

CHRU
HÔPITAUX DE TOURS



UT université
de **TOURS**

Faculté de Médecine

GÉRIATRIE

FMC jeudi 4 mai 2023

Service de Médecine Aigue Gériatrique

Dr Marc Mennecart

Cas clinique 1

Madame M. âgée de 90 ans est hospitalisée à la demande de son fils pour AEG (levé impossible) et troubles cognitifs d'apparition récente.

Cette patiente autonome vit seule au domicile diabétique depuis plus de 20 ans réalise ses glycémies capillaires et son injection d'insuline

Atcd:

HTA, BPCO, AIT, D2, arthrose évoluée

Cas clinique 1

Son traitement associe

FUROSEMIDE 20 mg : 1-0-0

KARDEGIC 75 mg : 0-1-0

LANTUS : 14 UI en SC le matin

METFORMINE 1000 mg : 1-0-1

PRAVASTATINE 10 mg : 0-0-1

RAMIPRIL 5 mg: 1-0-0

HYDROCHLOROTHIAZIDE 25 mg + IRBESARTANT 300 mg/j: 1-0-0

Cafeine 30 mg + Opium 10 mg+ Paracétamol 300 mg: 1-1-1

FLUOXETINE 20 mg : 1-0-0

Cas clinique 1

1 -Le traitement de votre patiente comporte :

A- Une polymédication

B- Un risque d'hyperkaliémie

C- Un risque de confusion

D- Une statine qui n'est pas justifiée

E- Un AAP qui n'est pas justifié

Cas clinique 1

1 -Le traitement de votre patiente comporte :

A- Une polymédication

B- Un risque d'hyperkaliémie

C- Un risque de confusion

D- Une statine qui n'est pas justifiée

E-Un AAP qui n'est pas justifié

Cas clinique 1

A la prise en charge :

Poids 45 kg, taille 1,47 m, IMC =20

Un tableau d'insuffisance cardiaque globale domine le tableau clinique avec une confusion

Créat : 125 $\mu\text{mol/L}$ Clairance en Cockcroft: 19 ml/mn (37ml/mn en MDRD)

Natrémie 127mmol/l Kaliémie 5,7 mmol/l albumine 38g/l CRP 5mg/l

Hypo TAO +

HbA_{1c} = 8%

Troponine normale BNP = 50000 ng/l

GDS: PH= 7,38 PCO₂= 51mmHg PO₂= 56mmHg HCO₃= 29mmol/l

Cas clinique 1

2-Votre patiente présente

- A- Une dénutrition modérée
- B- Une dénutrition sévère
- C- Aucun critère de dénutrition
- D- Un risque de chute
- E- Une dose optimale de Paracétamol

Cas clinique 1

2-Votre patiente présente

A- Une dénutrition modérée

B- Une dénutrition sévère

C- Aucun critère de dénutrition

D- Un risque de chute

E- Une dose optimale de Paracétamol

Critères HAS de dénutrition

(novembre 2021)

Critères pour le diagnostic de dénutrition : présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique

Critères phénotypiques (1 seul critère suffit)

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$.
- Sarcopénie confirmée par une réduction quantifiée de la force et de la masse musculaire (cf texte de la recommandation).

Critères étiologiques (1 seul critère suffit)

- Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques.
- Absorption réduite (malabsorption/maldigestion).
- Situation d'agression (avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive.

OUI

NON

Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)

- $20 \leq \text{IMC} < 22$.
- Perte de poids $\geq 5\%$ et $< 10\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* $\geq 30 \text{ g/L}$.

Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)

- $\text{IMC} < 20 \text{ kg/m}^2$.
- Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* $< 30 \text{ g/L}$.

Patient non dénutri

- En cas d'évènement clinique intercurrent (infection, chirurgie...) ou de diminution de l'appétit ou des consommations alimentaires, rapprocher la surveillance du poids, de l'appétit et des consommations alimentaires à une fois par semaine.

*Un seul critère de dénutrition sévère prime sur un ou plusieurs critères de dénutrition modérée. * Mesure de l'albuminémie par immunonephélogéométrie ou immunoturbidimétrie. Les seuils d'albuminémie sont à prendre en compte quel que soit l'état inflammatoire.*

Prise en charge nutritionnelle à adapter
selon le degré de sévérité de la dénutrition

Surveillance de l'évolution de l'état nutritionnel

- Quel que soit le statut nutritionnel, la surveillance repose sur :
 - la mesure du poids ;
 - le calcul de l'IMC ;
 - l'évaluation de l'appétit ;
 - l'évaluation de la consommation alimentaire ;
 - la force musculaire.
- En ville : 1 fois par mois à domicile et à chaque consultation.
- À l'hôpital MCO et SSR : à l'entrée, puis au moins une fois par semaine, et à la sortie.
- En EHPAD et USLD : à l'entrée, puis au moins une fois par mois, et à la sortie.

