

Médicaments **potentiellement inappropriés** chez le sujet âgé de plus de 75 ans <sup>4</sup> (listes non exhaustives)

Tableau 1 : Quel que soit le terrain

Médicaments impliqués	Iatrogénie	Réévaluation du traitement et proposition de substitution éventuelle
Antidépresseurs tricycliques	<b>Effets Anti-cholinergiques</b>	ISRS ou IRSNA <sup>c</sup> , Miansérine, ...
Neuroleptiques phénothiaziniques		Rispéridone, Halopéridol, Tiapride ou autre Antipsychotique atypique,
Anxiolytique Anticholinergique <sup>d</sup> Atarax® (hydroxyzine)		Si indication hypnotique: BZD à ½ vie courte: Lorazepam, Alprazolam
Antihistaminiques de 1 <sup>ère</sup> génération		Antihistaminique de 2 <sup>ème</sup> génération (Cetirizine,...)
Antispasmodiques anticholinergiques/ mixtes et/ ou associés <sup>d</sup>		Abstention
Benzodiazépines (BZD) ou apparentés	<b>Chute Somnolence</b>	De préférence BZD ou apparentés à ½ vie courte (Alprazolam, Oxazepam, Zopiclone, Zolpidem, ..) en diminuant les posologies adulte de moitié
Dès 3 psychotropes associés	<b>Chute Confusion</b>	Réévaluation du traitement. Ne pas associer deux psychotropes d'une même classe
Sulfamides hypoglycémiant	<b>Hypoglycémie</b>	Revoir la stratégie thérapeutique du diabète (cf recos HAS*)
Vasodilatateurs cérébraux	<b>Pas d'efficacité reconnue, hypotension</b>	Abstention
AINS	<b>Insuffisance rénale Saignement</b>	Autre antalgique : Paracétamol

\*HAS : Haute Autorité de Santé

Tableau 2 : En fonction du terrain

Terrain	Médicaments à éviter	Réévaluation du traitement et proposition de substitution éventuelle
<b>Parkinson</b>	Antipsychotiques conventionnels  Métoclopramide  Antiparkinsoniens anticholinergiques	<b>Réévaluation du traitement</b>  Substitution par la Dompéridone  Substitution par Lévodopa
<b>Maladie d'Alzheimer Démence</b>	Neuroleptiques, BZD, Anticholinergiques <sup>d</sup> , Antihypertenseurs centraux, Alphabloquants	<b>Réévaluation du traitement</b>
<b>Chutes</b>	Psychotropes (en particulier BZD), Anticholinergiques <sup>d</sup> ,	<b>Réévaluation du traitement</b>
<b>Hypertension artérielle (HTA)</b>	Association de deux diurétiques  >4 anti-HTA  Diurétique de l'anse en monothérapie	<b>Réévaluation du traitement,</b> Suivi du poids, ionogramme <b>Réévaluation du traitement,</b> Recherche d'une cause secondaire d'HTA, Observance  Autre anti-HTA
<b>Arythmie</b>	Antidépresseurs Imipraminiques, Citalopram et Escitalopram, Neuroleptiques atypiques	Autres ISRS/ IRSNA <sup>c</sup> , Miansérine
<b>BPCO</b>	BZD	<b>Réévaluation du traitement</b>
<b>Glaucome à angle fermé</b>	Anticholinergiques (dont Nefopam) <b>Contre-indication</b>	
<b>Hypertrophie bénigne de la prostate - Rétention aiguë d'urine</b>	Anticholinergiques (dont Nefopam) <b>Contre-indication</b>	

Du fait de changements physiologiques liés à l'âge influant sur la pharmacodynamie et la pharmacocinétique il existe chez le sujet âgé **une plus grande sensibilité aux effets indésirables des médicaments** (deux fois plus fréquents que chez l'adulte jeune).<sup>6</sup>



RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES DE PRESCRIPTION CHEZ LE SUJET AGE

Sensibiliser aux risques liés à la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

2014

COMEDIMS CENTRALE APHP



© Secrétariat scientifique COMEDIMS CENTRALE APHP

La prise en charge thérapeutique du sujet âgé doit tenir compte des **fréquentes situations de polyopathie** nécessitant la **prescription concomitante de plusieurs traitements médicamenteux (augmentation du risque d'interactions médicamenteuses,...)**. De plus, les **risques d'erreurs sont plus fréquents par confusion entre médicaments**.<sup>6</sup>

