female	217 (67.2)	167 (62.3)	120 (61.5)
Male	106 (32.8)	101 (37.7)	75 (38.5)
APOE ϵ 4 carriers, No. (%)	121 (37.5)	96 (35.8)	81 (41.5)
MMSE score	29.2 (1.23)	27.0 (4.72)	26.4 (4.19)
Baseline clinical diagnosis, No. (%)			
No cognitive impairment	309 (95.7)	134 (50.0)	82 (42.1)
Cognitive impairment	14 (4.3)	134 (50.0)	113 (57.9)
Years of education	16.1 (2.62)	15.0 (3.57)	13.4 (5.12)
AT status, No. (%)			
A-T-	209 (78.9)	146 (55.3)	75 (41.2)
A+T-	38 (14.3)	65 (24.6)	6 (3.3)
A+T+	18 (6.8)	53 (20.1)	101 (55.5)
A-T+	1 (0.3)	2 (0.7)	2 (1.0)
Missing data ^a	57 (17.6)	2 (0.7)	11 (5.6)
Plasma p-tau217, pg/mL	0.466 (0.362)	0.636 (0.648)	0.977 (0.766)



Résultats



Résultats

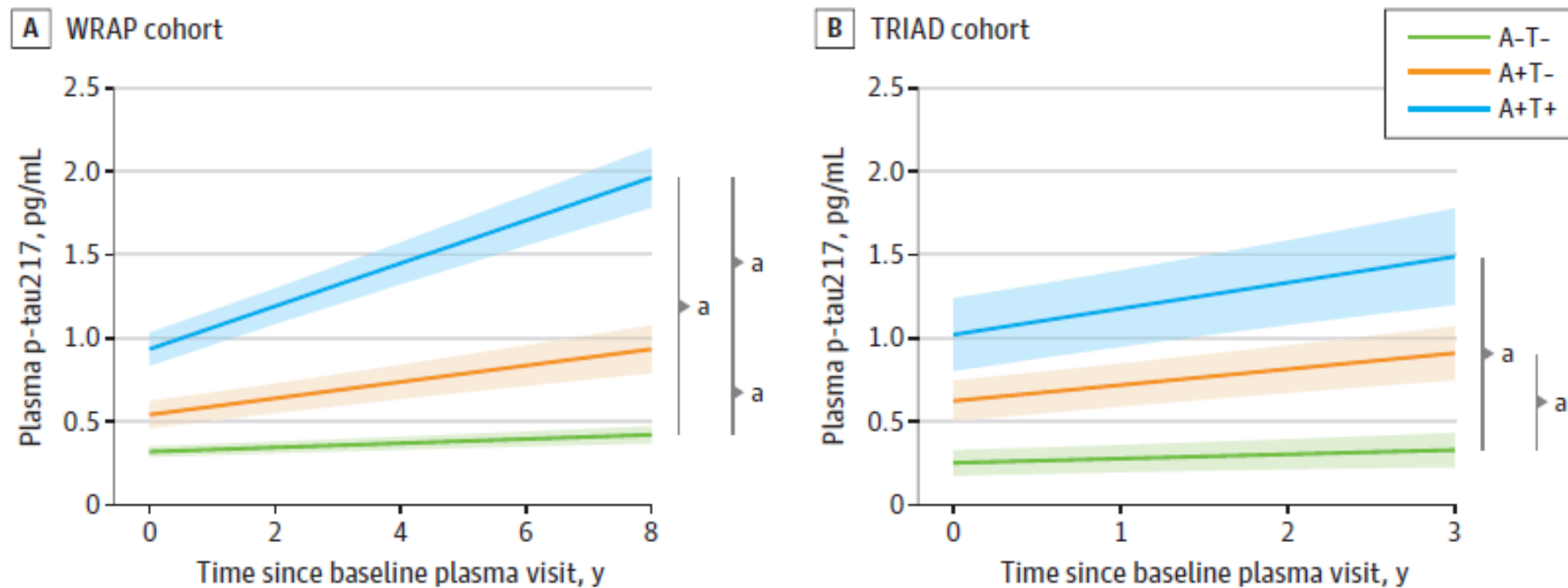
Table 2. Binary Reference and Three-Range Reference for A β Positivity^a

Characteristic	Binary reference for A β positivity: plasma p-tau217 >0.42 pg/mL		
	WRAP	TRIAD	SPIN
No. of participants	323	268	195
A β -positive, No. (%)	64 (19.8)	120 (44.8)	110 (56.4)
Plasma p-tau217 status positive, No. (%)	127 (39.3)	124 (46.3)	127 (65.1)
Sensitivity, %	95.3	85.0	98.2
Specificity, %	74.5	85.1	77.6
PPA, %	48.0	82.3	85.0
NPA, %	98.5	87.5	97.1
OPA, %	78.6	85.1	89.2



Evolution dans le temps de p-tau217

Figure 3. Longitudinal Trajectories of Plasma Phosphorylated Tau 217 (p-Tau217) Values According to Amyloid β (A) and Tau (T) Status by Positron Emission Tomography (PET)



Conclusion

Le test immunologique p-tau217 plasmatique a une précision similaire à celle des biomarqueurs du liquide céphalo-rachidien pour identifier la pathologie Alzheimer (amyloïde A β et protéine tau).

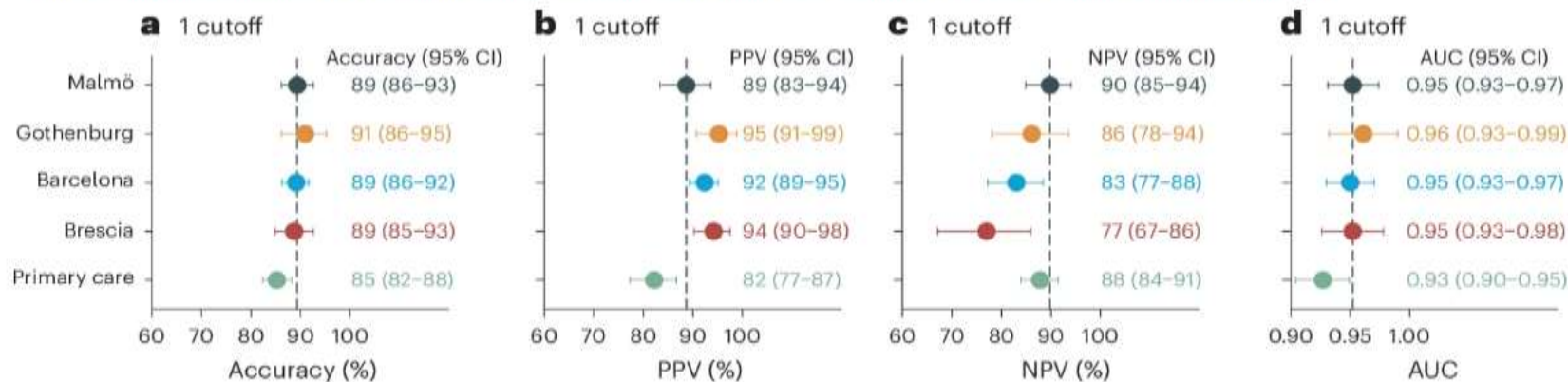
La mise à disponibilité de ces tests hautement performants pourrait accélérer l'utilisation des biomarqueurs sanguins en milieu clinique et profiter à la communauté scientifique.

Ashton NJ, JAMA Neurol 2024

nature medicine

Fig. 1: Performance of plasma p-tau217 (Lumipulse) for discriminating AD pathology-positive versus AD pathology-negative participants in five independent cohorts.

From: [Plasma phospho-tau217 for Alzheimer's disease diagnosis in primary and secondary care using a fully automated platform](#)



Plamqvist S, Nature Med 2025

Le vaccin recombinant contre le zona prévient-il les démences?



Vaccine
Volume 46, 6 February 2025, 126673



Recombinant zoster vaccine and the risk of dementia

Emily Tang ^a, Isabel Ray ^a, Benjamin F. Arnold ^{a,b}, Nisha R. Acharya ^{a,b,c}  

Etude de cohorte rétrospective sur la base de données Optum Labs Data Warehouse du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2022.

Effectif > 4,5 millions de sujets immunocompétents > 50 ans.

Une régression de Cox ajustée pour des mesures fixées dans le temps et mises à jour tous les six mois a été mise en œuvre pour estimer les rapports de risque de démence.



Risque de démence et vaccin recombinant contre le zona

Variable	Hazard Ratio (95% CI)	P-value
----------	-----------------------	---------

RZV status (ref: Unvaccinated)		
--------------------------------	--	--

Partially vaccinated	0.89 (0.87, 0.92)	<.001
----------------------	--------------------	-------

Fully vaccinated	0.68 (0.67, 0.70)	<.001
------------------	--------------------	-------

Prior to any RZV dose	1.47 (1.42, 1.52)	<.001
-----------------------	--------------------	-------

Post 1st dose	1.41 (1.04, 1.90)	.03
---------------	--------------------	-----

Post 2nd dose	1.84 (1.43, 2.37)	<.001
---------------	--------------------	-------

