

JOURNAL WATCH

Faire mieux et moins cher

Nouvelles évidences d'efficacité pour les Unités de Soins Aigus aux Seniors

Pour les patients âgés hospitalisés, les Unités de Soins Aigus aux Seniors (unité SAS, ACE units des anglo-saxons) ont démontré des bénéfices cliniques en termes de préservation de l'état fonctionnel et cognitif, ainsi que de maintien à domicile, aussi bien à court (à la sortie de l'hôpital et 1 mois plus tard) qu'à moyen termes (6 et 12 mois après la sortie) (1-3).

Les processus mis en place dans ces unités se basent sur une évaluation gériatrique standardisée systématique qui permet d'identifier les problèmes et générer, lors d'un colloque interdisciplinaire, un plan de prise en charge global et coordonné entre les différents professionnels. Les interventions proposées ciblent en particulier les facteurs de risque de déclin fonctionnel pour permettre à la personne de maintenir ou récupérer ses performances antérieures, et incluent des mesures spécifiques d'anticipation de la sortie et d'optimisation de la transition hôpital – domicile.

Les données concernant le rapport coûts-bénéfices de ces unités restent par contre pauvres et contradictoires. Une étude américaine récente vient combler cette lacune et apporter de nouvelles évidences en faveur de ce modèle (4). Les coûts directs globaux et pour les 25 groupes diagnostiques (DRGs) les plus fréquents, ainsi que les taux de réadmission à 30 jours de patients âgés de 70 ans et + hospitalisés en médecine ont été comparés entre un groupe pris en charge dans une unité SAS (N=428, 81.6±6.9ans, 69.4% femmes) et un groupe pris en charge dans une unité standard (N=390, 80.9±6.8ans, 65.9% femmes). Il n'y avait aucune différence de mortalité intra-hospitalière.

Les coûts des patients pris en charge dans l'unité SAS étaient significativement inférieurs à ceux des patients pris en charge dans l'unité standard aussi bien en termes de coûts globaux (US \$ 2109±1870 vs 2480±2113, P=.009), de coûts quotidiens moyens (US \$ 484±162 vs 545±120, P<.001), que pour les 25 DRGs les plus fréquents (US \$ 1693±1063 vs 2138±1431, P<.001). Fina-

lement, la proportion de patients réadmis était aussi significativement inférieure parmi les patients de l'unité SAS que parmi ceux de l'unité contrôle (7.9% vs 12.8%, P=.02). Il faut cependant relever que la durée moyenne de séjour en soins aigus, qui est de 5.6 jours seulement aux USA, était encore plus courte dans cette étude (4 jours environ!).

Commentaires

Cette étude, qui adresse certaines des limitations méthodologiques d'études précédentes, suggère un rapport coût- bénéfice favorable des prises en charge gériatriques intégrées préconisées dans les unités de type SAS. L'effet bénéfique sur les réadmissions souligne aussi que l'intérêt potentiel de ces prises en charge s'étend au delà du séjour lui-même, notamment en améliorant les transitions de l'hôpital vers la communauté. La plupart des ingrédients sont disponibles dans notre système de santé pour mettre en place ce type d'unité et faire mieux pour moins cher!

▼ Prof. Dr méd. Christophe Büla, Lausanne

Références :

1. Baztan JJ, et al. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders : meta-analysis. *BMJ* 2009;338:b50
2. Van Craen K, et al. The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units : a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2010 Jan;58(1):83-92
3. G.Ellis et al., Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital :meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2011 ;343:d6553
4. Flood KL, et al. Effects of an Acute Care for Elders unit on costs and 30-day readmission *JAMA Intern Med.* 2013;173(11):981-987

Rôle prédictif de l'albuminurie et du TFGe

Risque cardiovasculaire et néphropathie diabétique

Chez les patients atteints de diabète de type 2 (DT2), le diagnostic clinique de la néphropathie diabétique est habituellement établi sur la présence simultanée d'une albuminurie anormale et d'une rétinopathie sévère. Dans cette population à haut risque, l'outcome d'événements cardiovasculaires n'a jamais été étudié.

Dans l'étude NID-2 (1), il a été démontré que chez les patients atteints de DT2, la rétinopathie diabétique avec l'albuminurie est la marque d'une néphropathie clinique «réelle»; et prévoit une augmentation des risques cardiovasculaires. En cas de taux de filtration glomérulaire (TFGe) normal ou presque normal, et d'une «réelle» néphropathie diabétique l'albuminurie est un facteur pronostique du risque cardiovasculaire. Dans le cas où le TFGe a diminué, il n'est que le seul facteur prédictif d'événements cardiovasculaires, l'albuminurie est bien plus le résultat d'une atteinte rénale avancée.

