



PMBFC

Le « RO »: les pièges!

Samedi 16 mars 2019


Dr Claude Plassard

Gériatre

docteur.claude.plassard@wanadoo.fr



Faut être drôlement costaud pour être malade à ce point-là.



Docteur! C'est
pour mon
renouvellement...

- Pour le Patient, le RO est très souvent un acte médical de peu d'intérêt
- Faut il que je prenne rendez-vous?
- Celui là, il faudrait m'en mettre deux le soir, il m'en manque toujours!
- Pour le Médecin, attention! Danger!
- Reproduire à l'identique l'ordonnance précédente, sans réelle réflexion, peut être la première marche de la latrogénie
- Chez les sujets de plus de 80 ans, 20% des H sont en lien avec la latrogénie

Impossible
d'ignorer le
statut
nutritionnel...

La DPE !

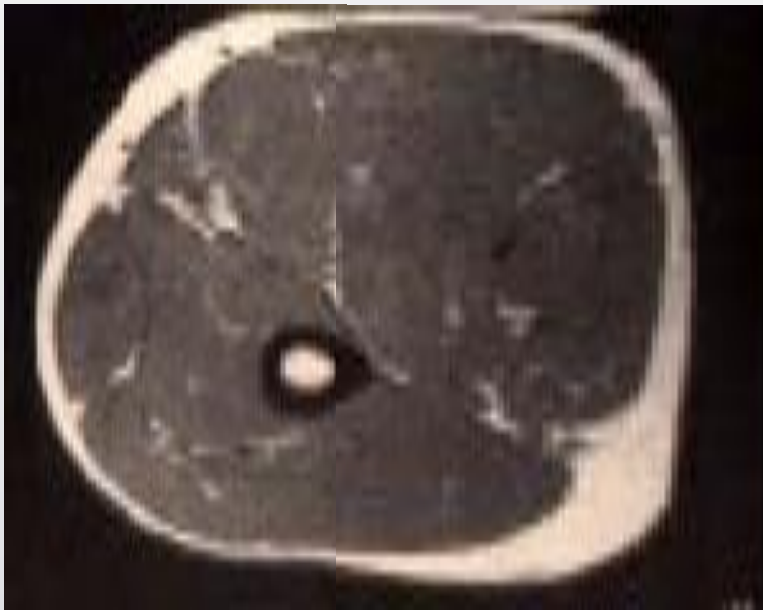
- La DPE est un facteur péjoratif majeur en Gériatrie
- Sarcopénie, donc chutes; modifications de l'immunité, donc infections à répétition; modifications de la thymie, donc plus grande fréquence de la dépression; retard de cicatrisation, escarres...
- **Pesée mensuelle!** Toute modification de poids de 2kg en un mois est significative; en +, œdèmes?; en -, risque de DPE?
- **Albuminémie obligatoire**, 1 à 2 fois/an, et notamment au décours de tout épisode intercurrent; H, toute pathologie...
- >35, rassurant ; entre 35 et 30, dénutrition en cours; <30..., dénutrition+++
- **Mini-MNA**: outil utile, rapide, pour dépistage de la DPE

//////
Baumgartner et al, Am J Epidemiol 1998).

New Mexico Elder Health survey

173 femme de 50 à 80 ans

- Section mi cuisse 48 ans



- Section mi cuisse 70 ans

- Preval de la sarcopénie :





Impossible d'ignorer la fonction rénale !

- Il est IMPERATIF de connaître le DFG: 90 % des médicaments s'éliminent par voie rénale; le SA est un IR potentiel!
- Cockcroft et Gault? MDRD ? CKD-EPI ?
- > 60 ml/mn ; entre 60 et 30 ml/mn; 30 ! ; <30 ml/mn
- **En dessous de 30 ml/mn, très grande prudence** (HBPM, Metformine , NACO...)
- L'IRA est d'origine iatrogène, donc évitable, dans la majorité des cas, et notamment dans certaines situations: déshydratation, fièvre...
- Donc ! DFG 1 fois/an minimum, et plus selon les cas
- **On ne peut pas prescrire sereinement en Gériatrie si on ignore le DFG**



Google: « estimation de la fonction rénale » OMEDIT: fiche de bonne pratique et bon usage en Gériatrie

- Antibiotiques: Pénicilline, Céphalosporines, Amikacine, Gentamycine, Vancomycine
- IEC: captopril, enalapril, lisinopril, quinapril
- Bêta-bloqueurs: atenolol, sotalol, bisoprolol, nebivolol
- Diurétiques: HCT < 30 ml/mn
- Anti-diabétiques oraux: metformine, saxagliptine, sitagliptines
- AVK/AOD: dabigatran, apixaban, rivaroxaban
- HBPM: enoxaparine, daltéparine



Ionogramme sanguin incontournable

- Diurétiques! K?
- HTA: HCT au long cours
- IC: furosémide...quand nécessaire; dernière Cs Cardio?
- **Tous les 3 mois est un minimum**
- IPP et hyponatrémie
- IRS et hyponatrémie



Impératif!!!

