



Médecine Interne Gériatrie



Qu'a-t'on appris. L'essentiel pour demain

Pr Philippe Chassagne
Rouen

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 : aucun



Joint Bone Spine 92 (2025) 105858



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Joint Bone Spine

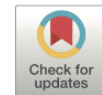
journal homepage: www.elsevier.com



Review

Daily or intermittent vitamin D supplementation in patients with or at risk of osteoporosis: Position statement from the GRIO

Marie-Eva Pickering^{a,*}, Jean-Claude Souberbielle^b, Anne Boutten^c, Véronique Breuil^{d,e}, Karine Briot^f, Roland Chapurlat^g, Patrice Fardellone^h, Rose-Marie Javierⁱ, Eugénie Koumakis^j, Bernard Cortet^k, in name of Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses (GRIO)



Supplémentation en vitamine D

- Supplémentation guidée par le dosage de Calcidiol (25 OH Vit D 3) avant et lors de la titration, cible ≥ 30 ng/ml (prévention OP)
- Carence (Calcidiol : 10-12 ng/ml) ou insuffisance de 20 à 50 ng/ml
- Le Top : Calcium et vitamine D ⁽¹⁾, méta-analyse (49 282 participants , réduction de 6 % de la fréquence des fractures et de 16 % des FESF)

Supplémentation séquentielle

- Efficacité inférieure à l'administration quotidienne (1000-3000 UI) sans étude RCT
- Doses massives (500 000 UI annuelle) : plus de chutes et de fractures ⁽¹⁾ confirmation dans une méta-analyse ⁽²⁾ (pas de réduction fracturaire et augmentation du nb de chutes)
- Limites au ttt quotidien : galénique, dosage et adhérence

¹ Sanders JM Jama 2010

² Myung SK Osteoporos Int 2023

Start with a loading phase after 25OHD measurement

25OHD : < 20ng/ml

25OHD 20 - 30ng/ml

50,000 IU Vit D3 per week
or 20,000 IU Vit D3 every 3 days
for 8 weeks

50,000 IU Vitamin D3 per week
or 20,000IU Vit D every 3 days
for 4 weeks

OR

OR

15 drops Vit D3 per day
for 8 weeks
(300 IU/drop)

15 drops Vit D3 per day
for 4 weeks
(300IU/drop)

Prescribe **long term supplementation** (for 3-6 months)
Prefer daily dosages (better) or short intervals in case of suspected
low adherence or patient preference

Daily

Intermittent

4 drops Vitamin D3 daily
(300IU/drop)

50,000 IU/month
vitamin D3

OR

OR

1,000 IU daily vitamin D3
soft capsule*

20,000 IU vitamin D3 every
2 weeks

OR

OR

1,000 IU vitamin D3 + 500
mg calcium daily if
calcium intake insufficient

Calcifediol 266 µg/month or
2-3 drops daily (5µg/drop)
(selected pathologies)

Repeat 25OHD assay

25OHD : < 30ng/ml

25OHD : > 60ng/ml
(extremely rare)

Shorten dosing interval
(i.e 50,000 IU vitamin D3
every 2 weeks, or (better)
switch to daily dosages: 2-3
soft capsules/day
(1,000IU/capsule)

Decrease dosage
(i.e 20,000 IU every
month) or switch to daily
dosages

OR

Increase dosing interval
(i.e 50,000 IU vitamin D3
every 2 months)



ORIGINAL ARTICLE

Reduction of Antihypertensive Treatment in Nursing Home Residents

Athanase Benetos, M.D., Ph.D.,^{1,2} Sylvie Gautier, M.D.,^{1,2} Anne Freminet, M.S.N.,¹
Alice Metz, M.S.N.,¹ Carlos Labat, B.Sc.,² Ioannis Georgiopoulos, M.D.,¹
François Bertin-Hugault, M.D.,³ Jean-Baptiste Beuscart, M.D., Ph.D.,⁴
Olivier Hanon, M.D., Ph.D.,⁵ Patrick Karcher, M.D.,⁶
Patrick Manckoundia, M.D., Ph.D.,⁷ Jean-Luc Novella, M.D., Ph.D.,⁸
Abdourahmane Diallo, Ph.D.,⁹ Eric Vicaut, M.D., Ph.D.,⁹
and Patrick Rossignol, M.D., Ph.D.,^{10,11} for the RETREAT-FRAIL Study Group*

This article was published on August 29,
2025, at NEJM.org.

