

Références bibliographiques

Corpus de gériatrie

Boyd CM, JAMA 2005 ; 294, 716-24

Legrain S.

Consommation médicamenteuse sujet âgé, HAS 2005

Legrain S.

Pour une meilleure prescription du médicament au cours du vieillissement, Capacité de gériatrie 2007

Modalités de prescription des médicaments aux personnes âgées, CHU Grenoble

Rapport HAS :

Les indicateurs d'alerte et de maîtrise de la iatrogénie (IPC PMSA Janvier - Octobre 2012)

Beers MH. Arch Intern Med. 1997 Jul 28 ; 157(14) : 1531-6.

Gallagher P, Int J Clin Pharmacol Ther. 2008 Feb ; 46(2) : 72-83.

Laroche ML, Eur J Clin Pharmacol. 2007 Aug ; 63(8) : 725-31

Réflexions en médecine Oncologique - mars 2012, dossier onco-gériatrie, 51, 3-13

Tableau 3 :

Principaux effets indésirables chez le sujet âgé

(liste non exhaustive).

| Syndromes cliniques | Médicaments |
|--|---|
| Hémorragie Anémie | AINS, Aspirine AVK + interactions AVK |
| Chute +/- Hypotension orthostatique | Psychotropes : BZD , Neuroleptiques, Vasodilatateurs, AntiH1, Hypoglycémiants, Antihypertenseurs, α -bloquants, Dérivés nitrés, Antidépresseurs imipraminiques, Antiparkinsoniens |
| Confusion sommolence | Antalgiques palier II et III, Psychotropes, Anticholinergiques, Hyponatrémiant, Hypoglycémiant |
| Syndrome extrapyramidal | Neuroleptiques typiques et cachés (Métoclopramide), Antidépresseurs ISRS |
| Insuffisance rénale aiguë fonctionnelle | AINS , Diurétiques, IEC, ARA II, Médicaments néphrotoxiques ou association de ces différents médicaments |

| Syndromes cliniques | Médicaments |
|---|---|
| Rétention urinaire | Anticholinergiques, Morphiniques |
| Hyponatrémie | Antidépresseurs ISRS , Diurétiques, IPP, Tramadol |
| Dyskaliémie | Diurétiques, IEC, ARA II, Laxatifs stimulants, Glucocorticoïdes |
| Troubles du rythme Bradycardie Torsades de pointe / Allongement de l'espace QT | Anti-arythmiques classe Ia, III, β -bloquants, Digitaliques, Inhibiteurs calciques (Verapamil, Diltiazem), Neuroleptiques, Antidépresseurs, Macrolides, Fluoroquinolones, Bradycardisants +/- hypokaliémiant +/- médicaments allongeant le QT |

BONNES PRATIQUES

de prescription des médicaments chez le sujet âgé



La prise en charge thérapeutique du sujet âgé doit tenir compte, d'une part, des fréquentes situations de polyopathie nécessitant la prescription concomitante de plusieurs traitements médicamenteux, mais aussi d'une sensibilité des patients aux effets indésirables des médicaments.

20 % des patients de plus de 80 ans sont hospitalisés pour effets indésirables d'un médicament, et dans 70 % des cas, cette iatrogénie est évitable.

8 RÈGLES D'OR

1 PRESCRIRE

“*Savoir déprescrire un médicament inutile est aussi important que de savoir prescrire*”.

- Procéder à un **“toiletage de l'ordonnance”** (cf. tableau 1 et 2)
- Introduire les médicaments indispensables
- Résister à la facilité de prescription médicamenteuse

2 FONCTION RÉNALE

Évaluer systématiquement la fonction rénale du patient.
Adapter la posologie.

3 START LOW AND GO SLOW

Respecter la **titration** des médicaments

- Débuter un traitement par de faibles doses
- Augmenter progressivement la posologie

4 RÉFLEXE IATROGÉNIE

Devant tout événement clinique nouveau, vérifier que celui-ci n'est pas imputable à un médicament (cf. tableau 3 regroupant les **effets indésirables** les plus fréquents d'origine médicamenteuse)

On distingue **3 causes de mauvais usage des médicaments chez les sujets âgés** :

- **L'usage excessif** (utilisation sans indication),
- **L'usage inapproprié** (rapport bénéfice risque défavorable)
- **Le sous usage** (absence de prescription).

