

A. Spinewine

Pharm, MSc Clinical Pharmacy
- Doctorante en Sciences Pharmaceutiques - Aspirante FNRS,
Université catholique de Louvain

Résumé

L'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde et l'ostéoporose sont trois conditions pour lesquelles un traitement médicamenteux est souvent, voire toujours, nécessaire. Afin d'assurer un traitement optimal, la prise concomitante de plusieurs médicaments est régulièrement indiquée. Cependant, plusieurs études récentes ont identifié des problèmes d'utilisation dite « inappropriée » des médicaments dans la prise en charge de ces patients. Il s'agit essentiellement, dans ce cas, de problèmes de « misuse » (mauvaise utilisation en terme de dose, de modalités d'administration, de durée de traitement, d'interactions, etc.) et d'« underuse » (omission de médicament pour la prévention ou le traitement d'une maladie). L'article cible les exemples suivants : analgésie insuffisante/inadaptée chez les patients avec douleurs articulaires, codéine

UTILISATION RATIONNELLE DES MÉDICAMENTS CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE POLYARTHRITE RHUMATOÏDE, D'ARTHROSE ET D'OSTÉOPOROSE OPPORTUNITÉS D'INTERVENTIONS PAR LE PHARMACIEN

Qu'est-ce qu'une utilisation dite « (in)appropriée » des médicaments ?

Selon la définition de Barber, une prescription appropriée est une prescription qui permet un traitement aussi *sûr* et aussi *efficace* que possible, tout en minimisant les *coûts*, et en respectant le *choix* du patient (1). Lorsqu'au moins une de ces quatre conditions n'est pas remplie, on peut alors parler de prescription dite « inappropriée ».

On distingue aujourd'hui trois grandes catégories d'utilisation « inappropriée » des médicaments, dont les termes anglais sont assez explicites : overuse, misuse et underuse. L'« overuse » consiste en la prescription d'un médicament pour lequel il n'y a pas d'indication justifiée (p.ex. la prescription d'un antibiotique dans le cadre d'une infection virale). Le « misuse » est une utilisation inappropriée en terme de dose, de formulation, de choix de principe actif, de coût, d'interaction médicamenteuse,....

Enfin, l'« underuse » se définit comme l'omission d'un médicament pour la prévention ou le traitement d'une maladie.

De nombreuses études ont à ce jour identifié des problèmes fréquents d'underuse/misuse/overuse dans la pratique médicale, pour divers types de médicaments ou de pathologies. Une approche intéressante pour réduire leur incidence est l'implication de pharmacien dans la prise en charge médicale des patients, pratique couramment appelée pharmacie clinique ou soins pharmaceutiques (2;3).

Dans la suite de cet article, et sur base de données issues d'enquêtes et de la littérature scientifique, nous aborderons quelques exemples réels d'utilisation inappropriée de médicaments en rhumatologie (tableau 1). L'objectif final est de pouvoir mieux cibler les domaines potentiels d'intervention par le pharmacien, interventions ayant pour but d'améliorer la qualité de vie du patient.

Tableau 1 : Exemples d'utilisation inappropriée des médicaments en rhumatologie, et possibilités d'optimisation par le pharmacien