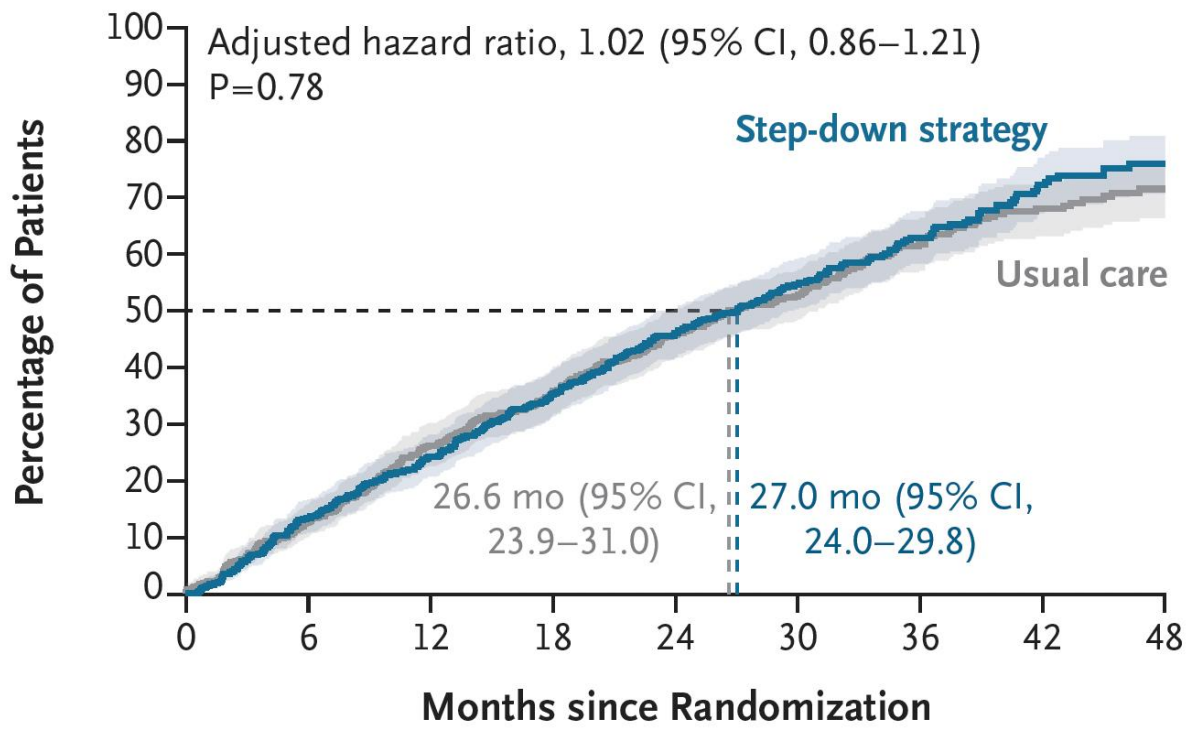
Ce que l'on sait

- Résidents d'EHPAD : extrême fragilité, prévalence de l'HTA (80 %), essais thérapeutiques souvent irréalisables
- Pronostic (morbidité et comorbidité) médiocre si PAS basse (PAS < 130 mm Hg et plus de 2 médicaments mortalité x 2), cognition impactée
- 108 Ehpads, 1 048 participants (HTA traitée et PAS > 130 mm hg), randomisation en 2 groupes :
 - réduction du nombre de médicaments (protocole), paliers, réintroduction si PAS > 160 mm Hg, suivi médian 38,4 mois
 - soins usuels

Hypothèse: réduction de la mortalité de 25 % si la quantité de médicaments est diminuée

Table 1. Characteristics of the Patients at Baseline (Intention-to-Treat Population).*

Characteristic	Step-Down Strategy (N = 528)	Usual Care (N = 520)	Total (N = 1048)
Age — yr	90.0±4.8	90.1±5.3	90.1±5.0
Female sex — no. (%)	423 (80.1)	423 (81.3)	846 (80.7)
Weight — kg†	64.9±14.8	65.2±15.0	65.1±14.9
Height — m‡	1.59±0.09	1.58±0.09	1.59±0.09
Body-mass index§	25.9±5.6	26.3±5.8	26.1±5.7
Systolic blood pressure — mm Hg¶	113±11	114±11	114±11
Diastolic blood pressure — mm Hg¶	65±10	65±10	65±10
Heart rate — beats/min¶	72±12	71±12	71±12
MMSE score	13.5±10.0	13.3±10.1	13.4±10.0
ADL score**	3.1±2.0	3.2±2.0	3.1±2.0
SPPB score††	1.2 ±1.9	1.2 ±2.0	1.2 ±1.9
EQ-5D-3L questionnaire score ‡‡	0.431±0.407	0.468±0.398	0.449±0.403
Peak muscular force — kg§§	11.7±6.4	12.0±6.8	12.0±6.8
Clinical Frailty Scale score — no./total no. (%)¶¶			
1, 2, or 3	47/525 (9.0)	52/514 (10.1)	99/1039 (9.5)
4 or 5	147/525 (28.0)	164/514 (31.9)	311/1039 (29.9)
6	118/525 (22.5)	111/514 (21.6)	229/1039 (22.0)
7 or 8	213/525 (40.6)	187/514 (36.4)	400/1039 (38.5)
Medications			
No. of list 1 and list 2 antihypertensive medications	2.6±0.7	2.5±0.7	2.5±0.7
No. of concomitant medications	6.7±3.2	6.7±2.8	6.7±3.0



No. at Risk

Step-down strategy	528	446	387	330	267	172	101	51	8
Usual care	520	446	374	325	266	175	107	62	8

Figure 1. Kaplan–Meier Analysis of Death from Any Cause (Primary End Point).

The step-down strategy was a protocol-driven progressive reduction in anti-hypertensive medications. Dashed lines indicate the median time to death in each trial group. The shaded areas indicate 95% confidence intervals.

