

# OPTIMALISATION DE LA PRESCRIPTION CHEZ LE PATIENT ÂGÉ

Les critères START et STOPP

Mouzon Ariane  
Cliniques Universitaires Mont-Godinne  
Réunion "Gériatrie" - Mars 2010

# CONSIDÉRER LA PRESCRIPTION CHEZ LE PA

- ◉ Sur-médication
- ◉ Sous-médication
- ◉ Choix du médicament (Liste Beers)
- ◉ Choix de la forme
- ◉ Posologie
- ◉ Durée de traitement
- ◉ Effet indésirable
- ◉ Interactions
- ◉ Compliance

# PRESCRIPTION INAPPROPRIÉE CHEZ LE PATIENT AGE

- ◉ Problème courant
- ◉ Risque = âge, polymédication, +sieurs prescripteurs ou pharmaciens d'officine
- ◉ Associé à ↑ morbidité majeure, mortalité et coût (lié à ADE ou évènement sans prévention)
- ◉ Habituellement prévisible, évitable ou corrigeable
- ◉ → Screening des PI devrait aider à diminuer les ADE et les coûts

# LISTE DE BEERS

- ◉ Liste de médicaments inappropriés chez le PA (1991,USA) .
- ◉ Qq modifications avec le temps.
- ◉ Nbx médicaments non enregistrés en Europe
- ◉ Nbx médicaments peu utilisés de nos jours (clonidine,méprobamate)
- ◉ Médicaments utilisés en Europe non repris
- ◉ Certains médicaments non totalement CI (oxybutinine, amiodarone, furadantine)
- ◉ Pas de considération pour d'autres problèmes de prescription inappropriée tels que duplication de traitement, sous-médication, interactions
- ◉ Manque de « convivialité »
  
- ◉ ➔ IDEE d'un nouvel outil pour la prescription (in)appropriée chez la PA

# OPTIMISATION DE LA PRESCRIPTION

- Optimiser la prescription chez le PA c'est :
  - Minimiser les risques d'effets indésirables : Stopper les médicaments avec bénéfice-risque défavorable (sur-médication) →STOPP
  - Traiter aussi bien le patient âgé qu'un adulte + jeune: Commencer un traitement avec bénéfice-risque favorable (sous-médication)→START
  - Projet irlandais-anglais

# STOPP ET START

- Systématiser l'identification des prescriptions inappropriées
- STOPP = Screenig Tool of Older Person's Prescriptions
  - Liste de 65 critères de prescription potentiellement inapproprié chez le PA
  - Explication concise du pourquoi
- START = Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment
  - Liste de 22 indicateurs evidence-based de prescription pour les pathologies couramment rencontrées chez le PA

# STOPP ET START

## ○ Objectifs

- Liste complète, validée, compréhensible, de prescription potentiellement inappropriée dans des situations courantes chez le PA.
- Basée sur l'évidence clinique actuelle
- Reflet du consensus d'un panels d'experts (gériatres, pharmacologues, psychiatres, pharmaciens et médecins généralistes)
- Inclusion des erreurs couramment rencontrées, incluant interactions médicamenteuses ou médicament-pathologie, ou les erreurs par omission de médicaments clairement indiqués
- Ciblé sur des médicaments couramment prescrit chez PA
- Outil facile et ne prenant pas de temps à utiliser

# STOPP ET START

## ⊙ Méthode

- Delphi : but : mettre en évidence des convergences d'opinion et dégager certains consensus sur des sujets précis, grâce à l'interrogation d'experts, à l'aide de questionnaires successifs :
  - diminue la dispersion des opinions
  - préciser l'opinion consensuelle médiane.
- 2<sup>ème</sup> tour, les experts informés des résultats du 1er tour, doivent fournir une nouvelle réponse et surtout sont tenus de la justifier si elle est fortement déviante par rapport au groupe.
- 3<sup>ème</sup> tour : commenter les arguments des déviants.
- 4<sup>ème</sup> tour : la réponse définitive

# STOPP ET START

## ○ Méthode

- 1<sup>er</sup> tour : (18 experts)
  - 68 critères STOPP type « l'utilisation de neuroleptique à long terme chez un Parkinsonien risque d'augmenter les symptômes extrapyramidaux »
  - 22 critères START type « un AVK devrait être prescrit à un patient en FA si pas de CI »
  - Score de 1-5 (1 = totalement d'accord; 3 = ambivalent; 5 totalement non d'accord)
  - 1 et 2 : passe le tout suivant
  - 4 et 5 : éliminés
  - 3 rediscutés au tour suivant
- 2<sup>ème</sup> tour :
  - Mise d'accord pour 65 critères STOPP et les 22 critères START
    - Éliminés : SSRI et diurétique : risque d'hyponatrémie  
clopidogrel en 1<sup>ère</sup> ligne si pas de CI AAS

# EXEMPLES STOPP

## ○ A. Système cardio-vasculaire (17)

- Digoxine au long cours > 125mg/j et fonction rénale altérée (< 50ml/min) (augmente le risque de toxicité)
- Diurétique de l'anse pour œdème des chevilles sans signe d'insuffisance cardiaque (pas de preuves d'efficacité, risque d'effets 2° bas de contention plus appropriés) (X : furosémide)
- Thiazide avec atcd goutte (peut exacerber la goutte)
- Antagonistes calciques (surtout verapamil) et constipation (peut l'exacerber) (Y : tildiem et constipation/fécalome)
- Utilisation de sintrom et aspirine sans protecteur gastrique (risque important de saignement gastrique)
- Persantine (dipyridamole) seul en prévention cardio-vasculaire (pas de preuve d'efficacité)
- Aspirine sans atcd de symptômes coronariens, cérébraux ou artéritiques ou d'occlusion artérielle (pas d'indication)
- Sintrom pour 1<sup>ère</sup> EP pendant plus de 12 mois (pas de bénéfice prouvé)
- ...

# EXEMPLES STOPP

## ○ B. Système nerveux central et psychotropes (13)

- AD tricycliques chez les patients déments (même légers) (risque d'augmenter les troubles cognitifs)
- ADt et troubles de conduction cardiaque (arythmies)
- ADt et rétention urinaire, constipation
- Neuroleptiques à long terme (confusion, hypotension, signes extrapyramidaux, chutes) (X : Zyprexa 5mg > 3 mois)
- ISRS avec historique d'hyponatrémie significative (< 130mmol/L dans les 2 mois précédents) (Y: citalopram et Na à 120 )

# EXEMPLES STOPP

- C. Système Gastro-Intestinal (5)
  - Primpéran et Parkinson (peut exacerber le Parkinson)
  - IPP pour ulcère à dose de 40mg pendant plus de 2 mois  
(A, B, C...)
  - Médicaments à composante anticholinergique et constipation  
(D : oxybutinine et movicol)
- D. Système Respiratoire (3)
  - Théophylline (seule) dans la BPCO (risque effets 2° dû à l'index étroit)
  - Corticoïdes systémiques au lieu d'inhalés pour traitement de fond de BPCO (exposition non nécessaire aux effets 2° à long terme) (E : Médrol et stade II)
  - Ipratropium inhalé (Atrovent, Combivent, Duovent) et glaucome (exacerbation possible du glaucome)  
(F : xalatan, cosopt et duovent)