Pathologie	Domaine(s) d'utilisation inappropriée	Messages clés pour le pharmacien
Arthrose et polyarthrite rhumatoïde - douleurs	«Underuse» : douleurs insuffisamment traitées «Misuse» : mauvaise connaissance des modalités thérapeutiques par le patient (dose maximale, formulation, rapport risque : bénéfice)	- S'assurer que les principes de pharmacothérapie ont été respectés (tableau 2) - Expliquer que l'objectif de traitement est un objectif de revalidation et non de guérison - Informar le patient sur la fréquence d'administration et la dose maximale du médicament prescrit - S'assurer que des mesures non pharmacologiques ont été mises en place (par exemple kinésithérapie, ...) - Réévaluer la douleur de façon régulière (figure 1), et adapter le traitement en conséquence
Arthrose et polyarthrite rhumatoïde - douleurs	«Misuse» : codéine et tramadol : effet analgésique nul ou réduit chez les métaboliseurs lents du cytochrome 2D6 (10% de la population caucasienne) → mauvais choix de traitement chez ces patients	Si pas ou peu d'effet analgésique rapporté/observé avec la codéine ou le tramadol, même après augmentation des doses : suspecter métaboliseur lent, et proposer analgésique alternatif
Polyarthrite rhumatoïde	«Underuse» : prescription trop tardive de DMARDs (> 3 mois après 1ers symptômes) pour ralentir la progression de la maladie	Encourager le patient à consulter un rhumatologue le plus rapidement possible après l'apparition de symptômes suspects
Polyarthrite rhumatoïde	«Misuse» : erreurs d'administration du méthotrexate (prise quotidienne à la place d'une prise hebdomadaire)	- S'assurer que le patient connaît la fréquence d'administration - Instructions écrites sur la boîte - Explication des signes de toxicité nécessitant un avis médical ou un arrêt du traitement
Ostéoporose	«Underuse» : nombreux patients avec antécédent de fracture/ostéoporose ne recevant aucun traitement	- Identifier les patients à risque et proposer un traitement si non traités - Insister sur les modalités d'administration (bisphosphonates !), la durée du traitement - Détecter d'éventuels problèmes de compliance, identifier la cause et proposer une solution

et tramadol chez les métaboliseurs lents du CYP2D6, utilisation insuffisante et tardive de médicaments pouvant modifier l'évolution de la polyarthrite, erreurs de posologie dans l'administration du méthotrexate, utilisation insuffisante de médicaments pour traiter l'ostéoporose.

Ces exemples doivent permettre au pharmacien de pouvoir mieux cibler les interventions qu'il peut faire chez ces patients.

L'objectif est de pouvoir assurer une utilisation plus appropriée des médicaments, et d'améliorer la qualité de vie des patients.

Abstract

Appropriate use of medicines in patients with rheumatoid arthritis, osteoarthritis and osteoporosis – Pharmacists' role

The care of patients with osteoarthritis, rheumatoid arthritis and osteoporosis often requires a pharmacologic approach. The co-prescription of several medicines is regularly needed in order to optimise treatment.

Several recent studies, however, have identified instances of inappropriate medicines use in these patients. This mainly includes «misuse» (inappropriate medicines use in terms of dosing, choice of drug, treatment modalities, treatment duration, interactions,...) and «underuse» (omission of drug therapy that is indicated for the treatment or prevention of a disease or condition).

The following examples are discussed: insufficient or inappropriate pain control, use of codeine and tramadol in CYP2D6 poor metabolisers, underuse or delayed use of disease-modifying anti-rheumatic drugs, medication errors with methotrexate, underuse of medicines for the treatment of osteoporosis.

By being aware of these events of inappropriate medicines use, the pharmacist should be better able to deliver pharmaceutical care to these patients.

The aim is to improve patients' quality of life.

Prise en charge des douleurs articulaires : des résultats douloureux

Selon une enquête récente réalisée sur un échantillon représentatif de 1000 adultes en Belgique, 40% déclarent souffrir de douleurs articulaires (4). La moitié des répondants seulement disent consulter un médecin pour traiter ces douleurs, alors que 63% prennent un traitement pour les soulager. Au total, seulement 18% se déclarent très satisfaits de leur traitement. Cet exemple vient conforter les résultats d'autres études, à savoir que la douleur est souvent mal prise en charge (« misuse »), et qu'une meilleure éducation des patients s'impose.

Le pharmacien d'officine peut, de par son rôle de conseiller, améliorer cette prise en charge. Ainsi, une étude réalisée aux Etats-Unis au sein de 12 officines a montré des résultats intéressants pour le pharmacien d'officine (5). Après un entretien individuel

réalisé avec 461 patients atteints d'arthrose, de polyarthrite ou de mal de dos, les pharmaciens ont identifié les problèmes suivants: traitement inexistant ou insuffisant (33% des cas), effet secondaire (17%), mauvaise compliance (16%), et dose trop faible (15%). Après intervention du pharmacien pour corriger ces problèmes (auprès du patient et/ou de son médecin généraliste), les évaluateurs ont observé une amélioration totale ou partielle chez 71% des patients, avec de plus une amélioration en terme de qualité de vie.