Table 3. Primary and Secondary End Points.*

End Points	Step-Down Strategy (N=528)	Usual Care (N=520)	Adjusted Effect Measure (95% CI)	P Value†
Primary end point: death from any cause				
Intention-to-treat analysis — no. (%)	326 (61.7)	313 (60.2)	1.02 (0.86–1.21)‡	0.78
Per-protocol analysis — no./total no. (%)§	311/499 (62.3)	305/497 (61.4)	1.04 (0.87–1.23)‡	
Secondary end points				
Death from noncardiovascular causes — no. (%)	284 (53.8)	278 (53.5)	1.00 (0.83–1.19)¶	
Acute heart failure — no. (%)	67 (12.7)	57 (11.0)	1.19 (0.80–1.78)¶	
Falls				
Overall — no. (%)	264 (50.0)	260 (50.0)	—	
No. of falls per year	0.81±2.08	0.71±1.91	1.14 (0.84–1.51)**	
Fractures				
Overall — no. (%)	41 (7.8)	48 (9.2)	—	
No. of fractures per year	0.03±0.17	0.04±0.17	0.80 (0.51–1.26)††	
Death from Covid-19 — no. (%)	6 (1.1)	16 (3.1)	0.38 (0.10–1.00)‡‡	
Composite of major adverse cardiovascular events — no. (%)§§	102 (19.3)	90 (17.3)	1.15 (0.84–1.56)¶¶	

Résultats

- élévation de 4 mm de la PAS dans le Groupe intervention (« Step down »), chez 7 patients réintroduction du Ttt
- Taux de décès : 61,7 % (pandémie covid), 50 % des décès étaient de cause non CV

Commentaires

- Population de personnes très âgées (90 ans), très fragile (90 %), sarcopénique (SPPB, grip) avec un PAS basse (<130 mm Hg) initialement
- Pas de réduction de la mortalité associée à la réduction du nombre de médicaments (révision thérapeutique) sans augmentation du nombre des évènements cardio-vasculaires

ORIGINAL ARTICLE

Multidomain Rehabilitation for Older Patients with Myocardial Infarction

Elisabetta Tonet, M.D.,¹ Andrea Raisi, Ph.D.,² Silvia Zagnoni, M.D.,³
Giorgio Chiaranda, M.D.,⁴ Giovanni Pasanisi, M.D.,⁵ Daniela Aschieri, M.D.,⁶
Paola Emanuela D'Intino, M.D.,⁷ Rita Pavasini, M.D.,¹ Paolo Cimaglia, M.D.,¹
Roberta Campana, M.D.,⁸ Francesco Vitali, M.D.,¹ Tommaso Piva, Ph.D.,²
Gianni Casella, M.D.,³ Serena Caglioni, M.D.,¹ Valentina Zerbini, Ph.D.,²
Giulia Bugani, M.D.,³ Marta Cocco, M.D.,¹ Erica Menegatti, Ph.D.,²
Martina De Raffe, M.D.,¹ Simona Mandini, Ph.D.,² Donato Martella, M.Sc. Stat,⁹
Nicola Pesenti, M.Sc. Stat,⁹ Gianni Mazzoni, M.D.,² Simone Biscaglia, M.D.,¹
Stefano Volpato, M.D.,¹⁰ Giovanni Grazzi, M.D.,² and Gianluca Campo, M.D.,¹
for the PIPeLINE Trial Investigators*

Infarctus du myocarde (IDM) et PA

- Récidives fréquentes, ré-hospitalisations multiples, mortalité supérieure (VS sujets jeunes), déclin fonctionnel accéléré donc dépendance
- Réhabilitation après un IDM : outil de prévention secondaire, observance variable, surcoût, limites (fragilité, statu cognitif, dépendance préalable)
- Essai randomisé :
 - Réhabilitation multi-dimensionnelle, précoce (un mois après IDM), population âgée (âge médian : 80 ans)
 - CJP : décès ou ré-hospitalisations pour une pathologie cardiovasculaire dans les 12 mois

Méthodes

- IDM et revascularisation
- Inclusion personnes ≥ 65 ans, $4 \leq \text{SPPB} \leq 9$ (ni trop « fit », ni trop fragile (score max :12), randomisation 2/1 à J 30
- Groupe intervention (ct des FDR, soutien diététique, exercices physiques) avec supervision vs groupe Ct
- Exercice : équilibre, renforcement de la force (membres sup et inférieur, 20 mn de marche soutenue X 4 /semaine (programme validé ¹)
- Hypothèse : + 25 % d'événements dans le groupe CT et moins 40 % dans le groupe intervention

