



17e congrès de la Société Française de  
Pharmacie Clinique

Lille Grand Palais - 7, 8 & 9 février 2018

SFPC  
Société française  
de pharmacie clinique



## **Atelier 9**

# **« S'initier aux outils de pharmacie clinique en gériatrie »**

Bernard Lise (CHU Clermont-Ferrand), Dambrine Mathilde (CHRU Lille), Devos Camille (CH Armentières), Gibert Prudence (CHU Grenoble), Rocquain Julien (CH Aubagne), Terrier-Lenglet Aurélie (CHU Amiens)  
**pour le groupe Gériatrie de la SFPC**



## Liens d'intérêt

- Aucun



## La patiente

Mme P,R, 77 ans 61kg 174cm (IMC 20,1 kg/m<sup>2</sup>) vit seule à domicile et reste relativement autonome pour les activités de la vie quotidienne (aide à la toilette; IDE 1x/jour le matin pour traitements et bas de contention).

Parmi ses **antécédents médicaux**, on note:

- Un diabète de type 2
- Une néphropathie diabétique (micro albuminurie 40 mg/24 heures; DFG 40ml/min)
- Une HTA (TA moyennes 120/60 mm Hg) avec hypotension orthostatique
- Une dyslipidémie
- Un tremblement essentiel léger
- Un syndrome anxio-dépressif
- Une ostéoporose fracturaire
- Une démence légère
- Une dénutrition modérée
- Des chutes (< 2 x/an)

Pas d'allergie connue. La patiente dit avoir parfois du mal à avaler ses médicaments.



## La patiente



Mme P,R, 77 ans 61kg 174cm (IMC 20,1 kg/m<sup>2</sup>)

vit seule à domicile et reste relativement autonome dans les activités de la vie quotidienne (aide à la toilette; IDE 1x/...

Parmi

- 
- 
- 
- Un syndrome
- Une ostéoporose
- Une démence légère
- Une dénutrition modérée
- Des chutes (< 2 x/an)

Patiente robuste? fragile? dépendante?

Pas d'allergie connue. La patiente dit avoir parfois du mal à avaler ses médicaments.



## La patiente

Mme P,R, 77 ans 61kg 174cm (IMC 20,1 kg/m2)

vit seule à domicile et reste relativement autonome dans ses activités de la vie quotidienne (aide à la toilette; IDE 1x/...



Parmi

- 
- 
- Une...
- Une ostéop...
- Une démence légère
- Une dénutrition modérée
- Des chutes (< 2 x/an)

Patiente robuste? Fragile? Dépendante?

→ **Fragile (démence légère, dénutrition modérée, chutes...)**

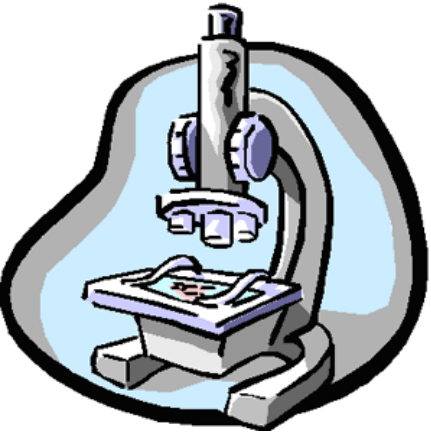
conséquences sur l'analyse de la prescription/risque iatrogénique???....c'est ce qu'on va voir maintenant...

Pas d'allergie connue. La patiente dit avoir parfois du mal à avaler ses médicaments.



## Son traitement

- Amlodipine 5mg 1-0-1
- Ramipril 5mg 1-0-0
- Indapamide LP 1,5mg 1-0-0
- Simvastatine 20mg 0-0-1/2
- Acétylsalicylate de lysine 75mg 0-1-0
- Esomeprazole 20mg 0-0-1
- Sitagliptine 100mg 1-0-0
- Acarbose 60mg 0-0-1
- Metformine 500mg 1-0-1
- Calcium 500mg 1-0-0
- Hydroxyzine 25mg ½ - ½ - 1
- Lorazepam 1mg 0-0-0-1
- Escitalopram 5mg 1-0-0
- Paracétamol effervescent 500mg 2-2-2 si besoin
- Kayexalate 1 cuillère mesure 1 jour sur 2