# EXEMPLES STOPP

## ⊙ E. Système musculo-squelettique (8)

- AINS avec antécédent ulcère ou hémorragie digestive sans anti H2 ou IPP (risque récurrence)
- AINS avec hypertension non contrôlée (exacerbation)
- AINS avec insuffisance cardiaque (exacerbation)
- AINS et IRC (20-50ml/min) (risque détérioration)
- AINS long terme dans les douleurs (légères) d'arthroses (paracetamol 1<sup>er</sup> choix) (*G : feldene, H : biofenac*)
- AINS et sintrom (risque saignement gastro-intestinal)
- AINS ou colchicine à long terme dans la goutte alors que allopurinol n'est pas contre-indiqué

# EXEMPLES STOPP

## ◉ F. Système urogénital (6)

- Anticholinergique urinaire avec démence ou glaucome ou constipation ou prostatisme (risque exacerbation)(G : vésicare et Movicol)
- Alpha bloquants (Omic) chez les hommes incontinents quotidiennement(risque exacerbation et augmentation fréquence de l'incontinence)
- Alpha bloquants (Omic) si catheter in situ > 2mois (pas indiqué) (H sonde à demeure et sorti avec Omic)

## ◉ G. Système endocrinien (4)

- Glibenclamide (Daonil) chez diabétique (risque hyperglycémie prolongée)
- B-bloquant chez diabétique avec épisodes fréquents d'hypoglycémies (> 1/mois) (risque de masquer les symptômes)(A : bisoprolol)
- Oestrogènes et atcd cancer sein ou TVP (risque récidence)

# EXEMPLES STOPP

- H. Médicaments aux effets néfastes chez les patients avec atcd de chute (5)
  - BZD (sédation, troubles équilibres, diminue l'orientation, l'attention) (20/27 = 74% avec BZD dont 12/20 = 60% avec atcd chute)
  - Neuroleptiques (dyspraxie à la marche et Parkinsonisme) (B : risperdal → seroquel)
  - Antihistaminiques de 1ère génération (diphénidramine (R-calm), prométazine(Phenergan)) (sédation, diminution orientation, attention)
  - Vasodilatateurs chez les patients hto (risque syncope, chutes)
  - Opiacés à long terme (hto, vertige, somnolence) (V : Matrifen, chutes)

**Dyspraxie** : altération de la capacité à exécuter de manière automatique des mouvements déterminés, en l'absence de toute paralysie ou parésie des muscles impliqués dans le mouvement. Le sujet doit contrôler volontairement chacun de ses gestes, ce qui est très coûteux en attention, et rend la coordination des mouvements complexes de la vie courante, extrêmement difficile et donc rarement obtenue.

# EXEMPLES STOPP

## ○ I. Médicaments analgésiques (3)

- Utiliser un pallier III à long terme pour des douleurs légères à modérées (non respect des recommandations OMS)
- Opiacés forts > 2 semaines sans utilisation de laxatif (risque de constipation sévère)
- Opiacés long termes chez patients déments (sauf si palliatif ou traitement douleurs sévères) (risque d'exacerber les troubles cognitifs)

## ○ J. Duplications de classes de médicaments

- 2 opiacés, 2 AINS, 2 corticoïdes (*D* : pulmicort, medrol, seretide),... (*K* : IPP + Antiacide)

# EXEMPLES START

## ○ A. Systeme cardio-vasculaire (8)

- Sintrom alors que FA (*L*)
- Aspirine si sintrom CI dans la FA (*L, D*)
- Aspirine ou plavix si athérosclérose coronaire, maladie vasculaire cérébrale ou périphérique
- Statine avec des atcd coronariens, maladie vasculaire cérébrale ou périphérique si le patient garde des activités de la vie de tous les jours (*H*)
- IEC chez I cardiaque
- IEC en post-infarctus (*R*)
- B-bloquant dans angor stable (*V*)

# EXEMPLES START

## ⊙ B. Système respiratoire (3)

- B2-mimétique ou anticholinergique pour BPCO ou asthme léger à modéré (*V: stade II et pas de tx*)
- Corticoïde inhalé pour asthme ou BPCO modéré à sévère (FEV1<50%)
- O<sub>2</sub> à domicile si insuffisance respiratoire chronique

## ⊙ C. SNC (2)

- Antidépresseurs avec symptômes modérés à sévères de dépression (depuis 3 mois) (*H*)

## ⊙ D. Système GI (2)

- Supplément de fibre si maladie diverticulaire symptomatique et chronique avec constipation

# EXEMPLES START

## ◉ E. Système musculo-squelettique (3)

- Dmards dans la polyarthrite rhumatoïde modérée à sévère depuis 12 semaines
- Biphosphonates chez les patients sous corticoïdes au long cours (*H*)
- Calcium/vitamine D avec ostéoporose ou antécédent de fracture (*B, B, D, A, G*)

## ◉ F. Système endocrinien (4)

- Metformine et diabète II (sauf si IR importante) (*M*)
- IEC ou sartans et diabète + néphropathie (microalbuminurie ou protéinurie et IR) (*D*)
- Antiplaquettaires dans diabète et risque CV majeur (HTA, hypercholestérolémie, tabac)
- Statine dans le diabète et risque CV majeur présent (*D*)

# START, STOPP ET BEERS EN ÉTUDE

- Etude irlandaise appliquant Beers, STOPP et START sur les prescriptions de 1329 patients (68-81 ans).
  - Beers identifie 286 prescriptions inappropriées chez 18.3% des patients
  - STOPP 346 prescriptions inappropriées chez 21.4% des patients
    - ô étude sur 715 patients (72-82 ans): 35%
    - Etude St-Luc sur 413 PA fragiles (score ISAR  $\geq 3$  et (78-88ans)) : 52%
    - 1 PI sur 10 médicaments prescrits
      - Usage inapproprié BZD (qd risque chute, longue t<sub>1/2</sub>)
      - Usage inapproprié aspirine (en prévention 1<sup>o</sup>, ulcère peptique sans protection gastrique, ou > 150mg/j)
      - Usage inapproprié B-bloquant (qd BPCO, diabète et hypoglycémie)
      - Usage inapproprié AINS (si IC, HTA modérée-sévère, avec AVK, IR, ulcère peptique sans IPP, usage chronique dans la goutte)

# START, STOPP ET BEERS EN ÉTUDE

## ○ Etude irlandaise

- START : 333 omissions de prescription chez 22.7% des patients (ô étude sur 600 patients = 57.8%!)
  - = meilleure sensibilité et pertinence
- Utilisation de 28% des critères Beers, 43% des critères STOPP et 68,2% des critères START

# START ET STOPP EN ÉTUDE

- STOPP (+ si polymédiqué) 1329 patients
  - 102 cas ou IPP à 40mg prescrit trop longtemps
  - 69 cas ou BZD à longue durée d'action prescrite à long terme
  - 39 cas d'AINS et HTA
- START (+ si grand âge) 1329 patients
  - 27,8% chez femme et 14.8% chez homme
  - Aspirine omise dans 132 cas
  - Calcium/vitamine D dans 59 cas
  - Statine omise dans 42 cas
  - IEC dans 15 cas
  - B-2 mimétique dans 14 cas

# START ET STOPP EN ÉTUDE

- ◉ Ô étude : 12.5% des admissions = dues à un ADE
  - Chez 91% de ces patients, un critère STOPP peut être causal ou contributif à l'admission
  - Chez 48%, un critère Beers
  - → STOPP = outil de screening pour détecter la prescription inappropriée mais aussi pour identifier des ADE potentiels (patients se présentant avec constipation, chute, confusion)
  - → STOPP : pas un substitut au jugement clinique mais encourage à considérer une cause médicamenteuse aux symptômes présentés