Cas clinique 1

3- Quel (s) traitement (s) antidiabétique (s) proposez vous pour sa prise en charge ?

A- METFORMINE à 2 g/j

B- LANTUS 14 ui SC le matin

C- GLICLAZIDE 60 mg LM : ½ cpr le matin

D- Régime diabétique

E- GLARGINE : 14 UI SC le matin + Metformine 1000 mg/j



Cas clinique 1

3- Quel (s) traitement (s) antidiabétique (s) proposez vous pour sa prise en charge ?

A- METFORMINE à 2 g/j

B- LANTUS 14 ui SC le matin

C- GLICLAZIDE 60 mg LM : $\frac{1}{2}$ cpr le matin

D- Régime diabétique

E- GLARGINE : 14 UI SC le matin + Metformine 1000 mg/j



Cas clinique 1

4- Quels éléments pourriez-vous retenir en faveur d'une iatrogénie cognitive ?

A- Chute

B-Hyponatrémie

C-Hypotension artérielle orthostatique

D-dénutrition

E-Hypoglycémie

Cas clinique 1

4- Quels éléments pourriez-vous retenir en faveur d'une iatrogénie cognitive ?

A- Chute

B-Hyponatrémie

C-Hypotension artérielle orthostatique

D-dénutrition

E-Hypoglycémie

Cas clinique 1

5-Concernant son traitement cardiovasculaire vous proposer en première intention à la phase aigue après normalisation de son ionogramme et de sa fonction rénale comme adaptation en plus de son Kardégic (TA 15/7) et de sa Statine

A-Furosémide + AA2 +HCTZ

B-AA2 + HCTZ + trinitrine Patch

C-AA2 + FUROSEMIDE+ Lercanidipine

D-Trinitrine patch + AA2+ Furosémide + Lercanidipine

E-Furosémide

Cas clinique 1

5-Concernant son traitement cardiovasculaire vous proposer en première intention à la phase aiguë après normalisation de son ionogramme et de sa fonction rénale comme adaptation en plus de son Kardégic (TA 15/7) et de sa Statine

A-Furosémide + AA2 +HCTZ

B-AA2 + HCTZ + trinitrine Patch

C-AA2 + FUROSEMIDE+ Lercanidipine

D-Trinitrine patch + AA2+ Furosémide + Lercanidipine

E-Furosémide

Cas clinique 1

6-Quels sont les facteurs qui pourraient favoriser la survenue d'hypoglycémies ?

A- Des troubles cognitifs

B- Une polymédication

C- Activité physique non programmée

D- Un contrôle glycémique trop strict (HbA_{1c})

E- Erreurs diététiques

Cas clinique 1

6-Quels sont les facteurs qui pourraient favoriser la survenue d'hypoglycémies ?

A- Des troubles cognitifs

B- Une polymédication

C- Activité physique non programmée

D- Un contrôle glycémique trop strict (HbA_{1c})

E- Erreurs diététiques

Diabète et iatrogénie +++

le risque hypoglycémique conditionne la prescription



+ **fréquentes** sous insuline

+ **graves** et prolongées sous sulfamides

Symptômes souvent **trompeurs** +++

- Baisse avec l'âge des réactions adrénérgiques (seuil neuro-glucopénique)
- neurologiques, chutes, manifestations cardiaques

Facteurs favorisants :

âge, démence, polymédication (interactions, observance, IR)

Activité physique non programmée

Contrôle glycémique strict (HbA1c)

Erreurs diététiques (diner)

Cas clinique 1

7-Sur le plan de son diabète, quel objectif d'HbA_{1c} vous fixez vous?

A : < 8 %

B : < 7%

C : < 6,5%

D : < 9 %

E : < 10%

Cas clinique 1

7-Sur le plan de son diabète, quel objectif d'HbA_{1c} vous fixez vous?

A : < 8 %

B : < 7%

C: < 6,5%

D: < 9 %

E: < 10%

Effets des traitements

insulines
sulfamides
glinides

hypoglycémies

metformine
acarbose
inhibiteurs DPP-4
analogues du GLP-1
Inhibiteurs du SGLT2

~~hypoglycémies~~

Personnes âgées de plus de 75 ans (2021)

