



Médecine Interne Gériatrie

Quoi de neuf en gériatrie ?

42 ° JASFGG Paris Novembre 2022

philippe.chassagne@chu-rouen.fr



Normandie Université

Actions, obligations, rémunérations au long cours : néant

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

En lien avec cette communication : aucun



Research

JAMA Internal Medicine | [Original Investigation](#)

Time to Benefit of Bisphosphonate Therapy for the Prevention of Fractures Among Postmenopausal Women With Osteoporosis A Meta-analysis of Randomized Clinical Trials

William James Dearthoff, MD; Irena Cenzer, PhD; Brian Nguyen, BA; Sei J. Lee, MD, MAS

JAMA Intern Med. 2022;182(1):33-41. doi:[10.1001/jamainternmed.2021.6745](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.6745)
Published online November 22, 2021.

Ostéoporose (OP) ce que l'on sait :

- Fréquence de 39 % chez les femmes ≥ 65 ans, 377 000 fractures annuelles dont 2/3 chez des PA ≥ 70 ans ¹
- Qualité de vie et indépendance fonctionnelle altérées au décours des fractures
- Coût ² (43 669 \$ au cours de la première année)
- Underuse (omission de prescriptions)
- Prévention efficace si : diagnostic de l'OP réalisé et adhérence au traitement qui est toujours prolongé
- **A partir de quel délai (Amino-Bi-Phosphonates) les bénéfices apparaissent-ils ?**

Méthodes

- Revue de littérature et méta-analyse, 2018, Prisma
- Mots clés : femmes, OP post-ménopausiques, ABP
- 67 études, 23 384 participantes, âge moyen de 63 à 74 ans
- Durée du suivi : de 12 à 48 mois
- Avoir un antécédent de fracture vertébrale répertoriée ou $DMO < - 2.5$ T Score
- Outcome : nouvelle fracture (non vertébrale) pendant le suivi et, surtout délai de réduction du risque absolu (extraction des courbes de survie des études publiées)
- On définit le **risque absolu** comme un ratio entre le nombre de patientes à traiter pendant une période donnée pour réduire de 0.3, 0.5 ou 1% le risque

Table 2. Time to Benefit of Bisphosphonate Therapy for the Prevention of Nonvertebral Fractures Among Postmenopausal Women With Osteoporosis

Source	Bisphosphonate type	Time to benefit (95% CI), mo		
		ARR = 0.002 ^a	ARR = 0.005 ^b	ARR = 0.010 ^c
Liberman et al, ³³ 1995	Alendronate			
Pols et al, ³⁴ 1999	Alendronate			
Black et al, ⁴³ 2000	Alendronate			
Harrington et al, ⁴⁴ 2004	Risedronate			
Black et al, ⁴² 2007	Zoledronic acid			
Summary time to benefit	NA			

Abbreviations: ARR, absolute risk reduction; NA, not applicable.

^a Time to prevent 1 nonvertebral fracture per 500 postmenopausal women with osteoporosis receiving bisphosphonate therapy.

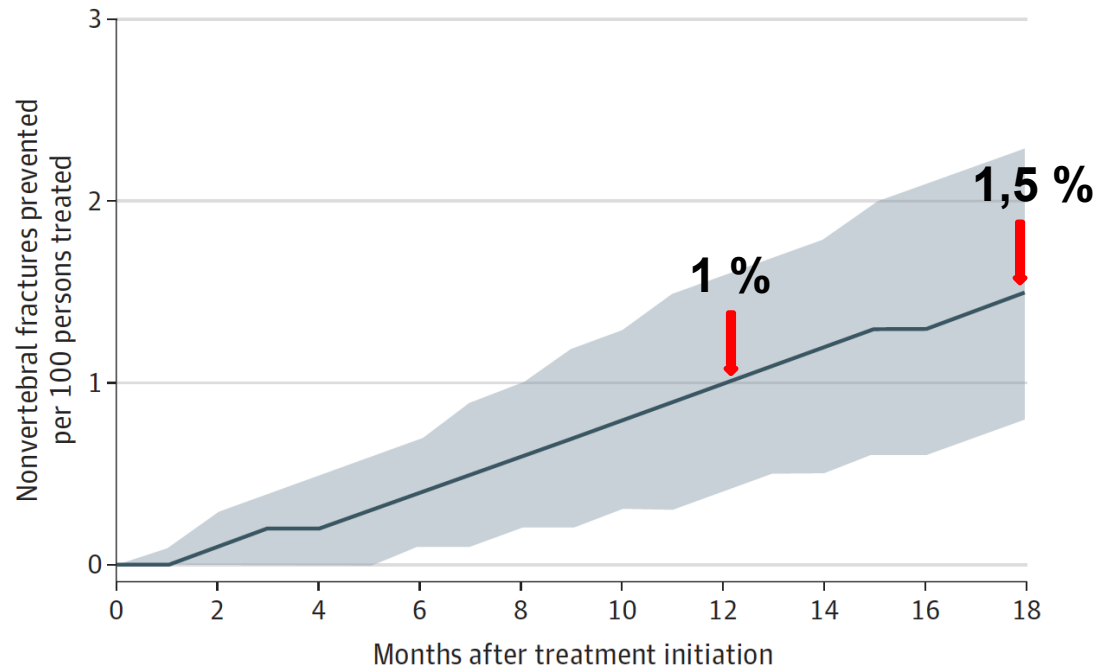
^b Time to prevent 1 nonvertebral fracture per 200 postmenopausal women with osteoporosis receiving bisphosphonate therapy.

