# Polymédication et erreurs de prescription en gériatrie:

# comment y remédier?

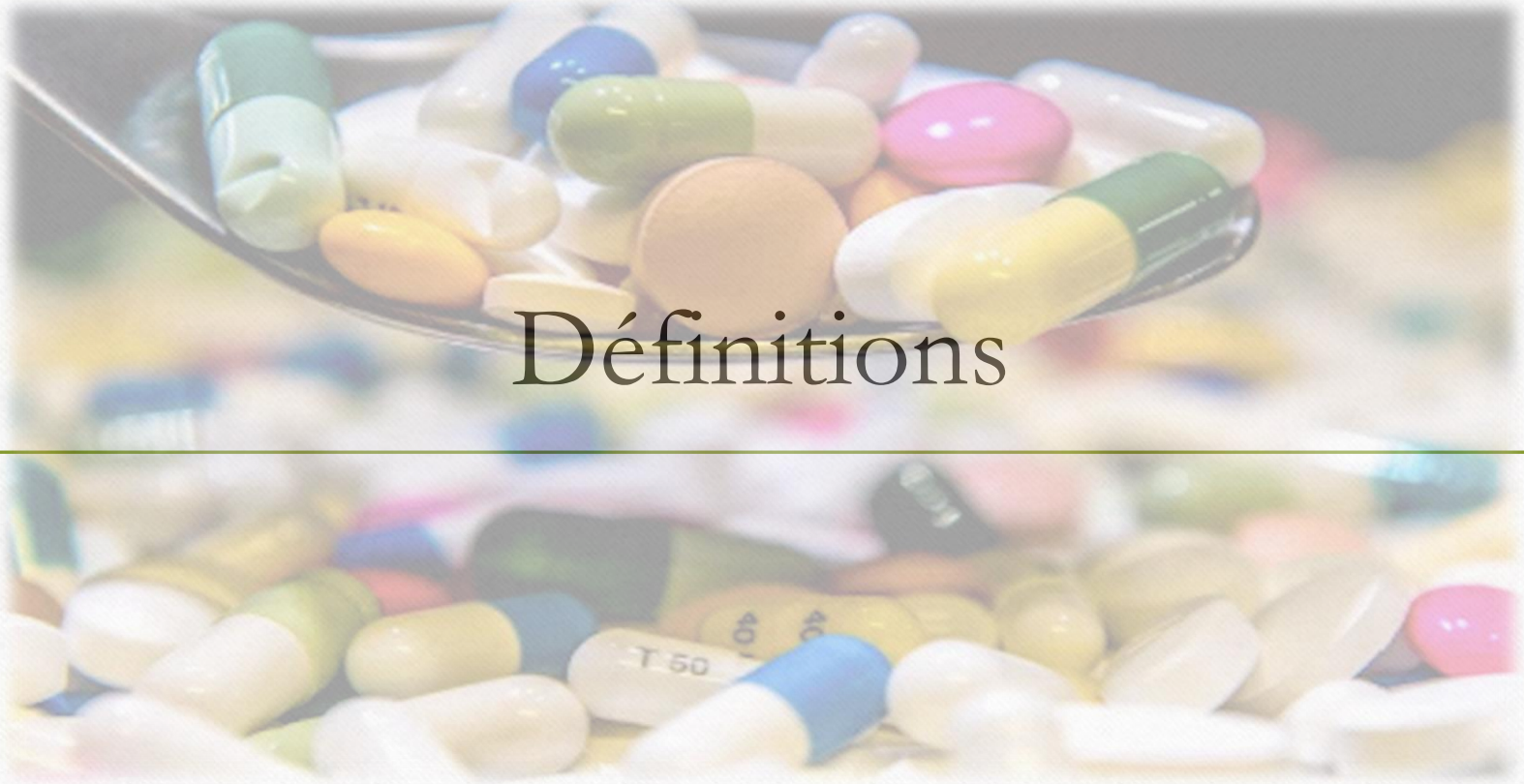
Dr Emmanuelle Warzée

Citadelle Hopital

# Sommaire

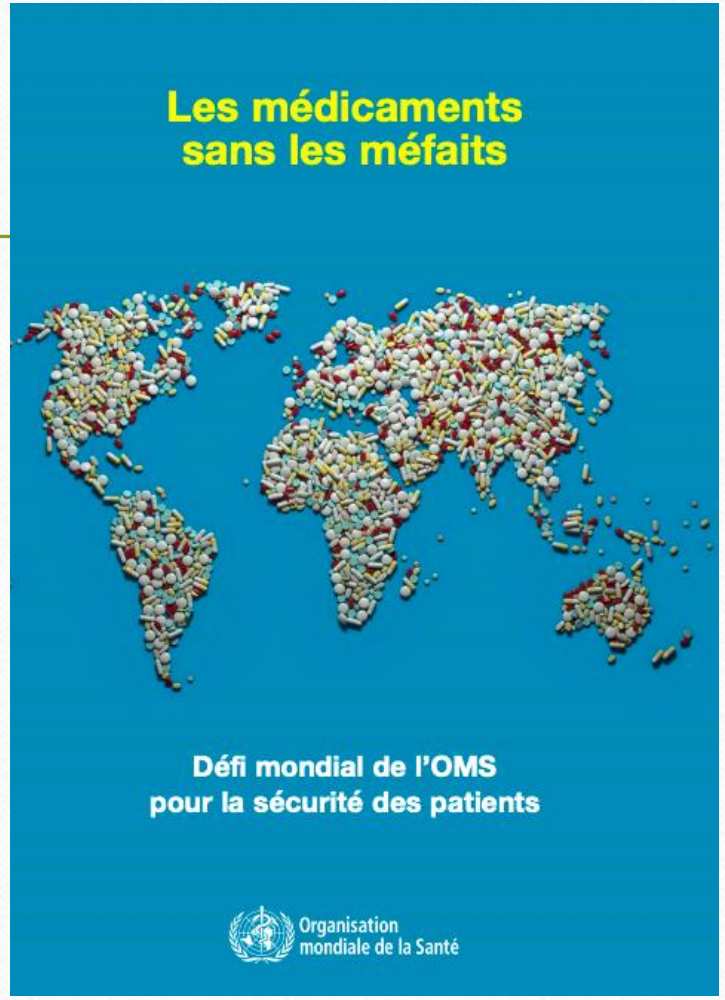
- Définitions
- Statistiques
- Pourquoi en gériatrie?
- Conséquences
- Causes
- Pistes de solutions
- Exemples
- Outils en ligne
- Conclusion