Baseline ZVL	0.88 (0.85, 0.92)	<.001
--------------	--------------------	-------

Age groups (ref: 50-54)		
-------------------------	--	--

55-59		
-------	--	--

60-64		
-------	--	--

65-69		
-------	--	--

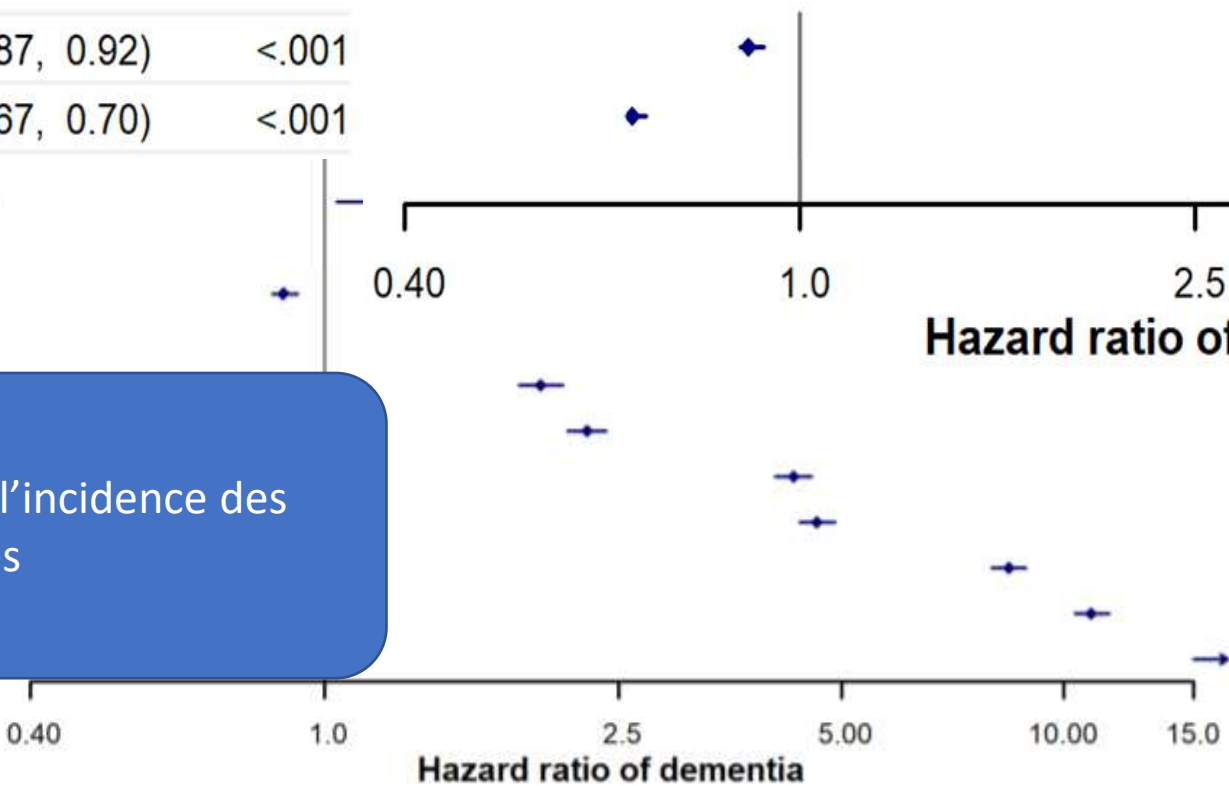
70-74		
-------	--	--

75-79		
-------	--	--

80-84		
-------	--	--

85-89		
-------	--	--

Diminution de 32% de l'incidence des démences

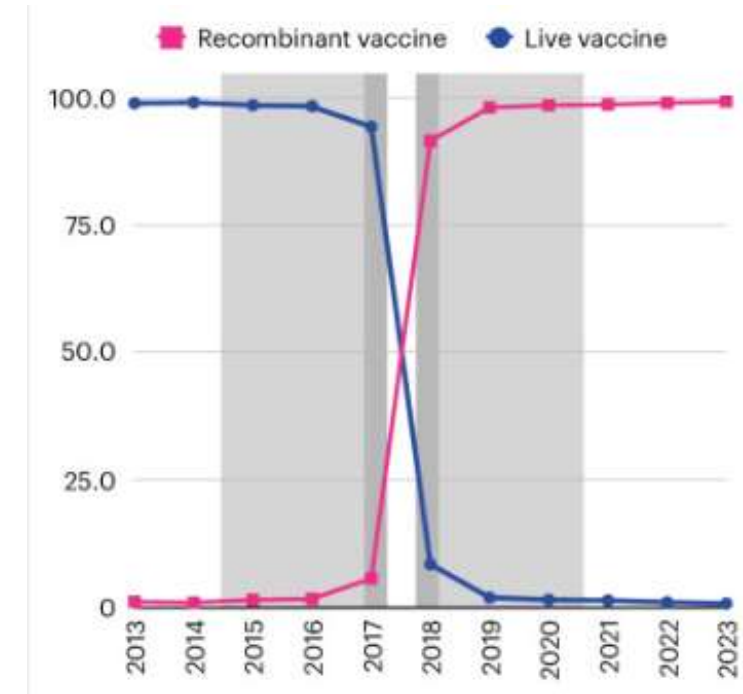


The recombinant shingles vaccine is associated with lower risk of dementia

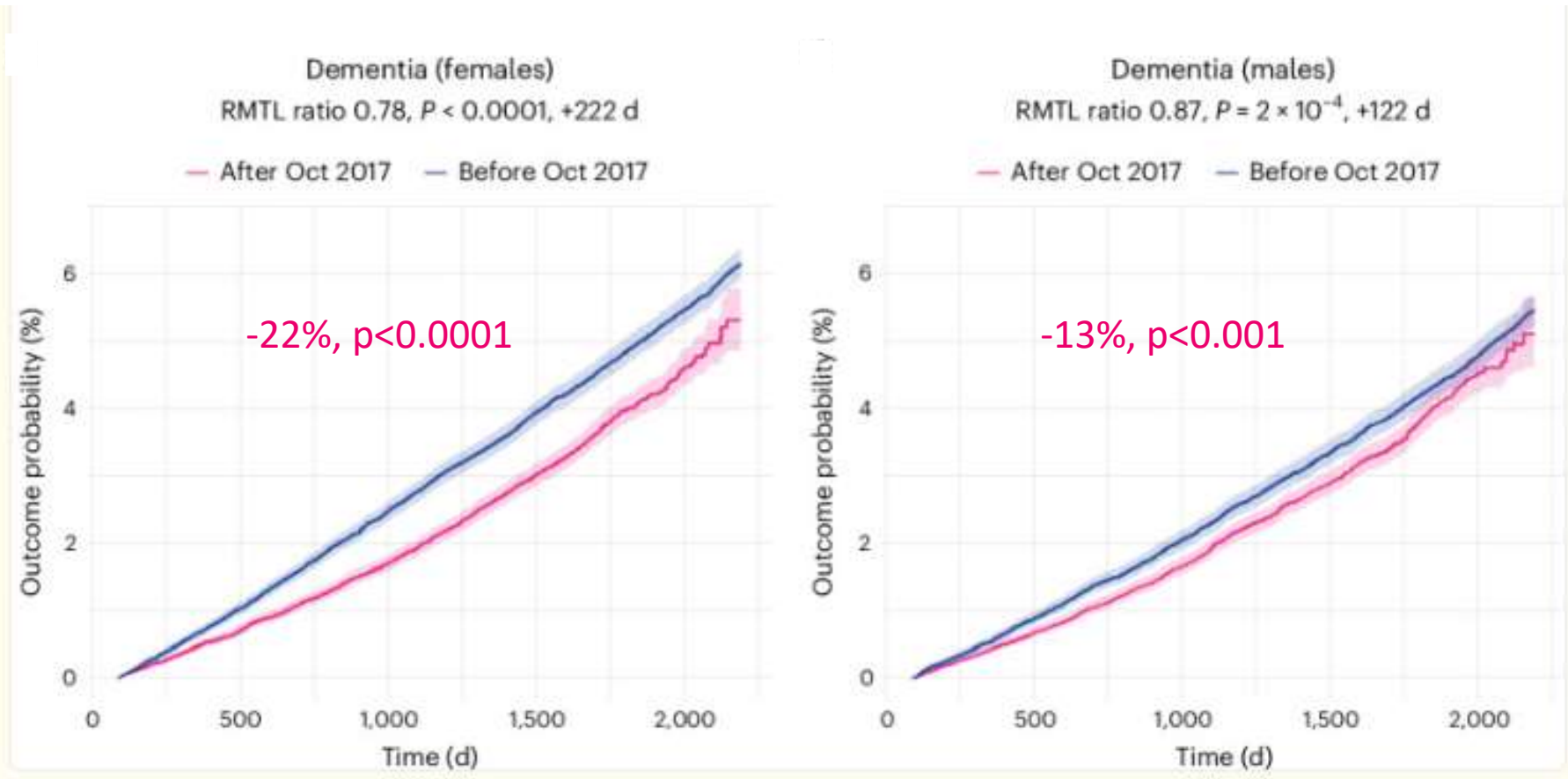
[Maxime Taquet](#) , [Quentin Dercon](#), [John A. Todd](#) & [Paul J. Harrison](#) 

Nature Medicine **30**, 2777–2781 (2024) | [Cite this article](#)

- Etude de cohorte aux USA.
- + de 200 000 personnes ayant reçu le vaccin.
 - Avant octobre 2017 (vaccin vivant atténué) ou,
 - Après octobre 2017 (vaccin recombinant)
- Suivi de 6 ans.



The recombinant shingles vaccine is associated with lower risk of dementia



Les gliflozines peuvent-elles prévenir la démence ?

Open access

Original research

BMJ Open
Diabetes
Research
& Care

Association between use of sodium-glucose co-transporter-2 inhibitor and the risk of incident dementia: a population-based cohort study

Zarin Abdullah,^{1,2} Ying Cui,² Robert W Platt,^{3,4} Christel Renoux,^{2,5}
Laurent Azoulay ^{1,2} Chenjie Xia,⁵ Oriana Hoi Yun Yu ^{2,6}

- Les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose-2 (SGLT-2i) ont produits des effets bénéfiques sur la fonction cognitive.
- Leurs association en relation avec l'incidence des démence ne sont pas bien connus.



Méthodes

Étude de cohorte rétrospective basée sur la base de données *Aurum* du *Clinical Practice Research Datalink* (CPRD) du Royaume-Uni.

➔ Cohorte de 118 006 patients avec diabète de type 2.

Avec prescription récente de SGLT-2i ou un DPP-4i entre 2013 et 2021.

Critère primaire = la démence incidente au cours du suivi.

Critère secondaire = MCI incident au cours du suivi

Des modèles de risques proportionnels de Cox et score de propension ont été utilisés pour estimer le HR et l'IC à 95 %.



Table 1 Incidence and risk of dementia among SGLT-2i users versus DPP-4i users

	SGLT-2i	DPP-4i
Primary analysis with 'as-treated approach'	N=34 816	N=83 190
Total follow-up period (person-years)	70 942	199 618
Median follow-up period (years)	1.54	1.79
Dementia cases	40	533
Incidence rate (per 1000 person-years)	0.56	2.67
Crude HR (95% CI)	0.26 (0.19 to 0.35)	1.00 (reference)
Adjusted HR* (95% CI)	0.78 (0.55 to 1.12)	1.00 (reference)
*PS fine stratification DPP-4i, dipeptidyl peptidase-4 inhibitor; SGLT-2i, sodium-glucose co-transporter-2 inhibitor.		

HR de démence incidente chez les 65 ans et plus : 0.50 (0.31 to 0.80)
 HR de MCI : 0.86 (0.80 to 0.92)

Etude avec le même design dans une cohorte de diabétiques en Chine → HR : 0.74 (95% CI, 0.60-0.93).
 Zhuo L, *Diabetes Obes Res* 2025

CONCLUSIONS : L'utilisation du SGLT-2i peut être associée à des bénéfices cognitifs.
 Il faut mener des essais cliniques pour savoir si l'utilisation du SGLT-2i réduit le risque de développer un déclin cognitif



RESEARCH

Open Access



Cholinesterase inhibitors and memantine are associated with a reduced mortality in nursing home residents with dementia: a longitudinal observational study

Charlotte Havreng-Théry^{1,2,3}, Bruno Oquendo², Victoria Zolnowski-Kolp², Pierre Krolak-Salmon⁴, François Bertin-Hugault⁴, Carmelo Lafuente-Lafuente^{2,5} and Joël Belmin^{1,2*}



Une étude de cohorte retrospective longitudinale

Cohorte de résidents considérés comme ayant un trouble neurocognitif majeur selon des critères définis, sélectionnés parmi les résidents admis après le 1/1/2014 dans les 229 maisons de retraite françaises d'ORPEA.



Data:

- Données dé-identifiées obtenues à partir de dossiers médicaux électroniques sur une période de 6 ans
- A l'admission : âge, sexe, GIR, comorbidités Indice de Charlson
- Exposition médicamenteuse à l'AChEI, à la mémantine, aux deux ou à aucun de ces médicaments
- Statut vital et date du décès

Comparaisons:

Exposition à l'AChEI VS absence de médicaments contre la démence

Exposition à la mémantine VS aucun médicament contre la démence

Exposition à l'AChEI plus mémantine VS aucun médicament contre la démence

Outcomes:

- -Survie étudiée pour l'ensemble de la cohorte, non ajustée et ajustée (âge, sexe, GIR, MMSE, Charlson)
- -Survie ajustée dans les cohortes appariées par scores de propension.