## Ses résultats biologiques d'intérêt

### Ionogramme

créatinine 12mg/L (ou 106,6  $\mu\text{mol/L}$ ) (N. 5-8 mg/L) (N. 44-71  $\mu\text{mol/L}$ )  
soit un DFG à 44ml/min selon CKD-EPI et 38ml/min selon Cockcroft et Gault.  
Natrémie 131 mmol/L (N. 135-145mmol/L)  
Kaliémie 5,1 mmol/L (N. 3,5 – 5,0mmol/L)  
CRP normale

### NFS

Hémoglobine 10,5 g/dL (N. 12- 16 g/dL)  
VGM 78 (N. 82 -98)  
Plaquettes 320 G/L (N 150- 400 G/L)

### Endocrinologie

Vit D 12ng/ml (N. 30- 60ng/ml)  
Hb1Ac 5,9% (4 -6% Intervalle non-diabétique (valeurs usuelles))  
TSH 2,12  $\mu\text{UI/mL}$  (N 0,4 à 3,6 $\mu\text{UI/mL}$ )

### Bilan lipidique

Cholestérol total: 1,04g/L (N 1,8 -2,6 g/L)  
HDL- cholestérol : 0,51g/L (N 0,35 – 0,8g/L)  
LDL- cholestérol: 0,40 g/L (N selon risque cardio-vasculaire)  
Triglycérides: 0,64g/L (N 0,3 – 1,6 g/L)



# Analyse de la prescription? Risque(s) iatrogénique(s)?





Medication appropriateness index (MAI) (aucune traduction en français validée)

**10 critères:**

- l'indication thérapeutique,
- l'efficacité (SMR),
- la posologie adaptée (dosage/24h)
- les administrations correctes (répartition sur 24h),
- l'utilisation pratique (capacité à la prise de médicaments selon les instructions, en prenant en compte la galénique, le rythme, dosage...),
- les interactions médicamenteuses,
- les interactions médicament-maladie (contre-indications),
- la duplication,
- la durée,
- les coûts.



## Indications thérapeutiques?

**Au premier abord...  
réponse plutôt OUI!**

Antécédents	Traitements
Diabète de type 2	Trithérapie: Sitagliptine 100mg 1-0-0 Acarbose 60mg 0-0-1 Metformine 500mg 1-0-1
HTA	Trithérapie: Amlodipine 5mg 1-0-1 Ramipril 5mg 1-0-0 Indapamide LP 1,5mg 1-0-0
Néphropathie diabétique	Traitement néphroprotecteur Ramipril 5mg 1-0-0
Dyslipidémie	Simvastatine 20mg 0-0-1/2
Tremblement essentiel léger	Pas de traitement – Notion de stade léger
Syndrome anxio-dépressif	Hydroxizine 25mg ½ - ½ - 1 Lorazépam 1mg 0-0-0-1 Escitalopram 5mg 1-0-0
Ostéoporose fracturaire	calcium 500mg 1-0-0
Prévention primaire du risque CV?	Acétylsalicylate de lysine 75mg 0-1-0
Prévention risque AAP?	Esoméprazole 20mg 0-0-1
Arthrose?	Paracétamol effervescent si besoin
Hyperkaliémie étiologie iatrogène?	Kayexalate 1 cuillère mesure 1 jour sur 2



## Indications thérapeutiques chez notre patiente âgée fragile?

11

### - **Diabète de type 2**

→ HbA1c basse = réévaluation nécessaire de l'intérêt du maintien de traitement ADO

acarbose: peu d'efficacité → arrêt

fonction rénale basse → diminution posologie du sitagliptine vers 50mg; maintien metformine à cette posologie maximum (attention balance B/R à discuter selon l'état de fragilité de la patiente; risque encouru en cas de décompensation aiguë (infection, déshydratation, insuffisance rénale aiguë))

### - **HTA:** TA moyennes correctes mais objectifs trop sévères vu le profil gériatrique + notion d'hypotension orthostatique

→ approche non pharmacologique: bas de contention? Oui

→ trithérapie: approche pharmacologique trop « sévère »: lequel ou lesquels arrêtés?

