

URGENCES DU SUJET ÂGÉ

Mercredi 30 septembre 2015

iatrogénie et sujet âgé aux Urgences

Dr Bruno CHARPIAT, Pharmacien

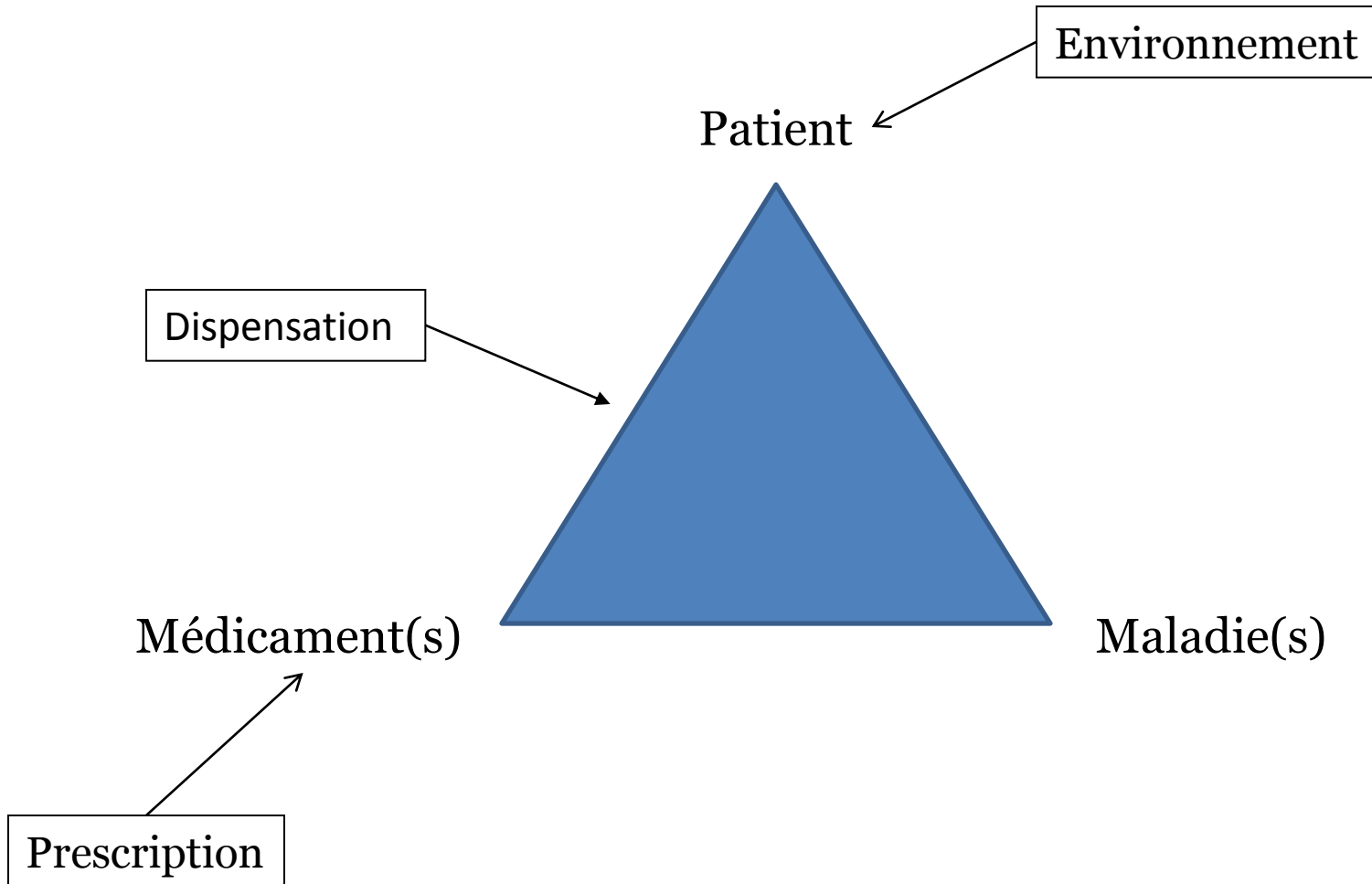
Dr Sylvain GAUJARD, Gériatre

Hôpital de la Croix Rousse, Lyon

Iatrogénie / prescriptions sub-optimales

- « Overuse » :
 - Pas ou plus d'indication
- « Misuse » :
 - Utilisation inappropriée, risque > bénéfice
- « Underuse » :
 - Sous-traitement

« Iatropathogénèse »



Avoir le réflexe iatrogénique

Tout nouveau symptôme chez un sujet âgé doit faire rechercher une origine médicamenteuse.