Caractéristiques de 25 358 résidents atteints de démence

	Exposure to anti-dementia drugs				P
	None	CEI	Memantine	CEI+memantine	
	(n=20,293)	(n=2,550)	(n=2,055)	(n=460)	
Age, years (m, sd)	87.7 (6.9)	84.3 (6.7)	85.3 (6.3)	83.6 (6.6)	0.000
Males (n,%)	5,957 (29.35)	858 (33.65)	676 (32.9)	156 (33.91)	0.000
Level of dependency (n,%)					0.000
very severe (GIR1)	853 (4.42)	148 (6.39)	169 (9.06)	39 (9.29)	
severe (GIR2)	6,553 (33.96)	938 (40.48)	794 (42.57)	198 (47.14)	
moderately severe (GIR3)	4,552 (23.59)	510 (22.01)	435 (23.32)	78 (18.57)	
moderate (GIR4)	5,600 (29.02)	565 (24.38)	364 (19.52)	83 (19.76)	
mild (GIR5)	1,090 (5.65)	93 (4.01)	73 (3.91)	13 (3.10)	
none (GIR6)	648 (3.36)	63 (2.72)	30 (1.61)	9 (2.14)	
MMSE score (m, sd)	16.0 (7.3)	17.2 (8.6)	16.0 (9.5)	15.5 (9.6)	0.000
Charlson index (median, IQR)	5 (4, 6)	5 (5, 6)	5 (5, 6)	5 (5, 6)	0.000



Risque de mortalité en fonction de l'exposition au médicament

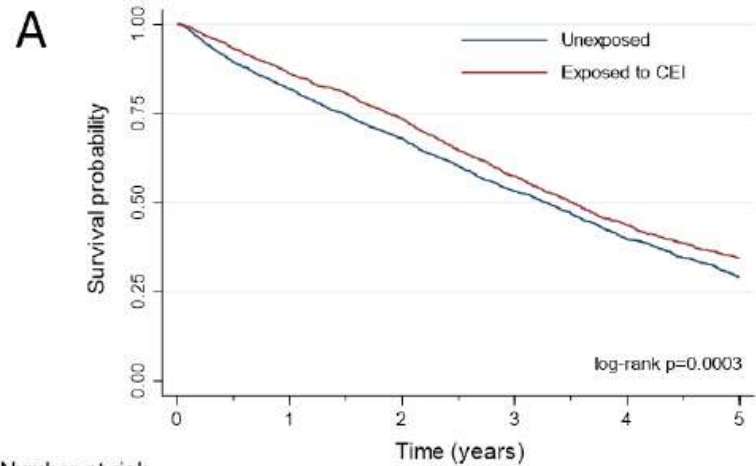
EXPOSURE TO ANTI-DEMENTIA DRUGS	Hazard ratio	95%CI	P
	unadjusted		
None (reference)			
Cholinesterase inhibitors only	0.874	(0.821 to 0.929)	0.000
Memantine only	1.002	(0.938 to 1.069)	0.955
Cholinesterase inhibitors + memantine	0.784	(0.686 to 0.897)	0.000
	adjusted*		
None (reference)			
Cholinesterase inhibitors only	0.826	(0.769 to 0.888)	0.000
Memantine only	0.857	(0.795 to 0.923)	0.000
Cholinesterase inhibitors + memantine	0.742	(0.640 to 0.861)	0.000

*adjusted on age, sex, level of dependency, MMSE score and Charlson index

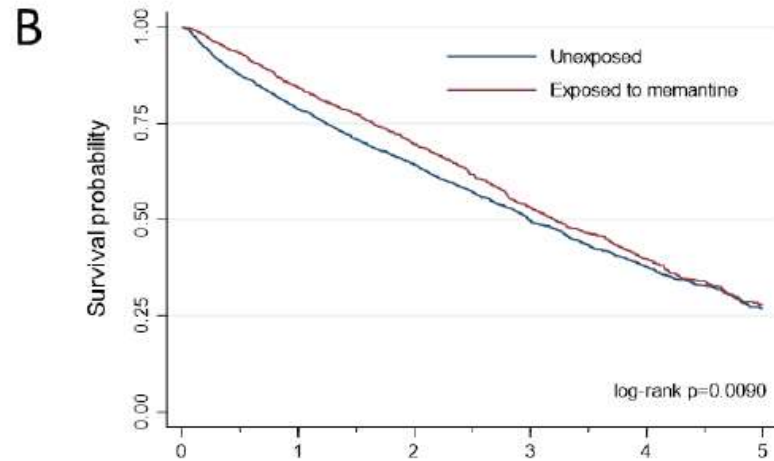
Les trois cohortes appariées par scores de propension

	Matched Cohort 1			Matched Cohort 2			Matched Cohort 3		
	None	CEI	P	None	Memantine	P	None	CEI plus memantine	P
	(n=3226)	(n=1933)		(n=2801)	(n=1600)		(n=717)	(n=310)	
Age, years (m, SD)	84.8 (7.38)	84.4 (6.42)	0.027	85.6 (7.39)	85.2 (6.24)	0.050	83.9 (7.87)	83.5 (6.56)	0.358
Males (n,%)	1,044 (31.97)	602 (31.14)	0.558	856 (30.56)	494 (30.88)	0.838	242 (33.75)	117 (31.62)	0.497
Level of dependency (n,%)	0.840			0.658			0.640		
GIR 1	176 (5.39)	109 (5.64)		183 (6.53)	124 (7.75)		68 (9.48)	34 (9.19)	
GIR 2	1,279 (39.16)	754 (39.01)		1,209 (43.16)	671 (41.94)		362 (50.49)	167 (45.14)	
GIR 3	793 (24.28)	443 (22.92)		688 (24.56)	384 (24.00)		123 (17.15)	71 (19.19)	
GIR 4	779 (23.85)	487 (25.19)		549 (19.60)	324 (20.25)		132 (18.41)	78 (21.08)	
GIR 5	138 (4.23)	79 (4.09)		125 (4.46)	67 (4.19)		18 (2.51)	11 (2.97)	
GIR 6	101 (3.09)	61 (3.16)		47 (1.68)	30 (1.88)		14 (1.95)	9 (2.43)	
MMSE score (m, SD)	17.0 (7.29)	17.3 (8.62)	0.195	16.1 (7.44)	16.2 (9.50)	0.794	15.2 (7.73)	15.5 (9.68)	0.572
Charlson index (md, IQR)	5 (4, 6)	5 (4, 6)	0.779	5 (5, 6)	5 (5, 6)	0.710	5 (4, 6)	5 (5, 6)	0.241

AChEI



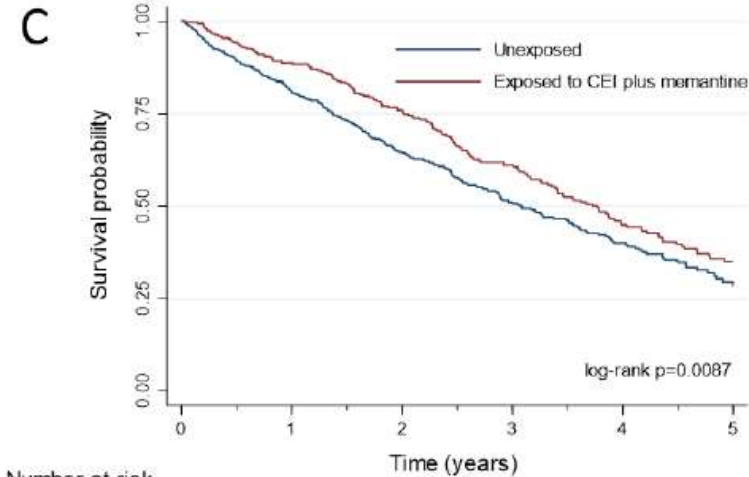
Number at risk						
Unexposed	3265	2069	1327	803	412	176
Exposed to CEI	1933	1397	998	624	321	151



Number at risk						
Unexposed	2801	1700	1069	623	334	138
Exposed to memantine	1600	1120	786	487	248	110

Memantine

Survie dans les trois cohortes



Number at risk						
Unexposed	717	445	277	163	88	30
Exposed to CEI + memantine	370	289	210	145	84	47

Exposure to anti-dementia drugs	Hazard ratio	95%CI	P
<i>In matched cohort 1</i>			
CEI only	0.853	(0.783 to 0.930)	0.000
<i>In matched cohort 2</i>			
Memantine only	0.887	(0.810 to 0.970)	0.009
<i>In matched cohort 3</i>			
CEI plus memantine	0.780	(0.648 to 0.940)	0.009

AChEI +
Memantine

Conclusion

- Les résultats soutiennent l'idée que les médicaments contre la démence réduisent la mortalité chez les résidents des maisons de retraite atteints de démence.
- Principale limite : manque d'informations précises sur les types de démence.
- Les résultats sont cohérents avec ceux d'autres études portant sur d'autres populations, notamment 2 méta-analyses
 - Mortalité et inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (Truong C et al, Neurology 2022)
 - Mortalité et mémantine (Zolnowski-Kolp V et al, Alzheimer's Dementia TRCI 2025)





SHARE November 15, 2022; 99 (20) **RESEARCH ARTICLE**



Effect of Cholinesterase Inhibitors on Mortality in Patients With Dementia

A Systematic Review of Randomized and Nonrandomized Trials

Céline Truong, Caryn Recto,  Charlotte Lafont,  Florence Canoui-Poitaine,  Joel Belmin Belmin,  Carmelo Lafuente-Lafuente

First published September 12, 2022, DOI: <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000201161>