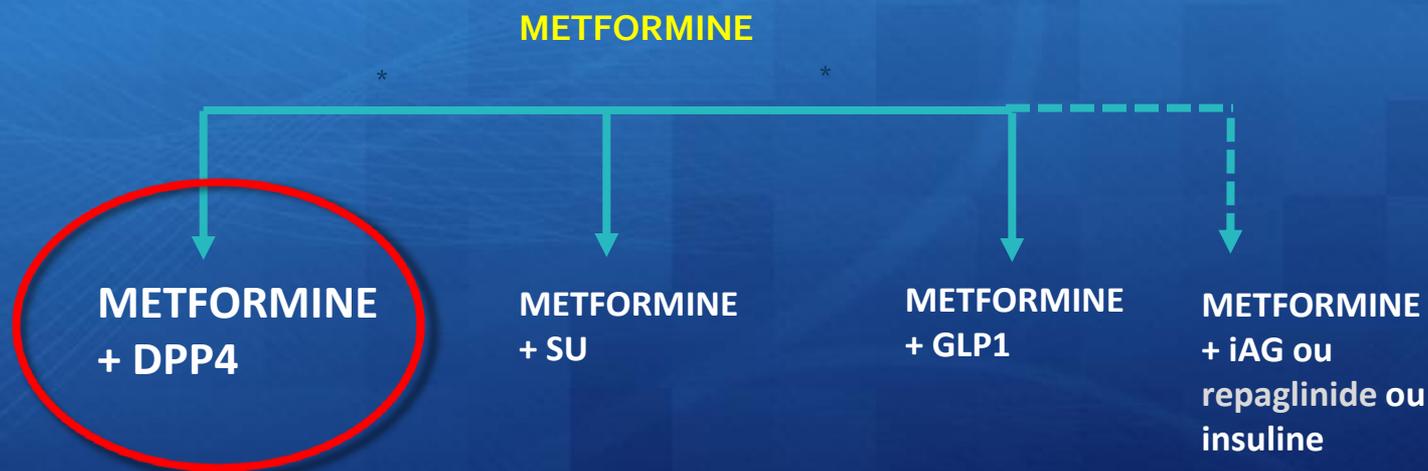
« **En bonne santé** », bien intégrées socialement et autonomes d'un point de vue décisionnel et fonctionnel, et dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante $\leq 7\%$

« **Fragiles** » à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des « dépendants et/ou à la santé très altérée » $\leq 8\%$, en restant au-dessus de 7% , en cas de traitement par SU f, glinide ou insuline

« **Dépendantes et/ou à la santé très altérée** », en raison d'une polypathologie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social $< 9\%$ **et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/L** en restant au-dessus de 8% avec des glycémies préprandiales $> 1,40$ g/L en cas de traitement par SU, Glinide ou Insuline

Avis n°9

Objectif d'HbA_{1c} non atteint sous modification du style de vie et metformine



- + **Après 75 ans, l'utilisation des AR GLP-1 et des iSGLT2 doit être réservée à une minorité de patients, idéalement après avis d'un endocrinologue-diabétologue, car le rapport bénéfices/risques de ces molécules est insuffisamment évalué dans cette population.** La protection cardio-rénale peut constituer un argument en faveur de l'un ou l'autre de ces médicaments chez certains patients âgés (cf. Avis n° 25, 26 et 27). En revanche, la perte de poids, qui accompagne généralement la prise de ces produits, est très rarement un objectif prioritaire à cet âge. **Les AR GLP-1** peuvent induire des troubles digestifs susceptibles d'aggraver un état de **dénutrition**. **Les iSGLT2** peuvent entraîner une majoration de la diurèse et une **hypovolémie**, aggraver une **hypotension orthostatique** et, ainsi, favoriser les **chutes**. Lorsque les autres traitements anti-hyperglycémiants ne peuvent pas être utilisés ou en cas de déséquilibre aigu (par exemple, épisode infectieux) ou chronique, **l'insulinothérapie** est recommandée, avec recours éventuel à une tierce personne et surveillance accrue des glycémies capillaires (ou du glucose interstitiel).

Cas clinique 1

8-Quels objectifs vous fixez vous pour la glycémie au réveil ?

A - $< 0,8$ g/l

B- $0,8$ g/l $< G < 1,50$ g/l

C- $0,8$ g/l $< G < 1,80$ g/l

D- 1 g/l $< G < 2$ g/l

E- Aucune de ces propositions

Cas clinique 1

8-Quels objectifs vous fixez vous pour la glycémie au réveil ?

A - $< 0,8$ g/l

B- $0,8$ g/l $< G < 1,50$ g/l

C- $0,8$ g/l $< G < 1,80$ g/l

D- 1 g/l $< G < 2$ g/l

E- Aucune de ces propositions

Cas clinique 1

9-Votre patiente (GIR4) regagne son domicile à sa demande et celle de son fils,

Quelles propositions retenez-vous parmi les suivantes?

A-Vous confiez à la patiente la gestion de son diabète

B-Vous instaurez un passage IDE quotidien au domicile pour faire l'injection d'insuline et ses glycémies capillaires au moins le premier mois

C-Vous proposez un portage de repas au domicile

D- Vous faite une demande d'APA

E-Vous ne la considérez plus comme à risque hypoglycémique avec l'arrêt de la Metformine

Cas clinique 1

9-Votre patiente (GIR₄) regagne son domicile à sa demande et celle de son fils,

Quelles propositions retenez-vous parmi les suivantes ?