Etant donné que les douleurs articulaires sont une plainte fréquente, qu'elles sont régulièrement prises en charge par le patient sans avis médical, et que plusieurs analgésiques sont disponibles sans ordonnance, il s'agit d'un domaine où le pharmacien peut jouer un rôle important. Il est indispensable pour cela de connaître la pharmacothérapie de ce type de douleur (tableau 2), et de communiquer suffisamment avec son patient.

Tableau 2 : Prise en charge des douleurs d'arthrose : quelques rappels concernant le paracétamol et les anti-inflammatoires

Premier choix de traitement : le paracétamol

- Premier choix car meilleur rapport bénéfice : risque, surtout dans le cadre d'une pathologie chronique et donc d'un traitement à long terme
- Dose recommandée : jusqu'à 3-4g/j
Note : on ne peut conclure à l'inefficacité du paracétamol si les doses n'ont pas été optimisées, ce que le patient ignore souvent.
- Formulation : attention aux préparations effervescentes chez les patients avec antécédent d'hypertension ou d'insuffisance cardiaque
- Interactions : augmentation du risque d'hépatotoxicité avec les barbituriques, la phénytoïne, la carbamazépine ; possible augmentation de l'effet des anticoagulants oraux (essentiellement si dose journalière > 2g)

Place des anti-inflammatoires

- Les AINS sont un peu plus efficaces que le paracétamol, mais sont également plus toxiques. A titre illustratif :
 - si l'on donne du paracétamol à 1000 patients avec arthrose du genou pendant 1 an, 730 patients se sentiront mieux, et 1 patient développera un problème hépatique grave, éventuellement fatal, s'il boit en même temps que la prise de paracétamol 4 à 5 verres d'alcool.
 - si l'on donne un AINS à 1000 patients avec arthrose du genou pendant 1 an, 890 patients se sentiront mieux, mais 15 patients développeront une hémorragie gastro-intestinale qui nécessitera une hospitalisation, et/ou entraînera la mort.
- Indiqués si analgésie insuffisante avec le paracétamol, ou en cas de processus inflammatoire associé (traitement de courte durée)
- Facteurs de risque pour le développement d'une complication gastro-intestinale : âge avancé ; antécédent d'ulcère ; doses élevées ; longue demi-vie, p. ex. piroxicam ; autre maladie systémique ; prise concomitante de glucocorticoïde, d'anticoagulants ou d'aspirine
- COX-2 sélectifs : permettent une plus grande sécurité gastro-intestinale (bien que non complète), mais attention aux effets secondaires cardiovasculaires chez les patients à risque
- Interactions : diminution de l'efficacité des anti-hypertenseurs ; augmentation de la toxicité du méthotrexate ; augmentation de la lithémie ; augmentation du risque de saignement avec les anticoagulants oraux

Figure 1 : Comment « mesurer » la douleur ?

La douleur est une sensation subjective, qui doit être évaluée par le patient lui-même. Il existe différentes échelles d'évaluation, qui ont pour but d'objectiver la sensation douloureuse, et ainsi de pouvoir évaluer l'efficacité d'un nouveau traitement, ou d'un changement de dose.

L'échelle la plus couramment utilisée est l'échelle visuelle analogique représentée ci-dessous. Le patient déplace le curseur sur l'échelle, en fonction de la douleur qu'il perçoit. Au verso de l'échelle, le clinicien peut chiffrer la douleur sur une échelle de 1 à 10. Selon une enquête récente, seuls 35% des médecins en Wallonie sont familiarisés avec la mesure de la douleur.

Etant donné qu'il s'agit de suivi thérapeutique, et que de nombreux médicaments utilisés sont en vente libre, le pharmacien pourrait également prendre en charge ce suivi, et réaliser des mesures d'intensité de douleur avec ses patients. Ceci dans le but de proposer d'éventuelles adaptations de traitement aux patients (les échelles de mesure sont disponibles auprès des délégués de certaines firmes pharmaceutiques qui vendent des analgésiques).

Figure 1a : Echelle visuelle analogique, recto



Figure 1b : Echelle visuelle analogique, verso



Le paracétamol reste un premier choix de traitement dans les douleurs d'arthrose, ce qui n'est pas toujours respecté en pratique. Les anti-inflammatoires devraient être utilisés en cas de processus inflammatoire in-

tercurrent, et/ou en cas d'analgésie insuffisante avec le paracétamol, de préférence pour une durée limitée.