- ramipril: hyperkaliémie iatrogène/action néphroprotectrice → diminution posologie ou arrêt?

- indapamide: hyponatrémie → arrêt

- amlodipine: ok sauf si décision de maintenir le ramipril.



## Indications thérapeutiques chez notre patiente âgée fragile?

12

### - **Dyslipidémie**

→ prévention primaire + dénutrition modérée + bilan lipidique bas avec un objectif LDL trop bas → arrêt statine et suivi EAL/3 mois

### - **Syndrome anxio-dépressif:**

→ hydroxyzine = anticholinergique puissant à bannir des prescriptions chez le sujet âgé gériatrique: remplacer par du seresta par exemple

→ relais hydroxyzine vers oxazépam mais attention association oxazépam + lorazépam non recommandée!

1) Réévaluation du sd anxio-dépressif

2) Voir si arrêt lorazépam possible sinon augmenter posologie oxazépam au coucher/ envisager une autre thérapeutique: miansérine (profil sédatif).

3) Escitalopram: hyponatrémie (mais probablement induite par indapamide/esoméprazole); date de l'initiation? (traitement pas forcément à vie...); réévaluation du besoin de maintenir cette prescription? Voir si arrêt possible? sinon, on pourrait proposer la miansérine (profil mixte sédatif + antidépresseur..)

Attention, contre-indication entre l'hydroxyzine et l'escitalopram (vu après)



## Indications thérapeutiques chez notre patiente âgée fragile?

13

### - **Ostéoporose fracturaire**

- calcium en monothérapie? recommandation pour ajout vitamine D (équivalence 800UI à 1000 UI/jour)
- bisphosphonate : per os? non adaptée au profil patient (à jeun, rester debout 30min...); avis spécialiste pour perfusion IV 1x/an? À discuter car patiente encore autonome + chutes/orientation vers spécialiste

### - **Indications thérapeutiques non traitées?**

- dénutrition: CNO?
- anémie ferriprive: ajout fer? par voie orale (problème de tolérance digestive)/voie injectable? (attention, fer + calcium: interaction absorption + risque de constipation ajout laxatif osmotique)

### - **Médicaments retrouvés sans indication?**

- Acétylsalicylate de lysine en prévention primaire? si méthode explicite, la réponse est arrêt; pas si simple car espérance de vie probable > 5 ans et plusieurs facteurs de risque...
- IPP: pas d'antécédent ARRET car balance bénéfique/risque négative et hyponatrémie. Facteur de risque de démence/ostéoporose/...



## Efficacité (SMR)?

14

SMR? réponse plutôt  
OUI!!

- Amlodipine 5mg 1-0-1
- Ramipril 5mg 1-0-0
- Indapamide LP 1,5mg 1-0-0
- Simvastatine 20mg 0-0-1/2
- Acétylsalicylate de lysine 75mg 0-1-0
- Esomeprazole 20mg 0-0-1
- Sitagliptine 100mg 1-0-0
- Acarbose 60mg 0-0-1
- Metformine 500mg 1-0-1
- Calcium 500mg 1-0-0
- Hydroxyzine 25mg ½ - ½ - 1
- Lorazepam 1mg 0-0-0-1
- Escitalopram 5mg 1-0-0
- Paracétamol effervescent 500mg 2-2-2 si besoin
- Kayexalate 1 cuillère mesure 1 jour sur 2



## Posologie?

15

1) Adaptation à la fonction rénale  
DFG à 44ml/min selon CKD-EPI et  
38ml/min selon Cockcroft et Gault

2) Posologie usuelle?  
Amlodipine inhibiteur calcique d'action  
longue, peu d'intérêt en clinique de  
répartir la dose totale en 2 prises, on  
pourrait proposer 10mg le soir pour  
alterner avec les deux autres anti-HTA  
pris le matin

