
PRESCRIRE ou DE PRESCRIRE

chez la personne âgée



Dr BEUZART Pascale
Gériatre

Journées médicales havraises 2020

Absence de liens d'intérêt avec l'industrie
pharmaceutique

PLAN

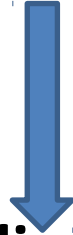
- ▶ Pourquoi prescrire des médicaments chez les personnes âgées est périlleux?
- ▶ Apprendre à déprescrire?



Médicaments et personnes âgées

Polypathologie

> 5 médicaments?



Polymédication

→ 80 ans: 7- 10 molécules par jour

Env 90 % des >70 ans consomment au moins 1 médicament

Nombre moyen de médicaments :

8 chez 70- 80 ans

9,61 pour les 80-90 ans

9,92 pour les 90- 100 ans

8,11 médicaments pour les >100 ans

Données EGB 2011 (Échantillon généraliste de Bénéficiaire)

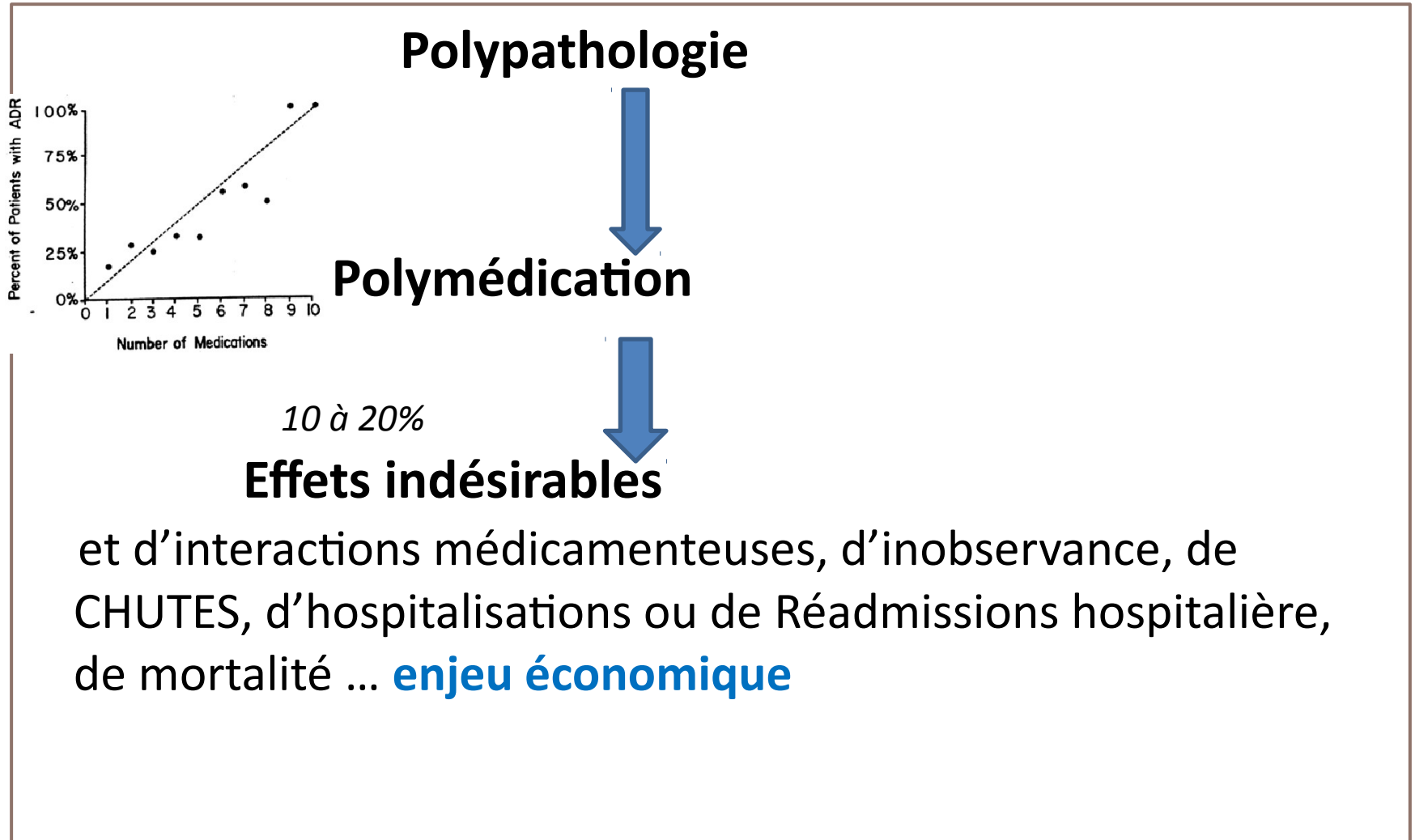


Médicaments et personnes âgées

- Quelques chiffres : iatrogénie médicamenteuse
- 2 fois plus fréquentes après 65 ans
- 5 -10 % des hospitalisations des > 65 ans
- 20 % des hospitalisations des > 80 ans
- coûts directs en service d'urgence : 636 M euro (en 2002)
- 25 à 30 % de la iatrogénie est évitable
-
-
- Mais 1 événement indésirable n'est pas forcément en rapport avec une prescription potentiellement inappropriée



Médicaments et personnes âgées



Signes d'appel d'un effet indésirable médicamenteux en gériatrie

- ▶ Très souvent des signes cliniques peu évocateurs

- ▶ Altération de l'état général, asthénie

- ▶ Trouble cognitif, confusion, agitation

- ▶ Anorexie, nausées, vomissements, troubles digestifs

- ▶ Déshydratation

- ▶ Hypotension orthostatique

- ▶ CHUTES

- ▶ Iatrogénie médicamenteuse = diagnostic différentiel systématique

- ▶ Les médicaments les plus prescrits sont les plus gros pourvoyeurs d'effets indésirables



Signes d'appel d'un effet indésirable médicamenteux en gériatrie

- ▶ HTO: antihypertenseurs, dérivés nitrés
- ▶ Trouble du rythme/conduction: digitaliques, bêta-Bloquant, anti-arythmique, inhibiteurs des canaux calciques, lithium...
- ▶ Insuffisance rénale: diurétiques, IEC, ARA2 (AINS+ IEC/ARA2)
- ▶ Troubles hydro-électrolytiques: diurétiques, IEC, ARA2, laxatifs, IRS