Un exemple de prise en charge par le pharmacien est donné ci-joint (exemple 1).

Exemple 1 : Plan de soins pharmaceutique pour la prise en charge de douleurs d'arthrose

Ce plan de soin est réalisé suivant la structure enseignée aux étudiants en pharmacie de l'Université catholique de Louvain, dans le cadre du cours de pharmacothérapie.

La démarche QUIDAM permet de bien définir les caractéristiques du patient, ce qui mène à la réalisation proprement dite du plan de soins pharmaceutiques.

1. QUIDAM

Qu(o)i :	- Femme, 76 ans, antécédents d'hypertension artérielle, d'arthrose des mains et des genoux - Intensité moyenne des douleurs d'arthrose : 5/10
Depuis quand :	Arthrose depuis environ 5 ans
Actions prises :	- Prise de médicaments analgésiques - Moindre mobilisation
Médicaments :	- Tramadol, 10 gouttes (25mg) 3x/jour depuis « un certain temps » ; jamais d'essai préalable avec le paracétamol selon la patiente - Laxatif pris de façon régulière pour la constipation - Aténolol 50mg/jour pour l'hypertension

2. Plan de soins pharmaceutiques

Problème médical :	Douleurs d'arthrose
Problème(s) pharmaceutique(s) :	- La patiente ne reçoit pas le médicament de premier choix - La patiente n'est pas entièrement satisfaite du traitement en place - La patiente présente un effet secondaire du tramadol (constipation), qui nécessite la prise d'un médicament supplémentaire
Objectifs recherchés :	- Contrôle des douleurs (<5/10) → meilleure mobilisation - Education de la patiente → meilleure prise en charge - Minimiser les effets secondaires (constipation)
Solutions possibles :	- Poursuite tramadol (mais pas premier choix de traitement, et effet secondaire) - Arrêt tramadol et essai paracétamol (palier 1 et premier choix de traitement pour l'arthrose) - Poursuite tramadol, et ajout paracétamol (= approche palier 2 ; ne devrait être considérée que si échec avec palier 1)
Solution retenue :	- Arrêt tramadol – Essai paracétamol - non effervescent car problème d'hypertension - 500mg 3x/jour, à augmenter jusqu'à 1g 3x/jour si nécessaire (+ mesures non pharmacologiques : kinésithérapie, perte de poids)
Intervention :	- Expliquer à la patiente les solutions possibles, avantages et inconvénients, et proposer d'en discuter avec son médecin généraliste - Proposition d'enregistrer (a) l'intensité de ses douleurs 3x/j au moyen d'une échelle adaptée, et (b) son niveau de mobilisation
Suivi à réaliser	- Intensité des douleurs (échelle visuelle analogique par exemple) et mobilisation, dans les jours qui suivent le changement de traitement - Augmentation des doses à prévoir si analgésie insuffisante

Codéine et tramadol – Une histoire de 2D6

La codéine et le tramadol sont deux opiacés faibles qui se situent au palier 2 des analgésiques selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (au palier 1 se trouvent le paracétamol, l'aspirine et les AINS, et au palier 3 les opiacés forts tels que la morphine). Ils peuvent être utilisés en combinaison avec un analgésique de palier 1, pour contrôler des douleurs d'intensité modérée.

D'un point de vue pharmacologique, la codéine en elle-même est inactive, mais elle exerce un effet analgésique de par sa transformation en morphine. Cette transformation se fait grâce à l'activité de l'isoenzyme 2D6 du cytochrome P450 (CYP2D6). Or on sait qu'environ 10% de la population caucasienne est « métabolisateur lent » du CYP2D6. Cela signifie, dans notre cas précis, que chez ces personnes la codéine n'est pas ou très peu transformée en morphine, et qu'il n'y a donc pas d'effet analgésique secondaire à la prise de ce médicament.

La situation est la même pour le tramadol, qui est transformé en desméthyltramadol par le CYP2D6. Ce dernier exerce une activité agoniste sur les récepteurs opiacés de type μ . La seule différence avec la codéine est que le tramadol lui-même a une activité analgésique de par un effet d'inhibition de la recapture de noradrénaline et de sérotonine. Chez les patients métaboliseurs lents au niveau du CYP2D6, l'effet analgésique est donc réduit, mais pas nul. A titre d'exemple, lors d'une étude réalisée auprès de 300 patients ayant subi une chirurgie abdominale et recevant du tramadol pour contrôler leurs douleurs en post-opératoire, seulement 53% des patients métaboliseurs lents au niveau 2D6 ont répondu favorablement au tramadol, contre 78% des autres (6).