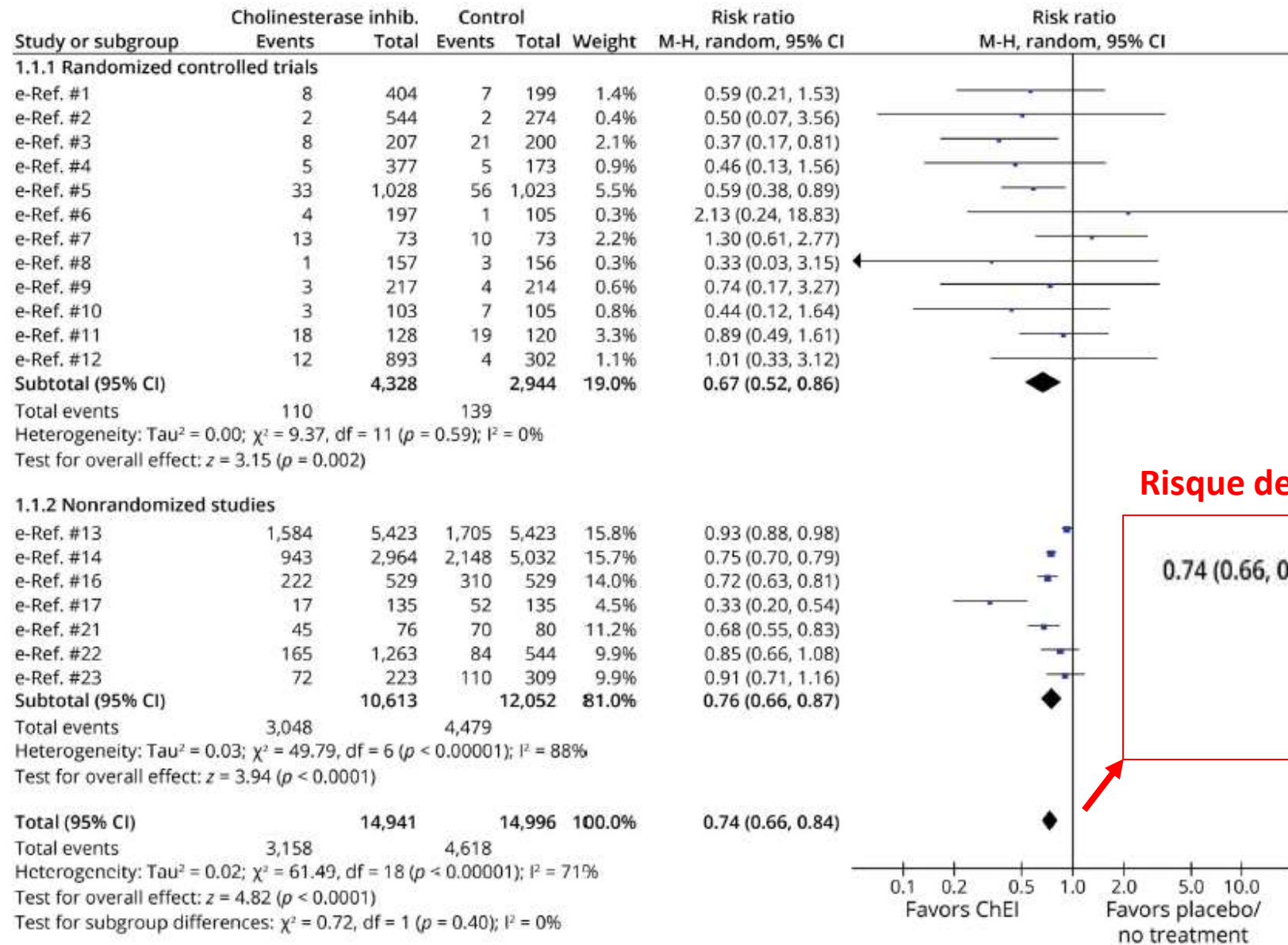
Résultats de la revue systématique

Sélection de 24 articles

- 12 essais randomisés
- 12 études observationnelles

+ de 79000 patients





Risque de mortalité diminué de 26%

0.74 (0.66, 0.84)

0.1 0.2 0.5 1.0 2.0 5.0 10.0
Favors ChEI

Favors placebo/
no treatment

ChEI = cholinesterase inhibitor; no treat. = no treatment with cholinesterase inhibitors.

RESEARCH ARTICLE

Effect of long-term treatment with memantine on mortality in patients with major cognitive disorders: A systematic review and meta-analysis

Victoria Zolnowski-Kolp¹  | Bruno Oquendo¹ | Charlotte Havreng-Théry^{2,3} | Carmelo Lafuente-Lafuente^{1,4} | Joël Belmin^{1,2}

¹Service de Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Ivry-sur-Seine, France

²Laboratoire LIMICS, Sorbonne Université, Paris, France

³Présage Care, PariSanté Campus, Paris, France, Paris, France

⁴Clinical Epidemiology and Aging (CEpiA) team, Univ Paris Est Creteil, INSERM, IMDD

Abstract

BACKGROUND

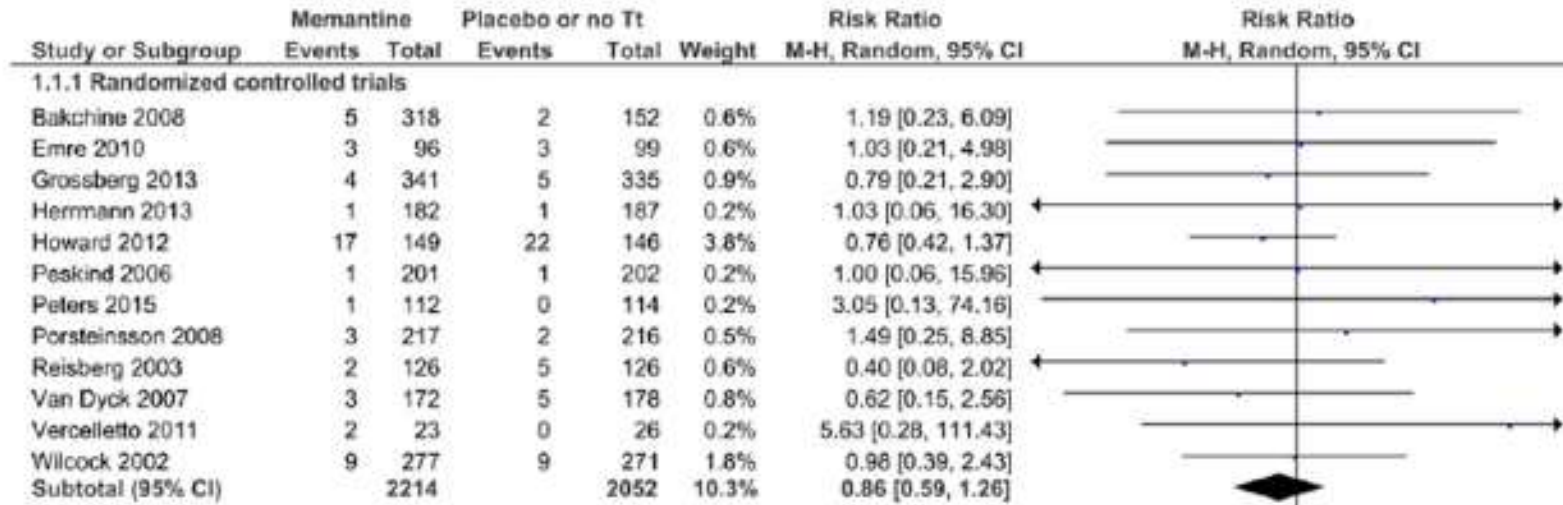
effect of mema
the effect of lo

METHODS: In

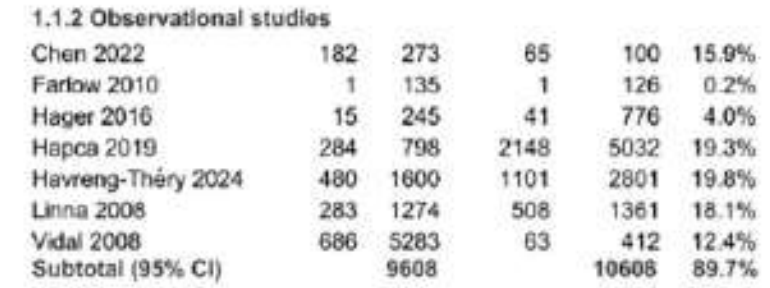
from their crea

La revue systématique a conduit à
19 articles sélectionnés
(12 essais randomisés &
7 études observationnelles)
>20 000 patients



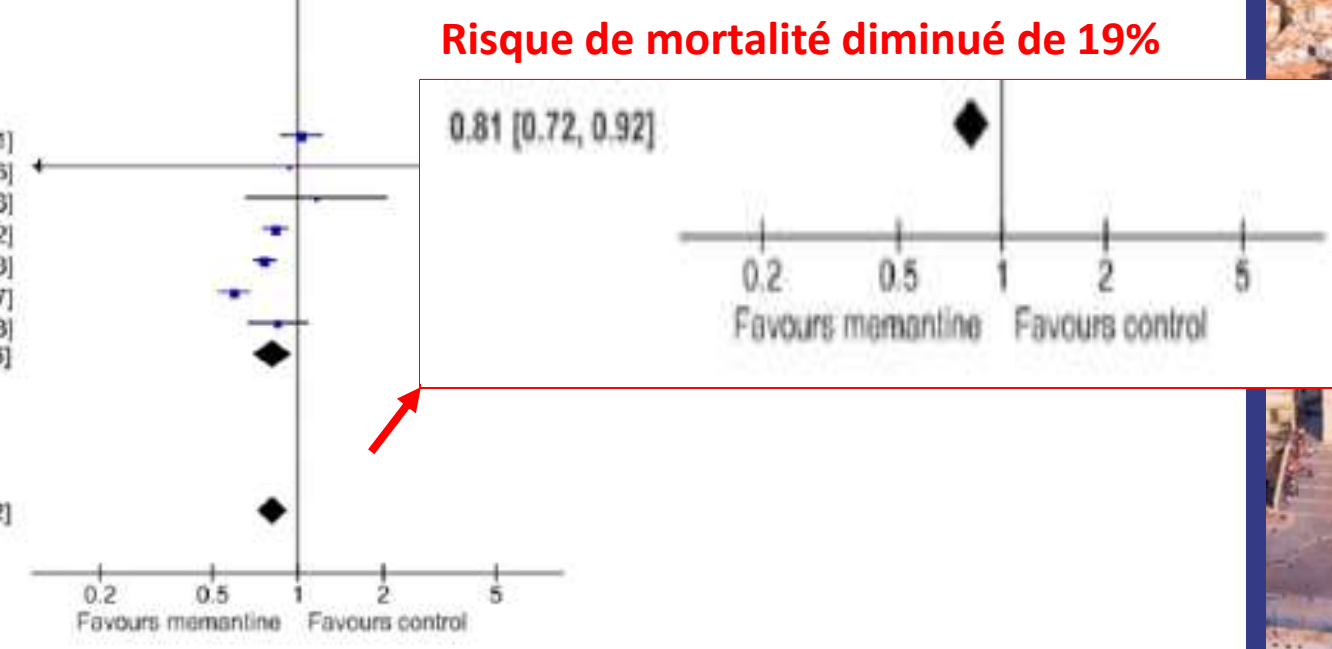


Total events 51 55
Heterogeneity: $\tau^2 = 0.00$; $\chi^2 = 4.08$, $df = 11$ ($P = 0.97$); $I^2 = 0\%$
Test for overall effect: $Z = 0.76$ ($P = 0.45$)



Total events 1931 3927
Heterogeneity: $\tau^2 = 0.03$; $\chi^2 = 33.49$, $df = 6$ ($P < 0.00001$); $I^2 = 82\%$
Test for overall effect: $Z = 2.65$ ($P = 0.008$)

Total (95% CI) 11822 12660 100.0%
Total events 1982 3982
Heterogeneity: $\tau^2 = 0.02$; $\chi^2 = 37.77$, $df = 16$ ($P = 0.004$); $I^2 = 52\%$
Test for overall effect: $Z = 3.21$ ($P = 0.001$)
Test for subgroup differences: $\chi^2 = 0.09$, $df = 1$ ($P = 0.76$), $I^2 = 0\%$



Brexpiprazole pour le traitement de l'agitation dans la démence d'Alzheimer

A Randomized Clinical Trial

Daniel Lee, MD; Mary Slomkowski, PharmD; Nanco Hefting, MSc; Dalei Chen, PhD; Klaus Groes Larsen, PhD; Eva Kohegyi, MD; Mary Hobart, PhD; Jeffrey L. Cummings, MD, ScD(HC); George T. Grossberg, MD

IMPORTANCE Agitation is a prevalent, distressing, and burdensome manifestation of Alzheimer dementia in need of an efficacious, safe, and well-tolerated treatment.