A-Vous confiez à la patiente la gestion de son diabète

B-Vous instaurez un passage IDE quotidien au domicile pour faire l'injection d'insuline et ses glycémies capillaires au moins le premier mois

C-Vous proposez un portage de repas au domicile

D- Vous faite une demande d'APA

E-Vous ne la considérez plus comme à risque hypoglycémique avec l'arrêt de la Metformine

Cas clinique 1

10-Concernant son traitement par FLUOXETINE

A-Il s'agit d'un Benzodiazépine de longue durée d'action

B-Il s'agit d'un Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

C-Sa prescription nécessite le contrôle du ionogramme à J10-J15

D-L'apparition de myoclonies ou d'une rigidité musculaire ferait suspecter un syndrome sérotoninergique

E-Augmente le risque de saignement avec les AVK

Cas clinique 1

10-Concernant son traitement par FLUOXETINE

A-Il s'agit d'un Benzodiazépine de longue durée d'action

B-Il s'agit d'un Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

C-Sa prescription nécessite le contrôle du ionogramme à J10-J15

D-L'apparition de myoclonies ou d'une rigidité musculaire ferait suspecter un syndrome sérotoninergique

E-Augmente le risque de saignement avec les AVK

Cas clinique 1

11-Si le TRAMADOL avait été utilisé pour contrôler ses douleurs, quels effets secondaires auriez-vous pu provoquer ?

A-Hypoglycémie

B-Hyponatrémie

C-Crise d'épilepsie

D-Confusion

E-Chute

Cas clinique 1

11-Si le TRAMADOL avait été utilisé pour contrôler ses douleurs, quels effets secondaires auriez-vous pu provoquer ?

A-Hypoglycémie

B-Hyponatrémie

C-Crise d'épilepsie

D-Confusion

E-Chute

Tramadol : 1512 effets secondaires graves

- + Opiode inhibant la recapture de la sérotonine*
- + Effets neurologiques (30%), psychiatriques(28%) et addictifs*
- + Effets neuropsychiatriques: troubles de le conscience(13%) convulsions (7%), confusions (15%), hallucination (7%)*
- + Atteintes hépatiques: cholestases , cytolyse (+paracétamol), hépatite fulminante syndromes sérotoninergiques et les hyponatrémies*
- + Troubles intestinaux*
- + Affections bulleuses*
- + 57 décès dont 16 par surdosage*

Cas clinique 1

12-Cette ordonnance vous semble-t-elle inventée pour la nécessité de cette soirée ?

Cas clinique 1

12-Cette ordonnance vous semble-t-elle inventée pour la nécessité de cette soirée ?

Réponse : Non

**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)**

01. FUROSEMIDE ZYDUS 20 mg Cpr Plq/30
Prendre par jour 1 comprimé le matin pendant 3 mois
02. KARDEGIC 75MG PDR SACH 30
1 sachet 1 fois par jour pendant 3 mois.
03. LANTUS 100UI/ML OPTISET
1 Boîte.14 U en sc
04. (DCI) METFORMINE CHLORHYDRATE 1 000 MG ; VOIE ORALE ; CP (METFORMINE ALTER 1000 mg Cpr pell Plq/90)
Prendre 1 comprimé 2 fois par jour pendant 3 mois
05. (DCI) METFORMINE CHLORHYDRATE 500 MG ; VOIE ORALE ; CP (METFORMINE ACTAVIS 500 mg Cpr pell FI/90)
Prendre par jour 1 comprimé le midi pendant 3 mois
06. (DCI) PRAVASTATINE SODIQUE 10 mg cp (PRAVASTATINE ZENTIVA 10 mg Cpr séc Plq/28) (QSP 3 mois)
Prendre 1 comprimé le soir
07. TRIATEC 5 mg Cpr séc Plq/90
Prendre 1 comprimé le matin pendant 3 mois
08. BECOTIDE 250 µg S inh en flacon pressurisé FI/200doses
Prendre 2 doses le matin et 2 doses le soir pendant 3 semaines
09. (DCI) HYDROCHLOROTHIAZIDE 25 mg + IRBESARTAN 300 mg cp (IRBESARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE TEVA 300 mg/25 mg Cpr pell Plq/90)
Prendre par jour 1 comprimé le matin pendant 3 mois
10. (DCI) SALBUTAMOL (SULFATE) * 100 µg ; voie respiratoire ; susp p inhal (AIROMIR AUTOHALER 100 µg Susp inh FI/200doses)
Prendre 1 bouffée 2 fois par jour pendant 3 mois

**Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)**

11. (DCI) caféine * 30 mg + opium poudre * 10 mg + paracétamol * 300 mg ; voie orale ; gél (LAMALINE Gél B/16)
Prendre 1 gélule 3 fois par jour pendant 3 mois
12. (DCI) FLUOXÉTINE (CHLORHYDRATE) * 20 mg ; voie orale ; gél (FLUOXETINE TEVA 20 mg Gél Plq/14)
Prendre par jour 1 gélule le matin pendant 3 mois

Cas clinique 2

Madame V... 96 ans.