# START ET STOPP EN ÉTUDE

- **Checking**
  - STOPP : 3 min par patient
  - START : 1 min par patient
- **Prévalence**
  - 1/5 patient vivant à domicile a une PI
  - 2/5 patients en MR ont une PI
- **Coût start**
  - Sintron si FA : 3600 euros/an pour 60 patients
  - Si pas d'anticoagulant : 10-15% risque annuel AVC (6-9 cas)
  - Sintrom diminue de 60% le risque soit 4 à 5 cas d'AVC évitable,
  - Soit un coût > 40.000 euros pour prise en charge AVC
  - Décompter le coût des problèmes liés aux hémorragies

# START ET STOPP EN ÉTUDE

## ◉ Raisons du « non START »

- Manque de connaissance sur les tx préventifs 2° évidence-based
  - Taux d'attentes thérapeutique faible chez les patients âgés fragiles > 80 ans
  - Désir d'éviter la polymédication
  - Ciblage palliatif et symptômes + que prévention
  - Agisme
- 
- → Les omissions les + fréquentes dans la prévention sont liées au système CV, tout comme l'est la cause majeur de décès chez le PA

# START ET STOPP EN ÉTUDE

- Il faut maintenant des études prospectives pour démontrer que l'utilisation des critères START-STOPP diminue morbi-mortalité et diminue les coûts.

# CONCLUSION

## ○ STOPP-START = outil pratique

- Utilisable rapidement
  - Si l'on dispose
    - Traitement patient
    - Antécédents
    - Fonction rénale
    - Qq valeurs biologiques
  - D'autant plus que l'on connaît et maîtrise les critères
- Permet de détecter la prescription inappropriée
- Permet d'identifier des ADE potentiels
- Potentiel de diminuer coût, morbidité et mortalité

➔ Typiquement outil pour un pharmacien clinicien

# OPTIMISATION DE LA PRESCRIPTION

- Avant de débuter un traitement:
  - Evaluer si signes ou symptômes motivant l'ajout d'un nouveau médicament ne sont pas les signes d'effets 2° d'un médicament déjà prescrit:
    - Confusion : anticholinergique, antihistaminique, sevrage BZD
    - Chutes : anti-hypertenseur, BZD, Antipsychotique, trazodone
    - Rétention urinaire : anticholinergique
    - Constipation : opiacés, anticholinergique
    - Hypertension : AINS, comprimés effervescents

# OPTIMISATION DE LA PRESCRIPTION

## ○ Lorsque l'on débute un traitement:

- Commencer à faible dose (modification PD, PK, iatrogénicité, interactions) Règle générale : 1/2dose
- Construire progressivement afin de ne pas confondre un effet 2° avec un syndrome gériatrique et traiter l'effet 2°
- Vérifier qu'il n'y a pas d'interaction avec un autre médicament ou une pathologie pré-existante

# OPTIMISATION DE LA PRESCRIPTION

- Lorsque l'on arrête un médicament :
  - Diminuer/stopper 1 seul médicament à la x, selon priorité problèmes
  - Si pas d'urgence, retrait progressif du médicament
  - Surveiller apparition symptômes de sevrage ou réapparition du problème traité ou modification du sens d'une interaction
  - Médicaments menant à un sevrage ou un problème de santé décompensé si arrêté trop brutalement :
    - Antiangoreux, anticholinergiques, anticonvulsivants, antidépresseurs, antihypertenseurs, antiparkinsoniens, antipsychotiques, barbituriques, BZD, B-bloquants, gabapentine, corticoïdes, inhibiteurs acétylcholinestérase, méthyldopa.

# OPTIMISATION DE LA PRESCRIPTION

- Dans la mesure du possible : tout changement de traitement devrait être discuté avec la personne âgé et sa famille.

# PHARMACIE CLINIQUE

Pratique quotidienne en gériatrie

# CONSIDÉRER LA PRESCRIPTION CHEZ LE PA

- ◉ Sur-médication
- ◉ Sous-médication
- ◉ Choix du médicament (Liste Beers,...)
- ◉ Choix de la forme
- ◉ Posologie
- ◉ Durée de traitement
- ◉ Effet indésirable
- ◉ Interactions
- ◉ Compliance

# 1. A L'ADMISSION : ANAMNÈSE

## ◉ *Anamnèse médicamenteuse détaillée :*

- Médicaments pris (en chronique, en aigu) ? Indications ? Posologie? Depuis quand? Changements récents ?
- Médicaments « cachés »: OTC, gouttes, plantes,...
- Comment ? Aide ?
- Problèmes pour avaler ?
- Oubli? Quelles mesures?
- Allergies? Effets secondaires ?
- Admission iatrogène?

Compliance

# DOSSIER PHARMACIE CLINIQUE AUX CLINIQUES DE MONT-GODINNE

Arbre Service Medecin etude Défaut

- 21/11/2009 au 08/12/2009 Hospitalisation
- 1/10/2009 au 30/10/2009 Hospitalisation
- C 30/10/2009 Gériatrie SWINE Christian
  - C 30/10/2009 Lettre de sortie SWINE Christian
  - C 30/10/2009 Lettre d'évolution SWINE Christian
  - C 22/10/2009 Lettre d'évolution SWINE Christian
  - C 22/10/2009 Lettre d'entrée SWINE Christian
  - C 22/10/2009 Lettre de suivi SWINE Christian
  - C 22/10/2009 Feuille d'admission SWINE Christian
  - C 22/10/2009 Critères MRSA SWINE Christian
- C 30/10/2009 Anatomie pathologique NOLLEVAUX Marie-Cécile
  - C 03/11/2009 Lettre de protocole NOLLEVAUX Marie-Cécile
- A 30/10/2009 Oesogastroduodenoscopie MARTINET Jean-Paul
  - C 04/11/2009 Lettre de protocole MARTINET Jean-Paul
  - C 30/10/2009 Lettre de protocole MARTINET Jean-Paul
- C 30/10/2009 Evaluation Kinésithérapeute POULAIN Gwenaël
  - C 30/10/2009 Bilan kiné POULAIN Gwenaël
- Documents scannés liés
- C 26/10/2009 Echocardiogramme transthoracique MARCHANDISE Baudouin
  - C 26/10/2009 Lettre de protocole MARCHANDISE Baudouin
- A 22/10/2009 Avis Pharmacie clinique **MOUZON Ariane**
  - A 30/10/2009 Rapport **MOUZON Ariane**
  - A 30/10/2009 Rapport pour le médecin traitant **MOUZON Ariane**
  - A 30/10/2009 Feuille de traitement pour le patient **MOUZON Ariane**
  - A 30/10/2009 Feuille de transfert pour la pharmacie **MOUZON Ariane**
- A 21/10/2009 Evaluation Nutritionnelle AUTOMATE PROCEDURE
- 21/10/2009 Consultation
- 20/10/2009 Urgence
- 06/05/2009 Extra Muros
- 21/11/2008 Consultation
- 14/04/2008 Extra Muros
- 05/02/2008 au 25/02/2008 Hospitalisation
- 11/09/2007 Consultation



