

Définitions

- ou
- Utilisation (chronique) de ≥ 5 médicaments
 - Plus de médicaments que cliniquement indiqué

Problématique

- ↗ chutes
- ↘ capacités pour les Activités de la Vie Quotidienne
- ↗ hospitalisations
- ↗ mortalité
- Effets indésirables et interactions

↳ Attention à la prescription en cascade

Liens

- www.farmaka.be → Publications
 - Visiteurs indépendants → **Polymédication 1 et 2**
 - Outils : **Beers / START-STOPP / NHG**
 - Formulaire MRS 2014**
- Recommandation néerlandaise 2012 (NHG)*
www.nhg.org/themas/artikelen/mdr-polyfarmacie-bij-ouderen
- Recommandation écossaise 2012*
www.central.knowledge.scot.nhs.uk/upload/Polypharmacy%20full%20guidance%20v2.pdf
- Sécabilité/broyage co, ouverture capsule* : pharmacie.hugge.ch/infomedic/utilismedic/tab_couper_eccraser.pdf
- www.ebmpracticenet.be

Evaluation systématique et critique de la consommation médicamenteuse

- Minimum 1x/an
- Pas de consensus quant à une méthode particulière – Proposition:
 - Analyse d'utilisation : que prend le patient ? OTC ? Quel est son vécu ?
 - Analyse de la médication (**Beers, STOPP-START, ...**)
 - Arrêter un médicament ?
 - Existe-t-il (encore) une indication ?
 - Le médicament est-il (suffisamment) efficace ?
 - Contre-indications ? Effets indésirables ? Interactions ?
 - Adapter un médicament ? Problèmes de dosage et/ou d'utilisation ?
 - Débuter un médicament ?
 - Plan de traitement : planifier les modifications éventuelles
 - Dialogue de traitement : discuter les modifications avec le patient

En tenant compte des comorbidités, objectifs thérapeutiques et préférences du patient

Omission de traitement – START

- Chez environ un patient sur deux
- La majorité sont de vraies omissions, après analyse approfondie et individuelle du dossier du patient

Traitements à envisager

- IEC si insuffisance cardiaque
- AAS, statine si risque cardio-vasculaire élevé
- AVK si fibrillation auriculaire
- Diphosphonate, Ca/Vit D si risque de fracture élevé

Interactions


Maladie – Médicament

Maladie – Médicament	Conséquence
Insuffisance cardiaque + glitazone + antidépresseur tricyclique + AINS	↗ IC
Démence + anticholinergique	délire
BPCO + morphinique	dépression respiratoire
IR + AINS	↗ IR
Prostatisme + anticholinergique	rétenion urinaire

Pharmacodynamique

↗ risque hémorragique	Anticoagulants, antiagrégants, AINS, SSRI, SNRI
↗ K ⁺	IEC, sartans, diur. d'épargne K ⁺ , AINS, héparines
↘ fonction rénale	IEC, sartans, AINS
↗ QT	Disopyramide, quinidine, sotalol, dompéridone, dropéridol, pimozide, sertindol et halopéridol à doses élevées, tricycliques, (es)citalopram, éry-(surtout IV), azi-, clari-, télichromycine, moxi- et dans une moindre mesure lévo- et ofloxacine

Pharmacocinétique

- www.pharmacoclin.ch/_library/pdf/cytp450pgp.pdf
- www.cbip.be - Répertoire: interactions (introduction), RCP via 

Insuffisance rénale – Adaptation posologique

IEC, diurétiques, allopurinol, NACO, aténolol, sotalol, nitrofurantoïne, des antibiotiques, des antidiabétiques,...	Marge thérapeutique étroite
	Aminoglycosides, colchicine, digoxine, lithium

Listes non-exhaustives

Neuroleptiques SCPD

**Si mesures non-médicamenteuses inefficaces
Si danger pour le patient / entourage**

- Efficacité limitée, à court terme (< 12 sem)

Eviter usage > 3 mois

- Sécurité : ↗ mortalité, ↗ AVC, régression cognitive, chute et fracture, tr extrapyramidaux, anticholinergiques, ↗ QT, ...
- Arrêt possible

IPP

STOP après max 8 sem si pathologie ulcéreuse

- Sécurité : fracture ostéoporotique, Clostridium difficile, pneumonie, ↘ magnésium plasmatique

Antihypertenseurs

Utiles – R/ dès 16/10 – Cibler < 15/9

- ≥ 60-65 ans : ↘ morbi-mortalité CV, ↘ mortalité totale
- ≥ 80-85 ans : ↘ morbi-mortalité CV
épidémiologie inverse : TAS < 14 ↔ ↗ mortalité
- Personnes âgées fragiles : évaluation au cas par cas

Statines

**Prévention secondaire : efficaces chez 65-80 ans
Prévention primaire : évaluer au cas par cas**

- 65 - 80 ans
 - Prév. primaire : mortalité : pas d'effet démontré
↘ morbidité ? données non-convergentes
 - Prév. secondaire : ↘ morbi-mortalité
- ≥ 80 ans
 - Très peu de données, résultats non-significatifs
 - Epidémiologie inverse : ↘ cholestérol ↔ ↗ mortalité