- + Pathologies connues : D2, HTA, insuffisance cardiaque ; pas de troubles cognitifs.
- + Créat août 2014 : 98 $\mu\text{mol/L}$ (11 mg/L).
- + Vit à domicile avec son époux, 2 fils dans la même rue, aide-ménagère pour courses, ménage et cuisine, autonome pour toilette et déplacements.
- + Madame V... appelle son médecin traitant pour dyspnée, succédant à un épisode infectieux ORL d'allure virale. Elle est déshydratée (langue sèche) et présente des signes d'ICG (crépitations aux 2 bases pulmonaires et OMI).
- + TA : 101/87 mmHg ; fc : 67/min ; confusion.
- + Biologie : insuffisance rénale aiguë, créatinine 403 $\mu\text{mol/L}$ (45 mg/L), DFG : 10 mL/min ; syndrome inflammatoire, CRP 83 mg/L ; anémie normocytaire, hémoglobine 101 g/L ; Leucocytes : 15000/mm³ ; glycémie : 0,68 g/L ; calcémie corrigée : 2,38 mmol/L
- + ECG : Rythme sinusal 62/min, sans troubles de la conduction ni de la repolarisation

Cas clinique 2

La récente ordonnance de la patiente rassemble les médicaments suivants pour 1 mois

Inipomp 20 mg : 1 cp le matin

Lipanthyl 200 mg : 1 cp le soir

Séresta 50 mg : $\frac{3}{4}$ cp au coucher

Doliprane 500 mg : 1 cp le matin

Eupressyl 60 mg : 1 gél. matin et soir pdt 1

Témesta 2,5 mg : 1,5 cp pdt 3 mois

Hytacand 16/12,5 : 1 cp le matin

Nebilox 5 mg : $\frac{1}{2}$ cp le matin

Xanax 0,5 mg : 1 cp à midi et à 16h

Diamicron 60 mg LM : 1 cp/j

Lasilix 40 mg : 1 cp matin et midi

Valdoxan 25 mg : 1 cp le soir pdt

Kaléorid LP 1000 mg 1 cp à midi

Levothyrox 75 µg : 1 cp le matin

Rhinocort 64 µg/dose pulv nasale : 2/j

Topaal cp : 1 cp à croquer si besoin

Spagulax : 1 sachet matin et soir

Macula-Z caps à visée oculaire

Larmabak 0,9% collyre : 1 goutte: 3/J

Cas clinique 2

1-Quelles sont les recommandations de prescription des antihypertenseurs chez le patient âgé ?

Cas clinique 2

1-Quelles sont les recommandations de prescription des antihypertenseurs chez le patient âgé ?

Après 80 ans il est recommandé de **ne pas dépasser plus de trois** antihypertenseurs avec un objectif de baisse de TA

Il est recommandé d'utiliser **les diurétiques thiazidiques** ou les inhibiteurs calciques de type **Dihydropyridine** de longue durée d'action (grade A)

En pratique après 80 ans l'objectif est d'atteindre

une **PAS < 150 mmHg** en l'absence d'hypotension orthostatique (grade B)

Cas clinique 2

2-Quelles sont les recommandations de prescription d'un hypolipémiant chez le patient âgé ?

Cas clinique 2

2-Quelles sont les recommandations de prescription d'un hypolipémiant chez le patient âgé ?

On manque des données « EBM » sur l'impact des statines chez les sujets de plus de 85 ans (non inclus dans les essais randomisés)

Il faut **cibler le LDL-C** avec en première intention les statines

- + - Il n'y a plus de place pour les fibrates
- + - Il y a une **perte de chance à arrêter une statine** chez un sujet âgé déjà sous statines et avec une espérance de vie non immédiatement réduite
- + - La décision d'un traitement par statines chez le sujet âgé en prévention primaire doit se faire au cas par cas et de façon partagée avec le patient, en commençant par des doses faibles à modérés
- + - Les bénéfices CV des statines dépassent leur risque diabétogène avec une **balance bénéfice risque favorable**
- + On manque de données objectives sur la tolérance musculaire des statines chez les sujets âgés

Cas clinique 2

3-Quelles sont les recommandations de prescription des psychotropes chez le patient âgé ?

Cas clinique 2

3-Quelles sont les recommandations de prescription des psychotropes chez le patient âgé ?