# Définitions



# Définitions

- Selon l'OMS:
- « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments »
- 3eme objectif mondial OMS 2017



# Définitions

- Polymédication
  - Quantitatif
  - Qualitatif

- Prescription inappropriée
  - Sur traitement
  - Sous traitement

**Tableau 1**
**Outil ISAR (Identification of Senior At Risk)**

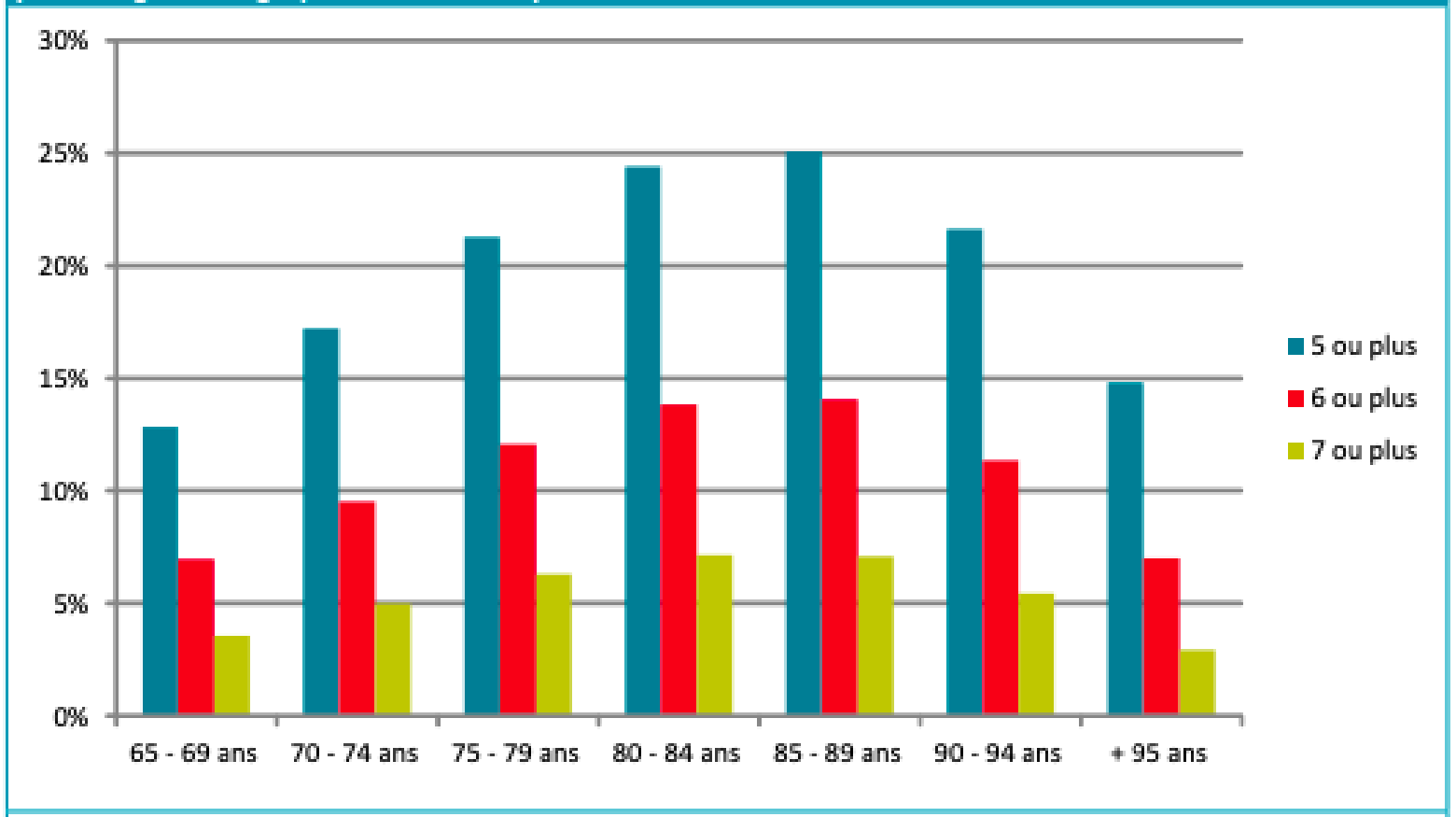
1. Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide à domicile ?
2. Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile que d'habitude ?
3. Avez-vous été hospitalisé pour un ou plusieurs jours ces six derniers mois ?
4. Souffrez-vous de problèmes de vue ?
5. Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de mémoire ?
6. Prenez-vous plus de trois médicaments par jour ?