^c Time to prevent 1 nonvertebral fracture per 100 postmenopausal women with osteoporosis receiving bisphosphonate therapy.

Résultats

Le ttt prolongé par ABP réduit de façon linéaire le risque fracturaire autrement dit les bénéfices persistent avec le temps

Figure 2. Difference in Nonvertebral Fractures With Bisphosphonate Therapy Over Time



Shaded areas represent 95% CIs.

Résultats

Table 2. Time to Benefit of Bisphosphonate Therapy for the Prevention of Nonvertebral Fractures Among Postmenopausal Women With Osteoporosis

Source	Bisphosphonate type	Time to benefit (95% CI), mo		
		ARR = 0.002 ^a	ARR = 0.005 ^b	ARR = 0.010 ^c
Liberman et al, ³³ 1995	Alendronate	12.5 (0.4-77.6)	16.6 (1.1-88.3)	22.7 (3.0-91.4)
Pols et al, ³⁴ 1999	Alendronate	3.4 (0.6-10.6)	5.9 (1.3-16.0)	10.0 (2.6-25.3)
Black et al, ⁴³ 2000	Alendronate	6.9 (1.1-24.0)	10.3 (2.9-26.9)	15.4 (6.0-32.8)
Harrington et al, ⁴⁴ 2004	Risedronate	1.9 (0.5-4.5)	3.5 (1.0-9.0)	6.7 (2.1-15.7)
Black et al, ⁴² 2007	Zoledronic acid	7.6 (2.0-20.6)	12.5 (5.0-26.3)	19.9 (10.1-35.3)
Summary time to benefit	NA	3.3 (0.2-6.5)	6.5 (2.2-10.9)	12.4 (6.3-18.4)
Test of heterogeneity				
<i>I</i> ² , %	NA	0	0	0
<i>P</i> value	NA	.70	.56	.49

Abbreviations: ARR, absolute risk reduction; NA, not applicable.

^a Time to prevent 1 nonvertebral fracture per 500 postmenopausal women with osteoporosis receiving bisphosphonate therapy.

^b Time to prevent 1 nonvertebral fracture per 200 postmenopausal women with osteoporosis receiving bisphosphonate therapy.

^c Time to prevent 1 nonvertebral fracture per 100 postmenopausal women with osteoporosis receiving bisphosphonate therapy.

Pour éviter 1 fracture non vertébrale il faut traiter 100 femmes pendant 12.4 mois

Conclusions

- Au cours de l'OP post-ménopausique sévère (histoire de fractures vertébrales) : si 100 femmes sont traitées par ABP avec une bonne observance la réduction en nombre absolu du nombre de nouvelle fracture (dont FESF) est de 1 cas et elle intervient **dès 12,4 mois**
- Pour éviter une :
 - FESF 200 femmes doivent être traitées pendant 20,3 mois
 - fracture vertébrale pendant 12.1 mois
- Ce délai précoce doit être comparer à l'espérance de vie possible de la personne



JAMDA

journal homepage: www.jamda.com



Original Study

Nursing Home Resident Admission Characteristics and Potentially Preventable Emergency Department Transfers



Komal Aryal MSc^{a,b}, Fabrice Mowbray MSc^{a,b}, Andrea Gruneir PhD^{b,c},
Lauren E. Griffith PhD^a, Michelle Howard PhD^{a,d}, Amina Jabbar MD^{a,e},
Aaron Jones PhD^{a,b}, Peter Tanuseputro MD^{b,f,g}, Lauren Lapointe-Shaw MDCM, PhD^{b,h},
Andrew P. Costa PhD^{a,b,*}

^aDepartment of Health Research Methods, Evidence, and Impact, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

Ce que l'on sait :

- Les hospitalisations des résidents d'EHPAD seraient « évitables » dans 40 % des cas ¹ (avant ou après que les diagnostics et leur sévérité n'aient été évalués aux urgences ?), 2.2 millions de personnes aux USA
- Ces hospitalisations sont : nombreuses, récidivantes, exposent à une iatrogénie (confusion, majoration d'une dépendance), onéreuses
- Comment identifier les résidents à risque de transfert aux Urgences et donc, promouvoir une politique de prévention ?