Table 1. Demographic and Clinical Characteristics of the Patients at Baseline.*

Characteristic	Intervention (N = 342)	Control (N = 170)
Median age (IQR) — yr	80 (75–84)	80 (76–83)
Female sex — no. (%)	122 (35.7)	64 (37.6)
Median body-mass index (IQR) †	26.7 (24.3–29.4)	27.0 (24.3–29.3)
Medical history — no. (%)		
Hypertension	294 (86.0)	148 (87.1)
Dyslipidemia	197 (57.6)	107 (62.9)
Diabetes	87 (25.4)	50 (29.4)
Current smoker	58 (17.0)	25 (14.7)
Clinical presentation		
STEMI — no. (%)	127 (37.1)	63 (37.1)
NSTEMI — no. (%)	215 (62.9)	107 (62.9)
Median left ventricular ejection fraction (IQR) — %	49 (44–55)	50 (44–55)
Multivessel disease	220 (64.3)	107 (62.9)
Invasive procedure — no. (%)		
Coronary-artery angiography	342 (100)	170 (100)
Revascularization	342 (100)	170 (100)
Multivessel PCI	154 (45.0)	72 (42.4)
Complete revascularization ‡	319 (93.3)	158 (92.9)
Mean interval from revascularization to randomization — days	35±3	35±3
Multidimensional assessment		
Short Portable Mental Status Questionnaire — no. (%)		
Intact intellectual functioning	337 (98.5)	158 (92.9)
Mild intellectual impairment	3 (0.9)	11 (6.5)
Moderate intellectual impairment	2 (0.6)	1 (0.6)
Mini-Nutritional Assessment — no. (%)		
Normal	232 (67.8)	118 (69.4)
At risk for malnutrition	96 (28.1)	47 (27.6)
Malnourished	14 (4.1)	5 (2.9)
Frailty per Fried's criteria — no. (%) §		
Prefrailty: 1 or 2 criteria	211 (61.7)	108 (63.5)
Frailty: ≥3 criteria	21 (6.1)	10 (5.9)
Median physical performance (IQR)		
SPPB score	7 (6–9)	8 (6–9)
Balance score	3 (2–4)	3 (2–4)
4-m walk score	2 (2–3)	2 (2–3)
Chair-rise score	2 (1–2)	2 (1–2)
Gait speed — m/sec	0.7 (0.5–0.8)	0.6 (0.5–0.8)
Hand-grip strength — kg		
Men	30 (25–37)	30 (22–36)
Women	20 (15–28)	21 (17–32)

Résultats

- Compliance au programme : 75 %
- Survenue d'un événement (indice composite) chez 43 malades (groupe Ct) vs 35 (HR : 0,57) dans le groupe intervention
- Amélioration du statut fonctionnel dans le groupe intervention (SPPB, vitesse de marche, force de contraction isométrique)

Table 2. Primary and Secondary Outcomes.

Outcome	Intervention (N=342)	Control (N=170)	Hazard Ratio (95% CI)	P Value
	<i>no. of patients (%)</i>			
Primary outcome				
Cardiovascular death or unplanned hospitalization for cardiovascular causes	43 (12.6)	35 (20.6)	0.57 (0.36–0.89)	0.01
Secondary outcomes*				
Death	19 (5.6)	13 (7.6)	0.72 (0.35–1.45)	
Cardiovascular death	14 (4.1)	10 (5.9)	0.69 (0.31–1.55)	
Unplanned hospitalization for cardiovascular causes	31 (9.1)	30 (17.6)	0.48 (0.29–0.79)	
Unplanned hospitalization for heart failure	5 (1.5)	12 (7.1)	0.20 (0.07–0.56)	
Myocardial infarction	13 (3.8)	10 (5.9)	0.63 (0.28–1.44)	
Coronary revascularization	13 (3.8)	8 (4.7)	0.80 (0.33–1.93)	
Cerebrovascular accident	3 (0.9)	2 (1.2)	0.74 (0.12–4.43)	
Unplanned hospitalization for any cause	56 (16.4)	39 (22.9)	0.67 (0.44–1.01)	
Unplanned hospitalization for noncardiovascular causes	28 (8.2)	13 (7.6)	1.06 (0.55–2.02)	
Infection	7 (2.0)	6 (3.5)	0.58 (0.19–1.71)	
BARC type 3 to 5 event†	18 (5.3)	9 (5.3)	0.99 (0.45–2.19)	

* For secondary outcomes, the widths of the confidence intervals have not been adjusted for multiplicity and should not be used to evaluate treatment effects.

† Bleeding Academic Research Consortium (BARC) levels are as follows: level 3, bleeding requiring medical intervention, transfusion, or hospitalization; level 4, bleeding related to coronary-artery bypass grafting; and level 5, fatal bleeding.

Résultats

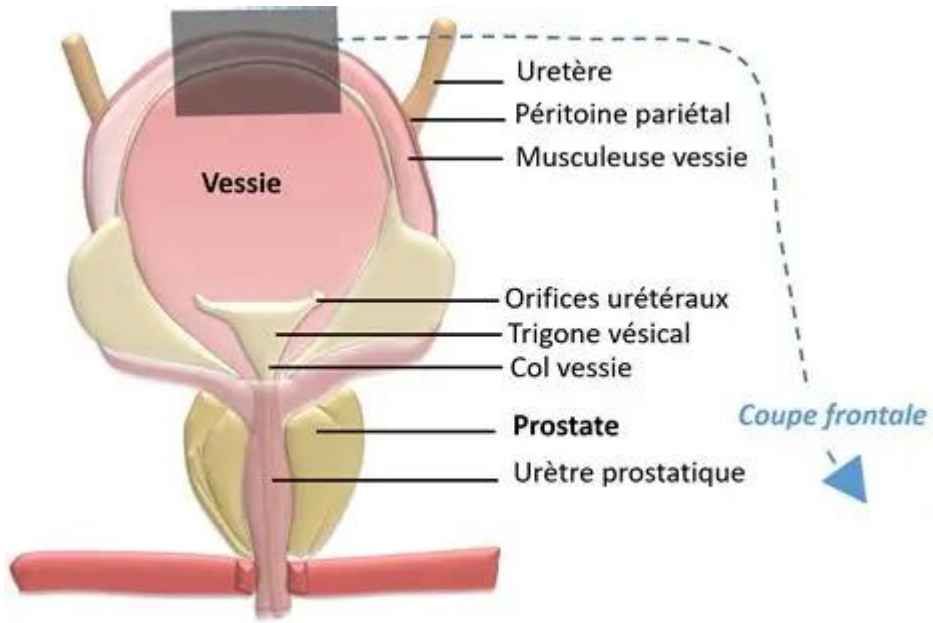
- Compliance au programme : 75 %
- Survenue d'un événement (indice composite) chez 43 malades (groupe Ct) vs 35 (HR : 0,57) dans le groupe intervention
- Amélioration du statut fonctionnel dans le groupe intervention (SPPB, vitesse de marche, force de contraction isométrique)