**Interprétation :** chaque question vaut 1 point, positif si score total $\geq 2/6$

McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. J Am Geriatr Soc. 1999 Oct;47(10):1229-37

# Statistiques

**Graphique 3 - Pourcentage de patients par nombre de médicaments utilisés de manière chronique et par catégorie d'âge (au niveau ATC-3)**




Source : Pharmanet, INAMI situation 31.12.2012

# Statistiques

- Si médicament à visée cardiologique: 3
- Si psychotrope: 1-2
- Patients orientés en gériatrie:
  - 7 à 8 médicaments par jour
  - 10 administrations par jour

Spinewine A et al, Effect of of a collaborative approach on the quality of prescribing for geriatric inpatients: a randomized,controlled trial, J AM Geriatr Soc 2007, 55 (5), 658-65

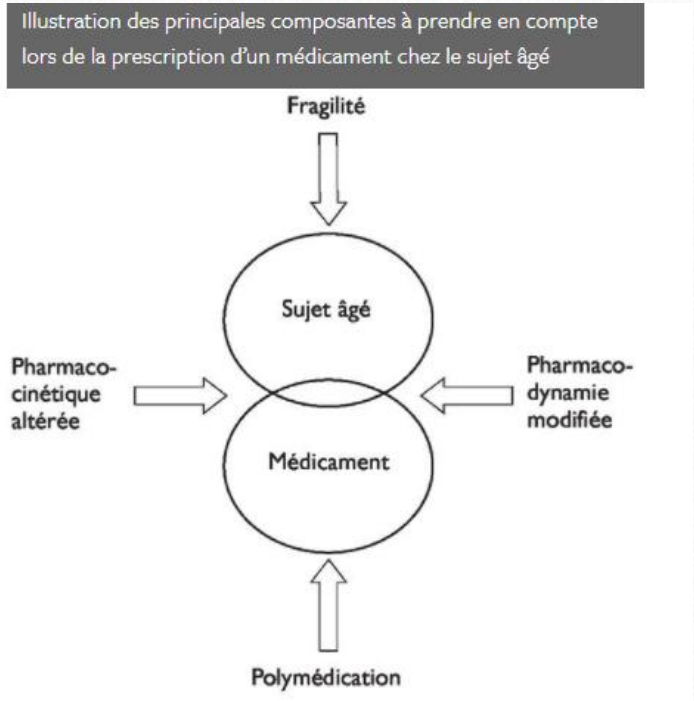
# Statistiques

- Facteurs de risque de polymédication:
  - Age
  - Sexe
  - Institutionnalisation
  - Précarisation

Chen YF et al, Self-Reported medication use for older people in Engalnd and Wales, Journal of clinical pharmacy and therapeutics, 2001, 26 (2) 120-40

# Pourquoi en gériatrie?

# Pourquoi en gériatrie?




- Digestif (vidange, pH)
- Protéines
- Masse maigre
- Elimination hépatique (masse, débit sanguin)
- Elimination rénale

Scheen AJ. Particularités de la pharmacothérapie chez le sujet âgé. Rev Med Liège 1997; 52: 201-4.

# Conséquences

# Conséquences

- Coût
- Compliance médiocre
- Effets secondaires/interactions

**Tableau 1**
Nombre de combinaisons possibles d'interactions en fonction du nombre de médicaments pris[1]

| Nombre de médicaments pris par un même patient | Nombre de combinaisons possibles d'interactions |
|---|---|
| 3 | 4 |
| 4 | 11 |
| 5 | 26 |
| 6 | 57 |
| 7 | 120 |
| 8 | 247 |

La polymédication : définitions, mesures et enjeux Revue de la littérature et tests de mesure Marlène Monégar et al, Questions d'économie de la santé n° 204 – décembre2014 2014

# Conséquences

- Hospitalisations
- Prescriptions en cascade
- Syndromes gériatriques

S Neuner-Jehle, La polypharmacie : une nouvelle épidémie, Rev Med Suisse 2016 ; 12 : 942-7

# Causes

# Causes

- Comorbidités
- Multiplications des praticiens/pharmaciens
- Troubles cognitifs
- Hospitalisation
- Médicaments hors prescription

# Causes

- Surveillance inadéquate
- Sous prescription

# Pistes de solution

# Comment y remédier?

- État des lieux
  - Liste claire
  - Traitements hors prescription
  - Ressenti du patient
  - Prise de médicaments
  - Minimum 1x/an
  - Après hospitalisation

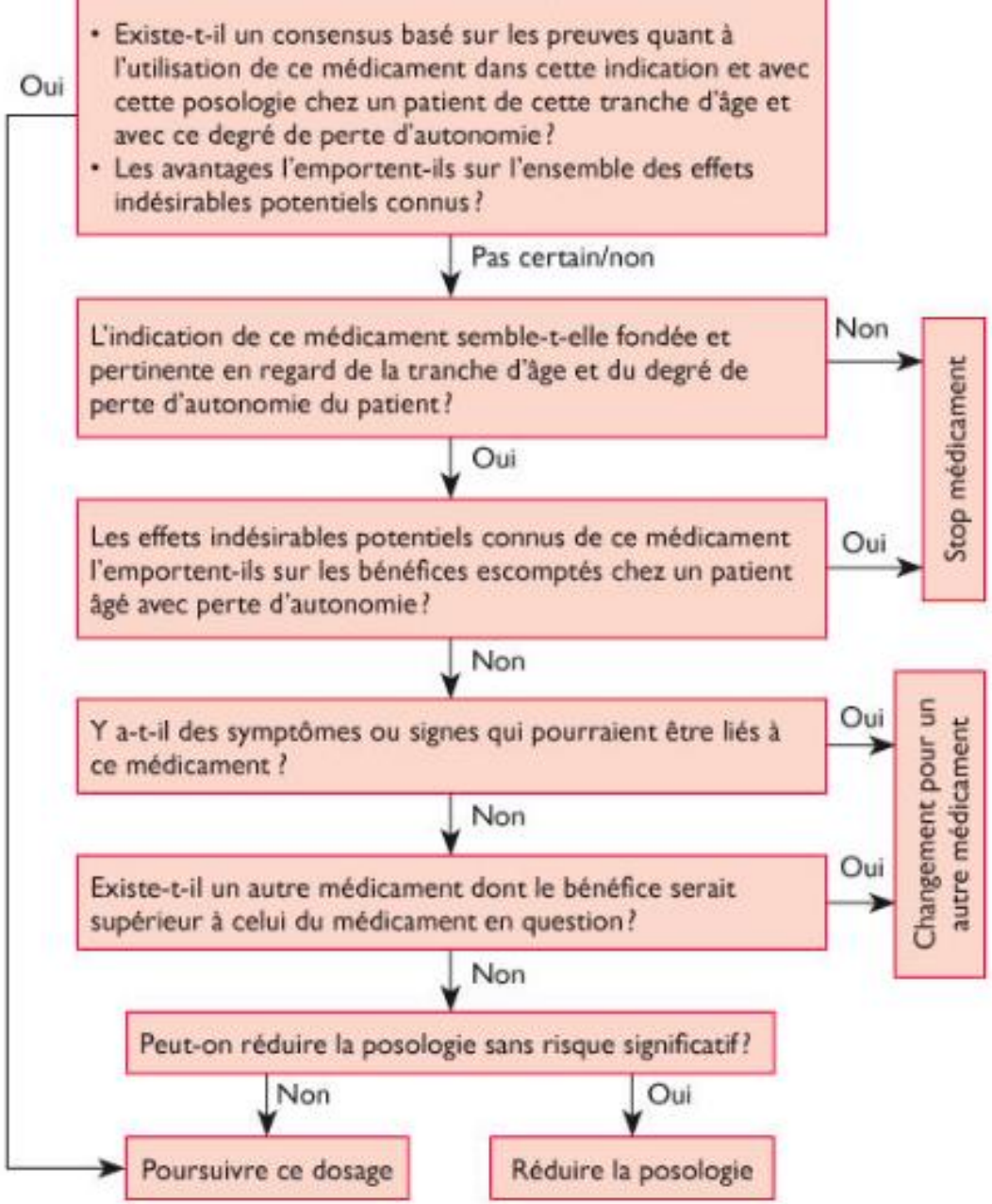
# Comment y remédier?