¹ Ouslander JG JAMDA 2016

Méthodes

- Rétrospective, Ontario, résidents nouvellement admis en EHPAD (2017-2018), analyse de la période au cours des 3 mois premiers mois, **identification d'un passage aux Urgences** vs pas de transferts
- Mesure : caractéristiques récentes (RAI)
- Sur la base de critères d'évitabilité ¹ : 50 %
- Les comorbidités les plus fréquentes (prévalence 10 fois supérieures) augmentent peu le risque (IRC, fragilité, polypharmacie, dir anticipées (DNIH))

¹ Gruneir A JAGS 2010

Résultats

- 56 433 participants dont 3 098 (6.2 %) sont transférés aux urgences (≤ 90 j. après leur admission à l'EHPAD), dans 65 % des cas des directives anticipées de type DNR ou type DNH (17 %) sont établies (transmises ?)
- 93 % ont plus de 65 ans
- 18 variables étudiées (possibles facteurs de risque)
- La polypharmacie et la prescription de psychotropes augmentent le risque dans des proportions faibles (peu discriminant)

Table 2

Multivariate Logistic Regression for NH Residents Who Experienced a Potentially Preventable ED Transfer

Variables	aOR	CI	P
Advance care directives			
Do not hospitalize	0.60	0.54–0.65	<.0001
Demographic			
Female	0.81	0.75–0.87	<.0001
Medications			
Polypharmacy (>5 medications)	1.52	1.34–1.72	<.0001
Change variables			
Change in mood	0.80	0.69–0.93	.0039
Resident leaves >25% or more food uneaten	1.15	1.06–1.24	.0004
Health service use			
ED use (last 90 d)	1.28	1.16–1.43	.0003
Hospitalization (last 90 d)	1.21	1.12–1.30	<.0001
Diagnoses			
Alzheimer's or dementia	0.81	0.75–0.87	<.0001
Congestive heart failure	1.58	1.45–1.72	<.0001
Asthma or COPD	1.53	1.41–1.65	<.0001
Delirium	0.86	0.80–0.92	<.0001
Renal failure	1.228	1.11–1.36	<.0001
Treatments, procedures, and devices			
Dialysis	1.47	1.12–1.92	.0032
Indwelling catheter	1.71	1.53–1.92	<.0001
Oxygen therapy	1.94	1.73–2.17	<.0001
Infections			
Cellulitis	1.85	1.45–2.37	<.0001
Pneumonia	1.52	1.29–1.79	<.0001
Urinary tract infection	1.23	1.09	

Conclusions and Implications: Though many routinely collected resident characteristics were associated with a PPEd transfer, the absence of sufficiently discriminating characteristics suggests that emergency department visits by NH residents are multifactorial and difficult to predict. Future studies should assess the clinical utility of risk factor identification to prevent transfers.

© 2021 AMDA – The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine.

Rien sur les transferts en fin de vie

Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia

A Meta-analysis

Joost Witlox, MSc

Lisa S. M. Eurelings, MSc

Jos F. M. de Jonghe, PhD

Kees J. Kalisvaart, MD, PhD

Piet Eikelenboom, MD, PhD

Willem A. van Gool, MD, PhD

51 articles, 2 957 patients âgés, devenir des confus (vs contrôles)

	Décès	Admission en institution	TNCM
Suivi (mois)	22.7	14.6	36-60
HR	1.95	2.41	12.52 *

Overlap syndrome : la confusion favorise la survenue d'un déclin cognitif voire de Sd Démentiel **et** les TNCM (MA et sd Apparenté) favorisent la survenue d'une confusion).