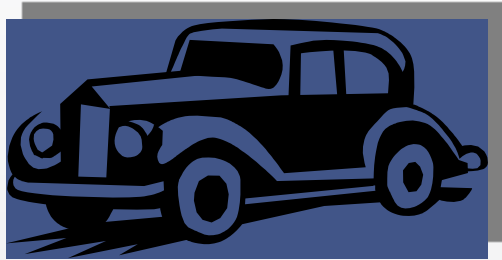
Recherche d'une hypo-tension orthostatique

- Facteur de risque considérable de **CHUTE!**
- Sensation de troubles de l'équilibre à différencier des vertiges!
- Le plus souvent d'origine iatrogène
- **Bas de contention**/médicaments?

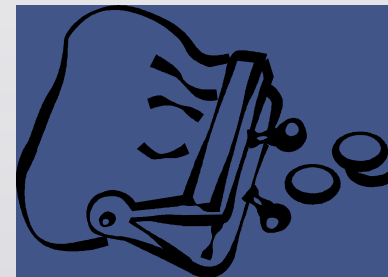
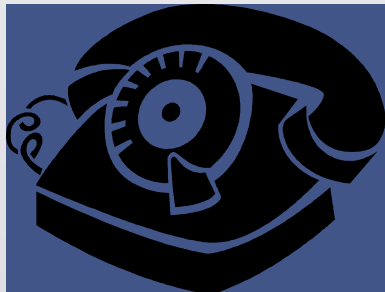


Cognition ?

- Troubles mnésiques ?
- Erreurs dans les prises médicamenteuses ?
- IADL: budget? Téléphone ?; transports ?; médicaments ?
- CODEX au moindre doute
- Pilulier / passage IDE




IADL: transports, médicaments, tél, argent





Thymie ?

- Et moralement, comment ça va ?
- Triste ?
- Déprimé ? Si oui, avez-vous des idées noires?
- Angoissé ? Éternel problème du renouvellement des BZD et hypnotiques



Charge anti-cholinergique...

- Plus les anti-cholinergiques s'additionnent...
- Plus le risque confusionnel augmente!
- Risque majeur avec le temps qui passe...
- De voir les ordonnances du Spécialiste s'imbriquer avec celle du Médecin Traitant
- La confusion est très souvent d'origine latrogène
- Auto-médication comprise...



ECG indispensable...

- Recherche d'QT long, car CI avec certains médicaments, dont les anti-psychotiques
- Recherche d'un trouble de la conduction AV
- 1 fois/an, et tout particulièrement chez le diabétique
- ACFA/ décoagulation selon CHAD2/AVK?/ NACO?
- 2019 : les NACO sont plus efficaces et moins iatrogènes que les AVK



Google: « Formation à l'ECG de A à Z » de Pierre Taboulet
QT long: médicaments en cause!

- Anti-arythmiques classe Ia; classe III (amiodarone, sotalol)
- Psychotropes: phénothiazines, benzamides
- Anti-infectieux: érythromycine, spiramycine, quinolones , triméthoprime , amphotéricine B
- Cocaïne au long cours
- Anti-histaminiques
- hypoK; hypoCa
- Insuffisance coronaire; hypothermie; hypothyroïdie...



Glaucome ?

- Dernière Cs ophtalmo?
- CI: les anti-cholinergiques
- Collyres anti-glaucomateux ?



Modifications environnementales

- Deuil ?
- Solitude ?
- Bilan social récent?
- Chutes au cours des 3 derniers mois; incapacité de se relever seul?



Neuroleptiques et anti- psychotiques

- Pathologies psychiatriques vieillissantes; l'avis du Psychiatre est souhaitable une fois/an
- Recherche d'un **syndrome extra-pyramidal**
- Dans le cadre des DNC, très grande prudence!
- Le Non-pharmacologique fait souvent mieux que le pharmacologique
- Les anti-psychotiques doivent être des thérapeutiques ponctuelles, qui méritent réflexion lors de chaque RO; QT long?



Conclusion

- Prescrire est un art difficile
- Dé-prescrire ne l'est pas moins!
- Le RO est un moment privilégié pour une réflexion professionnelle sur le bien-fondé d'une prescription ce jour donné...
- Occasion unique pour lutter contre la latrogénie
- Acte médical à part entière qui engage celui qui signe l'ordonnance

