

Medicaments et sujets âgés

Cas clinique 1

- Patient de 80 ans , consulte pour palpitations
- ATCD: ACFA chronique non traitée, HTA, arthrose (genoux rachis).
- Autonomie conservée (ADL/IADL)
- A l' examen: bon état général, TA 160/90mmHg, auscultation cardiaque irrégulière 100/min, douleur genou droit d'H mécanique, MMSE 28/30, examen neurologique normal

Cas clinique 1

- Quels sont les bénéfices attendus d' une anticoagulation par warfarin?
 - Prévention embolies artérielles(cérébrales++)
 - AVC cardio-embolique: 10-15% qq soit âge, 25% > 80ans
 - RR 0,4 sous AVK VS placebo
 - Bénéfice majoré si thrombus intracardiaque ou MVTE

Cas clinique 1

- Quels en sont les risques?
 - Hémorragique ++(PMZ)> allergie> nécrose cutanée
 - FdR de saignement sous AVK?
 - âge
 - atcd d' hémorragie digestive
 - alcool
 - HTA maligne
 - diabète
 - atcd AVC
 - cancer
 - mauvaise observance/surveillance (ex: démence+ isolement social)
 - Risque 3-4%/an en moyenne patient « tout venant »

Cas clinique 1

- Quels arguments vous incitent(ou non) a la mise en route des AVK?
 - Balance bénéfice /risque ++
 - Ici quels risques ?
 - FdR de chutes : arthrose
- Chez tout le monde quelles questions se poser ? :
 - Compliance?
 - Facteurs sociaux /familiaux influençant la délivrance, la prise , la surveillance?
 - Fonction rénale et hépatique?
 - Automédication?
 - Avis du patient?

Cas clinique 1

- Si vous décidez de ne pas introduire de warfarin, quelle alternative? Sur quels arguments la préférer?
 - Aspirine? (RR AVC VS placebo 0,8; saignement grave idem ou un peu moins)
 - En faveur d'un Antigrégant plaquettaire pathologie atheromateuse: atcd AVC ischémique (non cardioembolique) , IDM(++ si stent) , angor, AOMI
 - Avantage: Facilité d'emploi++
 - Oubli ou doublement de dose peu grave
 - Peu d'interactions
 - Pas de surveillance

Cas clinique 1

- Si vous décidez d'introduire la warfarine, comment se passera la mise en route en pratique?

- Non urgente
- Couverture héparine non indispensable

Attention: Risque hémorragique au début du TTT++

- Sous surveillance rapprochée de l'INR(après 3 prises)
- Faible posologie adaptée secondairement(ex 4 mg /j)
- Arrêt héparine(si débutée) 24 h après posologie efficace

Cas clinique 1

- Rédigez l'ordonnance(s) à 5 mg/j
 - N° 1: date, Dr Le Guen,
Mr X 80 ans
Coumadine 2mg soit 2,5 cp en une prise unique le soir vers 18h pendant X temps
- conseils oraux et écrits ++ :
 - *Vous êtes sous anticoagulants votre sang est donc plus fluide et il existe un risque de saignement. Vous devez porter sur vous votre carte de groupe sanguin, prendre conseil avant toute automédication, prévenir votre dentiste...*
 - Contre indication à l'aspirine et aux AINS au daktarin , si douleurs paracetamol 500 mg 2 cp toutes les 6 heures

Cas clinique 1

- Rédigez l'ordonnance(s) à 5 mg/j
 - N° 2: date, Dr Le Guen,
Mr X 80 ans
faire prélever à domicile, par une IDE
INR 1/sem pendant 1 mois puis 1/15j pendant 1 mois puis 1 fois /mois,
 - ++ merci de faxer les résultats à l'attention du Dr Le Guen au n° ..
 - ++Objectifs INR 2-3
 - Conseils oraux
 - *Nécessité d'une prise à heure fixe , ne pas modifier les doses sans avis médical, contactez votre médecin en cas d'oubli en cas de saignement , évitez les situations à risque...*
 - *S'assurer qu'il peut se procurer les médicaments, et de la compréhension du risque d'interruption, contacter une IDE*

Cas clinique 1

- Pour ralentir la FC quels traitements proposez vous?
 - Beta bloquants
 - Inhibiteurs calcique bradycardisants(ex pas l' Amlor ni le Loxen)
 - Digoxine
 - Cordarone

Cas clinique 1

3 ans plus tard Mr X est admis pour une hémorragie digestive:
il a vomit 1 verre de sang rouge , pas de signes de choc

l' INR 5,9; Hb 11g/dl

ECG : ACFA 80/min

quelle attitude immédiate? à distance?