- ▶ Troubles de la vigilance, confusion, troubles mnésiques, chutes, pneumopathies d'inhalation: psychotropes, antalgiques de palier 2/3
- ▶ Accident hémorragique: AVK, AOD, héparines



Modification physiologique au cours du vieillissement

- ▶
- ▶ Composition corporelle
- ▶
- ▶ Fonction hépatique
- ▶ Fonction rénale
- ▶ Modification de l'adaptation cardio-vasculaire
- ▶ Perméabilité de la barrière hémato-encéphalique



Modification physiologique au cours du vieillissement: Composition corporelle

↑ sensibilité aux médicaments liposolubles (BZD, antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques...)



lissu adipeux

↗ 35%



volume plasmatique

↘ 8%



eau corporelle totale


↘ 17%



eau extra-cellulaire

↘ 40%


vieillard


jeune adulte

↑ sensibilité aux médicaments hydrosolubles (digitaliques, aminosides, paracétamol...)



Modifications de l'adaptation cardio-vasculaire au cours du vieillissement

- ▶ Augmentation de la rigidité vasculaire
- ▶ Baisse de la sensibilité des barorécepteurs
= HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE

* Médicaments du SNC:

- Antidépresseurs imipraminiques
- IMAO
- Neuroleptiques
- Antiparkinsonien dopaminergiques

* Médicaments cardio- vasculaires:

- Anti HTseurs d'action centrale
- Beta et alpha Bloquant
- Diurétiques
- IEC, ARA2, inhibiteur de la rénine
- inhibiteurs calciques
- Dérivés nitrés



Modifications pharmacologiques

- ▶ Modifications pharmacodynamiques

- ▶ Modifications pharmacocinétiques

- Transport/Distribution du médicament

- Albumine (médicaments acides: warfarine, diazepam...)

- Alpha- 1 glycoprotéine acide (médicaments basiques: propranolol, Anti Dépresseur Tricyclique ...)

- Dénutrition fréquente du sujet âgé

- > Forme libre du médicament plus importante

- Élimination hépatique/rénale



Événements intercurrents

- ▶ Déshydratation/ Fièvre/Canicule
- ▶ Décompensation d'une pathologie chronique
- ▶ Maladie infectieuse
- ▶ Intervention chirurgicale
- ▶ ...

Toute agression qui peut déséquilibrer brutalement le fragile état du sujet âgé



Autres atteintes cliniques...