ELSEVIER

JAMDA

journal homepage: www.jamda.com



Review Article

Prevalence, Risk Factors, and Impact of Delirium on Hospitalized Older Adults With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis



Qin Yun Claudia Han BSN(Hons)^a, Natalie Grace Rodrigues BSN(Hons)^a,
Piyanee Klainin-Yobas PhD, MScN, RN^a, Gørill Haugan PhD, RN^b,
Xi Vivien Wu PhD, MEd, RN^{a,*}

^a Alice Lee Centre for Nursing Studies, Yong Loo Lin School of Medicine, National University of Singapore, Singapore

^b Department of Public Health and Nursing, Centre for Health Promoting Research, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Trøndelag, Norway

Méthodes

- Revue systématique, méta-analyse, bases de données, critères qualité (hétérogénéité)
- Sélection de 18 342 articles, Prisma guidelines, 81 études regroupant 81 536 participants ayant tous un Sd Démentiel (S Dem), âge moyen (75-85 ans) hospitalisés (médecine, chirurgie, USI, SSR), suivi pour définir le déclin cognitif ou fonctionnel ou mortalité ou institutionnalisation
- Identification des malades (S Dem) **ET** Confusion (Delirium and Superimposed Dementia : DSD) et analyse de leurs comorbidités respectives



Trois questions

- 1 .Fréquence de l'association :
Démence / confusion à l'hôpital ?
- 2 .Si Démence quels sont les facteurs
de risque d'apparition d'une confusion ?
- 3 . Pronostic de l'association Démence /
confusion versus Démence ?

Résultats

- Prévalence S Dem / Confusion : **49 %** (grande hétérogénéité, de 30 % (SSr) à 62,3 % (orthopédie))



Trois questions

- 1 .Fréquence de l'association Démence / confusion à l'hôpital ?
- 2 .Si Démence quels sont les facteurs de risque d'apparition d'une confusion ?
- 3 . Pronostic de l'association Démence / confusion versus Démence ?

FDR de confusion

Catégorie	Risque / facteurs associés	Conclusion de l'étude (exemple)
Structure hospitalière	Délai opératoire (FESF)	Au-delà de 36 heure...OR : 2.84...
Maladie	Sévérité (Score Apache)	
	Douleurs au repos	OR : 3.26....
	Infection aiguë	Fréquence de la confusion augmenté
Médicaments	Psychotropes	NLP... OR : 1.64...
Non Modifiables	Age	
	Sexe	H > F !!!... OR : 1.8
	Stade de Sd Dem	1 pt de GDS * RR / 1.83
	Comorbidité	CCI

* GDS : Global Deterioration Scale



Trois questions

- 1 .Fréquence de l'association Démence / confusion à l'hôpital ?
- 2 .Si Démence quels sont les facteurs de risque d'apparition d'une confusion ?
- 3 . Pronostic de l'association Démence / confusion versus Démence ?

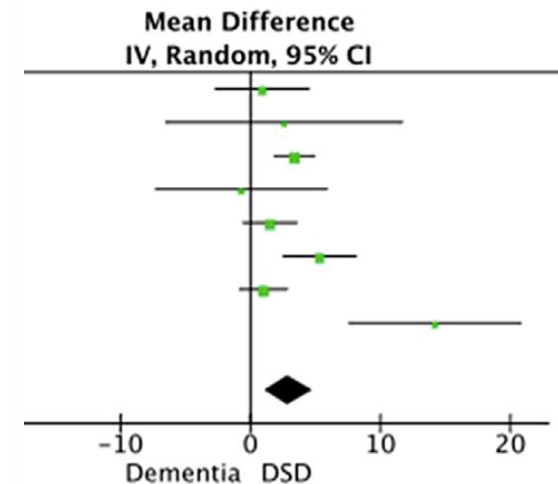
Durée de séjour si confusion et démence (DSD) vs confusion sans démence (PWD)

Study or Subgroup	Mean
Bellelli et al, 2007	24
Bellelli et al, 2011	38.4
Fick et al, 2013	9.1
Liang et al, 2020	14.9
Margiotta et al, 2006	10.5
McCusker et al, 2001	13.33
Morandi et al, 2019	15
Reynish et al, 2017	34.3

Total (95% CI)

Heterogeneity: $\tau^2 = 4.29$; $\chi^2 = 2$

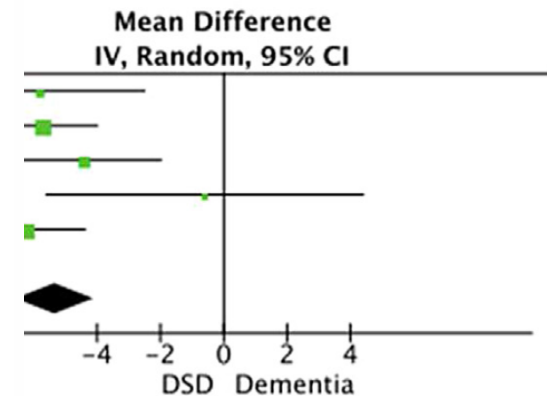
Test for overall effect: $Z = 3.04$



Forest plot of LOS in hospitalised DSD elderly compared to PWD

Déclin cognitif (Mmse) si confusion et démence (DSD) vs confusion sans démence (PWD)