10 à 20% des hospitalisations, 10000 décès en France par an

Le Réflexe Iatrogénique

Devant tout nouveau symptôme, avoir le réflexe iatrogénique, c'est se poser la question :
 « Un Accident iatrogénique est-il possible ? »

Chronologie de survenue compatible ? Signe clinique évocateur? (chute, anorexie, confusion) Événement intercurrent favorisant? (fièvre, déshydratation)

non

Diagnostic Précis
Établi ?

- Indication à traiter ?
- Alternative non médicamenteuse?

oui

Accident Iatrogénique Isolé
ou
Favorisé par une Pathologie Aiguë? ⁽¹⁾

- Arrêt, avec substitution ou non ?
- Ajustement ?
- Déclaration à la Pharmacovigilance ⁽²⁾ ?

Définir le Suivi et Rédiger l' Ordonnance

⁽¹⁾ Ex : diurétiques au long cours bien supportés, mais, si fièvre et déshydratation, survenue d'une insuffisance rénale aiguë

⁽²⁾ si accidents graves ou inattendus

Tableaux cliniques

- Symptôme spécifique (effet secondaire)
- Syndromes gériatriques :
 - Chutes
 - Confusion
 - Amaigrissement, troubles digestifs
 - Troubles métaboliques
 - Etc ...

Facteurs précipitants

- Nouvelle molécule (\neq prescription)
 - Effet secondaire
 - Interactions
- Modifications de métabolisme
- Modifications d'observance :
 - Défaut : troubles cognitifs, sevrages
 - Excès : mise en place IDE, hospitalisation, ...

Comment mener l'enquête ?

- Anamnèse +++
 - Historique des symptômes
 - Historiques des prescriptions / automédication
 - Facteur intercurrent
 - Observance (< 50% dans toutes les études)
 - « La plupart des gens ont des difficultés à prendre tous leurs médicaments comme le leur a prescrit leur médecin. Avez-vous des difficultés à prendre certains de vos médicaments ? Lesquels ? A quelle fréquence ? »
- Vérifier les informations +++ (ne faire confiance à personne !!)

Mais ...

Avez-vous une idée du volume
d'informations relatives aux
médicaments que nous devons
maîtriser
TOUS les jours ?

Le volume d'informations que nous devons maîtriser ^[16]

Catégories	Nombre d'informations (%)
Indications thérapeutiques	53 183 (3.4%)
Dose et mode d'administration	45 319 (2.9%)
Précautions d'emploi	173 483 (11.1%)
Contre-indications	115 776 (7.4%)
Effets indésirables	1 096 760 (70.3%)
Interactions médicamenteuses	59 591 (3.8%)
Incompatibilités physico-chimiques	16 623 (1.1%)
Total	1 560 735

Au bout de combien de temps un médecin renonce-t-il à rechercher une information lorsqu'il est pris dans la routine clinique ? [12-13]

- Des études ont montré qu'un prescripteur abandonne une tâche de recherche documentaire au bout de deux minutes, voire de trente secondes quand il est en situation de routine clinique.

Ce à quoi on ne pense pas toujours

- Le patient dément ou parkinsonien et valproate: l'œuf ou la poule ? [7-10]

Un véritable casse-tête pour savoir qui a commencé le premier

- Les interactions médicamenteuses silencieuses : phénomène lent [11]

Penser à un médicament qui a été prescrit il y a plusieurs mois
Exemple : Terbinafine + Rispéridone

- Perturbations du bilan hépatique non expliquées
- **Cas sévères** : DRESS syndrome

Les outils documentaires [14]

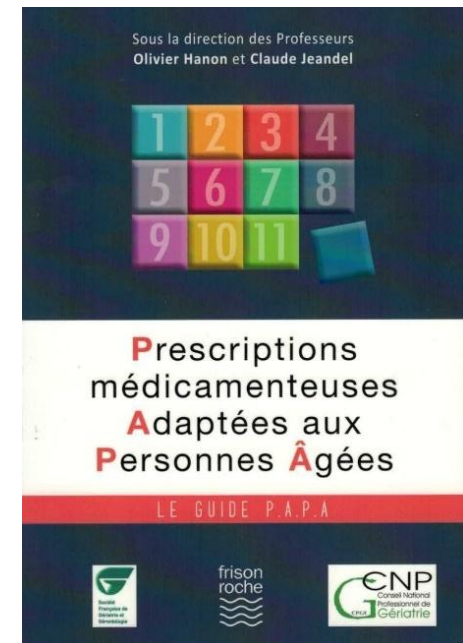
- La fonction « CTRL F » pour les RCP-Vidal
- L'outil « Pharmacovigilance » de la Revue Prescrire, accessible en ligne
- Les outils de demain ?