Le risque de prescrire un PIM semble **plus faible** chez les médecins ayant assisté à un congrès de gériatrie dans **les deux années précédentes**.

Rev Geriatr 2017 ; 42 (8) : 455-63

# Comment y remédier?

- Méthodes implicites




Garfinkel D, Mangin D. Feasability study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. Arch Intern Med 2010;170:1648–54.

# Comment y remédier?

- Méthodes explicites

# Liste de Beers

- Liste explicite
- Médicaments potentiellement inappropriés dès l'âge de 65 ans
- Établie en 2012
- Revue tous les 3 ans

# Liste de Beers

Table 3. 2012 American Geriatrics Society Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults Due to Drug–Disease or Drug–Syndrome Interactions That May Exacerbate the Disease or Syndrome

| Disease or Syndrome | Drug | Rationale | Recommendation | Quality of Evidence | Strength of Recommendation |
|---|---|---|---|---|---|
| *Cardiovascular* | | | | | |
| Heart failure | NSAIDs and COX-2 inhibitors<br>Nondihydropyridine CCBs (avoid only for systolic heart failure)<br>Diltiazem<br>Verapamil<br>Pioglitazone, rosiglitazone<br>Cilostazol<br>Dronedarone | Potential to promote fluid retention and exacerbate heart failure | Avoid | NSAIDs: moderate<br>CCBs: moderate<br>Thiazolidinediones (glitazones): high<br>Cilostazol: low<br>Dronedarone: moderate | Strong |
| Syncope | AChEIs<br>Peripheral alpha blockers<br>Doxazosin<br>Prazosin<br>Terazosin<br>Tertiary TCAs<br>Chlorpromazine, thioridazine, and olanzapine | Increases risk of orthostatic hypotension or bradycardia | Avoid | Alpha blockers: high<br>TCAs, AChEIs, and antipsychotics: moderate | AChEIs and TCAs: strong<br>Alpha blockers and antipsychotics: weak |
| *Central nervous system* | | | | | |
| Chronic seizures or epilepsy | Bupropion<br>Chlorpromazine<br>Clozapine<br>Maprotiline<br>Olanzapine<br>Thioridazine<br>Thiothixene<br>Tramadol | Lowers seizure threshold; may be acceptable in patients with well-controlled seizures in whom alternative agents have not been effective | Avoid | Moderate | Strong |
| Delirium | All TCAs<br>Anticholinergics (see Table 9 for full list)<br>Benzodiazepines<br>Chlorpromazine<br>Corticosteroids<br>$H_2$-receptor antagonist<br>Meperidine<br>Sedative hypnotics<br>Thioridazine | Avoid in older adults with or at high risk of delirium because of inducing or worsening delirium in older adults; if discontinuing drugs used chronically, taper to avoid withdrawal symptoms | Avoid | Moderate | Strong |
| Dementia and cognitive impairment | Anticholinergics (see Table 9 for full list)<br>Benzodiazepines<br>$H_2$-receptor antagonists<br>Zolpidem<br>Antipsychotics, chronic and as-needed use | Avoid because of adverse CNS effects. Avoid antipsychotics for behavioral problems of dementia unless nonpharmacological options have failed, and | Avoid | High | Strong |

# Liste de Beers

Table 2. (Contd.)

| Organ System or Therapeutic Category or Drug | Rationale | Recommendation | Quality of Evidence | Strength of Recommendation |
|---|---|---|---|---|
| Barbiturates<br>Amobarbital*<br>Butabarbital*<br>Butalbital<br>Mephobarbital*<br>Pentobarbital*<br>Phenobarbital<br>Secobarbital* | High rate of physical dependence; tolerance to sleep benefits; risk of overdose at low dosages | Avoid | High | Strong |
| Benzodiazepines<br>*Short and intermediate acting:*<br>Alprazolam<br>Estazolam<br>Lorazepam<br>Oxazepam<br>Temazepam<br>Triazolam<br>*Long acting:*<br>Clorazepate<br>Chlordiazepoxide<br>Chlordiazepoxide-amitriptyline<br>Clidinium-chlordiazepoxide | Older adults have increased sensitivity to benzodiazepines and slower metabolism of long-acting agents. In general, all benzodiazepines increase risk of cognitive impairment, delirium, falls, fractures, and motor vehicle accidents in older adults<br>May be appropriate for seizure disorders, rapid eye movement sleep disorders, benzodiazepine withdrawal, ethanol withdrawal, severe generalized anxiety | Avoid benzodiazepines (any type) for treatment of insomnia, agitation, or delirium | High | Strong |