- Amlodipine 5mg 1-0-1
- Ramipril 5mg 1-0-0
- Indapamide LP 1,5mg 1-0-0
- Simvastatine 20mg 0-0-1/2
- Acétylsalicylate de lysine 75mg 0-1-0
- Esomeprazole 20mg 0-0-1
- Sitagliptine 100mg 1-0-0
- Acarbose 60mg 0-0-1
- Metformine 500mg 1-0-1
- Calcium 500mg 1-0-0
- Hydroxyzine 25mg ½ - ½ - 1
- Lorazepam 1mg 0-0-0-1
- Escitalopram 5mg 1-0-0
- Paracétamol effervescent 500mg 2-2-2 si besoin
- Kayexalate 1 cuillère mesure 1 jour sur 2



## les administrations correctes (répartition sur 24h)?

16

Plutôt oui...mais patiente fragile et IDE 1x/jour le matin uniquement

→ éviter les prises le midi et le soir au maximum car IDE ne passe que le matin mais beaucoup de médicaments donc schéma matin – soir plus « agréable » pour la patiente

→ augmentation du plan d'aide IDE x2/j

→ si maintien de l'acétylsalicylate de lysine le passer le matin/le soir lors du repas le plus important

Schéma toujours préféré en 2 moments de prise max par jour chez le sujet âgé

- Amlodipine 5mg 1-0-1
- Ramipril 5mg 1-0-0
- Indapamide LP 1,5mg 1-0-0
- Simvastatine 20mg 0-0-1/2
- Acétylsalicylate de lysine 75mg 0-1-0
- Esomeprazole 20mg 0-0-1
- Sitagliptine 100mg 1-0-0
- Acarbose 60mg 0-0-1
- Metformine 500mg 1-0-1
- Calcium 500mg 1-0-0
- Hydroxyzine 25mg ½ - ½ - 1
- Lorazepam 1mg 0-0-0-1
- Escitalopram 5mg 1-0-0
- Paracétamol effervescent 500mg 2-2-2 si besoin
- Kayexalate 1 cuillère mesure 1 jour sur 2





l'utilisation pratique (capacité à la prise de médicaments selon les instructions, en prenant en compte la galénique, le rythme, dosage...)?

17

1) Formes orales « simples » ici donc

2) Eviter toute découpe de médicament

→ proposer la simvastatine 10mg

→ hydroxyzine sera arrêté et remplacé

3) Notion de difficulté à avaler? Médicaments écrasés? Ouverts?

→ liste des médicaments écrasables SFPC Janvier 2017

Ici, une forme effervescente (apport de sel ++ chez une patiente hypertendue) → exemple: proposer gélules de Doliprane® qui s'ouvrent

→ reprendre toute l'ordonnance pour formes galéniques adaptés au sujet âgé!

Mais attention, notre patiente a un tremblement essentiel donc formes buvables à éviter (sauf si IDE gère administration)

-Amlodipine 5mg 1-0-1

-Ramipril 5mg 1-0-0

-Indapamide LP 1,5mg 1-0-0

-Simvastatine 20mg 0-0-1/2

-Acétylsalicylate de lysine 75mg 0-1-0

-Esomeprazole 20mg 0-0-1

-Sitagliptine 100mg 1-0-0

-Acarbose 60mg 0-0-1

-Metformine 500mg 1-0-1

-Calcium 500mg 1-0-0

-Hydroxyzine 25mg ½ - ½ - 1

-Lorazepam 1mg 0-0-0-1

-Escitalopram 5mg 1-0-0

-Paracétamol effervescent 500mg 2-2-2 si besoin

-Kayexalate 1 cuillère mesure 1 jour sur 2

## les interactions médicamenteuses?

18

1) Contre-indication entre **hydroxyzine et escitalopram** : risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointes.

Potentialisé avec le risque d'hypokaliémie sous indapamide

2) Précaution d'emploi entre amlodipine = inhibiteur du CYP3A4 + simvastatine: **risque majoré de douleurs musculaires.**

3) Précaution d'emploi entre indapamide, ramipril et escitalopram: risque majoré d'hyponatrémie