Objectifs

Sensibiliser aux risques liés à la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé
Apporter des outils simples d'aide à la prescription

5 SURVEILLANCE BIOLOGIQUE DES MÉDICAMENTS À MARGE THÉRAPEUTIQUE ÉTROITE

Liste des principaux médicaments à **haut risque de surdosage et/ou d'interaction médicamenteuse** nécessitant une surveillance biologique :

- Antibiotiques
- Anticancéreux
- Antiépileptiques
- AVK
- Clozapine
- Digoxine
- HBPM et héparine non fractionnées
- Lithium

6 REVOIR LA PRESCRIPTION EN CAS D'ÉVÉNEMENT CLINIQUE AIGU

En cas de fièvre, de déshydratation, d'hypercatabolisme etc., **réévaluer la prescription** (en particulier des AVK, diurétiques, antidiabétiques, anti-HTA, médicaments en patch...).

7 S'ASSURER DE L'OBSERVANCE

8 ATTENTION À LA FORME GALÉNIQUE

Adapter la forme galénique à l'état physiopathologique du patient.

- Tous les comprimés ne peuvent être écrasés
- Toutes les solutions injectables ne sont pas buvables
- Certains médicaments peuvent être administrés par voie sous-cutanée.

Tableau 1 :

Médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé de plus de 75 ans, **quel que soit le terrain** (liste non exhaustive).

| Médicaments impliqués | Iatrogénie | Proposition de substitution |
|--|---|--|
| Antidépresseurs imipraminiques (dont amitriptyline) | Effets anticholinergiques | IRS ou Miansérine |
| Neuroleptiques phénothiazidiques (dont alimemazine) | | Rispéridone, Halopéridol ou Tiapride pour une durée < à 15 jours puis réévaluation |
| Anxiolytiques anticholinergiques (dont hydroxyzine) | | Apparenté aux BZD à ½ dose (Zopiclone, Zolpidem) |
| Antihistaminiques de 1 ^{ère} génération | | Antihistaminique de seconde génération (Cetirizine) |
| Antispasmodiques anticholinergiques (dont tiemonium) | | Abstention |
| BZD à ½ vie longue BZD à dose > 1/2N | Chute/somnolence | BZD à demi-vie courte sans dépasser la ½ dose (Alprazolam, Oxazepam) |
| ≥ 3 psychotropes | Chute | Réévaluation du traitement |
| Sulfamides hypoglycémiant | Hypoglycémie | Metformine si Cl > 30 ml/min ou Répaglinide |
| Vasodilatateurs cérébraux | Pas d'efficacité reconnue, hypotension | Abstention |
| AINS | Insuffisance rénale/saignement | Autre antalgique : Paracétamol |

Tableau 2 :

Médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé de plus de 75 ans, **en fonction du terrain** (liste non exhaustive).

| Terrain | Médicaments à éviter | Proposition de substitution |
|---|---|--|
| Parkinson | Antipsychotiques conventionnels | Clozapine sous suivi biologique strict |
| | Métoclopramide | Substitution par la Dompéridone |
| | Antiparkinsoniens anticholinergiques | Substitution par Lévodopa |
| Maladie d'Alzheimer Démence | Psychotropes, Anticholinergiques, BZD à ½ vie longue | Réévaluation du traitement |
| Chutes | BZD, Neuroleptiques, AntiH1, Vasodilatateurs, Anticoagulants | Réévaluation du traitement |
| HTA | ≥ 2 diurétiques | Réévaluation, Suivi du poids, ionogramme |
| | ≥ 4 anti-HTA | Réévaluation, Recherche d'une cause secondaire d'HTA, Observance |
| | 1 ^{ère} ligne de traitement : diurétique de l'anse en monothérapie | Autre anti-HTA |
| Arythmie | Antidépresseurs imipraminiques | IRS, Miansérine |
| BPCO | BZD | Réévaluation |
| Glaucome à angle fermé | Anticholinergiques (dont nefopam) | Contre-indication |
| Hypertrophie bénigne de la prostate - Rétention aiguë d'urine | Anticholinergiques (dont nefopam) | Contre-indication |

Pour accéder à la version complète et détaillée de ces recommandations : se rendre sur le site du GH/instances et comités/CMEL/CQSS/COMEDIMS