Commentaires

- Limites : inclusion à un mois donc des seuls survivants (extension des conclusions à une autre population âgée limitée), pas de monitoring au domicile, pas d'identification de la variable de réhabilitation « idéale » (approche holistique), intégrité cognitive des participants

CONCLUSIONS

Among older patients with impaired physical performance 1 month after myocardial infarction, a multidomain rehabilitation intervention resulted in a lower incidence of cardiovascular death or unplanned cardiovascular hospitalization **within 1 year than usual care.** (Funded by the Italian Health Ministry; PIpELINE Clinical-Trials.gov number, NCT04183465.)





Age and Ageing 2025; **54**: afaf308
<https://doi.org/10.1093/ageing/afaf308>

© The Author(s) 2025. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted reuse, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

RESEARCH PAPER

Overactive bladder medications and risk of emergency hospital admissions with delirium in adults without dementia: self-controlled case series

KATHRYN RICHARDSON¹ , IRENE PETERSEN², KATHARINA MATTISHENT¹, OBY OTU ENWO¹, NICK STEEL¹, DUNCAN EDWARDS³, JALES N. PANICKER^{4,5}, STUART IRVING¹, CHRISTOPHER FOX⁶, LOUISE ROBINSON⁷, YOON KONG LOKE¹ 

Confusion & médicaments anticholinergiques

- La vessie instable idiopathique (Urgence mictionnelle) justifie (recommandations) :
 - le recours aux médicaments anticholinergiques / anti-muscariniques –inhibition parasymphatique
 - risque de confusion (oxybutinine, soléfénacine, toltérodine et récemment au Mirabegron*)
- Objectif : probabilité du risque de confusion précoce (≤ 30 j) ou prolongé (30-365 j) après initiation du médicament.

* Betmiga ®: non remboursé en France

Méthodes

- Banque de données assurance sociale UK : 41,5 millions de personnes âgées de plus de 50 ans
- Nouvelle prescription d'un anticholinergique (« Daily Dose Defined ») pour traiter une vessie hyperactive idiopathique (n = 215 293 adultes)
- Exclusion : administration de NLP, personnes ayant un TNCM
- Etude cas contrôle de 3 785 malades (moy : 81,8 ans, ratio H/F : 0,48) hospitalisés avec confusion initiale dont 1 722 avaient reçu un ttt antichol

Résultats

Confusion	IRR
précoce ($\leq 30j$)	1.54
chez les H vs F ($\leq 30j$)	1.44
durable chez les H vs F	1.38

K. Richardson *et al.*

Keywords: dementia; pharmacoepidemiology; anticholinergic; medication use; antimuscarinic; overactive bladder; self-controlled case series; older people

Key Points

- Anticholinergic bladder drugs are linked to increased hospital admissions with delirium in adults without dementia.
 - Raised admission rates with delirium persist throughout the anticholinergic treatment period in men, but not women.
 - In men, there is some evidence of stronger associations with older age and higher initial dosage.
 - Elevated hospital admission rates with delirium are similar across common anticholinergic bladder drugs.
 - There was no evidence for an association between mirabegron prescribing and hospital admissions with delirium.
-



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Journal of Clinical Anesthesia

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jclinane



Review

Managing geriatric syndromes in perioperative care - implications for anesthesia practice: A narrative review

Ricky Ma^{a,*}, Jacqueline M. Leung^b

^a John A. Burns School of Medicine, University of Hawaii, Honolulu, HI 96813, USA

^b University of California, San Francisco, Department of Anesthesia and Perioperative Care, CA 94143-0648, USA

Table 1

Summary of commonly used frailty assessment tools, including their components, estimated time for administration, positive screening criteria, strengths, and limitations.