4) Risque sédatif: hydroxyzine + lorazépam

5) Risque de saignement: acétylsalicylate de lysine + escitalopram

6) Risque d'angio-oedème entre sitagliptine + ramipril

7) Risque d'hypercalcémie entre indapamide + calcium

-Amlodipine 5mg 1-0-1

-Ramipril 5mg 1-0-0

-Indapamide LP 1,5mg 1-0-0

-Simvastatine 20mg 0-0-1/2

-Acétylsalicylate de lysine 75mg 0-1-0

-Esomeprazole 20mg 0-0-1

-Sitagliptine 100mg 1-0-0

-Acarbose 60mg 0-0-1

-Metformine 500mg 1-0-1

-Calcium 500mg 1-0-0

-**Hydroxyzine 25mg ½ - ½ - 1**

-Lorazepam 1mg 0-0-0-1

-**Escitalopram 5mg 1-0-0**

-Paracétamol effervescent 500mg 2-2-2 si besoin

-Kayexalate 1 cuillère mesure 1 jour sur 2



## les interactions médicament-maladie (contre-indications)?

19

Pas chez notre patiente  
de façon strictosensus

- Amlodipine 5mg 1-0-1
- Ramipril 5mg 1-0-0
- Indapamide LP 1,5mg 1-0-0
- Simvastatine 20mg 0-0-1/2
- Acétylsalicylate de lysine 75mg 0-1-0
- Esomeprazole 20mg 0-0-1
- Sitagliptine 100mg 1-0-0
- Acarbose 60mg 0-0-1
- Metformine 500mg 1-0-1
- Calcioside 500mg 1-0-0
- Hydroxyzine 25mg ½ - ½ - 1
- Lorazepam 1mg 0-0-0-1
- Escitalopram 5mg 1-0-0
- Paracétamol effervescent 500mg 2-2-2 si besoin
- Kayexalate 1 cuillère mesure 1 jour sur 2



## la duplication?

20

Pas chez notre patiente

Exemple: 2 benzodiazépines

- Amlodipine 5mg 1-0-1
- Ramipril 5mg 1-0-0
- Indapamide LP 1,5mg 1-0-0
- Simvastatine 20mg 0-0-1/2
- Acétylsalicylate de lysine 75mg 0-1-0
- Esomeprazole 20mg 0-0-1
- Sitagliptine 100mg 1-0-0
- Acarbose 60mg 0-0-1
- Metformine 500mg 1-0-1
- Calcium 500mg 1-0-0
- Hydroxyzine 25mg ½ - ½ - 1
- Lorazepam 1mg 0-0-0-1
- Escitalopram 5mg 1-0-0
- Paracétamol effervescent 500mg 2-2-2 si besoin
- Kayexalate 1 cuillère mesure 1 jour sur 2



## la durée?

21

OUI!

La notion de « traitement à vie » doit être remise en cause en permanence chez le sujet âgé en fonction de l'évolution de son profil gériatrique; même dans les maladies chroniques comme le diabète ou l'HTA

- Amlodipine 5mg 1-0-1
- Ramipril 5mg 1-0-0
- Indapamide LP 1,5mg 1-0-0
- Simvastatine 20mg 0-0-1/2
- Acétylsalicylate de lysine 75mg 0-1-0
- Esomeprazole 20mg 0-0-1
- Sitagliptine 100mg 1-0-0
- Acarbose 60mg 0-0-1
- Metformine 500mg 1-0-1
- Calcium 500mg 1-0-0
- Hydroxyzine 25mg ½ - ½ - 1
- Lorazepam 1mg 0-0-0-1
- Escitalopram 5mg 1-0-0
- Paracétamol effervescent 500mg 2-2-2 si besoin
- Kayexalate 1 cuillère mesure 1 jour sur 2



le coût?

22

Ça vaut pas le coup.....