Il n'est pas encore possible de « phénotyper » les patients au comptoir. Le message clé est donc de pouvoir identifier les patients qui ne répondent pas à ce genre de traitement, et de leur conseiller d'autres analgésiques (paracétamol ou anti-inflammatoire par exemple). Un patient sur 10 en moyenne, il ne s'agit donc pas d'un fait rare...

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde : plus vite, plus vite...

La polyarthrite rhumatoïde est une pathologie inflammatoire progressive caractérisée par une atteinte symétrique de plusieurs articulations et par des manifestations

systémiques (vasculite, fibrose pulmonaire, troubles cardiaques,...). 85.000 personnes en Belgique souffrent de polyarthrite rhumatoïde, dont 75% sont des femmes.

Les AINS et les glucocorticoïdes sont souvent utilisés pour diminuer l'intensité des douleurs, mais ils n'ont pas ou peu d'effet sur l'évolution de la maladie.

A l'inverse, certains médicaments, que l'on appelle en anglais les DMARDs (pour Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs), peuvent ralentir la progression de la maladie. Il s'agit entre autres du méthotrexate, de la sulfasalazine, du léflunomide, de la pénicillamine, des anti-TNF α . Toutefois, pour que ces médicaments soient le plus efficaces possible, ils devraient être instaurés dans les trois premiers mois qui suivent le début de la maladie, ce qui malheureusement est loin d'être le cas en pratique. Les résultats d'une enquête récente réalisée en Belgique montrent que 74% des patients avec polyarthrite rhumatoïde rapportent des douleurs insupportables, et 47% parlent de limitations de leur mobilité (7). Environ 70% des patients ont consulté un médecin plus de six mois après l'apparition des symptômes, et 40% ont eu confirmation de leur diagnostic après un an et plus. Chez ces patients une prise en charge optimale n'a donc pas été possible...

Ce n'est certainement pas le rôle du pharmacien d'établir un diagnostic ou de proposer un traitement au patient. Mais nous pouvons néanmoins jouer un rôle extrêmement important, qui est d'encourager le patient à consulter un rhumatologue dès les premières semaines où les plaintes apparaissent (douleurs articulaires symétriques au niveau des mains, poignets, pieds, etc.; raideur matinale; douleur et inflammation qui réveille la nuit; fatigue, ...) et où il est fort probable que le patient demande un traitement symptomatique au pharmacien.

Erreurs médicamenteuses liées à la prise de méthotrexate : fatales et impardonnables

Le méthotrexate est aujourd'hui considéré comme le DMARD de référence. Il est assez rapidement efficace (dans les deux à trois semaines qui suivent l'instauration du traitement). L'administration concomitante d'acide folique permet de réduire l'incidence d'effets secondaires gastro-intestinaux et buccaux sans en réduire l'efficacité.

La posologie recommandée pour le méthotrexate est de 7.5-15 mg par semaine. Par

Références

1. Barber N. What constitutes good prescribing? *BMJ* 1995;310:923-5.
2. Spinewine A. La pharmacie clinique, une nouvelle orientation pharmaceutique au service des patients: Réalisations à l'étranger et possibilités en Belgique. *Louvain Med* 2003; 122: 127-39.
3. Spinewine A., Mallet L. Les soins pharmaceutiques en gériatrie: Application de la démarche chez des personnes hospitalisées au Canada. *J Pharm Belg.* 2003; 58: 21-7.
4. Enquête menée par l'INRA en février 2004 auprès d'un échantillon représentatif de la population belge (1000 adultes) à la demande du laboratoire Merck Sharp & Dohme.
5. Ernst ME, Iyer SS, Doucette WR. Drug-related problems and quality of life in arthritis and low back pain sufferers. *Value Health* 2003; 6: 51-8.
6. Stamer UM, Lehnen K, Hothker F et al. Impact of CYP2D6 genotype on postoperative tramadol analgesia. *Pain* 2003; 105: 231-8.
7. Enquête menée par Medistrat en juillet 2003 auprès d'un échantillon représentatif de 80 patients belges souffrants de polyarthrite rhumatoïde.
8. Moore TJ, Walsh CS, Cohen MR. Reported medication errors associated with methotrexate. *Am J Health Syst.Pharm* 2004; 61:1380-4.
9. Adcock H. Safe methotrexate use: pharmacy's role. *Pharm J* 2004; 273: 137.
10. Feldstein A, Elmer PJ, Orwoll E et al. Bone mineral density measurement and treatment for osteoporosis in older individuals with fractures: a gap in evidence-based practice guideline implementation. *Arch. Intern.Med.* 2003; 163: 2165-72.