Study or Subgroup	Mean	DS
Bellelli et al, 2011	12.4	4
Cole et al, 2002	12.6	7
Fick et al, 2013	12.7	6
Margiotta et al, 2006	12.2	6
McCusker et al, 2001	13.6	
Total (95% CI)		
Heterogeneity: $\tau^2 = 0.43$; $\chi^2 = 5.1$		
Test for overall effect: $Z = 8.57$ ($P < .00001$)		

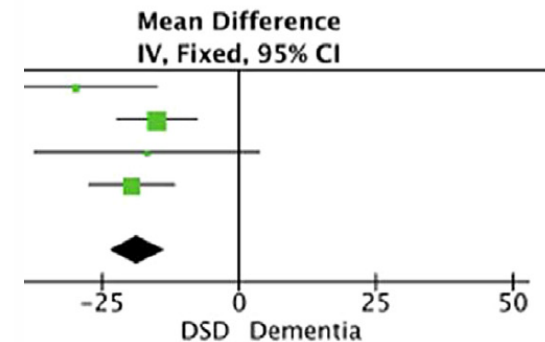


Forest plot of global cognition on admission in hospitalised DSD elderly compared to PWD

Dépendance fct (Barthel) si confusion et démence (DSD) vs confusion sans démence (PWD)

C

Study or Subgroup	Mean	D
Bellelli et al, 2011	34.7	2
Cole et al, 2002	34.8	2
Margiotta et al, 2006	28.2	2
McCusker et al, 2001	36.2	2
Total (95% CI)		
Heterogeneity: $\tau^2 = 3.23$, $df = 3$ (
Test for overall effect: $Z = 7.49$ (

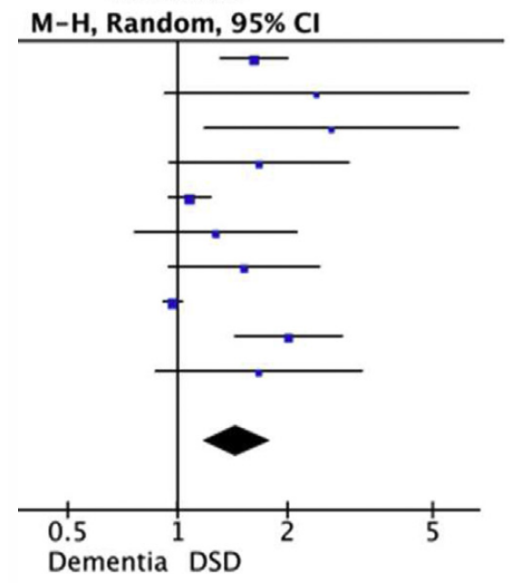


Forest plot of functional impairment on admission in hospitalised DSD elderly compared to PWD

Fig. 3. Forest plots of impact of DSD presented in mean difference.

Mortalité si confusion et démence (DSD) vs confusion sans démence (PWD)

Study or Subgroup	Events	Total	Events	Total	Weight	M-H, Random, 95% CI
Avelino-Silva et al, 2017	209	1045	12	120	10.0	1.8
Bellelli et al, 2007	12	120	1	100	10.0	1.5
Fick et al, 2013	1	100	1	100	10.0	1.2
Fong et al, 2012	30	300	3	300	10.0	1.4
Hapca et al, 2018	23	230	2	200	10.0	1.3
Juliebø et al, 2010	30	300	3	300	10.0	1.4
Lee et al, 2017	3	300	3	300	10.0	1.3
Mitchell et al, 2017	71	710	7	700	10.0	1.5
Morandi et al, 2014	4	400	4	400	10.0	1.4
Morandi et al, 2019	2	200	2	200	10.0	1.3
Total (95% CI)						
Total events	134	1340	13	1300		
Heterogeneity: $\tau^2 = 0.07$; $\chi^2 = 50.0$						
Test for overall effect: $Z = 3.45$ ($P < 0.001$)						



Forest plot of mortality in hospitalised DSD elderly compared to PWD

Fig. 4. Forest plots of impact of DSD presented in risk ratio. M-H, Mantel-Haenszel.