## 8 REGLES D'OR

### 1 « Réductions des prescriptions » : Savoir arrêter un médicament inutile.

- Procéder à un "toiletage de l'ordonnance" (cf. tableau 1 et 2)
- Introduire les médicaments indispensables

### 2 FONCTION RÉNALE : Adapter la posologie en cas d'insuffisance rénale si clairance de la créatinine (Cl Cr) inférieure à 60 ml/min. Pour le calcul de la clairance préférer la formule de Cockcroft même si elle est dans la plupart des cas moins performante que la MDRD car elle est utilisée pour la validation des schémas d'adaptation posologique des médicaments chez l'insuffisant rénal dans le libellé de l'AMM du RCP.

### 3 "START LOW AND GO SLOW": Respecter la titration des médicaments:

- Débuter un traitement par de faibles doses
- Augmenter progressivement la posologie

### 4 RÉFLEXE IATROGÉNIE

Devant tout événement clinique nouveau, vérifier que celui-ci n'est pas imputable à un médicament (cf. RCP<sup>e</sup> et tableau 3 regroupant les effets indésirables les plus fréquents d'origine médicamenteuse)

- Penser toujours aux interactions médicamenteuses possibles (polymédication)

### 5 SURVEILLANCE BIOLOGIQUE ET SUIVI THERAPEUTIQUE DES MÉDICAMENTS À MARGE THÉRAPEUTIQUE ÉTROITE

Principaux médicaments à haut risque de surdosage et/ou d'interaction médicamenteuse : • Antibiotiques • Anticancéreux • Antiépileptiques • AVK • Héparines • Digoxine • Lithium • Théophylline • Immunosuppresseurs •

### 6 REVOIR LA PRESCRIPTION EN CAS D'ÉVÉNEMENT CLINIQUE AIGU

En cas de fièvre, de déshydratation, d'hypercatabolisme etc., réévaluer la prescription de tous les médicaments (en particulier AVK, psychotropes, diurétiques, antidiabétiques, anti-HTA, médicaments en patch...).

### 7 S'ASSURER DE L'OBSERVANCE c'est à dire de la prise effective du médicament.

### 8 ATTENTION À LA FORME GALÉNIQUE

Adapter la forme galénique à l'état du patient.

- Tous les comprimés ne peuvent pas être écrasés (en particulier ceux à libération modifiée)<sup>5,7</sup>
- Toutes les solutions injectables ne sont pas buvables

20% des patients de plus de 80 ans sont hospitalisés pour effets indésirables d'un médicament, et dans au moins 30 % des cas, cette iatrogénie est évitable.<sup>6</sup>

### Tableau 3 : Principaux médicaments impliqués dans l'apparition d'effets indésirables chez le sujet âgé (liste non exhaustive).<sup>4</sup>

Effet indésirable iatrogène	Médicaments impliqués
<b>Hémorragie Anémie</b>	AINS, Aspirine, <b>Anticoagulants (AVK<sup>a</sup> et NACO<sup>b</sup>) interactions AVK +++</b>
<b>Chute +/- Hypotension orthostatique</b>	<b>Psychotropes</b> : BZD, Neuroleptiques, Antidépresseurs imipraminiques, Antiparkinsoniens; Vasodilatateurs, AntiH1, Hypoglycémiant, Antihypertenseurs, $\alpha$ -bloquants, Dérivés nitrés,
<b>Confusion/Somnolence</b>	Antalgiques palier II et III, Psychotropes, Anticholinergiques, Hyponatrémiant, Hypoglycémiant, Antiépileptiques, Quinolones, Antiparkinsoniens,
<b>Syndrome extrapyramidal</b>	Neuroleptiques sauf clozapine et anticholinergiques cachés <sup>d</sup> , Antidépresseurs ISRS et IRSNA <sup>c</sup> , Dompéridone
<b>Insuffisance rénale aiguë fonctionnelle</b>	<b>AINS</b> , Diurétiques, IEC, Sartans, Produits de contraste iodés
<b>Rétention urinaire</b>	<b>Anticholinergiques et Neuroleptiques cachés<sup>d</sup>, Morphiniques (codéine,..), Tramadol, Nefopam</b>
<b>Hyponatrémie</b>	<b>Antidépresseurs ISRS et IRSNA<sup>c</sup>, Diurétiques, IPP, Tramadol</b>
<b>Dyskaliémie</b>	Diurétiques, IEC, Sartans, Laxatifs stimulants, Glucocorticoïdes
<b>Troubles du rythme Bradycardie Torsades de pointe / Allongement de l'espace QT</b>	Anti-arythmiques classe Ia et III, $\beta$ -bloquants, Digitaliques, Inhibiteurs calciques (Verapamil, Diltiazem) ; Neuroleptiques, Antidépresseurs imipraminiques, Citalopram et Escitalopram ; Macrolides, Fluoroquinolones ; Bradycardisants hypokaliémiant et/ou allongeant le QT
<b>Convulsions</b>	Association ISRS et IRSNA <sup>c</sup> , Tramadol (abaissement du seuil épileptogène), Nefopam