Assessment Tool	Components	Time Required	Positive Screening	Strengths	Limitations	Citations
Fried Phenotype	Unintentional weight loss, Exhaustion, Low physical activity, Slow walking speed, Weak grip strength	10–15 min	Presence of 3 or more components	<ul style="list-style-type: none"> - Simple to administer - Focuses on physical frailty - Strongly associated with postoperative delirium - Quick and easy - Integrates clinical intuition 	<ul style="list-style-type: none"> - All frail indicators are given equal importance - Decreased precision from turning continuous variables into dichotomous criteria - Difficulty differentiating healthy individuals - Subjective which could lead to inconsistent scoring among providers 	[13,14]
Clinical Frailty Scale (CFS)	Clinical judgment-based assessment of overall health and frailty	2–3 min	Score \geq 5 (mildly frail or worse)	<ul style="list-style-type: none"> - High predictive value for postoperative mortality. - Comprehensive 	<ul style="list-style-type: none"> - Doesn't assess all frailty aspects - Time-consuming 	[15–17]
Frailty Index (FI)	Cumulative deficits from a wide range of health variables	10–30 min	Frailty index $>$ 0.25	<ul style="list-style-type: none"> - Quantifies frailty severity - Multidimensional 	<ul style="list-style-type: none"> - Requires detailed patient information 	[15,109]
Hospital Frailty Risk Score (HFRS)	Derived from ICD-10 codes Includes various health conditions contributing to frailty	Automated from records	Score \geq 5	<ul style="list-style-type: none"> - No additional patient burden - Not subject to manual scoring eliminating human-error - Quick to perform 	<ul style="list-style-type: none"> - May not capture all frailty dimensions and dynamic functional states - Dependent on accurate coding - Limited utility beyond late middle-aged African Americans 	[111,112]

Table 3

Summary of commonly used tools for delirium screening tools, including their components, estimated time for administration, positive screening criteria, strengths, and limitations.

Tool	Components	Time Required	Positive Screening	Strengths	Limitations	Citation
Confusion Assessment Method (CAM)	Acute onset, inattention, disorganized thinking, altered consciousness	~5 min	Presence of 1) acute onset and fluctuating course AND 2) inattention AND either 3) disorganized thinking OR 4) altered level of consciousness	- High specificity and sensitivity - Widely validated	- Requires training - Less sensitive in hypoactive cases	[93]
4 'A's Test (4AT)	Alertness, AMT4 (short cognitive test), attention (months backward), acute change	<2 min	Score ≥ 4 suggests possible delirium 1-3 possible cognitive impairment	- Rapid administration - No training required	- Slightly lower specificity than CAM	[118]
3D- Confusion Assessment Method (3D-CAM)	Structured yes/no questions addressing CAM features	~3-5 min	Positive if diagnostic algorithm confirms delirium based on CAM criteria	-Structured algorithm -Improves detection accuracy	- Slightly more complex	[93,119]
Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)	Disorientation, inappropriate behavior, communication, illusions/hallucinations, psychomotor retardation	~2 min	Score ≥ 2	-Nurse-administered - Useful for continuous monitoring	- Lower sensitivity for hypoactive delirium - Requires regular observation and documentation	[95,120]







Age and Ageing 2025; **54**: afaf144
<https://doi.org/10.1093/ageing/afaf144>

© The Author(s) 2025. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted reuse, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

SHORT REPORT

Using scores from the 4AT delirium detection tool as an indicator of possible dementia: a study of 75 221 older adult hospital admissions

ROSE S. PENFOLD¹ , EMILY BOWMAN², EMMA R.L.C. VARDY³, ELIZABETH L. SAMPSON^{4,5},
ATUL ANAND⁶ , BRUCE GUTHRIE⁷ , ALASDAIR M.J. MACLULLICH⁸ 



**Test d'évaluation du
délirium et des troubles
cognitifs**

Nom du patient :

(étiquette)

Date de naissance :

Numéro de dossier :

Date :

Heure :

Évaluateur :

ENCERCLER

[1] ÉTAT DE CONSCIENCE

Cela inclut les patients qui peuvent être nettement somnolents (par exemple, difficiles à réveiller et/ou visiblement endormis lors de l'évaluation) ou agités/hyperactifs. Observez le patient. S'il est endormi, essayez de le réveiller en lui parlant ou en touchant doucement son épaule. Demandez au patient de dire son nom et son adresse pour aider l'évaluation.

Normal (alerte, mais pas agité, tout au long de l'évaluation)	0
Somnolence légère <10 secondes après le réveil, puis normal	0
Clairement anormal	4

[2] AMT4

Âge, date de naissance, endroit (nom de l'hôpital ou du bâtiment), année courante.

Aucune erreur	0
1 erreur	1
2 erreurs ou plus/ne peut être testé	2

[3] ATTENTION

*Demandez au patient : « Pouvez-vous me dire les mois de l'année dans l'ordre inverse, en commençant par décembre. »
Pour aider à la compréhension, il est permis de dire une seule fois : « quel est le mois avant décembre ? »*

Mois de l'année à l'envers	Réussit à nommer 7 mois ou plus	0
	Commence, mais réussit <7 mois ou refuse de commencer	1
	Ne peut être testé (ne peut pas commencer, car ne se sent pas bien, somnolent ou inattentif)	2

[4] CHANGEMENT AIGU OU ÉVOLUTION FLUCTUANTE

Preuve de changements significatifs ou de fluctuation de l'état de conscience, cognition, autre fonction mentale (ex. paranoïa, hallucinations) apparus au cours des 2 dernières semaines et encore apparents dans les dernières 24 heures.