# DOSSIER PHARMACIE CLINIQUE AUX CLINIQUES DE MONT-GODINNE

Anamnèse (1)   Anamnèse (2)   Anamnèse (3)   Anamnèse (4)   Anamnèse (5)   Avis   Education   Sortie MG (1)   Sortie MG (2)   Sortie MG (3)   Sortie PO (1)   Sortie PO (2)   Sortie PO (3)   Sortie patient (1)   Sortie patient (2)   Sortie patient (3)							
Anamnèse médicamenteuse à l'admission du patient							
Médicament	Posologie					Remarque(s)	Hors formulaire ? (+ proposition)
	Ma.	Mi.	AM.	Soir	Co.		
Burinex 5mg	1						
Coversyl 5mg	1						Perindopril 4mg
Spironolactone 25mg	1					Dose variable entre 1 co/jour ou 1 tous les 2 jours; A été stoppé en juin 2009 puis repris	
Medrol 4mg	1						
Asaflow 80mg	1						
Minitran patch 15 mg	1					Passé de 10mg à 15mg récemment le 13/10/09	Nitroderm patch 15mg
Prostauregin	1					de préférence à prendre après le repas	
Omeprazole 20mg	1					Avant avait pantozol 40mg	
Biofer capsule	1					Intolérance du losferron	
Praxilène 200mg	1			1			
Transec patch 35µg						1/4 de patch tous les 3 jours, en remplacement du dafalgan 1g lourd sur l'estomac!	

# DOSSIER PHARMACIE CLINIQUE AUX CLINIQUES DE MONT-GODINNE

Anamnèse (1) | Anamnèse (2) | Anamnèse (3) | **Anamnèse (4)** | Anamnèse (5) | Avis | Education | Sortie MG (1) | Sortie MG (2) | Sortie MG (3) | Sortie PD (1) | Sortie PD (2) | Sortie PD (3) | Sortie patient (1) | Sortie patient (2) | Sortie patient (3)

## Gestion des médicaments au domicile

## Aide pour la gestion des médicaments au domicile

Patient

Conjoint

Famille

Autre

sa garde malade

Pilulier semainier

Pilulier journalier

Support écrit

Autre

## Remarque(s) sur la gestion des médicaments au domicile

C'est la garde malade du patient qui vient tous les jours qui lui prépare ses médicaments de la journée. Le samedi elle prépare pour le samedi, le dimanche et le lundi matin. Mais le patient connaît fort bien ses traitements, a l'air fort compliant et conciliant. Il est tout à fait d'accord par exemple de stopper le praxilène, de tester le dafalgan odis, ...

## Informations sur les médicaments obtenus de la part de

Patient

Conjoint

Famille

Médecin généraliste

Officine de famille

Autre

# DANS LA LITTÉRATURE

- Cornish PL et al.2005 :
  - ordres médicaux. VS anamnèse pharmacien
  - 151 patients (med. int)
  - **53,6% au moins 1 discordance**
  - omissions (46,4%)
  - 38,6% des discordances avait un risque significatif (inconfort sévère, détérioration clinique)
- Carter MK et al. 2006 :
  - anamnèse urgences VS pharmacien
  - 252 anamnèses (urgences)
  - **1096 VS 817 médicaments**
  - Dans les 817, **78% renseignements incomplets**
  - 375 VS 350 allergies médicamenteuses identifiées

Un manque d'informations sur les médicaments pris avant l'hospitalisation est une cause de prescription inappropriée pendant le séjour → risque d'ADEs

# A L'ADMISSION

- Mr S, 87 ans: troubles phasiques et mobilité → urgence → transfert en gériatrie.
- En gériatrie on reprend la liste des urgences
- Ce traitement est prescrit de façon informatisée. On y retrouve les médicaments suivants:
  - Allopurinol 300mg, Asaflow 160mg, Contramal gouttes SN, Cozaar 50mg, Dafalgan 1g, Eltyrone 50µg, Lipitor 20mg, Stéovit D3, Nitroderm 10
- Etonnant ce lipitor que le patient n'est pas sensé toléré et ce nitroderm qui ne semble avoir aucune indication chez lui...

# A L'ADMISSION

- ⊙ Le **pharmacien clinicien**, qui refait une **anamnèse** médicamenteuse avec le patient, et son fils apprend que le patient n'a jamais mis de patch (confirmé ensuite par la pharmacie d'officine et par le médecin traitant)
- ⊙ → Avaient été repris à la x ses traitements et en même temps une partie de ceux de son épouse: Nitroderm et Lipitor en l'occurrence!

## 2. DURANT LE SÉJOUR... APRES UN TRANSFERT

- Mr CD, 75 ans, a été hospitalisé pour une hémorragie gastro-intestinale.
- Depuis qu'il est arrivé par les urgences, il a transité dans les services suivants: soins intensifs, gastro-entérologie, et il vient d'être transféré en gériatrie.
- Le **pharmacien clinicien, en fouillant dans le dossier** médical papier et informatisé, a bien du mal à retrouver une liste claire du traitement pris avant l'hospitalisation...
- Après avoir fait l'anamnèse avec le patient, elle se rend compte que le traitement prescrit actuellement ne ressemble plus du tout à ce qui était pris à la maison.

# DURANT LE SÉJOUR...

- Entretiens...
  - Monsieur a fait un sevrage suite à la non reprise de son traitement par lormetazepam.
  - Il se plaint à nouveau de douleurs lombaires importantes. Ce qui semble normal, vu qu'on n'a pas prescrit son patch antidouleur qu'il avait à la maison.
  - On lui a prescrit de l'Omic®, mais le médecin ne savait pas qu'il avait dû arrêter ce traitement 1 semaine avant l'admission pour cause d'hypotension orthostatique.

# REVUE DES PRESCRIPTIONS

Perfusions IV			
Pompes IV			
IV			
IM			
SC			
		FRAXIPARINE S.C. INJ. 0,3 ML $\varnothing$ 1 amp. ser. 1 x par j (17h)	17/02 17:00 A la fin de l'hospit. P
		NEORECORMON 10.000U seringue "F" (***) $\varnothing$ tous les 14 j 1 amp. ser.(s) (8h)	24/02 08:00 A la fin de l'hospit. P
Per Os			
		AMLOR 5MG CAPS $\varnothing$ 1 caps.(s) -max: 1 caps.(s) - interval: 24h.	20/02 08:00 TA systolique supérieure à 15 A la fin de l'hospit. P
		BISOPROLOL EG 5 MG COMPRIME $\varnothing$ 0,5 comp. 1 x par j (8h)	02/02 08:00 A la fin de l'hospit. P
		DIOVANE 160MG CP $\varnothing$ 1/2 comp. 1 x par j (8h)	03/02 08:00 A la fin de l'hospit. P
		FUROSEMIDE EG 40 MG COMPRIME $\varnothing$ tous les j 1-1 comp.(s) (8h-17h)	12/02 08:00 A la fin de l'hospit. P
		LORAZEPAM 2,5 MG COMPRIME $\varnothing$ 0,5 comp. 1 x par j (20h)	02/02 20:00 A la fin de l'hospit. P
		MOVICOL SACHET $\varnothing$ 1 sach. 1 x par j (8h)	04/02 08:00 A la fin de l'hospit. P
		PLAVIX 75 MG COMPRIME $\varnothing$ 1 comp. 1 x par j (8h)	02/02 08:00 A la fin de l'hospit. P
		SERLAIN 50mg comp $\varnothing$ 1 comp. 1 x par j (8h)	05/02 08:00 A la fin de l'hospit. P
		ZYPREXA VELOTAB 5MG COMPRIME $\varnothing$ 1 comp. 1 x par j (20h)	02/02 08:00 A la fin de l'hospit. P
Aérosols			
		DUOVENT VIAL INHAL 0,5 MG 4 ML $\varnothing$ 1 monodose 3 x par j (7h-11h-15h)	02/02 07:30 A la fin de l'hospit. P
		PULMICORT SUSP. PR NEB.0,5 MG/ ML 2 ML $\varnothing$ 1 monodose 2 x par j (7h-15h)	02/02 07:30 A la fin de l'hospit. P
DIVERS			
		PURILON GEL 15GRS $\varnothing$ 1 x 1 app.s (13h)	01/03 12:45 01/03 12:45 P
		RHINOVITA ONGT 17G $\varnothing$ 1 app. 3 x par j (8h-17h-20h)	19/02 17:00 A la fin de l'hospit. P
Perfusions SC			
Pompes SC			
Alimentation entérale			
Autres			