- Hospitalisation
- arrêt des AVK, Vitamine K, FOGD en urgence
- en l'absence de CI (ex: UGD, VO), revoir la balance B/R, rechercher les facteurs de surdosage, reprendre à posologie plus faible

Cas clinique 2

Vous êtes le MT de Mme X 89 ans

ATCD: coronaropathie, insuffisance cardiaque stable,
ACFA chronique, 1 épisode délirant avec hallucinations
auditives au Dc de son mari

TTT: Triatec (IEC) 5mg le matin

Lasilix (diurétique) 40 mg le matin

Coumadine(AVK) 2mg le matin

Risperdal (Neuroleptique)1mg le soir

MDV: gere seule ses courses et les médicaments, AM 3h
/sem, 1 fille

Cas clinique 2

Consultation de rhumatologie pour des douleurs d'épaule
puis je introduire des AINS?
quelles sont les interactions et effets indésirables ?
par quels mécanismes?

- CI formelle aux AINS :
 - Risque d'insuffisance rénale aigue en association aux diurétiques et IEC, par vasoconstriction de l'arteriole afférente, deshydratation
 - Risque d'hémorragie interaction avec les AVK + toxicité digestives + par effet antiagregant

Cas clinique 2

C' est la canicule, Mme X est fatiguée , a perdu 2 Kg
que faites vous?
rédigez vos ordonnances

- Arrêt des IEC, diurétiques +/- NL
Contrôle ionogramme sanguin et INR 1/sem
Conseils: hydratation , surveillance poids
- Date, Dr Le Guen
Mme X 89 ans
arret des Iec/diuretiques/NL
Coumadine 2mg le soir en 1 prise
Objectif INR 2-3
CI AINS /aspirine...
- 2eme ordonnance : INR/ionogramme sanguin, urée, créatinine 1/sem

Cas clinique 2

3 mois plus tard, nouvel épisode de décompensation cardiaque sans facteurs déclenchant, vous souhaitez débiter un TTT par beta bloqueur

quelles sont les qualités attendues d' un médicament en général?

- Efficacité sur des critères cliniques, tolérance (effets indésirables connus), sécurité d' emploi, cout raisonnable

quelles questions vous posez vous dans le cas de Mme X?

- le TTT diminue t-il la mortalité? Le risque d' hospitalisation? Améliore t-il la qualité de vie? quels sont les effets indésirables les plus fréquents/graves?

quelles informations lui communiquez vous pour qu' elle prenne part à la décision?

- TTT efficace(mortalité et hospitalisation), risque d' hypotension orthostatique, risque de décompensation cardiaque, instauration progressive (surveillance clinique et ECG

Cas clinique 2

Sur le plan cardiaque , ca va mieux mais...

Perte d' autonomie, troubles mnésiques , -3 kg

Albumine 28g/l(N 35-50)

et INR déséquilibré

quelles hypothèses pour expliquer cette variation?

- Modification de l' apport en vitamine K , hypoalbuminémie, erreurs de prise médicamenteuses(oubli, double prise automédication...)

quelle prise en charge proposez vous?

- PEC sociale: AM (portage des repas) IDE (prise médicamenteuse)
- Supplémentation hyperprotidique
- Discuter l' arrêt des AVK si les difficultés persistent

Cas clinique 2

Mme X a bien une maladie d' Alzheimer débutante

Quels sont les intérêts et risques d' un traitement par anticholinestérasique dans son cas?