- ▶ Réduction ou incapacité physique

Mobilité, rhumatisme, séquelles orthopédiques, tremblements

- ▶ Difficultés de communication

Déficit auditif, troubles de la compréhension

- ▶ Troubles visuels

- ▶ Troubles cognitifs



Facteurs environnementaux

- ▶ Autonomie
- ▶ Lieu de vie habituel
- ▶ Isolement social/géographique
- ▶ Couverture sociale
- ▶ Niveau socio-culturel
- ▶ Présence d'une tierce personne
- ▶ Changement de mode de vie (déménagement, institutionnalisation)
- ▶ Condition climatiques « extrêmes »



Facteurs de risque de survenue d'effets indésirables

► Mauvaise observance

Nombre de médicaments, complexité du schéma d'administration, forme galénique, méconnaissances des indications des médicaments, troubles mnésiques légers, troubles de l'humeur

► Polyprescripteurs: Multiplicité des intervenants

* Médecin généraliste, spécialistes (cardiologue/ neurologue/ diabétologue...), médecins hospitaliers et le patient lui-même (automédication)



Cascade Thérapeutique


- ▶ Absence ou mauvaise identification d'un symptôme

Effet indésirable = Revoir le traitement

- ▶ Polymédication

REFLEXE IATROGENIQUE

1 médicament

 1 symptôme

 1 médicament



Cascade Thérapeutique: exemples

Médicaments	Effets indésirables	Commentaires
Antipsychotiques	Rétention urinaire	Alpha-bloquant
Antipsychotiques	Syndrome extra-pyramidal	Carbidopa/lévodopa
AINS	HTA	Antihypertenseurs
Amlodipine	Œdème	Furosémide
Diurétiques Thiazidiques	Hyperuricémie	Allopurinol/ Colchicine
Anti-démentiels	Agitation	Antipsychotiques /benzodiazépines



Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées chez l'âgé

- Identification : nombreux critères...
 - - Europe (Irlande+France) : critères STOPP and START version 2
 - - USA : critères de BEERS (2012)
 - - Canada : Critères de Mcload (1997) IPET (2000)
 - - Norvège : NORGEP (2009)
 - - France : critère de LAROCHE (2007)
 - - Allemagne : PRISCUS
 -
 -
- Critères explicites d'alerte
 - - Ne permettent pas de mesurer la qualité de la prescription
 - - Ne tiennent pas compte du jugement du clinicien et de la préférence du patient



Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées chez l'âgé

- **« Over-Use » :**
- - **Bénéfices incertains, ou non évalués**
- - Surdosage , Durée de traitement excessive
ex : vasodilatateurs, veinotoniques, Statines >82 ans , TNT transdermique
-
- **« Under-Use » :**
- - **Absence de prescription de la molécule nécessaire**
- - Inobservance, Sous dosage, 1/2 dose systématique chez le sujet âgé
- ex : insuffisance cardiaque, SCA : bêtabloquant, IEC/ douleur chez le dément non communicant/
-
- **« Mis-Use » :**
- - **Risque>Bénéfices**
- - Interactions : médicament/médicaments, médicaments-maladie
- ex : BZD à 1/2 vie longue , AINS, AOD si DFG<30 ml/min (Reco SFGG-SFC 2013), médicaments anti- cholinergique



Déprescription

-
-
- Processus de retrait d'un médicament inapproprié, sous la supervision d'un professionnel de santé dans l'objectif de gérer la polymédication et améliorer le devenir du malade
-
-
- Challenge : QUAND ? COMMENT ? QUOI ?



Déprescription : QUAND

- Lors d'une transition dans les soins (hospitalisation, institutionnalisation)
- Avant de prescrire un nouveau médicament
- Quand un nouveau symptôme apparaît (est-ce un effet indésirable ?)
- **A chaque visite** (du moins de temps en temps, est-ce toujours indiqué ?)



Déprescription : COMMENT

- En 2011 HAS
- prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA) - Programme Pilote 2006-2013
- ARTICLE HAS - Mis en ligne le 14 nov. 2011
- Mieux prescrire chez le sujet âgé est un enjeu de santé publique. Si le médicament est avant tout une chance, la polymédication, souvent légitime, augmente le risque iatrogénique et peut diminuer l'observance.
- La prescription, complexe, peut être optimisée, en repérant les excès de traitements «overuse», la prescription inappropriée «misuse» et l'insuffisance de traitement «underuse».