Conclusions

- Le taux de confusion pendant un séjour hospitalier (tous types de services) chez des malades âgés ayant un Syndrome démentiel est de 50 %
- Les facteurs de risque modifiables : iatrogénie, contrôle de la douleur, délai opératoire

Conclusions

- Conséquences de cette cascade événementielle :
 - allongement de la durée de séjour (+ 3 jours)
 - déclin cognitif (mesure MMSE T0 et sortie) : - 5.3 points pendant le séjour
 - déclin fonctionnel (échelle de mobilité) : - 7 points
 - mortalité supérieure : + 45 % (RR :1.45 95 % Ci : 1.17-1.79)
 - recours à l'institution : + 53 % (RR :1.53 95 % Ci : 1.25-1.87)
- Malade âgé type : homme, chirurgie orthopédique, comorbide, douloureux au repos, recevant des psychotropes, polymédicamenté
- **Cette association (DSD) a un pronostic spécifique sévère**



Received: 27 August 2021 | Revised: 5 January 2022 | Accepted: 7 February 2022

DOI: 10.1111/jgs.17752

Journal of the
American Geriatrics Society
CLINICAL INVESTIGATIONS

L'apparition d'une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) modifie-t-elle le pronostic de malades ayant une Insuffisance cardiaque (décès ou hospitalisation) ?

Alzheimer's disease and related dementias and heart failure: A community study

Sheila M. Manemann MPH¹ | David S. Knopman MD² | Jennifer St. Sauver PhD¹ |
Suzette J. Bielinski PhD¹ | Alanna M. Chamberlain PhD^{1,3} |
Susan A. Weston MS¹ | Ruoxiang Jiang BS¹ | Véronique L. Roger MD, MPH^{3,4}

Méthodes

- USA, 7 comtés, cohorte (adultes ≥ 18 ans), entre 2013 et 2018
- Codage ICD 10: identification des nouveaux cas d'IC (dg positif ≥ 2 épisodes d'IC répertoriés en ambulatoire ou en parcours hospitalier)
- Recherche codage MA ou Sd apparentés (au moins un codage, sensibilité : 87 %)
- Une MA peut précéder ou suivre l'apparition d'une IC, suivi moyen de 3.2 ans

Résultats

- N = 6 336 participants avec une IC nouvellement identifiée, moyenne d'âge : 75 +/-14 ans parmi lesquels 1990 (30 %) ont un Antcd de MA (10 %) ou apparue secondairement (20 %)
- Chez les malades ayant une IC, une MA est secondairement identifiée dans les 12 mois soit une incidence cumulée de 7.6 % et de 17.6 % à 3 ans