Non	0
Oui	4

4 ou plus : délirium possible +/- troubles cognitifs
1-3 : troubles cognitifs possibles
0 : délirium ou troubles cognitifs sévères peu probable (mais délirium encore possible si information incomplète à [4])

SCORE DU 4AT



ELSEVIER

JAMDA

journal homepage: www.jamda.com



Review Article

Risk Factors for Falls in Community-Dwelling Older Adults: An Umbrella Review



Stephanie Saunders MScPT, Cassandra D'Amore PhD, Quikui Hao MD,
Nabil Abd El-Moneim MScPT, Julie Richardson PhD, PT, Ayse Kuspinar PhD, PT,
Marla Beauchamp PhD, PT*

School of Rehabilitation Sciences, Faculty of Health Sciences, McMaster University, Hamilton, ON, Canada

Méthodes

- 8 173 études prospectives sélectionnées centrées sur la population communautaire âgée ≥ 60 ans, 57 retenues (Cochrane, Prospéro) analysant **29 facteurs de risque de chutes**
- Donc nombre très important de stratégies thérapeutiques préventives et de combinaisons
- Classement des études les plus robustes (statistiques) et des actions les plus efficaces (études randomisées)

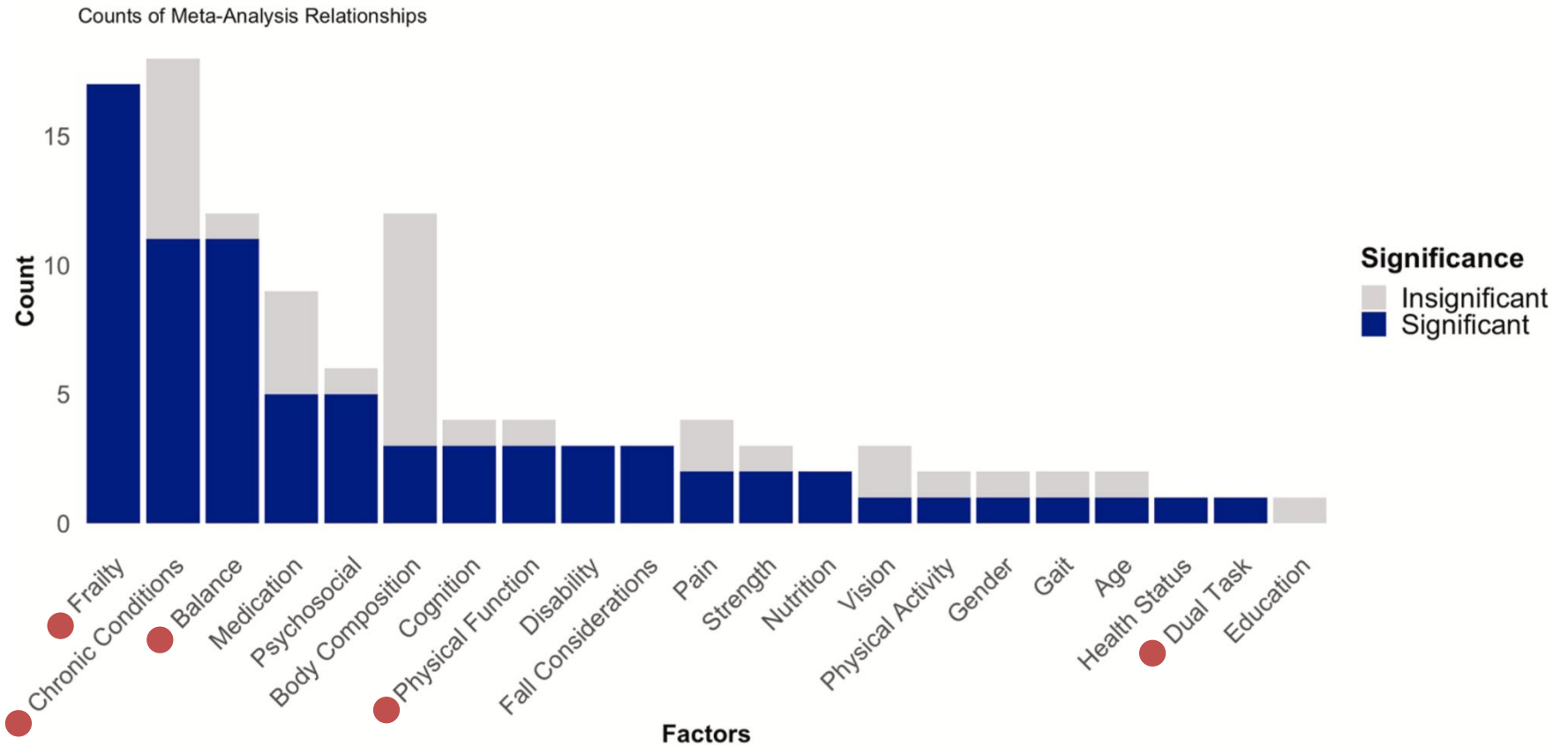


Fig. 2. Counts of meta-analysis relationships predicting any fall.