# FORMULAIRE MRS

DOULEUR - FIEVRE - INFLAMMATION  
MEDICAMENTS DE LA GOUTTE

**Sélection:** **ALLOPURINOL**

## Indications

- traitement de fond de la goutte

## Contre-indications

- insuffisance hépatique

## Posologie

- débiter avec 100 mg par jour
- à augmenter si nécessaire (en fonction du taux d'acide urique) sur une période de 4 semaines jusqu'à un maximum de 300 mg par jour
- en entretien, une dose faible doit être maintenue chez les personnes âgées, avec un maximum de 100 à 300 mg par jour
- prendre les comprimés de préférence après le repas

## Précautions d'utilisation

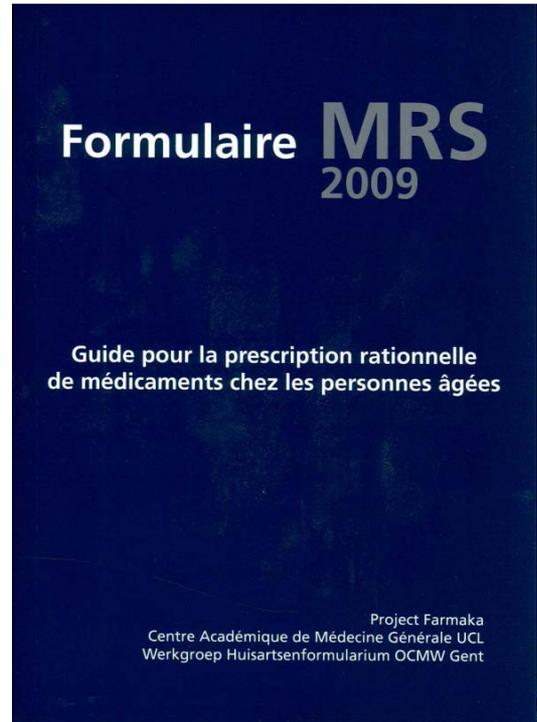
- en cas d'insuffisance rénale adapter la dose en tenant compte de la clearance à la créatinine CCl (-50% si CCl comprise entre 10-50 ml/min, -75% si CCl <10 ml/min)
- assurer un apport de liquide suffisant (2 à 3 l par jour)
- ne pas instaurer un traitement de fond de la goutte en cas de crise (attendre 6 semaines)

## Effets indésirables

- crise aiguë de goutte si le traitement a été initialisé à une dose trop élevée ou trop rapidement après une crise de goutte
- troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements), hépatite cholestatique
- éruption cutanée (pouvant justifier l'arrêt du traitement), rarement syndrome de Stevens- Johnson ou de Lyell
- troubles de l'hématopoïèse

## Interactions

- + aminopénicillines: augmentation de l'incidence de réactions cutanées
- + anticoagulants coumariniques: potentialisation de l'effet anticoagulant
- + azathioprine, mercaptopurine: diminution de leur métabolisme et augmentation de leur toxicité (en cas d'association à l'allopurinol, il faut réduire leur posologie d'un quart de dose)
- + IECA, diurétiques thiazidiques: augmentation du risque d'incidence de réactions d'hypersensibilité (surtout chez les insuffisants rénaux)
- + théophylline: augmentation possible des taux plasmatique de théophylline



# GERIATRIC DOSAGE HANDBOOK

## Allopurinol

### Dosage

**Geriatrics:** Oral: Initial: 100 mg/day; increase until desired uric acid level is obtained. Refer to adult dosing.

**Adults:** Doses >300 mg should be given in divided doses.

**Gout:** Oral: Mild: 200-300 mg/day; Severe: 400-600 mg/day; to reduce the possibility of acute gouty attacks, initiate dose at 100 mg/day and increase weekly to recommended dosage. Maximum daily dose: 800 mg/day.

Adult Maintenance Doses of Allopurinol<sup>1</sup>

Creatinine Clearance (mL/min)	Maintenance Dose of Allopurinol (mg)
140	400 daily
120	350 daily
100	300 daily
80	250 daily
60	200 daily
40	150 daily
20	100 daily
10	100 every 2 days
0	100 every 3 days

<sup>1</sup>This table is based on a standard maintenance dose of 300 mg of allopurinol per day for a patient with a creatinine clearance of 100 mL/min.

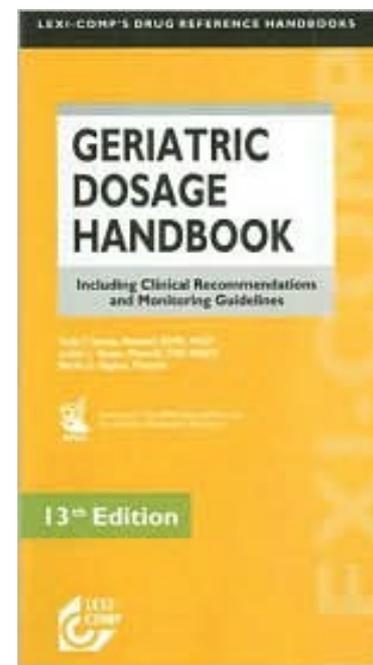
**Hemodialysis:** Administer dose after hemodialysis or administer 50% supplemental dose.

### I.V.:

Cl<sub>cr</sub> 10-20 mL/minute: Administer 200 mg/day.

Cl<sub>cr</sub> 3-10 mL/minute: Administer 100 mg/day.

Cl<sub>cr</sub> <3 mL/minute: Administer 100 mg/day at extended intervals.



# LIVRET ANTIBIOTHÉRAPIE MONT-GODINNE

## ADAPTATION POSOLOGIQUES DES ANTI-INFECTIEUX EN CAS D'INSUFFISANCE RENALE

Clearance à la créatinine évaluée selon la formule de Cockcroft:  **$(140 - \text{âge}) \times \text{poids} \times 0.85$  pour une femme**  
 $72 \times \text{créatinine sérique (mg/dl)}$

**La première dose administrée en cas d'insuffisance rénale reste inchangée** et correspond à celle prévue pour une CI entre 90 et 50 mL/min, l'adaptation thérapeutique se fait pour les doses ultérieures.