- Rapports B/R incertain car:
- Efficacité purement symptomatique et modérée
- Risque de bradycardie en association aux beta bloquants

Cas clinique 3

De garde vous voyez Mme I 85 ans (dossier rédigé par sa fille)

- Maladie d' Alzheimer sévère (MMS 8/30) depuis 7 ans sous Aricept 10mg , Ebixa 2/j; Risperdal 1mg/j; Seropram 1/j, Stilnox 1/j, Toco 500 2/j
- HTA sous Amlor 1/j; Coversyl 4mg, TNT patch 5mg, Aspegic 100mg/j
- Constipation sous forlax
- Lombalgies sou paracetamol
- Anémie 10g sous fer et acide folique

« elle s' agite et en plus elle est devenue incontinente! »

« En mon absence je l' ai confiée à une garde malade qui a appelé SOS medecin 1 ere fois: prescription de Tercian, 2eme fois Loxapac 1 injection »

Patiente assise, grimacante mais calme..., souillée et malodorante....

Palpation abdominale douloureuse

Cas clinique 3

Quelle analyse du trouble de la continence? Que recherchez vous?

- Rétention aigue d' urine avec mictions par rengorgements
- Favorisée par une constipation et les nombreux traitements anticholinergiques Tercian, Loxapac, Risperdal
- Recherche d' un fécalome

Cas clinique 3

Comment peut on reconstituer l'histoire de cet événement?

- Démence sévère avec troubles du comportements
- Epuisement de l'aidant
- Agitation liée a la séparation de sa fille et au nouvel intervenant
- Prescription d' un NL supplémentaire=> aggravation liée aux effets secondaires => prescription d' un 2eme NL supplémentaire => majoration des ES

Cas clinique 3

Quelle serait l'ordonnance idéale?

- Arrêt des traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer(Aricept-Ebixa): inutiles dans ce cas, arrêt brutal possible
- Arrêt du toco 500 : inutilité démontrée
- Arrêt du risperdal +/- réintroduction si réapparition de comportements agressifs
- Arrêt secondaire et progressif du Stilnox (risque de sd de sevrage)
- Maintien du Seropram si sd dépressif uniquement
- HTA: arrêt de la TNT(TTT de l'angor), contrôle tensionnel allègement si possible (risque d'hypotension orthostatique)
- Indication de l'aspegic non retrouvée: arrêt également car potentiellement responsable de l'anémie par microsaignements
- Inutilité du zocor en l'absence de dyslipidémie (et même dans ce cas futilité)
- Arrêter le fer (troubles digestifs et potentielle constipation secondaire) et de l'acide folique , dosage et exploration de l'anémie si besoin

Cas clinique 4

- **Monsieur L. Ernest**, 94 ans, est hospitalisé en urgence suite à une chute.
- Ses principaux antécédents sont un infarctus du myocarde en 1979, une AC/FA, une HTA, une insuffisance veineuse et une cécité de l'œil gauche.
- Sur le plan chirurgical, il a bénéficié en 1988 d'une prothèse partielle du genou droit pour gonarthrose.
- Il est marié et vit à domicile avec son épouse.
- Depuis 3 mois, il dit marcher plus difficilement et avoir perdu beaucoup de poids. Il dit avoir chuté dans la nuit sans pouvoir se relever. La gardienne qui amène le courrier a prévenu les pompiers le lendemain matin. Ils l'ont amené aux urgences.

Cas clinique 4

- L'examen clinique à l'arrivée retrouve un poids à 76 kilos. Incurie. L'examen cardiovasculaire est normal, de même que l'examen abdominal. L'électrocardiogramme s'inscrit en ACFA à un rythme de 70 par minute, sans trouble de la repolarisation. On ne retrouve pas de signe de localisation neurologique. Il existe un hématome au niveau de la cuisse droite et une ulcération nécrotique au niveau de l'épaule droite.
- Le bilan fait aux urgences retrouve : créatinine=208 $\mu\text{mol/l}$, urée=25 mmol/l . Protidémie= 61g/l. CK =1770 UI/l.
- Hémoglobine= 8.4 g/dl, VGM=75 fl. Reticulocytes =36000/ mm^3 .