semaine et non par jour... une erreur qui a malheureusement coûté la vie à plusieurs patients.

Un article récent résume 106 cas d'erreurs médicamenteuses liées à la prise de méthotrexate aux Etats-Unis, erreurs s'étant accompagnées du décès du patient dans 24% des cas (8). L'erreur la plus fréquente concernait une confusion quant à la fréquence d'administration. Le plus souvent, le patient avait pris le médicament de façon quotidienne au lieu de le prendre une fois par semaine. Ce type d'erreur peut facilement être évité par une bonne information du patient, y compris écrite (9).

L'information donnée devrait également comprendre des explications sur les effets secondaires qui nécessitent un arrêt du traitement. Une toux productive peut être un signe de toxicité pulmonaire grave, et requiert un avis médical. Un mal de gorge peut être le premier signe d'une suppression du système hématopoïétique. Une stomatite ulcéreuse ainsi que des diarrhées importantes nécessitent également un arrêt du traitement. Enfin, la grossesse constitue une contre-indication absolue, car le méthotrexate est tératogène.

L'ostéoporose : trop de patients oubliés

Plusieurs médicaments ont aujourd'hui démontré leur efficacité dans le traitement de l'ostéoporose, les biphosphonates étant pour le moment les médicaments les plus efficaces parmi ceux qui se trouvent sur le marché. L'alendronate et le risédronate diminuent le risque de fractures vertébrale et non-vertébrale. Le raloxifène et l'etidronate diminuent le risque de fracture vertébrale. L'association de calcium et de vitamine D a un effet favorable sur le risque de fracture également. La calcitonine est moins efficace que les bisphosphonates et donne plus d'effets secondaires. Son utilisation reste intéressante dans le traitement à court terme de douleurs liées à un tassement vertébral. En ce qui concerne les traitements hormonaux substitutifs, des études récentes ont clairement mis en évidence que leur utilisation à long terme ne se justifie plus en raison d'effets secondaires graves (cancer du sein, maladie thromboembolique, risque cardiovasculaire).

Même si l'on dispose aujourd'hui de traitements efficaces pour l'ostéoporose, de nombreuses études ont mis en évidence un problème d'« underuse ». Prenons l'exemple

d'une étude réalisée aux Etats-Unis, qui a ciblé près de 3000 patients ayant eu une fracture (10). Un traitement a été instauré chez seulement 4.6% des patients juste après la fracture. Dans les deux ans qui ont suivi la fracture, seuls 42.4% des femmes et 1.5% des hommes ont bénéficié d'un traitement. C'est beaucoup trop peu, et la situation est plus critique chez les hommes ! Le même type de constatation s'observe en Belgique. Dans le cadre d'une étude de pharmacie clinique réalisée sur 200 patients hospitalisés dans un service aigu de gériatrie entre octobre 2003 et mai 2004, environ 70% des patients avec antécédent de fracture ou d'ostéoporose ne recevaient pas de traitement approprié au domicile.