Coopération médecin/pharmacien

- Aide à la recherche documentaire
- Penser à solliciter le pharmacien d'officine
- Définir ensemble la stratégie d'arrêt des médicaments

Prévenir : 30% évitable

- Se former en gériatrie !
- Maîtriser ses prescriptions :
 - Prescriptions inappropriés (listes, outils, PAPA)
 - Adapter les posologies (oui, mais pas trop !)
 - Libeller soigneusement
 - Expliquer
- Révision des ordonnances
- Sécuriser les prises



Sécuriser les prises

- Réduction du nombre de prises
- Aide technique ou humaine
- Formes galéniques à risque (solutions buvable)
- Facteurs :
 - Fonctions cognitives, visuelles
 - Dextérité
 - Troubles de déglutition

Nécessite une évaluation médicale

Semainier ou œuvre d'art contemporain ?



IATROGENIE, SUJET AGE ET URGENCES dans la littérature [1-6]

- Le nombre de prescriptions inappropriées induit des passages aux urgences
- Fréquence des prescriptions inappropriées chez les patients âgés consultant aux urgences : 10% à 20%
 - Rôle de l'insuffisance rénale
 - Fréquence des signes aspécifiques, avec retard diagnostique.
 - Place du pharmacien
- Facteurs de risque des cas graves :
 - Âge
 - Comorbidités
 - Polymédication, nouvelles prescriptions
 - Hospitalisation récente ou passage récent aux urgences
 - EHPAD

Analyse pharmacothérapeutique chez la PA aux urgences ^[15]

- Overuse : 27%
- Misuse : 24%
- Underuse : 1%
- Survenue potentielle d'EI : 44%
- Difficultés d'observance : 3%

Rôle de l'urgentiste

- Diagnostiquer les pathologies iatrogènes
- Repérer les situations à risque (polymédication, médicaments ou prescriptions inappropriées, ...)
 - Réviser l'ordonnance : une indication d'évaluation gériatrique
- Ne pas en rajouter !!
 - Psychotropes, antalgiques, remplissage ...
 - Libeller les prescriptions : expliquer, écrire, préciser les médicaments arrêtés, ...
 - S'inquiéter de la sécurisation des prises

Bibliographie (1)

1. Wong et al. Identification of inappropriate medication use in elderly patients with frequent emergency department visits. CPJ RPC • July August 2014 • 147(4)
2. D. Heininger-Rothbucher et al. Problematic drugs in elderly patients presenting to a European emergency room. European Journal of Internal Medicine 14 (2003) 372-376
3. Dormann et al. Adverse drug events in older patients admitted as an emergency—the role of potentially inappropriate medication in elderly people (PRISCUS). Dtsch Arztebl Int 2013; 110(13): 213–9
4. Hellde et al. Adverse Drug Reactions and Impaired Renal Function in Elderly Patients Admitted to the Emergency Department Drugs Aging 2009; 26 (7): 595-606
5. Nickel et al. Drug-related emergency department visits by elderly patients presenting with non-specific complaints. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2013, 21:15
6. Wu et al. Incidence and Economic Burden of Adverse Drug Reactions among Elderly Patients in Ontario Emergency Departments. Drug Saf 2012; 35 (9): 769-781
7. [Reversible Parkinsonism and cognitive impairment following treatment with valproate]. Rev Neurol. 2008 Oct 1- 15;47(7):390-1

Bibliographie (2)

8. Prospective evaluation of parkinsonism and tremor in patients treated with valproate. *Parkinsonism Relat Disord.* 1999 Apr;5(1-2):67-68
9. Diagnosis of Parkinsonism in older patients receiving sodium valproate. *Mov Disord.* 2007 Jun 15;22(8):1211.
10. Valproate-induced Parkinsonism in epilepsy patients. *Mov Disord.* 2007 Jan;22(1):130-3.
11. A cytochrome P450 inhibitor in a stable schizophrenic patient: a drug interaction. *J Clin Psychopharmacol.* 2011 Oct;31(5):670-1.
12. Ramos K, Linscheid R, Schafer S. Real-time information-seeking behavior of residency physicians. *Fam Med* 2003;35:257–60.
13. Sackett DL, Straus SE. Finding and applying evidence during clinical rounds: the "evidence cart". *JAMA* 1998;280:1336-38.
14. Duke JD, Li X, Grannis SJ. Data visualization speeds review of potential adverse drug events in patients on multiple medications. *J Biomed Inform* 2010;43:326-31.
15. Rémi Faure, Céline Moch, Mathilde France, Elisabeth Castel-Kremer, Muriel Favre, et al.. Analyse pharmacothérapeutique chez la personne âgée aux urgences et renforcement du lien ville-hôpital. Société Française de Médecine d'Urgence, Jun 2015, Paris, France
16. Quantifying the amount of information available in order to prescribe, dispense and administer drugs. Charpiat B, et coll. *Br J Clin Pharmacol.* 2014 May;77(5):908-9.