Antibiotiques	Posologies journalières	Cl. créat. 90-50 ml/min.	Cl. créat 49-10 ml/min.	Cl. créat. < 10 ml/min ou anurie	Patients hémodialysés	CAVH ou CVVH
<b>PÉNICILLINES</b>						
Amoxi (+/-clav)	Po 500 mg/8h Iv 1-2g 8h	500 mg/8h 1-2 g/8h	500 mg/12h 1-2g/12h	250 mg/12h 1g/24h	anurie, R/ après HD	Cl.créat 49-10
Ampicilline	Po 500 mg/6h Iv 1-2g/4-6h	500 mg/6h 1-2g/4-6h	500mg/6h 1-2g/8h	500 mg/8h 1-2g/12h	anurie+500mg après HD anurie + 1g après HD	Cl.créat 49-10
Pénicilline G IV	2-4MIU/4-6h	2-4MIU/4-6h	2-3MIU/4-6h	1-2MIU /4-6h	anurie+1Miu après HD	Cl.créat 49-10
Pipera-tazobactam	Iv 4g/6-8h	4g/6-8h	4g/8h	4g/12h	anurie + 4g après HD	Cl.créat 49-10
Oxacilline/flucloxa	Po 500 mg/6h Iv 1-2g/4-6h	500 mg/6h 1-2g/4-6h	500 mg/6h 1-2g/4-6h	500 mg/6h 1-2g/4-6h	anurie	Cl.créat 49-10
Temocilline	Iv 1-2g/12h	1-2g/12h	1-2g/24h	1-2g/48h	anurie, R/après HD	Cl.créat 49-10
<b>CEPHALOSPORINES</b>						
Cefazoline	Iv 1-2g/8h	1-2g/8h	1-2g/12h	1-2g/24h	anurie+500mg après HD	Cl.créat 49-10
Cefepime	Iv 2g/8h	2g/8h si > 80 2g/12h entre 80-50 ml	2g/16-24h	1g le J1 puis 500mg/j	anurie, R/ après HD	Cl.créat 49-10
Cefotaxime	Iv 2g/6-8h	2g/6-8h	2g/8-12h	2g/24h	anurie + 1g après HD	Cl.créat 49-10
Ceftazidime	Iv 2g/8h	2g/8h	2g/12-24h	1g/24h	anurie, R/après HD	Cl.créat 49-10
Ceftriaxone	Iv/im 2g/24h	2g/24h	2g/24h	2g/24h	anurie	Cl.créat 49-10
Cefuroxime	Po500mg/12h Iv 1,5g/8h	500mg/12h 1,5g/8h	500mg/12h 1,5g/8-12h	500mg/24h 750mg/24h	anurie, R/après HD	Cl.créat 49-10
<b>MONOBACTAM CARBAPENEM</b>						
Aztreonam	Iv 2g/6-8h	2g/8h	2g/12-24h	2g/24h	anurie+500mg après HD	Cl.créat 49-10
Meropenem	Iv 1-2g/8h	1-2g/8h	1-2g/12h	500mg-1g/24h	anurie, R/après HD	Cl.créat 49-10
Imipenem	Iv 500mg- 1g/6-8h	500 mg/6-8h	500 mg/8-12h	250-500mg/12h	anurie, R/après HD	Cl.créat 49-10

# CAS MADAME D. 76 ANS

⊙ **Motif d'hospitalisation** : altération de l'état général.

⊙ **Antécédents médico-chirurgicaux** :

- HTA.
- Cardiopathie ischémique, coronarographie de longue date avec dilatation coronaire
- Pacemaker pour syncope sur pauses sinusales.
- Diabète de type 2 NIR.
- Insuffisance rénale chronique. Absence de protéinurie en 2007.
- Hyperuricémie.
- Dépression.
- Hypothyroïdie substituée.

Périndopril  
2mg/j

**Dosage**

**Geriatrics:**

Essential hypertension: >65 years of age: Initial: 4 mg/day; maintenance: 8 mg/day  
Stable coronary artery disease: >70 years of age: Initial: 2 mg/day for 1 week;  
increase as tolerated to 4 mg/day for 1 week; then increase as tolerated to 8 mg/day

⊙ **Le traitement à domicile est le suivant** :

- Novonorm (répaglinide) 2 mg 3 x/j.
- Bromidem (bromazepam) 6 mg 2 x/j 1/2 co le midi et 1 co au coucher.
- Serlain (sertraline) 50mg 1/2 co 1 x/j.
- Rivotril (clonazepam) 0.5 mg 1 x/j 2 co au coucher.
- Emcoretic (bisoprolol 5mg / hydrochlorothiazide 12.5mg) 1 x/j
- Coruno (molsidomine) 16 mg 1 x/jour.
- Zantac (ranitidine) 300 mg 1 x/jour. → 150mg/j ou STOP
- Asaflow (acide acétylsalicylique) 160 mg 1 x/jour. → 80mg/j
- Elthyrone (lévothyroxine) 100 µg 1 x/jour.
- Zanidip (lercanidipine) 20 mg 1 x/j.
- Movicol (macrogol) si nécessaire.
- Dafalgan (paracétamol) 1 g si nécessaire.
- + Tazocin (pipéracilline-tazobactam) iv 4g 4x/jour

→ Temesta 2.5mg/j (1/2 vie + courte) et essayer de sevrer (0.5mg/15j)

Geriatrics : Sertraline : Initial : 25mg/j.  
A augmenter par dose de 25mg ts les  
2-3 j si toléré jusqu'à 50-100mg/j

→ Monter à 1 co entier de Serlain

→ 4g 3x / jour

# AVIS

Anamnèse (1) | Anamnèse (2) | Anamnèse (3) | Anamnèse (4) | Anamnèse (5) | **Avis** | Education | Sortie MG (1) | Sortie MG (2) | Sortie MG (3) | Sortie PO (1) | Sortie PO (2) | Sortie PO (3) | Sortie patient (1) | Sortie patient (2) | Sortie patient (3)

## Avis en cours d'hospitalisation

22/10 : pour faciliter l'administration infirmière et gagner du temps, le nexiam en pompe peut s'administrer comme suit:

2 ampoules de 40mg dans 50 ml de physio à raison de 5ml/h pour une durée de 10h.

A répéter ensuite (la stabilité de cette solution est de 12heures)

26/10 : dans la BPCO, les corticoïdes oraux sont Non recommandés à long terme (peu de preuves du bénéfice et nombreux EI) (Niveau de recommandation (A)) Uniquement si nécessaires après une exacerbation.

Proposition de diminuer doucement la dose et surveiller le patient pour une éventuelle décompensation. Le médrol n'est donc pas recommandé chez lui et cause sans doute plus d'effets secondaires que de bénéfice

26/10 : vu les antécédents coronariens du patient, proposition d'instaurer une statine pour une prévention secondaire

26/10 : le transtec 1/4 de patch a été mis à la place du dafalgan un peu lourd sur l'estomac du patient ( passage d'un pallier 1 à un pallier 3 de la douleur!). Le patient, fort compliant est tout à fait d'accord d'essayer le dafalgan odis.