OBJECTIVE To confirm the efficacy, safety, and tolerability of brexpiprazole in patients with agitation in Alzheimer dementia.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS This randomized clinical trial was a 12-week, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, parallel-arm trial that ran from May 2018 to June 2022 at 123 clinical trial sites in Europe and the United States. Participants included patients with agitation in Alzheimer dementia in a care facility or community-based setting. Stable Alzheimer disease medications were permitted.

INTERVENTIONS In this 2-arm trial, patients were randomized to receive oral brexpiprazole or placebo (2:1 ratio) for 12 weeks. Within the brexpiprazole arm, patients were further randomized to receive fixed doses of 2 mg/d or 3 mg/d in a 1:2 ratio.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES The primary end point was change in Cohen-Mansfield Agitation Inventory total score (which measures the frequency of 29 agitated behaviors) from baseline to week 12 for brexpiprazole, 2 or 3 mg, vs placebo. Safety was assessed by standard measures, including treatment-emergent adverse events.

[+ Visual Abstract](#)

[← Editorial page 1272](#)

[+ Supplemental content](#)



RCT: Brexpiprazole for the Treatment of Agitation in Alzheimer Dementia

POPULATION

150 Men, 195 Women



Agitation in patients with Alzheimer dementia in a care facility or community-based setting

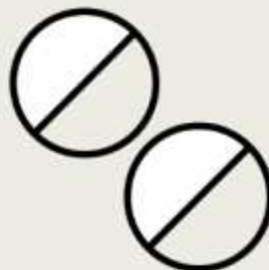
Mean age, 74.0 y

INTERVENTION

345 Patients randomized



228 Brexpiprazole,
2 or 3 mg per d
Oral tablets



117 Placebo
Oral tablets

SETTINGS / LOCATIONS



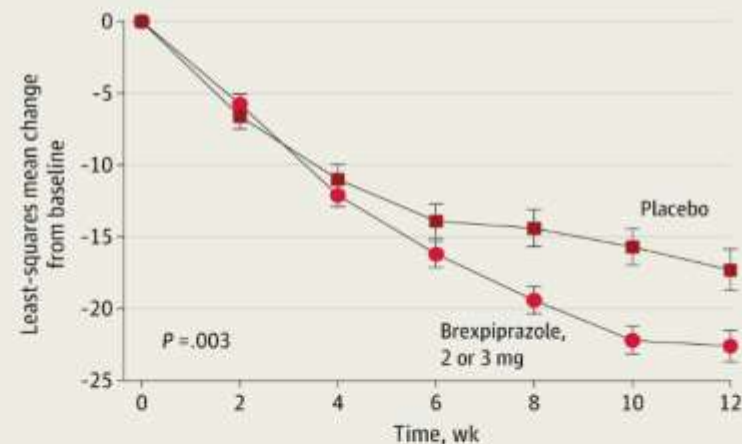
123 Trial sites in
Europe and the US

PRIMARY OUTCOME

Change in Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) total score (range, 29-203 points; higher scores indicate more frequent agitated behaviors) from baseline to week 12 for brexpiprazole, 2 or 3 mg, vs placebo

FINDINGS

Brexpiprazole, 2 or 3 mg per d, demonstrated significantly greater improvement than placebo in CMAI total score from baseline to week 12



Least-squares mean (SE) change:

Brexpiprazole, -22.6 (1.1) points

Placebo, -17.3 (1.4) points

Between-group difference, -5.32 points; 95% CI, -8.77 to -1.87; $P=.003$

Caractéristiques des participants

Table 1. Baseline Demographic and Clinical Characteristics (Randomized Sample)

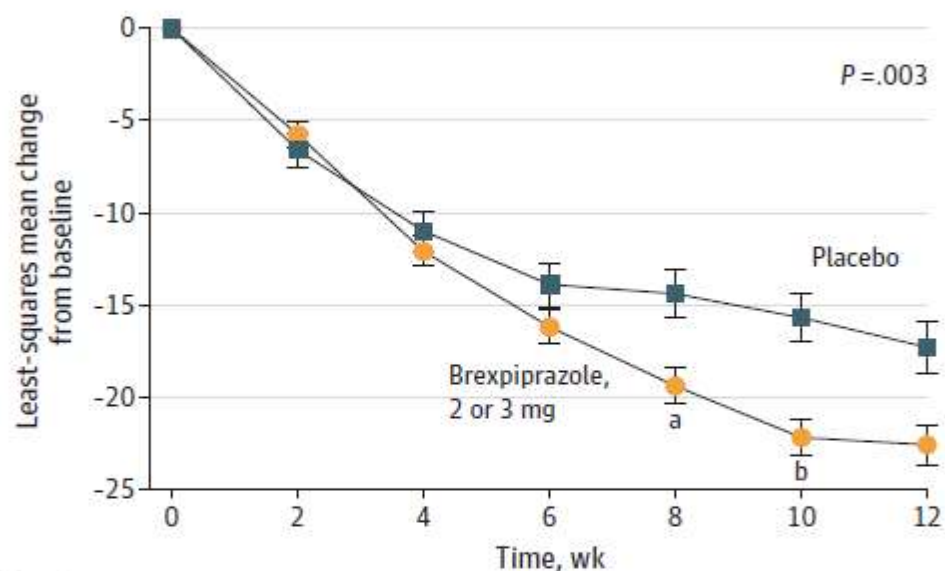
Characteristic	Placebo (n = 117), No. (%) ^a	Brexpiprazole, No. (%) ^a		
		2 or 3 mg (n = 228)	2-mg Subgroup (n = 75)	3-mg Subgroup (n = 153)
Demographic				
Age, mean (SD), y	73.0 (7.0)	74.5 (7.7)	74.3 (7.3)	74.6 (8.0)
Sex				
Female	60 (51.3)	135 (59.2)	43 (57.3)	92 (60.1)
Male	57 (48.7)	93 (40.8)	32 (42.7)	61 (39.9)
Living situation				
Care facility	54 (46.2)	96 (42.1)	32 (42.7)	64 (41.8)
Community-based setting	63 (53.8)	132 (57.9)	43 (57.3)	89 (58.2)
Clinical				
Time since Alzheimer disease diagnosis, mean (SD), mo	34.1 (31.4)	36.7 (36.9)	34.5 (38.9)	37.8 (36.0)
Time since onset of current agitation episode requiring pharmacotherapy, mean (SD), mo	8.9 (10.7)	10.0 (14.8)	9.0 (14.4)	10.5 (15.0)
CMAI total score, mean (SD)	79.4 (17.6)	80.4 (16.7)	78.6 (15.5)	81.2 (17.2)
CGI-S score as related to agitation, mean (SD)	4.7 (0.7)	4.7 (0.7)	4.6 (0.7)	4.7 (0.6)
NPI-NH total score, mean (SD)	36.5 (17.0) ^c	37.5 (17.7) ^d	37.9 (17.1) ^e	37.3 (18.1) ^f
NPI-NH Agitation/Aggression domain score, mean (SD)	7.5 (2.1)	7.7 (2.2)	7.9 (2.4)	7.6 (2.0)
Psychosis (≥4 NPI delusion/hallucination symptoms)	21 (17.9)	44 (19.3)	14 (18.7)	30 (19.6)
MMSE score, mean (SD)	15.5 (3.9)	15.6 (3.7)	15.8 (3.2)	15.5 (3.9)



Effet sur l'agitation

Figure 2. Change From Baseline in Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) Total Score (Primary End Point) and Clinical Global Impression-Severity of Illness (CGI-S) Score as Related to Agitation (Key Secondary End Point): Efficacy Sample

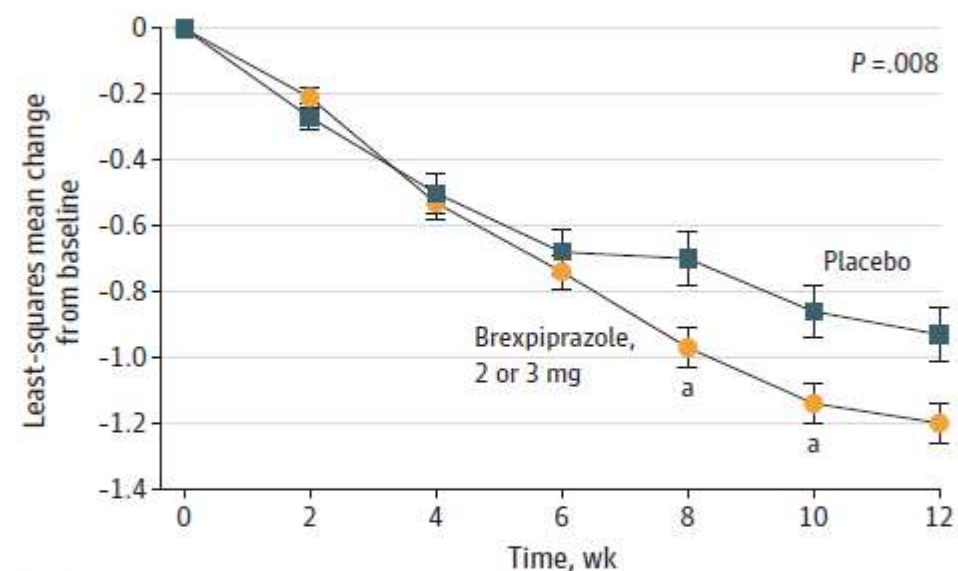
A CMAI total score



No. of patients

Placebo	116	114	114	112	105	105	103
Brexpiprazole	225	221	216	213	208	198	192

B CGI-S score as related to agitation



No. of patients

Placebo	116	114	114	112	105	105	103
Brexpiprazole	225	221	215	214	208	199	193

Baseline mean CMAI total scores: brexpiprazole, 80.6; placebo, 79.2. Baseline mean CGI-S scores: brexpiprazole, 4.7; placebo, 4.7. Footnotes indicate nominal P values with no adjustment for multiplicity.

^a $P < .01$ vs placebo, mixed model for repeated measures.

^b $P < .001$ vs placebo, mixed model for repeated measures.