Cas clinique 4

- Interpréter les résultats biologiques. Proposer une hypothèse pour expliquer chacune des perturbations observées:
-
- *insuffisance rénale d'allure fonctionnelle : déshydratation ? Et/ou Rhabdomyolyse ?)*
- *Augmentation des CPK : Rhabdomyolyse ?*
- *Anémie microcytaire arégénérative : carence martiale ?*
- *Hypoprotidémie : dénutrition ?*

Cas clinique 4

- 2) Sur quels arguments cliniques de l'observation évoquez-vous une dénutrition ? Quels autres éléments allez-vous rechercher pour étayer ce diagnostic ?
- *Escarre et Perte de poids*
-
- *Interrogatoire : Quantifier la perte de poids.*
- *BMI (poids/T₂)*
- *Albumine*
- *Préalbumine*

Cas clinique 4

- 3) Sa femme vous amène l'ordonnance de M. L, vous lisez : « Previscan : $\frac{1}{2}$ les jours impairs, $\frac{1}{4}$ les jours pairs Triatec 10mg : 1 par jour Aspégic 100mg : 1 sachet le midi , Lexomil 1/2cp au coucher , Paracétamol 1g quatre fois par jour » Efferlagan codéiné 1 à 3 par jour
- Pour chacun de ces traitements, discutez les indications et les éventuelles contre-indications, effets secondaires à craindre et précautions d'emploi chez ce patient.
- *Previscan : indiqué dans l'ACFA. Contre-indications : anémie ferriprive, chutes, suivi de l'INR*
- *Triatec : indication cardiopathie ischémique, insuffisance rénale, HTA. CI : deshydratation, insuffisance rénale aiguë, risque d'hypotension orthostatique, d'autant plus qu'il existe une insuffisance veineuse*
- *Aspégic : I dans cardiopathie ischémique, mais risque hémorragique en assoc au AVK+chute+anémie ferriprive.*
- *Lexomil : I : insomnie ou anxiété, à réévaluer. CI : chutes, sevrage*
- *Paracétamol : douleur. Ne pas associer à l'effergalgan codéiné*

Cas clinique 4

- 4) Vous programmez des explorations digestives
- Détailler votre prise en charge thérapeutique dans les 48 premières heures (examens complémentaires exclus)

- **Hospitalisation**
- *Hydratation orale et parentérale (G5%)*
- *Transfusion*
- *Arrêt triatec, diantalvic, previscan, -aspégic (+/-intro HBPM)*
- *Maintien Lexomil*
- *Kine*
- *Régime hypercal*
- *Surveillance des constantes*

Cas clinique 4

- 5) Un bilan neuropsychologique fait en milieu d'hospitalisation retrouve un déficit de la mémoire épisodique verbale non corrigé par l'indiciage, associé une apraxie réflexive et un syndrome dysexécutif. Quel diagnostic évoquez-vous? Quelle sera à la sortie du patient votre prise en charge non médicamenteuse (hors prise en charge sociale) ?
- **Maladie d'Alzheimer**
- *Prise en charge :*
- *Suivi médical (donner un rendez vous)*
- *Prise en charge nutritionnelle*
- *Kinesithérapie*
- *orthophonie*

Cas clinique 4

- 6) Les explorations digestives n'ont retrouvé que des hémorroïdes, qui ont été sclérosées. Monsieur L. a repris environ 5 kg en 1 mois d'hospitalisation.. Que pensez vous de cette prise de poids ?
- *carence d'apport alimentaire à domicile*
- Comment évaluez vous son autonomie antérieur à domicile?
- *Interrogatoire du patient, de son entourage et du MT (ADL, IADL)*
- Détaillez la prise en charge sociale à mettre en place à la sortie de M. L.
- ***Demande d'APA***
- *Mise en place d'aides pour la toilettes, les courses, la cuisine +/- le ménage.*
- *Ou « portage des repas à domicile »*
- *Discuter une mesure de protection juridique.*