27/10 : le patient aimerait des suppositoires à la glycérine contre la constipation plutôt que le movicol qui lui donne des coliques

28/10 : stopper le dafalgan 1g si nécessaire vu la prescription de dafalgan odis d'office

# A LA SORTIE : TRAITEMENT MEDECIN

Cliniques Universitaires U.C.L. de Mont-Godinne



Mont-Godinne, le 12/01/2010

*Information pour le médecin traitant: Votre patient a bénéficié, en plus de la prise en charge habituelle dans le service, de la collaboration avec un pharmacien clinicien. Il s'agit d'une nouvelle pratique pour le pharmacien hospitalier, qui a pour but d'améliorer la qualité d'utilisation des médicaments, de par la présence dans l'unité et un contact direct avec les patients et différents professionnels. Le pharmacien s'assure, entre autres, de la continuité des traitements à l'admission et à la sortie, de l'optimisation thérapeutique en cours de séjour, et de l'information au médecin généraliste relative aux changements de traitements réalisés en cours d'hospitalisation. La pharmacie clinique est en cours de développement aux Cliniques Universitaires de Mont-Godinne. Si vous avez des commentaires ou questions à ce sujet, vous pouvez contacter le pharmacien responsable, Anne Spinewine, au 081/42.33.18.*

## TRAITEMENT À LA SORTIE

Patient : Madame , née le 13/02/1934

Pharmacien : A. MOUZON

MÉDICAMENT (NOM, DOSAGE, FORME GALÉNIQUE)	POSOLOGIE					MODIFICATION PAR RAPPORT AU TRAITEMENT PRESCRIT AVANT L'HOSPITALISATION ET JUSTIFICATION	COMMENTAIRES ET SUIVI PROPOSÉ
	Ma	Mi	AM	S	C		
Pantomed 40mg	1					NOUVEAU : ulcère gastrique	Contrôle gastrosopique à prévoir vers le 20/02/10 (après 2 mois de traitement)
Bisoprolol 10mg	1					NOUVEAU : Suppression de la composante diurétique (déshydratée et troubles ioniques à l'entrée)	Surveiller tension et fréquence cardiaque
Novonorm 2mg	1	1		0.5		Diminution de la dose du soir car à minuit et 6h du matin on était pas loin de l'hypoglycémie	Hémoglobine glycosylée très bonne à 6.3% le 25/11
Furosemide 40mg	2					NOUVEAU : oedèmes des membres inférieurs (peut-être à cause de l'Amlor qui était donné à l'hôpital ; ce dernier a été arrêté il y a 15 jours	Arrêter ou maintenir le Furosémide en fonction de la clinique, de la tension, des électrolytes et de la fonction rénale (40ml/min dernièrement)
Asaflow 80mg		1				Diminution à 1 seul comprimé de 80mg car montré aussi efficace et moins toxique (cfr ici ulcère gastrique)	

# A LA SORTIE : TRAITEMENT PATIENT

Cliniques Universitaires U.C.L. de Mont-Godinne



Ce document n'est pas une prescription  
N'hésitez pas à prendre contact avec le pharmacien clinicien en cas de questions  
N'hésitez pas à montrer ce document aux professionnels de santé s'occupant de vous

Nom, prénom :

Date de sortie de l'hôpital : 12/01/2010

TRAITEMENT A LA SORTIE DE L'HOPITAL							
Médicaments	Indication	Matin	Midi	Après midi	Soir	Au coucher	Conseils et commentaires
Pantomed 40mg	Ulcère estomac	1 à jeun					NOUVEAU : prise de préférence 20-30 minutes avant le déjeuner
Bisoprolol 10mg	Tension, coeur	1					NOUVEAU : ne pas arrêter brusquement le traitement
Novonorm 2mg	Diabète	1	1		0.5		Diminution de la dose du soir Prendre 15-30 minutes avant le repas. Ne pas prendre le médicament si ne prend pas de repas
Furosemide 40mg	Oedèmes des jambes	2					NOUVEAU
Elithrone 100µg	Hypo-thyroïdie	1					
Sertraline 50mg	Moral	1/2					
Dafalgan odis 500mg	Anti-douleur	2	2		2		Max 3 g par jour
Zanidip 10mg	Tension		1				Diminution de la dose. Evitez le jus de pamplemousse
Asaflow 80mg	Fluidifie le sang, prévention cardio-vasculaire		1				Diminution à 1 seul comprimé de 80mg car montré aussi efficace et moins toxique (cfr ici ulcère gastrique)

Non relu

# A LA SORTIE : PRÉCAUTIONS

## Précautions particulières :

**PANTOMED** : avaler le comprimé en entier, ne pas croquer ou écraser les comprimés.

**MINITRAN** : Une interruption soudaine du traitement avec le patch doit être évitée puisqu'on risque de voir apparaître des crises d'angor.

**ZOCOR** : Signaler toute douleur ou fatigue musculaires anormales à votre médecin

**BURINEX** : Surveiller votre poids tous les jours et consultez votre médecin traitant en cas de prise de plus de 1.5-2kg sur 2-3 jours.

**ASAFLOW** : Ce médicament fluidifie le sang, il convient donc d'être attentif à tout signe éventuel d'hémorragie (saignement de nez, gencives, hématomes + fréquents, sang dans les selles ou les urines) et d'en informer votre médecin traitant.

**BIOFER** : Le fer peut donner des selles noires et peut constiper (mais vous avez votre FORLAX au cas où)

**DUOVENT** aérosol : toujours faire l'inhalation de Duovent avant celle du SYMBICORT, ainsi les bronches seront dilatées et le corticoïde se déposera d'autant mieux dans les poumons. Ne pas exposer les yeux à l'aérosolisation. Consultez votre médecin en cas d'augmentation de la consommation de DUOVENT, car c'est généralement le signe d'une détérioration du contrôle de votre état respiratoire.

**SPIRIVA**: (1 inhalation/jour à la même heure) : . Intervalle entre deux inhalations d'un inhalateur différent : 15 minutes.

**SYMBICORT** : doit être administré quotidiennement (avant le repas) même en cas de disparition des symptômes. Bien se rincer la bouche après chaque inhalation afin d'éviter les infections locales (notamment des mycoses) et une voix rauque. Gargarisez de préférence 2 fois et recracher toujours l'eau de rinçage. Toujours faire l'inhalation du bronchodilatateur (DUOVENT) avant celle du Symbicort ; de cette manière, les bronches seront dilatées et le Symbicort se déposera d'autant mieux dans les poumons. Intervalle entre deux inhalations d'un inhalateur différent : 15 minutes

# A LA SORTIE: JUSTIFICATION DES ARRETS

- ◉ Médicament(s) arrêté(s) par rapport à l'entrée et justification(s)
- ◉ CORUNO : il est remplacé par le patch de nitroderm ; réévaluation par vos soins de l'indication réelle de ces médicaments (cfr manque de preuves d'efficacité comme traitement de fond en terme de morbi-mortalité )
- ◉ BROMIDEM : cette benzodiazépine a été remplacée au cours de l'hospitalisation par du Temesta à demi-vie moins longue ; réévaluation par vos soins
- ◉ RANITIDINE : remplacé par nexiam 40 en cours d'hospitalisation vu l'ulcère gastrique (pantomed 40 à la sortie)
- ◉ RIVOTRIL : stoppé en cours d'hospitalisation ; pas de plaintes de tremblements ces derniers temps ; réévaluation par vos soins
- ◉ EMCORETIC 5/12.5 : remplacé par la monothérapie bisoprolol (composante diurétique responsable de déshydratation, hyponatrémie)

# A LA SORTIE: JUSTIFICATION DES ARRETS

- ◉ Médicament(s) arrêté(s) par rapport à l'entrée et justification(s)
- ◉ TRANSTEC : On évite les dérivés morphiniques si l'on peut. Ici la plainte du patient était la gêne occasionnée par la prise des gros comprimés de dafalgan, on lui a donc proposé le dafalgan orodispersible. Le patient était tout à fait d'accord pour le tester. A vous bien sûr de continuer à suivre l'évolution de la douleur et il serait tout à fait normal de monter en pallier antidouleur (contramal, puis éventuellement morphinique) si ce traitement s'avérait insuffisant.
- ◉ PRAXILENE : Il faut être conscient de l'apport très limité d'une telle thérapeutique médicamenteuse, et tenir compte des effets indésirables mais aussi du coût. Il est important de ne pas poursuivre le traitement si aucun effet bénéfique ne s'est manifesté après une période raisonnable (de l'ordre de 2 à 3 mois). (Le patient n'avait pas l'air de voir une amélioration à ce niveau-là)
- ◉ PROSTAURGENIN : Ce médicament n'a pas été donné au cours de l'hospitalisation et le patient n'a pas émis de plainte au niveau urologique et il est proposé de ne pas le reprendre à la sortie. Des doutes persistent quant à l'efficacité du serenoa repens sur les symptômes ou sur les paramètres urodynamiques. Des troubles gastro-intestinaux peuvent survenir. A vous de revoir l'indication.