# Liste de Beers: limite

- Américain
- Pas d'alternative
- Pas de solution à la sous prescription

# Echelle STOPP/START

- Liste explicite
- STOPP.v2 (Screening Tool of Older Person's Presciption, version 2)
- START.v2 (Screening Tool to Alert to Right Treatment, version2)

O'Mahony, D., et al., STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing 2015. 44 (2): 213-8

**Table 1a. Liste complète des critères STOPP.v2 (Screening Tool of Older Person's Prescriptions, version 2), regroupés par médicaments**

| | STOPP.v2 : médicament | & situation suivante → potentiellement inapproprié (> 65 ans) : envisager son arrêt |
|---|---|---|
| | **médicament sans indication, de durée trop longue, dupliqué (2 de même classe)** | Dans tous les cas |
| NEURO PSYCHIATRIE | **benzodiazépine** | Dans tous les cas<br>*a fortiori* si > 4 semaines pour insomnies ou anxiété [à diminuer progressivement]<br>si insuffisance respiratoire |
| | **Z-drug (somnifère)** | Dans tous les cas (zolpidem, zopiclone) |
| | **neuroleptique** | Dans tous les cas<br>*a fortiori* si<br>prostatisme/ globe vésical & effet anticholinergique modéré à marqué<br>syndrome parkinsonien ou démence à corps de Lewy (sauf pour clozapine et quétiapine)<br>symptômes psycho-comportementaux (sauf si sévères et échec non-pharmacologique)<br>insomnies (sauf si dues à psychose ou démence)<br>phénothiazine comme neuroleptique de 1ère ligne |
| | antidépresseur tricyclique<br>vu effet anticholinergique | & dépression, en 1ère ligne<br>& démence, glaucome angle aigu, trouble de conduction, ou prostatisme/globe vésical |
| | antidépresseur ISRS | & hyponatrémie ($Na^+$ < 130mmol/l) concomitante ou récente |
| | inhib. acétylcholinestérase | & asthme, bradycardie, bloc de conduction cardiaque, ou syncopes inexpliquées |
| | L-dopa / agoniste dopamine | & tremblements essentiels bénins |
| | opiacé fort | & douleur légère, en 1ère ligne |
| HEMOSTASE | aspirine | & à dose > 160 mg/j<br>& antécédent d'ulcère gastroduodénal sans IPP<br>& anticoagulant oral pour une fibrillation atriale<br>& clopidogrel en prévention 2daire de l'AVC (sauf si syndrome coronarien aigu concomitant, stent coronarien depuis < 12 mois, ou sténose carotidienne serrée symptomatique) |
| | antiagrégant plaquettaire dont aspirine | & risque hémorragique significatif *<br>& anticoagulant oral, si artériopathie stable<br>Dans tous les cas, la **ticlopidine** |
| | anticoagulant oral | & risque hémorragique significatif*<br>& TVP/EP: > 6 mois pour 1er épisode TVP; >12 mois pour 1er épisode d'EP<br>dabigatran & insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min)<br>rivaroxaban, apixaban & insuffisance rénale terminale (DFG < 15 ml/min) |
| | digoxine | & décompensation d'une insuffisance cardiaque avec FEVG conservée |

| | STOPP.v2 : médicament | & situation suivante → potentiellement inapproprié (> 65 ans) : envisager son arrêt |
|---|---|---|
| DIG | IPP | & dose max > 8 semaines pour œsophagite ou ulcère gastroduodénal non-compliqué |
| | fer | & dose > 200 mg/j de Fer élémentaire par voie orale |
| | métoclopramide | & syndrome parkinsonien |
| | médicament à effet constipant | & constipation chronique, lorsque des alternatives existent |
| RHUMATO | AINS | & insuffisance rénale modérée (DFG < 50 ml/min)<br>& hypertension artérielle sévère ou insuffisance cardiaque sévère<br>& ischémie cardiaque non-contrôlée<br>& anticoagulant oral ; ou antiagrégant plaquettaire sans IPP<br>& antécédent d'ulcère gastroduodénal/saignement digestif, sans IPP ou anti-H2<br>& corticothérapie sans IPP<br>& arthrose, plus de 3 mois, en 1ère ligne<br>& goutte, plus de 3 mois, sans inhibiteur de la xanthine-oxydase (allopurinol, febuxosat) |
| | biphosphonate (voie orale) | & atteinte du tractus digestif supérieur (inflammation, ulcère, ...) |
| | colchicine | & insuffisance rénale terminale (DFG < 10 ml/min)<br>& goutte, plus de 3 mois, sans allopurinol ou febuxosat |
| | corticothérapie | & douleur d'arthrose (par voie orale ou locale) (injection intra-articulaire admise)<br>& polyarthrite rhumatoïde, en monothérapie, plus de 3 mois |
| RESPI | corticothérapie | & BPCO modérée à sévère, au long cours, par voie systémique plutôt que par voie inhalée |
| | théophylline | & BPCO, en monothérapie |
| | bronchodilatateur anticholinergique | & glaucome à angle aigu<br>& obstacle à la vidange de la vessie |
| | **antihistaminique 1ère gén.** | Dans tous les cas |
| | anticholinergique (bronchodilatateur, antiH$_1$, antispasmodique,...) | & démence, délirium, prostatisme, glaucome à angle fermé<br>& effets extrapyramidaux induits par un neuroleptique<br>≥ 2 en même temps |