# Méthode implicite : Calcul du score MAI

Médicaments	Score (0-18)	Détails
Amlodipine 5mg 1-0-1	2	0+0+1+0+0+1+0+0+0+0
Ramipril 5mg 1-0-0	2,5	1,5+0+1+0+0+0+0+0+0+0
Indapamide LP 1,5mg 1-0-0	3	3+0+0+0+0+0+0+0+0+0
Simvastatine 20mg 0-0-1/2	4	3+0+0+0+1+1+0+0+0+0
Acétylsalicylate de lysine 75mg 0-1-0	6	3+0+0+0+2+1+0+0+0+0
Esomeprazole 20mg 0-0-1	4	3+0+0+0+0+0+0+0+1+0
Sitagliptine 100mg 1-0-0	4	1,5+0+2+0+0+1+0+0+0+0,5
Acarbose 60mg 0-0-1	6	3+3+0+0+0+0+0+0+0+1
Metformine 500mg 1-0-1	1	0+0+1+0+0+0+0+0+0+0
Calcium 500mg 1-0-0	0	0+0+0+0+0+0+0+0+0+0
<b>Hydroxyzine 25mg ½ - ½ - 1</b>	<b>15</b>	<b>3+3+2+0+2+2+1+0+1+1</b>
Lorazepam 1mg 0-0-0-1	5	3+0+0+0+0+2+0+0+0+0
Escitalopram 5mg 1-0-0	4,5	1,5+0+0+0+0+2+1+0+0+0
Paracétamol effervescent 500mg 2-2-2 si besoin	3	0+0+0+2+1+0+0+0+0+0
Kayexalate 1 cuillère mesure 1 jour sur 2	0	0+0+0+0+0+0+0+0+0+0



# A quoi pourrait ressembler sa prescription si toutes nos interventions étaient acceptées?

24



## Son traitement

- Amlodipine 10mg 1-0-0
- Acétylsalicylate de lysine 75mg 1-0-0
- Sitagliptine 50mg 1-0-0
- Metformine 500mg 1-0-1
- Calcium vitamine D3 500mg/400UI 2-0-0
- Fumarate ferreux 66mg 0-0-2
- Oxazépan 10mg ½ - ½ - ½ si besoin
- Miansérine 30mg 0-0-1
- Paracétamol 500mg gélules 2-2-2 si besoin
- Macrogol 2-0-0 si besoin
- CNO 2x/jour matinée - gouter

On passe de 15 médicaments à 11 médicaments (+ CNO) donc objectif pas uniquement de diminuer le nombre mais d'obtenir le plus de médicaments « appropriés »...





- ✓ Utilisation de listes de médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées.
- ✓ Établies à partir de consensus d'experts.
- ✓ Exemples:
  - Liste de Laroche
  - Critères STOPP&START V2 adaptés en langue française
  - Guide PAPA



## Diabète:

- Liste de Laroche

- STOPP sulfamides hypoglycémiants

- Critères STOPP&START V2 adaptés en langue française

- STOPP metformine et IRC sévère (<30ml/min)

- STOPP sulfamides hypoglycémiants

- Guide PAPA

- Objectifs d'HbA1c doivent être revus à la hausse plus le profil gériatrique évolue vers la fragilité et la dépendance.

- IDPP4 intéressants car faible risque d'hypoglycémie et forme galénique disponible pour adaptation posologie à la fonction rénale.

- Metformine a la dose minimale (500mg x1/j) à maintenir si possible

- Proscrire les sulfamides hypoglycémiants



## Hypertension artérielle:

### ○ Liste de Laroche

- STOPP Antihypertenseurs à action centrale : méthyldopa, clonidine, moxonidine, rilménidine...
- STOPP Inhibiteurs calciques à libération immédiate : nifédipine, nicardipine

### ○ Critères STOPP&START V2 adaptés en langue française

- STOPP IEC/ARA2 en cas d'hyperkaliémie
- STOPP diurétique thiazidique en cas d'hyponatrémie

### ○ Guide PAPA

- Objectifs tensionnels plus élevés  $\leq 150\text{mmHg}$
- Ne pas aller trop vite; objectifs à atteindre en 6 mois
- Jamais plus de 3 anti-HTA chez le patient de + de 80 ans
- 5 classes médicamenteuses à privilégier: diurétiques thiazidiques; IEC; ARA2; Inhibiteurs calciques; bêtabloquants



## Dyslipidémie:

- Liste de Laroche  
/

- Critères STOPP&START V2 adaptés en langue française

START Statine en présence d'une coronaropathie, d'une atteinte cérébro-vasculaire et/ou d'une artériopathie périphérique documentée chez un sujet indépendant pour la réalisation des activités de base de la vie quotidienne et ayant une espérance de vie > 5 ans.