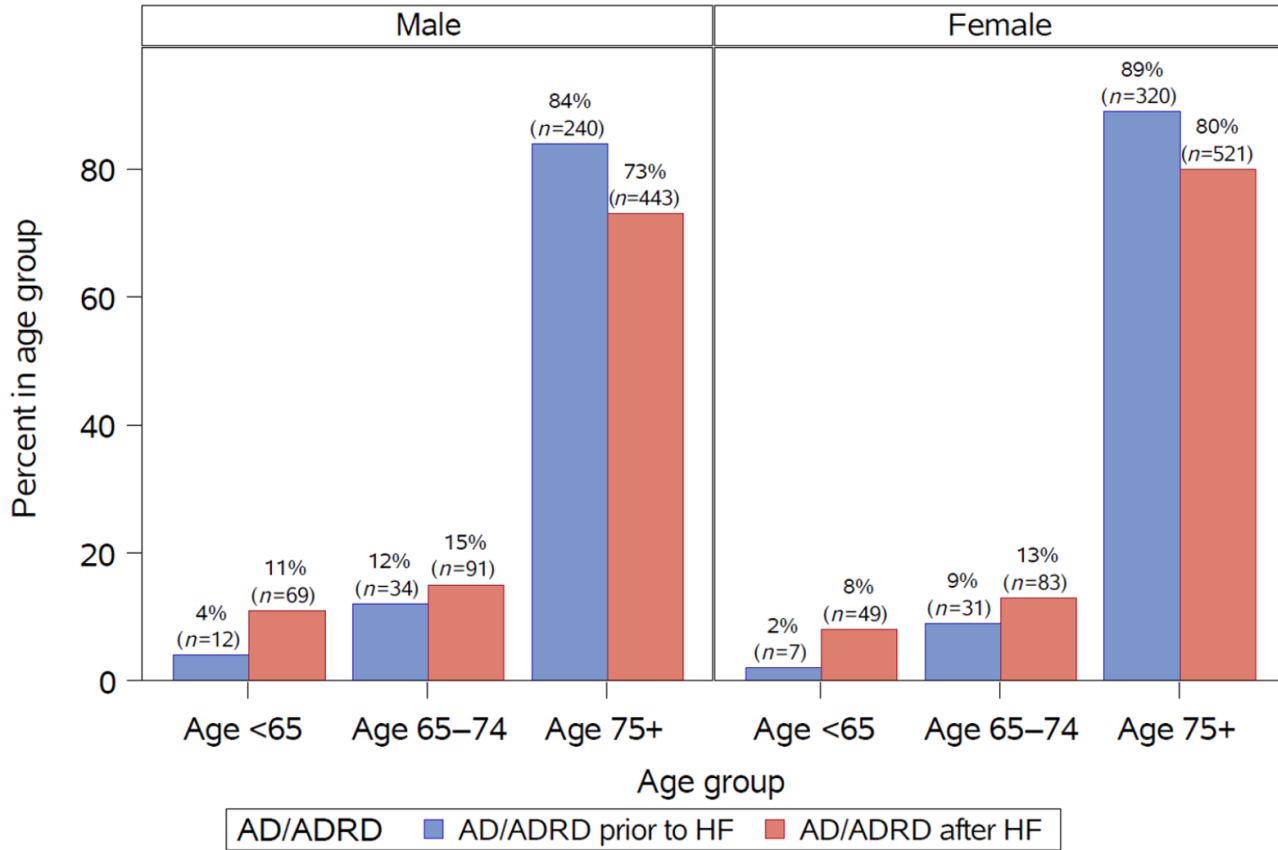


FIGURE 2 Proportion of Alzheimer's disease and Alzheimer's disease-related dementias (AD/ADR) before and after heart failure, stratified by age and sex

Résultats

- Devenir des malades ayant un antécédent de maladie démentielle (versus cognition normale) préalablement à la survenue d'une IC :
 - **probabilité de décès x 2.7**
 - pas d'augmentation de la fréquence des hospitalisations non programmées

TABLE 2 Hazard ratios and 95% confidence intervals between Alzheimer's disease and Alzheimer's disease-related dementias (AD/ADRD) and death and hospitalization in heart failure

	No AD/ADRD N = 4436	Prior AD/ADRD N = 644	p-value	Post AD/ADRD N = 1256	p-value
Death (N = 2618)^a					
Age and sex adjusted	1 (ref)	3.04 (2.72, 3.39)	<0.001	3.98 (3.62, 4.38)	<0.001
Fully adjusted ^b	1 (ref)	2.71 (2.40, 3.07)	<0.001	3.70 (3.34, 4.10)	<0.001
CV-death (N = 1122)					
Age and sex adjusted	1 (ref)	1.98 (1.65, 2.36)	<0.001	3.33 (2.88, 3.84)	<0.001
Fully adjusted ^b	1 (ref)	1.79 (1.47, 2.19)	<0.001	3.12 (2.67, 3.64)	<0.001
Non-CV death (N = 1446)					
Age and sex adjusted	1 (ref)	4.16 (3.61, 4.79)	<0.001	4.75 (4.17, 5.41)	<0.001
Fully adjusted ^b	1 (ref)	3.33 (3.17, 4.37)	<0.001	4.00 (3.83, 5.06)	<0.001
Hospitalizations^c (N = 15,475)					
Age and sex adjusted	1 (ref)	1.20 (1.18, 1.30)	<0.001	1.29 (1.17, 2.08)	<0.001
Fully adjusted ^b	1 (ref)	1.04 (0.93, 1.16)	0.515	1.73 (1.57, 1.90)	<0.001
CV-hospitalizations (N = 482)					
Age and sex adjusted	1 (ref)	0.81 (0.69, 0.95)	0.010	1.47 (1.29, 1.68)	<0.001
Fully adjusted ^b	1 (ref)	0.80 (0.67, 0.94)	0.008	1.44 (1.26, 1.66)	<0.001
Non-CV hospitalizations (N = 10,592)					
Age and sex adjusted	1 (ref)	1.41 (1.26, 1.58)	<0.001	2.09 (1.88, 2.33)	<0.001
Fully adjusted ^b	1 (ref)	1.15 (1.01, 1.31)	0.035	1.84 (1.66, 2.05)	<0.001

Devenir des malades ayant un antécédant d'IC préalable à la survenue d'une maladie démentielle

^aFifty patients were missing cause of death.
^bAdjusted for age, sex, hypertension, coronary artery disease, arrhythmia, hyperlipidemia, stroke, arthritis, asthma, cancer, chronic kidney disease, chronic pulmonary disease, depression, diabetes, osteoporosis, schizophrenia, substance abuse disorder, anxiety, marital status and education.
^cOne person was missing primary reason of hospitalization.