• <https://deprescribing.org/> application à télécharger



Déprescription :

- **MIEUX PRESCRIRE**
- **C'EST :**
-
- Prendre en compte et adapter la prescription à l'état du patient
- Mieux tenir compte du rapport Bénéfice/Risque, en évitant les médicaments inappropriés chez le sujet âgé
- Ne pas systématiquement penser MÉDICAMENT
- Prescrire plus de médicaments dont l'efficacité est démontrée (liste de LAROCHE et liste de BEER)



Déprescription : QUOI

- Quelques médicaments à ne pas prescrire
-
- - Statines : si espérance de vie < 5 ans
- - Biphosphonates (après 5ans) : pas d'évidence sur l'efficacité au-delà de 5 années de traitement
- - AINS chez l'âgé et /ou en association avec diurétique-IEC/AA2- Anticoagulant
- - BZD de 1/2 vie longue
- - Antalgiques de palier II (ex Tramadol)
- - IPP au long cours



Déprescription : QUEL BÉNÉFICE

- La déprescription n'a pas augmenté :
 - - la mortalité
 - - le risque d'effets liés au retrait (rebond maladie, sevrage)
 - - le risque de chutes
- La déprescription n'a pas altéré :
 - - les fonctions cognitives
 - - la qualité de vie
- La déprescription a diminué :
 - - le nombre de médicaments et la présence de médicaments inappropriés
- La déprescription est faisable et sûre

Br J Clin Pharmacolo (2016) 82 583-623



Déprescription : QUEL BENEFICE

- Feasibility Study of Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adult
- Addressing Polypharmacy
- Doron Garfinkel, MD ; Derelie Mangin, MBChB

Situation de fin de vie

75 patients avec durée de vie <3 mois

- 58 % des médicaments prescrits sont interrompus
- Seulement 2 % des médicaments sont réintroduit
- Aucun événement grave
- 88 % des patients se sentaient mieux



Déprescription : exemple

-

IPP.... pas si anodins....:

- Ostéoporose
- Pneumopathie
- Diarrhée à CD
- ∨ de Absorption B12
- Interaction médicamenteuse « théorique »: clopidogrel
∨CYP 2C19



Déprescription : exemple

•
AINS: très mauvais rapport bénéfice/risque

- Bénéfices: fonctionnels, symptomatiques
- Risques: LA VIE
- Gastro-toxicité....
- Néphro-toxicité +++
- HTA: risque de résistance
- Insuffisance cardiaque: risque de décompensation
- Risque hémorragique: AVK, AOD, antiagrégants
- Coxibs: risque coronarien et cérébrovasculaire
- IEC, ARAll: risque d'insuffisance rénale aiguë + hyperkaliémie



Ce ne sont jamais des antalgiques de première intention



Déprescription : exemple

- **Molécules anti-cholinergiques: NON**
- CONFUSION
- CONSTIPATION
- RÉTENTION URINAIRE

Principaux médicaments anticholinergiques

- Anti-dépresseurs: amitriptyline (Laroxyl®)
- Neuroleptiques: cyamemazine (Tercian®), Levomepromazine (Nozinan®), Clozapine (Leponex®), Olanzapine (Zyprexa®)
- Anti-parkinsoniens: trihexyphenidyle (Artane®)
- Anti-histaminiques: hydroxyzine (Atarax®), dexchlorpheniramine (Polaramine®), mequitazine (Primalan®), alimémazine (Théralène®)
- Antispasmodiques urinaires: oxybutynine (Ditropan®)
- Anti-arythmique: dysopyramide (Rythmodan®)



TRAITEMENT A L'ENTREE

TRAITEMENT A DOMICILE

COVERSYL 2,5mg 1-0-0
 KALEPRID 3x1cp
 VASTAREL 2x1cp
 FUROSEMIDE 40mg 2-1-0
 NOCATON 1cp le soir
 DAFALGAN 4x2gel.
 DEBEVERINE 2x1
 LEVOTHYROX 1125
 TRINASTAL SOLP 2x1cp
 TANAKAN 3x1cp
 MACROBOL 4x1cp
 NODIDERL 2x1cp
 DIPPASONE 2x1cp

TRAITEMENT A L'ADMISSION

LOVENOX 0,2cc 11j pdt 5sem.
 PARACETANOL 1g 1111.
 CONTRANAL LP 100 1-0-1
 LEVOTHYROX 1125: 1-0-0
 COVERSYL 2,5mg 1-0-0
 LASLIX: 80/140/6.
 FORLAX: 1-0-0.
 VASTAREL 3S: 1-0-1
 TRINASTAL SOLP: 1-0-1
 SRASFON: 2-2-2
 KALEPRID 1000: 1-1-1
 TANAKAN: 1-1-1
 NOCATON: 1 le soir.
 DUSPATALIN: 1-0-1

ANTECEDENTS SOCIAUX

CONDITIONS DE VIE

LOGEMENT

Maison individuelle Nb étage: ...

... 6 marches.



≠



The world's oldest marathoner,
101-year-Old Fauja Singh

Merci pour votre attention