(a) **AVK (Anticoagulants antivitaminé K) : Préférer la warfarine chez le sujet âgé** (les 2 dosages 5 et 2 mg, sécables permettent un ajustement plus fin de la posologie)

(b) **NACO ou nouveaux anticoagulants (rivaroxaban, apixaban, dabigatran) :**

**\* Il n'est pas recommandé d'initier un traitement par NACO en gériatrie** si la fonction rénale est altérée ( en particulier ClCr < 30ml/min), les facteurs de risque hémorragiques sont importants et les hémorragies digestives sont particulièrement à craindre. Il n'existe pas d'antidote à ce jour.

**\* Il est recommandé de ne pas substituer par un NACO un traitement par AVK bien stabilisé, en particulier chez le sujet âgé. A l'inverse il est possible le cas échéant de remplacer un NACO par un traitement par AVK .**  
**\* Pour les patients hospitalisés avec déjà un NACO, systématiquement contrôler la fonction rénale.**

(c) **ISRS (inhibiteurs sélectifs recapture sérotonine) :** citalopram (Seropram®), escitalopram (Seroplex®), fluoxetine (Prozac®), fluvoxamine (Floxyfral®), paroxétine (Deroxat®), sertraline (Zoloft®) ;  
**IRSNA (inhibiteurs recapture sérotonine et noradrénaline) :** duloxétine (Cymbalta®), milnacipran (Ixel®), venlafaxine (Effexor®)

(d) **Anticholinergiques « cachés » : certains antiémétiques, sédatifs, anxiolytiques, antispasmodiques ou antalgiques ont des propriétés anticholinergiques :** métoclopramide (Primperan®), métopimazine (Vogalène®), acépromazine (Noctran®), alimémazine (Théralène®), prométhazine (Phénergan®), hydroxyzine (Atarax®), tiémonium (Colchimax®), scopolamine (Scoburen®), dihexyvérine (Spasmodex®), clidinium (Librax®), nefopam (Acupan®), ...

(e) Les RCP ( Résumé des Caractéristiques du Produit) sont disponibles en ligne sur <http://medicaments.gouv.fr>

## Pour en savoir plus

#### (1) ANSM. [www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr)

- Mise au point : Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Juin 2005 ;  
 - Questions Réponses : Informations sur la prise de médicaments par les personnes âgées. Juillet 2005.

#### (2) HAS. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

- Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Décembre 2006 ;  
 - Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Octobre 2007 ;  
 - Questions Réponses : Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées.

#### (3) Omédit Centre. [www.omedit-centre.fr](http://www.omedit-centre.fr)

Prescription médicamenteuse chez la personne âgée. Liste ATC des médicaments proposés par la Commission Gériatrie de la région Centre.

(4) Laroche M L et al. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. Rev Med Int 2009 ;30 : 592-601

(5) Fonzo-Christe C, Bonnabry P. Les médicaments pilés par les patients sont ils efficaces ? Rev Prat (Mono) 2013 ;63 :600-1

(6) Lazarovici C. Iatrogénie médicamenteuse du sujet âgé. Rev Prat (Med Gen) 2009 ;23 (830) :748-9

#### (7) COMEDIMS APHP. <http://comedims.aphp.fr>

- Médicaments anticoagulants groupe experts 28 mai 2013 ;  
 - Recommandations broyage des médicaments juillet 2013 et base de données Médicaments « Usage des médicaments par voie orale ou entérale ».

Cette plaquette résulte du travail collectif des membres de la COMEDIMS et du COMED de l'AP-HP à partir d'un document initial élaboré par le groupe de travail « prescription médicamenteuse chez le sujet âgé » de la COMEDIMS du GH HUEP (F Baud, J Bay, E Bouvard, M Buysse, I Debrix, D Kogel, S Laribe-Caget, S Meaume) que nous remercions.