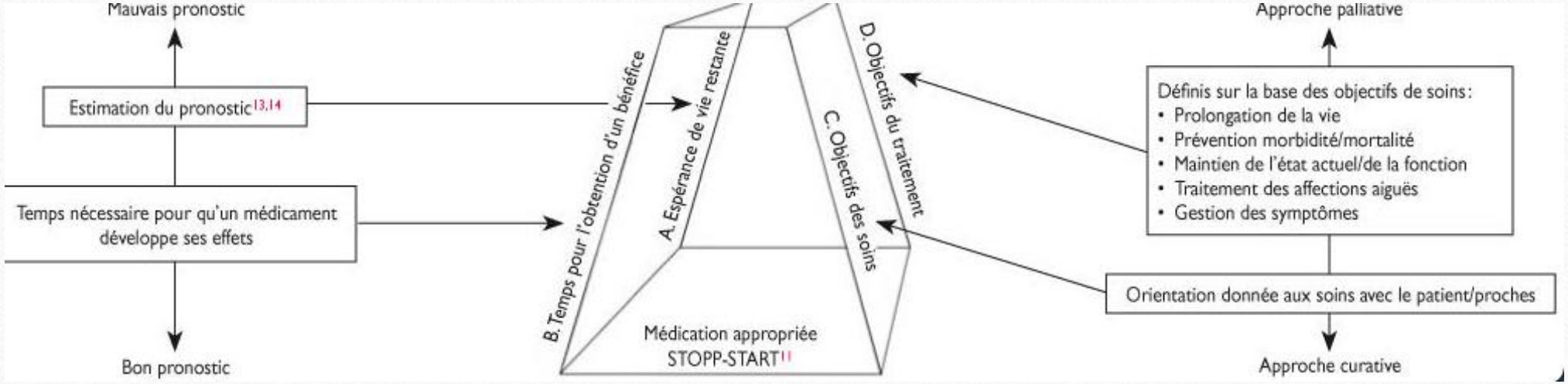
**Table 1b. Liste des critères START.v2 (Screening Tool to Alert to Right Treatment, version 2), regroupés par situations médicales**

| | START.v2 : situation médicale | → médicament : envisager de le débuter |
|---|---|---|
| LOCOM | chutes, ostéopénie, confinement | → vitamine D (minimum 800 à 1000 /j) |
| | ostéoporose ± fracture de fragilité | → vitamine D + calcium + inhibiteur de la résorption osseuse /anabolique osseux |
| | corticothérapie systémique (>3mois) | → vitamine D + calcium + biphosphonate |
| | polyarthrite rhumatoïde active | → inducteur de rémission (méthotrexate, rituximab, etanercept...) |
| | méthotrexate | → acide folique |
| | goutte clinique ou radiographique | → inhibiteur de la xanthine oxydase, en traitement de fond |
| CARDIO | hypertension persistante (>160/90) | → antihypertenseur, à initier ou majorer |
| | fibrillation auriculaire | → anticoagulant oral (si CI majeure: aspirine 75 à 160 mg/jour) |
| | athérosclérose clinique | → antiagrégant plaquettaire + statine si < 85 ans |
| | cardiopathie ischémique | → IECA + β-bloquant |
| | insuffisance cardiaque systolique | → IECA + β-bloquant si stabilisée (bisoprolol, nébivolol, métoprolol, carvedilol) |
| | diabète avec néphropathie | → IECA (si intolérance aux IECA : ARAII) |
| NEURO | anxiété sévère persistante | → ISRS [pas une benzodiazépine] (si CI aux ISRS : duloxetine, venlafaxine, ou prégabaline) |
| | symptômes dépressifs majeurs | → antidépresseur (non-tricyclique), si symptômes persistants |
| | maladie de Parkinson | → L-DOPA ou agoniste dopaminergique |
| | maladie d'Alzheimer, légère-modérée | → inhib. acétylcholinestérase (donepézil, rivastigmine, galantamine) |
| | maladie à corps de Lewy | → rivastigmine |
| | syndrome des jambes sans repos | → agoniste dopaminergique, si pas de carence martiale ni d'IR sévère |
| | opiacés régulièrement | → laxatif |
| | douleurs modérées à sévères | → agonistes opioïdes forts, si échec des autres antidouleurs |
| | pics douloureux non-couverts | → opiacé à action rapide |
| | glaucome primaire à angle ouvert | → traitement topique (analogue des prostaglandines, prostamide ou β-bloquant) |
| RESPI | asthme ou BPCO | → bronchodilatateur (β2-adrénergique ou anti-muscarinique) si léger à modéré<br>→ corticostéroïde inhalé de manière régulière si modéré à sévère |
| | hypoxie chronique | → oxygénothérapie |
| | vaccination | → anti-grippe, chaque début d'automne + anti-pneumocoque |
| DIG | reflux/sténose œsophagien sévère | → IPP |
| | maladie diverticulaire | → si constipation chronique: supplémentation en fibres |
| UG | vaginite atrophique symptomatique | → oestrogènes locaux |
| | prostatisme symptomatique | → α1-bloquant & inhib. de la 5α-réductase, si résection de prostate non-justifiée |

# Liste courte STOPP/START

| Liste courte. Exemples fréquents de prescription potentiellement inappropriée observés chez les patients de 65 ans et plus, par excès (STOPP.v2) ou par défaut (START.v2) | |
|---|---|
| **STOPP** | **si** |
| Benzodiazépines ou Z-Drugs | > 4 semaines |
| AINS | Insuffisance rénale et/ou cardiaque |
| Aspirine | Prévention cardiovasculaire primaire |
| Vasodilatateur (nitré, $\alpha_1$-bloquant, anti-calcique) | Hypotension orthostatique |
| Anticholinergique | Troubles cognitifs |
| **si** | **START** |
| Chutes, ostéoporose | Vitamine D et Calcium |
| Fibrillation auriculaire | Anticoagulation |
| Prévention cardiovasculaire secondaire | Aspirine |
| Anxio-dépression importante | Antidépresseur ISRS |
| Douleur intense | Opiacé (et laxatif) |

# Intégration de tous les paramètres




Holmes HM, Hayley DC, Alexander GC, Sachs GA. Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. Arch Intern Med 2006;166:605-9.