Commentaires

- Dans une cohorte de malades ayant une IC une MA (ou sd apparenté) apparait avant et surtout après chez **25 %** des personnes
- Une MA (ou sd apparenté) surajoutée à une IC (préexistante) est une comorbidité sévère :
 - mortalité significativement supérieure préférentiellement secondaire à des causes non cardiovasculaires
 - réhospitalisations non programmées multiples
- Autres conséquences : déclin fonctionnel, impact négatif sur la qualité de vie donc gestion spécifique requise (médicaments)
- Concept: « Heart Brain Connection» ¹



Brèves....

Research

Intracranial among in the e based c

Keerat Grewal M
Sunjay Sharma



en

D

Etude rétrospective, 77 834 personnes (> 65 ans) dont 51 % ≥ 80 ans, admises aux urgences pour Tc. Comparaison du nombre d'hémorragies intracrâniennes anticoagulants (AVK ou AOD) vs pas d'anticoagulants

Table 3: Outcomes in propensity score matched cohorts

Outcome	No. (%) of patients			No. (%) of patients			No. (%) of patients		
	Warfarin <i>n</i> = 3654	DOAC <i>n</i> = 3654	RR (95% CI)	Warfarin <i>n</i> = 3634	No OAC <i>n</i> = 3634	RR (95% CI)	DOAC <i>n</i> = 8329	No OAC <i>n</i> = 8329	RR (95% CI)
ICH	298 (8.2)	209 (5.7)	1.43 (1.20–1.69)	298 (8.2)	219 (6.0)	1.36 (1.15–1.61)	480 (5.8)	514 (6.2)	0.94 (0.83–1.05)
30-d mortality in patients with ICH	52 (19.3)	38 (14.1)	1.37 (0.93–2.01)	63 (21.8)	51 (17.7)	1.24 (0.89–1.72)	77 (15.8)	81 (16.7)	0.95 (0.71–1.26)

Note: CI = confidence interval, DOAC = direct oral anticoagulant, ICH = intracranial hemorrhage, OAC = oral anticoagulation, RR = relative risk.



European Journal of Trauma and Emergency Surgery (2022) 48:2919–2925
<https://doi.org/10.1007/s00068-021-01612-4>

ORIGINAL ARTICLE



The mortality burden in patients with hip fractures and dementia

Ioannis Ioannidis^{1,2} · Ahmad Mohammad Ismail^{1,2}  · Maximilian Peter Forssten^{1,2}  · Rebecka Ahl^{2,3} · Yang Cao⁴ ·
Tomas Borg^{1,2} · Shahin Mohseni^{2,5} 

Received: 13 November 2020 / Accepted: 5 February 2021 / Published online: 27 February 2021
© The Author(s) 2021

Résumé

- Registre Suédois de 134 915 cas de FESF, âge moyen : 85 ans, ASA Score ≥ 3
- Deux groupes : avec TNCM (27 304), sans (107 611)
- 50 % de fracture cervicales
- Si TNCM : âge supérieur, comorbidités plus significative dont MCV
- But : Analyse du nombre de décès et de leur causes rapportés à la comorbidité des malades

Table 4 Incidence rate ratio (IRR) for postoperative mortality after hip fracture surgery

Variable	30-day mortality IRR (95% CI)	<i>p</i> value
All-cause mortality		
No dementia	Ref	
Dementia	<u>1.67 (1.60–1.75)</u>	< 0.001
Cause-specific mortality for patients with dementia*		
Cardiovascular	1.42 (1.32–1.54)	< 0.001
Respiratory	1.76 (1.57–1.99)	< 0.001
Cerebrovascular**	7.43 (4.99–11.07)	< 0.001
Sepsis	2.17 (1.47–3.22)	< 0.001
Multi-organ failure	1.66 (1.53–1.79)	< 0.001
Unknown***	11.2 (8.06–15.58)	< 0.001

Commentaires

- Une FESF chez un malade âgé ayant un TNCM (vs malades sans TNCM)
 - une mortalité X 2 (12 % vs 6.2 %) dans les 30 jours après l'intervention soit 67 % de surmortalité
- La comorbidité TNCM s'accompagne d'un taux supérieur de ré-hospitalisations précoces pour gérer les complications au premier rang desquelles figurent les AVC (risque 7 fois supérieur)

Le test de l'horloge : un outil universel. Gare St Lazare.



- . Pas de cotation des aiguilles
- . Pas de retard possible
- . Plus de désorientation temporelle