● Significatif $\geq 60\%$

RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

High- and Low-Fat Dairy Consumption and Long-Term Risk of Dementia

Evidence From a 25-Year Prospective Cohort Study

Yufeng Du,^{1,2} Yan Borné,² Jessica Samuelsson,^{2,3} Isabelle Glans,^{4,5} Xiaobin Hu,¹ Katarina Nägga,^{4,6} Sebastian Palmqvist,^{4,5} Oskar Hansson,⁴ and Emily Sonestedt^{2,7}

Neurology® 2026;106:e214343. doi:10.1212/WNL.0000000000214343

Correspondence

Dr. Du

yufeng.du@med.lu.se

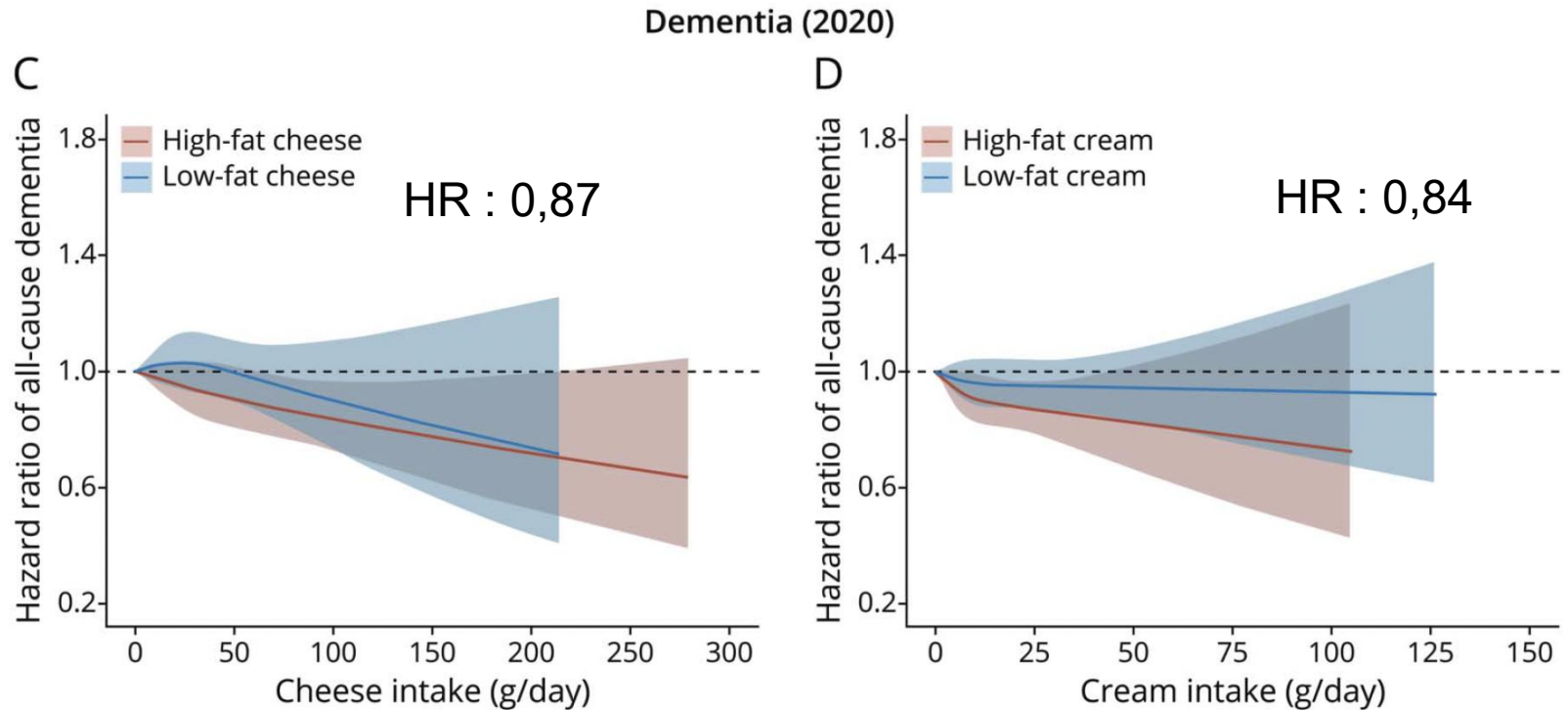
TNCM pré-requis

- Identification et prévention des fd, pas de TTT curatif
- Une consommation régulière de fromage est associée à :
 - une réduction du risque de déclin cognitif ⁽¹⁾
 - une réduction du risque de TNCM ⁽²⁾ (- 28 %)
- Cohorte Suédoise, adultes sans TNCM, longitudinale (25 ans), déclarative (questionnaire nutritionnel de 169 items.....), cofacteurs dont statut APOE ε 4
- Régimes :
 - «High fat» : lait > 2,5 % MG, 50 g/J de fromage > 20 % MG, 20 g/J de crème > 30 % MG
 - «Low fat»
- Critère de Jugement principal : incidence de TNCM et sous-type

¹ Anderson RC Front Nutr 2024

² Yliluuri MPT Eur J Nutr 2022

Résultats



Discussion

Higher intake of high-fat cheese and high-fat cream was associated with a lower risk of all-cause dementia, whereas low-fat cheese, low-fat cream, and other dairy products showed no significant association. *APOE* $\epsilon 4$ status modified the association between high-fat cheese and AD. Our study's observational design limits causal inference.



Qu' a-t-on appris ?

- Vitamine D : tous les jours, ou 50 000 UI / mois puis entretien (50 000 UI / 2 mois)
- HTA-résidents-EHPAD dé-prescription : pas de danger sans espérance de vie gagnée
- IDM : revacularisation + rééducation précoce
- Vessie hyperactive idiopathique : médicaments symptomatiques recommandés et risque de confusion supérieur volontiers chez les hommes âgés
- Evaluation préopératoire : de bons outils (fragilité, cognition)
- Chutes- prévention secondaire : cibler la fragilité et l'équilibre
- La raclette : boost le moral et la cognition (?)