# Aide à l'estimation de la survie : Score de Lee

Permet d'estimer le risque de mortalité à 4 ans chez des sujets âgés par un auto-questionnaire

| | |
|---|---|
| 1. Age | 60-64 : 1 point<br>65-69 : 2 points<br>70-74 : 3 points<br>75-79 : 4 points<br>80-84 : 5 points<br>85 : 7 points |
| 2. Sexe | Male : 2 points |
| 3. IMC | < 25 : 1 point |
| 4. Est-ce qu'un docteur vous a déjà parlé de diabète ou d'un excès de sucre ? | Diabète : 2 points |
| 5. Est-ce qu'un médecin vous a parlé de cancer ou de tumeur maligne, excepté les petits cancers de la peau ? | Cancer : 2 points |
| 6. Avez-vous une maladie chronique du poumon qui limite vos activités habituelles ou nécessite de l'oxygène à la maison ? | Maladie pulmonaire : 2 points |
| 7. Est qu'un docteur vous a parlé d'insuffisance cardiaque congestive ? | Insuffisance cardiaque : 2 points |
| 8. Avez-vous fumé des cigarette durant la dernière semaine ? | Tabac récent : 2 points |
| 9. Du fait de problèmes de santé ou de mémoire, avez-vous des difficultés à prendre un bain ou une douche ? | Bain : 2 points |
| 10. Du fait de problèmes de santé ou de mémoire, avez-vous des difficultés à gérer votre argent- comme payer des factures ou faire vos comptes ? | Finances : 2 points |
| 11. Du fait de problème de santé, avez-vous des difficultés à marcher quelques centaines de mètres ? | Marche : 2 points |
| 12. fait de problème de santé, avez-vous des difficultés à tirer ou pousser de gros objets comme un fauteuil par exemple ? | Pousser ou tirer : 1 point |
| | Total des points : |

| Score | % de décès à 4 ans |
|---|---|
| 0-5 | < 4% |
| 6-9 | 15% |
| 10-13 | 42% |
| ≥ 14 | 64% |

*Lee et al. JAMA 2006;295:801-808.*

# Quelques exemples

# Les AINS

- >30% des 65-89 ans
- 50% des prescriptions >60 ans
- Vente libre
- Liposoluble
- Diminution des protéines
- Fonction rénale altérée
- Formes entériques

# Les AINS

- Ulcères gastro intestinaux
- Hémorragies gastro intestinales
- Rétention hydrosodée
- Majoration PA

- Alternatives/topiques/IPP

# Les AINS

| | |
|---|---|
| AINS | & insuffisance rénale modérée (DFG < 50 ml/min) |
| | & hypertension artérielle sévère ou insuffisance cardiaque sévère |
| | & ischémie cardiaque non-contrôlée |
| | & anticoagulant oral ; ou antiagrégant plaquettaire sans IPP |
| | & antécédent d'ulcère gastroduodénal/saignement digestif, sans IPP ou anti-H2 |
| | & corticothérapie sans IPP |
| | & arthrose, plus de 3 mois, en 1ère ligne |
| | & goutte, plus de 3 mois, sans inhibiteur de la xanthine-oxydase (allopurinol, febuxosat) |

RHUMA-

# Anticoagulants

- Score CHADS VASC
- Score HAS BLED
- Exple: femme 79 ans, 60kg, Fibrillation auriculaire consacrée, créatinine 1,6 mg/dl
- > Apixaban 5mg 2X ??

| Score $CHA_2DS_2VASC$ | points |
|---|---|
| **C** Insuffisance cardiaque/dysfonction VG | 1 |
| **H** Hypertension artérielle | 1 |
| **$A_2$** Age ≥ 75 ans | 2 |
| **D** Diabète | 1 |
| **$S_2$** AVC/AIT/événement embolique | 2 |
| **V** Pathologie vasculaire (coronaropathie, infarctus, artériopathie périphérique ou plaque aortique) | 1 |
| **A** Age 65-74 ans | 1 |
| **Sc** *Sex category* (féminin) | 1 |

e-cardiogram.com

Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al; ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2020 Aug 29

| Score HAS-BLED | points |
|---|---|
| **H**ypertension (non controlée, ≥ 160 mm Hg) | 1 |
| **A**bnormal renal and liver function<br>(Fonction hépatique ou rénale altérée, (créat. > 200 mmol/l) | 1 ou 2 |
| **S**troke (antécédent AVC, surtout lacune) | 1 |
| **B**leeding (antécédent de saignement ou risque de*) | 1 |
| **L**abile INR (INR instable) | 1 |
| **E**lderly (personne âgée, ex. > 65 ans) | 1 |
| **D**rugs/alcohol<br>(médicaments à risque hémorragique/alcool et toxiques) | 1 ou 2<br>e-cardiogram.com |

Pisters R et al. A novel user friendly score (HAS-BLED) to assess one-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients: The Euro Heart Survey. Chest. 2010;138(5):1093-100

# Outils en ligne

# Outils d'aide en ligne

omeditbretagne.fr/activites-et-thematiques/personnes-agees/outil-prescription-sujet-age/

## RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE D'ÉCRASEMENT ET D'OUVERTURE DE GÉLULES

Ecrasement des comprimés, ouverture de gélules : une pratique fréquente, inadaptée 1 fois sur 2 avec un risque de iatrogénie médicamenteuse

Écrasement des comprimés et ouverture des gélules : quels risques et que faire en pratique ?