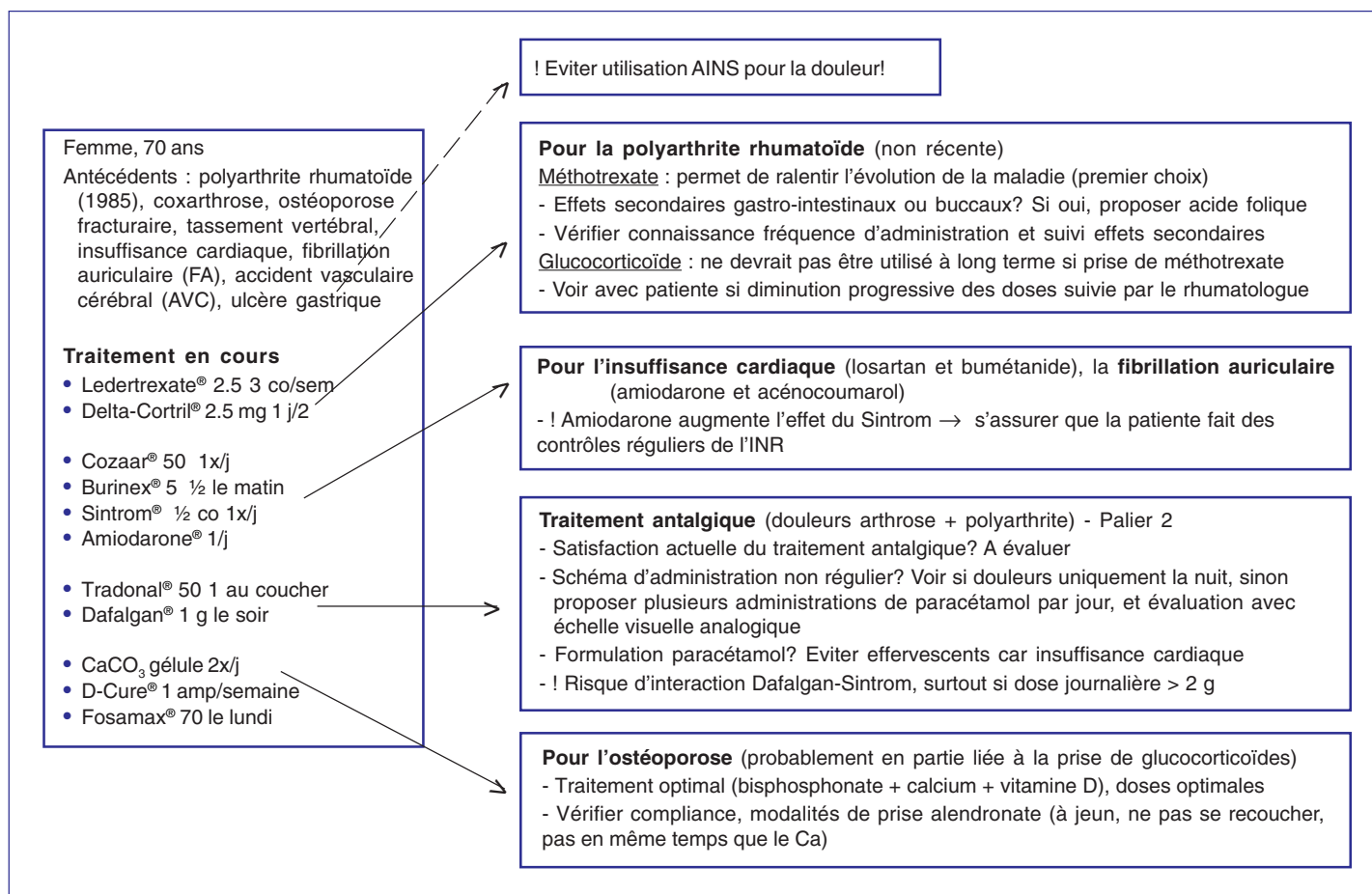
Par contre, l'hospitalisation en gériatrie s'est accompagnée d'une amélioration de qualité de traitement puisqu'un nouveau traitement a été instauré chez environ 55% de ces patients en cours d'hospitalisation. Cette amélioration était cependant nettement plus marquée lorsqu'un pharmacien clinicien intervenait dans la prise en charge des patients : seuls 8% des patients pris en charge par le pharmacien clinicien ont quitté l'hôpital sans traitement, contre 40% des autres.

Un suivi des patients un mois et trois mois après l'hospitalisation a toutefois montré que 12% de patients avaient arrêté le traitement instauré pour diverses raisons, y compris des effets secondaires ou une mauvaise connaissance de l'intérêt du traitement. Ceci met clairement en évidence le rôle potentiel du pharmacien d'officine dans le suivi des traitements à long terme, dans l'explication au patient des modalités de prise et de la durée de traitement.