- Guide PAPA

- Patients < 80 ans: statine prévention secondaire ou primaire si haut risque cardio-vasculaire
- Patients > 80 ans en présence d'un vieillissement réussi: statine prévention secondaire ou primaire si haut risque cardio-vasculaire
- Patients > 80 ans avec vieillissement pathologique: pas en prévention primaire, discuter au cas par cas en prévention secondaire



## Etat anxieux:

### ○ Liste de Laroche

- Dose de benzodiazépines et apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire supérieure à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune : lorazépam > 3 mg/j, oxazépam > 60 mg/j, alprazolam > 2mg/j, clotiazépam > 5 mg/j, zolpidem > 5 mg/j, zopiclone > 3,75 mg/j

### ○ Critères STOPP&START V2 adaptés en langue française

- STOPP Benzodiazépine depuis plus de 4 semaines  
- STOPP-D9 Neuroleptique pour insomnies (sauf si par psychose ou démence)

### ○ Guide PAPA

- START benzodiazépines à demi-vie courte sans métabolite actif: alprazolam, oxazépam, lorazépam, clotiazépam  
- STOP benzodiazépines à demi-vie longue  
- STOP association 2 benzodiazépines  
- STOP hydroxyzine  
- STOP neuroleptiques dans cette indication



## Ostéoporose:

### ○ Critères STOPP&START V2 adaptés en langue française

- START si ostéoporose confirmée (densitométrie osseuse : T-score  $< -2,5$  DS) ou antécédent de fracture osseuse (spontanée ou survenue au cours d'un traumatisme à basse énergie), une **supplémentation en vitamine D (cholécalférol 800—1000 UI/jour) & calcium (1—1,2 g/jour)**
- START si ostéoporose confirmée (densitométrie osseuse : T-score  $< -2,5$  DS) ou antécédent de fracture osseuse (spontanée ou survenue au cours d'un traumatisme à basse énergie), un **inhibiteur de la résorption osseuse ou anabolique osseux** en l'absence de contre-indication pharmacologique et/ou clinique
- START si confinement à domicile ou chutes ou ostéopénie (densitométrie osseuse :  $-2,5 < \text{T-score} < -1,0$  DS), une supplémentation en vitamine D (cholécalférol 800—1000 UI/jour)

### ○ Guide PAPA

- Une déficience ou une carence en vitamine D est un facteur de risque d'ostéoporose (et de chute); l'instauration d'un traitement anti-ostéoporotique implique la normalisation préalable des taux de vitamine D3 plasmatiques :
  - Protocole de correction de l'insuffisance en vitamine D3 (protocole de Souberbielle)
  - Protocole de maintien d'un statut vitaminique D satisfaisant



## Prévention primaire:

- Critères STOPP&START V2 adaptés en langue française

- STOPP tout médicament prescrit sans indication clinique (aspirine et statine en prévention cardiovasculaire primaire ;inhibiteur de la pompe à protons sans atteinte œsogastrique récente. . .

- Guide PAPA

- STOP maintien et reconduction d'un traitement par IPP chez la personne âgée si prescrit sans preuve endoscopique; pour atteinte gastroduodénale il y a plusieurs années; ou si prescrit pour la prévention des lésions par AAP sans facteurs de risque (antécédents gastroduodénaux, association AINS; AVK ou autre AAP) et sans recherche d'infection H.pylori
- Risque iatrogène si prescription inappropriée d'IPP au long cours (> 1an)



# A quoi pourrait ressembler sa prescription si toutes nos interventions étaient acceptées?

32



## Son traitement

- Amlodipine 10mg 1-0-0
- Sitagliptine 50mg 1-0-0
- Metformine 500mg 1-0-0
- Calcium vitamine D3 500mg/400UI 2-0-0
- Fumarate ferreux 66mg 0-0-2
- Oxazépam 10mg ½ - ½ - ½ si besoin
- Miansérine 30mg 0-0-1
- Paracétamol 500mg gélules 2-2-2 si besoin
- Macrogol 2-0-0 si besoin
- CNO 2x/jour matinée - gouter

On passe de 15 médicaments à 10 médicaments (+ CNO) donc objectif pas uniquement de diminuer le nombre mais d'obtenir le plus de médicaments « appropriés »...





MERCI DE VOTRE ATTENTION



@SFPCOfficiel

#SFPC18



[www.sfpc.eu](http://www.sfpc.eu)