Peu d'effets indésirables

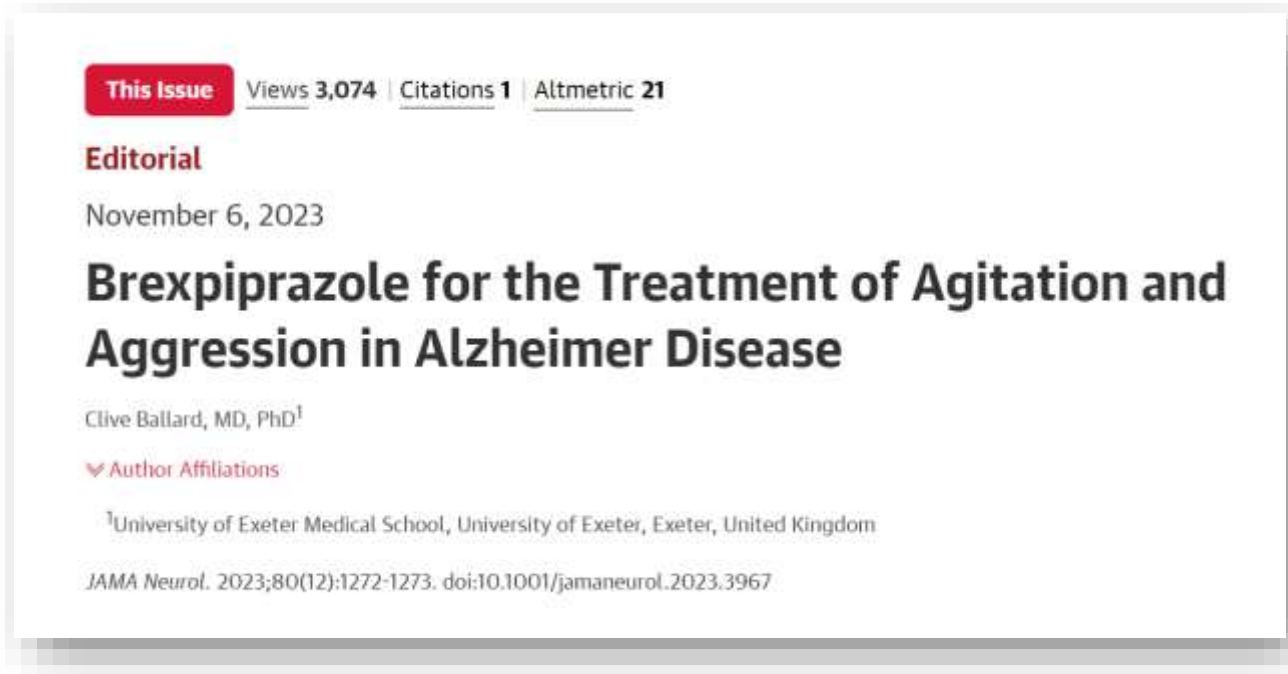
Table 3. Summary of Treatment-Emergent Adverse Events (Safety Sample)

Event	Placebo (n = 116), No. (%)	Brexpiprazole, No. (%)		
		2 or 3 mg (n = 226)	2-mg Subgroup (n = 73)	3-mg Subgroup (n = 153)
At least 1 TEAE	36 (31.0)	92 (40.7)	28 (38.4)	64 (41.8)
At least 1 serious TEAE	3 (2.6) ^a	6 (2.7) ^b	0	6 (3.9)
Discontinuation due to adverse event	5 (4.3) ^c	12 (5.3) ^d	1 (1.4)	11 (7.2)
Death	0	1 (0.4) ^e	0	1 (0.7)
TEAEs with an incidence $\geq 2\%$ in the brexpiprazole, 2 or 3 mg, group and an incidence greater than placebo				
Somnolence	1 (0.9)	8 (3.5)	3 (4.1)	5 (3.3)
Nasopharyngitis	2 (1.7)	7 (3.1)	3 (4.1)	4 (2.6)
Dizziness	2 (1.7)	6 (2.7)	1 (1.4)	5 (3.3)
Asthenia	0	5 (2.2)	0	5 (3.3)
Diarrhea	1 (0.9)	5 (2.2)	3 (4.1)	2 (1.3)
Urinary tract infection	1 (0.9)	5 (2.2)	0	5 (3.3)
Other TEAEs of interest				
Fall	2 (1.7)	4 (1.8)	2 (2.7)	2 (1.3)
Akathisia	0	2 (0.9)	0	2 (1.3)
Extrapyramidal disorder	0	2 (0.9)	1 (1.4)	1 (0.7)
Hip fracture	1 (0.9)	1 (0.4)	0	1 (0.7)
Sedation	0	1 (0.4)	0	1 (0.7)

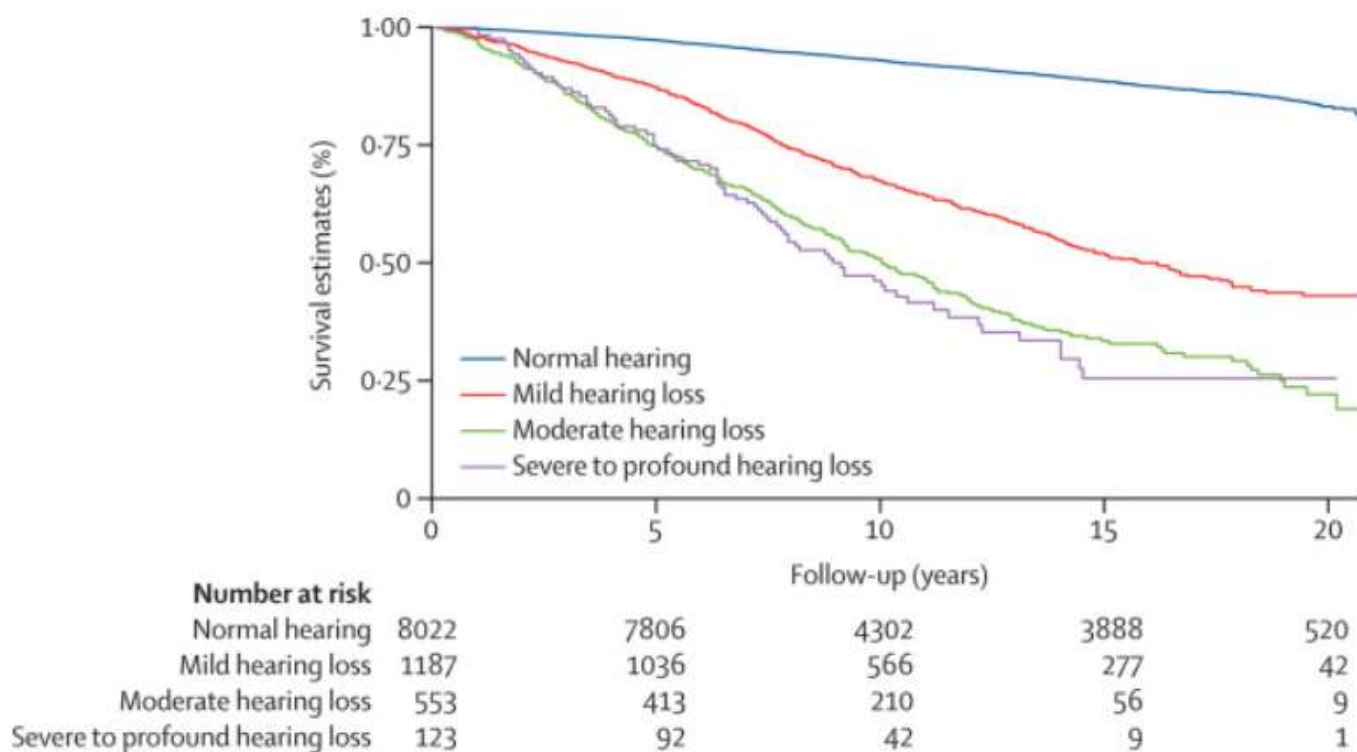


Conclusion

- Le brexpiprazole : efficace et bien toléré
- Molécule approuvée aux USA dans cette indication
- Editorial de Clive Ballard soulignant l'intérêt de l'étude et la pauvreté des ressources thérapeutiques pour ce problème.



Déficit auditif et mortalité



Etude de cohorte NHANES (US)
9885 personnes de tous âges
La perte auditive est associée à une mortalité augmentée avec gradient selon la sévérité de la perte auditive.

	Unadjusted		Multivariable models	
	HR (95% CI)	p value	Model 1* HR (95% CI)	p value
Hearing loss				
Normal hearing	1 (ref)	..	1 (ref)	..
Any hearing loss	6.80 (6.09–7.63)	<0.0001	1.68 (1.47–1.92)	<0.0001
Mild hearing loss	5.30 (4.60–6.10)	<0.0001	1.55 (1.35–1.79)	<0.0001
Moderate hearing loss	11.50 (10.00–13.10)	<0.0001	1.97 (1.67–2.33)	<0.0001
Severe to profound hearing loss	12.20 (9.00–16.40)	<0.0001	2.17 (1.60–2.93)	<0.0001
Age (per year)	..	..	1.08 (1.07–1.09)	<0.001

Effets de la correction des troubles auditifs sur la santé globale des personnes âgées : mortalité

Etude de cohorte NHANES (US)
9885 personnes de tous âges suivies
sur 20 ans.

	Multivariable models		
	Model 1* HR (95% CI)	p value	Model 2† HR (95% CI)
Hearing aid use			
Never users	1 (ref)	..	1 (ref)
Non-regular users	0.88 (0.66–1.17)	0.39	0.89 (0.67–1.19)
Regular users	0.66 (0.52–0.84)	0.0010	0.70 (0.55–0.89)
Age (per year)	1.08 (1.07–1.09)	<0.0001	1.07 (1.06–1.08)



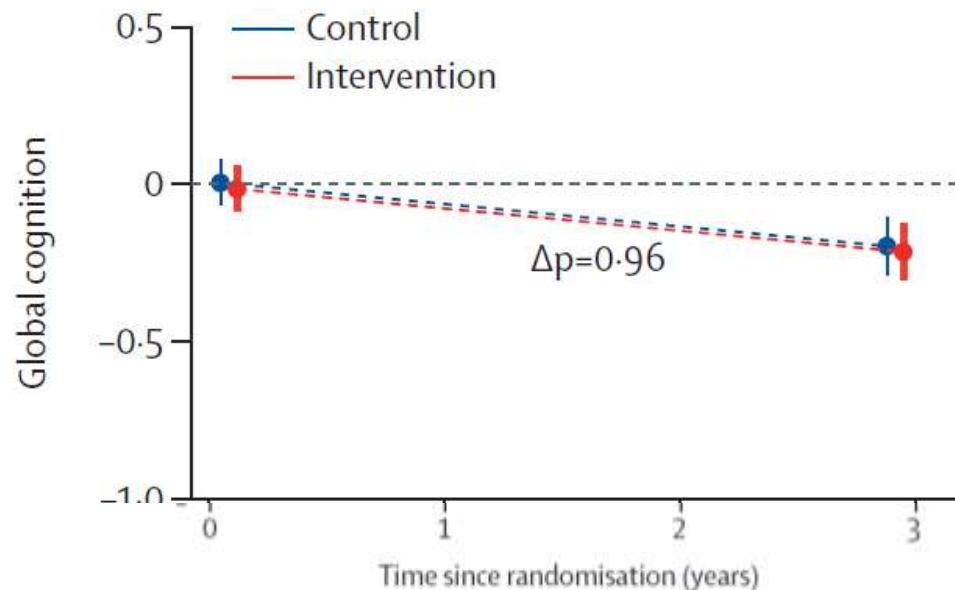
Hôpital Charles Foix au printemps



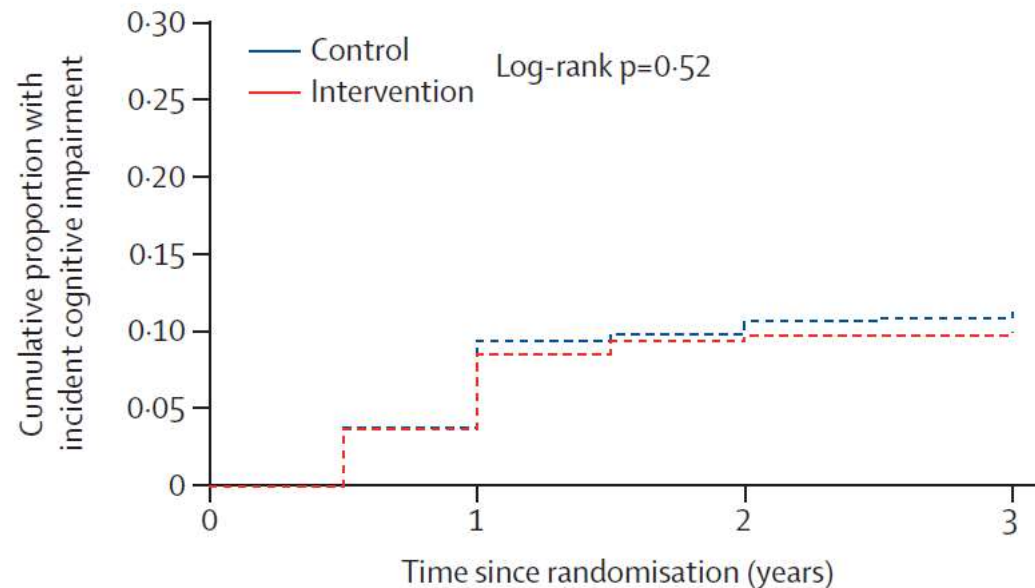
Effets de la correction des troubles auditifs pour prévenir le déclin cognitif : un essai randomisé