# A LA SORTIE: PERSPECTIVES DE TRAITEMENT

- ◉ Autre(s) commentaire(s) sur le traitement de sortie
- ◉ Concernant le traitement antihypertenseur:

L'emcoretic a été remplacé en début d'hospitalisation par du bisoprolol seul, cependant la dose de B-bloquant a été augmentée à 10mg/j (j'avoue que je n'en connais pas la raison)

La patiente a reçu de l'amlor à la place du zanidip; Elle a récemment développé des oedèmes, l'amlor a été stoppé et remplacé à nouveau par le zanidip à plus faible dose (peut toutefois lui aussi donner des oedèmes)

La patiente reçoit par ailleurs pour le moment 2 comprimés de furosémide par jour pour traiter ces mêmes oedèmes.

Elle a un patch de nitroderm faible dose.
- ◉ Toutefois,

La patiente pourrait bénéficier d'un IECA ses effets protecteurs dans la cardiopathie ischémique. Il serait bête de ne pas pouvoir introduire ce médicament bénéfique à cause d'une éventuelle tension trop basse. Les tensions actuelles sont de 12 avec quelques pointes à 14. L'IECA pourrait donc être introduit par vos soins. Mais si nécessaire, le bisoprolol pourrait être diminué pour revenir à la dose d'avant hospitalisation (5mg/j). L'indication du nitroderm est à revoir et le zanidip pourrait être enlevé si tensions trop basse ou oedèmes persistant ou si l'insuffisance rénale s'aggrave.
- ◉ NB : Surveiller la fonction rénale et le potassium avec un IECA (fonction rénale actuellement à 40ml/min)
- ◉ Vu l'aspect dépressif léger de la patiente, la dose de sertraline pourrait peut-être être augmentée à 1 comprimé entier

# A LA SORTIE: PERSPECTIVES DE TRAITEMENT

- ◉ Autre(s) commentaire(s) sur le traitement de sortie
- ◉ MEDROL : dans la BPCO, les corticoïdes oraux sont NON recommandés à long terme (peu de preuves du bénéfice et nombreux EI) (Niveau de recommandation (A)) Uniquement si nécessaires après une exacerbation.  
→ Proposition de diminuer doucement la dose et surveiller le patient pour une éventuelle décompensation. Le médrol n'est donc pas recommandé chez lui et cause sans doute plus d'effets secondaires que de bénéfice
- ◉ Le spiriva par contre est indiqué pour un traitement complet de sa BPCO gold III
- ◉ Précautions particulières
- ◉ Nitroderm patch : En cas d'administration prolongée ou fréquente de dérivés nitrés à longue durée d'action, incluant Nitroderm TTS ou d'autres dispositifs transdermiques, on assiste généralement au développement d'une tolérance ou à une réduction de l'effet thérapeutique. Afin d'éviter cette tolérance, il est conseillé d'intercaler une période sans nitrate de 8 à 12 heures, toutes les 24 heures, habituellement la nuit. Des études cliniques ont démontré que chez la plupart des patients, un traitement intermittent s'avère plus efficace qu'une administration continue. L'application continue de Nitroderm TTS peut être appropriée pour les patients chez qui l'on estime que la réponse clinique de longue durée est fiable.

# A LA SORTIE: REMARQUES SUR LA GESTION DES MÉDICAMENTS

- ◉ Remarque(s) éventuelle(s) sur la gestion des médicaments
- ◉ une infirmière lui prépare son pilulier pour la semaine tous les lundis
- ◉ il est possible que la patiente oublie parfois de prendre ses comprimés, elle trouve qu'elle a trop de médicaments à prendre et à parfois des difficultés à avaler les gros comprimés
- ◉ Remarque(s) éventuelle(s) sur la gestion des médicaments
- ◉ C'est la garde malade du patient qui vient tous les jours qui lui prépare ses médicaments de la journée. Le samedi elle prépare pour le samedi, le dimanche et le lundi matin.
- ◉ Mais le patient connaît fort bien ses traitements, a l'air fort compliant et conciliant. Il est tout à fait d'accord par exemple de stopper le praxilène, de tester le dafalgan odis, ...
- ◉ Remarques éventuelles sur les attestations et les conditions particulières de remboursement
- ◉ Mimpara

# AVANTAGES PATIENTS

- ◉ Amélioration de la qualité des traitements reçus, et de leur suivi
  - Diminution du risque d'événements iatrogènes, amélioration de la continuité des soins, pharmacovigilance,...
- ◉ ↑ quantité et qualité information reçue sur les médicaments
  - reçus en cours d'hospitalisation
  - devant être pris à la sortie



Satisfaction++

# AVANTAGES PERSONNEL SOIGNANT

- **Médecins**

- Support (« actif » ou « passif ») à la prescription
- **Rôles complémentaires**
- ↑ connaissances/compétences en pharmaco-logie –thérapie ( via réponses aux questions posées ou interventions pharmaciens)
- ↑ qualité des soins fournis / gain de temps
- Satisfaction ++ - Taux d'acceptation complet des propositions: 85-90%

- **Infirmiers**

- Support (« actif » ou « passif ») à l'administration
- Meilleure compréhension des traitements
- ↑ connaissances/compétences en pharmaco-logie –thérapie
- ↑ qualité des soins fournis / gain de temps
- Satisfaction + (broyage ou non, moment de prise, dilution,...)



# ACTIVITES ANNEXES

- ◉ Etude sur le shift-iv per os dans l'hôpital
- ◉ Réalisation d'un tableau pratique de détection d'interactions médicamenteuses en oncologie
- ◉ Dépistage des problèmes de dénutrition
- ◉ Participation à des séminaires, des groupes de travail, présentation de staff, formation à l'étranger
- ◉ Mise à jour de la littérature
- ◉ Encadrement stagiaires
  
- ◉ Réalisation du tableau de l'administration des médicaments par sonde
- ◉ Participation à la décision de mise au formulaire

# QUESTIONS

- Venant de tout personnel soignant
- En rapport avec le médicament - sous toutes ses formes
  - Information
    - Dilution, broyage, moment d'administration,...
    - Posologie, arrêt d'un médicament, formulaire, cc remboursement, adaptation à fonction rénale, interactions, effets indésirables,...
  - Prescription informatisée
  - Réception médicament
- Le numéro : 3327



MERCI POUR VOTRE  
ATTENTION