- **Webinaire** (durée : 16 minutes)
  - présenté par Dr. Laura Foucault-Fruchard, pharmacien MCU-PH – CHRU Tours, 10/09/2021

> *NB : une fois sur la page d'accueil de la plateforme d'enseignement, cliquer sur le lien « Connexion anonyme » pour accéder à la vidéo.*

medstopper.com

Languages: English (EN)

MEDSTOPPER

Qs RESOURCES CONTACT

*Starting medications is like the bliss of marriage and stopping them is like the agony of divorce. - Doug Danforth*

***MedStopper is a deprescribing resource for healthcare professionals and their patients.***

BETA

Frail elderly? ☑

Generic or Brand Name:

diazepa

Select Condition Treated:

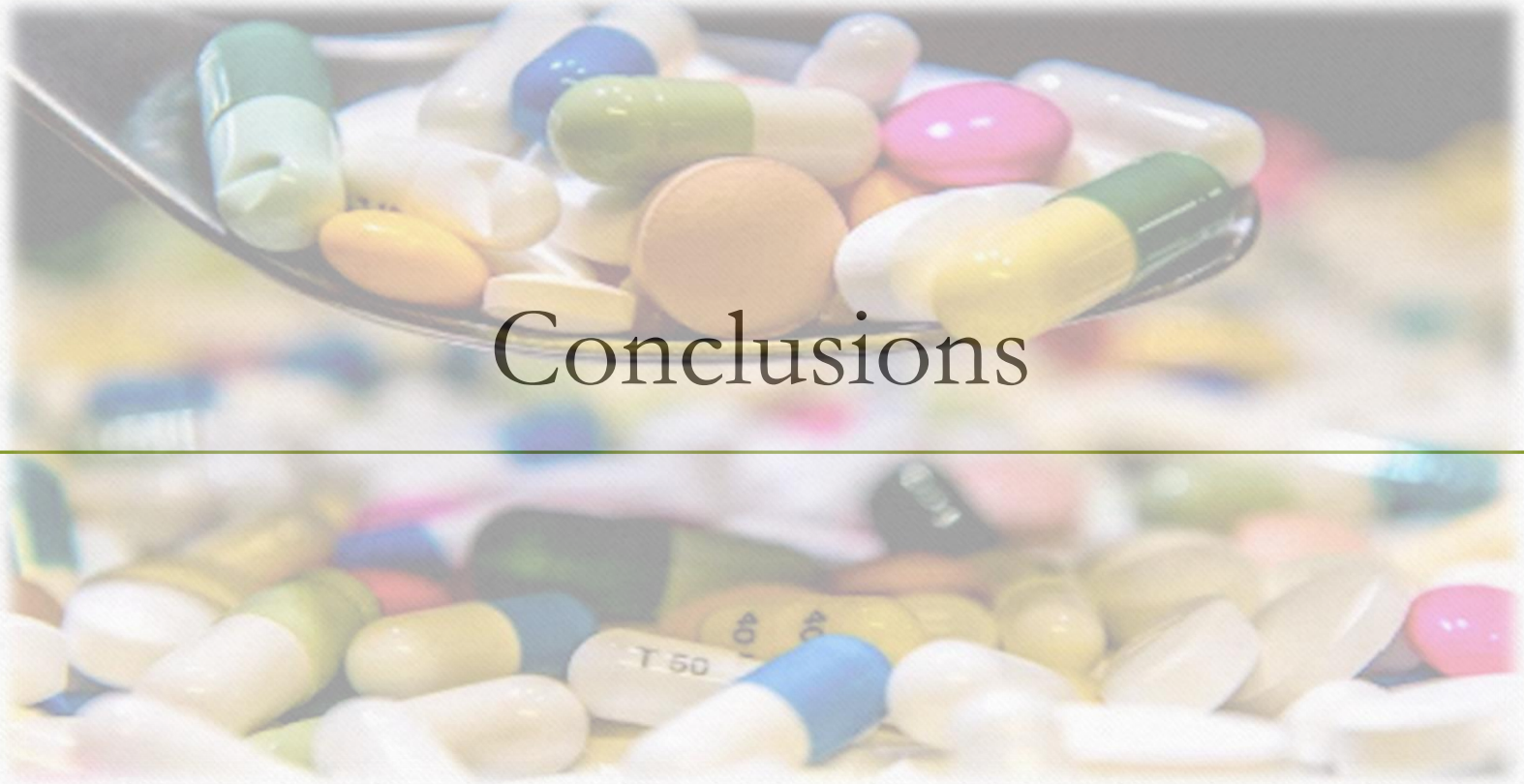
| Generic Name | Brand Name | Condition Treated | Add to MedStopper |
|---|---|---|---|
| diazepam | Valium | insomnia | ADD |

Previous Next

# MedStopper Plan

| Priorité Arrêt ROUGE = le plus élevé VERT = le plus bas | Médicaments / Catégorie / Condition | Peut améliorer les symptômes? | Peut réduire le risque de maladie future? | Peut causer des dommages? | Approche suggérée Cône | Les symptômes possibles lors de l'arrêt ou Resserré | Critères de Beers/STOPP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | diazepam (Valium) / Benzodiazepine / **insomnia** | | | | Si elle est utilisée quotidiennement pendant plus de 3-4 semaines. Réduire la dose de 25% chaque semaine (à savoir la semaine 1-75%, la semaine 2-50%, la semaine 3-25%), ce qui peut être étendue ou réduite (réduction de la dose de 10%) si nécessaire. Si les symptômes de sevrage intolérables surviennent (habituellement 1-3 jours après un changement de dose), revenir à la dose précédemment toléré jusqu'à disparition des symptômes et un plan pour un cône plus progressif avec le patient. La réduction de dose peut être nécessaire de ralentir l'on arrive à des doses plus faibles (à savoir 25% de la dose initiale). Dans l'ensemble, le taux d'abandon doit être contrôlé par la personne qui prend le médicament. | insomnie de rebond, les tremblements, l'anxiété, ainsi que, les manifestations rares plus graves, y compris des hallucinations, des convulsions et le délire | Details |

# Conclusions



# Conclusions

- Fréquent
- Complexe
- Pas toujours inadapté
- Nécessite vigilance
- Communication avec le patient et entre praticiens

# Questions