Pas plus de deux psychotropes simultanément.

Pas plus de d'une benzodiazépine.

Pas de médicament ayant une demi-vie longue.

Prescription pour une durée la plus brève possible.

Pas de prescription de benzodiazépines pour +28 jours.

Cas clinique 2

4-Quelles sont les règles de prescription des benzodiazépines chez le patient âgé ?

Cas clinique 2

4-Quelles sont les règles de prescription des benzodiazépines chez le patient âgé ?

Prescription pour 28 jours maximum

Privilégier les benzodiazépines à demi-vie

demi vie courte (< 20 heures)

Choix d'une benzodiazépine chez le sujet âgé de plus de 65 ans et polypathologique ou après 75 ans

À privilégier : benzodiazépines à "demi-vie courte" (< 20 heures)²

Nom commercial	Molécule	Demi-vie ³ (heure)	Métabolite actif cliniquement pertinent
Classe des hypnotiques			
STILNOX®	Zolpidem	2h30	non
IMOVANE®	Zopiclone	5	non
NORMISON®	Témazépam	5 à 8	non
HAVLANE®	Loprazolam	8	non
NOCTAMIDE®	Lormétazépam	10	non
NUCTALON®	Estazolam	17	non
Classe des anxiolytiques			
VERATRAN®	Clotiazépam	4	non
SERESTA®	Oxazépam	8	non
TEMESTA®	Lorazépam	10 à 20	non
XANAX®	Alprazolam	10 à 20	non

⚠ À éviter : benzodiazépines à "demi-vie longue" (≥ 20 heures)²

Classe des hypnotiques			
ROHYPNOL®	Flunitrazépam	16 à 35	oui
MOGADON®	Nitrazépam	16 à 48	non
Classe des anxiolytiques			
LEXOMIL®	Bromazépam	20	non
URBANYL®	Clobazam	20	oui
VALIUM®	Diazépam	32 à 47	oui
VICTAN®	Ethyle loflazépate	77	non
LYSANXIA®	Prazépam	30 à 150	oui
NORDAZ®	Nordazépam	30 à 150	oui
TRANXENE® NOCTRAN® ⁴	Clorazépate dipotassique	30 à 150	oui

¹ Liste non exhaustive, concernant les benzodiazépines et apparentés (agonistes des récepteurs aux benzodiazépines).

² Définition adoptée dans une étude conduite dans la cohorte des 3 cités (Nathalie Lechevallier-Michel et al : *European Journal of Clinical Pharmacology* 2004).

³ Demi-vie mesurée chez l'adulte.

⁴ Association de Clorazépate dipotassique et de deux neuroleptiques.



Lorsqu'un traitement par benzodiazépine est indiqué, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé recommande de privilégier les substances d'action intermédiaire et sans métabolite actif (dites à "demi-vie courte"), car il existe un risque d'accumulation du médicament ou de ses métabolites lors de prises répétées.

Cas clinique 2

5-Quel(s) médicament(s) vous semble-t-il nécessaire d'interrompre dans cette situation ? Justifiez votre réponse.

Cas clinique 2

5-Quel(s) médicament(s) vous semble-t-il nécessaire d'interrompre dans cette situation ? Justifiez votre réponse.

Médicament	Décision	Justification
Valdoxan 25 mg	Arrêt définitif	Interdit chez la personne > 75 ans
Eupressyl 60 mg	Arrêt définitif	Déconseillé chez la personne âgée
Témesta 2,5 mg	Arrêt définitif	Pas plus d'une benzodiazépine chez le même patient
Xanax 0,5 mg	Arrêt définitif	
Hytacand 16/12,5	Arrêt au moins provisoire	Déshydratation et insuffisance rénale
NebiloX 5 mg	Arrêt au moins provisoire	Bêta-Bloqueur en période d'insuffisance cardiaque aiguë
Diamicron 60 mg LM	Arrêt au moins provisoire	Hypoglycémie
Laslix 40 mg	Arrêt au moins provisoire	Déshydratation
Kaléorid LP 1000 mg	Arrêt au moins provisoire	Insuffisance rénale
Rhinocort 64 µg/dose pulv	Arrêt au moins provisoire	L'épisode ORL est passé
Topaal cp	Arrêt au moins provisoire	Susceptible de réduire l'absorption des médicaments
Inipomp 20 mg	Arrêt au moins provisoire	IPP pour quelle indication ?
Lipanthyl 200 mg	Arrêt au moins provisoire	Traitement à discuter à 96 ans
Séresta 50 mg	A garder à dose réduite	Eviter un sevrage brutal
Doliprane 500 mg	Si besoin	Douleur ?
Levothyrox 75 µg	A garder	Tt substitutif
Spagulax		
Macula-Z caps		
Larmabak 0,9% collyre		