Les auteurs ont sélectionné une cohorte de 742 patients, atteints de DT2, avec une néphropathie diabétique parmi de 17 centres différents. Cela en raison de la présence d'une albuminurie persistante de ≥ 30 mg/jour et d'une sévère rétinopathie diabétique. Les patients ont été suivis de manière prospective. Décès d'origine cardiovasculaire, IDM non mortels, AVC non mortel, revascularisation et amputation des membres inférieurs étaient le point de fin composite. En particulier, l'interaction entre l'albuminurie et la filtration glomérulaire a été étudiée.

Le suivi médian était de 4,6 ans. Une totalité de 242 événements chez 202 patients a été observée. 26% d'entre eux ont été fatales. La proportion d'événements cardio-vasculaires a augmenté de 19 à 40% avec la diminution du TFGe, du plus élevé (≥ 90 ml/min/1.73m²) au plus faible (<45 ml/min/1.73 m²), s'élevait à 25% en cas de la micro-albuminurie ou respectivement à 33% en cas de macro-albuminurie. Dans l'analyse multivariée, l'interaction entre l'albuminurie et le TFGe a été statistiquement significative ($p = 0,012$). L'albuminurie était effectivement un facteur pronostique remarquable chez les patients à haut TFGe, ce qui a pratiquement disparu une fois que le TFGe était inférieur à 30 ml/min/1.73 m². L'âge, le tabagisme, IDM précédent ou AVC, et la rétinopathie proliférante ont tous montré un effet statistiquement significatif sur le pronostic de l'outcome.

Un diagnostic de la néphropathie diabétique chez le diabète de type 2 sur la base clinique permet l'identification des patients à haut risque cardiovasculaire. L'albuminurie a, dans ce contexte, un effet pronostique pertinent sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaires. Cet effet est particulièrement marqué lorsque le TFGe est normal ou presque normal.

▼ Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen

Source: Sasso FC et al. : High cardiovascular risk in patients with type 2 diabetic nephropathy: the predictive role of albuminuria and glomerular filtration rate. The NID-2 prospective study cohort Nephrol Dial Transplant 2012; 27:2269-74.

Diabète de type 2

Mortalité sous traitement avec des sulfonyles

Une fois de plus, deux études présentées au Congrès européen sur le diabète suggèrent que les sulfonyles augmentent la mortalité chez les patients diabétiques.

Les sulfonyles sont sur le marché depuis des décennies et réduisent fiablement les taux de sucre sanguin et de plus ils ne sont pas chers. Par conséquent, les autorités de santé dans de nombreux pays conservent leur utilisation, d'autant plus que de nouveaux agents oraux sont offerts plus chers.

L'étude UKPDS a montré il y a plus de 15 ans déjà, que les sulfonyles augmentent le risque de mortalité. Récemment, un certain nombre d'études ont abouti à des conclusions similaires.

Lors de la réunion annuelle de l'EASD 2013, le Dr Craig Currie de l'Université de Cardiff a présenté une grande analyse de la base de données rétrospective entamée au Royaume-Uni. Cette étude a comparé la mortalité de près de 16 000 patients qui avaient reçu des sulfonyles en monothérapie, à celle de 77 000 patients qui ont été traités avec la metformine en monothérapie. Résultat: 13,6 décès pour 1000 années-patient pour la metformine et 44,6 décès pour 1000 années-patient parmi les patients traités avec les sulfonyles. Statistiquement ajusté aux autres

variables les sulfonyles augmentaient la mortalité par rapport à la metformine de 58%. Environ 15% des personnes diabétiques de type 2 sont traités en premier lieu avec une monothérapie sulfonyles.

La deuxième étude a comparé le risque de décès des patients ($n = 34\ 000$) avec la combinaison de metformine et de sulfonyle avec celle de patients ($n = 7900$) avec la combinaison de metformine et d'inhibiteur de la DPP-4. Résultat: 16,9 contre 7,3 décès pour 1000 années-patient, ce qui correspond, statistiquement ajusté aux autres facteurs, à une augmentation du risque de 35%. Le traitement de deuxième ligne en association avec la metformine est la principale application des sulfonyles.

Parce qu'il s'agit d'études rétrospectives, elles ne peuvent être considérées comme une preuve que les médicaments discountent les patients. Toutefois, les indices se multiplient. Il est surprenant que les autorités ne fassent pas le nécessaire pour qu'une analyse de sécurité approfondie des sulfonyles soit mise en place.

▼ Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen

Source: Congrès annuel de l'European Association for the Study of Diabetes (EASD), Barcelone, Septembre 2013