Il est relativement facile pour le pharmacien d'identifier les patients « à risque », qui pourraient donc bénéficier d'une intervention de sa part : patients avec antécédent connu de fracture ou d'ostéoporose, patients avec antécédent de chute ; personnes âgées, vivant dans des maisons de repos; hommes; patients prenant des glucocorticoïdes au long cours, ou des antiépileptiques.

Pour chaque patient « à risque », le pharmacien devrait prendre un peu de temps pour évaluer si un traitement a déjà été instauré, si ce traitement est suffisant, et si le patient comprend son intérêt.

Les fractures s'accompagnent d'une augmentation importante de morbidité et /ou de mortalité. Proposer l'instauration d'un traitement que l'on sait efficace pour diminuer le risque de fracture est donc tout à fait pertinent (calcium, vitamine D, et éven-



Exemple 2 : Analyse de traitement d'une patiente avec polyarthrite, ostéoporose et arthrose

Adresse pour correspondance :
Ecole de Pharmacie – Unité FACM
Université catholique de Louvain
UCL 73.70 Avenue E. Mounier, 73
1200 Bruxelles. E-mail:
anne.spinewine@facm.ucl.ac.be

Anne Spinewine est pharmacienne diplômée de l'Université catholique de Louvain, et a obtenu une Maîtrise en pharmacie clinique à l'Université de Londres. Elle réalise depuis deux ans et demi une thèse de doctorat dont le but est d'évaluer l'impact du pharmacien clinicien sur la qualité d'utilisation des médicaments au sein d'un service de gériatrie aiguë en Belgique. Elle participe également à la coordination et à l'enseignement de pharmacie clinique récemment mis en place à l'UCL (Certificat en pharmacie clinique, et Diplôme d'Etudes Spécialisées en pharmacie hospitalière clinique).

Cette communication a été présentée à l'U.C.L.-Bruxelles (Woluwe-Saint-Lambert) le 21 novembre 2004 à l'occasion de la «Journée d'enseignement postuniversitaire» sur le thème «Arthrite et arthrose» organisée par Pharmacolouvain (association des pharmaciens diplômés de l'Université catholique de Louvain).

tuellement bisphosphonate par l'intermédiaire du médecin généraliste). Ensuite, pour chaque médicament délivré des conseils sur les modalités de prise doivent être donnés.

Trop de patients sous bisphosphonates ignorent encore qu'il faut les prendre à jeun (très mauvaise biodisponibilité et donc inefficacité si prise avec de la nourriture) et qu'il ne faut pas se recoucher dans la demi-heure qui suit, sous peine d'irritation de l'œsophage.

Le calcium doit être pris de préférence le soir (pour diminuer le pic nocturne de sécrétion de parathormone, qui augmente la résorption osseuse). Les doses devraient être fractionnées si la dose journalière est supérieure à 500 mg de calcium équivalent, afin d'optimiser l'absorption.

Enfin, si un traitement instauré a été arrêté par le patient, le pharmacien devrait pouvoir en déterminer la cause et prendre les mesures adéquates pour restaurer une bonne compliance (par exemple choix d'une autre formulation à base de calcium, éducation du patient,...). L'outil informatique constitue une première source d'information pour identifier d'éventuels problèmes de compliance.

Conclusions

La prise en charge de l'arthrose, de la polyarthrite rhumatoïde et de l'ostéoporose comprend souvent la mise en place d'un traitement médicamenteux. Parmi les médicaments disponibles pour traiter ou prévenir ces pathologies, il importe au médecin et au pharmacien de s'assurer que le médicament présentant le meilleur rapport bénéfice:risque a été sélectionné, et que ce traitement est correctement suivi (exemple 2). C'est en connaissant la pharmacothérapie de ces pathologies, ainsi que les principales catégories d'utilisation inappropriée des médicaments que le pharmacien peut le mieux cibler ses interventions.

Plusieurs études ont déjà démontré le rôle du pharmacien, tandis que d'autres rappellent qu'il reste encore beaucoup à faire avant d'atteindre un niveau de qualité satisfaisant. L'objectif final est d'améliorer la qualité de vie du patient, et à ce titre aucune intervention n'est dénuée d'intérêt. A nous de jouer !

Remerciements

Anne Spinewine est aspirant au Fonds National de la Recherche Scientifique (FNRS).