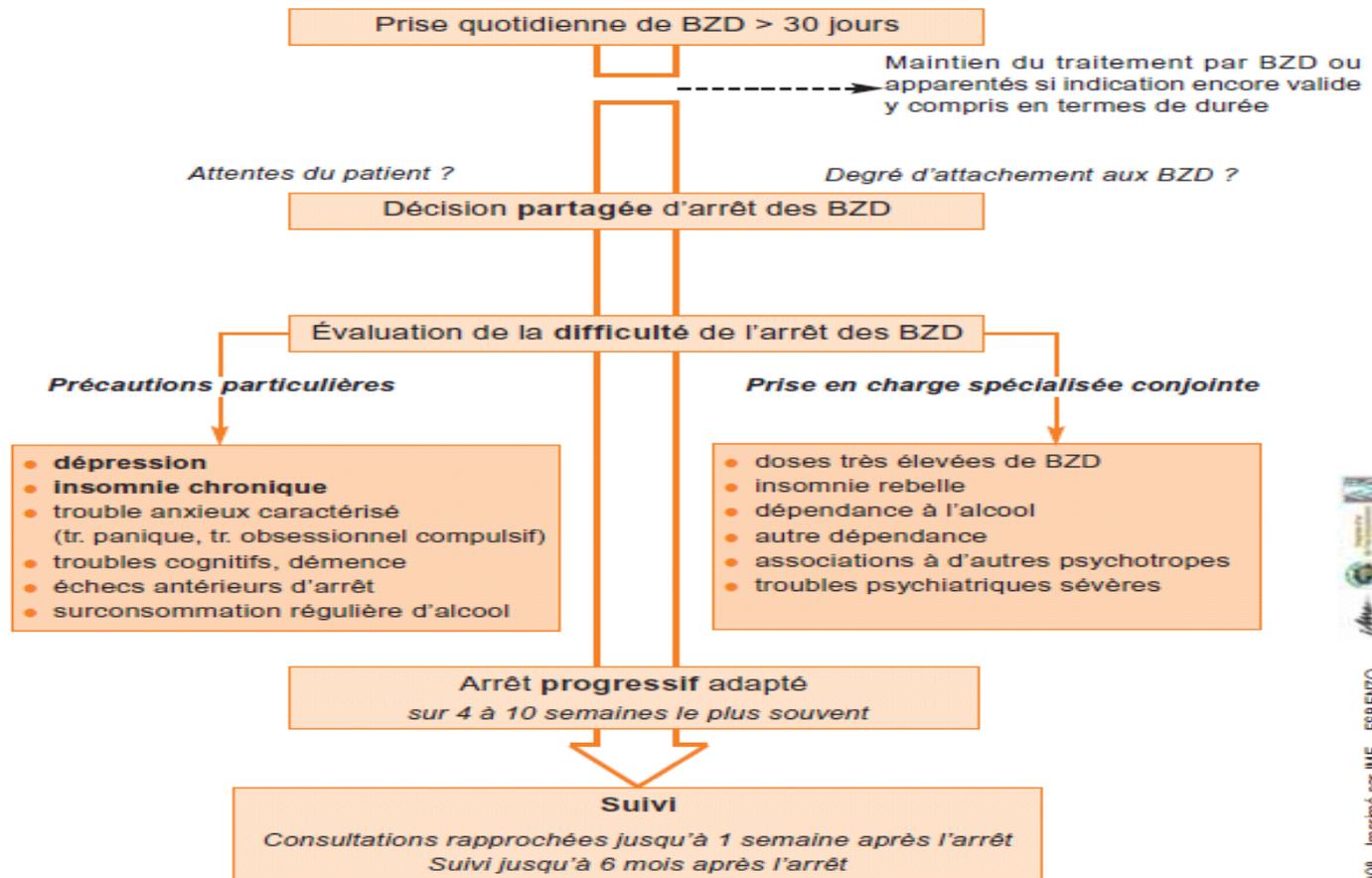
Cas clinique 2

6-Si vous envisagez de réduire la posologie des benzodiazépines, comment allez-vous procéder pour limiter le risque de syndrome de sevrage ?

Cas clinique 2

6-Si vous envisagez de réduire la posologie des benzodiazépines, comment allez-vous procéder pour limiter le risque de syndrome de sevrage ?

HAS 2015



Cas clinique 2

7-Dans ce cas clinique, quels sont les médicaments dont l'action peut être majorée par l'insuffisance rénale ?

Cas clinique 2

7-Dans ce cas clinique, quels sont les médicaments dont l'action peut être majorée par l'insuffisance rénale ?

Lipanthyl 200 mg

Seresta 50 mg

Temesta 2,5 mg

Hytacand 16 -1,25 mg

Xanax 0,5mg

Diamicron 60 mg

Lasilix 40 mg

Kaléorid LP 1000

Valdoxan 25 mg (prescription interdite si > 75 ans (23 octobre 2013)

Cas clinique 2

8-Dans ce cas clinique, quels sont les médicaments possiblement responsables de la confusion ?