Essai randomisé ACHIEVE sur 977 personnes âgées ayant un déficit auditif et sans troubles cognitifs
Intervention auditive VS éducation

Primary and secondary outcomes
Total (n=977*)



Secondary outcome
Total (n=977)



Original Investigation | Diabetes and Endocrinology

Glycated Hemoglobin A_{1c} Time in Range and Dementia in Older Adults With Diabetes

Patricia C. Underwood, PhD, NP; Libin Zhang, PhD; David C. Mohr, PhD; Julia C. Prentice, PhD; Richard E. Nelson,

Abstract

IMPORTANCE Individuals with diabetes commonly experience Alzheimer disease and related dementias (ADRD). Factors such as hypoglycemia, hyperglycemia, and glycemic variability have been associated with increased risk of ADRD. Traditional glycemic measures, such as mean glycated hemoglobin A_{1c} (HbA_{1c}), may not identify the dynamic and complex pathophysiologic factors in the association between diabetes and ADRD. The HbA_{1c} time in range (TIR) is a previously developed measure of glycemic control that expresses HbA_{1c} stability over time within specific ranges. This measure may inform the current understanding of the association between glucose levels over time and ADRD incidence.

La stabilité du diabète influence t-elle le risque de survenue d'une démence chez les personnes âgées diabétiques ?



Contexte

- Les personnes diabétiques sont souvent atteintes de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées.
- Des facteurs tels que l'hypoglycémie, l'hyperglycémie et la variabilité de la glycémie ont été associés à un risque accru de maladie d'Alzheimer et de démences apparentées.
- **Objectif** : dans une vaste étude de cohorte de sujets âgés diabétiques, rechercher des liens entre la survenue d'une démence et la stabilité du diabète.
- Le critère de stabilité = Temps passé dans la cible d'HbA1C



DATABASE de la Veterans Health Administration

400 366 Veterans aged ≥ 65 y with diabetes diagnosis with VHA health care encounter in 2005-2014 followed by a 3-y baseline period and 1-y follow-up enrolled

14 079 Veterans with < 4 HbA_{1c} tests at baseline and missing data on covariates excluded

386 287 Veterans aged ≥ 65 y with diabetes diagnosis and ≥ 4 HbA_{1c} tests during 3-y baseline period with no missing data were eligible

12 266 Veterans with ADRD diagnosis at baseline excluded

374 021 Veterans met study criteria for data analysis and modeling

41 424 ont développé une démence au cours du suivi

Table 1. Baseline Characteristics of Study Participants^a

Characteristic	Dementia (n = 41 424)	No dementia (n = 332 597)	Total group (N = 374 021)
Age, mean (SD), y	73.1 (5.8)	74.3 (5.8)	73.2 (5.8)
Sex			
Female	650 (1)	4312 (1)	4962 (1)
Male	40 774 (99)	328 285 (99)	369 059 (99)
Insulin use at baseline			
Yes	8936 (22)	59 152 (18)	68 088 (18)
No	32 488 (78)	273 445 (82)	305 933 (82)
Metformin use at baseline			
Yes	19 159 (46)	131 975 (40)	151 134 (40)
No	22 265 (54)	200 622 (60)	222 887 (60)
Thiazolidinediones use at baseline			
Yes	5720 (14)	36 593 (11)	42 313 (11)
No	35 704 (86)	296 004 (89)	331 708 (89)
Sulfonylurea use at baseline			
Yes	20 312 (49)	132 540 (40)	152 852 (41)
No	21 112 (51)	200 057 (60)	221 169 (59)
HbA _{1c} mean (SD), %	7.0 (1.0)	6.9 (1.0)	6.9 (0.97)
HbA _{1c} SD, mean (SD), %	0.53 (0.46)	0.51 (0.45)	0.51 (0.45)
No. of HbA _{1c} tests, mean (SD)	18.5 (8.2)	17.3 (7.1)	17.4 (7.2)
Systolic blood pressure, mean (SD), mm Hg	134 (11.3)	134 (11.7)	134 (11.6)
Diastolic blood pressure, mean (SD), mm Hg	70.2 (7.1)	70.6 (7.4)	70.6 (7.3)
BMI, mean (SD)	29.6 (4.9)	30.4 (5.2)	30.3 (5.1)
Triglycerides, mean (SD), mg/dL	151.5 (86.7)	154.6 (85.9)	154.3 (86.0)
LDL, mean (SD), mg/dL	93.4 (31.7)	92.1 (31.8)	92.2 (31.8)

Cible d'HbA1C personnalisée pour chaque participant

Définition personnalisée en fonction des comorbidités majeures, de l'espérance de vie, et des complications microvasculaires du diabète (clinical guidelines VA)

Supplement. Determination of Average Target HbA_{1c} Level Over Time^{1,2,3,4,5,12}

Major Comorbidity ⁶ or Physiologic Age	Microvascular Complications		
	Absent or Mild ⁷	Moderate ⁸	Advanced ⁹
Absent [*] > 10-15 years of life expectancy	6.0-7.0% [†]	7.0-8.0%	7.5-8.5% [‡]
Present ¹⁰ 5-10 years of life expectancy	7.0-8.0% [†]	7.5-8.5%	7.5-8.5% [‡]
Marked ¹¹ <5 years of life expectancy	8.0-9.0% [†]	8.0-9.0% [‡]	8.0-9.0% [‡]



Temps passé dans la cible d'HbA1C

- Calculé en fonction de tous les dosages d'HbA1C disponibles (en moyenne 14 par participant) avec interpolation entre deux dosages
- Définition de 5 catégories de temps passé dans la cible
 - 80 – 100%
 - 60 – 80%
 - 40 – 60%
 - 20 – 40%
 - 0 – 20%
- Chaque participant est alloué à une de ces catégories



Résultat :

Temps passé dans la cible et risque de démence incidente

Table 2. HbA_{1c} TIR Increments and Dementia Incidence

HbA _{1c} TIR	Unadjusted model		Fully adjusted model ^a	
	HR (95% CI)	<i>P</i> value	HR (95% CI)	<i>P</i> value
80% to 100% (n = 63 837)	1.00 [Reference]	NA	1.00 [Reference]	NA
60% to <80% (n = 55 838)	1.19 (1.15-1.23)	<.001	1.07 (1.03-1.11)	<.001
40% to <60% (n = 48 618)	1.26 (1.22-1.31)	<.001	1.06 (1.02-1.10)	<.001
20% to <40% (n = 63 807)	1.37 (1.33-1.42)	<.001	1.14 (1.09-1.18)	<.001
0 to <20% (n = 141 921)	1.59 (1.54-1.64)	<.001	1.19 (1.16-1.23)	<.001

Abbreviations: HbA_{1c}, glycated hemoglobin A_{1c}; HR, hazard ratio; NA, not applicable; TIR, time in range.

Conclusions

- Plus le temps passé en dehors de la cible est grand, plus grand est le risque de démence
- Cette relation est indépendante du niveau moyen de la glycémie, de sévérité du diabète et des comorbidités associées.
- Conseils pour la pratique
 - Fixer une cible thérapeutique personnalisée d'HbA1C
 - Ajuster le tt pour rester dans la cible – Eviter la variabilité de l'équilibre glycémique





Original Investigation | Nutrition, Obesity, and Exercise

Protein Intake and Mortality in Older Adults With Chronic Kidney Disease

Adrián Carballo-Casla, PhD; Carla Maria Avesani, PhD; Giorgi Beridze, MD; Rosario Ortola, MD, PhD; Esther García-Esquinas, MD, PhD; Esther Lopez-Garcia, PhD; Lu Dai, MD, PhD; Michelle M. Dunk, PhD; Peter Stenvinkel, MD, PhD; Bengt Lindholm, MD, PhD; Juan Jesús Carrero, PhD; Fernando Rodríguez-Artalejo, MD, PhD; Davide Liborio Vetrano, MD, PhD; Amaia Calderón-Larrañaga, PhD

Abstract

IMPORTANCE Avoiding high protein intake in older adults with chronic kidney disease (CKD) may reduce the risk of kidney function decline, but whether it can be suboptimal for survival is not well known.

Key Points

Question What are the associations of total, animal, and plant protein intake with all-cause mortality in older adults with mild or moderate chronic kidney



- Un apport élevé en protéines chez les personnes ayant une insuffisance rénale chronique augmente le risque de déclin de la fonction rénale
- ➔ on conseille de réduire les apports en protéines
 - IRC légère (stades 1 et 2) : éviter apports élevés en protéines ($>1,30$ g/kg/j)
 - IRC modérée ou sévère (stades 3 à 5) : apports en protéines de 0,60 à 0,80 g/kg/j.
- Chez les personnes âgées, les apports en protéine recommandés :
 - 1,00 à 1,20 g/kg/j si en bonne santé
 - plus élevés en cas de comorbidités, dénutrition, sarcopénie, ...

Quels apports en protéines faut-il conseiller aux personnes âgées ayant une insuffisance rénale chronique ?