Cas clinique 2

8-Dans ce cas clinique, quels sont les médicaments possiblement responsables de la confusion ?

Valdoxan antidépresseur psychostimulant

Seresta Xanax Témesta par sédation et troubles mnésiques

Hytacand Lasilix par déshydratation et baisse de la volémie

Diamicron par hypoglycémique

Eupressyl par hypotension et baisse du débit sanguin cérébral

Nebilox par baisse du débit cardiaque

Cas clinique 2

9- Une telle ordonnance où semble t'elle une cure fixions inventer pour la nécessité de cette soir et de FMC ?

Cas clinique 2

9- Une telle ordonnance où semble-t-elle une cure fixions inventer pour la nécessité de cette soir et de FMC ?

Hélas non!

Cas clinique 2

		Mme V 96 ans	
Y01)	SPAGULAX pdre efferv p susp buv : Sach/20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prendre 1 sachet le matin et le soir, pendant 1 mois.	3 boîtes	Renouveler 2 fois
V 2)	INIPOMP 20 mg cp enr gastrorésis : Plq/28 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Prendre 1 comprimé le matin, pendant 1 mois		Renouveler 2 fois
3)	LIPANTHYL 200 mg gél micronisé : B/30 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Prendre 1 gélule le soir.	1 boîte	Renouveler 2 fois
4)	SERESTA 50 mg cp séc : B/20 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Prendre 3/4 comprimé au coucher, pendant 3 mois	4 boîtes	Renouveler 2 fois
Y05)	DOLIPRANE 500 mg cp : B/16 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois.	6 boîtes	Renouveler 2 fois
6)	EUPRESSYL 60 mg gél : FI/30 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 1 gélule le matin et le soir, pendant 1 mois.		Renouveler 2 fois
7)	TEMESTA 2,5 mg cp séc : B/30 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Prendre 1 et 1/2 comprimé au coucher, pendant 3 mois.		Renouveler 2 fois
8)	HYTACAND 16 mg/12,5 mg cp : Plq/30 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 1 comprimé le matin, pendant 1 mois.		Renouveler 2 fois
9)	NEBILOX 5 mg cp quadriséc : Plq/30 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prendre 1/2 comprimé le matin, pendant 1 mois.		Renouveler 2 fois
10)	XANAX 0,5 mg cp séc : B/30 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Prendre 1 comprimé le matin et à 16h, pendant 1 mois	2 boîtes	Renouveler 2 fois
Y0 11)	LARMABAK 0,9% collyre : FI/10ml <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Prendre 1 goutte le matin, à midi et le soir, pendant 1 mois	1 boîte	Renouveler 2 fois
12)	DIAMICRON 60 mg cp séc LM : Plq/30 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Prendre 1 comprimé le matin, pendant 1 mois		Renouveler 2 fois
13)	LASILIX 40 mg cp séc : B/30 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Prendre 1 comprimé le matin et à midi, pendant 1 mois		Renouveler 2 fois
14)	VALDOXAN 25 mg cp pellic : Plq/28 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Prendre 1 comprimé le soir, pendant 1 mois		Renouveler 2 fois
Y 15)	KALEORID LP 1000 mg cp LP : Plq/30 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Prendre 1 comprimé à midi, au cours du repas, pendant 1 mois	1 boîte	Renouveler 2 fois
Y 16)	LEVOTHYROX 75µg cp séc : B/30 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Prendre 1 comprimé le matin, pendant 1 mois		Renouveler 2 fois
Y0 17)	TOPAAL cp à croquer : B/42 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 SI BESOIN	1 boîte	Renouveler 2 fois
Y 18)	MACULA-Z caps visée oculaire <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		Renouveler 2 fois
19)	RHINOCORT 64 µg/dose susp p pulv nasal <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Prendre 1 dose le matin et le soir, pendant 3 mois		Renouveler 2 fois

Cas clinique 2

Ordonnance de sortie pour Mme V. 96 ans

1. **Oxazepam** 10 mg : 1 le soir
2. **Nebivolol** 5 mg : 1/4 de cp le matin
3. **Furosemide** 40 mg : 1 cp le matin
4. **Lévothyrox** 75 µg : 1 cp le soir
5. **Dafalgan** 500 mg : 1 cp x 4/jour si douleur

6. Vitamine C 500 mg : 1cp le matin pdt 15 j
7. Uvedose 100 000 UI : 1 amp tous les 15 jours jusqu'au 7 janvier 2015 puis une tous les 3 mois
8. Bépanthène : 1 application le matin pdt 15 j
9. Econazole : 2 applications/j pdt 2 semaines