Etude observationnelle longitudinale

Données issues de 3 cohortes :

- Study on Cardiovascular Health, Nutrition and Frailty in Older Adults in Spain 1 and 2
- Swedish National Study on Aging and Care in Kungsholmen

8543 personnes > 60 ans vivant à domicile

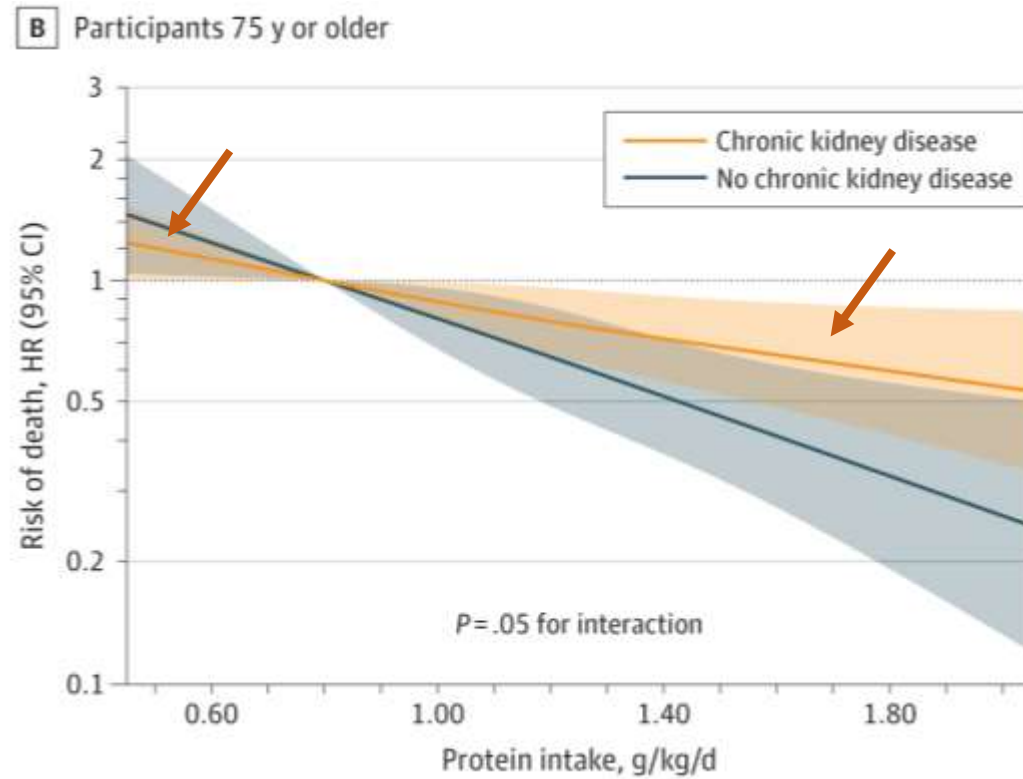
Etude de la mortalité (suivi jusqu'à 10 ans)

Table 1. Characteristics of the Participant Observations, Stratified by CKD

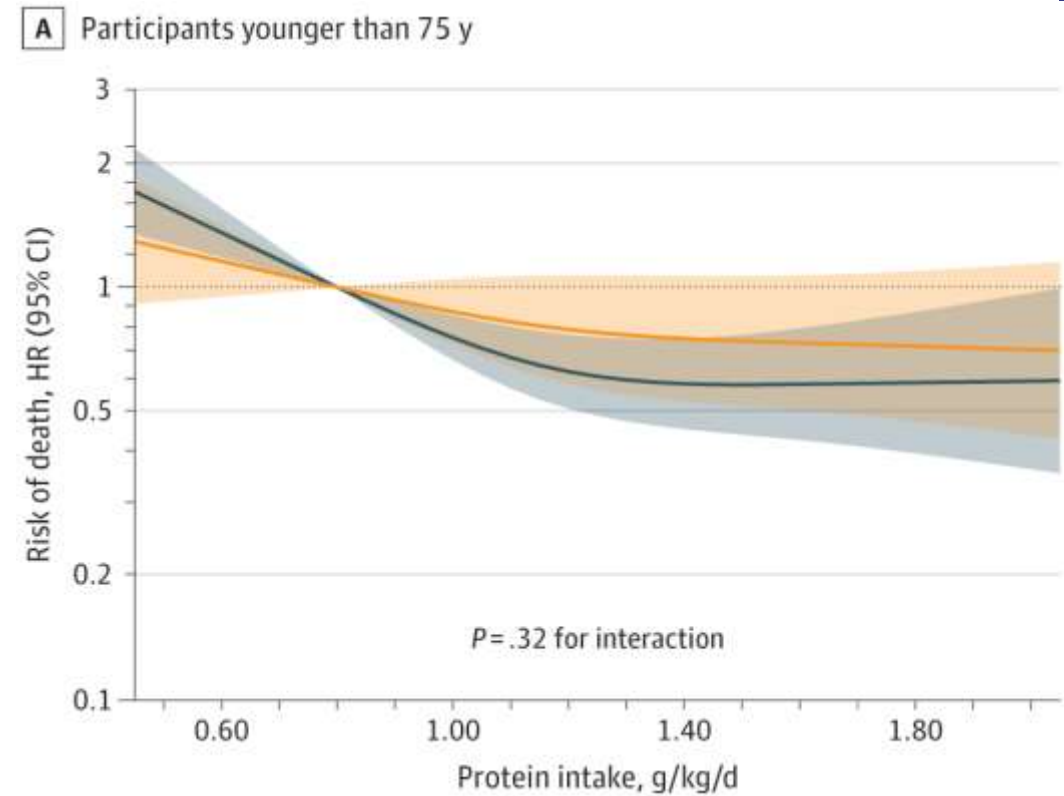
Characteristic	Participant group ^a	
	With CKD (n = 4789)	Without CKD (n = 9610)
Sociodemographic		
Sex		
Male	2063 (43.1)	4352 (45.3)
Female	2726 (56.9)	5258 (54.7)
Age, mean (SD), y	78.0 (7.20)	70.0 (5.8)
Living alone	2919 (61.0)	7132 (74.2)
Morbidity variables		
Chronic kidney disease stage		
1	49 (1.0)	NA
2	726 (15.2)	NA
3A	3323 (69.4)	NA
3B	691 (14.4)	NA
Diabetes	997 (20.8)	1539 (16.0)
Cardiovascular disease	1157 (24.2)	1020 (10.6)
Chronic lung disease	606 (12.7)	1159 (12.1)
Musculoskeletal disease	2276 (47.5)	4721 (49.1)
Cancer	647 (13.5)	828 (8.6)
Depression and mood disorders	520 (10.9)	1037 (10.8)
Dietary intake, mean (SD)		
Energy, g/kg/d	27.96 (8.41)	27.42 (7.26)
Total protein, g/kg/d	1.15 (0.37)	1.18 (0.34)
Animal protein, g/kg/d	0.78 (0.29)	0.79 (0.26)
Plant protein, g/kg/d	0.37 (0.14)	0.39 (0.14)
Monounsaturated fat, g/kg/d	0.47 (0.17)	0.48 (0.17)
Sugar, g/kg/d	1.31 (0.54)	1.26 (0.49)
Alcohol, g/kg/d	0.12 (0.16)	0.13 (0.17)
Sodium, mg/kg/d	37.56 (14.52)	36.67 (13.21)

Risque relatif de décès en fonction des apports de protéines

≥75 ans

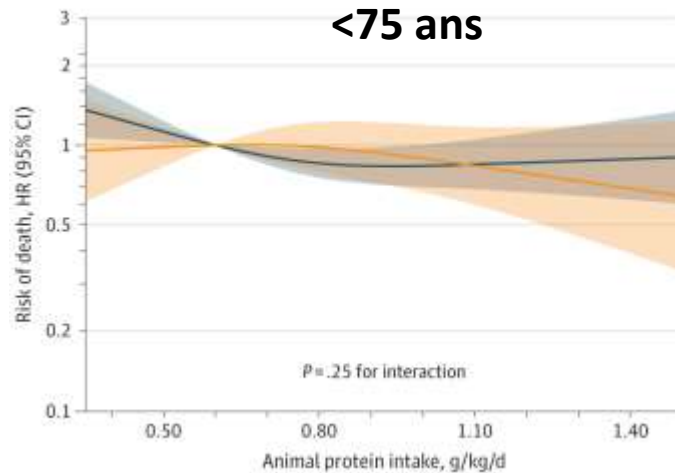


<75 ans

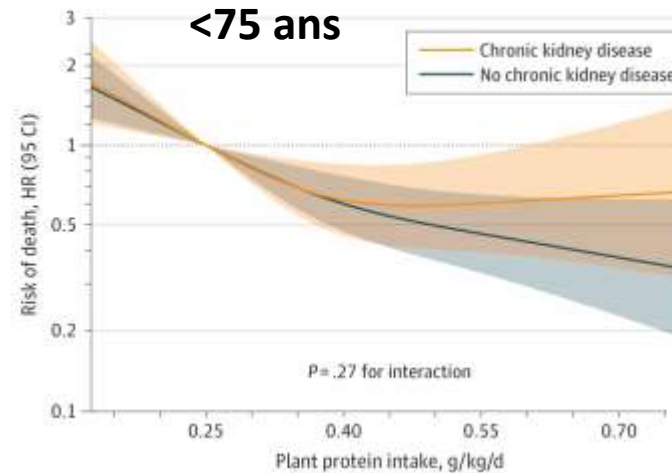


Apports de protéines animales et de protéines végétales

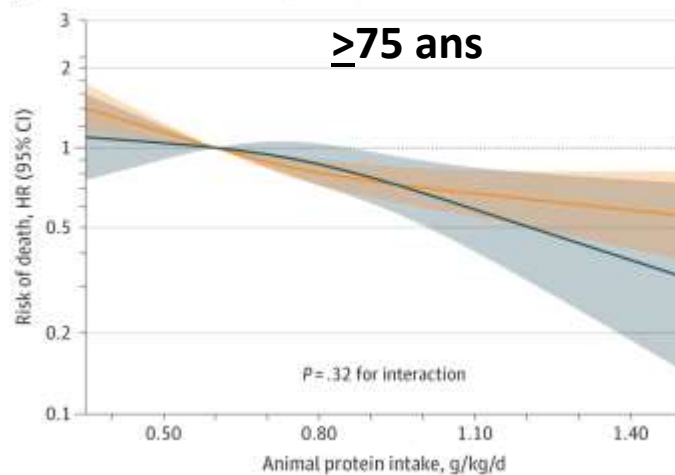
A Animal protein intake among participants younger than 75 y



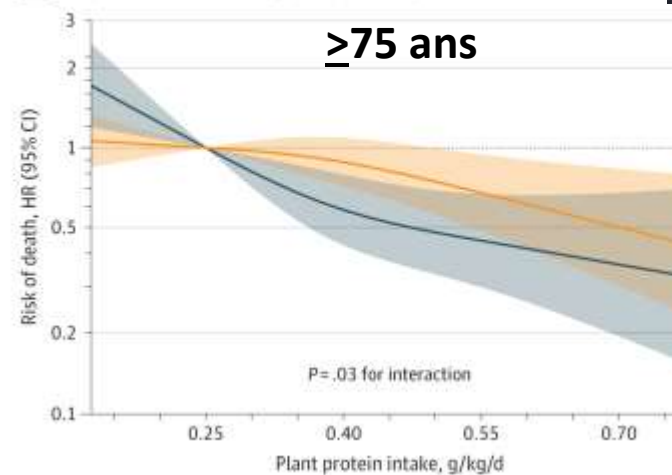
B Plant protein intake among participants younger than 75 y



C Animal protein intake among participants 75 y or older



D Plant protein intake among participants 75 y or older



Conclusions

- Les avantages des protéines pourraient l'emporter sur les inconvénients chez les personnes âgées atteintes d'IRC légère ou modérée, chez qui la progression de la maladie pourrait jouer un rôle plus limité dans la survie.
- Chez les personnes âgées ayant une IRC plus sévère, besoin d'essais randomisés pour connaître bénéfice/risque de la restriction en protéines.

